

Màrius Morlans Molina

Presidente de la Comisión de Deontología del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya.

7234mmm@comb.cat

Resumen

El trasplante de donante vivo pone a prueba los principios éticos que regulan la práctica clínica. El consentimiento del donante garantiza que la decisión sea libre, pero este no es el único criterio para aceptarlo moralmente. En sociedades que aspiran a promover el estado del bienestar, con una cobertura pública de las necesidades básicas, es necesario que los trasplantes además sean justos. Sólo la donación altruista se adecua a los principios de acceso universal y equitativo que rigen el sistema público de salud. Cualquier forma de acceso a las listas de espera gracias a la capacidad adquisitiva del receptor vulnera los principios de solidaridad y fraternidad, clave de los buenos resultados de los programas de trasplante.

Palabras clave

trasplante, donación de vivo, sistema público de salud, equidad, altruismo

Abstract

Transplants of living donors put the ethical principles that regulate the clinical practice to the test. The donor's consent guarantees the free will but this is not the only criterion to morally accept it: in societies that work for the welfare state with public coverage of the basic needs require transplants to be fair as well. Only altruistic donation tallies with the principles of universal and fair access that regulate the public health system. Any access to the waiting lists that has to do with the recipient's wealth infringes the principles of solidarity and fraternity, key to the good results of the transplant programme.

Keywords

transplant, living donor, public health system, equity, altruism

El trasplante de donante vivo: un reto clínico y moral

Introducción

El trasplante de órganos es uno de los ámbitos más paradigmáticos de la bioética clínica, entendiendo la bioética como la reflexión moral propiciada por los avances biomédicos. Los progresos en este ámbito no habrían sido posibles sin el abordaje de los problemas éticos suscitados por su práctica. En los inicios de los trasplantes, en la década de los sesenta, estos estuvieron rodeados por la polémica sobre la definición de la muerte cerebral, requisito imprescindible para proceder a la extracción de órganos. Hans Jonas, entre otros, no entendía que una cuestión de tanta trascendencia como la definición de la muerte respondiese a una necesidad tan prosaica como la obtención de órganos para trasplante.

En la India, la falta de otros recursos, como la hemodiálisis y la imposibilidad de obtener órganos de cadáveres debido a la incineración de los cuerpos, propició el trasplante de donante vivo remunerado. El abordaje de la problemática generada por el comercio de órganos fue el motivo principal de la convocatoria de un congreso extraordinario de *The Transplantation Society*, en Ottawa en 1989. El consenso en el rechazo de cualquier forma de remuneración fue mayoritario y sus resoluciones estimularon posteriores declaraciones contra el comercio y el tráfico de órganos que, a veces, adopta la forma de turismo sanitario.

El aumento de la lista de espera para un trasplante, a pesar de la elevada

tasa de donaciones de cadáver, ha propiciado el incremento de las donaciones de vivo. Este hecho pone de relieve una problemática ética relacionada con la iniciativa del trasplante hepático de donante vivo con financiación privada. Recientemente, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) ha

El aumento de la lista de espera para un trasplante, a pesar de la elevada tasa de donaciones de cadáver, ha propiciado el incremento de las donaciones de vivo

presentado un protocolo de trasplante hepático de donante vivo a receptores no residentes en España, este protocolo ha generado bastante polémica y, por eso, tanto el Comité de Ética Asistencial del Hospital Clínico como la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital Universitario de Bellvitge han pedido al Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) que se pronuncie sobre esta cuestión.

Trasplante hepático de donante vivo a receptores no residentes

El citado protocolo, que la ONT ha presentado al Consejo Interterritorial de Salud para su aprobación, abre el camino al trasplante con financiación

privada, práctica que vulnera la equidad en que se basa nuestro sistema público de salud y que se contradice con los valores de la solidaridad y el altruismo que motivan las donaciones.

La buena práctica en el trasplante hepático de donante vivo recomienda disponer de un hígado de cadáver por sí, como consecuencia de una complicación, hay un fracaso hepático tanto en el receptor como en el donante.

plante hepático de donante vivo con financiación privada en el documento *Consideraciones éticas en el trasplante de donante vivo*, redactado por un grupo de trabajo integrado por profesionales de los equipos de trasplante de Cataluña. Recientemente se ha vuelto a pronunciar en el mismo sentido a propósito del nuevo protocolo de la ONT.

Con este protocolo la ONT contradice

to de este protocolo sea el beneficio económico de los centros asistenciales y las personas implicadas, utilizando un recurso público como son las listas de espera. Los criterios de acceso a un recurso escaso como son los trasplantes deben basarse en criterios transparentes inspirados en los principios de la justicia distributiva y no en los intereses particulares como ahora analizaremos.

Trasplante de donante vivo: análisis ético

Que el poder adquisitivo del receptor, tanto si es ciudadano español como si no lo es, facilite el acceso a las listas de espera con carácter prioritario supone un privilegio personal contrario a los principios de altruismo y solidaridad que promueven la donación, tanto de cadáver como de vivo, y representa una discriminación injusta para los ciudadanos que esperan un órgano

El trasplante de donante vivo es un acto clínico que pone a prueba los principios tradicionales que inspiran la práctica médica. Cualquier tipo de intervención, sea un consejo o una cirugía, tienen la misma base que ha persistido invariable a lo largo de los siglos, como muy bien ha estudiado Laín Entralgo. Y esta base es el estado de necesidad de una persona con la salud dañada que pide la atención de otra con competencia socialmente reconocida para ayudarla. En el origen de la relación clínica hay un motivo tan simple como que una persona necesita y pide ayuda a otra que está preparada para atenderla.

El acto de la donación de un órgano o de una parte del mismo para ser trasplantado propicia una relación clínica que es atípica. El motivo de la donación no es por una necesidad médica personal o un problema de salud. Más bien al contrario, pues una condición para la donación es precisamente disfrutar de una buena salud. Y el donante no saca ningún beneficio en términos de salud, sino al contrario, su cuerpo sufre una pérdida, una mutilación. Con el añadido de la posibilidad de las complicaciones propias de cualquier intervención quirúrgica.

Así, pues, la extracción de un órgano del donante no sólo no le produce nin-

Eso implica la inclusión del donante y el receptor en la lista de espera de trasplante de donante cadáver con criterio de urgencia, como se prevé en el protocolo de la ONT.

Que el poder adquisitivo del receptor, tanto si es ciudadano español como si no lo es, facilite el acceso a las listas de espera con carácter prioritario supone un privilegio personal contrario a los principios de altruismo y solidaridad que promueven la donación, tanto de cadáver como de vivo, y representa una discriminación injusta para los ciudadanos que esperan un órgano. Así mismo, vulnera los principios de acceso universal y equitativo que sustentan nuestro sistema de salud y que también inspiran los programas de trasplante.

En su momento, y con estos argumentos, atendiendo a la consulta de la Organització Catalana de Trasplantaments, el CBC ya desaconsejó el tras-

los criterios de territorialidad y autosuficiencia que, hasta ahora, había postulado y defendido. La ONT, en la conferencia de la OMS de Madrid en 2010, aprobó estos criterios. En el preámbulo del protocolo se dice que sólo pueden incluirse en la lista de espera para trasplante de donante cadáver los ciudadanos residentes en el país, dado que en ningún país la oferta de órganos satisface la demanda.

Hay otra circunstancia que puede contribuir a considerar esta práctica como una forma de turismo sanitario: las dudas sobre el móvil de la donación cuando los vínculos entre donante y receptor no son de tipo familiar ni afectivo. La práctica de cualquier forma de turismo sanitario, propiciada exclusivamente por el afán de lucro de los agentes implicados, ha repercutido negativamente en las donaciones voluntarias de los países afectados. Este es el mal que puede causar la sospecha de que el objetivo encubier-



gún beneficio, sino que le causa una lesión. Se deben tener buenos argumentos, razones de peso, para vulnerar dos de los principios éticos que han regido la práctica médica desde los tiempos de Hipócrates: el de no maleficencia y el de beneficencia.

Los argumentos utilizados para justificar este acto clínico atípico dependen del sistema moral de referencia que condiciona el sistema de cobertura sanitaria. En comunidades en las que la libertad individual es el principio hegemónico que inspira las normas de convivencia, las necesidades básicas son financiadas por los ciudadanos y el acceso a la asistencia sanitaria depende de la capacidad adquisitiva individual. En este contexto, la relación clínica es concebida como una relación privada y las decisiones dependen de sus protagonistas, siempre que se tomen de manera libre.

En este tipo de sociedad, se considera que el acto es moralmente válido si se cumplen estas condiciones: 1) que el donante reciba y entienda la información adecuada sobre el tipo de intervención, los resultados y las complicaciones más frecuentes; 2) que esté capacitado para decidir; 3) que lo haga libremente, sin coacciones;

4) que el cirujano se comprometa a minimizar los riesgos y las secuelas de la intervención. En definitiva, que se respeten el principio de autonomía o respeto por las personas, obteniendo el consentimiento del donante, y el de no maleficencia por parte del cirujano.

Estos son los tipos de argumentos utilizados en los países anglosajones para justificar el trasplante de donante vivo. A nuestro entender, si bien son suficientes para garantizar una donación libre, no lo son para abordar los problemas de la donación remunerada, como intentaremos demostrar. En las comunidades en las que la igualdad entre los ciudadanos es un principio que tiene el mismo valor que la libertad individual, y donde la justicia es el principio que regula el equilibrio entre libertad e igualdad, la atención a las necesidades básicas es, como ya hemos visto, una cuestión de justicia social.

Las necesidades básicas no dependen del poder adquisitivo individual, porque se financian con fondos públicos a través de los impuestos. El criterio de acceso a los servicios sanitarios, como en cualquier otro servicio considerado como básico, es la necesidad. En estas circunstancias, la provisión de asistencia médica y la consiguiente relación

clínica ya no son consideradas como un asunto privado, sino que tienen la atribución de una relación de interés público, sometida a la legislación y la regulación correspondientes.

Aun así, no basta con que la donación sea la consecuencia de una decisión libre para considerarla aceptable desde una perspectiva moral, es necesario, además, que sea una decisión justa. Eso quiere decir que los motivos y condiciones de la donación tienen que ser coherentes con los principios éticos que inspiran y fundamentan la equidad de un sistema sanitario público. Esto es, la donación no se puede contradecir con los principios de la justicia social que posibilitan la atención de las personas según sus necesidades y no según su poder adquisitivo. Y la condición que hace de la donación una acción justa es que el móvil sea el

El altruismo es la única motivación que responde a los valores de la solidaridad y la fraternidad propios del afán de justicia social que inspiran a los sistemas sanitarios públicos

altruismo y que no se reciba ninguna contraprestación material.

El altruismo es la única motivación que responde a los valores de la solidaridad y la fraternidad propios del afán de justicia social que inspiran a los sistemas sanitarios públicos. Este principio es la base y la clave de los resultados de los programas de trasplante de donante cadáver que cuentan con un amplio apoyo social. Pero a pesar del esfuerzo y la colaboración

de los ciudadanos, que se traducen en las elevadas tasas de donación de órganos de cadáver, las listas de espera no dejan de crecer. Y es esta circunstancia la que propicia la contribución excepcional de la donación de vivo.

Ahora bien, sólo se puede aceptar el sacrificio que supone la mutilación de la persona que da y los riesgos a los que está sometida desde el respeto por los principios subyacentes al sistema sanitario público y a los programas de trasplante. Sólo una sociedad que vela por la igualdad de hecho entre sus ciudadanos puede comprender y justificar una acción generosa, inspirada por los mismos principios de solidaridad y fraternidad que son la base de la convivencia.

Coacción, interés y equidad

Existe una diferencia que hay que remarcar entre la donación por coacción y la donación por afán de lucro. La coacción o coerción es una acción o causa externa que constriñe la voluntad impidiendo la acción de la persona u obligándola a actuar de una manera determinada. La coacción puede ejercerse con diferente intensidad. La extracción de un órgano de una persona privada de libertad, tanto si lo es a causa de una decisión judicial o de un secuestro, son ejemplos de violencia injustificada moralmente. Pero, aunque menos agresiva, no deja de ser una forma de coacción la sutil presión o influencia que pueden ejercer los familiares sobre el donante potencial idóneo. La coacción no se corresponde con el móvil de la donación, es decir, con el estímulo que mueve la voluntad. Así, pues, la voluntad puede actuar guiada por el altruismo, de forma desinteresada, o por el interés que representa una remuneración económica.

Sólo desde una concepción de la justicia social, como la expuesta hasta

ahora, se puede descalificar la donación por interés. No basta con exigir que la donación sea libre, pues no hay ninguna diferencia en cuanto al ejercicio de su libertad entre quien lo hace de manera altruista y quien lo hace a cambio de una recompensa material. Nadie duda de la generosidad de los donantes emparentados o con un vínculo afectivo cuando se ha descartado cualquier forma de coacción. Pero quien da por interés material también

Esta iniciativa de la ONT, que propicia el trasplante hepático de donante vivo con financiación privada, es una oportunidad para reflexionar y debatir sobre los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario y que rigen los programas de trasplante

lo hace libremente. Que el móvil de la donación sea el afán de lucro, ciertamente, condiciona, pero no anula la capacidad para decidir de manera libre. Se puede argumentar que el estado de necesidad de quien vende un órgano es una limitación de su libertad de decisión, pero lo que es cierto es que puede atender a sus necesidades con otras alternativas como el trabajo o el robo. Mientras que la coacción, en sus diferentes grados, supone una limitación objetiva de la libertad de decisión y anula la validez del consentimiento, el interés es el motivo para tomar una decisión que es voluntaria.

Es bastante controvertido el argumento de que la venta de un órgano aten-

ta contra la integridad y la dignidad de la persona. Hay quien justifica, en nombre de la libertad, el derecho de los desposeídos a disponer de una parte de su cuerpo para poder dar respuesta a sus necesidades. Además, en determinados contextos, el sacrificio personal para poder atender las necesidades de las personas más cercanas es una acción que merece el reconocimiento social y que dignifica a quien lo protagoniza. El concepto de dignidad, aun siendo universal, puede dotarse de contenidos y significados diferentes según los valores de las comunidades y de las culturas locales. Todo razonamiento contrario se puede enfrentar a la voluntad inequívoca del donante de disponer de su cuerpo y decidir sobre su concepto de dignidad. El argumento principal para rechazar la donación remunerada en los países con un sistema sanitario de acceso universal y equitativo es que atenta contra estos principios y fomenta la desigualdad, ya que sólo participarán los más vulnerables y desvalidos.

El debate sobre principios y sistemas sanitarios

Esta iniciativa de la ONT, que propicia el trasplante hepático de donante vivo con financiación privada, es una oportunidad para reflexionar y debatir sobre los principios en los que se sustenta nuestro sistema sanitario y que rigen los programas de trasplante. La decisión que se adopte en este caso no depende de las convicciones personales, sino que tiene que ser coherente con los principios y valores que sustentan nuestro sistema público de salud, y constituyen el marco moral de referencia en que se basa la convivencia.

Los momentos de crisis económica, como el actual, son propicios para que se cuestione el modelo de sistema público de salud con iniciativas

que tiendan a fomentar la provisión privada de servicios y otras de inspiración neoliberal, que puedan acabar por agrietar la cohesión social, como se analiza y se reflexiona en el reciente documento del CBC: *El principio de justicia en el sistema sanitario público*. La iniciativa de la ONT corresponde a este tipo de medidas. El análisis específico de esta propuesta está incompleto sin una referencia y una reflexión más amplia sobre los principios y las bases de los diferentes modelos de provisión de servicios sanitarios. El rechazo de la decisión de la ONT se basa más en su condición de exponente de un determinado sistema de valores que en su impacto real en la lista de espera.

La atención a la salud y la justicia social

La atención a la salud y, más en concreto, la concepción de cómo se aborda y se provee esta atención, es una cuestión ideológica. Lo que quiero decir es que responde a convicciones personales que pueden diferir en la concepción de la condición humana y de cómo se organiza la convivencia entre personas. Las convicciones personales se pueden explicar y sirven para argumentar nuestras decisiones,

pero no son verdades absolutas que se puedan demostrar. Este es uno de los probables motivos del desprestigio de las ideologías ante la arrolladora contundencia de los postulados científicos.

Lo cierto es que hay determinados principios y valores que resultan hegemónicos y que regulan la convivencia entre los miembros de una comunidad. Este marco moral de referencia, constituido a partir de los principios éticos prevalentes, cobija y orienta las decisiones colectivas y los resultados. Como ya hemos dicho, no es lo mismo que las decisiones se orienten por el principio de libertad que por el principio de igualdad.

Las concepciones igualitarias de la condición humana, con el estallido político de las revueltas democráticas del siglo XVIII, son el origen de los movimientos sociales y de las iniciativas gubernamentales que acaban por configurar lo que ahora conocemos como estado del bienestar y que cuaja en Europa a mediados del siglo pasado. En estos países las necesidades básicas, como la educación, la sanidad y la justicia, son financiadas por el estado a través de los impuestos. Así se quiere garantizar la igualdad real, asegurando a las personas un trato

igual con independencia de su posición social y del poder adquisitivo. Lo que garantiza el acceso al servicio es la condición de ciudadano y el criterio para acceder, la necesidad.

La financiación a través de los impuestos de los servicios básicos es una forma de redistribución de los recursos que redundan en el bienestar comunitario y en la protección de los más vulnerables. Pero no como consecuencia de una actitud benéfica y compasiva de los que más tienen, sino como consecuencia del convencimiento colectivo de que la condición de ciudadano sólo se puede ejercer de manera efectiva si va asociada a unos derechos inherentes a esta condición. La condición de ciudadano habilita para satisfacer las necesidades básicas de la persona a través de la redistribución de los recursos que todos contribuyen a generar. No es, pues, una cuestión de caridad, sino más bien una cuestión de solidaridad. Se trata de la justicia que vela porque los iguales —los ciudadanos— sean tratados como iguales. Este es el principio de la justicia social. Puede inspirarse en la solidaridad y la fraternidad, pero el quid de la cuestión es la voluntad de hacer real la condición de igualdad entre los ciudadanos. Este principio inspira la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU (1948), que reconoce y proclama, como derechos universales, las necesidades básicas. En su artículo 25 dice que «todo el mundo tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar». Y ya antes, la OMS, en su Constitución de 1946, reconocía la salud como un derecho universal.

España incorpora el modelo de estado del bienestar con la Constitución democrática de 1978 que, entre otros, reconoce el derecho a la protección de la salud y a su cuidado. No es hasta la promulgación de la Ley General de



Sanidad de 1986 que se ponen las bases legales de un servicio de salud de alcance universal con garantías de acceso equitativo. Esta ley, aprobada por una amplia mayoría en el Parlamento, introduce cambios básicos. El primero es que la financiación de la atención sanitaria corre a cargo del estado a través de los impuestos. Representa un cambio substancial respecto del anterior sistema de seguro financiado con las cuotas de la Seguridad Social. La financiación con fondos públicos es la condición necesaria para la universalización de la asistencia, otro concepto fundamental que introduce y representa esta ley. De hecho, ha posibilitado la incorporación progresiva al sistema público de colectivos hasta entonces desprotegidos o con una cobertura de tipo mutualista. Pero la universalización de la cobertura, aun siendo la condición para garantizar la igualdad de acceso, no es la garantía absoluta como se pone de manifiesto en tiempos de crisis.

La responsabilidad individual, la alternativa libertaria

El estallido de la actual crisis económica, con la caída de las actividades económicas, ha causado un grave déficit en los presupuestos públicos que afecta a la financiación de los servicios básicos como la educación y la sanidad. El impacto de este déficit es especialmente preocupante en los países menos previsores como el nuestro, debido a los problemas endémicos de financiación del sistema sanitario público. Se ha gastado más de lo previsto en los presupuestos: los gobernantes han sufrido unas expectativas que superaban lo que la previsión recomendaba, los profesionales de la salud a menudo han sido poco conscientes de las consecuencias económicas de las propias decisiones, y los usuarios han exigido más de lo que se podía y —con frecuencia— han he-

cho un uso inadecuado o excesivo de las prestaciones.

En este contexto, no es extraño que exista la tentación de buscar alternativas que cuestionen los principios en los que se basa nuestro sistema público de salud. En este sentido hay que interpretar el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, que establece las nuevas medidas de reforma del sistema sanitario público. De una manera especial, es la reintroducción del concepto de asegurado y beneficiario que limita el acceso a la asistencia sanitaria pública y excluye a los colectivos que no cotizan en la Seguridad Social, lo que promueve el riesgo de marginación entre los inmigrantes sin

E E.UU. es el país que más recursos destina a la atención sanitaria, un 15% de su PIB, tiene más de 40 millones de ciudadanos sin cobertura sanitaria

papeles o los jóvenes en paro. Eso supone retroceder al sistema de seguro previo a 1986, que es incompatible con el actual sistema nacional de salud de financiación pública.

Medidas de este tipo se basan en una concepción libertaria de la condición humana que hacen de la libertad individual el principio hegemónico que regula la convivencia comunitaria. El supuesto de partida es que toda persona parte de las mismas posibilidades y es libre para decidir cómo y en qué medida satisface sus necesidades básicas. La asistencia sanitaria depende del poder adquisitivo individual y de la previsión personal, contratando la póliza de seguros más beneficiosa

de acuerdo con las posibilidades personales. La provisión de los servicios sanitarios, en manos de grandes compañías privadas, se regula según la ley de la oferta y la demanda.

Este modelo tiene el atractivo de poner el acento en la responsabilidad individual por delante de los problemas de salud. Los beneficios económicos percibidos al contratar o renovar la póliza de salud asociados a los estilos de vida saludables, las medidas preventivas o el uso responsable de los servicios asistenciales refuerzan estas prácticas.

La contrapartida es la exclusión de aquellas personas que no disponen de los recursos mínimos para contratar un seguro de salud. La atención exclusiva de estas personas a través de la beneficencia y, básicamente, de los servicios de urgencia, representa un mayor gasto sanitario. Los enfermos reciben atención más tarde y con complicaciones más graves que requieren estancias prolongadas. La exclusión de la atención primaria de colectivos que por su situación casi marginal tienen un mayor riesgo de enfermar supone menospreciar las más elementales normas de protección y prevención de la salud colectiva, objetivos básicos de la sanidad pública.

EE.UU. es el país donde estas contradicciones se hacen más patentes, siendo el que más recursos destina a la atención sanitaria, un 15% de su PIB, tiene más de 40 millones de ciudadanos sin cobertura sanitaria. La iniciativa de la administración Obama para conseguir sumar recursos públicos y privados y proveer de un seguro a las personas que por su nivel de ingresos no pueden contratarla, choca con la oposición del *holding* de empresas sanitarias y de las clases acomodadas. Es evidente que los intereses son de tipo económico, pero como en tantas otras

disputas políticas, la ideología juega un papel cohesionador y en este sentido se tiene que recordar la influencia del pensamiento neoliberal, encabezado por Nozick y otros académicos para rebatir las tesis progresistas sobre la justicia social de John Rawls.

El fuerte enraizamiento que tiene entre los sectores profesionales y las clases medias americanas la convicción de que la libertad individual es un derecho incuestionable, la base de todo el sistema legislativo, es el principal escollo para llevar a buen puerto la reforma sanitaria. Creer que la persona nace libre y con igualdad de oportunidades y que la cobertura de las necesidades básicas es una responsabilidad individual no predispone a practicar la solidaridad con los marginados del sistema y, mucho menos, entre aquellos que han alcanzado los estándares de vida propiciados por este modelo de sociedad.

Conclusión

El trasplante de órganos es un procedimiento que permite la supervivencia y la mejora de la calidad de vida de personas afectadas por una enfermedad terminal. Es un recurso escaso y costoso que es posible gracias a la donación de cadáver, la última decisión de una persona generosa y altruista. A pesar de la elevada tasa de donantes de cadáver, el incremento progresivo de las listas de espera hace de la donación de vivo un medio extraordinario para paliar este déficit.

La donación de vivo, que pone a prueba los principios éticos de la práctica médica, además de una decisión libre de coacciones, tiene que responder a motivos altruistas. En una sociedad con un sistema público de salud de acceso universal y equitativo, la libertad y el altruismo son las condiciones necesarias para aceptar como un hecho

excepcional este sacrificio. La gravedad y persistencia de la actual crisis económica propicia las propuestas de financiación privada de los servicios públicos como es ahora la atención sanitaria. En este sentido hay que interpretar el protocolo de la ONT de trasplante hepático de donante vivo a personas no residentes, ya que sólo beneficia económicamente a los centros y profesionales implicados, con el uso indebido de un recurso público como es la lista de espera y sin ningún beneficio para la comunidad.

Los promotores del protocolo de la ONT deberán reflexionar si su propuesta es respetuosa con el comportamiento solidario de los ciudadanos y la responsabilidad de los profesionales que han hecho posible estos resultados

La sospecha de que el móvil de esta iniciativa sea el beneficio económico puede tener un efecto disuasivo en las donaciones de cadáver. Este protocolo, sin ninguna repercusión en la salud de la comunidad, puede provocar una inflexión en los programas de trasplante basados en las donaciones motivadas por la solidaridad y la fraternidad. Los buenos resultados de los programas de trasplante no habrían sido posibles sin la generosidad de los ciudadanos y la competencia de los profesionales. Los promotores del protocolo de la ONT deberán reflexionar si su propuesta es respetuosa con el comportamiento solidario de los ciudadanos y la responsabilidad de los profesionales que han hecho posible estos resultados.

Bibliografía:

3rd WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation. *Transplantation* 2011; 91 (11S): S32.

Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideraciones éticas en los trasplantes de donante vivo. Barcelona: Comitè de Bioètica de Catalunya; 2011. Disponible en: http://comitedebioetica.cat/wp-content/uploads/2013/02/consideracions_eticas_trasplantes_donante_vivo.pdf

Comitè de Bioètica de Catalunya. El principio de Justicia en el Sistema Sanitario Público. Barcelona: Comitè de Bioètica de Catalunya; 2013. Disponible en: http://comitedebioetica.cat/wpcontent/uploads/2013/10/EL_principi_de_justicia_Sistema_Santiari_juny_2013-CAT.pdf

Ingelfinger JR. Risks and Benefits to the Living Donor. *N Eng J Med*. 2005; 353: 447-449.

Morlans M. La donación de órganos y los trasplantes. En: Boladeras M. (coord.) *Bioética: la toma de decisiones*. Cànoves i Samalús: Proteus, 2011, p. 461-485.

Morlans M. La funció del Comitè d'Ètica Assistencial en la donació de viu per a trasplantament. *Butlletí de Bioètica*. 2011; 5:1. Disponible en: http://146.219.25.61/butlletins/public/media/upload/noticies_newsletter/files/trasplantament%20de%20viu_9aedd1c358676951bb08c9d02028f38321.pdf

The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. *Transplantation*. 2008; 86: 1013. Disponible en: <http://www.declarationofistanbul.org>

Truog RD. The Ethics of Organ Donation by Living Donors. *N Eng J Med*. 2005; 353: 444-446.