

Francesc Borrell Carrió

Bernabé Robles del Olmo

## Resum

Un lloable propòsit dels Serveis Nacionals de Salut (SNS) és cobrir les necessitats de salut dels ciutadans. Els avanços tecnològics suposen un repte financer per a aquest sistema de provisió, com també l'ampliació del concepte de «necessitat de salut» al que fins al moment la societat considerava «desig de major nivell de salut». Accedir a la maternitat és per a moltes persones una necessitat peremptòria, i per a satisfer-la s'han desenvolupat diverses tecnologies. El trasplantament d'úter és una d'elles, potser la més onerosa per als SNS.

## Paraules clau

trasplantament d'úter, equitat, sostenibilitat

## Abstract

A laudable purpose of the National Health Services (NHS) is to meet the health needs of citizens. Technological advances represent a financial challenge for this system of provision, as well as the extension of the concept of "health need" to what until now society considered "desire for a higher level of health". Access to motherhood is for many people a pressing need, and various technologies have been developed to satisfy it. Uterus transplantation is one of them, perhaps the most expensive for NHS.

## Keywords

uterus transplant, equity, sustainability

# El Servei Nacional de Salut ha d'incorporar els trasplantaments d'úter? El debat entre desig i necessitat

Els progressos mèdics sempre són una bona notícia. Un equip de la Universitat de Sant Paulo del Brasil ha aconseguit el primer naixement a terme després d'implantar un úter de donant morta. S'havien comptabilitzat almenys 10 intents previs infructuosos. El procediment implica, a més del trasplantament, tractar a la mare amb immunosupressors durant l'embaràs, i extreure l'úter que havia estat trasplantat, una vegada es completa el part. El 5 d'octubre es va produir el primer trasplantament d'aquest tipus a Espanya en una pacient afectada per la síndrome de Mayer Rokitansky. El Servei Nacional de Salut (SNS) ha de fer-se càrrec totalment o parcialment d'un procediment tan car (només 1 èxit per cada 11 intents)?

L'obstinació de proporcionar les cures de salut al conjunt de la població, i pagar-les amb els impostos de tota la societat, és un dels projectes més ambiciosos que pot assumir una societat avançada. Només tres països disposen d'un Servei Nacional de Salut (SNS) d'aquest tipus: Suècia, el Regne Unit i Espanya. Aquests països es beneficien de l'efecte cohesionador que introdueix el model, però han d'afrontar tensions de tipus econòmic, socials i –també– en el camp de la bioètica. La qüestió que plantejarem només pot respondre's apropiadament des de la deliberació bioètica.

La qüestió que plantejarem només pot respondre's apropiadament des de la deliberació bioètica

Definir «salut» com «un estat de complet benestar físic, mental i social, i no sols l'absència de malaltia» (OMS), té conseqüències rellevants. Encara més, definir com a meta d'un SNS vetllar per la salut de tots els seus ciutadans. No hi ha dubte que un compromís d'aquest tipus suposa un fort dispositiu assistencial per a totes les malalties... Totes? En principi sí, totes les que podem prevenir i tractar, sense diferenciar aquelles que suposin major dispendi. Fins i tot malalties rares el tractament de les quals –avui dia– suposa en alguns casos un cost de fins a 250.000 euros a l'any per pacient tractat? Considerem el cost-oportunitat, en termes socials, que poden tenir quantitats tan importants de recursos. Doncs bé, el consens és que sí, el consens indica que no cal fer distincions derivades del cost quan parlem de malalties prevenibles o curables. Estem parlant –per exemple– de metabolopaties amb un cost anual de tractament superior al trasplantament d'úter que s'ha realitzat.

En quin principi es basa una afirmació tan taxativa? En el principi d'equitat i d'igualtat d'oportunitats. Venim al món en una família i amb una càrrega genètica determinada, i aquests factors culturals, biològics i socioeconòmics ens faran tenir diferents oportunitats per al nostre desenvolupament com a persones. Les societats avançades desitgen que tots els seus membres tinguin un nivell mínim d'oportunitats que els iguali. Una malaltia com la diabetis, la depressió o un trastorn congènit poden lesionar aquest prin-

cialitzat podem trobar excepcions: per exemple, les reduccions de mama es consideren un problema estètic, tret que condicionin un problema de salut (per exemple, una deformitat vertebral). Podríem trobar altres excepcions en el camp de la salut bucodental. Però on existeix major debat és en el camp de la pediatria i la reproducció assistida.

Si hem dit amb anterioritat que la distinció entre necessitat de salut i desig de major benestar és un dels criteris que guien el que s'inclou o exclou d'una cartera de serveis, un altre criteri és la igualtat d'oportunitats. L'ortodòncia infantil o els trastorns de l'aprenentatge poden afectar aquesta igualtat que desitgem per a tots els nostres infants. Un nen amb dèficit d'atenció podrà obtenir una prescripció farmacològica de la Seguretat Social, però en la major part de Comunitats Autònomes (CC. AA.) haurà d'acudir a dispositius privats per a una intervenció psicològica. La coordinació entre els dispositius escolars d'ajuda psicològica i els dependents del SNS és pobra o inexistent. En aquests casos no estem davant un capritx de tipus estètic, sinó davant un important repte a la igualtat d'oportunitats.

Però potser on aquesta frontera entre necessitat i desig de salut és més borrosa és en el tema de la reproducció assistida. El SNS ofereix servei d'estimulació ovàrica, fecundació in vitro, i fins i tot de donació d'òvuls, criopreservació i inseminació artificial. No obstant això, l'oferta és molt limitada i les llistes d'espera dissuadeixen a la major part de famílies, que opten per contractar serveis de pagament. Hauria d'ampliar-se aquesta oferta, o hauríem de dirigir l'esforç econòmic cap a àrees més prioritàries com poden ser les comentades més amunt? Deuria l'SNS cobrir el trasplantament d'úter en casos seleccionats (per

exemple, quan la dona té una absència congènita d'úter)? No seria en tal cas advocar per una igualtat d'oportunitats? I si s'arriba a autoritzar la maternitat subrogada, deuria l'SNS subvencionar o pagar aquest procediment, encara que només fora en casos seleccionats? Fins a quin punt el desig de maternitat/paternitat és també una necessitat de salut? No oblidem que els barems per a adopció descarten a un segment de població que pot recórrer a la reproducció assistida per a satisfer el que per a ells, més que un desig, és una necessitat. Per si algú ho dubta, recordem que les parelles que acudeixen als EUA per a una maternitat subrogada gasten diversos centenars de milers d'euros... Ho farien si només fos un desig?

Els polítics agraden de satisfer la demanda de grups organitzats de persones que reclamen noves prestacions sanitàries. Això ha originat diferències entre CC. AA. a l'hora de pagar, per exemple, ortodòncies o serveis de reproducció assistida. Però abans d'ampliar la cartera de serveis –posem per a finançar trasplantaments d'úter–, hauríem de preguntar-nos... hi ha altres necessitats de salut més peremptòries que afectin la igualtat d'oportunitats? I fins i tot..., i si aquests mateixos diners els dediquéssim a una major protecció a famílies vulnerables?

Fins avui s'ha furtat un debat serè sobre aquestes qüestions. Hauríem de remuntar-nos al famós «Informe Martorell» per a trobar un esforç de reflexió a l'altura dels reptes. És un tipus de debat que necessàriament deixa víctimes... Com va dir Maquiavel: els qui veuen lesionades les seves expectatives no dubtaran a protestar, i els qui seran beneficiats encara ho ignoren. El sistema que solen triar els polítics és permetre procediments nous en alguns hospitals públics (so-

---

**S**i hem dit amb anterioritat que la distinció entre necessitat de salut i desig de major benestar és un dels criteris que guien el que s'inclou o exclou d'una cartera de serveis, un altre criteri és la igualtat d'oportunitats

---

cipi moral, i per això l'SNS els considera de manera preferent. Observi el lector que el bé que preservem és la justícia i, com sol succeir quan parlem de justícia, en últim terme preservem la cohesió social.

Els Serveis Nacionals de Salut, i sobretot les Assegurances Privades de Salut, han inventat la «cartera de serveis» per a delimitar el que financen del que no financen. Aquestes carteres de serveis solen distingir el que és una necessitat de salut del qual és el desig (legítim) d'una persona per a millorar la seva vida. En conseqüència, gairebé totes les carteres de serveis, (públiques i privades), no incorporen la medicina estètica o l'ortodòncia. Però fins i tot en aquest consens tan gene-

bretot per la pressió dels mateixos professionals), i deixar que les llistes d'espera dissuadeixin als ciutadans amb suficients mitjans econòmics, i marxin a serveis privats. Aquesta estratègia contenta als professionals –i els permet adquirir suficient perícia amb les noves tecnologies, per a després vendre els seus serveis a Mútues i altres dispositius privats–, a més de minorar la pressió social.

No tot és negatiu en aquesta solució d'«accontentar a tots» mitjançant l'argúcia de limitar l'accés... Incorporar noves tecnologies als hospitals públics té l'efecte positiu de retenir talent, prestigiar als professionals i preparar-los per a altres reptes. El perill és encoratjar tecnologies ineficients i cares –aquest seria el cas que analitzem–, desatendre necessitats més peremptòries i deixar a criteris poc rigorosos la selecció dels pacients que es beneficiaran d'aquestes tècniques, (pagades per tots). També s'afavorei-

noves per a realitzar-les, fet i fet, en l'àmbit de la sanitat privada.

La solució més respectuosa amb el bé comú seria finançar aquest tipus de trasplantaments (i altres tècniques innovadores que obren camins per a retenir talent i ampliar els nostres coneixements), mitjançant fons d'innovació i recerca. D'aquesta manera, es preserva el cost-oportunitat dels pressupostos generals per a la Sanitat, i es llança un clar missatge a la societat en el sentit que aquestes tècniques no formen part de la cartera de serveis del SNS.

Ara bé, una vegada es demostrés que el trasplantament d'úter és reeixit en la majoria de casos per a patologies concretes (com seria la síndrome al·ludida)... hauria d'incorporar-se a la cartera de serveis? La dona que accepta un trasplantament d'úter, com també la donant, corre riscos de salut. Haurà de passar dues vegades per quiròfan, realitzar un tractament immunosupressor, afrontar potser infeccions oportunistes, etc. També sabem que la síndrome de Rokitansky s'associa a una taxa superior d'ansietat i depressió, per alteració de l'autoimatge i la identitat sexual. Per consegüent, seria admissible un criteri clínic per a incloure'l (sempre que es donés la premissa de suficient seguretat i eficiència del procediment).

Per consegüent, no hi ha una resposta taxativa a la pregunta que ens formulàvem a l'inici, però sí que podem assajar una recomanació: els poders públics han d'afavorir una deliberació transparent i a l'altura dels reptes que afronta l'SNS, i no haurien d'incorporar tècniques innovadores per la simple pressió de la demanda. Les tècniques quirúrgiques com el trasplantament d'úter haurien de ponderar-se, com el fem per a altres tractaments, per part de les Agències d'Avaluació de noves tecnologies, i no haurien d'incorpo-

**E**ls poders públics han d'afavorir una deliberació transparent i a l'altura dels reptes que afronta l'SNS, i no haurien d'incorporar tècniques innovadores per la simple pressió de la demanda

rar-se a la cartera de serveis fins que aquesta avaluació sigui positiva. Mentrestant, aquest tipus d'intervencions hauria de finançar-se amb pressupost diferenciat, per exemple, com I+D. I hauria d'evitar-se transmetre a la societat la sensació que una tècnica és efectiva pel simple fet que la pacient surt del quiròfan amb el trasplantament realitzat. Encara li queda molt recorregut per a ser mare, i fins i tot en cas positiu, molts serrells per a avaluar el procediment (iatrogènia, salut perinatal, esdeveniments adversos a més llarg termini...). La frivolitat amb què se solen donar aquestes notícies redun- da a crear expectatives que no podran satisfer-se, i fins i tot sentiments d'iniquitat que erosionen la confiança en el Sistema Nacional de Salut.

#### FRANCESC BORRELL CARRIÓ

Professor titular Departament Ciències Clíniques. Universitat de Barcelona. Metge de Família. Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya.

#### BERNABÉ ROBLES DEL OLMO

President Comitè d'Ètica Assistencial Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Neuròleg i Cap del Servei de Neurologia PSSJD. Membre del Comitè de Bioètica de Catalunya.

Els autors declaren no tenir conflictes d'interessos amb relació al contingut d'aquest article.

**L**a solució més respectuosa amb el bé comú seria finançar aquest tipus de trasplantaments (i altres tècniques innovadores que obren camins per a retenir talent i ampliar els nostres coneixements), mitjançant fons d'innovació i recerca

xen diferències entre CC. AA. que, fet i fet, erosionen la cohesió social. La frase «ells ho tenen i nosaltres no» és una de les quals més enverinen la vida pública. Finalment, pot ocórrer que es carregui a l'erari públic la corba d'aprenentatge d'aquestes tècniques

# INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA

45 ANYS DE BIOÈTICA. EL PRIMER CENTRE DE BIOÈTICA D'ESPANYA

1976

Es funda l'**Institut Borja de Bioètica** per iniciativa del Dr. Francesc Abel i Fabre, SJ. Primer Centre de Bioètica d'Espanya.

1981

Creació del **primer Comitè d'Ètica Assistencial** de l'Estat Espanyol a l'Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, afavorit pel Dr. Francesc Abel, SJ.

1984

L'Institut es constitueix com a **Fundació Privada** després de 8 anys adscrit a la Facultat de Teologia.

1986

Es contribueix a la fundació de l'**EACME** -Associació Europea de Centres d'Ètica Mèdica- per a crear una xarxa de centres d'ètica mèdica a Europa.

1995

Es publica el **primer número de la Revista** de divulgació Bioètica & debat.

2015

La Dra. Montserrat Esquerda Aresté s'incorpora com a Directora General de l'Institut Borja de Bioètica-URL.

2012

Es coorganitza la Conferència Regional de l'European Fórum For Good Clinical Practice (EFGCP): "Temes candents en Recerca Clínica".

2011

Mor el 31 de desembre el fundador de l'Institut el Dr. Francesc Abel, SJ.

Canvi en la Presidència del Patronat de l'Institut que assumeix Margarita Bofarull Buñuel, RSCJ.

2007

S'imparteix el **primer Màster Universitari en Bioètica** com a Primer Màster Oficial Europeu de l'Estat espanyol a partir del Procés de Bolonya.

2000

Es converteix en **Institut Universitari** per la seva integració en la Universitat Ramon Llull com a entitat federada de ple dret.

2016

Se celebra el **40 aniversari de l'Institut Borja de Bioètica**.

S' amplia l'oferta formativa: TEU Bioètica Aplicada en l'àmbit clínic i assistencial i el TEU en Ètica Aplicada a l'Acció Social i Psicoeducativa.

2017

S'organitza i acull la 2017 EACME Annual Conference amb el lema "Justice in Health Care - Values in Conflict".

2018

Se celebra el Congrés Internacional: ISCB XV Annual Conference "Bioethics and Paediatrics" - Future development and challenges".

2020

Es crea un **banc de Recursos Ètics sobre la COVID-19**.

S' amplia la Cartera de Cursos In Company amb nous cursos post-COVID: i el "Curs d'Aspectes Ètics al final de la Vida".

2021

S'aprova el **Programa de Doctorat en Salut, Benestar i Bioètica**.