

Ética en donación de órganos: una alianza rentable

Ethics in organ donation: a symbiotic partnership

MA. de Frutos

Coordinador de Trasplantes
del "Sector Málaga".
Hospital Regional
Universitario Carlos Haya.
Málaga.

Correspondencia:
Miguel Ángel de Frutos
E-mail: mangel.frutos.sspa@
juntadeandalucia.es

Fecha de recepción:
18.MAY.2015

Fecha de aceptación:
25.MAY.2015

Resumen

Los trasplantes de órganos son un gran avance de la medicina contemporánea. Sin embargo, para poder seguir creciendo y llegar a la autosuficiencia, es preciso que las actuaciones de los profesionales sanitarios tengan máximos estándares éticos. Solo así, con la población que confía en sus instituciones y en sus profesionales, se podrán atender las crecientes necesidades de trasplantes. Los conflictos éticos con la determinación de la muerte, la utilización de órganos de donantes con criterios expandidos, el trasplante con donantes vivos o por la asignación de órganos, deben poder resolverse atendiendo a protocolos que, permanentemente actualizados, permitan acreditar que la equidad, la beneficencia, la autonomía y la no maleficencia han sido contempladas en caso de conflictos. Si se hace bien, la capacidad teórica de donación alcanzará máximos, ya que la confianza entre población y profesionales sanitarios será óptima.

Palabras clave: Ética. Donación. Trasplante. Asignación de órganos.

Abstract

Organ transplants represent extraordinary progress of modern medicine. However, in order to grow and become self-sufficient, it is necessary that the actions of health professionals have highest ethical standards. When people trust their institutions and their professionals, they will meet the needs of transplants. Ethical conflicts with the determination of death, the use of organs from expanded criteria donors, transplantation with living donors or organ allocation, should be able to be resolved with updated protocols, allowing establish that equity, autonomy, beneficence and justice, have been referred to in case of conflicts. If done well, improvements in donation will reach highs as trust between population and health professionals will be optimal.

Key words: Ethics. Donation. Transplant. Organ allocation.

Los trasplantes de órganos y tejidos representan tratamientos peculiares por muchas razones. Aunque la población reconoce la importancia de estos tratamientos en el restablecimiento de la salud de un número creciente de pacientes con enfermedades graves y sin solución alternativa, la donación y los trasplantes pueden, en ocasiones, suscitar fuertes polémicas que hay que conocer bien para prevenir y evitar que la **confianza** del público se vea afectada, ya que cuando eso ocurre las donaciones se pueden ver gravemente comprometidas¹.

Por ello, a los profesionales directamente involucrados en el procedimiento de detección de donantes,

selección de receptores, diagnóstico de la muerte cerebral, etc., no les basta con cumplir la legislación vigente sino que tienen que ir más allá, cuidando una serie de principios o normas, a veces escritas, otras veces percibidas como necesarias y que son de gran importancia para que todas las actuaciones en donación y trasplante tengan lo que podríamos llamar una **garantía total**. La familia donante y la sociedad necesitan tener la máxima confianza en que las actuaciones médicas han sido las mejores entre las posibles, y que si la evolución ha sido mala es consecuencia de la naturaleza de las lesiones, y no por incompetencia o mala praxis de los profesionales².

La bioética moderna en los Estados Unidos como reivindicación de un derecho civil, el derecho de autonomía de los pacientes frente al tradicional paternalismo médico. El enfoque de los tres principios en bioética fue establecido a raíz de amplias discusiones sobre problemas biomédicos y ha llegado con gran rapidez a convertirse, tras 20 años de experiencia, en la estructura canónica de la bioética.

Los tres principios básicos en la bioética laica moderna son **autonomía, beneficencia y justicia**. Estos tres principios morales suelen considerarse *prima facie*, es decir, básicos, obligatorios y distintos entre sí. **Autonomía** es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas sin obstruir sus decisiones a menos que produzcan claro perjuicio a otros. Una acción se considera autónoma cuando ha pasado por el trámite del consentimiento informado. **Beneficencia** es la acción de extremar los posibles beneficios y minimizar los riesgos. **Justicia** es dar a cada uno según su propio derecho o la imparcialidad en la distribución de riesgos y beneficios. Autonomía, beneficencia y justicia son, en efecto, principios diferentes, y merece destacar la homogeneidad existente entre estos principios que rigen la relación médico-enfermo y los principios de la vida moral. El paciente se rige por el principio de autonomía, el médico y la familia por el de beneficencia, y las terceras partes por el de justicia. Los dos primeros tienen que ver con el *bien individual* y la justicia mira por el *bien común*. El bien común, o bien de todos, es siempre superior al bien de los individuos concretos, razón por la cual estos principios, además de distintos, guardan entre sí una cierta jerarquía.

Estos principios, puestos a punto por el Informe Belmont sobre una terminología de David Ross, pasaron a convertirse en el esbozo fundamental de toda la bioética a partir del libro de Beauchamp y Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, publicado en 1979. Para estos autores, los citados tres principios, más un cuarto denominado **no maleficencia**, o evitar el daño, y que incluso debe prevalecer sobre la beneficencia, porque nunca es lícito hacer mal, pero a veces se puede prescindir de hacer el bien, son fundamentales y hay obligación moral de cumplir con todos ellos.

Pero los principios de la bioética son, además de distintos y jerárquicos, conflictivos entre sí. Es fácil comprender que la autonomía y la beneficencia entran frecuentemente en conflicto, pero más complicado es entender que ambos sean conflictivos con la justicia. La razón es que el bien individual y el común entran también en conflicto continuamente, y a veces hay que resolverlo con arreglo al orden jerárquico: 1º justicia, 2º autonomía y 3º beneficencia³.

En las sociedades occidentales, la donación de órganos para trasplante sucede en un contexto con elevados estándares de justicia social y distributiva: la asistencia sanitaria es generalmente universal, la situación de enfermedad o desempleo es compensada económicamente, las facilidades para el tratamiento con diálisis son amplias y las posibilidades de obtención de órganos e intercambio de estos órganos obtenidos en donantes fallecidos son elevadas. Por ello, principios éticos aceptados en países desarrollados no pueden ser extrapolados sin más a otras áreas geográficas con graves carencias en salud.

A lo largo de la historia reciente del trasplante renal han coincidido con frecuencia las discusiones relacionadas con temas médico-quirúrgicos conflictivos como de otros aspectos no médicos (ámbito psicosocial, económico y ético), y tanto en los primeros años del trasplante renal como hoy día surgen numerosas preguntas relacionadas con áreas del conocimiento y de la práctica donde se hace necesario adoptar decisiones que ayuden a resolver (generalmente en poco tiempo) diferentes situaciones límite para que coordinadores y médicos involucrados en los procedimientos de trasplante no lesionen alguno o varios de los principios éticos básicos anteriormente enunciados.

En 1993, la Comisión Permanente sobre el Trasplante de Órganos del Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad elaboró un documento de consenso sobre los *“puntos éticos de conflicto que puede generar el trasplante de órganos”*, dictando una serie de normas para que las actuaciones de los profesionales se ajusten no solo a la legislación vigente sino también a los máximos estándares de moralidad y ética⁴.

Dado el espacio limitado concretaremos los comentarios de este trabajo en los tres puntos siguientes:

- Dilemas éticos por las **condiciones del diagnóstico de muerte** y por las circunstancias de la extracción.
- Dilemas éticos por las **características del órgano** donado para trasplante.
- Dilemas éticos por la **asignación de los órganos** entre la lista de espera.

Dilemas éticos por las condiciones del diagnóstico de muerte y por las circunstancias de la extracción

El diagnóstico de muerte se debe valorar desde un punto de vista científico. Sin embargo, dado que tiene

amplias connotaciones religiosas, conceptuales y filosóficas, está tan dramatizado en nuestra sociedad que tiene rango legal. Por ello, es preciso atenerse a una serie de normas y actuaciones que, además de cumplir la ley, eviten cualquier atisbo de ligereza o desconsideración con el propio difunto y con sus familiares más allegados.

Se considera fallecida toda persona que presente un cese irreversible de las funciones circulatorias o respiratorias, o un cese irreversible de las funciones del cerebro completo incluyendo el tronco del encéfalo. La ausencia de latido cardíaco está asociada al concepto tradicional de muerte, y en el pasado, antes de la publicación de la Ley Española de 1979, era el criterio válido y único para proceder a la extracción de riñones.

La introducción de la muerte cerebral como sinónimo de la muerte del individuo y equivalente a todos los efectos científicos, legales y éticos a la muerte cardíaca tradicional, constituyó el factor fundamental para poder incrementar tanto el número de donantes como el de órganos extraídos y de tipos de trasplantes realizados. Sin embargo, asegurar el final de la vida por muerte encefálica, tras aplicar las actuaciones determinadas en los protocolos, exige siempre la realización de una exploración neurológica que deberá ser "sistemática, completa y extremadamente rigurosa", tal como se contempla en el Real Decreto vigente (1723/2012 de 28 diciembre).

Éticamente, la posibilidad de donación no debe ser nunca el factor que decida cuando una persona ha fallecido, por lo que no se justifica en absoluto aplicar criterios diferentes de muerte según que la persona vaya a ser o no donante de órganos.

Desde el punto de vista exclusivamente ético se plantea en ocasiones si es correcto mantener o

Tabla 1.
Puntos éticos de conflicto que pueden originar la donación y el trasplante de órganos.

- Diagnóstico de muerte encefálica.
- Comercio de órganos.
- Consentimiento de donante cadáver.
- Inducción a la donación.
- Donación de vivo.
- Respeto al cuerpo humano.
- Órganos de viabilidad de difícil predicción.
- Selección de receptores.
- Distribución de los órganos.
- Anonimato y confidencialidad.
- Xenoinjertos.

iniciar la ventilación mecánica y aplicar medidas de soporte circulatorio a una persona con lesiones cerebrales irreversibles, pero que todavía no cumple los criterios de muerte cerebral, con la finalidad exclusiva de que vaya a ser donante de órganos. En la terminología anglosajona, esta decisión se denomina *elective ventilation* y ha sido motivo de controversia ética^{5,6}. En la actualidad se aplica en hospitales de nuestro país y, por tanto, la respuesta a este dilema es afirmativa a favor de la donación. La mayoría de las personas en España no solo no han dejado constancia de su negativa a la donación, sino que son firmemente partidarios de la donación⁷. Por lo tanto, algunas actuaciones médicas sobre pacientes con lesiones cerebrales devastadoras e irreversibles, o sobre el fallecido en parada cardíaca, que permitan la conservación de los órganos mientras se pregunta a la familia y se acredita la no oposición a la donación, resultan no solo acorde con la legalidad, sino que se entienden como decisiones éticas de gran valor que van a poder facilitar la opción de donación decidida en vida (si ese era el caso) y permitir conservar órganos para tratamiento con trasplantes de pacientes con graves e irreversibles problemas de salud⁸.

La Tabla 1 completa otros puntos éticos de conflicto alrededor de la donación y el trasplante que no pueden ser objeto de análisis pormenorizado por la extensión que requeriría el tema⁹.

Dilemas éticos por las características del órgano donado para trasplante

La denominación que se aplica a determinados órganos de donantes aceptados con criterios expandidos es la de **órganos procedentes de donantes con riesgo no estándar** (Tabla 2). Ni todos los donantes son iguales ni todos los órganos reúnen características con las que se les podría calificar de excelentes. Cada donante y cada órgano pueden presentar circunstancias especiales, a veces conocidas sin dificultad, otras veces tras pruebas diagnósticas y en ocasiones imposibles de verificar, que hagan que la calidad de estos órganos o tejidos no sea la mejor de las posibles. En estas condiciones puede no ser fácil asegurar que el órgano transplantado alcanzará una determinada función y supervivencia. El facultativo responsable del trasplante debería ser capaz de explicar al potencial receptor todas estas peculiaridades para que, una vez bien informado, pueda ejercer el derecho de autonomía y aceptar o rechazar el trasplante¹⁰. Aunque no sea siempre fácil concretar las probabilidades de funcionamiento y por tanto el éxito del trasplante,

éste debe superar con creces al riesgo de fracaso. Adicionalmente, el riesgo en términos estadísticos que suponga el tratamiento con trasplantes debe ser menor que el riesgo de fallecer en caso de continuar en lista de espera para trasplante¹¹.

En las circunstancias actuales de grandes avances, tanto en aspectos quirúrgicos como en soluciones de conservación de órganos, y con las mejoras de la inmunosupresión, los criterios de selección de donantes se han ido ampliando y en el momento actual es frecuente la utilización de donantes de edad avanzada o con alguna patología asociada que les haga diferentes respecto a los donantes de órganos considerados como ideales.

La ampliación de los considerados hasta hace unos años límites del donante típico de órganos, incluyendo niños de 1 a 5 años y fallecidos de hasta 70 o más años, ha sido también en España el mecanismo por el que se ha podido incrementar el número de donantes y trasplantes de riñón e hígado. El 50,5% de los donantes actuales tienen más de 60 años y la mayoría de estos donantes fallecen como consecuencia de accidente vascular cerebral, bien isquémico o hemorrágico.

La expansión de los criterios de donación ha permitido incluir a donantes con una o varias características que hasta hace unos años se consideraban como motivos principales de exclusión. La "calidad" de los órganos extraídos de estos donantes no ideales está siendo evaluada en el momento actual por numerosos grupos en todo el mundo. En general, se puede asegurar que, en el caso del riñón, la supervivencia a 2,5 años de riñones transplantados con estos criterios es inferior en un 10-15% a la de los riñones transplantados de donantes sin patología asociada y de edad ideal (16 a 45 años). Sin embargo, esta diferencia de funcionamiento, que puede ser importante para receptores menores de 55-60 años, tiene menos trascendencia cuando el receptor tiene una edad más avanzada y similar a la del donante¹².

Por límites biológicos, las expectativas de vida van disminuyendo con la edad y las supervivencias de injerto y receptor tienen que ser, por tanto, ponderadas. Trasplantar riñones de donantes jóvenes a receptores de más de 60 años, que por biología van a tener unas expectativas vitales reducidas, sería perder años de potencial funcionamiento renal, ya que esos riñones en receptores de menor edad pueden mantenerse funcionantes muchos años más. Éticamente también está justificada la utilización de órganos de donantes expandidos por edad, ya que la principal causa de muerte entre quienes esperan un trasplante es el retraso en recibir un órgano. Por ello, ente órganos

- Órganos de donantes con virus o anticuerpos positivos para hepatitis B, hepatitis C y VIH.
- Órganos de donantes con procesos infecciosos.
- Órganos con anomalías morfológicas.
- Órganos de donantes de edad avanzada.
- Órganos de donantes con patología asociada (hipertensión, diabetes, insuficiencia aguda, toxicidad por drogas o fármacos, etc.).
- Órganos de donantes con cierto tipo de tumores.
- Órganos de donantes con isquemias calientes o frías prolongadas.
- Órganos de donantes fallecidos por criterios cardiocirculatorios (asistolia).

Tabla 2.

Órganos de donantes con riesgo no estándar que pueden plantear conflictos éticos para trasplante.

no convencionales hay que hacer una valoración del riesgo-beneficio.

Donantes con tumores son criterios absolutamente excluyentes. Sin embargo, algunos tumores del sistema nervioso central con mínima o nula capacidad de metastatizar pueden seguir siendo considerados como órganos útiles. En ocasiones se ha transplantado algún órgano de donantes con algún tumor localizado, por ejemplo adenocarcinoma renal transplantándose el riñón contralateral, el hígado o el corazón. Incluso se han descrito éxitos en el trasplante de estos riñones una vez que el nódulo tumoral ha sido resecado en toda su extensión y con márgenes libres de tumor¹³.

Y el mismo criterio se ha seguido para los órganos de donantes a corazón parado. Los riñones de estos donantes se está comprobando que, a pesar de un mayor retraso en la función inicial, no tienen ninguna característica que les impida ser considerados válidos.

Dilemas éticos por la asignación de órganos entre la lista de espera

Dado que la lista de espera para trasplante renal es la más numerosa y donde se observan grandes variaciones en los tiempos de acceso al trasplante, coincidiendo con idéntica necesidad receptores que solo llevan algunos meses en diálisis y otros que han tenido que esperar 10 años o más, hay que actuar con más cuidado para evitar polémicas que puedan resultar negativas en los índices de donación.

Tabla 3.
Criterios teóricos generales
en la distribución de riñones
para trasplante.

| |
|---|
| Aceptables: |
| – Urgencia. |
| – En función del beneficio terapéutico. |
| – Características médicas del receptor. |
| – Antigüedad. |
| Inaceptables: |
| – Mercantilista. |
| – Utilidad social. |
| – Decisiones colectivas. |
| – Lotería. |
| – Contribución del paciente a su problema médico. |
| – Anteriores consumos de recursos. |
| – Inclusión en más de una lista de espera. |

En el momento actual, los criterios de distribución de riñones tienen que ser totalmente *objetivos*, exclusivamente médicos y que busquen el máximo beneficio del receptor, de carácter *público*, aceptados con el mayor consenso posible y basados en normas de actuación que tengan entre sus objetivos el elegir al mejor receptor de entre todos los posibles. Estos criterios tienen que ser *verificables*, esto es, cuando un facultativo elige a un posible receptor y deja a otros sin trasplante, tiene que ser capaz de clarificar la selección y justificar los motivos de aquella elección, y siempre dos observadores independientes deberían elegir al mismo receptor si aplicaran idénticos razonamientos. Y finalmente, los criterios aplicados en la distribución de los riñones tienen que ser *revisables* para que puedan ser actualizados de acuerdo a los progresos y avances médicos¹⁴. La Tabla 3 resume los criterios generales aceptables e inaceptables para distribuir órganos entre la lista de espera.

Asignar órganos para trasplante mediante decisiones colectivas de una variedad de profesionales diversos que tuvieran en cuenta variables médicas, técnicas, psicológicas, socioeconómicas, etc., no parece operativo en el caso de los trasplantes de donante cadáver, porque son decisiones urgentes. Sin embargo, hasta hace unas décadas, cuando las posibilidades de diálisis en nuestro país eran limitadas, sí existió este tipo de “tribunales” para decidir la inclusión o no de cada paciente urémico en diálisis y, por ende, al trasplante.

Aunque el azar sería un criterio neutro en la distribución, entre una gran lista de espera, de un recurso

escaso como los riñones, es a todas luces injusto por irreflexivo, al no estimar ningún criterio médico y disminuir probablemente las posibilidades de supervivencia con injertos distribuidos aleatoriamente.

La sociedad española tampoco parece dispuesta a aceptar la exclusión de un enfermo porque las administraciones sanitarias le estigmatizan como culpable por haber contribuido a su problema médico (tabaquismo, alcoholismo, nefropatía por analgésicos, etc.). Este juicio ha sido propuesto por las autoridades sanitarias y por algunos colectivos médicos en Gran Bretaña y Holanda, recibiendo una clara y contundente respuesta social. Los profesionales sanitarios no debemos hacer ningún tipo de distingo o discriminación por el origen de las enfermedades de los pacientes.

Cada caso es una necesidad y merece toda la atención sanitaria y social, y no se debe aceptar la exclusión de tratamientos con trasplantes de ciertas patologías y pacientes. No obstante, es preciso concretar las exclusiones a la aceptación para trasplante, siempre basadas en razonamientos objetivos y científicamente probados.

Se debe considerar inaceptable cualquier distribución de órganos que tenga en cuenta anteriores consumos de recursos. A diferencia de las compañías sanitarias privadas, donde muchas prestaciones tienen límite en días de estancia, intervenciones quirúrgicas o gasto económico, los trasplantes de órganos no pueden en ningún caso discriminar a aquellos receptores que puedan haber desarrollado complicaciones o enfermedades para las que haya habido que hacer frente con tratamientos caros, complejos o prolongados.

Finalmente, se debe extremar la vigilancia para evitar ventajas por parte de algún paciente que pretenda acceder antes al trasplante mediante la estrategia de incluirse en más de una lista de espera.

Desde un punto de vista actual, los criterios generales sobre los que aceptablemente debería pivotar la distribución de órganos para trasplante renal incluirían la urgencia, el beneficio terapéutico, las características médicas del receptor y el tiempo de espera.

La urgencia habría que entenderla como condición que precisaría el tratamiento con trasplante renal en un plazo muy breve que evite la muerte ante la ausencia de otras alternativas terapéuticas. Esta circunstancia es prácticamente inexistente hoy día en trasplante renal, y son contados los casos anuales que se presentan en nuestro país. La urgencia también incluiría, con ciertos matices, aquellos receptores de edades infantiles o juveniles en los que el daño físico o psíquico producido por un prolongado tratamiento

con diálisis sería difícilmente reversible si el trasplante no llega en un corto periodo de tiempo.

Criterios basados en el beneficio terapéutico y en la supervivencia del trasplante renal son fácilmente entendibles por obvios. Partiendo de un número pequeño y siempre escaso de órganos para trasplante, es lógico que se deban distribuir entre aquellos receptores que por sus características de enfermedad de base, edad y condiciones de compatibilidad HLA y anticuerpos HLA vayan a presentar una mayor supervivencia con menor posibilidad de rechazo agudo o crónico. Este concepto ha sido defendido por prestigiosos profesionales con la ayuda de grandes estudios multicéntricos que han mostrado siempre mejores supervivencias de injertos renales con relación a menores incompatibilidades HLA. Criterios basados exclusivamente en maximizar la supervivencia del injerto debería aplicarse además con ciertos matices, porque de lo contrario difícilmente le llegaría un trasplante a un receptor de 65 años que, simplemente por ley de vida, tendría menos posibilidades de supervivencia a 10 años que un receptor de 45 años; o a un receptor de un segundo trasplante renal, que habitualmente tiene menor supervivencia que un receptor de primer injerto. Sin embargo, en el estado actual de falta de riñones tampoco se debería asignar un riñón de, por ejemplo, un donante de 18 años fallecido de traumatismo craneoencefálico (TCE) a un receptor de 72 años solo porque coincidan sus seis antígenos de HLA. Por muchas razones, este trasplante no logaría una supervivencia del receptor del trasplante muy prolongada, que estaría limitada por otras enfermedades asociadas o simplemente por su edad. Por ello, en el presente se prefiere una primera asignación de acuerdo a donantes jóvenes para receptores jóvenes y donantes mayores para receptores mayores, lo que se denomina *age matching u old for old*.

En cuanto a las características médicas del receptor, introduciríamos la valoración del nivel de anticuerpos anti-HLA desarrollados por anteriores trasplantes, transfusiones o embarazos. La "ventaja" que se les proporciona a estos pacientes solo sirve para equilibrar, en cierta medida, sus posibilidades de trasplante al poder analizarse un mayor número de órganos y primar el resultado de una prueba cruzada negativa. También pueden considerarse en la selección compatibilidades respecto al sexo, el tamaño del órgano y las edades del donante y del receptor.

Y finalmente la antigüedad. La mayoría de la sociedad entiende que el orden de llegada tiene que ser considerado y valorado en la distribución de cualquier bien escaso. Probablemente está grabado en el subconsciente de la mayoría que pasa o ha pasado por otras

estrecheces y limitaciones, y que ha sido educado en el respeto al orden de llegada como una categoría fundamental de acceso a un servicio o producto. Cada lista de espera de trasplante renal tendrá que establecer su abanico de antigüedad, bien mediante una distribución por cuartiles o por otra estratificación que mediante alguna ponderación equilibre a los más antiguos respecto a los recién llegados.

Todos estos criterios comparten éxito, aprovechamiento de recursos y justicia distributiva, ya que de acuerdo con los principios generales de bioética del Informe Belmont el criterio de justicia es fundamental. Consiste en dar a cada cual según su derecho o imparcialidad en la distribución de un recurso o un tratamiento. Si el médico y el paciente tienen derechos y obligaciones encuadrables perfectamente dentro de los principios bioéticos de *beneficencia* y *autonomía*, existen también terceras partes que intervienen siempre en la relación médico-paciente. Entre ellas destacan el hospital, la seguridad social y el Estado, que desde muchos puntos de vista controlan la relación médico-paciente con arreglo al principio bioético de *justicia*. La relación entre los tres principios básicos de la bioética es sorprendentemente fuerte, siendo posible establecer una correspondencia directa entre ellos: el paciente se rige por la autonomía, el médico y la familia por la beneficencia, y las terceras partes por la justicia. La autonomía y la beneficencia tienen que ver con el bien individual, mientras que la justicia mira por el bien común o bien de todos, que es siempre un bien superior al bien de un individuo concreto. Por esta razón se dice que los principios básicos de la bioética moderna, además de ser distintos, guardan entre sí una cierta subordinación, de forma que la máxima jerarquía le corresponde a la *justicia*, después viene la *autonomía* y finalmente la *beneficencia*.

Cuando un profesional sanitario escoge a un receptor entre toda la lista de espera de trasplante renal, está aplicando el principio de beneficencia; el de autonomía, cuando el receptor le otorga el consentimiento a la operación; y el de justicia, entendido como igualdad de oportunidades y la responsabilidad ante terceras partes que exigen máxima moralidad en una distribución justa de unos recursos limitados (órganos) que la sociedad en general le ha confiado para cumplir un fin. Las aportaciones del profesor Diego Gracia¹⁵ en este campo constituyen las mejores referencias de estudio y conocimiento en conflictos éticos relacionados con la donación y el trasplante.

Finalmente, cuando la población percibe transparencia y criterios justos en la selección de receptores, con

imparcialidad respecto a condiciones de los receptores, entonces esa población mayoritariamente apoya la donación y el porcentaje de potenciales donantes en encuestas realizadas en vida es significativamente mayor que cuando los encuestados perciben que existen factores que discriminan tanto la atención médica como el acceso a tratamientos con trasplantes¹⁶. Por

ello la ética, la transparencia y la justicia son alianzas que acaban siendo muy rentables.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Roels L, Spaight C, Smits J, Cohen B. Critical care staffs' attitudes, confidence levels and educational needs correlate with countries' donation rates: data from the Donor Action database. *Transpl Int.* 2010;23:842-50.
2. Rosel J, Frutos MA, Blanca MJ, Ruiz P. La decisión de donar órganos: variables contextuales y consecuencias de la decisión. *Psicothema.* 1995;7:605-18.
3. Gracia D. La tradición política y el criterio de justicia: el bien de terceros. En: Fundamentos de Bioética. Ed. Eudema Universidad; 1989. p. 199-311.
4. Documento de Consenso de la Comisión Permanente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Puntos éticos de conflicto que puede generar el trasplante de órganos. *Rev Esp Traspl.* 1993;2(Extr. 1):9-11.
5. De Lora P, Pérez Blanco A. Dignifying death and the morality of elective ventilation. *J Med Ethics.* 2013;39:145-8.
6. Baumann A, Audibert G, Lafaye C, Puybasset L, Mertes PM, Claudot F. Elective non-therapeutic intensive care and the four principles of medical ethics. *J Med Ethics.* 2013;39:139-42.
7. Frutos MA. Concienciación para la donación. *Nefrología.* 1999;19:361-5.
8. Littlejohns S, Bontoft H, Littlejohns P, Richardson J, Robertson A. Legal and ethical implications of NICE guidance aimed at optimising organ transplantation after circulatory death. *Clin Med.* 2013;13:340-3.
9. Frutos MA. Dilemas éticos en trasplante renal de cadáver. *Rev Esp Traspl.* 1994;3:137-48.
10. Valera A, Martín Reyes G, Burgos D, Cabello M, Martínez JM, González-Molina M, et al. Trasplante renal con riñones extraídos en parada cardiaca: ¿son donantes límite? *Nefrología.* 1998;18 (Supl 5):58-63.
11. Rana A, Gruessner A, Agopian VG, Khalpey Z, Riaz IB, Kaplan B, et al. Survival benefit of solid-organ transplant in the United States. *JAMA Surg.* 2015;150:252-9.
12. Ojo AO, Hanson JA, Meier-Kriesche H, Okechukwu CN, Wolfe RA, Leichtman AB, et al. Survival in recipients of marginal cadaveric donor kidneys compared with other recipients and wait-listed transplant candidates. *J Am Soc Nephrol.* 2001;12:589-97.
13. Musquera M, Pérez M, Peri L, Esforzado N, Sebastià MC, Paredes D, et al. Kidneys from donors with incidental renal tumours: should they be considered acceptable option for transplantation? *Transplantation.* 2013;95:1129-33.
14. Frutos MA. Trasplante renal: criterios para la distribución de órganos. *Nefrología.* 1998;18 (Supl 4):361-5.
15. Gracia D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología.* 2001;21 (Supl 4):13-29.
16. Boulwarea LE, Troll MU, Wang NY, Powe NR. Perceived transparency and fairness on the organ allocation system and willingness to donate organs: a national study. *Am J Transpl.* 2007;7:1778-87.