

Ferran Céspedes  
Ferran Masanés  
Blanca Farrús

Contacto: CEA Hospital Clínic  
[cespedes@clinic.cat](mailto:cespedes@clinic.cat)

## Resumen

El trasplante de donante vivo es hoy día rutinario. Los aspectos éticos que lo rodean aparecen bien resueltos. En el donante cadáver, cuando la muerte se produce por criterios cardiocirculatorios, emergen desafíos éticos. En los casos de muerte en asistolia no controlada, el consentimiento presunto puede colisionar con la voluntariedad del acto y las medidas iniciadas para la preservación de los órganos. Para el donante en asistolia controlada, las intervenciones antemortem persiguen favorecer al potencial receptor, resultando contradictorias con los cuidados y la limitación del tratamiento de soporte vital al paciente.

## Palabras clave

donante vivo, donante cadáver, asistolia, consentimiento presunto

## Abstract

Living donor transplants have now become somewhat routine. The ethical issues involved seem to be properly solved. For the cadaveric donor, due to cardiocirculatory criteria, ethical challenges arise. In cases of death under uncontrolled asystole, the presumed consent may collide not only with the willful act but also with organ's preservation measures. In cases of death under controlled asystole, antemortem interventions seek to favour the transplant recipient, which is incompatible with the care and limitation of life support treatment to the donor patient.

## Keywords

living transplantation, dead donor, asystole, presumed consent

# Principios bioéticos y trasplante: Donante vivo y donante en asistolia. A vueltas con el consentimiento

## 1. Introducción

La donación de órganos *intervivos* es una herramienta alternativa a la falta de órganos de cadáver. Es también la opción en los países donde la donación de cadáver no se contempla. En la actualidad dicha modalidad y la donación en asistolia constituyen el mayor potencial de crecimiento en la actividad del trasplante. La donación en asistolia representó el 24% del total de donantes fallecidos en nuestro país en 2016.

Si bien se desarrollan diferentes estrategias con la finalidad de incrementar el número de órganos (donaciones cruzadas, donación en cadena introduciendo un donante altruista no relacionado, donaciones a corazón parado, en asistolia controlada), se considera que en Europa el tiempo medio de espera para conseguir un riñón de cadáver dependiendo de las condiciones de compatibilidad es de entre 3 y 5 años, mientras que la mortalidad dependiendo del órgano implicado se mueve en un rango entre el 15-30% según los datos del proyecto Living Organ Donation in Europe (EULOD).

En el donante cadáver, a la tradicional oferta de órganos procedentes de muertes encefálicas y criterios neurológicos se han retomado desde hace unas décadas los procedimientos de obtención de órganos por criterios cardiocirculatorios: asistolia no con-

**E**spaña encabeza el ranking mundial de donaciones y trasplantes de órganos de cadáver (43,4 donantes/1.000.000 de habitantes, ONT 2017)

trolada (DANC o Maastricht II) y asistolia controlada (DAC o Maastricht III). La DANC corresponde al fallecimiento de una persona en parada cardiorrespiratoria tras maniobras de reanimación extrahospitalarias y certificación de la muerte en el hospital. En la DAC, el donante es una persona cuya muerte procede de una parada circulatoria tras una limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) en UCI y el acuerdo del equipo asistencial y la familia.

La aportación de estos procedimientos y su potencial en la generación de trasplantes no ha dejado de crecer favoreciendo el acceso a un mayor número de personas enfermas. España encabeza el *ranking mundial* de donaciones y trasplantes de órganos de cadáver (43,4 donantes/1.000.000 de habitantes, ONT 2017). Sin embargo, de acuerdo con *The Council of Europe Newsletter on Organ Donation and Transplantation Activities*, nos encontramos lejos de países como Holanda,

Dinamarca, Reino Unido, Suecia, Suiza o Noruega en trasplantes de donante vivo.

Actualmente, en España, 5.477 personas se encuentran en lista de espera para un trasplante según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT).

Ante este escenario emergen en el donante vivo aspectos de discusión en los foros de ética como son los incentivos a la donación, las presiones al donante, los donantes de otros países, el buen samaritano, etc.

Para el donante cadáver por criterios circulatorios las controversias más importantes tienen que ver con el consenso en cuanto a los tiempos de espera y la irreversibilidad del paro, las intervenciones ante y *postmortem*, el consentimiento y la información familiar, el coste-beneficio del procedimiento, etc.

El objetivo del presente trabajo es señalar algunos de los aspectos que a nuestro parecer colisionan tras el análisis principialista.

## 2. Trasplante de órganos y marco normativo

Las legislaciones actuales diferencian en el donante cadáver lo que llamamos consentimiento presunto (*opting out*) o consentimiento explícito (*opting in*), permitiendo en el primer caso un juicio por sustitución. Nuestra legislación, concretamente el artículo 5.2 de la *Ley 30/1979 de 27 de octubre sobre extracción y trasplantes de órganos*, hace referencia a la no oposición expresa para poder proceder a la extracción. De ahí que todo el mundo sea en España un potencial donante.

La realidad es que el consentimiento presunto en la práctica busca en las familias y personas próximas la voluntad

expresada en vida por el fallecido/a o cuanto menos su no oposición.

Respecto al donante vivo, el interés personal y el bien social han de poder confluir con garantías dentro de un sistema donde la voluntad del donante es ofrecer mejores condiciones de vida y supervivencia a una persona generalmente vinculada. Las leyes y los procedimientos asistenciales apuntan a un riguroso cumplimiento del consentimiento informado.

Así, la ley anterior dice que el donante vivo tendrá que ser informado de las consecuencias de orden psíquico y somático de su decisión y de las repercusiones en su vida familiar y profesional. Solo de esta manera el consentimiento podrá ser libre, consciente y desinteresado.

El *Real Decreto 2070/1999 de 30 de diciembre* incluía a los potenciales donantes cadáver por fallo cardiopulmonar y recogía una serie de disposiciones dirigidas a la constatación inequívoca del cese de las funciones cardiopulmonares y su irreversibilidad; también las actuaciones encaminadas a la preservación de los órganos del cadáver. En el ánimo del decreto se encontraba facilitar los supuestos de donación en asistolia que aquí comentamos. Entendía que los escenarios donde se produjera el fallo y la confirmación posterior de la muerte en el hospital (DANC) podían ser de naturaleza judicial, bien porque el fallo no fuera presenciado, bien porque no se conocieran los antecedentes del paciente, etc.

## 3. El análisis ético

En nuestro contexto, las cuestiones éticas en torno a la donación de órganos entre vivos lo son a partir de la extracción de un órgano en un individuo sano y la autonomía de este en con-

sentir. Otro aspecto en el terreno de los valores sería el altruismo de la acción. Elementos presentes para evitar posibles abusos. En esta exposición se pueden intuir algunos problemas: la libertad de las decisiones, los límites a la autonomía, la obligación moral, la transparencia del procedimiento, la no discriminación, etc.

Para el trasplante de donante cadáver el análisis ético se sitúa en el mismo plano que el de donante vivo, el de las voluntades. Sin embargo, el imperativo de conseguir un mayor número de órganos (3874 muertes en lista de espera para trasplante en la UE en 2016, datos del Registro Mundial de Trasplantes) se enfrenta a desafíos éticos no siempre bien resueltos. Dichos desafíos proceden de estrategias facilitadoras en la obtención de órganos para trasplante.

La Conferencia de Maastricht (Holanda, 1995) estableció la clasificación de donantes en situación de muerte por criterios cardiocirculatorios. Hasta el año 2015, los DANC fueron la principal fuente de donantes en asistolia en España. La creación de nuevos programas de donación DAC cambió el panorama en la donación de cadáver como puede verse en la Figura 1.

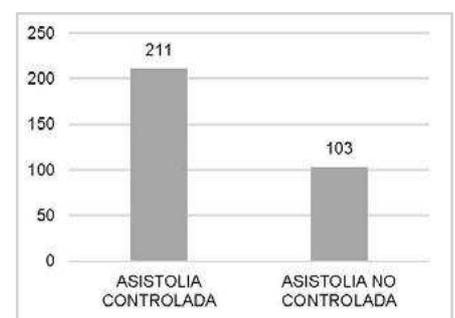


Fig. 1: Donantes en asistolia MSSI-ONT, 2015

La búsqueda de nuevos donantes a partir de los fallecidos por causa cardiocirculatoria no es homogénea en todos los países de nuestro entorno.

Así, países como Alemania prohíben todo tipo de donación en asistolia, Francia prohíbe la controlada, pero autoriza la donación tras parada cardiocirculatoria no controlada; al contrario, Reino Unido autoriza la donación en asistolia controlada, pero prohíbe la no controlada. Programas de ambos tipos de donación en asistolia coexisten en España, Bélgica y Holanda.<sup>1</sup> Cabe preguntarse qué hace que países que comparten un objetivo común mantengan regulaciones dispares en este tipo de trasplante.

### 3.1 Beneficencia: altruismo e información adecuada

Si hablamos de beneficencia, la donación intervivos comporta un daño y un riesgo, debilitando el principio *primum non nocere* del corpus médico. Excusar este hecho ha llegado a ser el elemento esencial para este tipo de trasplante. La justificación no ha podido ser

más loable: mejorar la calidad de vida de otras personas, cuando no salvarla. Desde esta perspectiva, la ética procuraría dar argumentos contrarios a la máxima de «no hacer daño» que, entendida de forma literal, no permitiría ir más allá. Esta válvula de escape cuenta con el aval que ofrecen los estudios respecto al mínimo riesgo para el donante vivo en la extracción total o parcial de un órgano. El principio de no maleficencia (deber absoluto y perfecto) quedaría sobrepasado si el beneficio esperado en el receptor fuera nítidamente superior al mínimo riesgo en el donante (mal menor, principio de doble efecto, etc.).

La mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico en el donante vivo es muy baja, inferior al 0,03%<sup>2</sup> en el trasplante renal. En el trasplante hepático se estima un riesgo de mortalidad en el donante del lóbulo derecho del 0,4-0,6%<sup>3</sup>.

La beneficencia en la donación de órganos de donante vivo descansa en el altruismo de la acción. Es un acto que se fundamenta en la solidaridad y el equilibrio del daño causado a otro.

Para el donante cadavérico la beneficencia se correspondería con el cumplimiento de una voluntad. Bien registrada en tiempo o interpretada a partir de una manifestación del donante o en ausencia de su no oposición expresa como ya indicamos. Por tanto, se plantea la donación en lo que vamos a llamar «mejor interés» para la sociedad.

La legislación basada en el consentimiento presunto cuando no exista una voluntad declarada de rechazo hacia la donación de órganos va a considerar «mejor interés» aquel que permita la obtención de un mayor número de órganos para trasplante de acuerdo a un criterio utilitarista. Es decir, la



corrección de la acción lo será en función de sus consecuencias. Como ya vimos, el imperativo ético es reducir la mortalidad en lista de espera. Por tanto, mayor beneficio para la sociedad y cumplimiento de la voluntad del fallecido conformarían en el donante cadáver el principio de beneficencia.

El deber cívico que se sobreentiende del consentimiento presunto y la donación de órganos hace preceptivo, siendo críticos, que la población se encuentre bien informada en torno a la donación y las técnicas del trasplante. La beneficencia, por tanto, se reconoce en el donante cadáver a partir de una norma que permite la «oposición» y, por tanto, la «no voluntad».

En otras palabras, el derecho a donar fundamentado en la solidaridad entre las personas no debiera condicionar la libertad individual de quien también

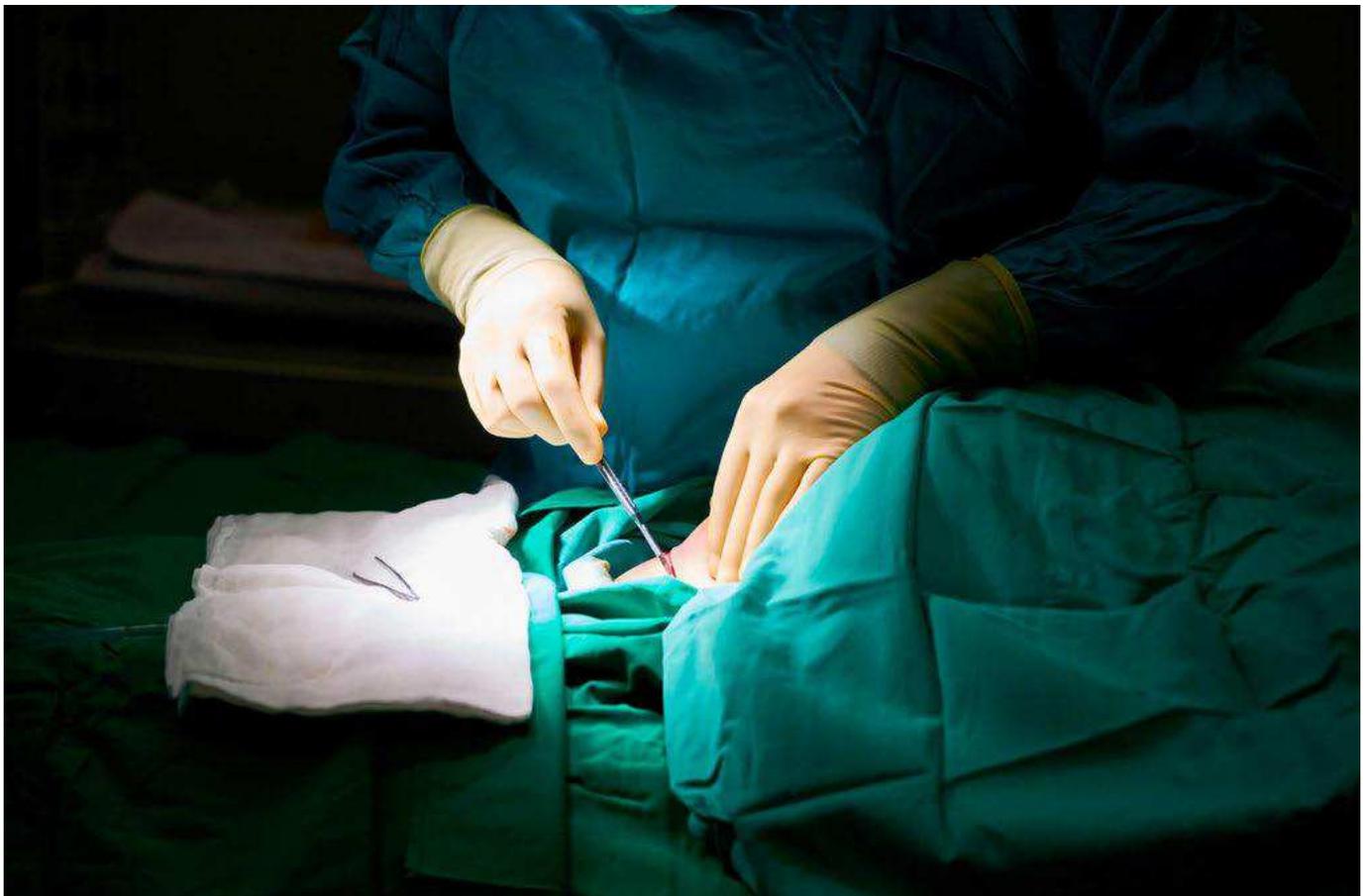
**E**l derecho a donar fundamentado en la solidaridad entre las personas no debiera condicionar la libertad individual de quien también en su justo derecho decide no participar de tal obligación moral

en su justo derecho decide no participar de tal obligación moral.

Las técnicas de preservación de órganos de cadáver a fin de reducir los tiempos de isquemia incluyen manipulaciones cruentas sobre este. En la DANC, compresiones torácicas, canulación de grandes vasos, perfusión de los órganos, etc.

La intencionalidad del acto para conseguir una acción buena (virtuosa) debe, cuando sea posible, recabar también el consentimiento familiar. Informar de por qué se traslada al paciente a un determinado hospital y no al más próximo, y cuál es su condición, informar del fallecimiento y conseguir, cuando sea posible, la autorización del subrogado no solo para la donación de órganos, sino para cualquier actuación intervencionista que no tenga por objeto salvar la vida del paciente.

En los supuestos de DAC, una vez tomada la decisión asistencial de LTSV y de acuerdo con la familia, consentir en la donación. La instauración de medidas de preservación de órganos antes de determinar la muerte presenta un claro enfrentamiento entre los cuidados necesarios al final de la vida del paciente y el potencial beneficio del receptor donde



la balanza se inclina a favor de este último.

Desde el principio de beneficencia, la preservación de órganos antemortem (canulación, utilización de fármacos, etc.) no aporta beneficio para el paciente. En este sentido la instrumentalización del proceso de muerte tras la LTSV resultaría contraria a la beneficencia que se supone para este; más cuando el trasplante se establece bajo una regulación donde el consentimiento es presunto.

### 3.2 Autonomía: libertad individual y garantía de oposición

El segundo de los principios éticos que consideramos es el respeto a la autonomía para tomar decisiones de forma libre y competente. Para el donante vivo la autonomía tiene que ver con la voluntad de hacer sin ningún límite. Ahora bien, cabe preguntarse si la autonomía del donante justifica cualquier riesgo que este quiera tomar. Si ante una deficiente condición de salud, su motivación puede ser un hecho absoluto o si por el contrario se puede restringir su autonomía.

Con frecuencia las donaciones lo son de familiares o de personas relacionadas. Es pertinente en estos casos conocer si la donación se realiza bajo presión, aspecto infravalorado. No cuesta imaginar que tras la donación hacia un próximo y la necesidad de un segundo trasplante (no extraordinario en el trasplante renal), otro miembro vinculado pueda sentirse presionado.

Es imprescindible informar al donante de los riesgos que se asumen cuando se comparan con «población sana» no donante<sup>4</sup>, así como las complicaciones en el largo plazo. El donante vivo tiene igualmente deberes éticos con su salud que debe poner en valor. Esto es especialmente importante en el caso

de la evaluación del «buen samaritano», pues otras causas permiten ejercer el altruismo de forma más eficiente y a un menor riesgo.

Para el Derecho, el concepto de persona está sometido a la capacidad para intervenir en una relación jurídica, bien como actor o como sujeto obligado, lo que presume una voluntad o capacidad. Bajo este punto de vista, tras la muerte, el cuerpo aparece desconectado de la persona que ha muerto y sus restos carecen de significado. Existiría entonces una con-

---

**L**a estrategia del consentimiento presunto ofrece cobertura lato sensu a este tipo de intervención, y es aquí donde aparece una contradicción con la doctrina del consentimiento informado y autonomía del paciente

---

tradición entre el sujeto «persona» y el adjetivo «muerta», o una cosa o la otra. Esta carencia de significado para el Derecho se traduce en una falta de valor o «intereses» que contrasta con la importancia que para algunas personas, culturas o creencias tiene la integridad corporal y el trato respetuoso al cadáver.

El principio de autonomía en el donante cadáver, por tanto, tiene que ver con la manifestación previa que este hubiera realizado en vida. Ya hemos dicho que para el Derecho un cadáver no tiene, contrariamente a la persona, intereses. Esta consideración impregna toda la doctrina del consentimiento presunto. Sin embargo, el control sobre lo que va a suceder con

mi cuerpo una vez muerto parece que debe responder a una decisión autónoma a partir del «yo consiento». No existe un «yo presuntamente consiento» a partir de un constructo legal que pretende facilitar la donación.

La DANC presenta de nuevo la necesidad de intervenir en la preservación de los órganos del cadáver y la desconocida voluntad del fallecido de participar en la donación. El proceso no se detiene como recoge el documento de consenso de donación en asistolia (ONT, 2012). La estrategia del consentimiento presunto ofrece cobertura lato sensu a este tipo de intervención, y es aquí donde aparece una contradicción con la doctrina del consentimiento informado y autonomía del paciente.

El *Real Decreto 1723/2012 de 29 de diciembre* no ofrece suficientes garantías en este sentido:

«Investigar si el donante hizo patente su voluntad a alguno de sus familiares, o a los profesionales que le han atendido en el centro sanitario, a través de las anotaciones que los mismos hayan podido realizar en la historia clínica, o en los medios previstos en la legislación vigente. Examinar la documentación y pertenencias personales que el difunto llevaba consigo.»

¿Cómo hacerlo si el paciente acude sin familiares al hospital y los tiempos de isquemia juegan en su contra? No nos consta que las historias clínicas recojan esta información. En cuanto a los medios previstos por la legislación, no existe un registro de voluntades que permita recoger la oposición frente a la donación de órganos o a determinadas prácticas en legislaciones *opting out* como sucede, por ejemplo, en Francia. Contradicción resuelta de forma diferente en los países con programas de DANC: la canulación con

objeto de preservar los órganos sin obtener el consentimiento familiar no estaría permitida en Francia, Italia o EEUU.<sup>5</sup> Hacer uso del consentimiento presunto en este tipo de situación con el objeto de mejorar la viabilidad del trasplante menoscaba a nuestro entender el principio de autonomía.

Si es cuestionable la existencia de una voluntad anticipada que se mantenga en el tiempo, más cuestionable es que exista como tal un consentimiento presunto. Bajo el principio de autonomía, el bien social no debe imponerse a la autonomía de la persona mediante una vulneración de su dignidad.<sup>6</sup>

### 3.3 Justicia: No cosificación 'versus' imperativo moral

El principio de justicia contempla recursos limitados que hay que administrar, e igualdad de derechos y oportunidades. Otro aspecto es la justicia de las acciones; es aquí donde la donación presenta para la ética el reto de asegurar y reclamar acciones justas.

El trasplante de donante vivo facilita a los servicios de salud ser más eficientes, reduciendo la utilización de recursos de elevado impacto económico. De acuerdo con algunos estudios, en el trasplante renal se estima un ahorro aproximado de 13.000 € por paciente y año comparado con la hemodiálisis.<sup>7</sup>

La donación de vivo cuenta además con el hecho de que libera la lista de espera de cadáver y otras terapias, permitiendo un beneficio indirecto sobre el conjunto de los enfermos y la sociedad. Un debate se encuentra abierto en torno a los incentivos económicos y los efectos en la reducción de las listas de espera.

En el apartado del debe algunos estudios hacen referencia a una exposición de las mujeres, más allá de fac-

tores relacionados con la compatibilidad. Factores culturales, sociológicos y económicos tendrían influencia en la divergencia de género. En el trasplante renal se estima que el 65% de todos los donantes globales son mujeres mientras el 65% de los receptores serían hombres.<sup>8</sup>

Algunos autores han considerado la justicia como el principio jerárquicamente superior por delante de los otros principios bioéticos, ya que este sería, junto con la no maleficencia, principio de mínimos exigibles, y su incumplimiento haría nuestras acciones inmorales. Exigible en tanto que afecta a la dignidad de las personas y el bien común.

Bajo este punto de vista, podríamos considerar inmorales rechazar la posible donación de quien, en disposición de contribuir a dicho bien común, no participara del mismo. Basta ver cómo tan solo en el trasplante renal las donaciones que nos ocupan (Figura II) se han multiplicado por 10 en un par de décadas con el consiguiente beneficio en la calidad de vida de los receptores.

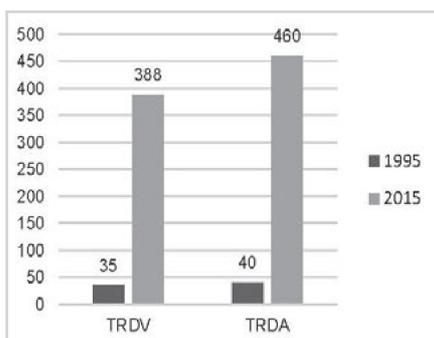


Fig. II Trasplante renal. Donante vivo y donante en asistolia. ONT, 2015.

En el primer supuesto, por representar la donación de vivo la terapia de elección frente a la insuficiencia renal terminal; en el supuesto de asistolia, por el incremento de donantes en los programas de asistolia controlada en UCI. El posible menoscabo de la dig-

nidad de la persona a partir de otros principios –beneficencia, autonomía– en la DANC y en la DAC, (cuando no se conoce la opinión del fallecido o cuando se instrumentaliza al que aún no ha fallecido), tiene en el principio de justicia su contrapeso: el bien social. Cabe preguntarse si en sociedades de marcado corte liberal y respeto por los derechos individuales el principio de justicia es suficiente para transformar, como dice el dicho, la necesidad en virtud.

## 4. Conclusiones

Si para el donante vivo no encontramos conflictos derivados del análisis principialista, el principio de beneficencia y el principio de autonomía aparecen debilitados cuando se enfrentan a las donaciones en DANC y DAC.

La decisión para el donante vivo siempre es libre e informada adecuadamente. Comporta garantías, la más importante ante el juez, ante quien el donante confirma su decisión autónoma, pudiendo además desvincularse, en cualquier momento, de la decisión tomada. Los Comités de Ética Asistencial en los hospitales también participan en la transparencia. No existe colisión entre principios a partir del mínimo riesgo aceptado y la decisión autónoma del acto. Mantener la donación de vivo en el ámbito del vínculo afectivo es una garantía adicional frente al comercio o el tráfico de órganos.

El donante cadáver por criterios cardiocirculatorios tiene en los sistemas de consentimiento presunto un reto ético, al permitir prácticas intervencionistas sin necesidad de recabar el consentimiento familiar y prácticas instrumentalizadoras antemortem en el paciente con LTSV, lo que plantea dudas en cuanto a si dichas actuaciones pudieran mermar la integridad física y moral de la persona.



La debilidad de los principios anteriores frente al donante en asistolia es consustancial a las regulaciones *opting out* que persiguen un mayor número de donantes con el encomiable objetivo de reducir el número de pacientes en lista de espera. La falta de mecanismos «específicos» de oposición a la donación desvirtúa en cierto modo este tipo de regulaciones.

Señalar que la eventual voluntad del donante no es más que hipotética cuando el subrogado desconoce cuál habría sido la voluntad inequívoca. El consentimiento presunto es subsidiario del consentimiento en mayúsculas, en defecto de este. Solo se puede hablar de un legítimo consentimiento presunto cuando se actúa en beneficio del afectado como titular de un bien jurídico.

Desconociendo la voluntad manifiesta y nominal del posible donante, la actuación en asistolia no se produce en su mejor interés. Voluntad e interés, por tanto, pudieran no coincidir, produciendo un daño moral.

El principio de justicia junto a la ética utilitarista que considera una determinada acción obligatoria, cuando produce más bien que cualquier otra, legitima las estrategias de obtención de órganos por criterios cardiocirculatorios. La solidaridad entre iguales y el bien común amparan y refrendan dichas estrategias.

### Bibliografía

1. Lora P, Ortega-Deballón I, Rodríguez-Arias D, Seoane JA, Serrano A, Triviño R, Bioética, reanimación cardiopulmonar y donación de órganos en asistolia. *Dilemata* 5. 2013; 13: 283-296. Disponible en: <http://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/254>
2. Casares M. Aspectos éticos de la donación renal de vivo. *Guías SEN. Rev Nefrol.* 2010;30: 14-22.
3. Barr ML, Belghiti J, Villamil FG, et al. A Report of the Vancouver Forum. *Transplantation*, 2006; 81 (10) :1373-85.

4. Lam NN, Lentine KL, Levey AS, et al. Long-term Medical Risks to the Living Kidney Donor. *Nat Rev Nephrol.* 2015. doi:10.1038/nrneph.(2015).58.

5. Ortega-Deballón I, Hornby L, Shemie SD. Protocols for uncontrolled donation after circulatory death: a systematic review of international guidelines, practices and transplant outcomes. *Crit care.* 2015;19:268.

6. Rodríguez Reina G. La donación en asistolia. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Catedra Bioética. 2014 :27-46. Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/2805/1/TFM000059.pdf>

7. Sánchez Escuredo A., Alsina A, Diekmann F, Revuelta I, et al. Economic Analysis of the Treatment of End-stage Renal Disease Treatment: Living Donor Kidney Transplantation Versus Hemodialysis. *Transplant Proc.* 2015;47:30-3.

8. Csete M. Gender Issues in Transplantation. *Anesth Analg.* 2008; 107: 232-38.