

La Ley de universalización de la asistencia sanitaria y el tranplante

Comitè de Bioètica de Catalunya

Mayo de 2017

La ley de universalización de la asistencia sanitaria y el trasplante

Grupo de Trabajo del Comité de Bioética de Cataluña

M. Morlans, Comité de Bioética de Cataluña (CBC), (coordinador); J. M. Busquets, CBC; J. Fabregat, Hospital Universitario de Bellvitge; L. Guirado, Fundación Puigvert; T. Pont, Hospital Universitario Vall d'Hebron, y J. Tort, Organización Catalana de Trasplantes y Tejidos (OCATT)

Mayo de 2017

La ley de universalización de la asistencia sanitaria y el trasplante

Grupo de Trabajo del Comité de Bioética de Cataluña

Introducción

El anteproyecto de ley de universalización de la asistencia sanitaria a cargo del Servicio Catalán de la Salud,¹ presentado en el Parlamento en octubre pasado, tiene como objetivo alcanzar definitivamente la universalización de la asistencia sanitaria de cobertura pública a las personas residentes en Cataluña. Con esta ley se da cumplimiento efectivo a lo establecido en el artículo 23.1 del Estatuto de autonomía de Cataluña y en la Declaración universal de derechos humanos que, en su artículo 25.1, establece que toda persona tiene, entre otros, el derecho a la asistencia médica.

Se quiere garantizar uno de los principios básicos de nuestro sistema público de salud como es el acceso universal, evitando la exclusión de la atención sanitaria debido a las medidas legislativas adoptadas a raíz de la crisis económica.² Esta iniciativa legal quiere consolidar el cambio que representó la Ley general de sanidad de 1986, en la que se regula la financiación de la sanidad pública por medio de los impuestos generales y sustituye las aportaciones de la Seguridad Social (SS). Este cambio, que promueve y facilita la universalización de la asistencia, representa, al mismo tiempo, un paso adelante en la consolidación de los derechos sociales: es el fundamento legal para que sea la condición de ciudadanía la que garantice el derecho a la asistencia pública y no la condición de afiliado a la SS.

En el anteproyecto de ley, se entiende que son residentes las personas que estén empadronadas en un municipio de Cataluña. Este artículo regula lo que ha sido práctica habitual de los ayuntamientos con la finalidad de asegurar la asistencia a las personas

¹ Avantprojecte de llei d'universalització de l'assistència sanitària a càrrec del Servei Català de la Salut. <http://www.parlament.cat/document/antecedents/178893.pdf>

² Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. <https://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf>

inmigrantes o en riesgo de exclusión social, ya que el estar censado es el requisito para acceder a la tarjeta sanitaria. Ahora bien, de esta facilidad para obtener la tarjeta sanitaria pueden sacar provecho las personas extranjeras para acceder a las listas de espera de trasplante. La cantidad y calidad de los trasplantes y las facilidades para acceder a nuestro sistema público pueden ejercer un potente efecto llamada sobre las personas que lo necesitan.

Este documento tiene como objetivo propiciar la reflexión sobre el posible impacto del anteproyecto de ley en el trasplante, así como proponer unas recomendaciones que regulen el acceso al mismo, evitando malos usos y fraudes. Empecemos por describir los conceptos y principios que, a nuestro parecer, hay que tener en cuenta en la argumentación y que serán el hilo conductor de nuestra reflexión.

Conceptos y principios relevantes

La casuística es un método para el abordaje de los problemas morales basado en el estudio de casos. La descripción de las circunstancias y situaciones diversas a las que recurren las personas extranjeras para acceder a un trasplante, identificadas por la Organización Catalana de Trasplantes y Tejidos (OCATT), nos permite captar su complejidad con independencia de su número que, si bien hoy por hoy es reducido, se prevé un incremento futuro. Cada situación necesita una respuesta específica, lo que está fuera del alcance de este documento, aunque las recomendaciones finales tendrían que poder orientar la toma de decisiones en los casos concretos.

La Sociedad de Trasplante y la Sociedad Internacional de Nefrología, preocupadas por el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes y con la intención de promover la donación altruista, consensuaron la Declaración de Estambul, que insta a los Estados a la autosuficiencia: “las jurisdicciones, los países y las regiones tendrían que esforzarse por alcanzar la autosuficiencia en la donación de órganos generando un número suficiente para los residentes que lo necesitan, o bien desde dentro del país o bien a través de la cooperación”.³ Este *principio de autosuficiencia*, con el respaldo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha visto reflejado en las directrices europeas que excluyen el trasplante en la regulación de la atención sanitaria transfronteriza.

En la declaración se define el *turismo de trasplante* como el tráfico de órganos o la comercialización del trasplante a través de las fronteras o si los recursos (órganos, profesionales y centros de trasplante) dedicados a realizar trasplantes a pacientes de otros países reducen las posibilidades de los países de ofrecer el servicio del trasplante a su

³ The Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant tourism. Transplantation. 2008; 86: 1013. www.declarationofistanbul.org

propia población. Esta definición es adecuada a las personas extranjeras que pueden financiarse un trasplante de donante vivo si utilizan recursos públicos. La autorización de la práctica privada en centros del sistema público de salud puede dar lugar a este uso indebido y poner a prueba la capacidad autorreguladora de la institución para delimitar ambas prácticas.

La universalización de la asistencia en nuestro Estado ha sido propiciada por la financiación del sistema público de salud con los impuestos progresivos que sustituyen las cuotas de la SS. Este cambio hace que sea la condición de *ciudadano* la que da el derecho de acceso a los servicios asistenciales y no la de *mutualista*, que comporta estar al corriente de cotización. Y también permite hacerlo extensivo a la condición de *residente*, que es la persona que está empadronada en un municipio de Cataluña. El presente anteproyecto de ley quiere regular lo que ha sido práctica corriente de los ayuntamientos, la inscripción en los censos de las personas inmigrantes o en riesgo de exclusión social para poder disponer de la tarjeta sanitaria y otros servicios sociales.

Casuística sobre trasplante de órganos

1. *Trasplante de donante vivo de riñón o lóbulo hepático a paciente extranjero con financiación privada y donación altruista.* Mientras que, cuando hay un fracaso del injerto de riñón se puede sobrevivir con la diálisis, en el caso del hígado y para prevenir esta circunstancia, hay que incluir donante y receptor a la lista de espera de donante cadáver. Tal como ya analizó el Comité de Bioética de Cataluña (CBC),⁴ supone vulnerar el principio de equidad al priorizar el acceso a un recurso público por medio de la financiación privada.
2. *Paciente infantil extranjero.* Se incluye en la lista de espera al considerar que prevalecen los derechos de protección a la infancia, aunque supone alargar el tiempo de espera, de por sí ya elevado, debido a que los donantes pediátricos son muy poco frecuentes. Si el paciente vuelve a su país, puede no estar garantizada la atención médica adecuada y el acceso a la medicación inmunosupresora.
3. *Paciente europeo que se traslada para el trasplante.* Solo es factible incluirlo en lista de espera de trasplante renal si se dializa previamente aquí y obtiene la residencia y la afiliación a la Seguridad Social.
4. *Paciente pensionista europeo que fija su residencia en España.* Tiene los mismos derechos que los ciudadanos españoles.

⁴ Posicionament del CBC sobre el protocol de trasplantament hepàtic de donant viu en receptors no residents a Espanya. Barcelona Comitè de Bioètica de Catalunya, juliol de 2013. http://comitebioetica.cat/wpcontent/uploads/2013/09/1148_BIOETICA_posicionamient_CBC_transplantament_juliol_2013_RA_cat.pdf

5. *Paciente extracomunitario con tarjeta sanitaria y empadronamiento sin cotización activa a la Seguridad Social.* Es la situación más frecuente alcanzable al poco tiempo de residencia. Siguiendo la instrucción sobre turismo de trasplantes⁵ de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), no se tienen que incluir en la lista de espera y la ONT los retira si el hospital los ha incluido.
6. *Solicitudes de inclusión de pacientes a programas de trasplante de donante cadáver, envíos desde el país de origen.* La Comisión de Trasplantes del Consejo Interterritorial las informa negativamente de manera sistemática, atendiendo a la existencia de lista de espera de los pacientes del país.

Casuística sobre trasplante de progenitores de médula o cordón umbilical

A diferencia de los órganos, los progenitores no comprometen a otras personas que estén esperando un trasplante. Según la indicación y el estado de la enfermedad se pueden realizar tres tipos diferentes de trasplante: 1) autogénico con células del propio paciente; 2) alogénico familiar, cuando las células las da un familiar; y 3) alogénico no familiar en el que las células provienen de un donante altruista o de una unidad de sangre de cordón umbilical almacenada en un banco público en cualquier lugar del mundo y que se ha encontrado mediante la solicitud de inicio de investigación que gestiona el Registro de Donantes de Médula Ósea (REDMO) - Fundación Carreras.

1. *Trasplante autogénico, alogénico familiar, alogénico no familiar y solicitudes de inicio de investigación de donante no emparentado a paciente extranjero con financiación privada.* Se hacen sin restricciones. Si procede, la OCATT tiene que autorizar la investigación de donante no emparentado.
2. *Paciente infantil extranjero.* Se aceptan porque prevalece el respeto y la protección de los derechos del niño. La investigación de donantes no emparentados en determinadas etnias puede ser laboriosa con el consiguiente incremento del gasto. El seguimiento médico y los tratamientos inmunosupresores no siempre son accesibles en los países de origen.
3. *Trasplante autogénico, alogénico familiar y no familiar y solicitudes de inicio de investigación de donante de paciente extranjero.* Habitualmente disponen de tarjeta sanitaria sin afiliación a la SS y el gasto corre a cargo del CatSalut que, en el caso de los trasplantes alogénicos emparentados, también incluye la asistencia del donante.

El principio de autosuficiencia y la cooperación internacional

⁵ Circular sobre el turismo de trasplante. Madrid, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Organización Nacional de Trasplantes; abril de 2016.

Las sociedades científicas entienden el principio de autosuficiencia en la donación y trasplante de órganos como una forma equitativa de satisfacer las necesidades de trasplante de una determinada población utilizando los recursos propios de esta población. La OMS ha hecho suyo este principio con una doble finalidad.

Por una parte, estimular a las autoridades nacionales para que promuevan medidas legislativas para fomentar la donación de órganos. Esta es la intención de la siguiente recomendación: “Las autoridades nacionales tienen que liderar el cambio normativo, desde la donación de órganos como un derecho de donante y receptor hasta la responsabilidad a todos los niveles de la sociedad mediante la educación, la legislación sin ambigüedades y el apoyo comprometido”.⁶ Por el otro lado, se prevé que el incremento local de la generación de órganos vaya en detrimento de la donación de vivo remunerada y el turismo de trasplante a la que recurren los ciudadanos de los países con tasas bajas de donación.

Esta resolución de la OMS, propiciada por las sociedades científicas, ha sido recogida por el Parlamento y el Consejo Europeo al excluir específicamente la asignación de órganos y el acceso a los mismos con la finalidad del trasplante en su Directiva relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.⁷ La decisión de excluir el trasplante de la colaboración europea en la asistencia sanitaria ha sido ratificada por el Real decreto 81/2014, que regula y despliega la directiva europea en el Estado español.⁸

Ahora bien, el principio de autosuficiencia es el fruto de una decisión estratégica, razonada y consensuada, pero no puede aspirar a la consideración de principio ético de valor universal, aceptado por todo el mundo. En ese sentido, tiene que ser considerado como un criterio circunstancial, orientado a estimular la competencia entre los países para satisfacer las necesidades locales y no tanto como un sólido principio ético difícil de fundamentar desde la perspectiva de la solidaridad y la cooperación

⁶ 3rd WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation. Madrid: 23-25 de marzo de 2010. Transplantation 2011; vol. 91, 11S: S32.

⁷ Directiva 2011/24/UE del Parlamento europeo y el Consejo de 9 de marzo de 2011 relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Diario Oficial de la Unión Europea, 4-4-2011, L 88/45 <https://www.boe.es/doue/2011/088/L00045-00065.pdf>

⁸ Real decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE 8-2-2014, pàg. 10915. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-1331

internacional. Una prueba de la variabilidad práctica del criterio es que se siguen aceptando las organizaciones supraestatales de intercambio de órganos ya existentes como Eurotrasplant, que agrupa ocho países centroeuropeos, o Scandiatrasplant, que agrupa los cuatro países escandinavos, organizaciones que, en casos de extrema urgencia, intercambian órganos con las de los otros países.

Pero también hay que considerar que la autosuficiencia pretende garantizar la equidad en el acceso a un recurso escaso como es un órgano de cadáver y la justa distribución de los beneficios y las cargas de la donación que está pensada y planificada en clave local. Los pacientes en lista de espera de un hospital son los primeros beneficiarios de la donación de órganos en el hospital o los centros colaboradores. Esta regla, que tiene su excepción en los casos urgentes y los pacientes pediátricos, se fundamenta, una vez más, en la competitividad para estimular la efectividad de los programas de donación de órganos.

Así pues, optar como criterio por la autosuficiencia, tanto nacional como a escala de centro, es una constricción a la hora de abordar el trasplante de personas no residentes en el propio país. El consenso en torno a la autosuficiencia cuestiona el ejercicio de la solidaridad y la cooperación internacional, al reducirla a la excepcionalidad de los casos urgentes. Pero, además, se da la paradoja de que los países que han tenido éxito en incrementar las donaciones de órganos y en la calidad de los trasplantes se han convertido en el destino de las personas necesitadas de un trasplante que viven en países donde esta práctica es inexistente o está poco desarrollada. La realidad es que, a pesar del incremento de las donaciones, las listas de espera se mantienen y, en el caso de Cataluña, había 1.301 personas a la espera de un órgano a 31 de diciembre de 2016.⁹ Así pues, parece imprescindible tomar medidas coherentes con la legislación actual para evitar el llamado turismo de trasplante.

La regulación del turismo de trasplante

Si hay un ámbito del trasplante vulnerable a las prácticas fraudulentas y delictivas propias del comercio y el turismo sanitario es el trasplante de donante vivo. En su momento y a partir de la consulta del OCATT y respondiendo a la inquietud de los profesionales del sector, el CBC consensuó unas recomendaciones en las que desaconsejaba, entre otros, la práctica con financiación privada del trasplante hepático

⁹ http://trasplantaments.gencat.cat/ca/trasplantament/trasplantament_d_organs/les_llistes_d_espera/

de donante vivo.¹⁰ Los potenciales beneficiarios son personas no residentes en el país con elevado poder adquisitivo y un requisito es la inclusión en la lista de espera de donante cadáver tanto del donante como del receptor por si sufren un fracaso inmediato del órgano.

La necesidad de este requisito prudente es lo que lo hace cuestionable desde la perspectiva ética, ya que el acceso a la lista de espera de trasplante hepático con carácter urgente gracias a la capacidad adquisitiva del receptor representa un privilegio personal contrario a los principios de altruismo y solidaridad que promueven la donación de órgano tanto de cadáver como de vivo. Y a su vez, vulnera los principios de acceso universal y equitativo que sustentan nuestro sistema público de salud y que incluye los programas de trasplante.

Con estos antecedentes, la aprobación por parte de la ONT del protocolo de actuación en el trasplante hepático de donante vivo en receptores no residentes en España,¹¹ basándose en que el riesgo de reintervención en estos pacientes es bajo, causó el desconcierto entre los profesionales del trasplante y fue motivo de consulta al CBC.

En su respuesta y posicionamiento público, el CBC¹² se reafirma en las conclusiones del documento sobre *Consideraciones éticas en los trasplantes de donante vivo*, antes citado, para advertir de los riesgos de avalar la práctica del trasplante de donante vivo con financiación privada, ya que se separa de la línea de defensa del acceso universal y equitativo que hasta ahora ha prevalecido en el ámbito de los trasplantes. Las razones económicas o los intereses de otra naturaleza no pueden justificar en ningún caso actuaciones que rompen con el sistema equitativo y justo que hasta ahora ha dado tantos buenos resultados. Y se manifiesta la sorpresa de que sea la ONT quien avale la iniciativa cuando tendría que ser el referente y guía de la buena práctica.

La reciente circular sobre turismo de trasplante de la ONT¹³ no hace más que reabrir el debate al que invitaba el CBC en su posicionamiento. Es difícil explicar y, aún más aceptar, que se califique como turismo de trasplante y sea considerada como una

¹⁰ Comitè de Bioètica de Catalunya. Consideracions ètiques en el trasplantament de donant viu. Barcelona, 2011. <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/04/transplantament-donant-viu-final-corregit-catala-30-gener.pdf>

¹¹ Organización Nacional de Trasplantes. Trasplante hepático de donante vivo en receptores no residentes en España. Protocolo de actuación, Madrid, junio de 2013.

¹² Posicionament del CBC sobre el protocol de trasplantament hepàtic de donant viu en receptors no residents a Espanya. Barcelona Comitè de Bioètica de Catalunya, juliol de 2013. http://comitebioetica.cat/wpcontent/uploads/2013/09/1148_BIOETICA_posicionamient_CBC_transplantament_juliol_2013_RA_cat.pdf

¹³ Véase la cita 5.

práctica fraudulenta desplazarse a nuestro país para beneficiarse de un trasplante de donante cadáver y no lo sea quien está incluido en la lista de manera pública porque puede pagarse un trasplante de donante vivo. Parece que el concepto de turismo de trasplante es adecuado tanto para describir la práctica de la persona acomodada que se desplaza a un país porque puede costearse el elevado coste de la intervención como la actuación de quien recurre al fraude para poder sobrevivir.

La gravedad y la persistencia de la actual crisis económica propicia las propuestas de financiación privada de los servicios públicos como ahora es la atención sanitaria. En ese sentido, hay que interpretar el protocolo de la ONT de trasplante hepático de donante vivo a personas no residentes, ya que solo beneficia económicamente a los centros y profesionales implicados, con el uso indebido de un recurso público como es la lista de espera y sin ningún beneficio para la comunidad. La sospecha de que el móvil de esta iniciativa sea el beneficio económico puede tener un efecto disuasivo en las donaciones de cadáver.¹⁴

El uso fraudulento de las listas de espera y la circular reciente tendrían que ser motivo más que suficiente para que la ONT reconsidere su actitud en el trasplante hepático de vivo en personas no residentes. Los buenos resultados de los programas de trasplante no hubieran sido posibles sin la generosidad de los ciudadanos y la competencia de los profesionales. Los promotores del protocolo de la ONT tendrían que reflexionar si su propuesta es respetuosa con el comportamiento solidario de los ciudadanos y la responsabilidad de los profesionales que han hecho posible estos resultados.

Las decisiones administrativas son respetadas y cumplidas si son coherentes y consistentes y tienen como objetivo el bien común. Si responden a intereses corporativos o a oportunismos circunstanciales, el paso del tiempo las desacreditará. La principal debilidad de la actual circular es su contradicción flagrante con lo anterior. Es necesario el debate social para consensuar y definir lo que se entiende por turismo de trasplante y delimitar lo que es una práctica rechazable de la que es compatible con la solidaridad y la cooperación internacional, así como las pertinentes medidas preventivas y correctoras.

En ese sentido, hay que diferenciar el tráfico de órganos del acceso fraudulento a las listas de espera. Si bien el Código penal prevé una pena que puede llegar a los doce años de prisión para los que promuevan y faciliten la obtención o el tráfico ilegal de

¹⁴ Morlans M. El trasplantament de donant viu: un repte clínic i moral. *Bioètica & Debat.* 2013; 19(70): 3-9.

órganos humanos ajenos o su trasplante, extensiva al receptor cuando conoce el origen ilícito del órgano¹⁵, entendemos que el acceso fraudulento a las listas de espera no encaja con esta tipificación delictiva.

El acceso al Sistema Nacional de Salud

Los rasgos esenciales de nuestro sistema público de salud son la financiación con los impuestos progresivos y los principios que lo fundamentan: la cobertura universal y la equidad en la asistencia. La financiación con los impuestos es una opción política que vincula el derecho a la asistencia a la condición de ciudadano,¹⁶ a diferencia del modelo de financiación por medio de las cuotas de la Seguridad Social, que lo vincula a la condición de mutualista. La financiación con los impuestos, a igual eficiencia con la de la SS, es más coherente con los dos principios mencionados, en tanto en cuanto, entre otros, posibilita la cobertura de los colectivos vulnerables con riesgo de exclusión social, como son los inmigrantes o aquellos que no se han podido incorporar al mercado laboral. La atención a estos colectivos no es solo una cuestión de justicia social sino también de salud pública por el riesgo que representa su exclusión.

El fundamento ético de esta opción es la convicción de que las personas tienen el derecho a ser atendidas según sus necesidades con independencia de su poder adquisitivo. Representa el compromiso colectivo de atender a las personas con independencia de su aportación económica al Estado. El concepto de asegurado y beneficiario de la asistencia quedan restringidos al ámbito del mutualismo privado y excluidos del sistema público. La condición de ciudadano es la que acredita para acceder al sistema sanitario público. Este derecho se amplía a la condición de residente por la decisión de las administraciones locales de proporcionar la tarjeta sanitaria a toda persona inscrita en el censo ante los posibles problemas de salud originados por los inmigrantes sin papeles.¹⁷

Precisamente, la nueva ley de universalización de la asistencia sanitaria quiere consolidar este derecho de acceso y blindar nuestro sistema de salud de las medidas de reforma del sistema sanitario público emprendidas en el Estado español con la

¹⁵ Artículo 156 bis del Código penal.

¹⁶ Beltrán, JL. ¿Sistema Nacional de Salud o asistencia sanitaria de la Seguridad Social? *Ciudadanía Sanitaria*. 2007; 15: 27-39.

Dialnet-SistemaNacionalDeSaludOAsistenciaSanitariaDeLaSegu-2349372%20(1).pdf

¹⁷ Morlans M. Per un Sistema Nacional de Salut d'accés universal, equitatiu i eficient. *Servei d'Informació Col·legial* 2012; 136: 10-11.

https://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/anuari/anuari2012/pdf/info_COMB_2012.pdf

intención de limitar la asistencia a determinados colectivos.¹⁸ Esta y no otra es la finalidad de reintroducir los conceptos de asegurado y beneficiario, lo que supone una inflexión con respecto al proceso iniciado en 1986 con la promulgación de la Ley general de sanidad, aprobada por una amplia mayoría en el Congreso y que regula el derecho constitucional a la protección de la salud y a su cuidado.

No deja de resultar coherente con estas medidas restrictivas que en la mencionada circular sobre turismo de trasplante de la ONT¹⁹ se exija como una de las condiciones para acceder a las listas de espera disponer de un número de afiliación a la SS, lo que solo es factible previa cotización. Sin embargo, esta medida administrativa se contradice con el objetivo de universalización de la asistencia del anteproyecto de ley pendiente de aprobación. En el texto legislativo, se tendría que incluir una referencia al trasplante, definiendo el periodo de residencia u otros criterios excepcionales que regulen el derecho de acceso a las listas de espera.

Consideraciones y recomendaciones

1. El anteproyecto de ley de universalización de la asistencia por parte del servicio de salud de Cataluña supone la consolidación de uno de los principios que fundamentan nuestro servicio de salud, el derecho de acceso de la ciudadanía garantizado por medio de la financiación con los impuestos progresivos.
2. El derecho de acceso universal a la asistencia se fundamenta en la convicción ética que es básico para garantizar el funcionamiento normal propio de la especie humana y que, sin este funcionamiento normal, no se puede aspirar a gozar de los demás derechos.
3. La financiación de la asistencia con los impuestos representa un cambio en el derecho de acceso al sistema público de salud. Este cambio en el modelo de financiación es el fundamento para que sea la condición de ciudadano la que habilita el ejercicio del derecho de acceso y no la de asegurado o mutualista de la SS. El alcance de esta medida, si bien tiene que ver con el modelo de financiación, va más allá, al permitir ampliar la cobertura asistencial a personas que no están en condiciones de cotizar en la SS.
4. Las administraciones locales han hecho extensivos estos derechos a los

¹⁸ Véase la cita 2.

¹⁹ Véase la cita 5.

residentes al facilitar la tarjeta sanitaria a los inscritos en el censo con el objetivo de proteger la salud y evitar la marginación de personas en riesgo de exclusión social como pueden ser los inmigrantes.

5. El principio de autosuficiencia, con un amplio consenso internacional, tiene como objetivo promover la donación local de órganos y prevenir su comercio así como el llamado *turismo de trasplante*. Si bien, en nuestro caso, ha triunfado al incentivar la donación, el hecho paradójico es que estos buenos resultados constituyen un poderoso reclamo sobre el turismo de trasplante.
6. Siguiendo la directiva de la Unión Europea que regula la atención sanitaria transfronteriza y la legislación española que se hace eco, cabe mencionar especialmente el trasplante en el redactado de la ley, en el sentido de definir los criterios de acceso y exclusión, basándose en la escasez de órganos y el altruismo de la ciudadanía.
7. A pesar de las elevadas tasas de donación de órganos, las listas de espera de trasplante se mantienen. Así pues, parece que, por respeto a las personas en esta situación y al altruismo de los donantes locales, es necesario tomar medidas coercitivas para evitar el acceso fraudulento a las listas de espera, procedimiento ilegal diferente del tráfico de órganos tipificado en el Código penal.
8. Las medidas reguladoras para evitar el fraude perpetrado por el turismo de trasplante se tienen que centrar en verificar y garantizar la condición de residente y no tanto en el estado de cotización a la SS, por coherencia con la nueva ley de universalización de la asistencia. Al mismo tiempo, la condición de residente es la garantía de un seguimiento médico adecuado y de acceso al tratamiento inmunosupresor, sin los cuales la supervivencia del trasplante es inviable.
9. Si bien es la condición de residente la que habilita a recibir la asistencia médica, se tendría que prever que esta condición estuviera acreditada por un periodo razonable de tiempo u otros criterios excepcionales para acceder a determinados tratamientos o recursos escasos, como es el caso del trasplante, con el fin de evitar los fraudes.
10. Estas medidas tienen que contemplar todo tipo de fraude, incluyendo como tal el acceso a la lista de espera de donante cadáver en el caso del trasplante de

lóbulo hepático de donante vivo con financiación privada. El acceso a un recurso público gracias al poder adquisitivo individual es una discriminación que vulnera uno de los pilares de nuestro SNS, la equidad. Los ciudadanos tienen que estar atentos al buen uso de los recursos públicos y más en el caso del trasplante, fundamentado en el altruismo. Cualquier indicio o sospecha de beneficio económico particular o corporativo puede tener un efecto disuasivo en las donaciones.

11. En el trasplante a personas procedentes de países donde no se practican o donde los programas son incipientes, sobre todo en el caso de los niños, hay que tener en cuenta el hecho de que el resultado de un trasplante no depende exclusivamente del éxito de la intervención quirúrgica, sino que, para garantizar la supervivencia razonable del injerto, es necesario un seguimiento médico adecuado que incluye el uso monitorizado de la medicación inmunosupresora. Si este seguimiento no está garantizado, el trasplante puede resultar en un despilfarro de un recurso local escaso.
12. Las organizaciones de cooperación internacional y los gobiernos de los países implicados deberían comprometerse con un ejercicio de responsabilidad que va más allá de facilitar el acceso de las personas a trasplantar en el país y el hospital. Las buenas prácticas de organizaciones y gobiernos tendrían que incluir la evaluación de las posibilidades de seguimiento médico adecuado en el país de origen de las personas trasplantadas y hacer el seguimiento correspondiente para poder rendir cuentas de los resultados obtenidos con el paso del tiempo.
13. La cooperación internacional en el campo del trasplante se tendría que focalizar en la formación de los profesionales tanto en el ámbito de la coordinación, verdadera pieza clave de los programas de trasplante, como en las técnicas quirúrgicas y el manejo del tratamiento inmunosupresor. Por desgracia, la viabilidad de estos programas depende del grado de desarrollo de la sanidad local así como de la cultura social sobre la muerte, que resulta determinante en las donaciones. Estos obstáculos no quitan la responsabilidad de los gobiernos de los países con personas trasplantadas en el extranjero de promover e impulsar los programas de trasplante.