

# Diferencias geográficas en el acceso a los tratamientos sustitutivos: Diálisis y trasplante

**R. Matesanz**

Coordinador Nacional de Trasplantes

Los trasplantes de órganos constituyen el ejemplo de moderna tecnología sanitaria por antonomasia. Su tremenda eficacia y su capacidad de salvar vidas o de mejorar sensiblemente el grado de rehabilitación del paciente con insuficiencia hepática, cardíaca o renal está fuera de toda duda.

Sin embargo, a medida que estas terapéuticas van solucionando una serie de problemas, surgen indefectiblemente otros para los que no se vislumbra una salida fácil. En algunos casos quizás cabría interpretarlos como crisis de juventud, dado que se trata de tratamientos relativamente recientes: no más de cuarenta años desde el primer trasplante renal funcional y poco más de veinticinco desde los primeros de hígado, corazón y pulmón, por más que su generalización en proporciones significativas apenas si alcanza los diez años <sup>1</sup>. Sin embargo, un análisis sesgado de la situación pone de manifiesto que en realidad toda la práctica de los trasplantes se fundamenta sobre dos pilares relativamente débiles y susceptibles de ser socavados por no pocos factores o acontecimientos <sup>2</sup>:

1. Disposición de la sociedad a donar sus órganos.

2. Disposición de esa misma sociedad a afrontar los costes de estas terapéuticas.

A su vez, tanto el estancamiento o el franco descenso de los índices de donación registrado en muchos países (fig. 1), como las limitaciones presupuestarias que, coincidiendo con cualquier tipo de crisis, tienden a aplicar los gestores sanitarios de cualquier administración, inducen a pensar que en no pocos lugares esta disposición está sufriendo una erosión preocupante <sup>2</sup>.

El problema fundamental es la inviabilidad de que todos aquellos que precisen de un trasplante de cual-

quier órgano finalmente lo acaben obteniendo sin más por una imposibilidad manifiesta de que el número de donantes potenciales en muerte cerebral se acerque siquiera al de insuficientes renales, hepáticos o cardíacos susceptibles de beneficiarse de hallar el órgano adecuado en el momento oportuno <sup>3</sup>. Esta desproporción oferta-demanda, inherente a la propia dinámica de la obtención de órganos, ha hecho plantear diversas soluciones, que van desde las modificaciones legislativas <sup>4</sup> a la compensación económica por la donación de órganos <sup>5</sup> pasando por la decidida potenciación de la red de coordinadores de

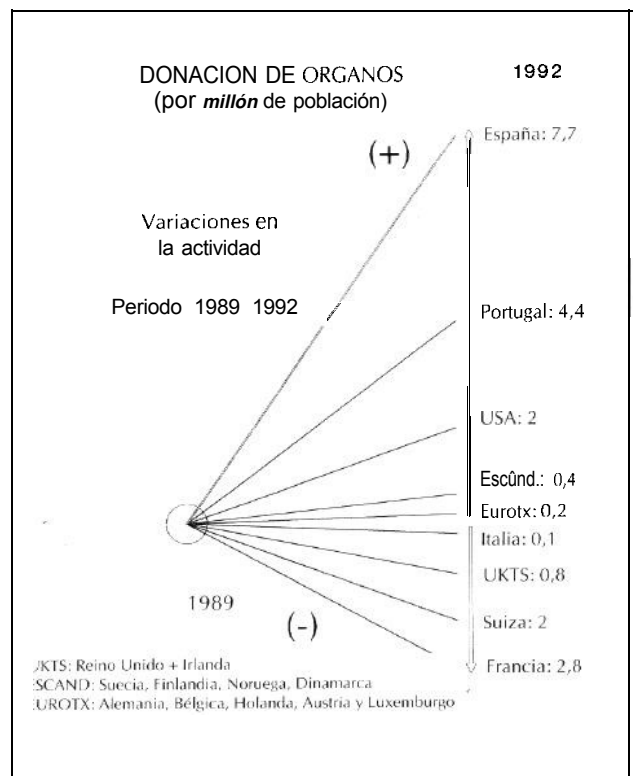


Fig. 1 .-Evolución de los índices de donación de órganos en las distintas organizaciones de trasplantes del mundo durante el período 1989-1992.

trasplantes <sup>6</sup>. Sin embargo, factores como la extensión y mejor identificación de enfermedades virales, la inversión de la pirámide de población y el acúmulo de la demanda previa <sup>7</sup> hacen pensar que esta desproporción, lejos de solventarse, va a tender a aumentar aún más en el futuro.

De todo ello se deduce la necesidad de transmitir a la población que no hay órganos suficientes para todo el que los precise y que, por tanto, es necesario establecer unos criterios de selección y atribución de ese bien tan escaso que son los órganos para trasplante. Para que todo este proceso funcione es estrictamente necesaria una confianza de la opinión pública en un valor ético fundamental: la equidad. Los valores del altruismo y la solidaridad que constituyen la base de la obtención de órganos asientan sobre la base de que dichos órganos, donados de forma altruista, voluntaria y gratuita, son distribuidos entre aquellos que los necesitan de una forma justa e imparcial. Cualquier política o práctica que sugiera la existencia de dudas acerca de esta imparcialidad pone en un serio peligro todo el proceso de donación y, por consiguiente, de trasplante <sup>2</sup>.

Sucedee por desgracia que, desde una perspectiva internacional, caben pocas dudas de la falta de equidad en la posibilidad de acceso a un trasplante, y ello sin duda acaba minando la credibilidad de todo este tipo de terapéuticas, por mucho que nos esforcemos por que en nuestro entorno (llámese hospital, comunidad autónoma, España o Europa) las cosas se hagan dentro de las más estrictas normas éticas que garanticen la limpieza del proceso <sup>8</sup>.

## EL DERECHO AL TRASPLANTE

Lo expuesto hasta ahora introduce y delimita un aspecto fundamental cuando se habla de trasplantes y que ha sido magistralmente enunciado por Arthur Caplan, director del Centro de Bioética Médica de Minneápolis, en su testimonio ante el Congreso de los Estados Unidos de 1990 <sup>9</sup>.

«Lo que caracteriza realmente a los trasplantes no es la tecnología ni su coste, sino la *ética*. Los trasplantes son el único campo de la sanidad que no podría existir sin la participación de la gente. Es el ciudadano quien en vida o tras su fallecimiento hace posible que sus órganos y tejidos sean trasplantados a otras personas. Si no se produjera esta donación, los trasplantes no podrían continuar.»

Esta afirmación, llena de sentido común, resulta en principio difícilmente argumentable, y de ahí a proclamar el derecho igualitario de los ciudadanos a estas técnicas sólo hay un paso. Pero, como decíamos, es obvio que la capacidad real de acceso no ya a los

trasplantes, sino por extensión a las técnicas de sustitución funcional de un órgano esclerosado (cuyo prototipo es la diálisis), se ve de hecho condicionada por un entramado de factores que pueden clasificarse en:

- Económicos.
- Geográficos.
- Raciales.
- Religiosos.
- Otros (edad, sexo, etc.).

Para analizar mejor estos aspectos es preciso referirse ordenadamente, cuando menos, a tres planos distintos con claros matices diferenciales que hacen que los problemas que plantean sean claramente distintos y diferenciados:

1. Perspectiva universal.
2. Ambito europeo occidental.
3. España.

## Acceso al trasplante en el mundo

Como no podría ser menos a la vista de la desigual distribución de la riqueza a lo largo del planeta tierra, el acceso a las técnicas sustitutivas es radicalmente distinto según el país de origen, tanto por motivos tecnológicos como, y muy fundamentalmente, por razones económicas.

No es fácil tener una idea precisa del número de insuficientes renales en tratamiento sustitutivo a lo largo del mundo. Hace unos años, Klinkman <sup>10</sup>, basándose en el cómputo de diversos registros regionales, estimaba en 330.000 los insuficientes renales tratados en todo el planeta (fig. 2). Haciendo un cálculo razonable se podría pensar que hoy día esta cifra haya crecido por encima de las 450.000 personas, pero tanto las proporciones de las distintas formas de tratamiento como su distribución geográfica no parecen haberse modificado demasiado: alrededor del 20 % vivían con un trasplante renal funcional y el resto con diálisis peritoneal (9 %) o hemodiálisis (70 %). De estos pacientes, el 37 % se encontraban localizados en Estados Unidos y Canadá, el 21 % en Japón y el 33 % en Europa Occidental. Para el resto del mundo, es decir, la Europa Oriental, todo Asia menos Japón, todo Africa, América Latina y Oceanía o, lo que es lo mismo, el 85 % de la población mundial, queda tan sólo un 9 % de los tratamientos de la insuficiencia renal (sólo a España le corresponde un 5 % de los pacientes tratados en el mundo) <sup>10</sup>.

Existen, por tanto, unas diferencias abismales en el contexto de la población mundial en cuanto a acceso a técnicas sustitutivas se refiere.

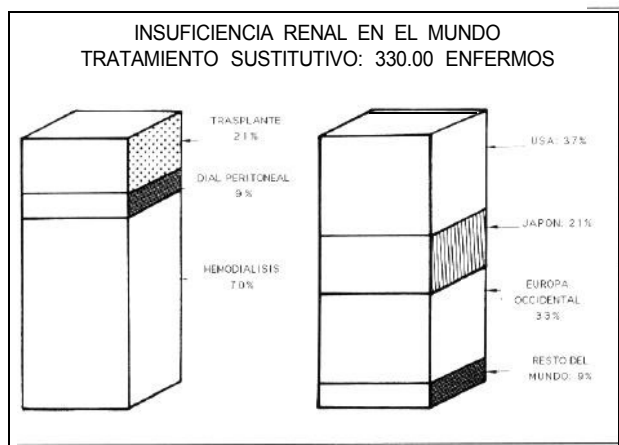


Fig. 2.- Distribución del número de insuficientes renales en tratamiento sustitutivo con las diversas modalidades terapéuticas a lo largo del mundo.

Es un hecho conocido desde hace muchos años, y no sólo para la diálisis, sino para cualquier muestra de alta tecnología, la existencia en un contexto internacional de una correlación estadística entre el grado de riqueza de un país y el número de enfermos tratados. Este dato fue constatado en un ámbito europeo por el registro de la EDTA, primero para los pacientes en diálisis <sup>12</sup> y posteriormente para el conjunto de enfermos en tratamiento sustitutivo <sup>13</sup>. En ambos casos, España ya desde mediados de los setenta figuraba en la parte superior de la línea de correlación: enfermos tratados vs renta per cápita, es decir, entre los países cuyo esfuerzo económico por el tratamiento de la uremia ha sido de manera tradicional sensiblemente superior a lo que le correspondería como término medio por su capacidad económica <sup>14</sup>. De igual manera, con los datos disponibles sobre actividad transplantadora renal (sin distinguir entre donante vivo o cadáver) <sup>15</sup> se pone de manifiesto en el contexto mundial una correlación significativa entre disponibilidades económicas y pacientes trasplantados.

Toda esta serie de constataciones matemáticas vienen a demostrar claramente que los dos primeros factores de que hablábamos antes, económicos y geográficos, constituyen unos condicionantes decisivos en cuanto a las posibilidades de acceso de los distintos ciudadanos del mundo al tratamiento sustitutivo de la uremia, que ni decir tiene se ven claramente incrementados en procedimientos más costosos o complejos, como es el trasplante hepático o cardíaco. Basta decir que si todos los países tuvieran unos niveles similares al español de insuficientes renales tratados, la cifra de enfermos superaría ampliamente los tres millones, más de siete veces superior al número actual.

Esta afirmación, por otra parte, no es más que una obviedad que no requiere más explicaciones que el

simple examen de cualquiera de los parámetros que reflejan el grado de riqueza de los distintos países y su relación con el coste medio de un enfermo en diálisis.

Este coste, aunque muy variable según se utilicen o no membranas de alta permeabilidad, eritropoyetina, bicarbonato o bien se realice la sesión en hospital, unidad satélite o domicilio, cabe estimarlo como promedio entre 3,5 y 4 millones de pesetas o, lo que es lo mismo, unos 50.000 millones de pesetas actuales para los 14.000 enfermos dializados a finales de 1992. Dicho de otro modo, el coste de un paciente dializado viene a representar en España, en valores de 1990, tres veces la renta per cápita de nuestro país (o, lo que es lo mismo, unas 70 veces el presupuesto sanitario por habitante) <sup>16</sup>.

Si tenemos en cuenta que la dependencia tecnológica de este tipo de terapéuticas hace que el precio de las mismas sea sensiblemente superior en los países del Tercer Mundo que en Europa o Norteamérica, estos costes comparativos, perfectamente asumibles por un país como España, se hacen realmente escandalosos cuando los referimos a otras latitudes: por ejemplo, para el Perú, dializar a un ciudadano durante un año suponía en 1990 gastar el producto interior bruto correspondiente a 50 personas, cifra que crece a 100 para Egipto y nada menos que a 750 en Mozambique <sup>16</sup> aunque probablemente los costes en estos países serían incluso mucho mayores dada la virtual inexistencia de ninguna infraestructura de distribución comercial o asistencia técnica, que incrementaría los costes reales de cualquier terapéutica sofisticada a cifras astronómicas.

Así las cosas, estas marcadas desigualdades plantean con toda su crudeza los más profundos dilemas éticos sobre lo que se puede y lo que no se puede hacer de acuerdo con la situación socioeconómica existente en las distintas latitudes. Un análisis descriptivo magistral, por su capacidad de síntesis y con la virtud de proporcionar una perspectiva muy distinta de la propia de un país occidental, es la aportada por Reddy desde la India (fig. 3) <sup>17</sup>.

Evidentemente, la situación ideal, a la que sólo tienen acceso unos pocos países desarrollados (entre ellos España), es una libre prescripción de la diálisis, sin más condicionantes que los meramente clínicos, y una amplia disponibilidad del trasplante renal de cadáver. A partir de aquí parece universalmente aceptado, aunque muy distintamente practicado, el trasplante de vivo emparentado, que, no obstante, supone la transgresión de un «Rubicón ético» presente en el juramento hipocrático: «primum non nocere». Aunque para un buen fin: la curación de un familiar, extraer un riñón a una persona sana con un riesgo calculado, pero real, es algo que en principio

MODALIDADES DE TRATAMIENTO DE LA IRC EN RELACION A LA ECONOMIA NACIONAL		
Ideal	Hemodiálisis periódica	Países desarrollados
	Trasplante renal de cadáver	
Rubricón ético- juramento hipocrático- Primum non nocere		
Prácticas aceptables	Hemodiálisis periódica	Países desarrollados
	Trasplante renal de cadáver	
	Trasplante renal de vivo emparentado	
Carencia de hemodiálisis periódica y de trasplante de cadáver		
¿Aceptable?	Trasplante renal de donante vivo: emparentados y de papo regulado	Países del Tercer Mundo
Pérdida de valores médicos y sociales.		
Inaceptable	Trasplantes de donantes vivo de pago no regulado. Comercialización de trasplantes.	Países del Tercer Mundo

Fig 3.-Esquema sobre los conflictos éticos que plantea el tratamiento sustitutivo de la uremia en relación con la capacidad económica de los distintos países del mundo.

no parece muy en la línea del arte de curar y, desde luego, no supone una solución tan deseable como la del trasplante de cadáver. El ejemplo más característico de esta situación son los países escandinavos.

La carencia de los medios suficientes para cubrir un programa generalizado de diálisis o un sistema estructurado de obtención de órganos de cadáver es una situación habitual en el Tercer Mundo. En este caso es discutible (y discutido) si desde el punto de vista ético es aceptable la donación de vivo retribuida sobre la base de una regulación previa (lo que se ha llamado «donación recompensada»: rewarded gifting). Desde una óptica occidental es obvia la inaceptabilidad de este fenómeno, pero la visión de muchos médicos, pacientes y habitantes en general del Tercer Mundo no es exactamente ésta: la precariedad de medios para tratar la insuficiencia renal, por un lado, y para satisfacer necesidades básicas de vivienda o alimentación, por otro, dejan la puerta abierta a esta «donación recompensada», frente a cuya condena por parte de europeos o norteamericanos se alzan voces contundentes y a veces difícilmente rebatibles.

El mismo Reddy reconoce que, con una frontera muy tenue, la pérdida total de los valores médicos y sociales lleva al tráfico y a la venta de órganos sin la más mínima regulación, lo que, ahora sí, se considera unánimemente inaceptable <sup>18,19</sup>

### La situación en los países desarrollados

Acceso a la diálisis. Como principio teórico general podemos admitir que, en lo que eufemísticamente se conoce como «primer mundo», una zona que com-

prende la Europa Occidental, USA, Canadá, Japón y quizás algún que otro país aislado (en total no llegan a los 800 millones de personas o, lo que es lo mismo, un 15 % de la población mundial) <sup>16</sup>, existe un acceso libre a la diálisis sin restricciones económicas <sup>20</sup>, o al menos eso es lo que dice la teoría, si exceptuamos algunos conatos de recortes presupuestarios más o menos drásticos, como el protagonizado por Mrs. Thatcher en el Reino Unido a finales de los setenta, parcialmente contrarrestado por la presión social interna y de la comunidad médica internacional <sup>21</sup>.

En la práctica, las cosas no son tan simples. De hecho, resulta difícil admitir una equidad absoluta en las posibilidades de acceso a la diálisis a la vista de las notables diferencias en cuanto a incidencia de urémicos tratados según los países o, más aún, según las zonas de cada país <sup>22-23</sup>, no fáciles de explicar a través de variaciones en la prevalencia de los distintos procesos que llevan a la insuficiencia renal crónica.

Factores como el tipo de cobertura sanitaria de la población, la forma de retribución de las diálisis, la cuantía de las mismas o la eficacia de las asistencias sociales van a condicionar muy seriamente el número de enfermos que llegan a la diálisis, el lugar y la forma en que van a recibir este tratamiento y el grado de rehabilitación que se va a conseguir con el mismo <sup>21</sup>

Sólo de esta forma podrían explicarse tasas tan elevadas como las que se registran en Estados Unidos, por mucho que algunas minorías tengan una incidencia muy elevada de determinadas nefropatías <sup>24</sup> Incluso en nuestro país, con un sistema sanitario razonablemente homogéneo (aunque no por lo que se refiere a lugar y sistema de prestación de las diálisis), el margen de variación del número de pacientes en relación con su población es de 2:1 entre determinadas comunidades <sup>22</sup>.

Y es que de la misma forma que luego veremos para el trasplante de órganos, las decisiones éticas más importantes se producen mucho antes de que un órgano llegue al centro donde se va a implantar <sup>2</sup> y se centran en realidad en los criterios de selección o de derivación que hacen que un enfermo concreto llegue a ser siquiera considerado candidato a una determinada terapéutica.

Diversos parámetros, como el porcentaje de diabéticos respecto al total de dializados o la edad media de los pacientes en diálisis, sirven para dar una idea de gravedad potencial de las complicaciones con las que se admiten enfermos para tratamiento sustitutivo en los distintos países. Todos los registros, incluido el de la SEN, ponen de manifiesto una progresiva y rápida evolución de estos criterios <sup>25</sup>, que, no obstante, quedan aún lejos de la liberalidad norteamericana, en donde un 30 % de los pacientes que ingresan hoy día a un programa de diálisis son diabéticos: tres veces más que el promedio europeo.

El contrapunto a este estado de cosas es la más que dudosa calidad de vida que no pocos pacientes tienen que afrontar durante sus últimos momentos, y que se ejemplifica en los escalofriantes datos publicados por el grupo de Kjellstrand <sup>26</sup> en 1986, en que, bajo el título de «(suspensión del tratamiento dialítico)», se recoge la experiencia del mayor programa de diálisis del estado de Minnesota, que atendió 1.766 enfermos a lo largo de dieciocho años. Nada menos que 155 pacientes, un 9 % del total, vieron suspendido el tratamiento sustitutivo como consecuencia de una situación considerada irreversible y, por tanto, murieron en uremia, pese a ser técnicamente posible continuar dializándoles hasta que sobreviniera la muerte por otras causas. Las cifras son tanto más impresionantes si tenemos en cuenta que este procedimiento se aplicó al 22 % de los 704 fallecimientos de insuficientes renales registrados durante el período de estudio y que alrededor de la mitad de estos enfermos estaban conscientes cuando se adoptó la decisión.

La edad y la diabetes son los factores de predicción más importantes de llegada a esta situación, pero otros perfectamente lógicos, como la vasculopatía periférica, neoplasias y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, son igualmente de significación estadística. La conclusión más obvia de estos datos es que la suspensión de la diálisis es más frecuente de lo que habitualmente se cree. Supone el final de 1 de cada 11 enfermos en USA y hasta de 1/6 de más de 60 años. Cifras similares se han obtenido en Canadá, mientras que en el Registro de la EDTA, partiendo de premisas muy distintas, se recoge un 2,3 % de muertes por suspensión de tratamiento, un 0,8 % por suicidio y un 10,4 % indeterminado o desconocido (en el que lógicamente caben todo tipo de causas). La in-

cidencia de suicidio activo entre los dializados, similar en Europa y Estados Unidos, es 15 veces superior a la de la población general <sup>27</sup>.

Esta nueva versión de la dicotomía primer mundo-tercer mundo es plenamente superponible al dilema obesidad-inanición sobre el que lamentablemente siguen girando las relaciones Norte-Sur. Encontrar un justo término medio es, sin duda, un objetivo deseable, pero de muy difícil consecución.

*Acceso al trasplante.* Si esto es lo que ocurre con la diálisis en el mundo desarrollado, el acceso al trasplante renal de cadáver (y por extensión a los de los demás órganos sólidos), en ausencia de unos determinantes económicos que, en el caso de los países pobres, los hace inaccesibles para el grueso de la población, viene directamente condicionado por la disponibilidad de órganos. Como antes decíamos, existe también una correlación significativa entre la tasa de trasplantes renales y la renta per cápita (fig. 4). Sin embargo, ello es posible tan sólo por el carácter compensador de la donación de vivo en los países donde, por la razón que fuere, no existe un programa eficaz de obtención de órganos de cadáver.

La eficacia de estos programas depende obviamente de muchos factores, pero de entrada existe un cierto dintel económico del país por debajo del cual el relativamente complejo proceso de detección de un donante potencial, diagnóstico de muerte cerebral y obtención de órganos se hace muy difícil fuera de algún hospital aislado. Ello es así por la carencia absoluta o relativa de camas de UVI o incluso de cualquier tipo de estructura sanitaria digna de tal nombre. A este dintel económico mínimo imprescindible se une, para un extenso segmento de la población mundial, el impedimento cultural o religioso para la donación. El caso de la religión islámica puede considerarse paradigmático. Si bien es cierto que la donación se practica en pequeña escala en algunos países musulmanes o árabes y algunas voces autorizadas teorizan sobre la compatibilidad de esta religión y la donación postmortem <sup>28</sup>. Lo cierto es que ni los musulmanes residentes en su país de origen ni los emigrados a Europa consienten dicha donación en su práctica totalidad. Ello cierra el camino a esta terapéutica a un muy amplio segmento de la población mundial. Otro caso realmente curioso es el japonés: ninguna de sus dos religiones mayoritarias, la budista y la sintoísta, hacen posible la donación postmortem, con la consiguiente exclusión de las técnicas de trasplante de cadáver de uno de los países con mayor potencial económico del mundo.

Fuera de estas situaciones, en Norteamérica y Europa Occidental el acceso al trasplante es directamente dependiente de la tasa de donación, y ésta

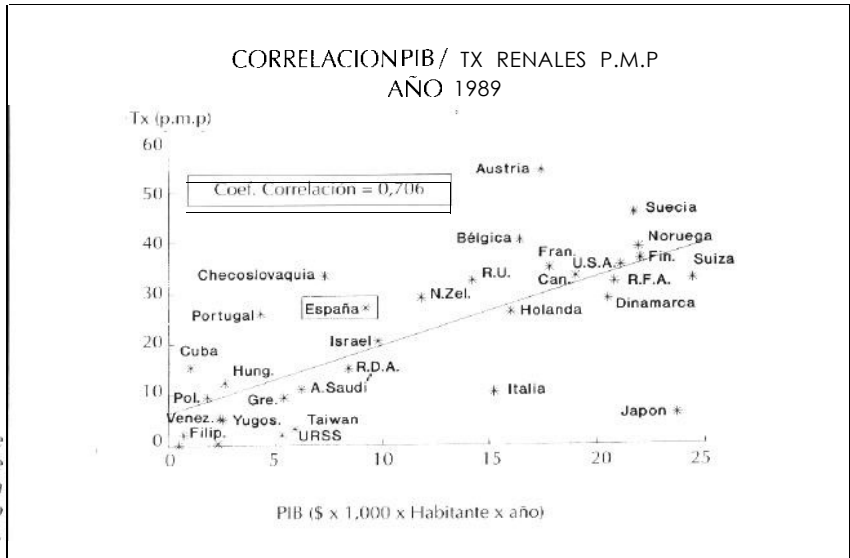


Fig. 4.-Correlación entre la tasa de trasplantes renales (donante vivo + donante cadáver) por millón de habitantes y la renta per cápita en los distintos países del mundo en 1989. Fuente: ONT.

dista igualmente de ser uniforme entre los distintos países (fig. 5) <sup>29</sup>. El contraste más patético entre países vecinos se da entre Italia, como prototipo negativo de esquema organirativo, y Austria o Francia, con tasas muy elevadas de donación mantenidas durante años gracias a su ley de consentimiento presunto, por un lado, y a su esquema organizativo, por otro. El resultado lógico es un trasvase masivo de pacientes italianos hacia Austria, Bélgica, Francia y otros muchos países en un intento de aquéllos por acceder a las técnicas de trasplante.

**EL ACCESO DE NO RESIDENTES A LAS LISTAS DE TRASPLANTE**

Este gradiente de enfermos en busca de mayores posibilidades plantea unos problemas tanto de índole práctica como puramente conceptual realmente graves. Por una parte, queda fuera de toda duda la desproporción oferta-demanda en el número de órganos disponibles, por muy altas que sean las tasas de donación. Ello implica que cualquier órgano dedicado al tratamiento de un paciente procedente de otro país supone indefectiblemente el fallecimiento de un enfermo local en el caso de órganos vitales o la condena a la diálisis en el caso del trasplante renal.

La constatación de este hecho ha inducido en no pocos países una serie de conflictos graves rodeados de agrias polémicas, que a su vez han tenido serias repercusiones en las tasas de donación de órganos <sup>2,30</sup> con ecos que han llegado incluso hasta nuestro país <sup>31-33</sup>. Casos como el de los médicos franceses, que cobraban cantidades por admitir italianos en lista de espera <sup>34</sup> la extraña facilidad de acceso de los VIP de medio mun-

do a los centros de trasplante norteamericanos previo pago de cantidades más que respetables <sup>35</sup>, o la postergación de enfermos no británicos de las listas de pulmón o corazón-pulmón de los hospitales londinenses <sup>31</sup> son aspectos del mismo problema planteado en toda su crudeza.

Naturalmente, las posturas ante este tema no tienen por qué ser uniformes, y de hecho suele haber un cierto contraste de pareceres entre algunos profesionales y sus respectivas administraciones. Francia fue el primer país en regular el acceso de no residentes <sup>36</sup>, con la manifiesta resistencia activa y pasiva de los trasplantadores integrados en France Transplant en un momento en que, según datos del Consejo de Europa, hasta un 26 % de los pacientes en lista de espera renal en el país vecino eran extranjeros, con cifras menores, pero muy significativas, para hígado (14 %) y corazón (9 %). Estos porcentajes son muy variables en los distintos países europeos, dependiendo tanto de las políticas locales como de las formas de financiación de diálisis y trasplantes o los índices de donación.

En todo caso, tanto la EDTA-ERA como la reunión conjunta de profesionales trasplantadores europeos ESOT-EDTA se han manifestado abiertamente a favor de una prioridad local de los órganos generados en un lugar determinado. Textualmente, el Congreso sobre Ética, Justicia y Comercio en los Tratamientos Sustitutivos, celebrado en 1990 en Munich, se manifestó en sus resoluciones finales por «el desarrollo en cada país de programas de trasplante de cadáver adecuados a sus necesidades» e hizo una declaración expresa en el sentido de que «los órganos generados en una comunidad deben corresponder prioritariamente a los miembros de esa comunidad» <sup>37</sup>

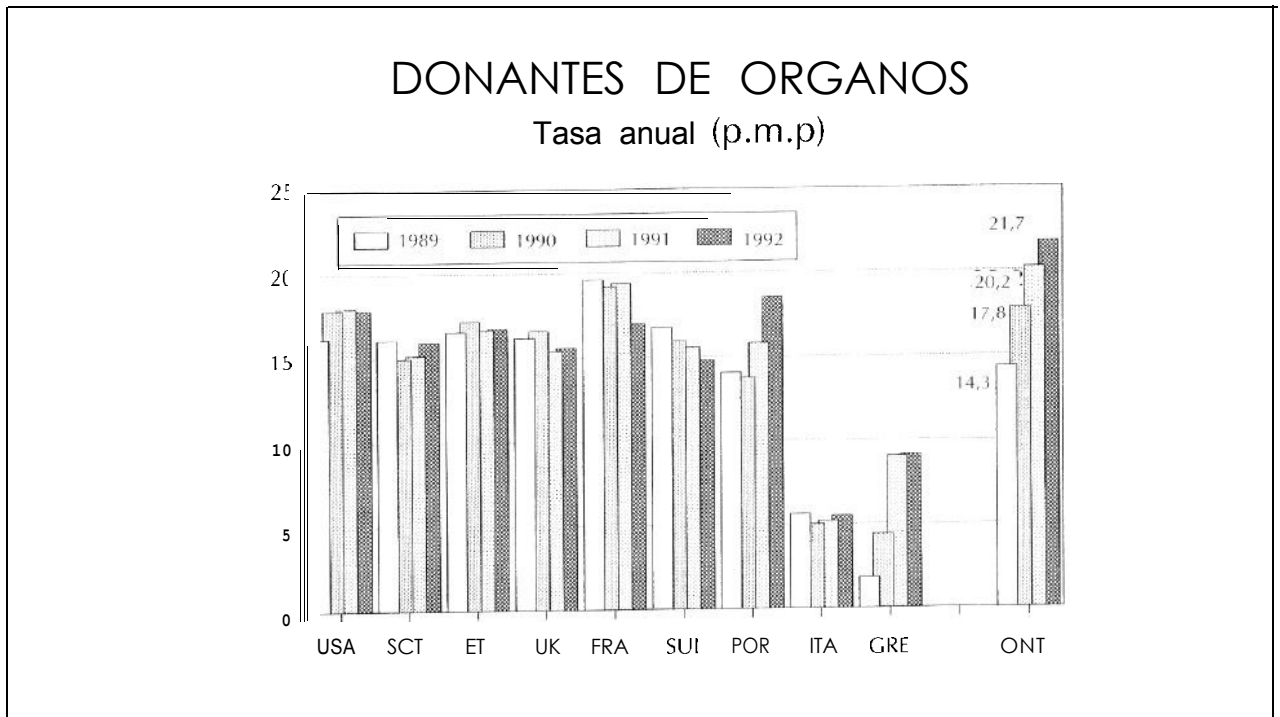


Fig. 5.-Donantes efectivos de órganos por millón de población en las distintas organizaciones de trasplantes.

En España, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó el 22-VI-92 una resolución por la que se regula el acceso al trasplante para enfermos extranjeros no residentes en nuestro país, estableciendo unas limitaciones muy estrictas que exigen un estudio pormenorizado de cada caso por parte de la Comisión Permanente de Trasplantes con representación de la Administración Central y de las 17 Comunidades Autónomas. <sup>38</sup>

Esta resolución ha sido perfectamente asumida tanto por los profesionales de trasplantes como por la opinión pública en general, que la recibió sin oposición aparente, incluso con muestras de entusiasmo por parte de algunos colectivos de usuarios. De hecho, el concepto de prioridad local para la atribución de órganos se encuentra perfectamente explicitado en el Documento sobre Bioética en el Trasplante de Organos y Tejidos <sup>8</sup>, consensado con todos los profesionales trasplantadores, administraciones sanitarias, coordinadores y asociaciones de enfermos y avalado posteriormente por el Consejo Asesor de Sanidad.

Realmente es muy difícil convencer a la población de que done sus órganos si existen sospechas fundadas de que van a ser atribuidos de acuerdo con factores que poco tienen que ver con la atención a las necesidades de esa población y sí con intereses muy particulares de determinadas personas. La argumentación de

la necesidad clínica de los enfermos de otros países puede ser aceptable desde el punto de vista individual, pero nunca desde el del conjunto de la sociedad. De hecho, la pregunta que cabe siempre hacerse ante una solicitud concreta de entrada a una lista española es: ¿por qué este enfermo sí y otros cientos o miles de cualquier país del tercer mundo no?

La respuesta, por desgracia, suele ser bastante uniforme: la solicitud siempre viene de la mano de un médico, un periodista o un político, y desde luego suele ir acompañada de una manifiesta selección por razones de relevancia social o económica en su país de origen, sobre la que incluso su introductor no suele ser muy consciente, pero que en todo caso resulta ética y conceptualmente impresentable ante la sociedad que hace posible el trasplante donando sus órganos. Y ello por mucho que se le quiera disfrazar con el juramento hipocrático. De hecho es ya bastante notorio incluso para la opinión pública que lo que se conoce como circuitos paralelos de trasplante han tenido un efecto tremendamente negativo para la donación de órganos <sup>34</sup>. Una vez más, ahora en un plano internacional, las palabras de Arthur Caplan definen perfectamente el problema, a la vez que nos sirven para introducir el siguiente capítulo. <sup>2</sup>

«Si los órganos se obtienen tanto de los ricos como de los pobres, pero sólo los reciben los ricos, ¿cuánto tiempo podemos esperar que la sociedad

sostenga los trasplantes con sus donaciones o con sus impuestos?»).

## OTROS FACTORES CONDICIONANTES DE LA IGUALDAD DE ACCESO

En muy diversos contextos se ha invocado la edad, el sexo, la raza o ciertos hábitos culturales como factores determinantes de la posibilidad de acceso a los tratamientos sustitutivos. Si bien en los primeros tiempos de estos procedimientos se utilizó de forma universal el concepto de «utilidad social» para decidir quién vive y quién muere, apoyando las decisiones en los llamados «comités de selección»<sup>39</sup>, lo cierto es que en el ámbito de los países desarrollados los altos costes y la escasez de órganos hacen que de forma más o menos velada se alcen voces que claman por algún tipo de selección consensuada con criterios escritos o simplemente proceden a efectuarla de forma más o menos velada, en ocasiones siguiendo incluso una conducta inconsciente, cuyos resultados tardan años en hacerse estadísticamente patentes.

Hay ejemplos de todo tipo muchas veces lanzados como globos sonda por la administración o los propios profesionales, que comprueban con ello la respuesta que suscita en la opinión pública (casi siempre airada y negativa), dejando a continuación el problema tan sin solucionar como antes, aunque, eso sí, con un sentimiento más acusado de que nos encontramos ante un dilema irresoluble.

El ejemplo más clásico fue el ya citado de la política conservadora británica<sup>31</sup> por motivos estrictamente económicos. Sin embargo, la utilidad social se ha explicitado en propuestas concretas, como la holandesa de limitar la edad de los receptores cardíacos<sup>40</sup> la británica de postergar a los fumadores<sup>41</sup> o la actitud generalizada en los primeros tiempos del trasplante hepático de excluir a los alcohólicos. Realmente, lo que subyace de una forma consciente o inconsciente es el eterno dilema sobre cuál debe ser el criterio que prime a la hora de preferir un receptor a otro. Podemos dejar de momento a un lado el tema renal, porque la histocompatibilidad (en la que se puede tener desde una fe ciega a un escepticismo razonado) nos permite recurrir a un criterio de selección más o menos objetivo y para el que lo mínimo que se puede decir es que si no existiera habría que inventarla. Enfrentados al dilema de la distribución de órganos vitales, los principios básicos susceptibles de ser defendidos son<sup>7</sup>:

- El principio de rescate.
- El principio de la utilización óptima.
- El principio de la lista de espera.

El dilema está claro: si se dedican sistemáticamente los órganos vitales a salvar in *extremis* las vidas de los que se encuentran al borde de la muerte en peores condiciones físicas (rescate), además de necesitar una cantidad superior de recursos económicos, los resultados van a ser sensiblemente peores<sup>42</sup> con el problema adicional de que los enfermos en mejores condiciones ahora dejarán de estarlo en unos meses al no recibir los órganos que se dedican al enfermo grave, cerrando así un círculo vicioso que pronto acabaría con los trasplantes al conseguirse una relación coste-beneficio realmente deficiente.

La postura contraria es la de «utilización óptima»: como no hay órganos para todos, éstos deben dedicarse a los que más beneficio clínico pueden obtener de ellos, a aquellos enfermos de los que cabe esperar una mayor supervivencia en detrimento consciente de aquellos en que, por su mayor gravedad clínica, no es previsible obtener unos beneficios similares. La posición ecléctica es aquella que, ante la imposibilidad de dar una única respuesta a este dilema, adopta como criterio el «orden de llegada a la lista de espera», habiéndose llegado incluso a sugerir el azar como forma de selección.

Naturalmente, la realidad diaria no se desvía hacia ninguno de estos extremos, dadas las fuerzas contrapuestas que actúan sobre los mecanismos de selección, lo cual no impide las tendencias a que antes aludíamos al hablar de la limitación del acceso de determinados colectivos en favor de otros. Es obvio que la pirámide de edad de la población tiene poco que ver con la de distribución de los trasplantes de riñón, hígado o corazón. ¿Supone eso una discriminación por razón de la edad? No necesariamente, dado que las proporciones de enfermos en lista de espera con mayor edad son similares a los finalmente trasplantados de hígado o corazón<sup>43,44</sup>, pero sí está claro que estos segmentos de la población están sometidos a un fuerte proceso de selección en base más a edad biológica que cronológica o a la unión de varios procesos asociados. No parece defendible cualquier medida estática que establezca un límite de edad en los 50, 60 ó 70 años ni tampoco en determinadas conductas de consumo de alcohol o tabaco, por lo demás perfectamente legales. Lo contrario vendría a equivaler a la necesidad de que el enfermo demuestre su inocencia para ser atendido<sup>45</sup>, lo que no parece realmente muy razonable. Lo cierto es que la propia evaluación clínica de los pacientes va a ser, ante unos medios limitados, el factor selectivo más claro a la hora de condicionar el acceso al trasplante.

Un tema adicional es el de la eventual discriminación racial en sociedades multiétnicas, como la norteamericana, con el añadido del componente económico y social. El problema ha sido primero identificado y



posteriormente analizado de una forma exhaustiva en USA, aunque el peculiar sistema sanitario norteamericano dista mucho de haberle encontrado una solución. En pocas palabras podría resumirse así <sup>24</sup>:

- Los negros hipertensos sin tratar desarrollan insuficiencia renal 17 veces más que los blancos.

- Determinadas zonas, como el distrito de Columbia, con un 70 % de población negra, tienen la tasa más alta de IRC de los Estados Unidos.

- Entre la población blanca susceptible de recibir un trasplante renal, lo logra un 20 %. Entre los negros, un 10 %.

- Los receptores negros rara vez reciben un riñón de un donante negro. Su supervivencia es estadísticamente inferior a la de los blancos.

- Se han invocado factores inmunológicos ligados a la compatibilidad DR para explicar esta mala supervivencia.

- En zonas de predominio de raza negra, sólo el 20 % de los donantes son negros.

La situación es, pues, muy clara, aunque cada cual puede poner la relación causa-efecto en el sentido que más le convenga. Los negros y otras minorías étnicas, como los hispanos o los orientales, donan menos órganos que los «blancos» y, a su vez, reciben menos trasplantes. Se han invocado factores culturales y raciales para explicar esta predisposición a no donar los órganos <sup>46</sup>. Es probable que con muchos datos y un programa de ordenador adecuado se pueda demostrar cualquier cosa, pero al menos por lo que se refiere a los «latinos», hay unas cuantas comunidades españolas con índices de donación de alrededor del doble que los Estados Unidos o que el Reino Unido <sup>29</sup>, lo que ciertamente no parece sugerir, desde un punto de vista científico, una especial predisposición de las etnias anglosajonas hacia la donación de órganos si por medio andan unas condiciones sociales y unas normas de juego más razonables que las imperantes para las minorías en Norteamérica. La experiencia multirracial cubana, desde luego modesta, pero significativa <sup>47</sup>, tampoco apunta hacia este tipo de factores. Circunstancias como la pobreza, la marginación social y la manifiesta carencia de equidad de un sistema que ya cuenta con más de 38 millones de personas sin acceso a prácticamente ningún tipo de cobertura sanitaria apuntan más bien a una absoluta falta de confianza de las minorías en las razones que se les exponen para donar sus órganos. El entrenamiento de coordinadores pertenecientes a estas minorías es, sin duda, un enfoque pragmático, aunque probablemente parcial. El cuadro se acaba completando con la constatación numérica de que, por ejemplo, en la ciudad de Washington las mujeres negras reciben trasplante con una frecuencia sensiblemente menor que los va-

rones de dicha raza, tan sólo superadas en este dudoso honor por las latinas y las orientales. <sup>24</sup>

## EQUIDAD EN EL ACCESO AL TRASPLANTE EN ESPAÑA

Hasta aquí hemos analizado todos los factores que condicionan la equidad (o, mejor, la falta de la misma) en el acceso a las distintas técnicas de trasplante a lo largo del mundo. ¿Cuál es la situación en España?

En principio cabe decir que el Sistema Nacional de Salud Español, con una cobertura virtualmente total de la población en cuanto a asistencia sanitaria pública y en la práctica del 100 % en cuanto a procedimientos de trasplantes se refiere, constituye una plataforma teórica adecuada para garantizar la equidad de acceso. Cualquier español que accede a un equipo de trasplante lo hace con los mismos derechos de conseguir el órgano que otro ciudadano, sin más condicionantes que su situación clínica y la eventual repercusión de la misma en los criterios médicos establecidos. No parece que haya motivos para pensar que las cosas se hagan de otra forma, y de hecho el apoyo social masivo a las medidas de limitación para no residentes ha conseguido, entre otras cosas, cortar de raíz peligrosas tentaciones de algunos grupos ante peticiones de enfermos o colegas extranjeros «importantes» o incluso de compañías de seguros de algún país como Israel, con gran potencial económico, pero no muy centrado en la donación de órganos.

¿Son suficientes estas bases teóricas y los comportamientos honestos y transparentes de nuestros equipos de trasplante para certificar una igualdad de acceso? Hasta hace dos-tres años, esta pregunta carecía de respuesta científica y se basaba tan sólo en intuiciones y visiones parciales de determinados profesionales de innegable prestigio técnico en su campo, pero con enormes sesgos derivados de la ausencia de datos objetivos.

Sólo desde que en 1991 para hígado, corazón y pulmón, y 1992 para riñón, la ONT recogió el origen de cada enfermo trasplantado, se han podido analizar las posibilidades de ser trasplantados que tienen los españoles según su comunidad de residencia. Los datos numéricos que comentaremos a continuación, perfectamente explicitados por otra parte en las memorias de la ONT <sup>43-44</sup>, vienen a romper bastantes tópicos y prejuicios. Por un lado, desmienten categóricamente las teorías centralistas por las que según algunos los grandes centros de trasplante de hígado y corazón deberían «haberse limitado a tiempo» a unos pocos hospitales de Madrid y Barcelona. Deja sin argumentos, por otro lado, a la

proliferación indiscriminada de centros de trasplante renal para facilitar el acceso a esta técnica de los pacientes de una determinada comunidad o provincia, o al menos deja las cosas en su sitio desde el punto de vista numérico.

En una terapéutica consolidada, como es el trasplante renal, se puede decir que, salvo algunas desviaciones puntuales, el acceso de los enfermos de una comunidad depende básicamente de su capacidad de generar órganos. Por el contrario, en técnicas jóvenes, pese a su impresionante desarrollo cualitativo y cuantitativo, como el trasplante hepático y cardíaco la existencia de un equipo trasplantador en la comunidad autónoma de origen o, mejor aún, lo más cercano posible al domicilio del enfermo, condiciona de manera decisiva la indicación del procedimiento y, a partir de ahí, el acceso al mismo.

Una vez más, los esquemas mentales de Arthur Caplan se muestran particularmente certeros <sup>2</sup>:

- Los centros de trasplante deciden la atribución de un órgano tan sólo entre los enfermos que acceden a dicho centro.
- Muchos receptores potenciales jamás llegan a los centros de trasplante.
- Las decisiones éticas más importantes sobre distribución de órganos se producen mucho antes de que un enfermo llegue a un hospital determinado.

### Trasplante de hígado y corazón

Las cifras de corazón e hígado correspondientes a los años 1991 y 1992 son en este aspecto demolidoras. En 1992 se indicó en España trasplante hepático en 17,8 casos p.m.p. y finalmente 12,2 lo alcanzaron (la tasa más alta del mundo, junto con la norteamericana); en Navarra se indicó en una proporción de 31,3 y en Madrid de 30,8, alcanzando los residentes de dichas comunidades las impresionantes tasas de trasplantados de 21,5 y 17,7. Por el otro extremo sólo se indicó la necesidad de sustituir el hígado en 3,7 extremeños p.m.p. (y lo consiguieron 1,8) o en 2,2 aragoneses (de los que afortunadamente se trasplantaron todos). Las cifras de 1991 son paralelas: Navarra, con 41,2 indicaciones p.m.p., y Extremadura, con 2,8, cierran por los extremos un arco de 15:1 en cuanto a diferencias de indicación, que ni las más insólitas discrepancias sobre incidencia de hepatopatías serían capaces de explicar (figura 6).

El panorama cardíaco no es muy distinto, aunque presenta algunos matices curiosos (fig. 7). Llama la atención, por ejemplo, que durante 1991 no se indicara este trasplante en ningún enfermo balear, frente a 28,9 cántabros p.m.p. o 17,6 navarros. Sin embar-

go, comparando las cifras de los dos años, tienen más valor los datos de CC. AA. más pobladas, como Madrid, con una tendencia a la indicación de trasplante cardíaco cercana a los 16 p.m.p., similar a la francesa. Comunidades de población igual o inferior a un millón pueden experimentar de año en año variaciones importantes en las tasas de indicaciones o trasplante que dificultan la interpretación de resultados, aunque siguen dejando patentes unas diferencias francamente acusadas.

Las reflexiones que se pueden hacer sobre estas gráficas son múltiples y de enorme trascendencia. En primer lugar, la revisión al alza de cualquier predicción de necesidades anuales de trasplante, algo intuitivo por cualquier clínico, pero todavía no demostrado en la práctica. En el corazón, una generalización de 16-18 indicaciones p.m.p/año elevaría las necesidades de trasplante en España a 650-700, muy por encima de las disponibilidades actuales, salvo que se utilizaran corazones de características hoy día impensables. Por lo que al hígado se refiere, aun renunciando a las cifras navarras de 1991, los 30 p.m.p. de varias CC. AA. colocarían las necesidades en unos inalcanzables 1.200 hígados.

En segundo lugar, y como es obvio, estas discrepancias en el número de indicaciones se producen a expensas de un fortísimo grado de selección para los enfermos de aquellas zonas donde la «cultura del trasplante» no está aún bien difundida. Al no estar familiarizados los médicos generales ni los especialistas con unas indicaciones de trasplantes que evolucionan de una manera vertiginosa en cuanto a edad y gravedad de procesos asociados, ejercen de forma inconsciente una selección negativa para con sus enfermos al no referirlos a los centros de trasplante, cosa que evidentemente no ocurre cuando la influencia de estos centros se deja sentir en el entorno circundante.

Este estado de cosas tan sólo puede verse compensado por una difusión exhaustiva de la información, de la que a veces ni siquiera los propios especialistas trasplantadores son conscientes. Las cosas evolucionan tan deprisa que hoy en día pueden entrar en lista sin problemas pacientes con 65 o más años que hubieran sido excluidos por sus escasas posibilidades de éxito hace tan sólo un año. Si la información que tienen en muchos hospitales procede de libros de texto o, en el mejor de los casos, de artículos publicados en revistas anglosajonas, los resultados son fácilmente predecibles.

A su vez, del conocimiento de estos perfiles se comprende la necesidad de mantener la cabeza bien fría ante situaciones de gravedad de un enfermo determinado con escasas posibilidades de recuperación o bien ante la presión de una lista de espera dilatada

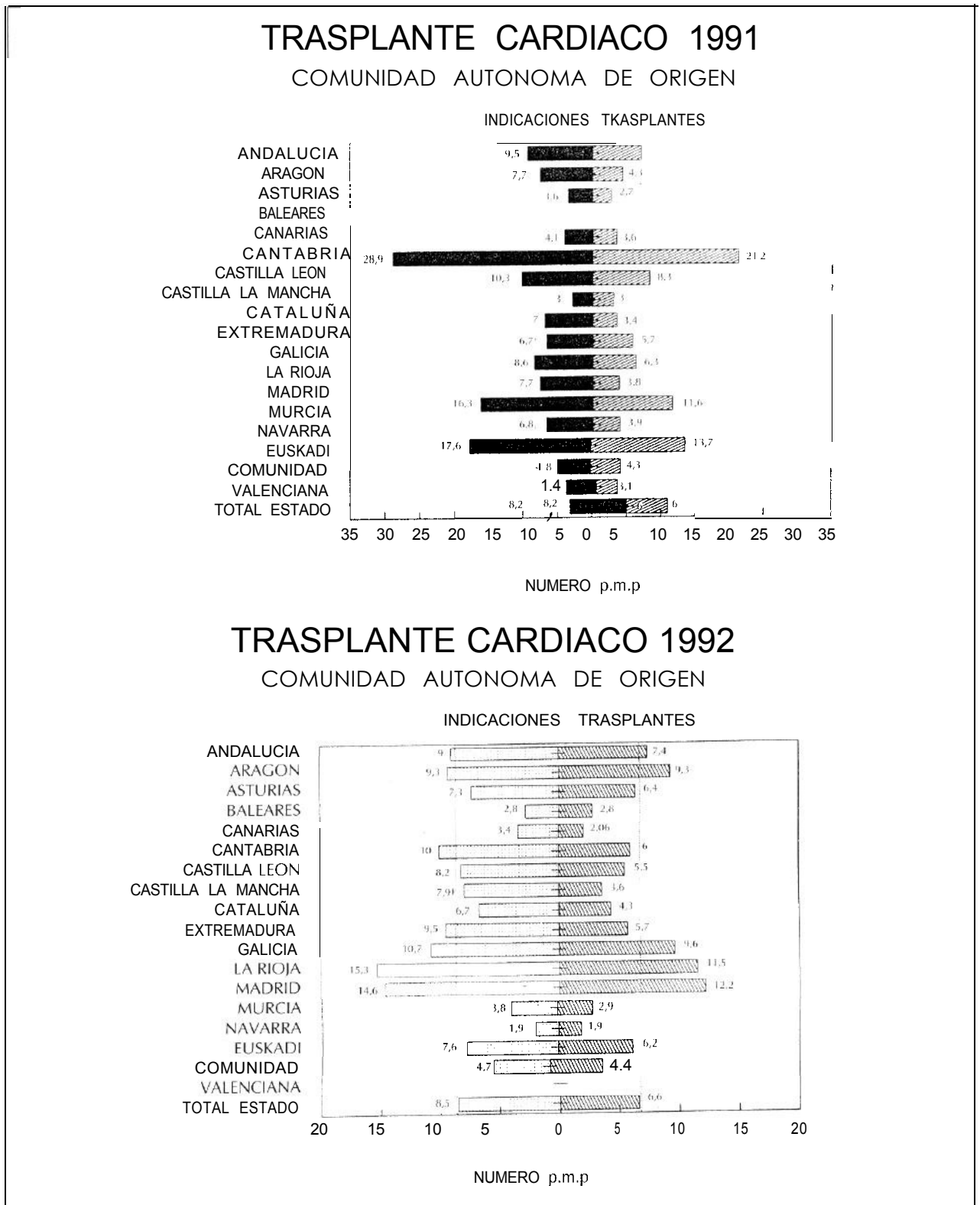


Fig. 6.-Indicaciones de trasplante hepático en cada una de las 17 CC. AA. y enfermos finalmente trasplantados por millón de habitantes durante los años 1991 y 1992.

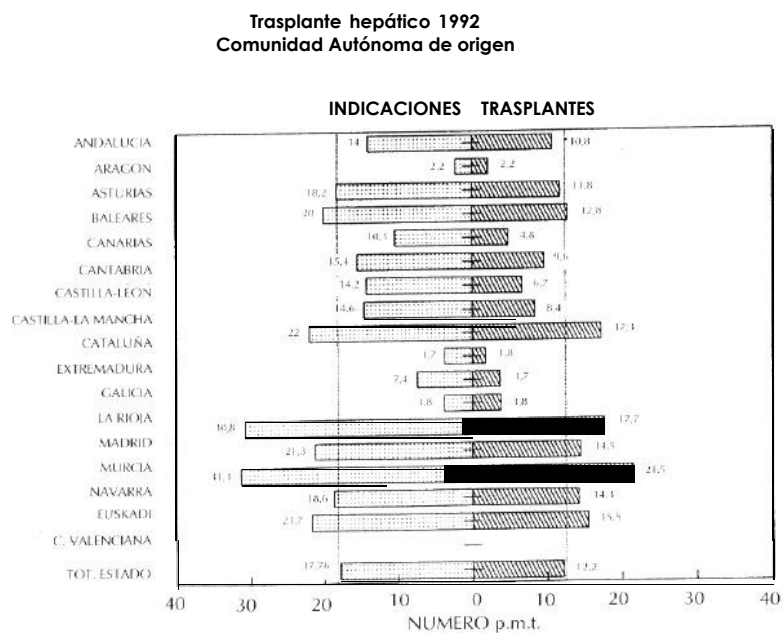
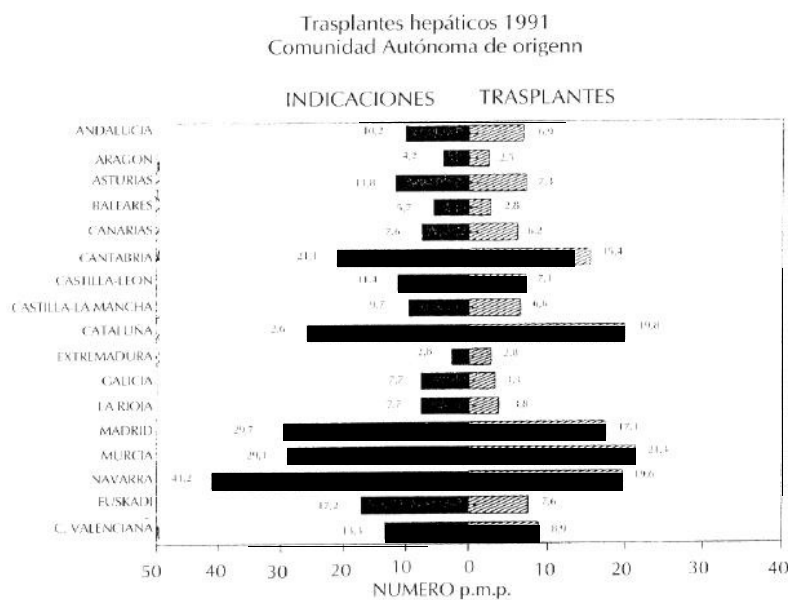


Fig. 7.-Indicaciones de trasplante cardíaco en cada una de las 17 CC. AA. y enfermos finalmente trasplantados por millón de habitantes durante los años 1991 y 1992.

en determinados centros. Evidentemente, para los familiares del enfermo éste constituye de por sí la prioridad y es legítimo que así sea. Hasta cierto punto es comprensible que lo sea también para el equipo de trasplantes, pero la ausencia de unos criterios estandarizados, pactados en frío y cumplidos a rajatabla por la Organización Nacional de Trasplantes, añadiría a los enfermos de las comunidades menos familiarizadas con el trasplante un factor adicional de discriminación ante las presiones de casos más graves en las listas de los grandes hospitales.

Tampoco parece que el grado de desarrollo de la estructura sanitaria en general u hospitalaria en particular, con ser un factor importante, sea el condicionante fundamental que explique estas discrepancias. Grandes crecimientos monográficos de indicaciones de un tipo de trasplantes en detrimento del otro (Murcia en favor del hígado, Aragón del corazón, etcétera) hablan de la importancia de determinados servicios o incluso personas en el establecimiento de indicaciones en una comunidad determinada. Desde la visión central de las listas de espera que proporciona la ONT se asiste con cierta frecuencia a la incorporación significativa de candidatos de determinadas áreas antes casi inéditas coincidiendo con la puesta en marcha de un nuevo equipo o con el simple cambio de ciudad de algún miembro activo de un equipo cardíaco o hepático.

Este desconocimiento relativo o, mejor, esta no familiaridad de muchos médicos generales e incluso de especialistas con el estado actual de indicaciones y resultados de los distintos trasplantes constituye un factor de riesgo permanente que explica la aparición periódica de casos concretos de presunta discriminación de enfermos por motivos diversos, pero con un sustrato común: no haber llegado a un equipo de trasplantes.

Tampoco hay que pensar que se trata de un fenómeno español, sino que más bien tiene un carácter universal derivado de la tremenda rapidez con la que se han desarrollado estas técnicas. En España ha tenido su símbolo viviente no hace mucho en el niño gitano Aquilino Jiménez, afecto de una atresia de vías biliares <sup>48</sup>, que no fue remitido en su día a un equipo de trasplantes sencillamente porque los médicos que le atendían dieron por descontado que su situación socioeconómica le excluía de un postoperatorio con alguna esperanza razonable de curación. Ello se hizo en base a unos criterios sociales que recogen muchos libros de texto de los primeros años del trasplante, pero que hoy carecen de vigencia. El asunto tiene aún múltiples implicaciones y derivaciones, pero la imagen de indefensión e inocencia de Aquilino se convirtió en pocas horas en un símbolo de lo que no podía ocurrir bajo ningún concepto. El mensaje, una

vez más, era muy claro: si se piden los órganos a una sociedad, éstos deben revertir en beneficio de todos sus miembros.

Si los más desfavorecidos por la fortuna se ven fuera del reparto, nos quedamos sin argumentos. Todo el edificio puede tambalearse y venirse abajo. El niño nunca fue excluido de la lista de espera por la sencilla razón de que no había sido propuesto para la misma, y de hecho en el momento de escribir estas líneas, seis meses después, y ya en el centro de trasplante, resulta que todavía no necesita clínicamente la sustitución de su hígado enfermo y no parece que lo vaya a precisar a medio plazo. ¿Cabe mejor demostración de la necesidad y la importancia de un conocimiento adecuado de lo que es un trasplante, de sus indicaciones y su dinámica actual por parte de los profesionales?

Todos estos datos en modo alguno nos deben inducir a pensar en carencias intencionadas de equidad de nuestro sistema. De hecho, las tendencias observadas apuntan hacia una progresiva corrección de los desequilibrios en una situación tan rápidamente cambiante que más bien parecen reflejar una crisis de juventud de unas técnicas con rápido crecimiento. Las consecuencias a la hora de planificar necesidades de centros son palmarias: si se busca equidad de acceso, se debe perseguir una distribución geográfica razonablemente equidistante entre la centralización británica y la atomización francesa. La división en zonas propuesta en su día por la ONT, y por la que hoy se estructura el trasplante en nuestro país <sup>43</sup> constituye una apuesta clara por esta racionalización y la búsqueda de una igualdad de oportunidades para todos los españoles.

## TRASPLANTE DE RIÑON

La situación descrita por lo que se refiere al trasplante hepático o cardíaco tiene poco que ver con la existente en el renal. De entrada hay que decir que el hecho de que tanto la diálisis como el trasplante renal sean técnicas estandarizadas y de libre acceso para la población desde hace más de quince años, con unas indicaciones que dependen de un colectivo como el nefrológico, más reducido que el de cardiólogos o gastroenterólogos y de formación sensiblemente más homogénea, hace que las discrepancias sean mucho menores.

La lamentable pérdida de valor cuantitativo del registro de la EDTA, y a su través del de la SEN, cuyas diferencias con la realidad se acercan en la actualidad al 40 % (y, lo que es peor, de manera no uniforme a lo largo del Estado) <sup>49</sup> ha impedido hasta ahora tener una idea clara de las diferencias de acceso a la

diálisis según CC. AA. Los datos de la ONT, obtenidos del contraste de fuentes administrativas y profesionales perfectamente concordantes con los obtenidos directamente por la industria farmacéutica <sup>43,44</sup> ponen de manifiesto una sensible diferencia entre enfermos tratados por millón de habitantes según las CC. AA. Las citadas carencias del registro de la SEN no permiten constatar una impresión que parece, por lo demás, bastante obvia: estas diferencias se producen a expensas de un incremento de las indicaciones en ancianos, diabéticos y, en general, pacientes con enfermedades asociadas graves. Por lo demás, no es preciso ser muy observador para constatar unas más amplias indicaciones en aquellas zonas del Estado donde por la razón que fuere se ha producido un mayor desarrollo de las diálisis privadas.

Tampoco es muy uniforme el número de enfermos en lista de espera en relación con la población de cada comunidad; pero, en cambio, el cociente entre estos dos valores, esto es, el porcentaje de enfermos en diálisis incluidos por sus características clínicas en una lista activa de trasplante, sí es bastante constante, entre el 35 y el 40 %, y además sensiblemente superior al de los demás países de nuestro entorno (fig. 8), teniendo en cuenta que países como Austria o Bélgica ven muy incrementadas sus propias listas de espera por la presencia masiva de italianos. <sup>11</sup>

En cuanto al número real de trasplantados, es bien sabido que las zonas de referencia de los enfermos no coinciden exactamente con los límites de las CC. AA. o las zonas, sino más bien con unas áreas de influencia de los distintos equipos de trasplante <sup>1</sup> No hace mucho, antes de que se desarrollara la red de coordinadores, se constató una correlación significativa entre la renta per cápita de cada provincia y el número de trasplantes renales efectuados <sup>1</sup>. Esta situación afortunadamente, se ha modificado en un sentido más igualitario, de manera que hoy día resultaría imposible detectar este tipo de correlación, aunque siguen existiendo diferencias entre CC. AA. sólo parcialmente explicables por diferencias en la infraestructura sanitaria.

Si bien el número de trasplantes renales que se efectúan en cada comunidad o en cada área de influencia es un reflejo directo de los órganos generados en la misma, dado que la tasa de intercambio renal es alrededor del 15 % <sup>44</sup>, el acceso a esta terapéutica se ve modulado por el hecho de que algunas comunidades trasplantasen un número muy significativo de enfermos no residentes en su territorio (figs. 9 y 10). En algunos casos se derivan del cumplimiento de acuerdos específicos con adscripción de determinadas zonas a hospitales de referencia. Es la situación del Norte de Castilla-León con Cantabria, de La

**Tabla I.** Trasplantes renales, año 1992, según CC. AA. de origen de los receptores

CC. AA. DE TRASPLANTE	ANDALUCIA	ARAGON	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CAST. MANCHA	CAST. LEON	CATALUNA	EXTREMADURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	P. VASCO	LA RIOJA	COM. VALENCIANA	EXTRANJERO	TOTAL T. R.
ANDALUCIA	206																		206
ARAGON		39																	39
ASTURIAS			41																41
BALEARES				9															9
CANARIAS					70														70
CANTABRIA						30		36				1			4				71
CASTILLA-LEON								26											26
CATALUNA	5	14		7				1	262	2	5	2		1	2	1	6	2	310
EXTREMADURA										22									22
GALICIA											117								117
MADRID	4	2	1	1			62	33		11	2	186			1				303
MURCIA													27						27
NAVARRA														18		11			29
P. VASCO			1												83	1		IV	86
COM. VALENCIANA							1					1	1				133		136
TOTAL DEL ESTADO	215	55	43	17	70	30	63	96	262	35	124	190	28	19	90	13	139	3	1.492

## DIFERENCIAS GEOGRAFICAS EN EL ACCESO A LOS TRATAMIENTOS SUSTITUTIVOS

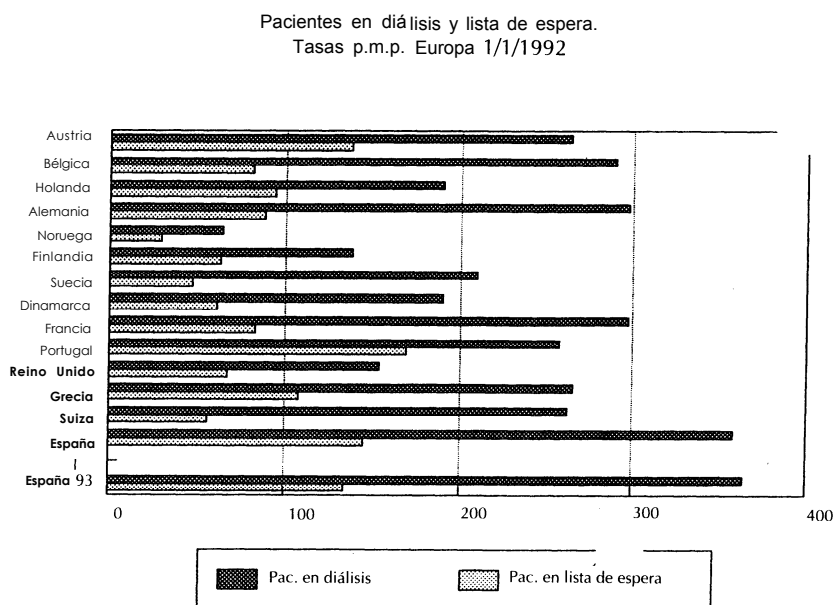
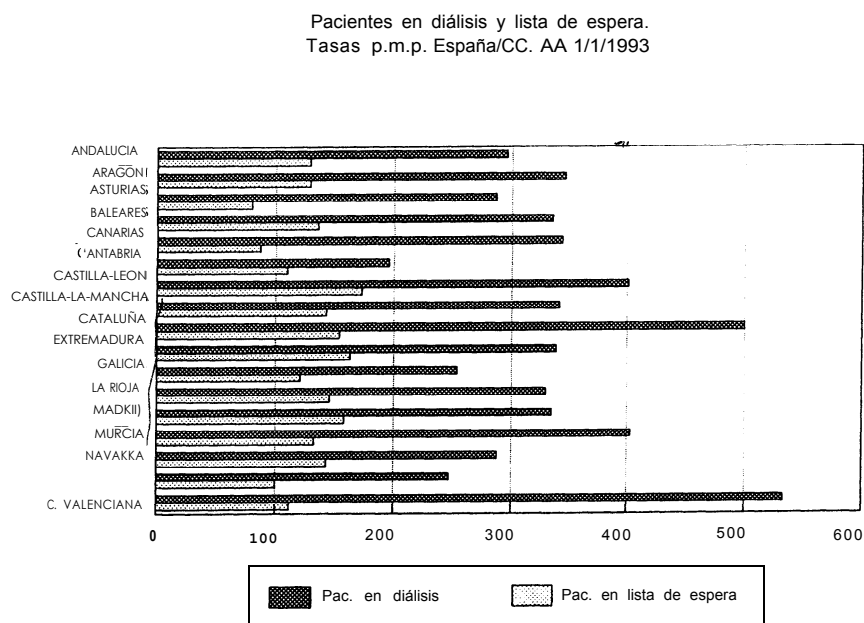


Fig. 8.-Relación entre el número de enfermos en lista de espera activa y número de enfermos en diálisis en España y en distintas organizaciones internacionales.

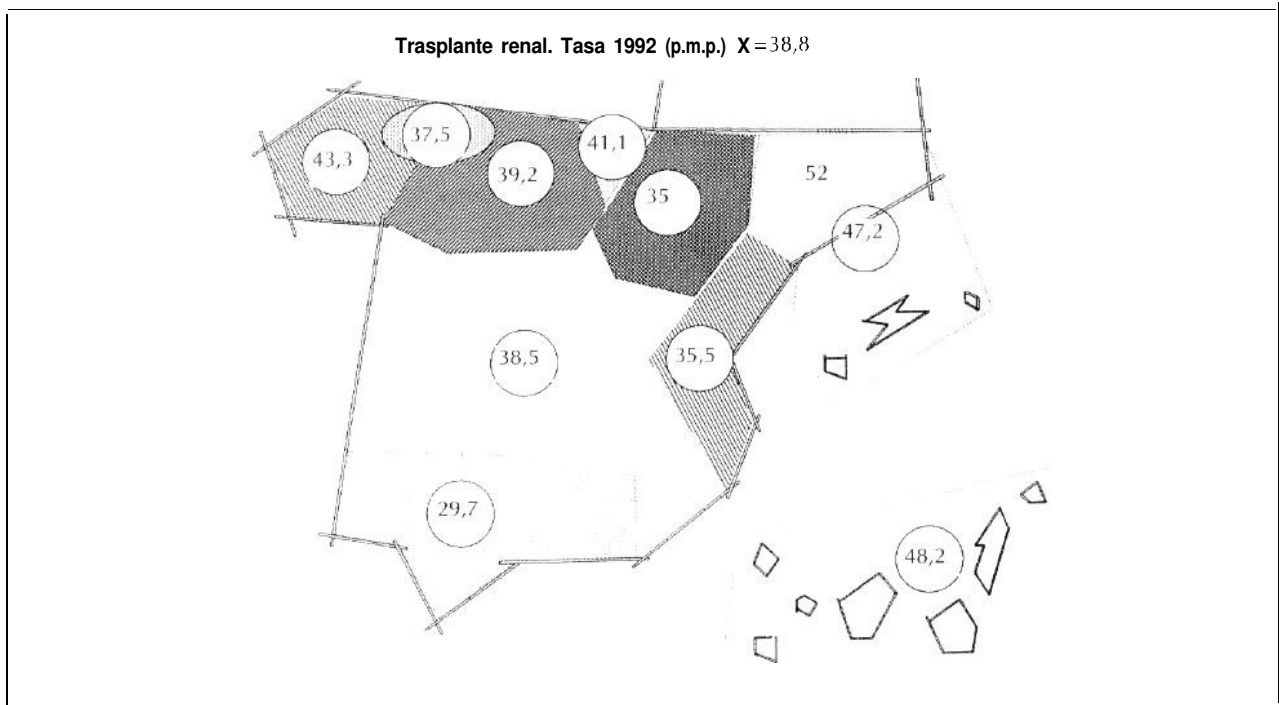


Fig. 9.-Número de trasplantes renales por millón de habitantes realizados en las distintas zonas de influencia durante 1992

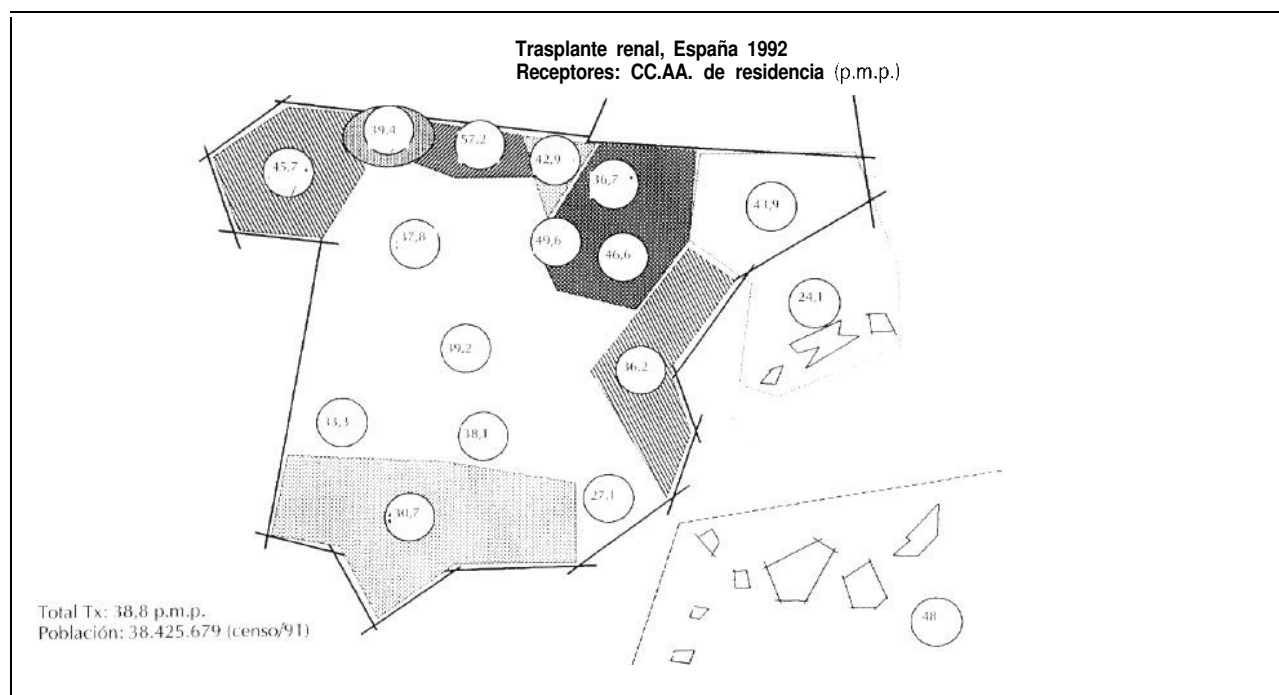


Fig. 10.-Análisis de la procedencia de los receptores de un trasplante renal en España durante 1992 por millón de habitantes, con independencia del lugar donde se efectuó la intervención.



Rioja con Navarra o de gran parte de la Zona Centro con Madrid. Sin embargo, adscripciones individuales de enfermos por razones muy variadas a los grandes centros de Madrid y Barcelona condicionan fundamentalmente un número realmente importante de trasplantes efectuados a personas de otras zonas del Estado que modifican sensiblemente las posibilidades teóricas de acceso que cabría esperar a priori (tabla I).

Este fenómeno no planificado y fruto de las relaciones personales o entre profesionales puede ser interpretado de muy diversas formas. Desde luego, no es el resultado de una distribución matemática y cerrada de la lista de espera, que, por otra parte, no se da en ningún lugar del mundo y cuya pretensión estricta estaría abocada al fracaso. Aunque no sea la forma más correcta de actuar, probablemente este mecanismo, cuya incidencia hace unos años desconocemos, ha debido constituir una válvula de escape de zonas deprimidas o con problemas puntuales de generación de órganos en las que de otra forma se habría producido una conflictividad importante. De todas formas, la desviación de la media española de 38,8 p.m.p. es mucho menos acusada que lo que veíamos para otros trasplantes, y lo sería todavía mucho menos si lo refiriésemos a un período de varios años o lo calculásemos por zonas con poblaciones más extensas, ya que de esta forma se liman los valores extremos por arriba (Cantabria) o por abajo (Baleares), reflejo de situaciones puntuales en núcleos de población inferior al millón de habitantes, para los que variaciones pequeñas en el numerador modifican drásticamente la tasa resultante.

En definitiva, caben pocas dudas de la existencia de unas diferencias muy marcadas en cuanto al acceso a las técnicas sustitutivas en el plano internacional. Estas diferencias siguen existiendo, aunque son menos sangrantes en el contexto europeo occidental, y se ven todavía más reducidas, aunque no del todo eliminadas, en el sistema sanitario español. Sin pretender que vivimos en el mejor de los mundos, la diálisis y los distintos trasplantes constituyen hoy día en España uno de los aspectos sanitarios de los que el ciudadano que los hace posibles con sus impuestos y sus donaciones de órganos puede sentirse más legítimamente orgulloso. Es todo un ejemplo de lo que la solidaridad de la población, unos profesionales perfectamente capacitados y una buena organización pueden llegar a conseguir.

## Bibliografía

- Matesanz R: La Organización Nacional de Trasplantes y el trasplante renal en España. *Nefrología* 10 (supl. 1)10-14, 1990.
- Caplan AL: Problems in the policies and criteria used to allocate organs for transplantation in the United States. *Transplant Proc* 21:3381-3387, 1989.
- Navarro A: Modelo de coordinación autonómica. *Rev Esp Trap* 2:67-72, 1993.
- Roels L, Varenterghem Y, Waer M, Cruwer J y Michelsen P: Effect of a presumed consent law on organ retrieval in Belgium. *Transplant Proc* 22:2078-2079, 1990.
- Cohen LK: Increasing the supply of transplant organs: The virtues of a future market. *GW Law, Rev* 1:1-51, 1989.
- Matesanz R: Organ procurement in Spain. *Lancet* 340:733, 1992.
- Roy First M: Transplantation in the nineties. *Transplantation* 53:1-11, 1992.
- Documento de Consenso: Puntos éticos de conflicto que puede generar el trasplante de órganos. *Rev Esp Trasp* 2 (supl. 1):9-12, 1993.
- Caplan AL: Testimony to the subcommittee on health and environment of the United States Congress. En Matesanz R y Miranda B: Ética y trasplante de órganos. *Rev Esp Trasp* 2 (supl. 1):8, 1993.
- Klinkman H: Comunicación personal, 1990.
- Matesanz R: La Organización Nacional de Trasplantes: Un año después. *Nefrología* 11 (supl. 1):13-22, 1991.
- Brunner FP, Giesecke B, Curland HJ, Jacobs C, Parsons FM, Schärer K, Seyfiart G, Spies G y Wing AL: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe, 1974. *Proc EDTA* 12:6, 1976. Pitman Medical, London.
- Jacobs C, Broyer M, Brunner FP, Brynger H, Doncker-Wolcke RA, Kramer P, Selwood NH y Wing AH: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe, 1980. *Proc EDTA*, 18:4, 1981.
- Matesanz R, Quereda C y Ortuño J: Desarrollo y resultados del programa de diálisis en casa del Centro Ramón y Cajal. *Nefrología* 2:169-177, 1982.
- Matesanz R: Evolución de la actividad extractora y transplantadora de órganos sólidos en España (1990). *Nefrología* 11 (supl. 1):150-163, 1991.
- Anuario *El País* 1993. Ed. El País, Madrid.
- Reddy KC: Organ donation for consideration: An indian view point. En *Organ replacement therapy: Ethics, justice and commerce*. Ed. Springer-Verlag, Berlin, 173, 1990.
- Aboua CM: Commercialization in human organs. *Rev Esp Trasp* 2 (supl. 1):68-70, 1993.
- Daar AS: Commerce in transplantable human kidneys. *Rev Esp Trasp* 2 (supl. 1):64-67, 1993.
- Boucot Cummings N: Social, ethical and legal issues involved in chronic maintenance dialysis. En: *Replacement of renal function by dialysis*. Ed. por John E. Maher, Kluwer Ac Publ, 1141, 1989.
- Berlyne CM: Over 50 and uremic = death. The failure of the British National Health Service to provide adequate dialysis facilities. *Nephron* 31:189-194, 1982.
- Brunner FP, Wing AJ, Dykes SR, Brynger HOA, Fassbinder W y Selwood NH: International review of renal replacement therapy: Strategies and results. En: *Replacement of renal function by dialysis*. Ed. by J. F. Maher, Kluwer Ac 697, 1989.
- Memoria ONT-I: Trasplante renal. *REV Esp Trasp* 2:25-34, 1993.
- Callender CO: The results of transplantation in blacks: just the tip of the iceberg. *Transpl Proc* 21:3407-3410, 1989.
- García García M y Valles M: Informe anual del registro de pacientes en diálisis y trasplante renal en España *Nefrología* 7:17-27, 1987.
- Neu S y Kjellstrand CM: Stopping long-term dialysis. An empirical study of withdrawal of life-supporting treatment. *New Engl J Med* 314:14-20, 1986.

## R. MATESANZ

27. Matesanz R: Pacientes en diálisis con problemática especial: problemas médicos y psicológicos. En XI Reunión de Actualización Nefrológica para ATS y DE. Ed. Fundación Jiménez Díaz, p. 65, 1987.
28. Daar AS: Current practice and the legal, ethical and religious status of post mortem organ donation in the Islamic world. En: *Organ replacement therapy: ethics, justice and commerce*. Ed. por Springer Verlag, Berlín, 291, 1991.
29. Memoria ONT-1: Actividad extractora. *Rev Esp Traspl* 2:86-90. 1993.
30. Bandini S, Bertoni E, Comparini L, Mancini G, Rosati A, Tosi P y Salvadori M: Foreign versus one's own country waiting list in the case of organ shortage. En: *Organ replacement therapy: ethics, justice: and commerce*. Ed. por Springer-Verlag, Berlín, 368, 1991.
31. Mateu V: El turista accidental. *El Mundo*, 4-3-1993.
32. Arjalaguer X: España intenta evitar el «turismo de trasplantes». *La Vanguardia*, 26-1-1993.
33. Pérez Oliva M: Sanidad establece restricciones para que los extranjeros puedan recibir trasplantes. *El País*, 27-1-1993.
34. Nou JI: Circuits palleles de greffes d'organes. *Le Monde*, 4-3-1993.
35. Trasplantes: Vida de compra y venta. *El Independiente*, 21-10-1990.
36. *Journal Officiel de la République Française*: Arrêté du 24-20-1990, relative a la gestion et au financement de la liste des patients en attente de transplantation, pág. 11610, 26-9-1990.
37. *Organ Replacement Therapy: Ethics, Justice and Commerce: Congress Resolutions*. Ed. by W. Land y J. B. Dossetor. Springer-Verlag, Berlín, 555, 1991.
38. Memoria ONT-II, Anexo I: *Rev Esp Traspl* 2:158-160, 1993.
39. Hampers L, Schupak E, Lowrie E y Lazarus JM: Selection and care of the patient. En *Long term hemodialysis*. Ed. Grune & Stratton. New York, 65, 1973.
40. Ferrer I: Holanda rectifica el proyecto de excluir a los mayores de 55 años de los trasplantes. *El País*, 21-2-1990.
41. *El País*, 31-5-1993.
42. Jonasson O: Waiting in line: Should selected patients ever be moved up? *Transplant Proc* 21:3390-3394, 1989.
43. Memoria Organización Nacional de Trasplantes 1991. Ed. por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
44. Memoria ONT-I, 1993. *Rev Esp Traspl* 2:73-126, 1993.
45. Vidal J: Tabáquicos. *El País*, 2-6-1993.
46. McDonald JC: Issues related to race in transplantation. *Transplant Proc* 21:3411-3412, 1990.
47. Santiago Delpín EA: El trasplante de órganos en América Latina. *Rev Esp Traspl* 2:23-27, 1993.
48. Jiménez F: Los médicos de La Paz le devuelven al pequeño Aquilino la esperanza. *ABC*, 17-1-1993.
49. Comité de Registro de la SEN: Registro Nacional de Diálisis y Trasplante de la Sociedad Española de Nefrología, 1990. *Nefrología* 12:471-484, 1992.