



CARTAS AL DIRECTOR

Donación de órganos después de la eutanasia: ¿una realidad tolerable?



Organ donation following euthanasia: Tolerable reality?

Sra. Directora:

El 26 de junio de 2018, el Congreso daba el visto bueno para sacar adelante la ley de eutanasia. Si el curso de los acontecimientos es el esperado, dentro de unos meses España se convertirá en el séptimo país del mundo en legalizar dicha práctica.

Holanda, el primer país en legalizar la eutanasia, emprendió un debate ético en sus orígenes que contemplaba 2 posibilidades: por un lado, la justificación de la eutanasia se basaría únicamente en el principio del respeto a la autonomía. Es decir, la razón para realizar y permitir la eutanasia sería la solicitud voluntaria, bien considerada y sostenida del paciente. Y, por otro, la eutanasia sería justificada moralmente por el principio de respeto a la autonomía, en parte, y por el principio de beneficencia, en conjunto. Es decir, la eutanasia podría ser entendida porque el paciente sufre de manera insostenible y desesperada¹.

Desde hace algunos años, España lleva desarrollando, con el amparo legal necesario, programas de donación en asistolia controlada.

La conjunción de estas 2 situaciones podría deparar una nueva opción en el marco de la donación de órganos: la donación de órganos después de la eutanasia (DOE).

Los pilares básicos que deben presidir este nuevo panorama son innegociables: una cuidadosa y pormenorizada consideración individual de los criterios que establezcan la posibilidad de acogerse a dicha práctica y la protección de la autonomía del paciente, salvaguardando particularmente el conflicto de intereses. Siempre debe ser una elección autónoma del paciente y los órganos adquiridos deben seguir siendo un beneficio secundario².

En esta forma de DOE, los pacientes podrán solicitar, por ellos mismos, de forma consciente y explícita ser donantes de órganos después de la eutanasia. Es una obviedad aseverar que en ningún caso la razón por la cual se terminará con su vida podrá estar influida por la solicitud de ser un donante de órganos. El verdadero reto moral se establecerá en caso de que la DOE se convierta en una práctica estándar en pacientes elegibles y estos pacientes puedan sentirse presionados para donar órganos³.

No debemos olvidar que, incluso en este marco, seguimos al amparo de la regla del donante fallecido (*dead donor rule*), entendiéndola como «la regla ética y jurídica que exige que a los donantes no se les mate con el fin de obtener sus órganos»⁴.

La magnitud consecuencialista de la regla salvaguarda a los equipos de extracción de la posible imputación por homicidio, manteniendo sus prácticas alejadas de la pendiente resbaladiza que podría generarse si se aceptase alguna excepción a la prohibición de matar por motivos sociales. De ese modo, la regla del donante fallecido contribuye a que se mantenga la confianza social en los trasplantes de órganos como práctica inocua para los donantes y socialmente beneficiosa⁵.

El panorama de la donación de órganos ha cambiado. Sin embargo, el reto de los profesionales involucrados en el proceso continua inamovible: este no debe ser otro que salvaguardar a nuestros pacientes de convertir la donación de órganos en un sofisticado e inadmisibles canibalismo⁶.

Financiación

El presente manuscrito no ha recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

Todos los autores reconocen no presentar conflicto de intereses en la realización del presente trabajo.

Bibliografía

1. De Haan J. The ethics of euthanasia: Advocates' perspectives. *Bioethics*. 2002;16:154–72.
2. Mulder J, Sonneveld JP. Organ donation following euthanasia starting at home. *Transpl Int*. 2017;30:1075–6.
3. Van Dijk G, van Bruchem-Visser R, de Beaufort I. Organ donation after euthanasia, morally acceptable under strict procedural safeguards. *Clin Transplant*. 2018;8, e13294.
4. Robertson JA. The dead donor rule. *Hastings Cent Rep*. 1999;6:6–14.
5. Rodríguez-Arias Vailhen D. Una cuestión de vida o muerte: la extracción de órganos como problema bioético. *Rev Filosofía Univ*. 2011;127:103–118.

6. Álvarez Avello JM, Santos JA. Análisis de los aspectos bioéticos en los programas de donación en asistolia controlada. *Acta Bioethica*. 2014;1:9–21.

A. González-Castro^{a,b,*}, P. Escudero Acha^a e Y. Peñasco^a

^a Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

^b Presidente del Comité de Ética Asistencial, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: e409@humv.es (A. González-Castro). Disponible en Internet el 11 de enero de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.10.005>
2603-6479/

© 2018 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Riesgo de absentismo laboral en el personal sanitario ante una hipotética pandemia por gripe



Risk of absenteeism in health personnel during a hypothetical flu pandemic

Sra. Directora:

La declaración de una pandemia por gripe podría traer consigo, como consecuencia directa e inmediata, la ausencia de una parte significativa de los trabajadores sanitarios en sus puestos de trabajo, es decir, un elevado nivel de absentismo laboral con todos los daños colaterales que ello conlleva. Los estudios realizados al respecto estiman que ante una situación de alerta epidemiológica el porcentaje de trabajadores que podría abandonar su trabajo para protegerse a sí mismos y a sus familiares se situaría entre un 30 y 50%^{1,2}. Estos estudios proponen que para evitar que esto ocurra se deben aplicar todas las medidas necesarias, principalmente aquellas que tengan como objetivo garantizar a los profesionales la preparación necesaria para enfrentarse a una situación de estas características, así como las medidas de seguridad para sí mismos y sus familiares³⁻⁶.

Partiendo de lo anteriormente expuesto, este estudio persiguió como objetivo estimar la probabilidad de que los profesionales sanitarios acudan a sus puestos de trabajo bajo las circunstancias de una hipotética pandemia.

Con este objetivo, se decidió distribuir una encuesta, a una muestra aleatoria, personalmente, que incluía a profesionales sanitarios de cuidados intensivos y urgencias del Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria, y a los estudiantes del último curso del Grado en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud (Sección Fuerteventura) de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

La muestra global ascendió a 277 personas (el 44% enfermeras y el 19% estudiantes). El instrumento de medida utilizado para valorar las actitudes de los encuestados ante una alerta epidemiológica fue la escala de medida publicada y validada por la profesora Heather Draper, tras obtener su permiso para la réplica de la misma⁷⁻¹⁰. La realización de las encuestas se realizó en el lugar de trabajo/estudio de los participantes, los cuales cumplimentaron la encuesta personalmente, garantizándoles su total anonimato. Para lograr la mayor tasa de respuesta posible, los miembros de equipo de investigación se responsabilizaron del trabajo de campo

acudiendo personalmente a los lugares de trabajo/estudio para incentivar a los trabajadores/estudiantes a cumplimentar el trabajo. Como paso previo, se solicitó la autorización de los responsables médicos y de enfermería de las unidades en las que se realizó el estudio, así como la colaboración de docentes universitarios para entrevistar a estos colectivos en sus horarios de trabajo/estudio.

En la [tabla 1](#) se recogió, además de los diferentes ítems que conforman la escala de medida utilizada, el porcentaje de entrevistados que habían declarado su predisposición, o no, a trabajar bajo las condiciones que describía cada ítem. A partir de estos resultados, se creó una nueva variable a partir de las respuestas afirmativas dadas por cada individuo entrevistado a los 12 ítems de la escala, dividiendo el número de respuestas afirmativas dadas por cada uno entre 12 y multiplicando el valor resultante por 100. Dicha variable representaba un proxy, es decir una aproximación a la variable objeto de análisis, que es la probabilidad de un profesional sanitario de acudir al trabajo ante una pandemia. La forma de operativizar esta probabilidad ha sido ya utilizada en el trabajo de Damery et al.⁸, en el que se señala que si bien esta probabilidad no puede ser considerada como un predictor del porcentaje del personal que puede acudir o no a sus puestos de trabajo en caso de pandemia al desconocer qué escenarios pueden tener lugar, sí debe ser considerada como un indicador de los factores que pueden aumentar o reducir la disposición del personal a trabajar en estas circunstancias, así como para identificar las intervenciones que pueden tener un impacto más significativo en la reducción de los niveles potenciales de absentismo laboral durante una pandemia.

Con esta nueva variable se realizó una segmentación de la muestra en 4 grupos: probabilidad muy baja de ir a trabajar (entre 0 y 25%), probabilidad baja (entre 26 y 50%), probabilidad media (entre 51 y 75%) y, finalmente, probabilidad alta (> 75%).

Los resultados obtenidos indican que el 40,4% presentan una probabilidad muy baja (entre 0 y 25%), el 39% una probabilidad baja (entre 26 y 50%), el 14,8% una probabilidad media (entre 51 y 75%) y, finalmente, solo el 5,8% una probabilidad alta (> 75%).

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que la probabilidad de absentismo laboral entre el personal sanitario analizado, en caso de una pandemia, podría ser muy elevada (94,2%) si consideramos a todos aquellos que no tenían una alta predisposición a trabajar en caso de pandemia, probabilidad que se reduce al 79,4% si tenemos en cuenta a los 2 primeros grupos. Este resultado revela la