

Aspectos éticos y sociales de los trasplantes de órganos

J. Botella

Presidente de la Asociación Europea de Diálisis y Trasplantes Asociación Renal Europea.

En Europa existe una preocupación creciente por el problema de la comercialización de los órganos para trasplante. En principio se tiende a pensar que en Europa es excepcional la venta de órganos, pero ¿estamos indirectamente implicados en este problema? En la actualidad, en la India se venden anualmente más de 1.000 riñones de donantes vivos; si el dinero utilizado para comprar estos riñones, o sus receptores, o los médicos que realizan estos trasplantes, son europeos, evidentemente Europa está implicada en la comercialización de órganos.

Por este motivo, las dos Asociaciones europeas de mayor peso científico en los trasplantes renales o de otro tipo, la EDTA-ERA y la ESOT, celebraron una Conferencia conjunta en Munich el mes de diciembre de 1990. En este artículo se van a exponer y comentar las siete resoluciones que se aprobaron por votación mayoritaria en la Asamblea General de dicha reunión ¹

Las resoluciones van precedidas de un preámbulo, el cual advierte que: Las resoluciones *aprobadas están sujetas a la situación técnica de cada momento y a las leyes de los distintos países.*

1.ª resolución: «Todos los pacientes con fracaso renal crónico deben ser informados de las distintas opciones terapéuticas, incluido el trasplante renal, para que ellos mismos puedan escoger».

Esta resolución contiene dos conceptos distintos. El primero expresa un principio elemental, pero no siempre practicado: el derecho de los pacientes a estar informados objetivamente y el deber de los médicos de informar a sus pacientes.

El segundo concepto incluido en esta resolución es el derecho de los médicos a informar libremente, sin interferencias ni coacciones, sobre su juicio médico o sobre la terapéutica aconsejada a los pacientes.

2.ª resolución: «De acuerdo con las prioridades nacionales de salud, todos los países deben desarrollar programas de trasplante de cadáver; estos programas deben cubrir las necesidades de su población».

Esta resolución es, aparentemente, obvia y la mayor parte de las naciones de la antigua Europa del Oeste así se están organizando; pero no ocurre lo mismo en todos los países europeos, sean del Este o del Oeste, ni en nuestros vecinos. Algunos trasplantadores europeos dicen que éste ya no es nuestro problema, pero nada más alejado de la realidad; mientras falten órganos de cadáver, el comercio de órganos de vivos florecerá; los países ricos llegaremos a importar riñones humanos del tercer mundo y, finalmente, nuestros programas de trasplantes de cadáver, que están basados en el altruismo y la generosidad, también se resentirán de este comercio de órganos.

3.ª resolución: «Debe continuar prohibido el comercio con órganos o tejidos humanos utilizados para trasplantar».

Esta posición ha sido claramente definida por la Organización Mundial de la Salud, la cual, en su 44 Asamblea, en su punto 5, dice: «El cuerpo humano y sus partes no pueden ser objeto de transacción comercial; dar o recibir dinero por estos órganos debe estar prohibidos».

El punto 6 de la misma Asamblea dice: «Anunciar la necesidad o la disponibilidad de órganos, con la intención de obtener un pago, debe estar prohibidos».

Finalmente, el punto 7 vuelve a insistir en la misma dirección: «Está prohibido a los médicos estar relacionados con el trasplante de órganos si tienen motivos suficientes para creer que éstos son objeto de transacciones comerciales».

En 1986, la EDTA-ERA estudió el problema del trasplante renal en donantes pagados o coaccionados; el Consejo de dicha Asociación redactó un documento, aprobado más tarde por la Asamblea General y publicado en las revistas *Lancet* y *Nephrology Dialysis Transplantation* ³ Este documento tiene cinco puntos, pero sólo vamos a reproducir dos, el primero y el último:

«La realización de trasplantes mediante coacción o compra de un donante, para inducirle a donar un

órgano, es inaceptable desde el punto de vista de la ética médica».

«El uso deliberado de donantes comprados o coaccionados es incompatible con ser miembro de esta Asociación (EDTA-ERA)».

4.ª resolución: «La capacidad económica de las personas no debe ser un factor que decida sobre la asignación de los métodos de tratamiento ni de los órganos para el trasplante».

La base de esta resolución la proporciona el punto 9 de la 44 Asamblea de la OMS: «A la luz de los principios de distribución justa y equitativa, la donación de órganos debe proporcionarse a los pacientes en base a las necesidades médicas y no en base a consideraciones económicas».

Esta resolución puede parecer utópica en algunos países; en Europa, en general, se cumple, y creo que se puede asegurar que así ocurre en España. Todos los españoles están acogidos al régimen de la Seguridad Social, toda la terapéutica sustitutiva o reemplazativa de la función renal está financiada por la Seguridad y ella vela por el cumplimiento de esta igualdad.

La quinta resolución es, quizá, la asignatura pendiente de todos los países europeos. Esta resolución intenta contestar a estas dos preguntas:

¿Quién es el propietario legal y quién controla los órganos después de su obtención? ¿Quién ha dado el poder a los médicos para decidir sobre la asignación de los órganos de cadáver?»

5.ª resolución: «Los órganos de cadáver obtenidos en una comunidad deben ser considerados propiedad de esta comunidad, y ella, no sólo la profesión médica, debe determinar las normas de distribución. Estos criterios deben ser de conocimiento público».

Esta resolución es muy compleja, incluye muchos conceptos y se debe analizar detenidamente.

En primer lugar, considera los órganos de cadáver como un bien social. Hoy día, en los países con una legislación basada en «presunción de donación», es decir, que si no existe una negación explícita, todo ciudadano es donante de órganos; por tanto, los órganos del cadáver no pertenecen al cadáver, tampoco pertenecen a la familia, son un bien común. Los órganos de un cadáver son un bien donado por una parte de la comunidad a la propia comunidad; por tanto, la comunidad, y no sólo los médicos, debe determinar las normas de distribución».

Naturalmente, los médicos no pueden ser excluidos de esta decisión; los médicos, junto al resto de la comunidad, elaboran los criterios que deciden el destino final del órgano. Pero estos criterios deben estar escritos y deben ser conocidos por la comunidad.

En el momento de decidir cada caso en concreto, los médicos deberán ceñirse a estos criterios.

Surge un problema al definir la *comunidad*. En esta resolución no se puede incluir una discusión de este tipo, pero, en principio, la Reunión de Munich planteaba tres niveles de comunidad o de decisión: micro, macro y mega. El nivel *micro* debería ser el grupo médico encargado de los trasplantes; en este nivel se ejecuta lo establecido previamente en las otras dos áreas, se toma la decisión concreta, final, del trasplante de un órgano. El área *macro* es la comunidad donde se realiza la extracción y el trasplante; esta comunidad puede ser una provincia, en España una comunidad autónoma, una nación, etc.; depende de las circunstancias de cada país. En este nivel se determinan las normas de distribución de órganos. Finalmente, el nivel *mega* se definiría pensando en grandes comunidades: la Comunidad Europea, los Estados Unidos de América, etc.

Las resoluciones sexta y séptima plantean una problemática muy semejante entre sí.

6.ª resolución: «La donación en vida por adultos genéticamente relacionados es éticamente aceptable. Debe comprobarse que ambas partes están adecuadamente informadas y aceptan libremente».

7.ª resolución: «La donación en vida de un riñón entre esposos y otras personas emocionalmente relacionadas es éticamente aceptable».

En primer lugar, ambas resoluciones admiten la donación altruista realizada por personas vivas. Sin duda, este punto puede ser contestado; por un lado, porque no se puede asegurar que no se va a producir un perjuicio al donante, y en segundo lugar, porque ésta puede ser la puerta falsa para la comercialización o la coacción.

Otro punto que plantean estas resoluciones es la frontera o límite de la relación entre donante y receptor. ¿Sólo consanguíneos? ¿Sólo esposos legales? ¿Cualquier pareja estable, independientemente de su situación legal?

La Reunión de Munich también hizo una reflexión más general sobre los principios éticos médicos y se planteó la siguiente pregunta: *¿Existe una ética médica universal e intemporal?* Hasta hoy día nuestros dos principios básicos de la ética médica están contenidos en el juramento hipocrático:

El fin principal, o la guía, de la actuación del médico es el bien del paciente, y lo primero, no perjudicar.

Pero ambos principios médicos son conculcados, hoy día, por los trasplantadores. Cuando tenemos un riñón de cadáver, se lo damos a un paciente nuestro, pero se lo negamos a otro; por tanto, hemos antepuesto el bien relativo de un paciente sobre el bien de otro de nuestros pacientes.

Cuando hacemos un trasplante de vivo, hacemos un bien al receptor, pero, sin duda, mutilamos al do-

nante; por tanto, incumplimos el principio de «Primum nihil nocere».

Creo que las palabras que pronuncié en la inauguración de la Reunión de Munich, que están reproducidas en sus Proceedings, pueden servir para cerrar o abrir estos comentarios: «...el problema de los donantes pagados o coaccionados es sólo uno de los muchos problemas éticos y legales que la comunidad científica tiene planteados en la actualidad; yo espero que durante esta Reunión seamos capaces de

encontrar las contestaciones o, al menos, las directrices para estos problemas».

Bibliografía

1. Land W y Dossetor JB: Organ replacement therapy: *Ethics, Justice, Commerce*. Springer-Verlag, 555, 1991.
2. Notes and news: Safeguards for kidney donors. *Lancet* ii:174, 1986.
3. Cameron JS: The problem of paid or coerced donors of renal transplants. *Neph Dial Transpl* 1 :149, 1986.