



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE TRANSPLANTES

LEY 30/1979 Y RD 1723/2012

Una mirada desde la Bioética

Autor: **Joaquín Grande Gómez**

Director: Prof. Dr. D. Rafael Junquera de Estéfani

Madrid

Junio de 2016



CÁTEDRA DE BIOÉTICA

LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE TRANSPLANTES

LEY 30/1979 Y RD 1723/2012

Una mirada desde la Bioética

Por

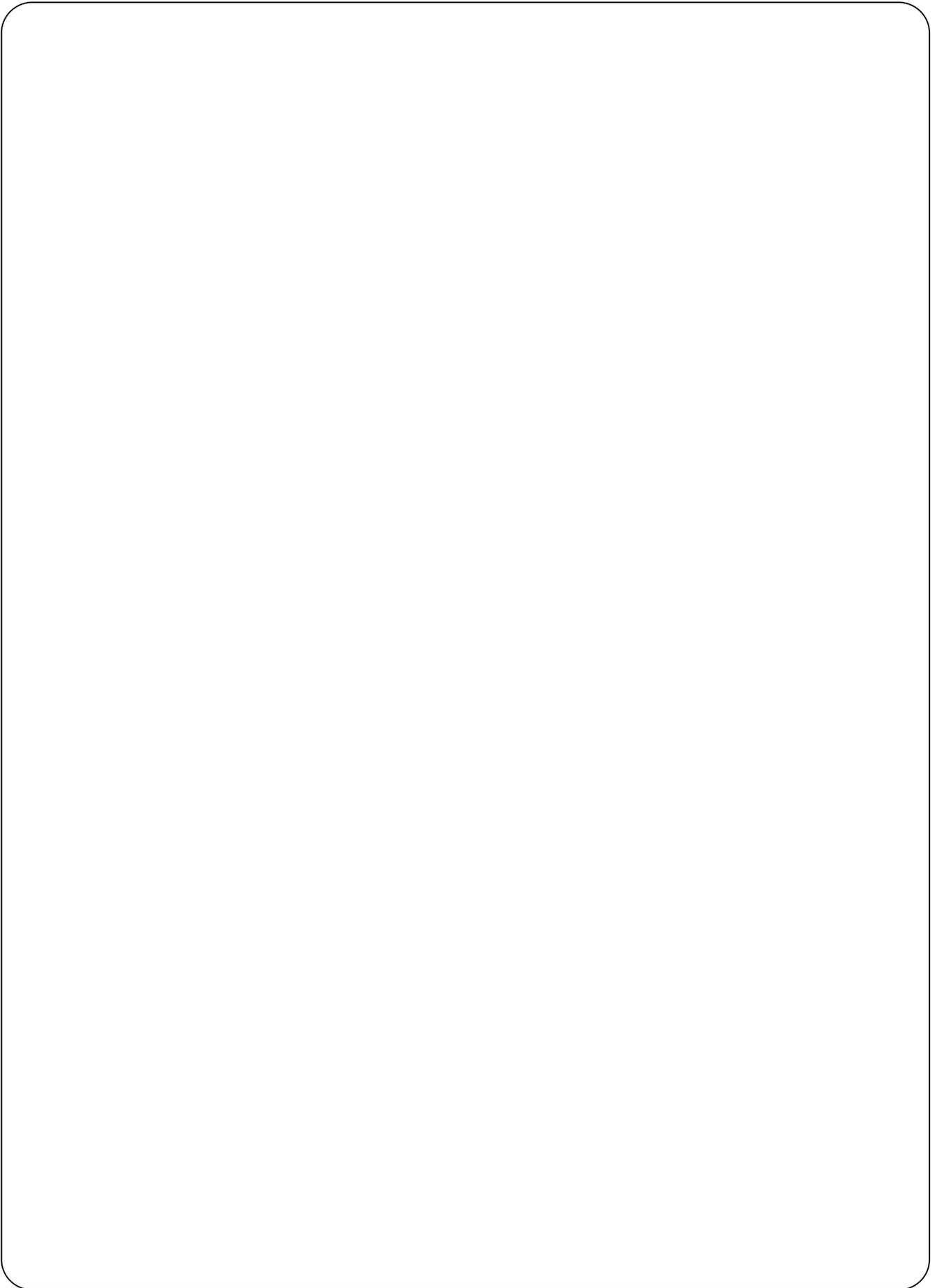
Joaquín Grande Gómez

Visto Bueno del Director

Prof. Dr. D. Rafael Junquera de Estéfani

Fdo. Rafael Junquera

Madrid - junio de 2016



ÍNDICE

ÍNDICE	VI
SIGLAS Y ABREVIATURAS	VII
INTRODUCCIÓN	8
1. REFLEXIONES ÉTICAS RELACIONADAS CON EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.	11
2. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE TRANSPLANTE DE ÓRGANOS.	13
2.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA LEY 30/1979, DE 27 DE OCTUBRE, SOBRE EXTRACCIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS.....	15
2.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL REAL DECRETO 1723/2012, DE 28 DE DICIEMBRE, REGULADOR DE LAS ACTIVIDADES DE OBTENCIÓN, UTILIZACIÓN CLÍNICA Y COORDINACIÓN TERRITORIAL DE LOS ÓRGANOS HUMANOS DESTINADOS AL TRASPLANTE.	18
3 REFLEXIONES ÉTICAS RELACIONADOS CON LA LEGISLACIÓN DEL TRANSPLANTE DE ÓRGANOS.	32
4 CONCLUSIONES.	46
BIBLIOGRAFÍA	50
<i>Libros</i>	50
<i>Artículos y capítulos de libros</i>	50
<i>Documentos</i>	51

SIGLAS Y ABREVIATURAS

Apdo.	Apartado
ONT	Organización Nacional de Trasplantes
Ley	Ley 30/1979, de 27 de octubre.
RD	Real Decreto 1723/2012, de 29 de diciembre.
Ed.	Editor
CCAA	Comunidades autónomas
SNS	Sistema Nacional de Salud
SCU	Sangre de Cordón Umbilical
UPC	Universidad Pontificia Comillas de Madrid
UE	Unión Europea
TO	Trasplante de Órganos

INTRODUCCIÓN

La donación de órganos es una práctica de la Medicina en auge. De hecho, ha sido adoptada como primera opción terapéutica en un número creciente de enfermedades orgánicas.

En la actualidad, la demanda de órganos en el mundo, sobrepasa con creces la oferta. Dicha escasez provoca una necesidad vital, en los sistemas de salud de cada país, de gestionar adecuadamente un recurso tan preciado. En países como España, con una de las esperanzas de vida más longevas del mundo, la demanda de órganos ha crecido de forma exponencial.

El proceso de donación de órganos es muy complejo, y demanda de recursos muy especializados e interconectados, que deben operar con restricciones de tiempo, de medios y talentos.

Desde el inicio de su andadura hace 50 años, han sido muchas las ocasiones en las que han surgido controversias éticas al respecto. Uno de los debates éticos más encarnizados del siglo XX, fue acerca de la definición de muerte. El desarrollo paralelo de las técnicas de Cuidados Intensivos, obligaron a una reconsideración sobre el propio concepto de muerte, íntimamente relacionado con la dinámica del trasplante.

Asimismo, la elección de receptores para trasplantes fue también origen de conflictos, desde numerosos puntos de vista; desde la valoración de las causas de inclusión o exclusión, los motivos de selección, o hasta el órgano o sujetos responsables de la selección.

Surge también incertidumbre en la demanda de órganos para el trasplante. En el caso de órganos cadavéricos, en relación con los criterios de respeto y deseos del fallecido. En el

caso del donante vivo aún es más engorroso, pues la ética del trasplante debe anhelar la identificación exacta de lo que no es aceptable.

Nuestro país es un modelo exitoso en la gestión de Donación de Órganos. Constituye un complejo sistema de gestión, con eficiente coordinación intrahospitalaria, así como extrahospitalaria por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que posibilitan la colaboración y consenso requeridos para habernos convertido en un referente mundial.¹

Los resultados apuntan que se dan un conjunto de elementos de gestión que constituyen factores críticos de éxito en el sistema, como las competencias de coordinación que se desarrollan por un lado en la ONT, y por otro, los coordinadores hospitalarios en materia de donación de órganos, formación de especialistas, sensibilización hacia la trascendencia de la donación, así como una precisa gestión y control de la información, con una función dual en el perfil de los coordinadores hospitalarios.

Pero a pesar del éxito reseñado, o quizá por ello, no es infrecuente el hallazgo de críticas al *modelo español* ("Spanish Model") en los medios internacionales, especialmente en la esfera jurídica y biotecnológica, pero también en medios de comunicación, incluso nacionales.²³⁴

Algunos autores, especialmente críticos, sugieren el interesado y férreo control que nuestras instituciones mantienen sobre la información que llega a la población civil española, desconocedora mayoritariamente del *opting out* que legisla su preferencia en este aspecto⁵

Es mi intención en este trabajo, no eclipsar el fantástico éxito social de la ONT, puesto que cada paciente trasplantado es en esencia un éxito vital. Pretendo exclusivamente ahondar en la Legislación española que regula esta actividad, desde un punto de vista intrínsecamente bioético. Intentaré rehuir juicios médicos, aunque me suponga un esfuerzo

¹ C. DE PABLOS Y D. DIEGO *Mecanismos sociales de coordinación en el Sistema Español de Trasplantes*. Revista de Ciencias Sociales (2013) Vol. XIX, No 4.

² COSTAS, E. (2010) *Detrás de las estadísticas de trasplantes*. EL PAIS.

³ COSTAS, E. (2010). *Dinero y donación de órganos*. EL PAIS.

⁴ COSTAS, E. (2011). *Trasplantes. ganamos dopados*. EL PAIS.

⁵ ALVAREZ, A. (2012). *El modelo español de coordinación y trasplantes: regulación y problemática* (Trabajo fin de master). Universidad Pontificia Roma.

colosal, pues es mi profesión desde hace más de 20 años. Tampoco pretendo un abordaje jurídico, pues no es mi cultura.

Ambiciono en mi trabajo valorar éticamente el consentimiento presunto (*opting out*) que regula el trasplante en nuestra legislación, en contraposición al consentimiento en vida (*opting in*), modelo que en contraposición, regula este asunto en muchos países de nuestro entorno.

Pretendo en este documento evitar opiniones y juicios de valor personales, por lo que cualquier narración sobre la ONT u otros organismos públicos o privados, que puedan parecer una opinión, serán señalados debidamente como hechos comprobados, o bien, opiniones de terceros.

Enfocaré mi reflexión sobre la solidaridad, gratuidad, generosidad, beneficio común, libertad, voluntariedad, responsabilidad, y otros bienes y valores que puedan estar en conflicto con nuestra actual legislación.

En mis conclusiones ordenaré las diferentes ideas expuestas, y solo al final aportaré respetuosamente mis deducciones, y recomendaciones si las hubiera.

1. REFLEXIONES ÉTICAS RELACIONADAS CON EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

La primera reflexión sobre el TO, es sobre la misma esencia material del hombre. A lo largo de la Historia, la perspectiva sobre el cuerpo físico, y por lo tanto, los órganos, tejidos y sistemas que lo componen, se pueden considerar sujeto u objeto. Es lo que Ortega denominaba “intracuerpo” y “extracuerpo”⁶

La ambigüedad del cuerpo, es lo que permite extenderse al estatuto moral que derive del mismo. Así, se pueden originar preguntas como ¿puede el hombre hacer lo que quiera con su cuerpo? ¿Es el hombre dueño de su propio cuerpo?. La “tesis del dominio imperfecto sobre el cuerpo”, considera que el hombre no tiene un dominio perfecto sobre su vida o su cuerpo, tan solo una de tipo imperfecto, en tanto que la vida es un regalo de Dios. Es el principio de sacralidad de la vida humana, inviolable en tanto que es sagrada.⁷

Por este principio, se prohíbe la amputación o mutilación del cuerpo, pues debe verse como inmoral, por *antinatural*. Los fenómenos antinaturales solo pueden ser consecuencia de la maldad o del azar.⁸

Este planteamiento se asentó durante toda la edad media, y se forjó la tradición naturalista, en el que se considera que el orden natural es siempre bueno, y el antinatural como siempre malo. Pero se introdujeron dos excepciones, el primero cuando la vida del humano corre peligro, y la medicina puede rehacer el equilibrio natural de las cosas. La segunda excepción, se enfoca desde el principio de justicia, cuando el obviar una acción antinatural, puede originar una gran perjuicio o desorden social.⁹

⁶ J.GAFO *TO: Problemas técnicos, éticos y legales*. UPM. Madrid 1996.

⁷ SENECA. *Homo Homini res sacra*.

⁸ ARISTOTELES. *Física*.

⁹ TOMAS DE AQUINO. *Summa Theologica*.

En resumen, durante toda la historia antigua y edad media, el cuerpo fue considerado como sagrado, pero si se justificaron la mutilación y el trasplante, en tanto que sus fines fuesen el beneficio del cuerpo humano o del cuerpo social.

La edad moderna supuso un cambio de mentalidad respecto a este asunto. La Filosofía liberal, centrada en los conceptos de propiedad y los derechos individuales, modificaron la percepción de los individuos sobre sus propios cuerpos, dotándose también un “derecho de propiedad” sobre ellos.

Pero también surgen pensamientos en el campo de las filosofías sociales, que subordinan ese derecho de propiedad, al dominio público cuando el interés es mayor. Algunas consideran que esa subordinación debe ser perfecta, o de beneficencia; o bien, como un deber imperfecto, basado en la justicia.

Por este motivo, algunos consideran que el consentimiento informado no es necesario en el asunto de los TO, pues basta el consentimiento presunto, pues debe considerarse un deber público. Por el contrario, otros posicionamientos consideran contradictorio el concepto de “consentimiento presunto”, pues si es presunto, no es informado y voluntario con autenticidad.

2. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

La Legislación española sobre el Trasplante de Órganos queda regulada por la Ley 30/1979, y el Real Decreto 1723/2012, que son el objeto de mi valoración bioética en este trabajo. Pero no puedo dejar de referir otras que, por orden histórico, de forma directa o indirecta, también regulan esta fundamental actividad asistencial.

La Ley 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos establece los requisitos para la cesión, extracción, conservación, intercambio y trasplante de órganos humanos con fines terapéuticos, y fue desarrollada posteriormente por el RD 426/1980.

Los progresos científicos y técnicos llevaron a una derogación de dicho desarrollo por el Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, que introdujo novedades como la donación tras la muerte por parada cardiorrespiratoria, los avances tecnológicos en el diagnóstico de muerte encefálica, así como el funcionamiento de las organizaciones estatales y autonómicas dedicadas a la coordinación de esta actividad asistencial.

La Directiva 2010/53/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de julio de 2010, sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados al trasplante. Entre los mismos, incluye la designación de autoridades competentes, criterios nacionales, trazabilidad y sistemas de información comunes. Entre sus fundamentos éticos destacan la voluntariedad y la gratuidad, el consentimiento, la protección del donante vivo y la protección de datos personales.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 40, apartado 8, asigna a la Administración General del Estado competencias para la reglamentación sobre acreditación, homologación, autorización y registro de centros o servicios, de acuerdo con lo establecido en la legislación sobre trasplante de órganos, y en el apartado 13, competencias para establecer sistemas de información y estadísticas de interés supracomunitario.

La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, refuerza y completa lo establecido en la Ley 14/1986, de 25 de abril, en referencia a los derechos de los pacientes, siendo de particular importancia lo relativo a su voluntad y consentimiento, y a la confidencialidad.

La Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, califica como especialmente protegidos los datos relativos a la salud.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establece acciones de coordinación y cooperación entre las Administraciones públicas sanitarias, basadas en los principios de equidad y calidad, conjugando la incorporación de innovaciones con la seguridad, la efectividad y la participación ciudadana.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, marco para la altísima especialización requerida para la ejecución de las tareas de la coordinación de trasplantes y obtención y el trasplante de los órganos.

La Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que introdujo requisitos en relación con los formatos adecuados en la información que se proporciona al paciente impedido, y la asistencia y el apoyo en la prestación de consentimiento de las personas con discapacidad.

2.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA LEY 30/1979, DE 27 DE OCTUBRE, SOBRE EXTRACCIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

La lectura detallada de esta Ley, revela que el único fin aceptado en la cesión, extracción, conservación, intercambio y trasplante de órganos humanos será exclusivamente con fines terapéuticos. Es decir, descarta la extracción y/o conservación para usos no terapéuticos, como pudieran ser estudios de gran interés médico. Pero observo, que gracias a los avances en la crio conservación de tejidos y órganos, no rechaza la extracción y conservación para un uso diferido, siempre con el fin último de uso terapéutico.

En segundo lugar, no existirá ninguna contraprestación económica en los dos extremos del proceso, ni al donante se le retribuirá importe económico alguno, ni al receptor devengará cuantía alguna. Advierto que olvida la valoración del proceso en sí. Es decir, no consta si existirá valoración económica del proceso de gestión o no, o incluso, de los propios órganos y/o tejidos, y en caso de que estos existan, quién será el sujeto responsable de su tasación.

En el caso de los donantes vivos, el procedimiento acentúa la seguridad, para que en ningún caso sea gravosa para él o para su familia. Por este motivo exige una serie de requisitos:

1. Que sea mayor de edad
2. Que posea plenas facultades mentales, y haya sido informado extensamente de todas las posibles consecuencias personales, así como sus posibles efectos en su familia.
3. Que el donante otorgue su consentimiento libre y consciente. En ningún caso podrá efectuarse sin la firma de este documento. No podrán obtenerse de personas que, por deficiencias psíquicas o físicas, no puedan otorgar su consentimiento expreso.
4. Que el destino del órgano sea a una persona en concreto, que por sus singulares circunstancias, mejore sustancialmente su pronóstico o calidad de vida.

En el caso del donante fallecido, deberá hacerse previa comprobación de la muerte cerebral. Esta se certificará tras la irreversibilidad del proceso de neurológico, y será firmado por tres médicos, uno de ellos Neurólogo o Neurocirujano; ninguno de ellos podrá pertenecer al equipo de extracción del órgano.

La extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos, podrá realizarse con fines terapéuticos o científicos, en el caso de que estos no hubieran dejado constancia expresa de su oposición. Aquellas personas que fallezcan en condiciones de salud previsiblemente muy favorables, serán donantes si no consta oposición del fallecido en vida. De hecho, la Ley puntualiza que el Juez encargado del proceso, deberá autorizar la obtención de los órganos, siempre que esta intervención no obstaculice la instrucción del propio sumario.

Este punto, bajo mi punto de vista, es el más discordante con el resto de la Legislación General, y Sanitaria en particular. Las tendencias legales, desde hace ya décadas, han ido en la dirección de respetar los derechos individuales, evitando el exceso del Estado e Instituciones sobre el libre albedrío de los sujetos. La Ley marca claramente, la apropiación por parte del Estado o instituciones sanitarias, del derecho de todo individuo a la cesión de sus órganos para trasplantes, decidiendo por él una respuesta afirmativa. Este hecho es una excepción en el Cuerpo Legal, tan garantista para cualquier otra faceta de la propiedad privada y de los derechos individuales, especialmente en lo referente a la Salud.

Asimismo, la Ley señala claramente que los individuos tendrán la posibilidad de manifestar su rechazo a la cesión de sus órganos, pero no especifica de que manera se comunicará, y quién serán los garantes de sus deseos y decisiones al respecto.

Esta singularidad de la Ley, quizá tenga su explicación en su longevidad. Posteriormente ha sido desarrollada, y modificada, pero en esencia plantea un enfrentamiento ético con los paradigmas actuales, en los que el individuo debería, a priori, ser el protagonista del consentimiento de la cesión de sus órganos, una vez fallecido.

Asimismo, la Ley especifica que las medidas informativas se emplazarán en los Centros Sanitarios, que sostendrán el compromiso de informar a los pacientes que ingresen en ellos, y a sus familiares, sobre la regulación de la donación y extracción de órganos con fines terapéuticos o científicos.

Alumbro sobre este punto de la Ley, pues vuelve a quedar claro que no otorga al usuario un derecho de elección; solo exige a los centros asistenciales que informe de la legislación regulatoria al respecto de la donación de órganos. El paciente, o sus familiares en representación, solo tienen la potestad de negarse a la cesión de sus órganos, pues la donación de los órganos es una decisión positiva del Estado.

Para que el individuo puede realizar una elección libre e informada, debería ser informado en vida, con políticas educativas sobre donación, que impulsen la solidaridad informada y consciente de los miembros de toda la sociedad. Pero estas políticas no figuran en ningún apartado de la Ley.

La Ley tiene un fin límpido: el fomento diligente de la donación de órganos para trasplante humano. Desde un punto de vista utilitarista, la Ley es honesta, en tanto que cumple su objetivo social; aportando a los sistemas sanitarios un bien tanpreciado, y cada vez más carente.

En alusión al receptor, este deberá ser consciente del tipo de intervención a realizar, riesgos y ventajas, que puedan derivar del trasplante. Solo habrá conformidad cuando se hayan realizado las pruebas de compatibilidad oportunas, y se exprese por escrito su consentimiento, o en su defecto, por los representantes legales.

Preciso, que en la Ley no quedan excluidos receptores con déficit mental. Este punto es importante, pues de entrada no discrimina la selección del receptor en función de discapacidad mental, solo se clasificarán en función del beneficio y necesidad biológica.

La Ley favorece la creación de Organizaciones de carácter nacional, pero también autonómicas, e insta a colaborar con Entidades internacionales para posibilitar el acceso a órganos para trasplantes. Así pues, a priori la Ley no configura un interlocutor único para la gestión de órganos para trasplantes en España.

Señala que se dictaran normas reguladoras del funcionamiento y control de los bancos de órganos, que por su naturaleza permitan su conservación. Pero explícitamente indica que no podrán tener carácter de lucro, por lo que de inicio, se impide el acceso de compañías privadas a este sector.

2.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DEL REAL DECRETO 1723/2012, DE 28 DE DICIEMBRE, REGULADOR DE LAS ACTIVIDADES DE OBTENCIÓN, UTILIZACIÓN CLÍNICA Y COORDINACIÓN TERRITORIAL DE LOS ÓRGANOS HUMANOS DESTINADOS AL TRASPLANTE.

El progreso científico y técnico de los años recientes, la mejora de la capacidad diagnóstica y la publicación de nuevas guías internacionales sobre los criterios que se aplican al diagnóstico de muerte, deben tenerse en cuenta en este RD.

El RD desarrolla la Ley, en su aplicación y adecuación a los actuales sistemas sanitarios del país.

El RD se ordena en treinta y cuatro artículos, estructurados en nueve capítulos. Seguiremos el análisis del RD, de forma cronológica, a través de la profundización de los diferentes asuntos tratados en los nueve capítulos: Disposiciones Generales; Respeto y protección al donante y al receptor; Obtención de órganos; Asignación, transporte e intercambio de órganos y tejidos; Trasplante de los órganos; Calidad y

seguridad; Autoridades y coordinación de actividades relacionadas; Sistemas de Información; y por último, Inspección, supervisión, infracciones y sanciones.

2.2.1. Disposiciones generales.

En este capítulo el RD marca el objeto y aplicación del documento. Su fin es la regulación, en la obtención, utilización y elaboración de un procedimiento de calidad del trasplante de órganos humanos, siempre con fines terapéuticos. Es decir, su propósito principal es alargar y/o favorecer la vida y/o calidad de vida del receptor. Las investigaciones como objeto del proceso, quedan relegadas a un segundo plano, aunque no las descarta.

Declara la intención de evitar la pérdida de los órganos disponibles. Este enfoque surge desde el punto de vista del Utilitarismo positivo, que defiende la producción del máximo beneficio para el máximo número de personas. Visto así, la pérdida de un buen donante, provoca directamente la imposibilidad de mejoría de uno o varios receptores necesitados.

Este RD descarta, de su ámbito regulatorio, los órganos cuya finalidad exclusiva es la investigación, la sangre y derivados, tejidos y células, gametos, embriones y fetos humanos, pelo, uñas, placenta y otros anejos, donación completa del cuerpo para investigación, las autopsias, y el xenotrasplante (trasplante de unas especies a otras).

2.2.2. Del respeto y la protección al donante y al receptor.

En la obtención de órganos humanos, el RD obliga a respetar los Derechos fundamentales del donante, respetando los principios éticos de voluntariedad, altruismo, confidencialidad, ausencia de ánimo de lucro y gratuidad. Queda tajantemente prohibido, cualquier tipo de recompensa por el acto de donar. Recalca la eficacia y eficiencia en el proceso de obtención de órganos para trasplantes. Se observa en este punto, la carencia en los mecanismos precisos para respetar los

principios iniciales de voluntariedad y altruismo, puesto que los únicos que acota abiertamente son los económicos (regulados explícitamente en el artículo 7).

En la recepción de órganos para trasplantes, la selección y acceso se regirá por el principio ético de la equidad. También en este caso insta a la eficacia y eficiencia del proceso de recepción y trasplante, tratando de asegurar las mayores posibilidades de éxito.

La confidencialidad es preceptiva tanto para el donante, como para el receptor. El anonimato será exigible en cualquier proceso de trasplante, que solo se incumplirá en aquellas intervenciones con ambos sujetos vivos, relacionados genéticamente, por parentesco o amistad íntima. Solo se exceptúan aquellos casos en los que un individuo se identifique públicamente como donante o receptor. Este último apunte me suscita cierta vacilación. Todos los datos de salud deben ser tratados con la más exquisita confidencialidad, y personalmente opino, que la voluntariedad positiva de un sujeto a donar, debería guardarse también en el ámbito de lo privado. Las instituciones públicas, deberían promover que esa información así quedase reflejada, teniendo acceso a ella solo en el lamentable caso de ser precisa su consulta.

La educación, promoción y publicidad por las autoridades competentes promoverán la información y educación de la población en materia de donación y trasplante. Prohíbe la publicidad en beneficio de personas concretas, centros sanitarios o instituciones, fundaciones o empresas determinadas. Este artículo es, a mi juicio, el conflicto ético primordial de la legislación española de trasplantes. Tanto es así, que en título posterior lo desarrollaré más extensamente. Sencillamente, indico ahora, lo reducido del artículo dedicado al pilar de un proceso, que por todas partes figura, debe ser consciente e informado. También es llamativo, que no concrete quién será el responsable de trazar los planes de publicidad y educación social. Se deben fomentar los valores de libertad y responsabilidad, puesto que no hay sujeto más consciente y libre para dar el consentimiento informado para la donación de sus órganos, que el individuo educado en los valores del respeto a otros, lealtad al estado, como representación digna de su sociedad, y responsabilidad en sus actos y elecciones. La función del Estado no es apropiarse de la capacidad electiva de sus

individuos, sino la de aportar las herramientas para que éstos, puedan ejecutar ese derecho con el mayor beneficio común.

2.2.3. De la obtención de los órganos.

En los Donantes vivos el RD es preciso y adecuado. Expone los procedimientos para obtener el consentimiento del donante, siempre conforme a los criterios éticos más exigentes. Incluso señala, como requisito previo a la obtención, el informe del Comité de Bioética correspondiente. Todo el proceso se realizará en Centros Hospitalarios autorizados por la autoridad competente de la CCAA correspondiente.

En los donantes fallecidos, siempre con fines terapéuticos, se podrá realizar la extracción, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que el donante no haya dejado constancia expresa de su oposición. En el caso de menores de edad o incapacitados, dicha oposición la delega en sus representantes legales, según la legislación civil. Este artículo es claro, y obliga a su cumplimiento, ya sea parcial o totalmente, en la integridad del cuerpo del donante, exactamente a los deseos que haya podido manifestar el donante.
- b) Antes de la extracción, encarga la comprobación de la elección del donante, al Coordinador hospitalario de trasplantes, a través de sus familiares, médicos tratantes, anotaciones en su historia clínica, e incluso, insta a examinar la documentación y pertenencias personales del difunto.

Lo anterior, muestra el rompecabezas que supone el *opting out*, base de la legislación española de trasplantes. Obsérvese que no se planifica una información unificada para todo el Estado, ni se aporta medios técnicos suficientes, por lo que no existe una base de datos en el que toda la población haya ejercido su derecho de elección en este asunto. Esto es lógico, pues el modelo elegido por la Ley y el RD no es el consentimiento informado, sino el consentimiento presunto.

Se observa que la Ley y el RD, eluden la información a la población, al no planificarla rigurosamente. Esto ocasiona, a mi entender, un enfrentamiento ético con el consentimiento presunto, pues dando por entendido el desconocimiento general, que de facto existe, en la sociedad civil española respecto a este asunto, no va eximir de su aplicación sobre la misma.

A nivel práctico, en las propias unidades asistenciales dónde se obtienen los posibles donantes, esto ocasiona un problema de acceso a los deseos reales del paciente; pues en muchos casos, dadas sus condiciones biológicas, ya no pueden manifestarlas. Queda la solución imprecisa manifestada en el RD, con un Coordinador que debe indagar entre los familiares, amigos o incluso documentación y pertenencias personales del fallecido.

Ninguno de estos mecanismos ofrecidos, pueden asegurar que el deseo del fallecido fuese otro, que el destino marcado por la Ley y el RD. De este modo, el Consentimiento presunto se consume en toda su esencia, pues es impreciso, imperfecto, e incluso, puede llegar a ser erróneo o contrario a la decisión en vida del fallecido, que podría haberlo manifestado fehacientemente en círculos no accesibles al Sistema Sanitario.

El RD es muy garantista en lo relacionado con el diagnóstico certero del muerte del posible donante, así como en su certificación posterior.

Se indica que se precisa la restauración del cadáver del fallecido, una vez realizada la obtención de los órganos, así como el acceso o visita de sus familiares y allegados. Todo el proceso se realizará en Centros autorizados, pero permite excepcionalmente la obtención de órganos de un donante fallecido en un centro no autorizado, concediendo una autorización puntual y de carácter extraordinario; siendo el proceso tutelado, por un equipo trasladado desde un centro sanitario autorizado.

La preparación del órgano esta clara y taxativamente indicado, asegurando una correcta trazabilidad.

2.2.4. De la asignación, el transporte y el intercambio de los órganos.

La asignación de los órganos se basa en criterios clínicos, y es nítida su protección de los principios de equidad, calidad, seguridad, eficiencia y eficacia.

El transporte de los órganos humanos se asegura también de su calidad y trazabilidad, y la deja en responsabilidad de organizaciones, organismos o empresas.

En España, dice el RD, el intercambio de órganos humanos con otros países, será objeto de autorización previa por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a través de la ONT. De hecho, es esta organización, con presencia nacional, en todas las CCAA, la que autorizará la entrada o salida de órganos a otros países. El intercambio de órganos se llevará a cabo en el marco de acuerdos de colaboración internacionales.

Llamo la atención en este punto, pues concreta al organismo responsable de la gestión de órganos humanos en nuestro país. Recuerdo que la Ley dejaba abierta esta función, mientras que en el RD otorga esta función, de forma centralizada y exclusiva a la ONT.

También señalo, que no figura en ningún artículo, hasta el momento, sobre la financiación de la gestión de órganos. No se indica si existe o no remuneración por la gestión de los mismos, o por el intercambio con terceros países.

2.2.5. Del trasplante de los órganos.

Los requisitos para la recepción del órgano son también muy garantistas. Lo es desde todos los puntos de vista, no solo los clínico-quirúrgicos, sino también en lo relacionado a la protección de datos y la confidencialidad del donante.

Los centros de trasplante de órganos humanos, precisan de unos requisitos específicos para su autorización sanitaria, que será específico para cada tipo de trasplante a realizar.

En resumen, desde una visión bioética, no encontramos en este capítulo observación alguna, ni conflicto que no se haya tomado en cuenta.

2.2.6. De la calidad y la seguridad de los órganos.

Las normas reflejadas en este artículo, aseguran una correcta praxis en la obtención de órganos de calidad para trasplante humano, siendo también muy precavida en la caracterización de los donantes. Solo hace excepciones sensatas, como aquellos casos de urgencia vital de un receptor, en las que el análisis del riesgo-beneficio, se inclinen al trasplante a pesar de poseer datos incompletos sobre el órgano.

La trazabilidad de los órganos humanos recae en las CCAA, y en la ONT. El sistema de notificación y gestión de reacciones y eventos adversos graves, sin perjuicio de las CCAA, y en cooperación con las mismas, también recae en la ONT, como sistema estatal y centralizado.

Este capítulo, hace referencia a la formación específica de todo el personal sanitario implicado directamente, indistintamente de la etapa del proceso de la donación, hasta el trasplante o la desestimación del órgano.

Es también la ONT, la depositaria del proceso de cualificación y formación del personal sanitario, en su programa marco de calidad y seguridad.

2.2.7. De las autoridades y la coordinación de actividades relacionadas con la obtención y el trasplante de órganos.

Las autoridades señaladas por el RD son dos:

1. Las Comunidades Autónomas.
2. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Las CCAA establecerán Unidades de Coordinación autonómica, que colaborarán en los objetivos generales que marque la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Serán las CCAA las que doten de la infraestructura y medios para el adecuado desarrollo de sus funciones.

Las competencias del Ministerio de Sanidad, le son atribuidas a la ONT, regulada por el Real Decreto 1825/2009, de 27 de noviembre. La Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial del SNS, regulado por el mismo RD 1825/2009, se le señala como el órgano encargado de la coordinación interterritorial, así como el asesoramiento del SNS en materia de donación, trasplante de órganos, tejidos y células.

2.2.8. De los sistemas de información.

La ONT definirá, en cooperación con las CCAA, el registro de centros de obtención, centros de trasplante, implementación de los sistemas de información y estadísticos adecuados. El artículo es riguroso y ordenado, cumpliendo todos los cánones éticos exigibles al manejo de información sanitaria.

2.2.9. De la Inspección, supervisión y medidas cautelares y de las infracciones y sanciones.

Deriva la función inspectora a cada CCAA, notificando las situaciones irregulares a la Unidad de Coordinación autonómica correspondiente, y a la ONT.

Las infracciones las clasifica en muy graves, graves, leves y sanciones.

2.2.10. Consecuencias vinculadas al RD

Como podemos observar, el ámbito de control que el RD otorga a la ONT se amplía, y se centraliza en dicha organización. Dicho planteamiento, desde el punto de vista ético no me provoca conflicto alguno, pues en un SNS tan fraccionado como el nuestro, la gestión de un bien de gran valor, como son los órganos para trasplantes, exige constreñir las funciones de las Administraciones autonómicas, a favor del Estado Común.

Otro aspecto diferente, es la transmisión desde el SNS hacia la ONT, de casi todas las competencias relacionadas con el trasplante de órganos. Incluso acrecienta sus fines, pues la Ley hace referencia a órganos para trasplante humano. En el RD la ONT será encargada de la obtención, distribución, intercambio, coordinación interterritorial, y asesoramiento del SNS, en todo lo relacionado con trasplante de órganos, pero también de tejidos y células.

Este punto es importante, pues ha provocado conflictos en la extracción de tejidos y células con otros fines. Póngase como ejemplo la extracción de SCU en los recién nacidos, que se reguló en la Ley 9/2014, poniendo a disposición universal la sangre extraída de cordón umbilical, con depósito privado.

Las empresas privadas dedicadas al sector, han tenido que externalizar dichos depósitos en terceros países, con el consecuente recargo sobre las familias españolas que eligen este modelo asistencial. Esta peculiaridad es casi en exclusiva de nuestro país, impidiendo que Empresas y bancos privados de tejidos se localicen en España, salvo alguna rara excepción.

Se debe aclarar, que el uso de las llamadas *células madre* es todavía insólito, y su conservación privada puede tener unas indicaciones y resultados diferentes a las de la donación pública, entendida como anónima. Lo que no puede negarse, es que la conservación pública de todas las muestras de SCU de los recién nacidos, para que sean preservados de forma personalizada, presenta una relación coste-beneficio inasumible por el SNS. Por este motivo, se desestimó de entrada.

A cambio, se diseñó un modelo de Bancos Públicos de SCU, que se publicitaron en todo el SNS, con un modelo asistencial equiparable al de los órganos para trasplantes: gratuito para el donante y receptor, y de carácter anónimo, y por lo tanto de uso meteorólogo.

Como ocurre con el trasplante de órganos, el estipendio es asumido por las cuentas públicas de los Sistemas de Salud de las CCAA, si el intercambio es nacional; en los casos de intercambio internacional, según lo estipulado en los acuerdos pactados. Es llamativo, que los honorarios de los Bancos de titularidad pública sean muy superiores a la misma prestación de los bancos privados.¹⁰ Ese contraste es muy llamativo, puesto que no se puede encontrar causa justificada para tal diferencia.¹¹

Desde hace años, y por respeto a los derechos fundamentales personalísimos, D. Marcelo Palacios, miembro del Comité Bioético español, y quién fue presidente del Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética, viene insistiendo en la procedencia de legalizar en España la autorización de los Bancos de Sangre de Cordón Umbilical para uso antológico exclusivamente, sin los requisitos que actualmente impone la normativa legal, y que en caso de no ser aceptados, obligan a

¹⁰ ALVAREZ, A (2012) *El modelo español de coordinación y trasplantes: regulación y problemática* (Trabajo fin de Master). Universidad Pontificia de Roma

¹¹ M. PALACIOS. *Bancos de Cordón Umbilical. Donación. Depósito*. Editorial Círculo Rojo. Madrid 2012.

almacenar la sangre del cordón en Bancos extranjeros, dando lugar a una especie de turismo celular incomprensible, causante de inconvenientes para las familias (muchas han hecho fuera los depósitos de sangre de cordón umbilical de sus bebés) e impidiendo que las empresas españolas puedan funcionar autorizadamente aquí. Resalta la diferencia entre "donación" (para uso alogénico, público) y "depósito" (para uso autólogo, particular), y defendiendo y estimulando la solidaridad y gratuidad de la donación, entiende que los valores y conductas éticos y morales no deben prevalecer sobre los derechos personales, y solo pueden ejercerse plenamente desde la libertad, voluntariedad y autonomía en la toma de decisiones.

El planteamiento, una vez más, visible en el trasfondo de la legislación española, es la de la solidaridad forzada. No observo por ningún lado un apoyo a la manifestación libre, personal, informada, y por lo tanto, realmente solidaria en el acto de donar un órgano, tejido o material celular. Además, no permite cualquier otra posibilidad en este aspecto. El depósito de SCU para fines autólogos o familiares, que el SNS no cubre, queda negado de facto, originando una diáspora celular a bancos extranjeros.

En este caso particular que nos ocupa, todos aquellos que deciden una opción diferente (uso autólogo), no cubierta por el SNS, mediante su propia financiación, son sancionados por la Legislación nacional, expulsando su bien apreciado (la SCU) fuera del territorio nacional; con un contrato privado legalmente aceptado, eso sí, en nuestro territorio nacional. Pareciese, que todo aquel que no aprecia la solidaridad forzada y desinformada, que cimienta gran parte de nuestra legislación al respecto de la donación de órganos, debe ser hostigado.

En el verano del 2014,¹² se publicó en el BOE el Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, todo ello como consecuencia de la sentencia de 30 de mayo de 2014, de la Sala Tercera del Tribunal Supremo que declaró nulo el Real Decreto 1301/2006, por el que se establecían las normas de

¹² De Lorenzo, R. (2014). *El destierro celular con los bancos de cordón umbilical*. <http://www.redaccionmedica.com/opinion/proseguira-el-destierro-celular-con-los-bancos-de-cordon-umbilical-8004>

calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprobaron las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos.

La decisión del Alto Tribunal dejó sin regulación jurídica, en materia de donación y trasplante de células y tejidos humanos, aspectos relativos a la calidad y seguridad de la donación tan importantes como la voluntariedad, el anonimato entre donante y receptor, el altruismo y la solidaridad que caracterizan el modelo de trasplantes del Sistema Nacional de Salud; los sistemas de control de los procesos que se suceden desde la obtención de las células y tejidos hasta su implantación; las condiciones que deben reunir los centros y unidades de obtención y aplicación así como los establecimientos de tejidos; los sistemas y canales de información sobre donación de células y tejidos; los objetivos y criterios de acceso, basados en la evaluación objetiva de las necesidades médicas, a las células y tejidos; la participación del sector público y de las organizaciones sin ánimo de lucro en la prestación de los servicios de utilización de células y tejidos humanos.

Pero nuevamente la regulación del almacenamiento de SCU en bancos privados para uso autólogo eventual, expresión que entiendo debería desaparecer, pues supuestamente sería una donación para el propio niño, y nadie se dona a si mismo, no obstante, presenta un elemento que desfigura y distorsiona el régimen jurídico típico del depósito mercantil. En efecto, el contrato de depósito sobre la Sangre de Cordón Umbilical queda totalmente desnaturalizado también por el nuevo Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio que obliga a los bancos privados a desprenderse, sin el consentimiento de su titular, de las muestras de Sangre de Cordón Umbilical que almacenen para su aplicación orogénica a otros pacientes compatibles que lo precisen imposición normativa, que da carta de naturaleza a una especie de “desposesión ex lege”.

El 13 de septiembre de 2010, tuve la oportunidad y honor, de participar en una sesión de trabajo en el Comité de Bioética de España, para debatir el documento del que fue ponente el Dr. Marcelo Palacios sobre “Bancos de Cordón Umbilical”, y al que asistieron igualmente el Dr. Rafael Matesanz, Director de la Organización Nacional de Trasplantes, que hizo una exposición sobre “Sangre de cordón umbilical, utilidad,

almacenamiento y uso”, e igualmente la Dra. Anna Veiga LLuch, investigadora del Centro de Medicina Regenerativa de Barcelona y miembro del Comité de Bioética de España, que presentó el trabajo del Comité de Bioética de Cataluña sobre “Consideraciones sobre bancos de cordón umbilical para uso familiar”, versando mi aportación sobre la “Titularidad o Derecho de propiedad de la sangre de cordón umbilical”, exposición que cerré poniendo de manifiesto la necesidad de una regulación monográfica y precisa de los depósitos privados de sangre procedentes de cordón umbilical, como expresión de una práctica social ya existente entre la ciudadanía española y de una práctica sanitaria autorizada y regulada en nuestro entorno europeo de referencia, para con ello tutelar tanto los intereses como la seguridad de las decisiones adoptables, distinguiéndose claramente la donación para su uso terapéutico alogénico, del depósito para su uso autólogo exclusivo.

En efecto, si lo que se pretende por el propietario de la sangre del cordón umbilical es el depósito de la misma en un banco o establecimiento privado de tejidos destinado a una eventual aplicación al titular del cordón umbilical o de sus descendientes directos (uso autólogo), resulta claro que, en este caso, no se ha producido una donación de la sangre procedente del cordón umbilical en el sentido previsto en el artículo 618 del Código Civil y en la normativa sanitaria sobre donaciones de sangre o de órganos, es decir como un acto de liberalidad por el cual una persona dispone gratuitamente de una cosa, o de un derecho de la personalidad, a favor de otra que la acepta, sino ante una conservación mediante depósito del cordón umbilical, para una eventual utilización futura, siguiendo ostentando el propietario del cordón umbilical la propiedad sobre el mismo en la medida en que nunca se ha pretendido la cesión a un tercero.

Si, por el contrario, lo que se pretende por el propietario de la SCU, es la donación del mismo a una institución sanitaria, y la conservación en un banco o establecimiento público de tejidos, destinados a una eventual aplicación a pacientes distintos del que fue titular de la SCU antes de la donación; en este supuesto, resulta claro que estamos ante una auténtica y verdadera donación.

Sentado lo anterior, solamente queda por aclarar, la cuestión relativa a la propiedad de la sangre procedente del cordón umbilical, cuestión ésta que en mi criterio es

decisiva, para lo cual debemos partir del concepto de “depósito en centro sanitario privado del cordón umbilical” o “donación del cordón umbilical a un centro sanitario público”, tal y como antes se expuso.

En el primero de los supuestos contemplados, es decir, en el del “depósito”, ha de recordarse que no se dona dicho cordón para su eventual utilización por un tercero, ajeno al propietario del mismo y a su círculo familiar más íntimo, sino que lo que se pretende es la “conservación” del mismo para un eventual uso futuro por parte del propietario o de sus descendientes. En este caso, parece claro que la sangre del cordón umbilical, una vez extraída, y de conformidad con el Derecho Civil Español (vida del recién nacido durante veinticuatro horas separado del seno materno) y con la normativa sanitaria española, es propiedad del recién nacido, habiendo sido el cordón umbilical un elemento que, antes del nacimiento, formaba parte de la personalidad del nasciturus, por lo que, entendemos, cabe reconocer al recién nacido una facultad ilimitada de disposición sobre la sangre que procede de aquél, estando representado el recién nacido, hasta su mayoría de edad, por sus progenitores, los cuales, como es obvio, pueden decidir hasta el cumplimiento de la mayoría de edad del recién nacido, si donan el cordón o, por el contrario, lo conservan.

En el segundo de los supuestos antes mencionados, habiéndose donado el cordón umbilical a un centro sanitario público para la eventual utilización de la sangre y de sus derivados por terceros que la precisen para restablecer su salud, resulta obvio que el titular de la sangre es el centro sanitario, el cual la adquiere por donación (artículo 618 del Código Civil) para su utilización por un tercero, momento éste en el que ese tercero adquiere la propiedad de la misma al haberse aplicado dicha sangre a su organismo, formando, a partir de ese momento, parte de los derechos de la personalidad de ese paciente.

Apoyo y respaldo desde hace años, y por respeto a los derechos fundamentales personalísimos, lo que el Dr. Marcelo Palacios viene instando sobre la procedencia de legalizar en España la autorización de los Bancos de Sangre de Cordón Umbilical para uso autólogo exclusivamente, y que obligan a almacenar la sangre del cordón en Bancos extranjeros, dando lugar a una especie de turismo celular incomprensible, causante de inconvenientes para las familias (muchas han hecho fuera los depósitos

de sangre de cordón umbilical de sus bebés, entre ellas los actuales Reyes de España con sus hijas) e impidiendo que las empresas españolas puedan funcionar autorizadamente aquí.

Defiendo y estímulo la solidaridad y gratuidad de la donación, pero los valores y conductas éticos y morales no deben prevalecer sobre los derechos personales, y solo pueden ejercerse plenamente desde la libertad, voluntariedad y autonomía en la toma de decisiones, y en este sentido no puede obviarse frente a la "donación" (para uso alogénico, público) la existencia y posibilidad del "depósito" (para uso antólogo, particular).

3 REFLEXIONES ÉTICAS RELACIONADOS CON LA LEGISLACIÓN DEL TRANSPLANTE DE ÓRGANOS.

El acto generoso de la donación de un órgano a otra persona, es un acto de amor.¹³ No se me ocurre mayor sacrificio, que la obtención de un órgano de un donante vivo, que admite ese sacrificio voluntario, para dar vida a un receptor necesitado.

Una actitud ética básica para que toda política de trasplantes tenga éxito, es sin lugar a dudas, la solidaridad. Esta cualidad, genera una acción de adhesión incondicional a causas o intereses ajenos, especialmente en situaciones comprometidas o difíciles. Es por lo tanto, y debe ser siempre así, una acción, nunca una omisión.

¹³ J. GAFO *TO: Problemas técnicos, éticos y legales*. UPM. Madrid 1996.

La solidaridad es una participación hacia el bien de otros, un acto de fidelidad hacia el bienestar de ajenos, y de adhesión a la dignidad del ser humano. Su motor no puede ser otro, que el amor a otros.

3.1 Planteamiento ético general sobre los trasplantes.

En la compleja esfera asistencial de los trasplantes, en los que la exigencia máxima es la seguridad, los principios de beneficencia y no-maleficencia, son los principios éticos fundamentales. Pero en la problemática de los trasplantes, la exigencia ética de la beneficencia se concretaría también en una llamada a la solidaridad interhumana, y debería ser el principio rector en las campañas de información y de sensibilización de la población.

Asimismo, el principio de Justicia brota con lozanía, pues concreta la afirmación de la igualdad que todas las personas de un sistema de salud, deben tener para el acceso a un bien tan preciado y exiguo. Es precisamente por este motivo, que el Estado deba regular jurídicamente esta actividad sanitaria. La exigencia ética de la justicia, de carácter distributivo equitativo, debe guiar la organización y gestión de los órganos para trasplantes humanos, asegurando la no discriminación de los receptores por razón de raza, edad, riqueza, sexo, religión, etc....

3.2 El sentido de propiedad del Ser Humano.

Los Derechos humanos son ciertos derechos básicos, que son comunes y se derivan de la condición de Ser Humano. Surgen de la necesidad de garantizar a cada uno de los individuos ciertos derechos mínimos en su relación con el Estado; es decir,

surgen de la relación individuo-Estado, otorgando al ser humano individual como un poseedor de derechos inquebrantables.

Se trata de analizar el derecho de Propiedad del individuo, como inherente al mismo y sujeto a protección.

Desde que una persona nace, se adueña de diferentes cosas, por más pobre que sea, y viva en el sistema político y económico que viva, empieza a ser propietario de cosas. La primera propiedad la constituye su propio cuerpo. Observamos como el ser humano desarrolla un instinto de pertenencia sobre las cosas que posee, desarrollando así una necesidad primaria. En consecuencia, el ser humano tiene la necesidad de ser propietario de diferentes tipo de cosas materiales o incluso inmateriales. A lo largo de la historia de la humanidad, podemos contar innumerables ocasiones en las que han sacrificado su mayor derecho, cual es la propia vida, en pos de la defensa de su derecho de propiedad.

Es por tanto, el Derecho a la Propiedad no siempre afable, sino en muchos casos perverso; pero innato a la propia condición humana.

Reflexionemos sobre como a lo largo de la historia se ha tratado este asunto. Ya en las religiones mayoritarias, como el judaísmo y el cristianismo, se consagra el derecho de propiedad en los Diez Mandamientos: el séptimo indica que *no robarás*, y el noveno mandamiento advierte que *no codiciarás los Bienes Ajenos*. El Derecho romano regulaba, tal y como hoy lo hace nuestro derecho positivo, el delito más castigado a lo largo de la humanidad, después del homicidio o perjuicio a la vida, tal es el robo, es decir, la violación del derecho a la propiedad.

En relación con los sistemas políticos, y muy ligados a ellos los económicos, el significado del derecho a la propiedad ha sido muy heterogéneo. Como ejemplo, el sistema político comunista no respeta el derecho a la propiedad individual, pues las cosas pertenecen al Estado, que lo administra para toda la colectividad. Pero con el tiempo, todos estos sistemas políticos han terminado aceptando la propiedad individual, y/o realizando clasificaciones ficticias de diferentes tipos de las mismas, con el único objetivo de excusar la violación de este derecho. A lo largo de la

historia, puedo asegurar que ha sido el sistema democrático el que procedimentalmente mejor a respetado y promovido este derecho individual.

Francamente hablando, la propiedad privada es el eje y motor de la actividad humana, bajo cualquier doctrina. Se debe garantizar este derecho, para que cada quién cuide y explote, con sus propios medios dichas propiedades, impulsado solo por los mejores rasgos del ser humano.

Ahora bien, todo derecho humano no es ilimitado. Podemos encontrar limitaciones en casi todos ellos. Hasta en el Derecho a la Vida, concediendo una incertidumbre cuando se enfrenta a un conflicto con la Calidad de Vida; tal y como tantas veces sobrellevamos los profesionales de la salud en pacientes sufrientes con enfermedades terminales.

En el caso del Derecho a la Propiedad, la limitación puede ser clara para muchos: cuando el interés colectivo excede el interés privado del propietario. En los sistemas democráticos, estas situaciones se encuentran expresa y públicamente reguladas, siguiendo los mecanismos que la legislación haya previsto, con justa indemnización al propietario legítimo de la propiedad.

En el caso que nos ocupa, la primera propiedad de cualquier sujeto humano, es su propio cuerpo. Es el soporte físico sobre el que construimos todo lo demás. Examinando cualquier proyecto vital, es la propiedad a la que más tiempo dedicamos, y mejor conocemos. En verdad, que puede considerarse la primigenia propiedad de cualquiera de nosotros; entidad íntegra y sujeta a consideración por los otros.

A efectos de nuestro asunto, la propiedad, que en vida, el individuo ejerce sobre su propio cuerpo debería ser nítida. Debe gozar de total autonomía y libre albedrío sobre la misma; pero este derecho tiene limitaciones. La observancia de nuestra vida cotidiana, exhibe como la legislación puede exigir al Estado su intervención en casos de grave amenaza de una propiedad, pública o privada.

Observando lo anterior, compartimos que un individuo, que en vida, voluntariamente manifieste su deseo de donación de tejidos u órganos, tenga la libertad de hacerlo; pero que dicho derecho debe estar limitado y vigilado por el Estado para evitar un mal mayor. No es lo mismo la donación de sangre, cuyas repercusiones a la propiedad del individuo (su cuerpo) son nulas o mínimas, con un noble beneficio social; que la donación de un órgano, como un riñón, que puede infringir un perjuicio al mismo. En éstos, debe individualmente sopesarse el beneficio obtenido, sea de la naturaleza que sea.

Mudando de perspectiva, cuando nos planteamos el derecho a la propiedad sobre un cadáver, o sobre el cuerpo de un sujeto considerado legalmente muerto, el asunto se complica enormemente. Pero es curioso, que un análisis apático de los procederes habituales, muestra que actuamos como si de cualquier otra propiedad se tratase: proyectamos los deberes y decisiones a los familiares o personas más cercanas en vida. En caso de que no las haya, las obligaciones pasan al Estado. En el caso de la donación de órganos, buscamos el consentimiento de los familiares o personas más cercanas, como supuestas propietarias del cuerpo del difunto, tal y como haríamos con cualquier otra propiedad que el sujeto poseyese en vida.

No dejo de observar una incoherencia, en este aspecto, en nuestra actual legislación sobre donación, pues el Estado se apodera de la propiedad del cuerpo, solo por el hecho de ser considerado clínicamente muerto; en conflicto con el proceder habitual respecto a otros bienes, y la propia práctica clínica de los equipos de la ONT, que buscan siempre el consentimiento de los genuinos responsables.

3.3 Reflexiones sobre el Informe Abril.

El informe Abril¹⁴ fue un análisis en el que se juzgaba y evaluaba el sistema sanitario público español, con una serie de recomendaciones para su planificación posterior.

¹⁴ F. ABRIL MARTORELL. *Informe Abril*. Madrid 1991 JANO XLI (963)

Se redactó en 1991 por una comisión presidida por Fernando Abril Martell, apellido del que tomó su denominación.

El informe fue presentado en el Congreso de los Diputados, siendo presidente del Gobierno Felipe González Márquez. En él se consideraba que existía *"un cierto agotamiento del sistema sanitario"*. Este informe fue muy criticado en su momento y quedó relegado aparentemente en el olvido. En marzo de ese mismo año se había producido el relevo en el ministro de Sanidad de Julián García Vargas, impulsor del informe, que fue sustituido por Julián García Valverde. Sin embargo muchas de las recomendaciones del mismo se han ido adoptando en la primera década del siglo XXI por el Estado y las comunidades autónomas.

Este visionario informe, puede resumirse en unos propósitos generales:

1. Promover la responsabilidad de los gestores en la eficiencia de los recursos.
2. Cambiar el SNS hacia una mayor autonomía del paciente, promoviendo su libertad de elección.
3. Fomentar la conciencia del coste del SNS, tanto en usuarios como profesionales.
4. Suscitar nuevos modelos de gestión, en los que incluía la colaboración con el sector privado, o incluso, la contratación externa de servicios.

La lectura del documento, presenta una clara alusión a la desinformación general de la población española. El informe insta a una acción por parte de las instituciones, para promover el debate social sobre el SNS, sus prestaciones, derechos y deberes del usuario. En el caso que nos ocupa, queda claro que deberían plantearse una participación activa de las instituciones en la promoción de la donación, pero como un acto solidario plenamente informado. Este modelo, permitiría conciliar el valor de la libertad y el principio de autonomía de los ciudadanos, con los de

responsabilidad, equidad y generosidad, que como posibles usuarios del SNS, solicitarían al tener que acceder a dichos recursos.

3.4 Reflexiones desde una pensamiento cristiano.

El pensamiento humanista cristiano, desde un inicio enfocó el asunto de las donaciones de órganos entre humanos. En un principio rechazó las donaciones de donante vivo, pues consideraron que suponían una mutilación indebida, que no se ajustaban a las exigencias del principio de totalidad.

Pero este planteamiento duró poco, pues es fácil adivinar, que tanto en la donación desde cadáver como de persona viva, suponen una actitud tan evangélica como la de dar la vida por los demás. Por este motivo, la postura católica es claramente favorable a los trasplantes. Solo advierte del peligro de recurrir a la eutanasia para la obtención de más o mejores órganos para trasplantes, o promover una cultura de subsistencia en los más vulnerables socialmente, expuestos a vender su propio cuerpo para obtener lucro o privilegios.

La Iglesia puede también contribuir al debate que nos ocupa, desde sus propias claves. Desde su dimensión Profética, dada la capacidad que tienen las religiones de denunciar la injusticias sociales, promovida por una motivación religiosa. A través de su dimensión sapiencial, fundamentadas en las tradiciones filosóficas y religiosas, y su innata multidisciplinalidad. Las religiones siempre han valorado la sabiduría. Necesitamos sabiduría, no solo conocimientos.

Además la Iglesia aporta una dimensión comunitaria, con su enorme capacidad de fidelizar y unir a los miembros creyentes de una sociedad. Las religiones pueden

vehicular las comunidades, hacia el interés específico de la donación, a través de la solidaridad, la generosidad y el amor al prójimo.

3.5 Algunas reflexiones éticas a favor de la Ley y el RD.

En relación con las donaciones procedentes de cadáver, los sistemas legales oscilan desde la existencia de un consentimiento expreso en vida, verbalmente o por escrito; o en frente, el consentimiento presunto, que considera positiva la voluntad del fallecido hacia el trasplante, cuando el vivía.

A estas dos opciones, podría incluirse el consentimiento tácito, por lo que si el donante potencial, no expresó explícitamente en vida su parecer al respecto, se le consideraría *ipso facto* donante potencial.

Aunque la *praxis* vaya en la dirección de contar siempre con la autorización de los familiares o tutores legales, sin embargo, las legislaciones pueden hacer prevalecer una postura u otra de las anteriores.

En los países anglosajones, el consentimiento expreso es la base de las mismas, por lo que consideran que la voluntad del fallecido prevalece sobre el deseo de sus familiares.

En España, de los escasos países del mundo con una legislación basada en el consentimiento presunto o tácito, se afirma que el beneficio de los trasplantes para terceras personas, prevalece sobre la voluntad del fallecido, y los deseos de los familiares del mismo. En este sentido, se puede apreciar una socialización de los órganos, que se transforman en un bien común, si el fallecido no manifestó claramente su negación.¹⁵

¹⁵ G. PERICO. *Problemi di Etica Sanitaria*. . Ancora, Milán 1985

G. Perico plantea el interrogante de la justificación moral de la citada socialización de los órganos para trasplantes. Se considera, que para su defensa no se precisa recurrir al “derecho de expropiación” del Estado. Mas bien, alega al principio de solidaridad social ante unos órganos que ya no son de utilidad a un individuo. Esto significa que todos los participantes de una comunidad deben cumplir con sus deberes de trascendencia social, entre los que se puede incluir la donación de órganos. De esta manera, los fallecidos pueden considerarse una fuente particular de bienes para otros miembros de la comunidad.

Al mismo tiempo, se afirma que los órganos de cadáver obtenidas en el sistema sanitario de una comunidad, son propiedad de ésta. Así pues, los órganos de un miembro fallecido, son un bien social no perteneciente al interesado, ni a la familiar, ni a los médicos, sino que revierten en la propia comunidad, que debe ser la encargada de determinar las normas de distribución de esos bienes.¹⁶

Se manifiesta, que la búsqueda del apoyo de los familiares del fallecido, y la cesión en la *praxis*, de la capacidad de decisión a los mismos, ha sido muy oportuno dentro de la necesaria sensibilización de la población a favor de la donación de órganos. Muchos autores enorgullecen la Ley española, y la *praxis* subsiguiente, pues han tenido el valor de sensibilizar a la opinión pública sobre el valor ético inherente a la donación de órganos.

Asimismo, se afirma en algunos textos, que una vez diagnosticada la muerte, no se realiza ningún atentado contra la vida y la integridad esencial de la personal fallecida, al intervenir sobre su cadáver. Consideran que el fallecido no es un sujeto de derechos. G. Perico rechaza el argumento contrario del Derecho, que considera válidas las voluntades del difunto, en tanto que aquellos valores que le sobreviven pueden estar sujetos en materia de herencia, pero no así los órganos, que se desbaratan.

¹⁶ J. BOTELLA. *Aspectos éticos y sociales de los Trasplantes de órganos*. Revista de nefrología. Madrid 1994.

El mismo autor, justifica la inviolabilidad de los fallecidos, en tanto que, tratados con respeto, representan la muestra más grande de respeto y valoración hacia aquellos, al permitir la vida de sus órganos.

3.6 Reflexiones desde diferentes enfoques éticos.

Creo que es enriquecedor, integrar los principios de los distintos enfoques éticos, y darles traducción jurídica, aplicadas en función del contexto que nos ocupa. El hecho de la sociabilidad humana marca problemas éticos, en ocasiones con una trascendencia histórica, cuando nos enfrentamos a nuevos retos. Cuando algo nuevo llama a nuestra inseguridad moral, una mayoría social no inicia siquiera el debate orientador, por lo que incluso es lícito preguntarse: ¿son los valores impuestos a los ciudadanos?

Pareciese que ante nuevos dilemas, la ética de la mayoría se inicia en “grupos de opinión”, que les orientan hacia una finalidad y/o método. El razonamiento sobre la Donación de órganos es relativamente moderno, y su aparición y progresión fue muy apresurada. Vamos a intentar el planteamiento desde los diferentes paradigmas, con sus valores y problemas.

Desde la Ética Utilitarista o Consecuencialista, podríamos ensalzar el valor como la consecuencia de una acción. No existe una valoración moral profunda de lo que es el bien y el mal. En el tema que nos ocupa, aporta una solución clara, puesto que el análisis del coste-beneficio es favorable a la donación mediante el consentimiento presunto. La mejor situación posible, será aquella en la que más beneficio social consigamos, que se traduce, en el mayor número de donantes posible, y por lo tanto, mayor número de paciente clínicamente necesitados, puedan ser trasplantados.

El problema de este paradigma, es como alcanzar acuerdos con todos las convicciones, creencias y voluntades. Asimismo, me planteo que, ¿quién determina la bondad del criterio de valor/utilidad como el más beneficiente para todos?. ¿Se puede reducir la vida humana al criterio exclusivamente biológico?

No puede pasarse por alto, que en nuestro asunto, este enfoque de pensamiento beneficia al receptor enfermo, en cuanto a sus derechos. Y eso es así, porque se encuentra en la parte final del proceso, y de alguna manera se convierte en el interprete del valor de la acción.

Por el contrario, el posible donante, es decir, cualquier individuo de la comunidad (Vd.-él-yo), es depositario de inferiores derechos de información y decisión, ya que se le niega la expresión preclara de su decisión, plenamente informada y razonada en el tiempo, y en vida, tal y como si la otorga en receptor.

Creo que no es desacertado, afirmar que la Ley y el RD, que regulan el Trasplante de órganos de fallecidos en España, beben esencialmente de este planteamiento ético. Es osado en tanto, que no planifica una información global a la población, con Políticas educativas sobre donación, que impulsen una solidaridad informada y consciente de todos los miembros de la sociedad. Se economiza en ese esfuerzo público y colectivo, a favor de una información consumada en el momento final. Con indolencia se aboga a educar a la población, a partir de ese momento de expiración y de contacto con los sistemas de salud, depositarios de la responsabilidad de la obtención de órganos para trasplantes.

Los defensores de la Legislación española, intentan justificar el modo de obtención de los órganos, que no se puede considerar de otra manera que una incautación de un bien privado, transformándolo en un bien común. El hecho es valorar, si se puede considerar a un órgano como un bien común. La respuesta desde la visión de la propiedad comunal, obviamente queda descartada, ya que en vida, los órganos forman parte indisoluble del cuerpo humano de cada individuo. Pero los defensores de esta postura, si que la encuentran desde la visión estatal o pública, pues consideran los órganos de fallecidos como bienes públicos, como aquellos cuyo consumo por un individuo no disminuye la disponibilidad del dador (ya fallecido).

Desde la Ética Deontológica, se debe mirar siempre a la bondad de la acción en si misma, independientemente de sus consecuencias. Desde esta forma de reflexionar, la bondad es universal, en tanto que todos la podemos identificar fácilmente. Se puede fundamentar que existen una serie de principios generales para todos; por ejemplo, solidarizarte con los ciudadanos que sufren hambre, o por que no, con todos aquellos que precisan de un órgano para seguir viviendo o mejorar sustancialmente su degradada calidad de vida. Estos son principios finales, porque establecen criterios únicos de la conducta que deberían ser aceptados por todos, y habrían pocas o ninguna duda de su vigencia y verdad.

Es ésta una ética normativa, cuyo fundamento es “el deber ser”, sin ocuparse de su practica concreta. Y éste es su principal problema, pues no se encarga de generar los recursos necesarios.

En el caso que nos ocupa, iguala los derechos del donante con los del receptor, pues los considera a ambos como sujetos de pleno Derecho, a nivel de Derechos fundamentales. No olvidemos que los Derechos de Primera generación, tratan fundamentalmente de la libertad y la participación activa en la vida política; son protectores del individuo frente a los excesos del Estado.

Según este enfoque, es imperativo que los Estados e Instituciones publicas, cada una en su finalidad, aseguren el desarrollo de estos derechos en todos sus ciudadanos.

Pero no podemos obviar, que este tipo de éticas, cuando se llevan a la práctica, siempre encuentran el escollo de la naturaleza humana. Ante el tolerante, siempre existe alguien que no lo es. Ante el generoso, siempre hallaremos al egoísta. Y ante el fraternal, los abra insolidarios. Esta es la dualidad que constituye siempre una sociedad, motivo por el que el consecuencial ismo, aplicado sobre un fin noble y honesto, debe ser siempre tenido en cuenta.

Desde la Ética de las Virtudes o Relacional, se concibe el ser humano en su realidad moral relacional. Se afirma que el ser humano identifica su realidad moral, gracias a

la interacción con los otros seres humanos, mediante el conocimiento, la conectividad y el cuidado.

La comunidad conforma el carácter del individuo, al promover las virtudes como el respeto, la templanza, la prudencia, la justicia, el cuidado y la solidaridad, entre otras. Desde este enfoque, toma gran importancia lo local, lo relacional inmediato con cada sujeto, como catalizador de iniciativas como animales racionales y dependientes de los otros.

Este paradigma también refuerza la colaboración social, de todos sus individuos, en la consecución de unos fines benéficos comunes, pero bajo la perspectivas de unas virtudes compartidas, y por lo tanto, aprendidas. Esto es fácil de alcanzar con los valores éticos, es decir, con aquellas normas o pautas que regulan la conducta de los individuos, como la verdad, la justicia, la libertad o la responsabilidad. Pero el consenso en los valores morales es mas arduo, pues reflejan el conjunto de prácticas o costumbres sociales comunes en una comunidad, encaminadas a diferenciar entre lo correcto y lo incorrecto, y que pueden no ser análogos, o incluso, compatibles, entre los diferentes grupos de una sociedad.

En relación con la donación de órganos de fallecidos, puede ser difícil su implementación, pues puede existir tendencia a la idealización de pequeños consensos, sin llegar a una conciliación de toda la sociedad española.

Por último, es mi gusto valorar la filosofía que se empezó a construir en los años 60 en América Latina, a la que tantos lazos culturales nos unen, y en cuyo países se ha planteado profundamente el modelo español de trasplantes, como lucero a seguir. La Ética de la Liberación surgió como una movimiento de liberación frente al colonialismo pasado, la dependencia económica y la dominación cultural, que fue incluyendo todos los campos sociales.

Constituye una ética diferente, pues plantea la vida como base de todos los valores. En todas las relaciones sociales, se pone a la vida como elemento central de todos los

actos éticos de los seres humanos. Es un paradigma intersubjetivo, y de carácter reflexivo, que reconoce el carácter indivisible del “otro con el Yo”.

Desde este planteamiento, la legislación de trasplantes positiva, basada en el consentimiento tácito de la sociedad en pleno, que iguala al rico con el pobre, al favorecido con el perjudicado, tendría plena vigencia moral.

Si miramos solo la conjunción de los fines morales, con la de los medios y económicos, tendremos una sociedad equitativa, pero fácilmente inmoral. Si por el contrario, enfocamos hacia la intersección entre la parcela económica o de medios, y a la faceta moral, quizá fuera moral para el individuo, pero injusta para la comunidad misma a la que él mismo pertenece, como sujeto relacional que es. Por último, si miramos solo hacia la encrucijada de lo moral y lo social, tendríamos sociedades muy básicas, pero con medidas inaplicables en sociedades tan complejas y heterogéneas como la nuestra en particular: la española.

Pero, ¿cómo se puede articular una solución tan satisfactoria? No basta con reflexionar y deliberar, la Bioética debe resolver, ofrecer conclusiones prácticas.

En el asunto del Trasplante de Órganos, debemos unificar las posturas extremas. Entre los defensores de la postura hoy legislada, con una visión estatal o pública, pues consideran los órganos de fallecidos como bienes públicos, ya que su consumo por un individuo no disminuye la disponibilidad del dador (ya fallecido). Hasta la postura del libertarismo libertario, que afirma la vigencia suprema de la libertad individual, incluido el derecho a decidir positivamente en vida, si desea ser o no donante de órganos.

4 CONCLUSIONES.

PRIMERA. Hay que destacar que nuestro país es un modelo exitoso en la gestión de Donación de Órganos. La Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que posibilitan la colaboración y consenso requeridos, nos ha convertido en un referente mundial.

SEGUNDA. Las dos principales normas jurídicas que regulan dicha actividad en España, son la Ley 30/1979 y el Real Decreto 1723/2012.

TERCERA: Ambas articulan un marco legal muy garantista en sus extremos, en lo respecto a la motivación de la donación, y en las indicaciones de la recepción de órganos para trasplantes, asegurando la gratuidad y ausencia de ánimo de lucro por ambas partes.

CUARTA: Es intachable la bondad del sistema de gestión, en sus fines. La Legislación española tiene un fin límpido: el fomento diligente de la donación de órganos para trasplante humano.

QUINTA: Es precisamente esa finalidad consustancial de la legislación, de la que emanan las incertidumbres, propósito de este trabajo. La Legislación española de trasplantes es un modelo basado en el “consentimiento presunto” (opting out), para la extracción de órganos en sujetos fallecidos.

SEXTA: Asimismo, se observa que la Ley y el RD, eluden la información a la población, al no planificarla rigurosamente. La Legislación no planifica una información global a la población, con Políticas educativas sobre donación, que impulsen una solidaridad informada y consciente de todos los miembros de la sociedad. Se economiza en ese esfuerzo público y colectivo, a favor de una

información consumada en el momento final. Con indolencia se aboga a educar a la población, a partir de ese momento de expiración y de contacto con los sistemas de salud, asimismo depositarios de la responsabilidad de la obtención de esos mismos órganos, para trasplantes.

SEPTIMA: Se observa un enfrentamiento ético con el consentimiento presunto. Pues aceptando el desconocimiento general respecto a este asunto, que de facto, existe en la sociedad civil española, no va eximir de su aplicación sobre la misma. En tal caso nunca puede ser consentida, pues no ha sido informado convenientemente.

OPTAVA: El paciente, o sus familiares en representación, solo tienen la potestad de negarse a la cesión de sus órganos, pues la donación de los órganos es una decisión positiva del Estado.

NOVENA: Creo que no es desacertado, afirmar que la Ley y el RD, que regulan el Trasplante de órganos de fallecidos en España, beben esencialmente del planteamiento ético utilitarista, preocupados por aportar a los sistemas sanitarios, un bien tanpreciado, y cada vez más carente.

DÉCIMA: Podríamos ensalzar el valor de la actual legislación, si solo a los datos finales nos acogiésemos, puesto que el análisis del coste-beneficio es favorable a la donación mediante el consentimiento presunto, dado que se traduce en el mayor número de donantes posibles, y por lo tanto, mayor número de pacientes trasplantados. Pero esta postura soslaya una valoración moral profunda de lo que es el bien y el mal.

UNDÉCIMA: La actual legislación prioriza al receptor enfermo, en cuanto a sus derechos. Y eso es así, porque se encuentra en la parte final del proceso, y de alguna manera se convierte en el interprete del valor de la acción.

DUODÉCIMA: Por el contrario, el posible donante, es decir, cualquier individuo de la comunidad (Vd.-él-yo), es depositario de inferiores derechos de información y

decisión, ya que se le niega la expresión preclara de su decisión, plenamente informada y razonada en el tiempo, y en vida; tal y como si se le otorga al receptor.

DECIMOTERCERA: Existen incertidumbres suficientes para no someterse a un “derecho de expropiación” del Estado. Tampoco es aceptable, considerar sin más a los fallecidos, como una fuente particular de bienes para otros miembros de la comunidad, pues falta a la dignidad del individuo, si la donación no se hace con voluntariedad expresa.

DECIMOCUARTA: Se presencia una pugna entre un derecho de primera generación, la libertad de expresión del individuo a decidir sobre la cesión de sus órganos (basados en creencias, motivos religiosos, o puramente egoístas); y un derecho de segunda generación, en la que tropezaríamos con el derecho a la salud del receptor enfermo.

DECIMOQUINTA: En el asunto, debemos evitar los peligros del monismo moral, e integrar principios procedentes de distintos enfoques éticos, y darles traducción jurídica, aplicada al contexto de los trasplantes de órganos.

DECIMOSEXTA: Así pues, el planteamiento debe englobar las tres misceláneas. Se debe plantear una Legislación que de cabida satisfactoria a los tres enfoques sobre la problemática de la donación de sujetos fallecidos, a saber, desde una ética utilitarista, una social, y otra deontológica.

DECIMOSÉPTIMA: En medio, encontraríamos medidas que refuercen la colaboración social, de todos sus individuos, en la consecución de unos fines benéficos comunes, pero bajo la perspectivas de unas virtudes compartidas, y por lo tanto, aprendidas.

DECIMOCTAVA: Para ello, el individuo debe ser informado en vida, con políticas educativas sobre donación, que impulsen la solidaridad informada y consciente de los miembros de toda la sociedad española.

DECIMONOVENA: El planteamiento visible en el trasfondo vigente de la legislación actual, debe migrar del consentimiento presunto, hacia una verdadera solidaridad informada, voluntaria, responsable y consciente.

VIGÉSIMA: La sostenibilidad del sistema, solo puede conseguirse con el compromiso ético en la reestructuración de los sistemas de información, así como el resguardo confidencialidad de la manifestación expresa, lúcida y solidaria de todos y cada uno de los miembros de nuestra comunidad.

Las cadenas del silencio, solo atan de manera provisional los fines; solo la verdad con la razón, consiguen concluir la obra.

La libertad, Sancho, es uno de los más preciosos dones que a los hombres dieron los cielos; con ella no pueden igualarse los tesoros que encierran la tierra y el mar: por la libertad, así como por la honra, se puede y debe aventurar la vida.

Miguel de Cervantes (1547-1616)

BIBLIOGRAFÍA

Libros

R. MATESANZ (2008) *El modelo español de Coordinación y Trasplantes*. Aula médica Ediciones.

J. GAFO (1996). *Trasplantes de Órganos: problemas técnicos, éticos y legales*. Editorial Sal Terree. UPCO.

J. DE LA TORRE (2012). *Salud, Justicia y Recursos limitados*. UPCO Servicio de Publicaciones.

J. VIELVA & D. LORENZO (2012) *Casos de Bioética. Informes CECAS*. FHSJD. Madrid

ATIENZA, M, *Contribución a una teoría de la legislación*, Civitas, Madrid, 1997.

Artículos y capítulos de libros

De Pablos, C. y López, D. (2013) *Mecanismos sociales de coordinación en el Sistema Español de Trasplantes*. Revista de Ciencias Sociales, Vol. XIX, No 4.

Costas, E. (2001) *Detrás de las estadísticas de trasplantes*. EL PAIS.

Costas, E. (2010). *Dinero y donación de órganos*. EL PAIS.

Costas, E. (2011). *Trasplantes. ganamos dopados*. EL PAIS.

ARISTOTELES, *Ética a Nicómaco*.

Alvarez, A. (2012). *El modelo español de coordinación y trasplantes: regulación y problemática*.

Ocharan-Corcuera, J. (2008). *Diálisis y Trasplante. Vol. 29. Núm 3*. Sociedad Española de Diálisis y Trasplante. Elsevier España, SLU.

Palacios, M. (2014). *Bancos de Cordón Umbilical. Donación. Depósito*.

K. Martínez (2006). *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Vol. 29. Supl 2*.

Y. Guerra García (2011). *Bioética, Trasplante de Organos y Derecho Penal en Colombia*. Revista Prolegómenos. Derechos y Valores.

PALAZZANI, L. Criterios bioéticas para la selección de pacientes en la distribución de órganos, p. 31-32 en LOPEZ DE A VIEJA, M.T. y VELAYOS, C. (Eds.) *Educación en Bioética, donación y trasplante de órganos*, Aquilafuente, Ediciones Universidad de Salamanca, 2008.

Documentos

LEY 30/1979, de 27 de octubre, sobre extracción y trasplante de órganos. BOE nº 266 (6 de Noviembre de 1979)

REAL DECRETO 1723/2012, de 28 de diciembre, sobre regulación de actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. BOE Núm. 313 (29 de diciembre de 2012).

Álvarez JC. *Los fundamentos legales. Problemas prácticos y éticos de su aplicación*. En: Martínez Urionabarrenetxea K., ed. *Trasplante hepático de donante vivo*. I Congreso sobre Bioética y Trasplante. Bilbao: Universidad del País Vasco, 2004.