

**La llei d'universalització de
l'assistència sanitària i el
trasplantament**

Comitè de Bioètica de Catalunya

Maig 2017

La llei d'universalització de l'assistència sanitària i el trasplantament

Grup de Treball del Comitè de Bioètica de Catalunya

M. Morlans, Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC) (coordinador); J. M. Busquets, CBC, J. Fabregat, Hospital Universitari de Bellvitge, L. Guirado, Fundació Puigvert, T. Pont, Hospital Universitari Vall d'Hebron; J. Tort, Organització Catalana de Trasplantaments i Teixits (OCATT)

La llei d'universalització de l'assistència sanitària i el trasplantament

Grup de Treball del Comitè de Bioètica de Catalunya

Introducció

L'avantprojecte de llei d'universalització de l'assistència sanitària a càrrec del Servei Català de la Salut,¹ presentat al Parlament l'octubre passat, té com a objectiu assolir definitivament la universalització de l'assistència sanitària de cobertura pública a les persones residents a Catalunya. Amb aquesta llei es dona compliment efectiu al que estableix l'article 23.1 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya i a la Declaració universal de drets humans que, en l'article 25.1, estableix que tota persona té, entre d'altres, el dret a l'assistència mèdica.

Es vol garantir un dels principis bàsics del nostre sistema públic de salut com és l'accés universal, que evita l'exclusió de l'atenció sanitària a causa de les mesures legislatives adoptades arran de la crisi econòmica.² Aquesta iniciativa legal vol consolidar el canvi que va representar la Llei general de sanitat de 1986, en la qual es regula el finançament de la sanitat pública per mitjà del impostos generals que substitueixen les aportacions de la Seguretat Social (SS). Aquest canvi, que promou i facilita la universalització de l'assistència, representa, al mateix temps, un pas endavant en la consolidació dels drets socials: és el fonament legal perquè sigui la condició de ciutadania la que garanteixi el dret a l'assistència pública i no la condició d'afiliat a la SS.

En l'avantprojecte de llei, s'entén que són residents les persones que estiguin empadronades en un municipi de Catalunya. Aquest article regula el que ha estat pràctica habitual dels ajuntaments amb la finalitat d'assegurar l'assistència a les persones immigrants o en risc d'exclusió social, ja que estar censat és el requisit per accedir a la targeta sanitària. Ara bé,

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. Reial decret llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i la seguretat de les seves prestacions.
https://www.boe.es/boe_catalan/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403-C.pdf

d'aquesta facilitat per obtenir la targeta sanitària, poden treure'n profit les persones estrangeres per accedir a les llistes d'espera de trasplantament. La quantitat i qualitat dels trasplantaments i les facilitats per accedir al nostre sistema públic poden exercir un potent "efecte crida" sobre les persones que ho necessiten.

Aquest document té per objectiu propiciar la reflexió sobre el possible impacte de l'avantprojecte de llei en el trasplantament, així com proposar unes recomanacions que en regulin l'accés i que evitin mals usos i frauds. Comencem per descriure els conceptes i principis que, al nostre parer, cal tenir en compte en l'argumentació i que seran el fil conductor de la nostra reflexió.

Conceptes i principis rellevants

La *casuística* és un mètode per a l'abordatge dels problemes morals basat en l'estudi de casos. La descripció de les circumstàncies i situacions diverses a les quals recorren les persones estrangeres per accedir a un trasplantament, identificades per l'Organització Catalana de Trasplantaments i Teixits (OCATT), ens permet copsar-ne la complexitat amb independència del nombre, que, si bé ara per ara és reduït, se'n preveu l'increment futur. Cada situació necessita una resposta específica, cosa que està fora de l'abast d'aquest document, tot i que les recomanacions finals haurien de poder orientar la presa de decisions en els casos concrets.

La Societat de Trasplantament i la Societat Internacional de Nefrologia, preocupades pel tràfic d'òrgans i el turisme de trasplantament i amb la intenció de promoure la donació altruista, van consensuar la Declaració d'Istanbul, que insta els estats a l'autosuficiència: "Les jurisdiccions, els països i les regions haurien d'esforçar-se per assolir l'autosuficiència en la donació d'òrgans i generar-ne el nombre suficient per als residents que en necessiten, bé des de dins del país o bé a través de la cooperació".³ Aquest *principi d'autosuficiència*, que té el suport de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), ha estat reflectit en les directrius europees que exclouen el trasplantament en la regulació de l'atenció sanitària transfronterera.

En la declaració es defineix el *turisme de trasplantament* com el tràfic d'òrgans o la comercialització de trasplantaments a través de les fronteres, o si els recursos (òrgans, professionals i centres de trasplantaments) dedicats a fer trasplantaments a pacients d'altres països redueixen les possibilitats dels països d'oferir el servei del trasplantament a la seva pròpia població. Aquesta definició escau a les persones estrangeres que poden finançar-se

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

un trasplantament de donant viu si utilitzen recursos públics. L'autorització de la *pràctica privada en centres del sistema públic de salut* pot donar lloc a aquest ús indegut i posar a prova la capacitat autoreguladora de la institució per delimitar ambdues pràctiques.

La *universalització de l'assistència* al nostre Estat ha estat propiciada pel finançament del sistema públic de salut amb els impostos progressius que substitueixen les quotes de la SS. Aquest canvi fa que sigui la condició de *ciutadà* la que dona el dret d'accés als serveis assistencials i no la de *mutualista*, que comporta estar al corrent de cotització. I també permet fer-ho extensiu a la condició de *resident*, que és la persona que està empadronada en un municipi de Catalunya. Aquest avantprojecte de llei vol regular el que ha estat pràctica corrent dels ajuntaments, la inscripció al cens de les persones immigrants o amb risc d'exclusió social per poder disposar de la targeta sanitària i altres serveis socials.

Casuística sobre trasplantament d'òrgans

1. *Trasplantament de donant viu de ronyó o lòbul hepàtic a pacient estranger amb finançament privat i donació altruista.* Mentre que quan hi ha un fracàs de l'empelt de ronyó es pot sobreviure amb la diàlisi, en el cas del fetge, i per prevenir aquesta circumstància, cal incloure donant i receptor en la llista d'espera de donant cadàver. Com ja va analitzar el Comitè de Bioètica de Catalunya (CBC),⁴ suposa vulnerar el principi d'equitat, ja que prioritza l'accés a un recurs públic per mitjà del finançament privat.
2. *Pacient infantil estranger.* S'inclou en llista d'espera en considerar que prevalen els drets de protecció a la infància, tot i que suposa allargar el temps d'espera, ja de per si elevat, ja que els donants pediàtrics són molt poc freqüents. Si el pacient retorna al seu país, pot no estar garantida l'atenció mèdica adequada i l'accés a la medicació immunosupressora.
3. *Pacient europeu que es trasllada per a trasplantament.* Només és factible incloure'l en llista d'espera de trasplantament renal si es dialitza prèviament aquí i aconseguix la residència i l'afiliació a la SS.
4. *Pacient pensionista europeu que fixa la seva residència a Espanya.* Té els mateixos drets que els ciutadans espanyols.
5. *Pacient extracomunitari amb targeta sanitària i empadronament sense cotització activa a la SS.* És la situació més freqüent, assolible al cap de poc temps de

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

residència. Seguint la Instrucció sobre *turisme de trasplantaments*⁵ de l'Organització Nacional de Trasplantaments (ONT), no s'han d'incloure en la llista d'espera i l'ONT els retira si l'hospital els ha inclòs.

6. *Sol·licituds d'inclusió de pacients a programes de trasplantament de donant cadàver, trameses des del país d'origen.* La Comissió de Trasplantaments del Consell Interterritorial els informa negativament de manera sistemàtica, atenent a l'existència de llista d'espera dels pacients del país.

Casuística sobre trasplantament de progenitors de medul·la o cordó umbilical

A diferència dels òrgans, els progenitors no comprometen altres persones que estiguin esperant un trasplantament. Segons la indicació i l'estat de la malaltia es poden realitzar tres tipus diferents de trasplantament: 1) autogènic amb cèl·lules del mateix pacient; 2) al·logènic familiar, quan les cèl·lules les dona un familiar; i 3) al·logènic no familiar en què les cèl·lules provenen d'un donant altruista o d'una unitat de sang de cordó umbilical emmagatzemada en un banc públic arreu del món i que s'ha trobat mitjançant la sol·licitud d'inici de recerca que gestiona el Registre de Donants de Medul·la Òssia (REDMO) - Fundació Carreras.

1. *Trasplantament autogènic, al·logènic familiar, al·logènic no familiar i sol·licituds d'inici de recerca de donant no emparentat a pacient estranger amb finançament privat.* Es fan sense restriccions. Quan escau, l'OCATT ha d'autoritzar la recerca de donant no emparentat.
2. *Pacient infantil estranger.* S'accepten perquè preval el respecte i la protecció dels drets de l'infant. La recerca de donants no emparentats en determinades ètnies pot ser laboriosa, amb el consegüent increment de la despesa. El seguiment mèdic i els tractaments immunosupressors no sempre són accessibles als països d'origen.
3. *Trasplantament autogènic, al·logènic familiar i no familiar i sol·licituds d'inici de recerca de donant de pacient estranger.* Habitualment disposen de targeta sanitària sense afiliació a la SS i la despesa és a càrrec del CatSalut, que en el cas dels trasplantaments al·logènics emparentats també inclou l'assistència del donant.

El principi d'autosuficiència i la cooperació internacional

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

Les societats científiques entenen el principi d'autosuficiència en la donació i els trasplantament d'òrgans com una forma equitativa de satisfer les necessitats de trasplantament d'una determinada població utilitzant els recursos propis d'aquesta població. L'OMS ha fet seu aquest principi amb una doble finalitat.

Per una part, vol estimular les autoritats nacionals perquè promoguin mesures legislatives per fomentar la donació d'òrgans. Aquesta és la intenció de la recomanació següent: "Les autoritats nacionals han de liderar el canvi normatiu, des de la donació d'òrgans com un dret de donant i receptor fins a la responsabilitat a tots els nivells de la societat mitjançant l'educació, la legislació sense ambigüitats i el suport compromès".⁶ Per l'altra, es preveu que l'increment local de la generació d'òrgans vagi en detriment de la donació de viu remunerada i el turisme de trasplantament a la qual recorren els ciutadans dels països amb taxes baixes de donació.

Aquesta resolució de l'OMS, propiciada per les societats científiques, ha estat recollida pel Parlament i el Consell europeus en excloure específicament l'assignació d'òrgans i l'accés a aquests amb la finalitat del trasplantament en la Directiva relativa a l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera.⁷ La decisió d'excloure el trasplantament de la col·laboració europea en l'assistència sanitària ha estat ratificada pel Reial decret 81/2014, que regula i desplega la directiva europea a l'Estat espanyol.⁸

Ara bé, el principi d'autosuficiència és el fruit d'una decisió estratègica, raonada i consensuada, però no pot aspirar a la consideració de principi ètic de valor universal, acceptat per tothom. En aquest sentit, ha de ser considerat com un criteri circumstancial, orientat a estimular la competència entre els països per satisfer les necessitats locals i no tant com un sòlid principi ètic, difícil de fonamentar des de la perspectiva de la solidaritat i la cooperació internacional. Una prova de la variabilitat pràctica del criteri és que es continuen acceptant les organitzacions supraestatals d'intercanvi d'òrgans ja existents com Eurotrasplant, que agrupa vuit països centreeuropeus, o Scandiatrasplant, que agrupa els quatre països escandinaus, organitzacions que, en casos d'extrema urgència, intercanvien òrgans amb els dels altres països.

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

7. Directiva 2011/24/UE del Parlament europeu i del Consell de 9 de març de 2011 relativa a l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera. Diari Oficial de la Unió Europea, 4.4.11, L 88/45. <https://www.boe.es/doue/2011/088/L00045-00065.pdf>

8. Reial decret 81/2014, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen normes per garantir l'assistència sanitària transfronterera, i pel qual es modifica el Reial decret 1718/2010, de 17 de desembre, sobre recepta mèdica i ordres de dispensació. Suplement en llengua catalana al núm. 34. BOE 8.02.14, pàg. 10915. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-1331

Tanmateix, també cal considerar que l'autosuficiència pretén garantir l'equitat en l'accés a un recurs escàs com és un òrgan de cadàver i la justa distribució dels beneficis i les càrregues de la donació, que està pensada i planificada en clau local. Els pacients en llista d'espera d'un hospital són els primers beneficiaris de la donació d'òrgans a l'hospital o als centres col·laboradors. Aquesta regla, que té la seva excepció en els casos urgents i en els pacients pediàtrics, es fonamenta, un cop més, en la competitivitat per estimular l'efectivitat dels programes de donació d'òrgans.

Així doncs, optar com a criteri per l'autosuficiència, tant nacional com en l'àmbit de centre, és una constricció a l'hora d'abordar el trasplantament de persones no residents al país. El consens al voltant de l'autosuficiència qüestiona l'exercici de la solidaritat i la cooperació internacional, la redueix a l'excepcionalitat dels casos urgents. Però, a més, es produeix la paradoxa que els països que han reeixit a incrementar les donacions d'òrgans i en la qualitat dels trasplantaments s'han convertit en la destinació de les persones necessitades d'un trasplantament que viuen en països on aquesta pràctica és inexistent o està poc desenvolupada. La realitat és que, malgrat l'increment de les donacions, les llistes d'espera es mantenen i, en el cas de Catalunya, hi havia 1.301 persones en espera d'un òrgan el 31 de desembre de 2016.⁹ Sembla, doncs, imprescindible, prendre mesures coherents amb la legislació actual per evitar l'anomenat *turisme de trasplantament*.

La regulació del turisme de trasplantament

Si hi ha un àmbit del trasplantament vulnerable a les pràctiques fraudulentas i delictives pròpies del comerç i el turisme sanitari és el trasplantament de donant viu. En el seu moment i a partir de la consulta de l'OCATT i en resposta a la inquietud dels professionals del sector, el CBC va consensuar unes recomanacions que desaconsellaven, entre d'altres, la pràctica amb finançament privat del trasplantament hepàtic de donant viu.¹⁰ Els beneficiaris potencials són persones no residents al país amb un elevat poder adquisitiu i un requisit és la inclusió en llista d'espera de donant cadàver tant del donant com del receptor per si pateixen un fracàs immediat de l'òrgan.

La necessitat d'aquest requisit prudent és el que el fa qüestionable des de la perspectiva ètica, ja que l'accés a la llista d'espera de trasplantament hepàtic amb caràcter urgent gràcies a la capacitat adquisitiva del receptor representa un privilegi personal contrari

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

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>

als principis d'altruisme i solidaritat que promouen la donació d'òrgan tant de cadàver com de viu. I alhora, vulnera els principis d'accés universal i equitatiu que sustenten el nostre sistema públic de salut i que inclouen els programes de trasplantament.

Amb aquests antecedents, l'aprovació per part de l'ONT del protocol d'actuació en el trasplantament hepàtic de donant viu a receptors no residents a Espanya,¹¹ basant-se en el fet que el risc de reintervenció en aquests pacients és baix, va causar el desconcert entre els professionals del trasplantament i fou motiu de consulta al CBC.

En la seva resposta i posicionament públic, el CBC¹² es reafirma en les conclusions del document "Consideracions ètiques en el trasplantament de donant viu", abans esmentat, per advertir dels riscos d'avaluar la pràctica del trasplantament de donant viu amb finançament privat, ja que se separa de la línia de defensa de l'accés universal i equitatiu que fins ara ha prevalgut en l'àmbit dels trasplantaments. Les raons econòmiques o els interessos d'altra naturalesa no poden justificar en cap cas actuacions que trenquen amb el sistema equitatiu i just que fins ara ha donat tants bons resultats. I es manifesta la sorpresa que sigui l'ONT qui avaluï la iniciativa, ja que hauria de ser el referent i la guia de la bona pràctica.

La recent circular sobre turisme de trasplantament de l'ONT¹³ no fa més que reobrir el debat al qual convidava el CBC en el seu posicionament. Es fa difícil d'explicar i, encara més d'acceptar, que es qualifiqui de turisme de trasplantament i sigui considerada com una pràctica fraudulenta el fet de desplaçar-se al nostre país per beneficiar-se d'un trasplantament de donant cadàver i no ho sigui, en canvi, qui és inclòs en la llista de manera pública perquè pot pagar-se un trasplantament de donant viu. Sembla que el concepte de turisme de trasplantament escau tant per descriure la pràctica de la persona benestant que es desplaça a un país perquè pot pagar-se l'elevat cost de la intervenció com l'actuació de qui recorre al frau per poder sobreviure.

La gravetat i persistència de l'actual crisi econòmica propicia les propostes de finançament privat dels serveis públics com és ara l'atenció sanitària. És en aquest sentit que cal interpretar el protocol de l'ONT de trasplantament hepàtic de donant viu a

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. Vegeu la citació 5.

persones no residents, ja que només beneficia econòmicament els centres i professionals implicats, amb l'ús indegut d'un recurs públic com és la llista d'espera sense cap benefici per a la comunitat. La sospita que el mòbil d'aquesta iniciativa sigui el benefici econòmic pot tenir un efecte dissuasiu en les donacions de cadàver.¹⁴

L'ús fraudulent de les llistes d'espera i la circular recent haurien de ser motius més que suficients perquè l'ONT reconsiderés la seva actitud en el trasplantament hepàtic de viu en persones no residents. Els bons resultats dels programes de trasplantament no haurien estat possibles sense la generositat dels ciutadans i la competència dels professionals. Els promotors del protocol de l'ONT haurien de reflexionar sobre si la seva proposta és respectuosa amb el comportament solidari dels ciutadans i la responsabilitat dels professionals que han fet possible aquests resultats.

Les decisions administratives són respectades i acomplertes si són coherents i consistents i tenen per objectiu el bé comú. Si responen a interessos corporatius o a oportunitats circumstancials, el pas del temps les desacredita. La principal feblesa de l'actual circular és la seva contradicció flagrant amb l'anterior. Cal el debat social per consensuar i definir què s'entén per turisme de trasplantament i delimitar què és una pràctica rebutjable i quina és compatible amb la solidaritat i cooperació internacional, així com les pertinents mesures preventives i correctores.

En aquest sentit, cal diferenciar el tràfic d'òrgans de l'accés fraudulent a les llistes d'espera. Si bé el Codi penal preveu una pena que pot arribar als 12 anys de presó per als que promoguin i facilitin l'obtenció o el tràfic il·legal d'òrgans humans aliens o el seu trasplantament, extensiva al receptor quan coneix l'origen il·lícit de l'òrgan,¹⁵ entenem que l'accés fraudulent a les llistes d'espera no escau amb aquesta tipificació delictiva.

L'accés al Sistema Nacional de Salut

Els trets essencials del nostre sistema públic de salut són el finançament amb els impostos progressius i els principis que el fonamenten: la cobertura universal i l'equitat en l'assistència. El finançament amb els impostos és una opció política que vincula el dret a l'assistència a la condició de ciutadà,¹⁶ a diferència del model de finançament per mitjà de les quotes de la SS, que la vincula a la condició de mutualista. El finançament

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

15. Article 156 bis del Codi 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

amb els impostos, igualment eficient que el de la SS, és més coherent amb els dos principis esmentats, ja que, entre d'altres, possibilita la cobertura dels col·lectius vulnerables amb risc d'exclusió social, com són els immigrants o els que no s'han pogut incorporar al mercat laboral. L'atenció a aquests col·lectius no és només una qüestió de justícia social, sinó també de salut pública pel risc que representa la seva exclusió.

El fonament ètic d'aquesta opció és la convicció que les persones tenen el dret a ser ateses segons les seves necessitats amb independència del seu poder adquisitiu. Representa el compromís col·lectiu d'atendre les persones independentment de la seva aportació econòmica a l'Estat. Els conceptes d'assegurat i beneficiari de l'assistència queden restringits a l'àmbit del mutualisme privat i exclosos del sistema públic. És la condició de ciutadà la que acredita per accedir al sistema sanitari públic. Aquest dret s'amplia a la condició de resident per la decisió de les administracions locals de proporcionar la targeta sanitària a tota persona inscrita en el cens davant els possibles problemes de salut originats pels immigrants sensepapers.¹⁷

Precisament, la nova llei d'universalització de l'assistència sanitària vol consolidar aquest dret d'accés i blindar el nostre sistema de salut de les mesures de reforma del sistema sanitari públic empreses a l'Estat espanyol amb la intenció de limitar l'assistència a determinats col·lectius.¹⁸ Aquesta i no pas una altra és la finalitat de reintroduir els conceptes d'assegurat i beneficiari, cosa que suposa una inflexió respecte al procés iniciat el 1986 amb la promulgació de la Llei general de sanitat, aprovada per un àmplia majoria al Congrés i que regula el dret constitucional a la protecció de la salut i a la seva cura.

No deixa de resultar coherent amb aquestes mesures restrictives que en l'esmentada circular sobre turisme de trasplantament de l'ONT¹⁹ s'exigeix com una de les condicions per accedir a les llistes d'espera disposar d'un número d'afiliació a la SS, cosa que només és factible amb cotització prèvia. Aquesta mesura administrativa, però, es contradiu amb l'objectiu d'universalització de l'assistència de l'avantprojecte de llei pendent d'aprovació. En el text legislatiu, s'hauria d'incloure una referència al trasplantament que defineixi el període de residència o altres criteris excepcionals que regulin el dret d'accés a les llistes d'espera.

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

18. Vegeu la citació 2.

19. Vegeu la citació 5.

Consideracions i recomanacions

1. L'avantprojecte de llei d'universalització de l'assistència per part del servei de salut de Catalunya suposa la consolidació d'un dels principis que fonamenten el nostre servei de salut, el dret d'accés de la ciutadania garantit per mitjà del finançament amb els impostos progressius.
2. El dret d'accés universal a l'assistència es fonamenta en la convicció ètica que és bàsic per garantir el funcionament normal propi de l'espècie humana i que, sense aquest funcionament normal, no es pot aspirar a gaudir dels altres drets.
3. El finançament de l'assistència amb els impostos representa un canvi en el dret d'accés al sistema públic de salut. Aquest canvi en el model de finançament és el fonament perquè sigui la condició de ciutadà la que habiliti l'exercici del dret d'accés i no la d'assegurat o mutualista de la SS. L'abast d'aquesta mesura, si bé té a veure amb el model de finançament, va més enllà, ja que permet ampliar la cobertura assistencial a persones que no estan en condicions de cotitzar a la SS.
4. Les administracions locals han fet extensiu aquest dret a les persones residents, ja que han facilitat la targeta sanitària als inscrits al cens, amb l'objectiu de protegir la salut i evitar la marginació de persones amb risc d'exclusió social com poden ser les persones immigrants.
5. El principi d'autosuficiència, amb un ampli consens internacional, té per objectiu promoure la donació local d'òrgans i prevenir-ne el comerç, així com l'anomenat *turisme de trasplantament*. Si bé, en el nostre cas, ha reeixit a incentivar la donació, la paradoxa és que aquests bons resultats constitueixen un poderós reclam sobre el turisme de trasplantament.
6. Seguint la directiva de la Unió Europea que regula l'atenció sanitària transfronterera i la legislació espanyola que se'n fa ressò, cal fer un esment especial del trasplantament en la redacció de la llei, en el sentit de definir els criteris d'accés i exclusió, basant-se en l'escassetat d'òrgans i l'altruisme de la ciutadania.
7. Malgrat les elevades taxes de donació d'òrgans, les llistes d'espera de trasplantament es mantenen. Sembla, doncs, que per respecte a les persones en aquesta situació i a l'altruisme dels donants locals, cal prendre mesures

coercitives per evitar l'accés fraudulent a les llistes d'espera, procediment il·legal diferent del tràfic d'òrgans tipificat en el Codi penal.

8. Les mesures reguladores per evitar el frau perpetrat pel turisme de trasplantament s'han de centrar a verificar i garantir la condició de resident i no tant en l'estat de cotització a la SS, per coherència amb la nova llei d'universalització de l'assistència. Al mateix temps, la condició de resident és la garantia d'un seguiment mèdic adequat i accés al tractament immunosupressor, sense els quals la supervivència del trasplantament és inviable.
9. Si bé és la condició de resident la que habilita a rebre l'assistència mèdica, s'hauria de preveure que aquesta condició estigués acreditada per un període raonable de temps o altres criteris excepcionals per accedir a determinats tractaments o recursos escassos, com és el cas del trasplantament, per tal d'evitar els fraus.
10. Aquestes mesures han de preveure tota mena de fraus, incloent-hi com a tal l'accés a la llista d'espera de donant cadàver en el cas del trasplantament de lòbul hepàtic de donant viu amb finançament privat. L'accés a un recurs públic gràcies al poder adquisitiu individual és una discriminació que vulnera un dels pilars del nostre Sistema Nacional de Salut (SNS), l'equitat. Els ciutadans han d'estar amatents al bon ús dels recursos públics, fonamentat en l'altruisme, i més en el cas del trasplantament. Qualsevol indicatiu o sospita de benefici econòmic particular o corporatiu pot tenir un efecte dissuasiu en les donacions.
11. En el trasplantament a persones procedents de països on no es practiquen o els programes són incipients, sobretot en el cas dels infants, cal tenir en compte el fet que el resultat d'un trasplantament no depèn exclusivament de l'èxit de la intervenció quirúrgica, sinó que per garantir la supervivència raonable de l'empelt cal un seguiment mèdic adequat, que inclou l'ús monitorat de la medicació immunosupressora. Si aquest seguiment no està garantit, el trasplantament pot resultar un malbaratament d'un recurs local escàs.
12. Les organitzacions de cooperació internacional i els governs dels països implicats s'haurien de comprometre a un exercici de responsabilitat que va més enllà de facilitar l'accés de les persones a trasplantar al país i l'hospital. Les bones pràctiques d'organitzacions i governs haurien d'incloure l'avaluació de les possibilitats de seguiment mèdic adequat en el país d'origen de les persones trasplantades i fer-ne el seguiment corresponent per poder retre comptes dels

resultats assolits amb el pas del temps.

13. La cooperació internacional en el camp del trasplantament s'hauria de focalitzar en la formació dels professionals tant en l'àmbit de la coordinació, veritable clau de volta dels programes de trasplantament, com en les tècniques quirúrgiques i el maneig del tractament immunosupressor. Malauradament la viabilitat d'aquests programes depèn del grau de desenvolupament de la sanitat local així com de la cultura social sobre la mort, que resulta determinant en les donacions. Aquests obstacles no lleven la responsabilitat dels governs dels països amb persones trasplantades a l'estranger de promoure i impulsar els programes de trasplantament.