



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA



Observatori de  
Bioètica i Dret  
Universitat de Barcelona



FLACSO  
ARGENTINA

Revista de Bioética y Derecho

Perspectivas Bioéticas

[www.bioeticayderecho.ub.edu](http://www.bioeticayderecho.ub.edu) - ISSN 1886-5887

## ARTÍCULO

**Trasplante de órganos en Brasil y en España: ¿cómo los criterios ético-legales protegen al donante vivo en ambos los países?**

**Organ Transplantation in Brazil y Spain: How the ethics and legal criteria protect the living donor in both countries?**

**SONIA MARIA MARINHO \***

**FERMIN ROLAND SCHRAMM \***

## OBSERVATORI DE BIOÈTICA I DRET DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

La Revista de Bioética y Derecho se creó en 2004 a iniciativa del Observatorio de Bioética y Derecho (OBD), con el soporte del Máster en Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona: [www.bioeticayderecho.ub.edu/master](http://www.bioeticayderecho.ub.edu/master). En 2016 la revista Perspectivas Bioéticas del Programa de Bioética de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) se ha incorporado a la Revista de Bioética y Derecho.

Esta es una revista electrónica de acceso abierto, lo que significa que todo el contenido es de libre acceso sin coste alguno para el usuario o su institución. Los usuarios pueden leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir o enlazar los textos completos de los artículos en esta revista sin pedir permiso previo del editor o del autor, siempre que no medie lucro en dichas operaciones y siempre que se citen las fuentes. Esto está de acuerdo con la definición BOAI de acceso abierto.

\* Sonia Maria Marinho. Doctoranda del Programa en Bioética, Ética Aplicada y Salud Pública - PPGBIOS - ENSP - FIOCRUZ, Brasil. E-mail: [soniamsouza@hotmail.com](mailto:soniamsouza@hotmail.com)

\* Fermin Roland Schramm. Investigador titular en Bioética y Filosofía de la Ciencia del PPGBIOS y del PPGSP en la Escuela Nacional de Salud Pública - ENSP - FIOCRUZ, Brasil. E-mail: [rolandschram@yahoo.com.br](mailto:rolandschram@yahoo.com.br)

\* Este artículo contó con el apoyo de la Fundación Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível superior - CAPES, Brasil.

## Resumen

Este artículo realiza una comparación entre las legislaciones específicas de trasplantes de órganos de España y Brasil. Su objetivo es averiguar cómo los dispositivos legales protegen a los donantes vivos de órganos. Tomando como base el documento del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho (en adelante, OBD), de la Universidad de Barcelona, sobre “Trasplante de órganos de donante vivo”, publicado en 2011, los autores concluyen que las donaciones a partir de personas vivas deben ser estimuladas sólo en algunos casos muy específicos.

**Palabras clave:** trasplante de órganos; donantes vivos; Comités de Ética Asistencial; bioética.

## Abstract

This study compares the specific Organ Transplantations Laws from Spain and Brazil. Its objective is investigate how the legal devices protect the organ living donors in both countries, where the incentives for living donation has been stimulated lately. From the analysis of the “Document on Transplantation from Living Donors”, published from Bioethics and Law Observatory Opinion Group from Barcelona University (OBD-UB), in 2011, it has been concluded that the living donations should not be stimulated.

**Keywords:** organ transplantation; living donors; Ethics Committees; bioethics.

## 1. Introducción

Hace un poco más de medio siglo fue realizado en los EEUU el primer trasplante de riñón exitoso con hermanos gemelos idénticos. Así comenzaba una nueva terapia que cambiaría la forma de tratamiento de miles de enfermos en el mundo, un avance importante de la tecnología médica: los trasplantes de órganos (Murray, 1992).

Desde el principio, el uso de esta nueva tecnología médica ha planteado varias cuestiones éticas complejas. La bioética y los trasplantes, según Gracia (2001:13):

“tuvieron una evolución casi paralela, de modo que la serie de problemas que han ido planteando la donación y el trasplante de órganos coincide bastante bien con la propia evolución de los problemas que ha ido afrontando e intentando resolver la bioética”.

De hecho, varios problemas planteados en bioética y en ética médica en relación con las nuevas biotecnologías tienen que ver con problemas surgidos dentro del área de los trasplantes de órganos. En primer lugar, ha sido necesario desarrollar nuevas técnicas de información y comunicación, en el ámbito de la ética médica, para obtener el consentimiento informado tanto del donante, como del receptor. En segundo lugar, ha sido necesario llegar a un consenso sobre los criterios precisos para la definición de la muerte cerebral, lo que no fue tarea fácil porque implicaba grandes controversias ético-morales sobre la determinación del fin de la vida. Y, por último, han sido hechas innumerables tentativas para llegar a unos criterios considerados justos para la asignación de los órganos donados por personas fallecidas, de forma altruista y solidaria, a los enfermos en la lista de espera (Gracia, 2001).

Al principio, los primeros trasplantes experimentales fueron realizados con donantes vivos. Pero los vivos han sido reemplazados, paulatinamente, por los donantes fallecidos en los programas nacionales de trasplantes instituidos en Europa, EEUU y en otros países occidentales en los que se aceptan los criterios de definición de muerte cerebral. En los países asiáticos, como Japón y Corea, por motivos filosóficos y religiosos no se acepta el concepto de muerte encefálica y por lo tanto las donaciones de vivo son muy comunes (Matesanz, 2006).

Actualmente, según datos del último Transplant Newsletter de 2014, los trasplantes de vivos van aumentando sistemáticamente en todo el mundo, incluso en los países que anteriormente no lo realizaban con frecuencia, como España. En la Unión Europea, de un total de 19.227 personas trasplantadas con un riñón, un 21,8% lo recibieron de un donante vivo; y de un total de 7.173 que recibieron un trasplante de hígado, un 3,6% fueron a partir de donantes vivos. En los países de Latinoamérica, de los 11.478 receptores de riñón, el 34,8% lo recibieron de donantes vivos; y de los 2.621 receptores de hígado, un 7,7% también (ONT & Consejo de Europa, 2014).

Una posible explicación para el reciente incremento de las donaciones de vivo es que muchos países han tenido que cambiar sus programas de trasplantes debido a la disminución relativa de la oferta de órganos de personas fallecidas respecto a la demanda. Así, además de haber incluido varias medidas para incrementar las donaciones, tales como la utilización de donantes con criterios expandidos, o el empleo de criterios de muerte a corazón parado, los responsables de los programas han tenido también que potenciar las donaciones intervivos (Matesanz, 2011; Dominguez-Gil, 2010a).

España es uno de estos países que han cambiado su política de trasplantes recientemente. El *Plan Estratégico Donación Cuarenta*, iniciado en 2008, tiene entre sus objetivos el incremento de las donaciones de vivo, como una forma de solventar el problema del desequilibrio entre la oferta y la demanda de órganos, sobre todo en el caso de trasplante renal (Dominguez-Gil, 2010b). En Brasil, no hay un programa oficial claramente definido como el citado Plan Estratégico, pero las donaciones de vivo están alrededor de 24-25% y oscilan cada año de acuerdo con la oferta de órganos de donantes fallecidos (Medina-Pestana, 2011).

Sin embargo, el fomento de las donaciones de vivo por parte de los organismos oficiales plantea numerosas cuestiones de índole ética respecto a los efectos sobre los donantes, que son personas sanas. En 2011, el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho publicó el *Documento sobre trasplante de órganos de donante vivo*, en el que, basándose en datos de diversas fuentes, se recomienda que la donación intervivos sea una práctica subsidiaria de una política pública de trasplantes, pues, como afirman en sus primeros considerandos:

“la donación de órganos intervivos es un acto de carácter altruista y solidario; es un acto que está más allá de lo debido y, por tanto, más allá de lo exigible” (Buisan et al., 2011: 33)

En este sentido, este artículo se propone comparar, desde la perspectiva bioética, la legislación y las prácticas asistenciales en materia de organización de los sistemas nacionales de trasplantes en Brasil y en España. Sobre todo, se compararán las prácticas de donación de órganos respecto a los donantes vivos, con el objetivo de verificar cómo los criterios ético-legales protegen a estas personas. Para ello será necesario comprender los conceptos éticos forjados en el ámbito del Bioderecho, pues, como afirma Casado (2014: 477),

“La relación entre Bioética y Derecho es intrínseca. La contribución del derecho es crítica para la bioética así como las contribuciones de las análisis Bioéticas deben ser consideradas extremadamente útiles para el derecho cuando esclarece los problemas planteados por la biotecnología, una vez que ambas las disciplinas comparten un objetivo común: el respeto y la promoción de los derechos humanos reconocidos”.

## 2. El marco jurídico-legal del Sistema Nacional de Sanidad en Brasil y en España

El marco jurídico-legal del Sistema Nacional de Salud (SNS) español presenta muchas semejanzas con el Sistema Único de Saúde (SUS) brasileño. Ambos fueron organizados tras un largo período de gobierno centralizador y autoritario, y además han sido ampliamente discutidos por los ciudadanos antes de su incorporación al texto Constitucional (Silva, 2014). Así, tanto la Constitución española de 1978 como la Constitución brasileña de 1988 reconocen el derecho a la protección de la salud de los individuos y poblaciones por parte del Estado (Brasil, 1988; España, 1978).

Tras haber instituido el derecho a la salud de los ciudadanos en sus constituciones democráticas, Brasil y España promulgaron leyes ordinarias para regular este derecho. En Brasil, la Ley 8080/1990, también denominada Ley Orgánica de la Salud, creó el *Sistema Único de Saúde - SUS*. En España, la Ley 14/1986, también denominada *Ley General de Sanidad (LGS)*, consolidó un sistema de salud público con una cobertura universal. Ambas leyes concretaron la previsión constitucional del derecho a la salud, estableciendo los principios y directrices que permitieron configurar el Sistema Nacional de Salud de los dos países: el carácter público; la universalidad; la integralidad y la equidad en la asistencia a la salud (Santos, 2012, Sacardo, 2010; Añon, 2014).

## 3. Legislación en materia de trasplantes en Brasil y en España

Los principios generales de las Leyes de Trasplantes en España y Brasil son muy semejantes: la donación debe ser voluntaria y altruista, sin ninguna compensación financiera; la donación debe ser anónima, en caso de donante fallecido y, a una persona determinada, en caso de donante vivo, para evitar la comercialización de órganos. Veamos las leyes específicas de los dos países.

### España

Los trasplantes ya eran realizados en España desde hacía tiempo y los profesionales de salud, preocupados por el vacío legal que podría acabar potenciando el tráfico de órganos, han logrado que fuese sancionada la Ley 30/79 sobre extracción y trasplante de órganos. Esta Ley determinó que el receptor no tendría que pagar nada por la recepción del órgano, y que tampoco la donación debería ser recompensada financieramente (Matesanz, 2011; España, 1979). Recientemente, siguiendo la Directiva 2010/53/UE del Consejo de Europa, fue publicado el Real Decreto 1723/2012 (derogando el anterior RD 2070/1999), que ha actualizado las normas de calidad y seguridad de los órganos humanos

destinados al trasplante. Este nuevo RD ha enfatizado, además, las cuestiones éticas en las actividades de trasplante:

*“Entre sus fundamentos éticos destacan los relacionados con la voluntariedad y la gratuidad, el consentimiento, la protección del donante vivo y la protección de datos personales”*  
(Marazuela & Matesanz, 2011:83).

## Brasil

Los primeros trasplantes comenzaron con carácter experimental en los años sesenta del pasado siglo (Ribeiro & Schramm, 2006). Sin embargo, en plena transición democrática, fue necesario esperar la promulgación de la Constitución Federal en 1988 para que fuera explícitamente prohibida la comercialización de órganos y tejidos. En efecto, en su artículo 199, parágrafo 4, afirma que:

*“La ley determinará sobre las condiciones y los requisitos que faciliten la remoción de órganos, tejidos y sustancias humanas para fines de trasplante, investigación y tratamiento, así como la colecta, procesamiento y transfusión de sangre y sus derivados, siendo prohibido todo tipo de comercialización”* (Brasil, 1988).

Y así, casi diez años después de la Constitución, ha sido sancionada en Brasil la Ley que regula la remoción de órganos y tejidos del cuerpo humano para trasplante. Actualmente, los trasplantes de órganos vienen regulados por las Leyes 9.434/1997 y 10.211/2001 y por la Portaria SAS/MS/2.600/2009 que ha establecido el Reglamento Técnico de los Trasplantes.

## 4. Donación, donantes y receptores de órganos: semejanzas y diferencias

El trasplante de órganos y la donación pueden definirse de este modo:

*“El trasplante consiste en extraer ciertos órganos de un cadáver, como, por ejemplo, los riñones, el corazón, las córneas, los pulmones, los huesos, etc., en vista de su trasplante en uno receptor, en general, afectado por una enfermedad incurable o terminal (...). El trasplante de órganos o de tejidos humanos es también posible a partir de un donante vivo, para ciertos tipos de órganos o tejidos que poseen la capacidad de regenerarse (medula ósea), o existentes en pares (el riñón), o existentes en cantidad suficiente (una parte de pulmón o de hígado)”*  
(Parizeau, 2003:661).

Existen varias formas de clasificación del tipo de donación en los programas nacionales de trasplante en el mundo. Las más comunes son:

### Donación presunta o consentida del donante fallecido

Los sistemas de trasplantes de España y Brasil utilizan dos formas diferentes para el consentimiento del donante fallecido para donar sus órganos. En España, la donación es presumida, es decir, que quién no ha manifestado en vida que no desea donar órganos es considerado presunto donante (Menjivar, 2014). En Brasil, cuando se instituyó el Sistema Nacional de Trasplantes, en 1997, también se optó por el sistema de donación presumida; sin embargo, este mecanismo tuvo una repercusión negativa en la población y fue cambiado, por la Ley 10.211/2001, a un sistema de donación consentida (Ribeiro & Schramm, 2006).

### Clasificación de los donantes vivos

Tanto en Brasil como en España está previsto que la donación de un órgano intervivos deberá ser para una persona determinada, emparentada o no con el donante, de acuerdo con los principios de solidaridad y altruismo. Sin embargo, con los problemas de incompatibilidades de tipo sanguíneo o de HLA que puedan existir en la pareja donante/receptor, en algunos países —como EEUU y Corea— fueron desarrollados otros tipos de donación de vivo. Según Menjivaret et al. (2014), las modalidades de donaciones intervivos son tres: donación cruzada entre dos parejas receptor/donante; la donación en cadena; y la figura del “buen samaritano”.

La donación cruzada ocurre cuando hay dos parejas donante/receptor incompatibles y, si existe compatibilidad entre ellos, toman la decisión de intercambiar sus órganos. La donación en cadena es aquella que incluye varias parejas incompatibles que hacen donaciones cruzadas en serie a la vez. Y, por último, la figura del “buen samaritano” es aquella persona que dona, de forma anónima, un órgano a un desconocido que necesita un trasplante; esta donación se puede realizar de dos maneras: por medio de la donación del órgano a una persona de la lista de espera (anónima), o por medio de la donación a una pareja no compatible, iniciando así una donación en cadena (Menjivar et al., 2014).

## 5. ¿Se debe fomentar o no las donaciones de vivo como una política pública?

España presenta una tasa actual de 35,3 donantes pmp, siendo considerado el país más exitoso en la implantación de un Sistema Nacional de Trasplantes del mundo (ONT, 2013). A efectos de comparación, la tasa actual de donación en Brasil es de sólo 13,2 pmp, menos de la mitad de la tasa española (ABTO, 2014). Sin embargo, según la opinión de la mayoría de los expertos, el programa de donación de fallecidos en España ha llegado a su límite y debería ser modificado.

En España, el fomento de la donación de vivo comenzó en 2008 con el *Plan Estratégico Donación 40*, de la ONT, que se ha fijado como objetivo principal el incremento de las donaciones de órganos hasta llegar a 40 pmp (ONT, 2008). Respecto a los trasplantes renales intervivos, estos deberían representar un 15% del total de los trasplantes realizados. Sin embargo, no se puede decir que la tasa fijada en 15% sea absurdamente alta, sobre todo si se compara con la tasa de Brasil, que actualmente está alrededor de 25%; pero es importante preguntarse si esta tasa podrá ser aumentada más allá de lo planteado inicialmente. Es sabido que la oferta de unos servicios puede estimular la demanda; en Cataluña, por ejemplo, la donación de vivo ya alcanza el 25%, como en Brasil (Buisan et al., 2011).

Sin ninguna duda, como bien se plantea en el documento citado *Donación 40*, la donación de vivo aporta grandes ventajas para el receptor: en primer lugar, los resultados son mejores, porque hay una mejor compatibilidad HLA y los donantes son más jóvenes; en segundo lugar, posibilita hacer el trasplante antes de empezarla diálisis (“trasplante preemptivo”); y, por último, el menor tiempo de isquemia del órgano donado conlleva a un mejor pronóstico para la supervivencia del injerto y del receptor (Dominguez-Gil, 2010b).

No obstante, el hecho de que el fomento de las donaciones de vivo tengan como gran objetivo disminuir la lista de espera por un órgano plantea varias cuestiones éticas involucradas en el proceso de extracción de un órgano de una persona sana, cuestiones que no pueden ser olvidadas y que deben ser objeto de amplio debate. En este sentido, el documento del Grupo de Opinión del OBD ha intentado llenar esta brecha aportando informaciones pertinentes para el debate público. Si, por una parte, este Grupo de Opinión no niega las ventajas para el receptor de la donación de vivo, por otra parte presenta en contra argumentos éticos basados en la valoración de los riesgos físicos, psíquicos y laborales para el donante, que deben ser tenidos en cuenta antes de fomentar las donaciones de vivo (Buisan et al., 2011).

En términos de riesgos físicos, el Grupo de Opinión enfatiza que debería, primeramente, asegurarse si es totalmente inocua la extracción de un órgano de personas sanas, sometidas a una intervención quirúrgica que no les aporta ningún beneficio. Según la bibliografía internacional, se calcula que el riesgo de muerte de un donante vivo de riñón es de 0,03% y de 0,3% para los donantes de hígado

(Dominguez-Gil, 2010b). Si bien el riesgo de muerte puede considerarse pequeño, no puede ser obviado de ninguna manera. Además, hay que valorar especialmente dos riesgos físicos: las complicaciones quirúrgicas y el riesgo de que el donante desarrolle una insuficiencia renal o hepática a largo plazo. Ello implica que deberá hacerse el seguimiento de por vida de todos los donantes vivos. Sin embargo los registros de donantes y receptores, y los estudios epidemiológicos prospectivos, son escasos y no muy representativos estadísticamente hablando, si bien existen proyectos como ELYPSY, de la Unión Europea (y actualmente el LIDOB), que intentan llenar los huecos de la falta de información, pero que son aún incipientes (Buisan et al., 2011).

En cuanto a los riesgos psíquicos, según el citado Grupo de Opinión

*“El riesgo más importante tiene lugar durante el proceso de decisión de donar, por la posibilidad de que el donante potencial sea objeto de presiones psicológicas y chantajes emocionales, que pueden llegar a constituir coacciones”* (Buisan et al., 2011:27).

Los riesgos psíquicos, por lo tanto, nunca deben ser descuidados por los Comités de Ética Asistencial cuando hacen la valoración de los donantes, porque incluso en las donaciones entre parientes cercanos puede haber coacciones de todo tipo.

Incluso en el caso que la donación sea hecha por puro altruismo, no se pueden menospreciar las consecuencias psíquicas para el donante en el caso que el trasplante no obtenga el éxito esperado, por complicaciones posquirúrgicas en el receptor que puedan conllevar la pérdida posterior del injerto. En este caso, el efecto psíquico en el donante puede ser devastador, pues habrá sido sometido a un procedimiento maleficente que no ha traído ningún beneficio.

Además de estos riesgos, hay que sopesar las consecuencias para la vida laboral u efectos patrimoniales del donante, al no haber una legislación específica que proteja al donante vivo tanto en España como en Brasil. De hecho, en España, como consta en el documento del OBD:

*“(…) la declaración de incapacidad temporal requiere, según el artículo 128 de la vigente Ley General de la Seguridad Social, la alteración de la salud derivada de enfermedad o accidente (...) y, de acuerdo con una interpretación restrictiva, podría entenderse que el donante, al no estar enfermo previamente ni haber sufrido accidente, no reúne tal requisito, con lo que no podría disfrutar de la baja laboral ni la prestación correspondiente, de manera que puede verse obligado a someterse a la extracción durante el período vacacional”* (Buisan et al., 2011:27).

En Brasil, tampoco está previsto, en la Ley de la seguridad social (Ley 8.213/1991), el derecho a la baja laboral de un donante vivo de órgano porque son personas consideradas sanas (Brasil, 1991). Los donantes suelen obtener la baja laboral gracias a un certificado médico.

En lo tocante a las consecuencias patrimoniales, como se alega en el documento del OBD, estas pueden ser un “aumento de las primas a la hora de contratar o renovar seguros de asistencia sanitaria, seguros de vida, préstamo bancarios, etc” (Buisan et al., 2011:27). En Brasil, estos riesgos no son nada despreciables, sobre todo respecto a la compraventa de los seguros privados de asistencia sanitaria, muy onerosos en el caso de enfermedades crónicas como suelen ser las enfermedades renales.

## 6. Rol del Comité de Ética Asistencial y del sistema judicial

En el ya citado documento del OBD se pone el énfasis en el rol del Comité de Ética Asistencial (CEA) en la protección del donante y sobre todo en su defensa, al presentarse al juez para otorgar su consentimiento para la extracción del órgano. Sin duda el labor del CEA y del sistema judicial son complementarias para llegar a un acuerdo justo sobre la donación.

Así pues, el CEA debe emitir un informe preceptivo con todas las informaciones pertinentes, asegurando que la obtención del consentimiento del donante se ha producido de forma autónoma. El juez, a su vez, debe analizar el informe del CEA y garantizar que el potencial donante está seguro de su decisión. Para ello, el donante debe presentarse ante el juez acompañado del médico que hará el trasplante, del médico que le dio la información pertinente y del responsable que autorizará la cirugía, y todos deberán firmar el documento de consentimiento para la cesión del órgano (Buisan et al., 2011). La actuación del CEA, por lo tanto, es imprescindible para validar el consentimiento en la donación de vivo. Y es ahí donde reside el problema, sobre todo en Brasil, como explicamos a continuación.

De la lectura de la legislación de trasplantes de los dos países, tanto en España como en Brasil el destino de un órgano donado será su trasplante a una persona determinada, emparentada o no con el donante. Sin embargo, hay una sutil diferencia en las legislaciones de los dos países respecto del control ejercido por las instancias éticas del hospital y por el sistema judicial. Así, en España la ley ha establecido que para autorizar el proceso de donación se requiere la intervención del CEA y del juzgado de primera instancia en cualquier donación entre vivos, aunque la cesión de un riñón sea de un padre a su hijo (Marazuela & Matesanz, 2011). En Brasil, al contrario, si la donación ocurre entre vivos emparentados hasta el cuarto grado, según la legislación no hace falta ni la valoración por parte del CEA ni mucho menos la aprobación oficial por el sistema judicial; estas exigencias son hechas sólo a las donaciones entre personas no emparentadas, sean amigos o desconocidos (Medina-Pestana, 2011).

Otro problema que debe ser objeto de debate es si el estímulo a las donaciones intervivos entre personas no emparentadas debe ser objeto de una política pública por un sistema de trasplantes, sobre

todo cuando existe el riesgo de tráfico de órganos o de turismo de trasplantes, como claramente pone de relieve el documento del OBD.

Recientemente en España la ONT (2008) reglamentó la donación renal cruzada y la figura del “buen samaritano” y algunas donaciones de este tipo ya se han llevado a cabo, como consta en el sitio web de la Fundació Puigvert, en Barcelona.

En Brasil, se calcula que las donaciones intervivos entre personas no emparentadas están alrededor de 50 al año y tanto la donación renal cruzada como la figura del “buen samaritano” no son permitidas. A pesar de su importancia, hay pocas discusiones públicas sobre ello; una u otra vez, en alguna entrevista para la prensa, las autoridades de trasplantes se manifiestan contra este tipo de donación intervivos, como ocurrió en el 04/03/2012 en ocasión de la preparación del día mundial del riñón; en esta ocasión, el Coordinador Nacional de Trasplantes de Brasil manifestó al periódico *O Estado de São Paulo* que no se puede permitir este tipo de donación entre vivos porque “vivimos en una sociedad muy desigual y no podemos permitir que una persona caiga en la tentación a donar un órgano en cambio de una compensación financiera”. Sin duda, esto es un gran problema en todo el mundo, como será discutido brevemente en la próxima sección.

## 7. ¿Cómo se puede asegurar que el fomento de las donaciones intervivos no está encubriendo la compraventa de órganos?

Diversos foros internacionales sobre bioética y trasplantes, realizados en la última década, han discutido ampliamente las cuestiones éticas respecto a la donación intervivos: el Foro de Amsterdam en 2004; Estambul en 2008; Aguas Calientes, México, en 2010. El punto en común de todos estos foros internacionales es la preocupación por el incremento exponencial del trasplante de donante vivo en varios países y los problemas que pueda encubrir, como el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes. Según el Grupo de Opinión del OBD:

*“el tráfico de órganos, es decir, su compraventa o transmisión lucrativa, es un hecho incontestable a nivel internacional y todo hace pensar que el volumen de este tráfico, y su extensión geográfica, no dejan de aumentar”* (Buisan et al., 2011:30).

Más recientemente, en marzo de 2015, tuvo lugar la Conferencia del Consejo de Europa, realizada en Santiago de Compostela, España, para la discusión del nuevo *Convenio sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos*, adoptado en julio de 2014 por el Comité de Ministros del Consejo. Este Convenio fue firmado por España y otros 13 países, y está a la espera de la adhesión de más países en breve, con el fin de armonizar las legislaciones nacionales contra el comercio de órganos.

Como destaca el Grupo de Opinión del OBD, esta medida ya fue adoptada por el gobierno español en 2010, al introducir el Art. 156bis en la Ley Orgánica 5/2010, que sanciona tanto el tráfico interno de órganos como el turismo de trasplantes. Asimismo, todo ciudadano español que compre un órgano de origen ilícito podrá ser castigado al regresar al país.

Se espera que estas iniciativas consigan impedir lo que ha pasado en Brasil en el año 2003, cuando fue descubierta una banda internacional que compraba riñones de ciudadanos pobres de Recife, ciudad localizada al Norte de Brasil. En la banda participaban personas de Israel, Brasil y Sudáfrica. Como se describió en los periódicos de la época, la extracción de riñones de ciudadanos brasileños se efectuaba en hospitales privados de Sudáfrica para ser trasplantados a ciudadanos israelíes.

## 8. Consideraciones finales

Este artículo ha intentado comparar las legislaciones de dos países –Brasil y España– y mostrar cómo han organizado su sistema público de trasplantes de órganos, sobre todo respecto a los dispositivos creados para la protección de los donantes y de los receptores de órganos.

La comparación entre ambos los países tomó por base las legislaciones específicas, los documentos técnicos de los Ministerios de Sanidad respectivos y la bibliografía especializada en el área de los trasplantes de órganos. El hilo conductor del análisis fue el abordaje del documento del Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho, de la Universidad de Barcelona, de 2011. Publicado hace ya cinco años, este documento ha traído al debate público una cuestión que preocupa tanto a los bioéticos como a la mayoría de las personas enroladas en programas de trasplantes: ¿el fomento de los programas de donación de órganos intervivos en los programas nacionales de trasplantes debe ser una política pública y, si este fuera el caso, en qué condiciones?

Para responder a esta cuestión es necesario comprender los motivos que llevaron a modificar el programa de trasplantes en España para incluir en sus objetivos el fomento de las donaciones de vivo. Sobre todo cuando se sabe que este programa es considerado el mejor del mundo por la Organización Mundial de la Salud, siendo copiado por muchos países como “el modelo español de trasplantes”. Su gran éxito, no obstante, no ha impedido que la lista de espera de un órgano continúe aumentando porque hay límites en la captación de órganos de personas fallecidas y tal vez sea realmente necesario estimular la donación intervivos, sobre todo para conseguir un riñón compatible para los más jóvenes.

Sin embargo, como las donaciones intervivos es una práctica común en los dos países, debe reforzarse el rol de los Comités de Ética Asistencial de los hospitales trasplantadores en tanto que defensores de los donantes de órganos. En Brasil, esto todavía es un problema, porque los CEA son

invitados a intervenir sólo en los casos previstos por la ley, es decir, cuando la donación ocurre entre personas no emparentadas. Esta es una cuestión cultural que podría ser cambiada, como ha intentado recientemente el Consejo Federal de Medicina de Brasil con la publicación de la Recomendación nº 8/2015 (CFM, 2015), estimulando la participación de los médicos en los Comités de Bioética de los Hospitales con el objetivo de fortalecerlos.

En suma, a la hora de tomar la decisión de establecer la donación intervivos como política pública resulta imprescindible medir las consecuencias laborales para los donantes y revisar las informaciones sobre el trasplante intervivos. Todavía no hay informaciones fidedignas, generadas por investigadores independientes de los equipos de trasplantes, que diluciden los riesgos a largo plazo, porque, como bien ha señalado el Grupo de Opinión del OBD, no existe aún un sistema de registro fiable de donantes y receptores dónde se puedan obtener las informaciones pertinentes.

## 9. Referencias bibliográficas

- ◆ ABTO. Dimensionamento dos Transplantes no Brasil e em cada Estado - 2006 - 2013. Registro Brasileiro de Transplantes - RBT; Ano XIX, nº 4. 2014. Disponible en: [http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013-parcial\(1\).pdf](http://www.abto.org.br/abtov03/Upload/file/RBT/2013/rbt2013-parcial(1).pdf) (consultado en 1º/09/2015).
- ◆ AÑON. C.L. La titularidad del Derecho a la Salud en España. ¿Hacia un cambio de modelo? Revista de Bioética y Derecho, núm. 31, mayo 2014, p. 3-16.
- ◆ BOE, ESPAÑA. Ley 30/1979. BOE núm. 266, de 06.11.1979. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/1979/11/06/pdfs/A25742-25743.pdf> (consultado en: 1º/09/2015).
- ◆ BOE, ESPAÑA. Constitución de España de 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229> (consultado en 1º/09/2015).
- ◆ BOE, ESPAÑA. Real Decreto 1723/2012. BOE nº 313 de 29 de dezembro de 2012. Disponible en: [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-15715](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-15715) (consultado en 1/09/ 2015).
- ◆ BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Lei 8.213/1991. Dispõe sobre os planos e benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8213compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8213compilado.htm) (consultado en 22/09/ 2015).
- ◆ BRASIL. Presidência da República, Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Disponible en: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm) (consultado en 1º/09/2015).

- ◆ BUISAN, L.; MANRIQUE, G.; MAUTONE, M. & NAVARRO, M. (coords.). Documento sobre Trasplante de Órganos de Donante Vivo. Elaborado por el Grupo de Opinión del Observatorio de Bioética y Derecho de la universidad de Barcelona; Barcelona, 2011. Disponible en: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/7604/9510>.
- ◆ CASADO, M. et al. Bioethical and Legal Issues in Tissue and Organ Donation of Human Origin for Transplantation. In: Manyalich, M. & Valero, R (Org.). Transplant Coordination Manual. Edited by Transplant Procurement Management (TPM) & Donation and Transplant Institute (DTI Foundation), Barcelona, 2014.
- ◆ CONSELHO FEDERALDE MEDICINA (CFM). Recomendação nº 8/2015. Recomenda a criação, o funcionamento e a participação dos médicos nos Comitês de Bioética. Disponible en: [http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8\\_2015.pdf](http://portal.cfm.org.br/images/Recomendacoes/8_2015.pdf) (consultado en 21/09/2015).
- ◆ Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos. Disponible en: <http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/cdpc/conference/Traducci%C3%B3n%20Tratado%20Tr%C3%A1fico%20%C3%93rganos.pdf> (consultado en 21/09/ 2015).
- ◆ The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. Disponible en: <http://www.who.int/transplantation/publications/ConsensusStatementShort.pdf> (consultado en 21/09/2013).
- ◆ Declaración de Estambul. Cumbre Internacional sobre turismo de trasplante y tráfico de órganos, Estambul, Turquía del 30 de abril al 2 mayo de 2008. Disponible en: <https://dev1274.esot.org/Elpat/Content.aspx?item=59> (consultado en 21/09/2015).
- ◆ DOMINGUEZ-GIL, B. et al. Decrease in Refusals to donate in Spain despite no substantial change in the population's attitude towards donation. *Organs, Tissues&Cells*, (13), 17-24, 2010.
- ◆ DOMINGUEZ-GIL, B. et al. Situación actual del trasplante renal de donante vivo en España y otros países: pasado, presente y futuro de una excelente opción terapéutica. *Nefrología* 2010; 30 (Suppl 2):3-13.
- ◆ FERNÁNDEZ, G. F. et al. Objetivos y Metodologías de las recomendaciones de la SEN - ONT sobre Trasplante Renal de Donante Vivo. *Nefrología* 2010;30 (Suppl 2):1-2.
- ◆ Foro de Aguas Calientes: trasplante y bioética latino-américa. Realizado en Aguas Calientes, México, 2010. Disponible en: [http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento\\_de\\_AguasCalientes.pdf](http://www.cenatra.salud.gob.mx/descargas/contenido/normatividad/Documento_de_AguasCalientes.pdf) (consultado en21/09/2015).

- ◆ Fundació Puigvert - sitio internet - Notícia de 20/04/2011. Disponible en: <http://www.fundacio-puigvert.es/es/la-fundacion/noticias/la-fundacio-puigvert-realiza-la-primera-cadena-de-trasplant-e-renal-de-donante> (consultado en 08/09/2015).
- ◆ GRACIA, D. Trasplante de Órganos: medio siglo de reflexiones éticas. Nefrología; Vol. XXI. Suplemento 4. 2001.
- ◆ Jornal *O Estado de São Paulo*. Entrevista com o Coordenador de Transplantes do Ministério da Saúde e com o Presidente da Associação Brasileira de Transplantes de Órgãos - ABTO. São Paulo, 4 de março de 2012. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,no-brasil-legislacao-nao-permite-direcionar-orgaos-para-terceiros-imp-,843785>(consultado en 23/09/2015).
- ◆ Jornal Diario de Pernambuco. Operação bisturi da Polícia Federal. Recife, 31/12/2003. Disponible en: [http://www.old.pernambuco.com/diario/2003/12/31/especial6\\_0.html](http://www.old.pernambuco.com/diario/2003/12/31/especial6_0.html) (consultado en 21/09/2015).
- ◆ MARAZUELA, R. & MATESANZ, R. La Directiva 2010/53/UE sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos. DS: Derecho y salud, ISSN 1133-7400, Vol. 21, Nº. Extra 1, 2011 (Ejemplar dedicado a: XIX Congreso "Derecho y Salud"), págs. 79-84. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3436897>.
- ◆ MENJIVAR, A.; MANYALICH, M. & OPPENHEIMER, F. Living donations: General Aspects. In: Manyalich, M. & Valero, R (Org.). Transplant Coordination Manual. Edited by Transplant Procurement Management (TPM) & Donation and Transplant Institute (DTI Foundation), Barcelona, 2014.
- ◆ MATESANZ, R. El Milagro de los Trasplantes: de la donación de órganos a las células madre. Ed. La Esfera de los Libros, S.L., Madrid, 2006.
- ◆ MATESANZ, R et al. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? Transplant International, European Society for Organ Transplantation, 24: 333-343, 2011.
- ◆ MEDINA-PESTANA, J.O. et al. O Contexto do Transplante Renal no Brasil e suas disparidades geográficas. J BrasNefrol 2011;33(4):472-484.
- ◆ MURRAY, JE. Forty years of transplantation: merely a prologue. TransplantProc 1992;24: 1647-9.
- ◆ ONT. Plan de Acción para la Mejora de la Donación y el Trasplante de Órganos - "Plan donación 40". Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/ProyectosEnMarcha/Plan%20Donaci%C3%B3n%20Cuarenta.pdf> (consultado en 08/09/2015)

- ◆ ONT. Programa Nacional de Donación Renal Cruzada en España. Disponible en: [http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Programa%20Donaci%C3%B3n%20Renal%20Cruzada\\_actualizaci%C3%B3n\\_25062015.pdf](http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Programa%20Donaci%C3%B3n%20Renal%20Cruzada_actualizaci%C3%B3n_25062015.pdf) (consultado en 08/09/2015).
- ◆ ONT. Protocolo de Donación Renal Altruista. Disponible en: [http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Prococolo\\_donaci%C3%B3n\\_renal\\_altruista.pdf](http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/Prococolo_donaci%C3%B3n_renal_altruista.pdf) (consultado en: 08/09/2015).
- ◆ Organización Nacional de Trasplantes (ONT) & Concejo de Europa. Newsletter Transplant - International figures on donation and Transplantation - 2013. Vol 19, nº 1, Septiembre, 2014. Disponible en: <http://www.ont.es/publicaciones/Documents/NEWSLETTER%202014.pdf> (consultado en 1/09/2015).
- ◆ Organ Procurement and Transplantation Network - United Network for Organ Sharing (OPTN/UNOS). OPTN Database. Disponible en: <http://optn.transplant.hrsa.gov/converge/latestData/rptData.asp> (consultado en 1º/09/2015).
- ◆ PARIZEAU, M.H. Transplante de Órgãos. In: Hottois, G. & Missa, J. N. Nova Enciclopédia da Bioética. Instituto Piaget, 1ª edição, Lisboa, 2003, pág 661-664.
- ◆ RIBEIRO, C.D.M. & SCHRAMM, F. R. Transplante de órgãos e tecidos e Política de Focalização. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22 (9):1945-1953, 2006.
- ◆ SACARDO, D.P.; FORTES, P.A.C.; TANAKA, O.Y. Novas Perspectivas na Gestão do Sistema de Saúde da Espanha. Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.1, p.170-179, 2010.
- ◆ SANTOS, L. Direito à saúde e qualidade de vida, um mundo de corresponsabilidades e fazeres. In: Souza, A. et al.; Santos, L. (organização). Direito da Saúde no Brasil. Editora Saberes, Campinas (SP). 2010.
- ◆ SILVA, S.F. A Saúde na Espanha em comparação com o Brasil. IDISA. Disponible en: [http://www.idisa.org.br/site/pasta\\_280\\_0\\_saude-na-espanha.html](http://www.idisa.org.br/site/pasta_280_0_saude-na-espanha.html) (consultado en 1/09/2015).
- ◆ Sistema Nacional de Transplantes - SNT/MS. Estatísticas sobre Transplantes de 2013. Disponible en: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/12/transplantes-2013-n.pdf> (consultado en: 1º/09/2015).

**Fecha de recepción: 5 de octubre de 2015**

**Fecha de aceptación: 20 de noviembre de 2015**