

5. Economía Política y Hacienda Pública

ANÁLISIS JURÍDICO-ECONÓMICO DE LA DONACIÓN DE SANGRE

Por el Dr. Juan Manuel GARCÍA-AGÚNDEZ

Profesor Titular de Economía Aplicada.
Universidad de Extremadura.

S U M A R I O

- I. EL BIEN SANGRE
 - I.1. LA SANGRE COMO PRODUCTO HUMANO
 - a) *Sangre total*
 - b) *Fraccionamiento*
 - I.2. AUSENCIA DE SUSTITUTIVOS
 - I.3. CADUCIDAD
 - I.4. EL MERCADO DE LA SANGRE
 - I.5. CUANDO LA SOLIDARIDAD DESPLAZA AL PRECIO
- II. LA DEMANDA DE SANGRE
 - II.1. EL ENFERMO-DEMANDANTE
 - II.2. DEMANDA CRECIENTE
 - a) *Cirugía*
 - b) *Accidentes*
 - c) *Catástrofes*
 - II.3. RIGIDEZ DE LA DEMANDA DE SANGRE
 - II.4. FRACCIONAMIENTO DE LA DEMANDA
- III. LA OFERTA DE SANGRE
 - III.1. LA SOLIDARIDAD
 - III.2. ADECUACIÓN A LA DEMANDA
 - a) *Recomendaciones de la O.M.S.*
 - b) *Situación en Europa*

- c) *Situación en España*
 - d) *Desglose por regiones*
 - III.3 FRACCIONAMIENTO DE LA OFERTA
 - III.4. UNA COMPLICACIÓN ADICIONAL: LA CADUCIDAD
- IV. ESTÍMULOS A LA OFERTA
 - IV.1. LAS ASOCIACIONES DE DONANTES
 - a) *Organización*
 - b) *Incentivos al donante*
 - IV.2. LOS «BANCOS» DE SANGRE
 - a) *El trato al donante*
 - b) *La ventaja del «chequeo»*
 - c) *Las visitas a enfermos del hospital*
 - IV.3. ASPECTOS NEGATIVOS: LAS «BARRERAS»
- V. LA NORMATIVA VIGENTE
 - V.1. LEGISLACIÓN SANITARIA
 - a) *Incompatibilidades*
 - b) *Los riesgos para la salud*
 - c) *Análítica preceptiva*
 - d) *Otras prescripciones*
 - V.2. ESTATUTOS DE LAS ASOCIACIONES DE DONANTES
- VI. ANÁLISIS DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD
 - VI.1. DEL DONANTE A LA ASOCIACIÓN
 - VI.2. DE LA ASOCIACIÓN AL «BANCO» DE SANGRE
 - VI.3. DEL «BANCO» DE SANGRE AL DONATARIO
 - VI.4. PROBLEMAS DE LA SANGRE CADUCADA
 - VI.5. RESPONSABILIDADES
- VII. ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA HEMODONACIÓN
 - a) *Costes fijos*
 - b) *Costes variables*
 - 1. Desplazamientos de unidades móviles
 - 2. Análisis y seguimiento del donante
 - 3. Los presupuestos de las Hermandades
 - c) *Minoraciones de gastos*
- VIII. DESEQUILIBRIOS TERRITORIALES
 - VIII.1. TRANSFERENCIAS REGIONALES
 - VIII.2. TRANSFERENCIAS INTERREGIONALES
 - VIII.3. SOLIDARIDAD EUROPEA Y MUNDIAL
- IX. CONCLUSIONES

◦

*«Nadie que se dedique a la economía de la salud, como tema o como disciplina, ha de temer a la redundancia en las dos o tres próximas décadas. Así que no se quede ahí parado. ¡Haga algo!»*¹ (Alan WILLIAMS, Centre for Health Economics. Universidad de York. U.K.).

I. EL BIEN SANGRE

I.1. LA SANGRE COMO PRODUCTO HUMANO

Tanto el mundo del Derecho como el de la Economía se ocupan de los bienes, cada uno de ellos desde su propia perspectiva, pero con el común denominador de su carácter «benefactor» para los sujetos a quienes se atribuyen.

Ambas ciencias sociales establecen igualmente sus específicas clasificaciones de bienes (muebles, inmuebles, rústicos, urbanos, libres, económicos, sustitutivos, complementarios, etc.), que en su mayoría podríamos ir descartando cuando nos proponemos estudiar este singular bien llamado sangre humana.

¹ Con la frase que antecede termina WILLIAMS su trabajo *Economía de la salud: Su estructura, contenido y evolución*, que resume en 1989 sus anteriores investigaciones sobre esta sub-disciplina de la economía. Pretende nuestra aportación hacer reflexionar, a caballo entre lo jurídico y lo económico, sobre los caminos de la donación de sangre que hace años recorreremos.

Hoy por hoy la sangre a que vamos a referirnos es y sólo puede ser *un producto humano* o si prefiere *un producto del cuerpo humano*, sujeto por tanto a las mismas contingencias de éste: limitaciones, escaseces, inutilidades por deterioro, enfermedad, etc.

Ello no obsta para que tengamos que dar a este producto un calificativo que le antepone incluso a los conocidos como de primera necesidad. La sangre, para quienes la necesitan, es un *producto vital*. Recibirla en el momento y en la cantidad y calidad adecuados es «*condictio sine qua non*» para la conservación de la vida del receptor.

Las técnicas de *fraccionamiento* a que actualmente se somete la sangre nos premien hoy una doble consideración del bien, como conjunto y como suma de elementos:

a) La llamada *sangre total*: Es la que habitualmente conocemos y comprende todos sus componentes. Es la que se extrae del cuerpo del *donante* y pasa al del *receptor* sin otra manipulación que la analítica necesaria para garantizar su perfecto estado.

b) Los conocidos como *componentes eritrocíticos* permiten un considerable ahorro cuando el receptor no necesita la totalidad de los elementos sanguíneos, sino sólo alguno o algunos de ellos. Así se habla hoy, incluso en los textos legales, de preparación de concentrados de hemáties (pobres en leucocitos, lavados, congelados, desglícerolados, etc.), de concentrados de plaquetas y factores de coagulación, de plasma fresco, congelado, factor VIII crioprecipitado, etc.²

I.2. AUSENCIA DE SUSTITUTIVOS

Como ya hemos indicado, partimos de la base de que el bien sangre es, y de momento sólo puede ser, un producto humano, es decir, que *ni puede ser fabricado ni es susceptible de ser sustituido por sangre de origen animal*. En términos económicos ello representa una *rigidez*, una

² Vid., por ejemplo, los arts. 19 y ss. de la Orden Reguladora de los Bancos de Sangre y la Hemodonación, de 4 de diciembre de 1985 (Sanidad y Consumo).

incapacidad de reacción ante la imposibilidad de satisfacer la necesidad sentida por otro medio alternativo.

Si estuviéramos hablando de un bien asignado por el mecanismo de mercado, ello nos conduciría a la conclusión de un bajo grado de elasticidad-precio, es decir, a una variación porcentual de la cantidad demandada desproporcionada, por defecto, a las variaciones porcentuales de los precios. Pero como más adelante tendremos ocasión de aclarar, éste no es, por ventura, el modo habitual de la asignación sanguínea.

Resulta imprescindible además hacer hincapié en que aquí estamos considerando el bien-sangre como un conjunto ausente de sustitutivos, pero el subconjunto concreto, que podríamos imaginar en la bolsa de sangre que necesita un enfermo, sí que puede resultar indiferente, con tal que presente las obligadas garantías, proceda del donante A o del donante B, por lo que, en este último sentido sí podríamos hablar de flexibilidad.

I.3. CADUCIDAD

La ciencia económica ha estudiado con atención los problemas que plantea en ocasiones el *carácter perecedero* de ciertos bienes. «Mutatis mutandis» algo similar ocurre con este producto que hemos calificado de vital. Sin entrar en tecnicismos científicos (lo que representaría una auténtica osadía por nuestra parte), de la propia lectura de la normativa vigente³ se desprende que la caducidad oscila, según el sistema del preparado, entre veintiuno y treinta y cinco días.

Ello, naturalmente, entraña una dificultad adicional puesto que la importancia (la vitalidad) de la necesidad nos inclina, de una parte, a pensar en que bajo ningún concepto podría correrse el riesgo de que faltara sangre en los centros de transfusión y que para ello lo mejor sería disponer de un amplio stock, incluso por encima de las necesidades previsibles en circunstancias normales. Pero de otro lado la caducidad obliga a ser cautos en la administración de los recursos, que podrían despil-

3 Vid. art. 22 de la Orden (Sanidad y Consumo) cit. de 4 de diciembre de 1985.

farrarse si no se actuara con la debida ponderación. En definitiva, la caducidad convierte la administración de la sangre, como tendremos oportunidad de ir comprendiendo a medida que avancemos en el estudio, en un verdadero juego de las siete y media donde quedarse corto lleva a situaciones de riesgo para vidas humanas, que serían injustificables; pero pasarse puede resultar criticable desde el punto de vista de aquéllos a quienes se ha sometido a un sacrificio aparentemente baldío.

I.4. EL MERCADO DE LA SANGRE

El Real Decreto 1945/1985, de 9 de octubre, por el que se regula la hemodonación y los Bancos de Sangre, teniendo en cuenta «la *vital* importancia que para la salud de los individuos representa el bien precioso, y todavía *escaso* en nuestra Nación, que es la utilización terapéutica de la sangre disponible»⁴, establece en su art. 3.1 que «la donación de sangre... constituirá siempre un acto de carácter voluntario y gratuito y, consecuentemente, *en ningún caso existirá retribución económica*».

Naturalmente ello no ha sido siempre así. Hace aún poco años existía comercio sanguíneo y gran parte de las necesidades hospitalarias se cubrían mediante compraventa. Los denominados *donantes retribuidos* (terminología frecuente en este campo y surgida con clara intención diferenciadora de los llamados *donantes altruistas*, e inaceptables ambas desde la ortodoxia conceptual jurídica, por antinómica la primera y redundante la segunda), surgían en su mayoría de grupos marginados que necesitaban con urgencia la retribución para atender necesidades familiares y, en ocasiones, mantener sus vicios⁵.

4 Vid. Preámbulo del R.D. ult. cit.

5 Aún recordamos, por haber constituido una de las principales motivaciones para trabajar en Asociaciones promotoras de la donación de sangre, la encendida palabra del pionero de las mismas, José María García de Viedma, que pudo constatar cómo determinadas clínicas madrileñas en los años cuarenta y cincuenta se abastecían de sangre llamando a las tabernas «concertadas» en las que el propio tabernero decidía a quién correspondía hacer la «donación», en función de su cuenta pendiente por consumo en el establecimiento. Tampoco eran infre-

No podemos olvidar tampoco que la sangre traspasa las fronteras nacionales y en consecuencia los problemas de marginados y necesitados a que antes aludíamos como fenómenos pasados, pueden ser actuales en países subdesarrollados. Otro adicional, que habrá que tener en cuenta tomando la experiencia del pasado y mirando hacia el futuro, es el que surge de la consideración de que la sangre no es sólo cuestión de *cantidad*, sino que también lo es de *calidad*. Resulta obvio que los llamados grupos de riesgo en transmisión de determinadas enfermedades, deben estar preferentemente entre estos casos de personas marginadas.

I.5. CUANDO LA SOLIDARIDAD DESPLAZA AL PRECIO

Cuando se considera que el mecanismo de mercado no es el adecuado para resolver problemas como el que nos ocupa y cuando el interés social es tan acusado como cabe imaginar en tema de tal transcendencia para la sanidad nacional, hay que acudir a soluciones alternativas, si las hubiere.

Con esta finalidad surgieron las *Asociaciones de Donantes de Sangre*, como grupos de ciudadanos altruistas, sensibles a las necesidades de los enfermos, que se plantearon como objetivo el que hubiera siempre sangre dispuesta para todo aquel que pudiera necesitarla. Surgieron, naturalmente, a la sombra de los propios centros hospitalarios de la Seguridad Social y de ellos recibían las ayudas financieras imprescindibles para el cumplimiento de sus fines. Al amparo de la Ley de Asociaciones y con unos Estatutos prácticamente idénticos fueron naciendo estas llamadas *Hermandades de Donantes de Sangre* en toda la geografía nacional y en los últimos años, para conseguir una mejor coordinación y colaboración entre ellas, han venido federándose tanto a nivel regional como nacional ⁶.

cuentas las «donaciones estudiantiles» en esa época, para poder hacer frente a los gastos menos justificables.

⁶ El cuadro general de estas Asociaciones, integradas hoy en la Federación Nacional de Hermandades de Donantes de Sangre, es el siguiente:

II. LA DEMANDA DE SANGRE

II.1. EL ENFERMO-DEMANDANTE

Cuando la ciencia económica estudia la demanda de un bien tiene en cuenta el comportamiento de los consumidores para cada uno de los posibles niveles de precio, pero se cuida de advertir que ello solamente se cumplirá «*ceteris paribus*», es decir, considerando invariables las demás circunstancias que pueden acompañar a la relación precio-cantidad. Esta

Federación Andaluza, Hermandades de: Algeciras, Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Jerez de la Frontera, La línea de la Concepción, Linares, Málaga, Melilla, Sevilla y Úbeda.

Federación Aragonesa, Hermandades de: Huesca, Teruel y Zaragoza.

Asturias, Hermandades de: Gijón y Oviedo.

Federación Balear, Hermandades de: Menorca y Mallorca, y Asociación de Cruz Roja española de Palma.

Canarias, Hermandades de: Las Palmas de Gran Canaria y Santa Cruz de Tenerife.

Cantabria: Hermandad de donantes de sangre de Cantabria.

Federación Regional de Castilla-La Mancha, Hermandades de: Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puerto Llano, Talavera de la Reina y Toledo.

Federación Regional de Castilla y León, Hermandades de: Ávila, Burgos, León, Palencia, Ponferrada, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid y Zamora.

Federación Catalana, Hermandades de: Barcelona, Gerona, Lérida, Tarragona y Tortosa y Asociaciones de Cruz Roja y de los Hospitales Clínico, de la Sta. Cruz y de San Pablo de Barcelona.

Federación de Euskadi, Hermandades de: Guipúzcoa, Bilbao, Álava y Vizcaya.

Federación extremeña, Hermandades de: Badajoz, Cáceres, Coria, Don Benito-Villanueva, Llerena, Mérida, Navamorale de la Mata y Plasencia.

Federación Gallega, Hermandades de: El Ferrol, La Coruña, Lugo, Orense, Pontevedra y Vigo.

Madrid: Hermandad de Madrid y Cruz Roja Española.

Federación Murciana, Hermandades de: Cartagena, Lorca, Murcia y Yecla.

Navarra: Asociación donantes de sangre de Navarra.

Rioja: Hermandad de donantes de sangre de la Rioja.

Federación Valenciana, Hermandades de: Alicante, Elche, Elda, Castellón, Gandía, Játiva y Valencia y Asociaciones de Alcoy, Cruz Roja de Alicante y Onteniente.

expresión económica, que se corresponde con la jurídica conocida como «clausula rebus sic stantibus», nos hace concluir:

a) Que el demandante graduará su apetencia de unidades concretas de un bien según la utilidad esperada de cada una de ellas.

b) Que la valoración relativa que el consumidor realiza de distintas unidades de distintos bienes puede ser medida por su disposición al sacrificio de renta en cada caso, o lo que es lo mismo, precio que estaría dispuesto a pagar por cada unidad.

c) Que los gustos o modas pueden ser cambiantes al quedar influenciados por modificaciones sociales, publicitarias, etc.

d) Que pueden existir o no otros bienes relacionados con el que se examina, por vínculos de sustituibilidad, complementariedad, etc.

En el caso del *bien-sangre* la utilidad alcanza el mayor grado imaginable. Baste la consideración de haberle calificado como *vital*, es decir, como equiparable en estimación a la propia vida. En consecuencia, si hubiéramos de valorarlo con criterios de mercado, su elasticidad-precio sería de extrema rigidez: las variaciones del precio no influirían prácticamente en la cantidad demandada o, si se quiere mirar de otro modo, el demandante estaría dispuesto a pagar cualquier precio, por alto que fuera, por las unidades necesarias. Esta misma estimación elevada del bien nos ofrece idea del nivel de agradecimiento cuando es la solidaridad la que satisface su necesidad.

En el apartado de cambios de hábitos lo único que cabe esperar en relación con el bien sangre es un continuo incremento de las necesidades, como argumentaremos en el apartado siguiente de este mismo capítulo. Y en relación con la sustitución, insistimos una vez más en que hoy por hoy no es posible.

II.2. DEMANDA CRECIENTE

Todo nos lleva a pensar que la demanda del bien sangre va incrementándose anualmente por distintos motivos, de entre los que destacamos, como más importantes, los siguientes:

a) *Quirúrgicos*

El continuo avance de la cirugía incrementa el número de posibles intervenciones y en consecuencia la cantidad de sangre precisa para realizarlas. Solamente las operaciones de corazón abierto y las relativas a trasplantes de órganos han motivado una fuerte subida de las demandas de sangre en los quirófanos.

La tendencia en este sentido se prevé en aumento, ya que las nuevas técnicas operatorias hacen posible cada día lo que el anterior parecía impensable.

b) *Por accidentes*

Tanto los de circulación como los laborales ocasionan a diario numerosas víctimas cuyo tratamiento requiere la utilización de sangre en gran número de casos. Nos vemos exonerados de cualquier argumentación al respecto ya que las estadísticas, tanto por una causa como por otra, son tan fiables como escalofriantes y hablan por sí solas de la necesidad permanente de disponer de sangre para transfundir.

c) *Por catástrofes*

Tradicionalmente el Derecho ha venido considerando el hecho catastrófico, enfatizando su carácter de *inevitable*, con las consecuencias jurídicas que de ello se derivan cuando intentamos medir la conducta contractual a través de la valoración de la diligencia debida.

Los que tienen por causa la acción de la naturaleza (movimientos sísmicos, por ejemplo) suelen presentar la nota característica de la *imprevisibilidad*, por lo que, naturalmente, ello hará preciso un stock mínimo y permanente de sangre para cubrir ese riesgo por incertidumbre.

Cuando el origen puede tener su causa en la mano del hombre, por omisión de diligencia debida (derrumbamientos de edificios por defectos de construcción, como ejemplo característico de este tipo de situaciones), o por daños causados intencionadamente (guerras en general y terrorismo como fenómeno moderno en particular), las necesidades pueden incre-

mentarse en un momento determinado hasta niveles que excedan de toda previsión razonable, por lo que el único camino de solución en estos casos será contar con número suficiente de donantes comprometidos, fácilmente localizables y con un profundo sentido de su papel de «seguro ante las emergencias».

II.3. RIGIDEZ DE LA DEMANDA DE SANGRE

Ya hemos apuntado anteriormente que las especiales características del bien-sangre nos permiten concluir que hoy por hoy no existen sustitutos cercanos: La sangre no se puede fabricar en laboratorios, la sangre animal no es transfundible al ser humano y, por añadidura, la necesidad del bien no admite espera porque está en juego la vida misma del sujeto.

Con este marco realista podemos prácticamente prescindir de cualquier estudio de *elasticidad cruzada*, por la ausencia de bienes sustitutivos, y si el mercado fuera el sistema de satisfacción de la necesidad de sangre, es evidente que la *elasticidad-precio* de la misma sería bajísima al tratarse de un bien, no ya simplemente superior, sino imprescindible, vital.

Cuando abandonamos el camino del mercado y nos movemos por la senda de la solidaridad, a nuestro juicio, la rigidez no desaparece, aunque ya no podamos denominarla elasticidad-precio, sino *elasticidad-altruismo* o *elasticidad-solidaridad*. En efecto, si imaginamos un eje cartesiano y en la ordenada, en la que habitualmente reflejamos precios de mercado, situamos el nivel de donaciones de sangre y en la abscisa la cantidad demandada de la misma, fácilmente concluiremos que la representación de la demanda será una paralela al eje de ordenadas en el punto de la abscisa que refleje la suma de las necesidades en ese momento concreto. Ello equivale a decir que la demanda de este singular bien es independiente del nivel de solidaridad existente en la sociedad, por lo que no cabe temer ningún tipo de despilfarro o mal aprovechamiento de los recursos, no induciendo la mayor disponibilidad al consumo innecesario.

II.4. FRACCIONAMIENTO DE LA DEMANDA

Venimos hablando de demanda y oferta del bien sangre y en realidad hay una *diversificación de bienes-sangre*. Los llamados *grupos sanguíneos* son la división introducida por la propia naturaleza en el conjunto de los enfermos-demandantes, con unas relaciones entre ellos que complican tanto como la ya mencionada caducidad el buen aprovechamiento de los recursos ante limitaciones de utilización. Cuatro grupos de clasificación y dos posibilidades para cada uno de ellos de *factor RH* dificultan poder hablar de sangre humana para los humanos ⁷.

Naturalmente ante la complicación mencionada ya no cabe pensar solamente en una demanda, sino en un fraccionamiento de la misma o diversificación por grupos, que obliga al mercado (o a la solidaridad) a ser eficiente mediante una provisión adecuada de *distintos productos*, estudiando por cálculo de probabilidades la necesidad previsible para cada uno de ellos y siempre entre un *máximo* (que evite despilfarros por caducidad) y un *mínimo* (que garantice la cobertura de las necesidades a las que hay que dar satisfacción).

III. LA OFERTA DE SANGRE

III.1. LA SOLIDARIDAD

La oferta del bien sangre, cuando abandonamos el camino del mercado, es básicamente función de la *solidaridad*, fundamento del «animus donandi» que acompaña a los negocios jurídicos gratuitos. Aquí la rela-

⁷ Las experiencias de transfusión de sangre animal y cuantos detalles se refieren a la terapéutica transfusional, pueden consultarse, por todos, en MASOUREDIS, S. P. (1983) «Preservación y uso clínico de la sangre y sus componentes», que constituye el capítulo 166 de la obra *Hematología* de WILLIAMS, BEUTLER, ERSLEV y RUNDLES, ed. McGraw-Hill Book Co. New York. Puede consultarse igualmente la amplísima bibliografía recogida al final del capítulo de referencia.

ción será, obviamente, directamente proporcional: a mayores cotas de solidaridad, mayor oferta del bien.

Una advertencia previa parece procedente: La oferta agregada será la suma de las ofertas individuales y en consecuencia, cuando la aportación individual puede ser reiterada, la oferta puede ser grande por una aportación de muchos o por muchas aportaciones de pocos. Queremos con ello dejar apuntado un problema diario en la donación de sangre: La innecesaria frecuencia en la aportación de algunos por falta de solidaridad de muchos. Si, por ejemplo, las necesidades de sangre de un colectivo las cifráramos en 100 bolsas/año, los índices reales de solidaridad serían muy distintos si cubriéramos las necesidades con 100 donantes que aportaran una bolsa por año que si la carga la soportaran sólo 25 donantes que tuvieran que aportar cuatro bolsas por año cada uno.

Otro aspecto merece igualmente ser aclarado respecto a la oferta de sangre: Al igual que en el caso de la demanda, también aquí tendríamos que dar por supuesta la cláusula «*ceteris paribus*». En efecto, partimos de la base de que la relación solidaridad-cantidad de sangre ofrecida está exenta de cualquiera otra interferencia, pero naturalmente existirán otras variables que podrían modificar la intensidad de la relación. Por citar alguna nos podríamos referir al *nivel cultural* en sentido amplio, tanto por modificar las cotas de sensibilidad, como por suponer un mayor conocimiento de los problemas de la salud y de las posibilidades terapéuticas de la sangre, etc.

Ahora bien, la solidaridad es una conducta, un comportamiento determinado, hasta, si se quiere, un talante de los individuos que incide en el estilo de los grupos cuando estudiamos su *comportamiento agregado*. ¿Qué hay tras ese modo especial de ser o, más concretamente, cuál será su motivación? Eso que llamamos *altruismo* y que tan fácil nos resulta de entender cuando lo oponemos a *ego-ismo*, ¿qué encierra como secreto que llegue a producir en los agentes satisfacciones compensadoras?

En junio de 1989, la Dirección General de Planificación Sanitaria del Ministerio de Sanidad y Consumo publicó un *Estudio de actitudes de la población ante la donación altruista de sangre* realizado por la empresa CUANTER, en el que se concluye que «el 75 % de la población o ha donado alguna vez o se muestra dispuesta a donar». Independien-

temente de la valoración que pudiéramos hacer de tal conclusión (que unas páginas después el propio documento reajusta: «esto no quiere decir que esta predisposición subjetiva se traduzca en efectiva o real, es decir, en una conducta concreta, la donación regular o habitual...»), en lo que sí estamos de acuerdo es en la afirmación de que «el componente altruista y de solidaridad que implica la donación está arraigado en una parte importante de la población».

Existen, pues, *actitudes receptoras*, talentos solidarios, con un *refuerzo interno de carácter espiritual* en determinados casos, al sumarse motivaciones adicionales en que el sentido religioso amplifica la predisposición humana más o menos generalizada. Aquí surgirían ya otros términos, tales como *conciencia*, *caridad*, etc., que suponen la introducción de otras coordenadas valorativas.

¿Podríamos encontrar todavía un denominador común de las motivaciones altruistas o, por decirlo de otro modo, una *motivación de las motivaciones*? Pensamos que la pregunta puede tener dos contestaciones: una individual y otra comunitaria. La individual quizá nos llevaría por el terreno de la *autoestima*, la satisfacción de sentirse útil a los demás, que supone desde luego una compensación justificadora de cualquier sacrificio personal que el acto de la donación comporte. Tal autoestima no es incompatible, sino que muy al contrario queda reforzada y respaldada por el *reconocimiento social*, que puede materializarse en distinciones a los donantes a través de las Asociaciones o de las propias Instituciones Sanitarias.

Cuando hablamos de una *motivación comunitaria* nos queremos referir a algo mucho más amplio: Saltamos del campo de la relación donante-enfermo para pasar a la demanda-oferta agregada, considerando de una parte las necesidades del subconjunto enfermos y las posibilidades de satisfacción del conjunto donantes potenciales, bien entendido que cualquiera de los componentes del conjunto oferente puede pasar a formar parte en cualquier momento del subconjunto enfermos-demandantes. Se nos plantea aquí, una vez más, el problema de la utilidad del individuo y la del grupo. Los trasvases de sangre que la donación comporta podrán ser examinados, desde este ángulo, con criterios muy diversos.

Una concepción paretiana del tema nos llevaría a la conclusión siguiente: La donación incrementa sin duda alguna la utilidad para el enfermo, pero exige inevitablemente el sacrificio del donante, es decir, mejora la situación de unos miembros del grupo pero a expensas de empeorar la situación de otros, por lo que difícilmente podría conseguirse una decisión colectiva en el sentido del óptimo de Pareto, que mejorara la situación de algunos sin perjudicar la de nadie. Porque el sacrificio objetivo del donante (molestias, pérdida adicional de tiempo, etc.) es obvio y, a veces, existe otro «subjetivo» adicional, consistente en temores al dolor, a riesgos de contagios, etc.

Si examinamos la cuestión desde un punto de vista rawlsiano el asunto cambia por completo: La donación supone un trasvase de utilidades que pasan de sujetos menos necesitados (personas sanas) a sujetos que precisan sangre, con un nivel de perentoriedad que hemos calificado de vital. Es aquí donde encontramos la justificación de cuanto suponga el fomento de la hemodonación, máxime cuando al sujeto que dona de hecho *ni se le priva coactivamente de utilidad, porque la cesión se realiza voluntariamente, ni supone para el mismo una pérdida permanente, porque la propia naturaleza se encarga de su inmediata reposición.*

Desde un punto de vista estrictamente económico podemos, pues, concluir que la donación de sangre mejora la distribución de los recursos, no es atentatoria contra los derechos de propiedad del donante y desde el punto de vista colectivo supone un enriquecimiento común del grupo, por lo que socialmente ha de ser considerada como un *bien preferente* para el que el mercado no tiene respuesta adecuada y que por lo tanto los Sectores Públicos han de proteger y fomentar ⁸.

⁸ Respecto a «merits y demerits goods», vid. MUSGRAVE, R. A. y MUSGRAVE, P. B., «Hacienda Pública. teórica y aplicada», Instituto de Estudios Fiscales, Madrid 1983, p. 120.

III.2. ADECUACIÓN A LA DEMANDA

a) *Recomendaciones de la O.M.S.*

La Organización Mundial de la Salud ha venido preocupándose, naturalmente, de los temas de necesidades de sangre a nivel mundial y ha podido determinar que la cifra que garantiza la cobertura de las necesidades es la de *cincuenta donaciones año por millar de habitantes*. Por supuesto que la «ratio» mencionada ha de ser tomada con la cautela precisa, ya que, como antes tuvimos oportunidad de argumentar, las necesidades en este tema son cambiantes y pueden elevarse en función de los avances de la cirugía, el riesgo de accidentes o catástrofes, etc.

Ello nos permite incluso preguntarnos si el índice mencionado responde a necesidades de determinados países y si está fijado en función de aquellos que técnicamente han alcanzado altos niveles quirúrgicos o por el contrario se refiere a los que puedan tener los más bajos. En realidad ello quizá no deba preocuparnos demasiado si lo tomásemos como *media deseable* para que el tema de la sangre dejara de ser problema a nivel mundial.

Nos parece, sin embargo, importante incluir en este apartado la preocupación por el *comercio internacional de sangre y hemoderivados* ya que nos tememos que lo que puede estar sucediendo es justamente lo contrario de lo que representaría la tendencia a la redistribución de bienestar y es que países pobres o subdesarrollados estén, por necesidades económicas, exportando estos tejidos vitales a países cuyos ciudadanos prefieran pagar de modo individual o a través de sus Sectores Públicos antes que resolver sus carencias por caminos solidarios.

b) *Situación en Europa*

Nos parece oportuno abrir un apartado a consideraciones de hemodonación en el ámbito de la CEE porque la libre circulación de personas que se avecina supone el traspaso de las fronteras de los distintos países de personas que desde el prisma que nos ocupa son *sujetos portadores potenciales de necesidades sanguíneas y de soluciones altruistas*.

En efecto, el fenómeno que ya el turismo masivo nos había antici-

pado hasta resultar habitual la figura del *extranjero transfundido* o el *extranjero donante*, va a ser mucho más frecuente en el futuro. La igualdad de derechos ante las necesidades de transfusión obligará a reconsiderar las previsiones en este aspecto, englobando en un supergrupo lo que eran los distintos grupos nacionales.

También en este sentido, como en tantos otros, se notarán las distintas situaciones particulares al momento de la integración definitiva: no todos los países europeos tienen hoy el mismo nivel en cuanto se refiere a los problemas de la sangre. Quizá, y es justo reconocerlo, pueda servir de modelo el de Francia por haber conseguido un grado de sensibilidad de su población que le permite rozar las cotas deseables marcadas por la O.M.S. Lo que resultará imprescindible en este terreno, como lo ha sido en tantos otros, es la homologación de las legislaciones sobre la materia, para unificar criterios, especialmente en el campo de la analítica, a fin de hacer posible que también la sangre, como los restantes bienes y servicios, circule sobre las fronteras sin ninguna cortapisa.

c) *Situación en España*

Contamos en estos momentos, como última estadística, con los datos facilitados por la Federación Nacional de Hermandades de Donantes de Sangre y relativos al año 1989⁹, de los que puede deducirse que éste ha sido el año en que se ha cruzado por primera vez en España la barrera del millón de donaciones (exactamente, 1.019.968) y que el índice *donaciones por millar de habitantes* en nuestro país representa todavía una «ratio» verdaderamente insuficiente (26,5).

Como dato esperanzador podemos considerar que las donaciones de sangre en España entre los años 1988 y 1989 han experimentado un incremento porcentual del 9%, lo que sería verdaderamente para echar las campanas al vuelo si estuviéramos hablando del PNB o del PIB, pero

⁹ La estadística ha sido facilitada por citada Federación en el mes de abril de 1990 y comprende las donaciones de los años 1988 y 1989 desglosadas por Comunidades Autónomas y los índices de donaciones del último de los años reseñados respecto a la población. En el siguiente apartado, relativo al desglose regional, incluiremos esta interesante estadística.

cuando se trata de este bien que por no valorarse en el mercado queda fuera de los datos del producto nacional, el tema pasa desapercibido, sin que ello quiera decir que no sea importante en una correcta valoración de las posibilidades de bienestar de la población. Su carácter vital es el argumento contundente al respecto.

d) *Desglose por Regiones*

Merece la pena hacer constar la situación de las donaciones de sangre en las distintas Comunidades Autónomas por lo que nos remitimos a la estadística de la Federación Nacional de Hermandades, antes aludida, que ofrece fiabilidad por haber sido confeccionada recogiendo los datos de las más de cien asociaciones que la integran ¹⁰.

¹⁰ Transcripción de la Estadística mencionada (Fuente: Federación Nacional de Hermandades de Donantes de Sangre, abril 1990).

	Don. 1988	Don. 1989	Increment.	Don. por 1.000 hab.	% nac.
Andalucía	145.759	169.477	23.718	25	17
Aragón	27.670	29.276	1.606	25	3
Asturias	22.442	29.896	7.454	27	3
Baleares	18.458	19.365	907	28	2
Canarias	25.676	30.287	4.611	21	3
Cantabria	18.096	18.523	427	35	2
Castilla-La Mancha .	47.278	46.282	-986	28	5
Castilla-León	56.962	61.492	4.530	24	6
Cataluña	157.203	166.493	9.290	28	16
Euskadi	67.461	72.579	5.108	34	7
Extremadura	20.440	23.396	2.956	22	2
Galicia	34.062	37.648	3.586	13	4
Madrid	153.758	155.936	2.178	33	15
Murcia	26.108	28.161	2.053	28	3
Navarra	29.091	32.310	3.219	63	3
Rioja	9.224	9.880	656	38	1
Valencia	75.528	88.977	13.449	24	9
TOTAL	935.216	1.019.968	84.752 (9%)	26,5	100

Representan estos datos un verdadero cuadro de honor de la solidaridad en el que podemos observar diferencias muy profundas si nos fijamos, especialmente, en la «ratio» número de donaciones por cada millar de habitantes en cada una de las zonas geográficas. En efecto, junto al índice 63 que corresponde a Navarra y que supera ampliamente no sólo la media nacional (26,5) sino la propia recomendación de la O.M.S. (50), llegamos hasta un mínimo de 13 en Galicia (mitad de la media nacional y cuarta parte de lo considerado razonable por la O.M.S.), pasando por, en sentido descendente, Rioja (38), Cantabria (35), Euskadi (34), Madrid (33), Cataluña, Castilla-La Mancha, Baleares y Murcia (28), Asturias (27), Andalucía y Aragón (25), Castilla-León y Valencia (24), Extremadura (22) y Canarias (21).

En un estudio más profundo de la cuestión podría realizarse analizando las tendencias de crecimiento que son las que nos hacen prever el futuro de las donaciones en cada zona. Así, por ejemplo, por citar el caso del territorio en que escribimos estas páginas, resulta esperanzador ver que una región como Extremadura, con un índice de donaciones bajísimo por millar de habitantes (22), en cuanto a índice de crecimiento (variación porcentual en los dos años últimos) está situada en 14 %, cuando la media nacional ha conseguido tan sólo un incremento del 9 %.

Tampoco podemos olvidar que las necesidades de sangre se detectan a través de los enfermos y que los enfermos suelen estar hospitalizados, lo que quiere decir que la «ratio» donaciones por millar de habitantes no resulta del todo fiable y debería ser más bien donaciones/camas hospitalarias, porque ni todas las regiones cuentan con la misma infraestructura sanitaria, ni los centros hospitalarios acogen exclusivamente a los habitantes de su demarcación territorial, como lo demuestra el hecho diario de traslado de enfermos de todo el territorio nacional a los grandes centros hospitalarios.

III.3. FRACCIONAMIENTO DE LA OFERTA

De nuevo surge, esta vez por el lado de la oferta, el problema de los *grupos sanguíneos*. La ventaja en este aspecto es que aunque la demanda

y la oferta sean en cada instante representativas de las necesidades y de la solidaridad de grupos distintos (los enfermos y los donantes), ambos grupos tienen el común denominador de seres humanos en los que ya hemos dicho que la sangre tiene diversificaciones de grupos y de factores. Pero esta diversificación es idéntica en demandantes y oferentes y hasta el índice de frecuencia, lógicamente, coincide de un modo matemático.

Ello permite resolver eficientemente lo que de otro modo sería un completo caos. Pero mantiene un problema: Si determinado grupo sanguíneo, especialmente si va acompañado de un determinado factor Rh, tiene mayor capacidad que otro para ser utilizado (en términos porcentuales respecto a un número de enfermos fijo), las personas que tengan el primero recibirán mayor demanda que las otras y, o su solidaridad crece a medida que lo hace su utilidad potencial, o habrá desequilibrios puntuales.

Aquí sí que podemos hablar de un equilibrio de mercado donde la oferta y demanda se igualan como tendencia permanente, como Say pretendía con su «ley» generalizadora y tranquilizante, al generar la oferta su propia capacidad de demanda. La naturaleza decide los grupos y los factores Rh y del conjunto de la población surgen los subconjuntos de enfermos y de donantes, coincidentes de modo inevitable en las secuencias de necesidades y de capacidad de satisfacción.

Y para tranquilidad de todos, ni los roles de enfermo y de donante son permanentes, con lo que el egoísmo puede sumarse al altruismo a través de una especie de seguro colectivo mediante el cual donar sangre durante una época garantiza recibirla en caso de necesidad; ni los subgrupos son cuantitativamente semejantes, excediendo el tamaño de la tarta potencial a las necesidades, siempre que el horno de la solidaridad se consiga mantener a la temperatura adecuada.

III.4. UNA COMPLICACIÓN ADICIONAL: LA CADUCIDAD

De nuevo nos enfrentamos, esta vez desde el ángulo de la oferta, con el problema del carácter perecedero del producto. Ya hemos indicado el plazo de permanencia de su utilidad según el proceso de conservación empleado (21/35 días, art. 22 de la Orden 4 diciembre 1985).

Ello requiere, lógicamente, un adecuado envasado y almacenamiento de la sangre en las condiciones de temperatura, humedad, etc., que los científicos determinen. Pero no es esto lo que nos preocupa en este momento ya que los problemas que puedan surgir de pérdida, deterioro, etcétera, del producto y las responsabilidades que pudieran derivarse de ello los trataremos al examinar el capítulo dedicado a los derechos de propiedad. Ahora la cuestión se limita al ya aludido juego de las «siete y media» en el que el premio de eficiencia consiste en que no falte sangre para quien pueda necesitarla y no sobre sangre que corra el riesgo de caducar.

Ante una alternativa de ese tipo, ¿cuál sería el comportamiento razonable? Evidentemente los riesgos enfrentados no son comparables: la falta supone posibilidad de pérdidas de vida, el exceso tan sólo haber convertido en estéril el sacrificio de los donantes. De todos modos el término estéril no podría ser nunca el adecuado, porque aun la sangre no transfundida, por «caducada», habrá prestado un servicio de seguridad durante su período de vigencia, aunque nadie discutiría que lo hubiera prestado mayor, al cien por cien de su capacidad, si hubiera sido transfundida dentro de plazo.

De nuevo la alternativa: Para tener auténtica *seguridad* de la existencia de cantidad suficiente de sangre incluso ante posibles emergencias, habrá en ocasiones que excederse un tanto en el almacenaje, aunque ello comporte enfrentarnos a un *riesgo menor* de posible caducidad. ¿Dónde fijar la línea de separación? Creemos que como en tantas ocasiones no existe otro criterio en este caso que el de la *racionalidad*, realizando las valoraciones con esa prudencia hermanada a la cautela que darían tranquilidad a quien mirara desde el ángulo de los enfermos sin provocar ninguna crítica por parte de quienes han de sacrificar algún bien alternativo (comodidad, tiempo, etc.) para garantizar el suministro.

Lo que ya no estaría tan claro, sino todo lo contrario, sería que bajo la excusa de conseguir total seguridad para los enfermos, se realizaran extracciones que la racionalidad no catalogase como *necesarias*, simplemente porque la extracción por sí misma pudiera representar para alguien un beneficio económico, despreciando el sacrificio del ciudadano donante. Y mucho menos la tendencia intencionada hacia extracciones innecesarias.

rias para que el riesgo de caducidad aconseje el *aprovechamiento secundario* que haga surgir otro tipo de beneficios que jamás estuvieron en la mente del donante al decidir su acto altruista: Que aumenten los ingresos de los laboratorios que se encargan del fraccionamiento de la sangre o que, por compensación con hemoderivados, disminuyan los gastos de las instituciones sanitarias. Como el tema es suficientemente importante, volveremos sobre el mismo en capítulos siguientes.

IV. ESTÍMULOS A LA OFERTA

IV.1. LAS ASOCIACIONES DE DONANTES

Sería difícil pensar en que de modo aislado las personas llegaran a reflexionar sobre el tema de la donación de sangre y a decidirse a resolverlo por su cuenta. Si acaso por este camino se conseguirían las donaciones, en cada caso, de los familiares o amigos de un enfermo concreto: ésta es la razón por la que, como después argumentaremos, consideramos rechazables las presiones hospitalarias sobre los familiares de los que van a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas bajo la amenaza de que en otro caso habría que posponer aquéllas, con riesgo para la salud del enfermo.

a) *Organización*

El panorama cambia por completo cuando la solidaridad se organiza. Se trata de un problema social y de un problema importante. Y el problema afecta a todos. Por ello la *sensibilización* suele ser inmediata, casi simultánea a la imprescindible *información*.

Así surgieron hace una veintena de años las Hermandades de Donantes de Sangre. Un grupo de personas sensibilizadas ante el problema (unos por vivir profesionalmente la realidad hospitalaria cada día y otros por haber tenido familiares enfermos con necesidades de sangre) se convertían en promotores de una Asociación, cuya finalidad no era otra que faci-

litar sangre a un determinado Hospital (Residencia, entonces) de la Seguridad Social, aprobaban sus Estatutos y Presupuestos (que naturalmente se realizaban de acuerdo con la Administración del Hospital) y conseguían la aprobación y registro de los mismos, para, a partir de ese momento, nombrar sus Organos de Gobierno (una Junta Rectora y los cargos directivos) y comenzar la captación de donantes.

Quienes tuvieron la satisfacción de protagonizar estos primeros pasos de las Hermandades de Donantes saben que el crecimiento fue espectacular. Las charlas de información calaban profundamente en la ciudadanía y el rechazo inicial por el *temor al pinchazo* quedaba prontamente superado por la magnífica colaboración de los médicos (muy especialmente los hematólogos) y el entusiasmo de los miembros de las Juntas Rectoras. Todo era, no obstante, muy doméstico, muy del Hospital y para los enfermos del Hospital.

El incremento de las necesidades obliga a pensar en la dispersión de los donantes potenciales por toda la circunscripción territorial del Centro Hospitalario. Y surgen las salidas con *unidades móviles* a las localidades más pequeñas, con idéntico resultado de respuesta positiva, hasta el punto de producirse efectos de noble competición entre ellas, pugnando por obtener las máximas cotas de solidaridad.

b) *Incentivos*

La gran satisfacción de los donantes por haber desterrado la comercialización de la sangre no pugnaba con el intento de las Asociaciones por concederles algún aliciente no económico. Surgen las distinciones, de fuerte valor simbólico aunque no tuvieran ninguno material (diplomas, emblemas, placas al llegar a un determinado número de donaciones, etc.), y el fomento de las relaciones humanas en el seno de las Hermandades (felicitaciones en el cumpleaños o en épocas navideñas), ampliación de horarios para visitar a sus familiares enfermos hospitalizados, Asambleas anuales con sorteos de regalos, etc.

Todo ello consigue la imagen pretendida de una gran familia con un objetivo común y cada donante, satisfecho de su aportación personal y más aún de la obra de su Hermandad, se empeña en una labor proselitista

que asegura el crecimiento de la oferta cuando se advierte que la demanda va incrementándose año tras año.

Naturalmente, como sucede en toda organización, nada ocurre porque sí. Justo es reconocer que junto a los miles de donantes anónimos existían centenares de personas que además de la donación de su sangre hacían la de su tiempo y su actividad para que las Asociaciones marcharan adecuadamente. Las Juntas Rectoras de las Hermandades han venido jugando ese papel de animadores permanentes de la solidaridad y las personas que han ido sucediéndose en las mismas, recogiendo periódicamente el testigo del entusiasmo y la dedicación, son los verdaderos artífices de lo que hoy contemplamos como panorama nacional de la donación de sangre.

IV.2. LOS «BANCOS» DE SANGRE

Tampoco sería justo olvidar a otros protagonistas de este desarrollo de la solidaridad. Las Asociaciones siempre tuvieron claro que su misión terminaba acercando al donante al «banco» que había de realizar la extracción, análisis y mantenimiento de la sangre, hasta que fuera transfundida al enfermo. Una labor técnica, profesional, pero llena de flecos humanos que podría incrementar la adhesión o provocar el rechazo del donante por mil motivos:

a) El trato al donante

El acto de la donación, sobre todo en la primera oportunidad, no es agradable. Lo que eufemísticamente ha dado en llamarse la «molestia» del pinchazo, en verdad es para todos un fuerte escozor y para algunos más sensibles un temor, sin olvidar el efecto adicional de la visión de la propia sangre que para algunas personas resulta especialmente desagradable. Si a ello unimos que entre la espera, la analítica previa, el acto de la donación y el obligado reposo de recuperación, hay un período de tiempo aparentemente «perdido», advertiremos lo importante que resulta que el personal de un «banco de sangre» facilite en la medida de lo posible todo este trámite y mantenga una relación donde los aspectos desagradables pasen a segundo término.

b) *La ventaja del «chequeo»*

El donante capta inmediatamente el aspecto positivo que para su salud tiene el «chequeo» anterior a la donación (para determinar si está o no en condiciones de practicarla) y la analítica posterior a la misma (para decidir si la sangre puede o no ser transfundida al enfermo). Todo ello garantiza al donante una revisión de su peso, presión arterial, posible anemia u otro tipo de enfermedades que, naturalmente, le serían comunicadas para someterse a tratamiento.

Por ello cuando, en ocasiones, han surgido comentarios sobre posibles actitudes negativas en los donantes por temor al contagio de alguna enfermedad, se pone de manifiesto una vez más lo imprescindible que resulta la información en este sentido, ya que siendo todo el material de un solo uso, el donante podría transmitir, pero nunca contagiarse, de esos virus que aterran hoy a nuestra población.

c) *Las visitas a enfermos del hospital*

Han venido cuidando los bancos de sangre en particular y las direcciones de los hospitales en general, que las personas que generosamente acuden a donar sangre para los enfermos tengan un tratamiento de favor en el horario establecido para la visita a los mismos. Existe en este comportamiento un reconocimiento de la institución hospitalaria a la imagen del donante, como colaborador gratuito de excepción en la sanidad del Centro. No obstante la justicia que tal trato especial comporta, hay dos cuestiones conexas que sería oportuno aclarar. La primera de ellas se refiere a la jerarquía de valores entre trato al enfermo y trato al donante, debiendo anteponerse aquél a éste, de modo que si por ampliar para los donantes los horarios de visitas pudieran causarse molestias a los enfermos o distorsionarse la marcha normal del hospital, el privilegio sería injustificable a todas luces y debería ser cancelado de inmediato.

Se refiere la segunda al riesgo de que cuando existen estos horarios ampliados para visitas de donantes, algunos familiares de enfermos se plantearían hacerse donantes para tener una comodidad especial en la visita a los mismos, con lo cual la finalidad última de la donación se distorsionaría.

IV.3. ASPECTOS NEGATIVOS: Las «barreras»

Hemos venido hablando de estímulos a la conducta del donante tanto desde el punto de vista de la actuación correcta de las Hermandades como de los Bancos de Sangre, pero no seríamos realistas si no admitiéramos la posibilidad de conductas inapropiadas que pueden crear «barreras de entrada» al mundo de la donación. Y ello puede ocurrir tanto por parte de los directivos de las propias Asociaciones como por parte del personal sanitario y administrativo de los Bancos.

En efecto, como en toda obra humana, en las Hermandades, aunque pudiera parecer inexplicable por no existir aliciente económico alguno, se pueden mezclar motivaciones indeseables, como búsqueda de popularidad, psicosis de mando, de aparente poder, de capacidad de decisión, de perfeccionismo organizativo... y mil manías más que un psiquiatra nos detallaría en cuanto le presentáramos el cuadro. Incluso de modo indirecto ha podido haber en ocasiones posibilidad de influir en la tramitación de cobertura de ciertos puestos de trabajo relacionados con la Asociación y hasta alguna influencia (que mas bien tendríamos que calificar de intento de ingerencia) en la marcha del Hospital... Quizá ello pueda explicar la profunda diferencia de gestión que se ha llevado de unas Hermandades a otras y que determinan que los «costes fijos» en ocasiones resulten absolutamente desproporcionados...

Todo ello produce rechazo, mala imagen y puede determinar que donantes potenciales no lleguen a ser nunca donantes efectivos.

También el Banco puede crear «barreras»: Baste volver por pasiva cuanto hemos indicado del trato al donante y encontraríamos actitudes verdaderamente injustificables: Desde el más absoluto desprecio al valor del tiempo para el donante, haciéndole esperar innecesariamente (empleamos este calificativo para casos como el de permanecer en el bar la persona responsable de atenderle, no para los casos en que estuviera realizando otra obligación ineludible, como atender a otro donante anterior o a un enfermo); como no poniendo a su disposición tan siquiera una sala de espera adecuada, obligándole en consecuencia a la visión desagradable del mundo de los enfermos hospitalizados; como indicarle que vuelva otro día porque en ese momento no hace falta sangre de su grupo (que puede

ser en alguna ocasión un modo de cooperar a la falta de sangre para provocar una salida fuera de la localidad con las consecuencias presumibles de percepción de kilometraje, dietas, etc.); como no ser comprensivo con el temor del donante sobre todo en las primeras ocasiones, etc. Todo ello puede crear en los donantes potenciales una barrera que, psicológicamente, les impida el ejercicio de su espíritu solidario.

V. LA NORMATIVA VIGENTE

Vamos a intentar un análisis de las normas que rigen la donación de sangre, ya que ello constituye en realidad la esencia del objetivo que nos propusimos con este trabajo. Se trata, tras la visión panorámica del mundo real de la donación y de sus más importantes problemas, de plantearnos la pregunta de si la normativa vigente en la materia promueve, apoya, refuerza, protege, financia, etc., el encauzamiento de toda esa corriente humana de solidaridad o, por el contrario, existen preceptos que la dificultan o faltan preceptos que la alentarían.

Fundamentalmente dos tipos de normas regulan el tema: De una parte las que se refieren, como legislación sanitaria, a la hemodonación, y a los Bancos de Sangre (Real Decreto 1945/1985 de 9 de octubre y Orden de 4 de diciembre del propio año) y, de otra, las que reglamentan el funcionamiento de las Asociaciones de Donantes.

V.1. LEGISLACIÓN SANITARIA

Para un mejor análisis de la misma dividiremos el estudio en cuatro campos concretos: incompatibilidades, riesgos, analítica preceptiva y otras prescripciones.

a) *Incompatibilidades*

El art. 4 de la Orden de 4 de diciembre de 1985 establece como requisito de *edad* para ser donante, estar comprendida entre los dieciocho y

los sesenta y cinco años; y el art. 5.2 señala el *peso* (superior a 59 kilogramos), la *tensión arterial* (presión sistólica entre 180 y 90 mm de Hg y la diastólica entre 100 y 50 mm de Hg) y el *pulso* (entre 50 y 100 pulsaciones por minuto y a ritmo constante). Naturalmente el incumplimiento de alguno de estos requisitos ha de ser motivo de exclusión respecto a la posibilidad de donación.

b) *Los riesgos para la salud*

Al ser dos los sujetos intervinientes en la donación de sangre (donante y receptor) la preocupación legal ha de ser doble para impedir que de un acto tendente a producir efectos beneficiosos para la salud pudieran derivarse consecuencias perniciosas indeseables.

Las propias causas de exclusión a que aludíamos en el anterior apartado son previsiones legales para impedir riesgos a un donante cuya salud podría verse perjudicada, pero desde luego la normativa para él es mucho más completa al exigirse (art. 5.3 de la Orden ya citada) un *análisis complementario* para determinar la tasa de hemoglobina o del valor hematocrito, lo que representa una garantía de control que evite la imprudente donación por parte de personas anémicas.

Comprobado el transcurso del intervalo mínimo entre dos extracciones (dos meses, art. 7 de la Orden que comentamos) y garantizado que todo el material utilizado en las mismas es de uso único, para el donante se han previsto legalmente todos los riesgos (incluso el «Seguro del donante» que cubra cualquier daño eventual con motivo de la extracción de sangre está regulado en los arts. 6, 2, c), del Real Decreto 1945/1985 de 9 de octubre), pero las prescripciones han de velar igualmente por la salud del enfermo-receptor.

En este aspecto la Orden de 4 de diciembre 1985 establece en los arts. 14 y siguientes una minuciosa regulación de las pruebas a que ha de ser sometida la sangre donada antes de ser transfundida. La detección de agentes infecciosos, el tipaje, etiquetado de los frascos, conservación (entre 2 y 6 grados centígrados y en frigoríficos con control gráfico de temperatura y señal audiovisual de alarma), etc.

El aspecto más polémico de la normativa respecto a garantías para

el receptor es la indagatoria de la salud del donante a través del *cuestionario de preguntas* previsto en el art. 5.1.2, de la Orden de 4 de diciembre de 1985 en el que junto a cuestiones que tratan de averiguar la existencia de enfermedades pasadas o presentes (diabetes, epilepsia, hipertensión, etc.), existe un requisito de entrega a cada donante de una hoja informativa, con acuse de recibo, que deberá ser firmado antes de la donación, tendente a su autoexclusión de grupos de riesgo de transmisión del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Naturalmente entre las causas de inclusión en tales grupos de riesgo están algunas que socialmente pueden ser consideradas infamantes, tales como la homosexualidad, la drogadicción, etc., y ello plantea a veces reacciones que intentan fundamentarse en un pretendido derecho a la privacidad.

A pesar de la delicadeza con que el personal de los Bancos de Sangre acostumbra a plantear estas preguntas, no pueden evitarse en ocasiones momentos de tensión y hasta desplantes que dificultan la armonía de la relación donante-Banco. Cuando dos derechos entran en conflicto (derecho del donante al secreto de su vida privada y derecho del enfermo a no recibir sangre procedente de población de riesgo) es obvio que debe prevalecer el segundo. En este sentido la experiencia de las Hermandades de Donantes de Sangre es altamente positiva: Los donantes habituales no suelen poner reparo alguno al cumplimiento de estos trámites, quizá por la labor previa de filtro que las Asociaciones realizan al orientar su proselitismo a personas claramente excluidas de los grupos poblacionales de riesgo. La selección previa que las Hermandades realizan con la captación de donantes representa una seguridad adicional que repercute en la sanidad nacional ¹¹.

11 Buena muestra del temor de la población al riesgo posible de contraer enfermedades por transfusión, es la noticia difundida mundialmente hace tan sólo unos meses relativa a que algunos médicos americanos, concretamente de Baltimore, recomendaban a sus pacientes que habían de ser intervenidos quirúrgicamente, que realizaran con suficiente antelación una «donación» de sangre que en su caso se utilizaría para serles transfundida en el momento de la intervención. Comprendemos la intencionalidad de la recomendación, que eliminaría cualquier riesgo, ya que tratándose de «autodonación» resulta imposible transfundir algo distinto

c) *Análítica preceptiva*

Tras haber finalizado la relación donante-Banco al que antes nos referíamos, comienza la relación Banco-sangre donada, para determinar si la misma está en condiciones de ser transfundida al enfermo. Aquí ya el problema es absolutamente técnico y desaparecen los conflictos de relaciones humanas. El art. 5.3 de la Orden reguladora de la hemodonación y su complementario art. 15 de la propia norma, establecen minuciosamente las pruebas a realizar y el modo en que han de hacerse.

Hemos de entender que estas prescripciones tienen un sentido de «mínimos» y que en ocasiones los analistas las complementan con otras que a su juicio puedan estar justificadas para mayor garantía del receptor. De todos modos la uniformidad en las pruebas analíticas y en los procesos de análisis evitarían todo tipo de celos para los *trasvases interhospitalarios de sangre* que a veces son aconsejables desde la visión de un mejor aprovechamiento de los recursos, pero que pueden encontrar inconvenientes de valoración técnica cuando las pruebas realizadas en el hospital-extractor no son absolutamente coincidentes con las habituales en el hospital-transfusor.

de lo que ya estuviera en el organismo, pero el sistema de «autoseguro» dependerá de las condiciones del paciente en cada caso. Parece que en la recomendación citada podríamos detectar o una falta de fé en la solidaridad en un mundo deshumanizado o, más probablemente, tratar de evitar ese riesgo de contagio aún sin control, estimado en 1/200.000.

Respecto a los riesgos derivados del SIDA para los receptores de transfusiones sanguíneas pueden consultarse los estudios de Robert C. GALLO y Luc MOTAGNIER, especialmente «El SIDA en 1988» en el que literalmente se indica que «la eliminación de HIV en las transfusiones de sangre, por investigación de anticuerpos, ha reducido notablemente el número de casos de SIDA causados por transfusiones». Comparten el mismo criterio Jonathan M. MANN, James CHIN, Peter PIOT y Thomas QUINN cuando afirman en «Epidemiología internacional del SIDA» que «hubo transmisión debida a la transfusiones de sangre o de productos hemoderivados entre finales de los 70 y 1985, pero se ha conseguido ya eliminar esa vía casi del todo, convenciendo a la gente inmersa en los grupos de alto riesgo de que se abstuvieran de donar sangre y gracias al rastreo, rutinario y eficaz de anticuerpos contra el HIV entre los donantes de sangre».

d) *Otras prescripciones*

La normativa en vigor en materia de donación se ocupa también de cuestiones que pudiéramos considerar accesorias pero que indirectamente inciden en la garantía de la sangre como vehículo de salud. Nos referimos por ejemplo al problema de los *recipientes* (de carácter definitivo, para evitar los riesgos de trasvases) que regula el art. 9 de la Orden, de las *muestras pilotos* (que acompañan permanentemente a cada unidad de sangre y que obligatoriamente han de ser tomadas en el mismo instante y por la misma persona que asiste a la donación principal) del art. 12, el *tipaje* del art. 16 y normas de *etiquetaje* del art. 17, la *esterilidad del material* que regula el art. 2 en concordancia con lo dispuesto en el Real Decreto 908/1978 de 14 de abril sobre control sanitario y homologación de material e instrumental médico y en la Orden de 13 de junio de 1983, que regula el material instrumental médico quirúrgico-estéril para utilizar una sola vez, la obligada *supervisión médica* del acto de la donación recogida en el art. 3 de la Orden ya citada, la atención al donante facilitando su *descanso y refrigerio* regulados en el art. 6, etc.

V.2. ESTATUTOS DE LAS ASOCIACIONES DE DONANTES

Ya hemos tenido ocasión de referirnos a ellos más arriba cuando indicábamos que surgieron prácticamente uniformados por su adaptación a un Estatuto-tipo que, naturalmente, cuidaba su adecuación a los requisitos previstos en la Ley de Asociaciones con objeto de que, tras los trámites oportunos, pudiera ser reconocida su personalidad jurídica y fueran susceptibles de registro público.

Las Juntas promotoras a que en su momento nos hemos referido, aprobaban tales Estatutos de gestión y financiación de las Hermandades de Donantes, destacando sus dos órganos básicos: La Asamblea General de Donantes y la Junta Rectora de la Hermandad. El detalle de las funciones de cada uno de estos órganos, la representación de los mismos a través del equipo directivo (presidente, vicepresidentes, secretario, tesorero, etc.), y las previsiones de financiación y destino del posible patri-

monio final en caso de disolución de la Asociación, componían básicamente el articulado de los mencionados Estatutos.

Aparte del aspecto legal de los mismos, que obligaban al cumplimiento de trámites y plazos en materia de asamblea anual, renovación de los cargos, etc., pretendían los Estatutos marcar un estilo unificado de trato al donante, valoración social de la importancia de su función, reconocimiento de la misma a través de distinciones simbólicas, etc.

La realidad es que tal como están redactados estos Estatutos, no planteaban problemas de aplicación al considerarse exclusivamente como un instrumento legal que permitía sumar la solidaridad individual y conseguir otra colectiva eficaz para la consecución de un doble fin: que existiera siempre sangre dispuesta para quienes la necesitaran y que terminara definitivamente lo que se calificaba como el vergonzoso espectáculo del comercio de la sangre ¹².

VI. ANÁLISIS DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD

La normativa vigente examinada en el capítulo anterior para nada alude al importante tema de los «property rights» del bien sangre. Esta indefinición provoca en ocasiones malentendidos que pueden salpicar la buena imagen de los donantes, de las Hermandades, de los Bancos de Sangre y hasta del propio Sector Público, como responsable de la sanidad nacional.

12 Como puede observarse a lo largo de todo este capítulo, la legislación vigente en materia de donación de sangre se limita a regular las garantías para el enfermo-receptor, pero es ajena a la creación de estímulos al donante. Creemos que desde la perspectiva del nuevo análisis económico del Derecho, resulta necesario un estudio de la normativa vigente para determinar lo que fomenta y lo que provoca rechazo en la conducta altruista, así como las lagunas que es necesario llenar, para estimular las donaciones, estudio que podría aplicarse no sólo a las de sangre sino, por extensión, a las de órganos en general. Vid. sobre análisis económico del Derecho GOETZ (1984), POLINSKY (1985), POSNER (1986) y COOTER y ULEN (1988). En la doctrina española, PASTOR: «Sistema jurídico y economía». Tecnos, Madrid 1989.

Partamos de la relación primaria: Donante y enfermo. Ésta es la esencia de la donación. El donante, con un determinado «animus beneficiandi», y el donatario-enfermo, con una vital necesidad. Pero tal relación no se realiza de modo directo y personal. Donante y donatario no contactan, ni siquiera llegan a conocerse¹³. Como intermediarios existen las Hermandades de Donantes y los Bancos de Sangre.

Podemos, pues, considerar que el donante no entrega su sangre al enfermo, sino a su Hermandad. Y también sería exacto pensar que el enfermo no recibe la sangre del donante, sino de su Banco de Sangre hospitalario. Consecuencia: Hay una triple relación que es preciso analizar para definir los derechos de propiedad del bien sangre: Del donante a la Asociación, de la Asociación al Banco de Sangre, del Banco de Sangre al enfermo.

VI.1. DEL DONANTE A LA ASOCIACIÓN

El contrato en este caso no ofrece duda: Se trata de *donación*. ¿Una donación incondicional? Volvamos a los Estatutos de las asociaciones. Se supone que la persona que ingresa en las mismas como donante acepta su articulado. Hay como fondo un contrato de *sociedad por adhesión*, es decir, las reglas del juego son idénticas para todos y la persona decide el sí o el no de ser donante miembro de la Asociación.

Pero la Asociación tiene unas obligaciones que cumplir, por lo que el donante no entrega su sangre sin condición alguna: la dona para que se cumplan los fines de la Asociación y por los medios previstos en los Estatutos. Por lo que, naturalmente, tiene un derecho remanente, aunque haya transmitido la propiedad de su sangre: *Exigir responsabili-*

13 La experiencia ha demostrado lo inconveniente que resultaría que el enfermo conociera la persona que donó la sangre que él recibió, a la que se sentiría obligado psicológicamente de modo personal, en lugar de canalizar su agradecimiento hacia una Asociación que, entre sus virtudes, cuenta con el anonimato de quienes hacen el bien sin mirar a quién.

Pero muchos mayores problemas podría representar que el donante conociera el nombre de la persona a quien su sangre había beneficiado, pudiéndose abrir caminos de extorsión, peticiones compensatorias, etc., por parte de donantes desaprensivos y malintencionados.

dad a la Asociación si su sangre fuera desviada de los fines estatutarios. Y, consecuentemente, la responsabilidad se materializaría en las personas que toman las decisiones y administran los recursos de la Asociación.

VI.2. DE LA ASOCIACIÓN AL BANCO DE SANGRE

Decíamos que el donante tiene derecho a exigir a la Asociación a que pertenece el cumplimiento de sus fines y muy especialmente el que se refiere al destino y gratuidad de la sangre. Pues bien, esa responsabilidad de la Hermandad de Donantes nace, a nuestro juicio, desde el mismo instante en que el donante ha culminado su acto solidario y se retira dejando en una bolsa el fruto de su solidaridad.

Pero la realidad es que ni la sangre ni la bolsa que la contiene pasan en ningún instante al dominio de la Asociación: Es personal técnico del Banco quien realiza la extracción, quien se hace cargo de la bolsa (contenido y continente), quien inicia la analítica correspondiente, el tipaje y etiquetado, quien se ocupa de la conservación hasta su transfusión al enfermo... En definitiva: la sangre no ha pasado en momento alguno a disposición de la Asociación, ni sus representantes, directivos o no, pueden tomar decisión alguna sobre ella. Pero naturalmente ello no suprime la responsabilidad de la Hermandad ante el donante, luego como *responsable* de un destino la Asociación ha de tener un indiscutible derecho de *control* o seguimiento, que tendrá como plazo el tiempo que transcurra desde la extracción al donante hasta la transfusión al enfermo.

Nos parece que ello aclara en gran manera el papel de las Hermandades de Donantes de Sangre y en concreto el de sus directivos, en los Bancos de Sangre de las Instituciones Hospitalarias. Su función no tiene ni puede tener ningún aspecto técnico porque ello sería ingerencia en la competencia profesional del personal del Banco de Sangre. Sí puede, y debe, tener una función controladora del destino de la sangre, por lo que, lógicamente, puede exigir los partes correspondientes de entradas y salidas de sangre y los de caducidad o desecho, con especificación de las causas en su caso.

Ello equivale a decir que *ni el Banco de Sangre ni la Institución Hospi-*

talaria que le respalda tienen en ningún momento el derecho de propiedad sobre la sangre donada, con la importante consecuencia de no poder disponer de la misma más que para los fines que determinaron la conducta del donante y que mientras no exista prueba en contrario no pueden ser otros que los previstos en los Estatutos de la Asociación a que el mismo pertenece.

VI.3. DEL BANCO DE SANGRE AL DONATARIO

Nos parece que la definición de los derechos de propiedad ha quedado resuelta, desde nuestro punto de vista, en el anterior apartado. Los Bancos de Sangre desde el punto de vista técnico tienen la amplitud de funciones que la normativa vigente en cada caso les encomiende: analítica, tipaje, conservación, etc. Pero desde el punto de vista jurídico sus derechos (y, sobre todo, sus obligaciones) no son otras que las que nacen de un *contrato de depósito* en el que las figuras están muy claras: el depositante es la Asociación de Donantes (de ahí su derecho al control consustancial a esta parte contratante) y el depositario es el Banco (de ahí su obligación finalista y la responsabilidad en caso de incumplimiento por desviación de destino o por negligencia en la custodia o conservación).

VI.3. PROBLEMAS DE LA SANGRE CADUCADA

Nos parece que éste es el punto que presenta mayor indefinición en el estudio de los derechos de propiedad de la sangre donada. En efecto, habría que distinguir entre la sangre caducada por falta de racionalidad en la previsión de las necesidades y la caducidad inevitable, si se quiere garantizar la seguridad de potenciales enfermos.

La primera de las situaciones nos parece que resulta injustificable porque hacer unas previsiones al alza, fuera de toda medida, supone un desprecio al sacrificio del donante en particular y al espíritu que inspira a las propias Asociaciones como colectivo. Éste sería uno de los motivos de funcionamiento estricto del *control* de las Hermandades sobre los Bancos.

La segunda, por inevitable, exige de cualquier responsabilidad a los Bancos y a quienes los gestionan, pero mantiene un problema de derechos de propiedad: Habida cuenta de que no tendría sentido la devolución de la sangre ni a la Asociación ni al donante, ¿lo tendría ordenar su destrucción si ya no es apta para ser transfundida? ¿Puede ser fraccionada para aprovecharse por elementos componentes si ello es factible desde el punto de vista técnico? ¿Ese fraccionamiento y en su caso aprovechamiento ha de hacerlo el Banco depositario? Si el Banco no cuenta con personal, aparataje y material adecuado para ello, ¿puede entregar la sangre el Banco —o el Hospital— a un laboratorio especializado para que realice estas funciones? ¿Podría, en este último supuesto, cobrarse al laboratorio un pago en metálico por esas unidades de sangre? ¿Sería más acorde con este análisis de los derechos de propiedad que en lugar de una compraventa se estipulara una permuta en la que el laboratorio compensase al Centro hospitalario con productos obtenidos tras el proceso de fraccionamiento?...

Ya vemos la cantidad de cuestiones que se suscitan al enfocar los derechos de propiedad con un sentido práctico ante la inevitable circunstancia de la caducidad de la sangre. Pero nos parece que las soluciones existen sin necesidad de dar la espalda al campo jurídico: Bastaría que el tema del destino de la sangre caducada se contemplara como una situación excepcional en los Estatutos de las Hermandades de Donantes de Sangre. Porque la sangre caducada ya no es apta para el destino previsto (presupuesto, diríamos en la terminología jurídica utilizada por Larenz al estudiar la causa de los contratos) y por ello ya no puede ser considerada sangre en sentido estricto, con lo que se salva cualquier pudor sobre comercialización de la sangre a que tan sensibles son los donantes. Pero lo que resultaría irracional sería la destrucción de ese nuevo bien, útil aún aunque menos que la sangre transfundible. Ello sí que representaría un despilfarrero y convertiría en absolutamente estéril (excepto su papel provisional de garantía durante un plazo, al que ya hemos aludido) el sacrificio del donante y la actividad organizativa de la Asociación.

Nos inclinamos, pues, por soluciones racionales, pero con luz y taquígrafos, es decir, con una norma estatutaria en las Asociaciones que recogiera este caso excepcional y que impidiera, porque de otro modo podría

ocurrir, que un donante increpara a la Junta Rectora de una Asociación a causa de una negligencia de su control por haberse desviado bolsas de sangre de un Hospital a un laboratorio para proceder a su fraccionamiento. Aún más, incluso en el caso de que los propios Bancos tuvieran capacidad productiva para realizar tales preparados (es presumible que ello ocurrirá en breve plazo con los Bancos Regionales) seguiría siendo imprescindible la cláusula estatutaria que prevé y permite esta finalidad excepcional.

VI.5. RESPONSABILIDADES

A todo lo largo de este capítulo VI hemos tratado de ir definiendo los derechos de propiedad de la sangre donada y han ido surgiendo los términos de *control* en el caso de las Asociaciones y de *depósito* en el de los Bancos. Paralelamente hemos defendido la posibilidad de exigencia de *responsabilidades* derivadas del abuso, desviación o negligencia en el cumplimiento de las funciones que competen a cada uno de los protagonistas de este proceso de vida que termina relacionando al donante con el enfermo.

Las Juntas Rectoras de las Hermandades, el personal adscrito a los Bancos de Sangre, la Dirección y Administración de los Hospitales, han de ser conscientes de sus competencias en cada caso y de las responsabilidades en que pudieran incurrir si se vulneran estos derechos. Se supone que todos ellos tendrían algo que decir si fueran consultados sobre la definición de los mismos y del contraste de pareceres y asunción de responsabilidades de modo consciente tendría que surgir una normativa esclarecedora que evitara esta situación que estamos calificando de indefinida pero que deberíamos matizar como peligrosa, por rozar algún precepto penal.

VII. ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA DONACIÓN

Comenzábamos hablando de solidaridad versus mercado pero ello no impide que al final tengamos que considerar el aspecto económico de

la donación, porque una cosa es que el donante entregue generosa y desinteresadamente su sangre y otra muy distinta que esa misma sangre, al llegar al enfermo, haya ido absorbiendo costes y represente para el mismo (en la sanidad privada) o para la Administración (en la pública) un importante desembolso.

a) *Costes Fijos*

Un servicio de hematología existente en un Centro hospitalario, independientemente del número de bolsas de sangre que haya de procesar, representa un coste que naturalmente repercute en gran medida en el «valor» final de la bolsa de sangre. Las economías de escala son importantes en este sentido. Muy posiblemente ello represente la causa fundamental (aparte de las técnicas) para el fenómeno de transformación a que estamos asistiendo en la sanidad española con la instalación de los Bancos Regionales.

b) *Costes Variables*

En función de las necesidades de sangre, que suele ser naturalmente proporcional al número de camas instaladas, y de las extracciones a realizar, ciertos costes hospitalarios sufren modificaciones:

1. Los *desplazamientos de unidades móviles* a localidades distintas de la del Hospital, con el consiguiente gasto adicional de los equipos técnicos por kilometraje, dietas, etc. Este tipo de costes ha supuesto en ocasiones fricciones entre las Hermandades de Donantes y los Bancos de Sangre por un motivo espúreo al que ya hemos hecho referencia: Las extracciones en los Hospitales suelen hacerse dentro de las horas normales de trabajo y por ello no dan derecho a devengo de emolumentos extras, mientras que las salidas de la localidad sí los justifican. Puede resultar entonces más deseable extraer sangre a distancia que en la propia localidad y ello acarrea dos problemas: Desde el punto de vista de los costes variables, naturalmente su injustificado incremento, pero desde el punto de vista de la atención a los donantes de hecho fomenta el rechazo sistemático de los de la localidad hospitalaria con cualquier excusa, lo que provoca obvia-

mente su malestar y a veces hasta una preocupación sobre posibles deficiencias en su estado de salud...

Éste es un punto que tendría que ser definido junto con los derechos de propiedad: ¿A quién corresponde determinar el número de bolsas de sangre necesarias para un determinado período, una semana, por ejemplo? Evidentemente, al Banco de Sangre, que es quien tiene relación directa con los Servicios Hospitalarios y puede aplicar a las previsiones aquel criterio de racionalidad que antes considerábamos imprescindible.

Pero, ¿a quién corresponde decidir la localidad en que han de realizarse las extracciones necesarias para cubrir aquellas necesidades? Nos parece que con la misma claridad habría que contestar que a las Asociaciones de Donantes. Con lo que indirectamente estamos concluyendo que las Hermandades influyen en el mayor o menor número de salidas de las unidades móviles... y ello provoca roces personales fácilmente imaginables.

2. *Análisis y seguimiento del donante.* Los elementos para la extracción de un solo uso, los reactivos para hacer la analítica y en algunos casos el seguimiento de la salud del donante si se llega a observar alguna anomalía, así como los gastos de conservación y mantenimiento de la sangre, representan otro importante capítulo de costes variables para ir sumando al valor final de esa bolsa que llega al enfermo.

3. *Los presupuestos de las Hermandades.* Las Asociaciones de Donantes de Sangre reciben habitualmente a través de los presupuestos del Centro Hospitalario una asignación anual para hacer frente a sus gastos, entre los que fundamentalmente se encuentran los de atención a los donantes (refrigerio tras la extracción, emblemas, celebración de asamblea anual, distinciones a los que llegaron a un determinado número de donaciones, etc.), y gastos de la Junta Rectora (desplazamiento a actos de propaganda, a las localidades en que se realizan extracciones, etc.).

En este aspecto la diferencia de unas Hermandades a otras es abismal, porque junto a Asociaciones que entendieron en su día que la Administración habría de dotarlas de los medios humanos necesarios (con lo que eliminaban el capítulo de personal), otras prefirieron contratarlos por su cuenta y que se les compensara con la correspondiente dotación presu-

puestaria. Así podríamos examinar hoy Asociaciones con más de cuarenta empleados y otras que no tienen ninguno, por lo que los presupuestos resultan absolutamente incomparables.

Por ello, aunque se homologuen las contabilidades de estas Asociaciones (que ya se está realizando el proceso) las diferencias presupuestarias son de tal entidad que resulta difícil hacer un estudio comparativo del grado de eficiencia a través del costo por bolsa de sangre extraída.

c) *Minoraciones de gastos*

Al hilo del tema de la caducidad de la sangre y de la posible entrega al exterior para su fraccionamiento y compensación mediante componentes, veíamos un posible ahorro en adquisición de hemoderivados, que desde luego desde el prisma de los aspectos económicos de la donación tenemos que considerar positivo, con las reservas que desde el punto de vista de los derechos de propiedad hemos dejado sentadas.

Las ventajas podemos aún supervalorarlas si la alternativa para la adquisición de tales hemoderivados hubiera de ser el extranjero al tener que hacerse en divisas el pago de los mismos. Por ello, también desde el punto de vista del comercio internacional el efecto habríamos de considerarlo beneficioso.

VIII. DESEQUILIBRIOS TERRITORIALES

Cuando nos planteábamos estadísticamente el tema de la donación lo examinábamos territorialmente y en función de la población. Ello puede darnos un índice de solidaridad humana, pero nunca de cobertura real de las necesidades existentes. Ya hemos dicho que los Centros hospitalarios no están distribuidos regularmente según los datos de población y que el trasiego de enfermos de unas localidades a otras en función de la capacidad hospitalaria es diario.

VIII.1. TRANSFERENCIAS REGIONALES

Nos referimos en este apartado a las transferencias interhospitalarias dentro de una misma Región que lógicamente serán las más frecuentes por dos motivos: a) Porque la distancia será menor, y b) Por la existencia de Federaciones Regionales que aglutinan a las hermandades del territorio.

Quizá los proyectados *bancos regionales* evitarán este trasvase en el futuro, al recoger toda la sangre del territorio para, una vez tratada, hacerla llegar a los Hospitales que la necesiten. Surgirá así un nuevo protagonista: el Banco Regional, que absorberá a los Bancos Hospitalarios.

Pero en los momentos actuales en la mayor parte de la organización sanitaria española todavía se funciona a través de bancos hospitalarios, con lo que surgen *dificultades técnicas y administrativas* cuando se pretende trasvasar sangre de unos a otros. De nuevo aflora la neta separación de las Hermandades y los Bancos. En lo que a las primeras se refiere, el nacimiento de las Federaciones Regionales consigue su coordinación y la adhesión de sus Juntas Rectoras a permitir transferencias de sangre donada al Hospital en que pueda ser más necesaria en cada momento. Incluso se considera de estricta justicia, toda vez que la población regional utiliza con frecuencia instalaciones hospitalarias que por su mejor dotación acoge a enfermos de otras circunscripciones territoriales, con lo que las necesidades de sangre se hacen mayores en dichos Centros y la teórica población de su entorno sería incapaz de abastecerlas.

Pero trasvasar sangre supone inevitablemente transferir envases, analítica, gastos de mantenimiento..., es decir, todo lo que acompaña a la sangre como vehículo necesario para poder ser transportada. Y ello acarrea de una parte un problema *técnico*, ya que no siempre son coincidentes los criterios sobre la analítica realizada y el Banco receptor pudiera poner reparos a la aceptación de sangre proveniente de otro que no ofreciera todas las garantías en este sentido. Y de otra parte una dificultad *administrativa-contable*, porque habría que repercutir costes soportados, ya que de lo contrario el Centro receptor estaría realmente siendo parcialmente financiado por el cedente.

VIII.2. TRANSFERENCIAS INTERREGIONALES

Ampliando el nivel territorial los problemas serían los mismos. Existe una Federación Nacional de Hermandades de Donantes de Sangre que coordina a todas las Federaciones Regionales. Hay un convencimiento de que, en estricta justicia, proceden los trasvases, porque determinados Centros Hospitalarios nacionales acogen enfermos de todo el territorio del país. Pero de nuevo surge la dicotomía Asociaciones-Hospitales: Las dificultades técnicas y las administrativas han de ser resueltas mediante una armonización nacional absoluta de todos los procesos analíticos para evitar cualquier reticencia de los responsables hematológicos y una armonización contable para hacer posible la repercusión de los costes inherentes a la extracción y conservación de la sangre trasvasada.

VIII.3. SOLIDARIDAD EUROPEA Y MUNDIAL

A medida que vamos subiendo en la dimensión territorial crecen, naturalmente, las dificultades para las transferencias de sangre. Y no precisamente por la distancia, que hoy no supone problema dada la rapidez de los medios de transporte y la escasa incidencia relativa que el peso y el volumen tienen respecto al valor de la sangre.

El tema desde la perspectiva de la CEE tendrá mayor trascendencia en breve plazo ya que a la sangre afectará, como a cualquier otro, la libre circulación de bienes y servicios. Pero hay que unificar las reglas del juego: Lo que no resultaría posible sería admitir la coexistencia de mercado y solidaridad y pretender transferencias de sangre entre países que tuvieran distinto sistema.

La necesidad de definir los derechos de propiedad aparece de nuevo al cruzar la sangre las fronteras nacionales. Pero nos parece que el principio esencial permanece: Una sangre donada bajo condición de que por ningún concepto pueda ser comercializada no pierde fuerza alguna en cuanto a los derechos de propiedad del donante por el hecho de salir del territorio nacional.

La desaparición de barreras a la libre circulación de las personas pode-

mos entenderla en este caso como ampliación a un campo común del territorio de los donantes y del territorio de los enfermos. Cualquier persona podrá donar sangre en cualquiera de los países comunitarios y cualquier persona tendrá derecho a que se le transfunda la que necesite sea cual fuere el lugar en que la necesidad surgiera.

Salvando las distancias y aunque los lazos económicos y jurídicos sean menores o inexistentes, la sangre donada deberá ser considerada como un conjunto abierto a la aportación de todos los países y a la cobertura de todas las necesidades. El Banco Mundial de la Solidaridad nos parece que es algo que no encontraría rechazo alguno y para la coordinación imprescindible en orden a su eficacia, existen organismos e instituciones internacionales plenamente capacitados para llevarlo a la práctica. Ello equivaldría a terminar definitivamente con el mercado de la sangre en el mundo.

IX. CONCLUSIONES

Cada uno de los capítulos que hemos redactado nos permiten extraer consecuencias que pretendemos pudieran mejorar el conocimiento general y la eficacia de la donación de sangre.

1. Las necesidades de sangre pueden ser resueltas por el camino de la solidaridad, sin tener que recurrir al mercado.

2. Hay indicios racionales para pensar que un alto porcentaje de población española es donante potencial, en el sentido de estar sensibilizada con el problema de la sangre. Sin embargo, faltan donantes reales comprometidos a ofrecer su brazo para al menos una extracción anual.

3. La demanda de sangre es creciente, por causas quirúrgicas, accidentes, catástrofes, etc., y en los momentos actuales no existe sustitutivo para ella.

4. La demanda de sangre tiene problemas por su fraccionamiento y la caducidad de su vigencia, con lo que se dificulta enormemente la eficaz administración de este bien escaso.

5. La oferta de sangre en España está aproximadamente al cincuenta

por ciento de la relación donaciones/población recomendada por la O.M.S.

6. El crecimiento de la oferta de sangre en los últimos años (1988 a 1989) en España está alrededor del 9% con lo que nos tememos que sea inferior al incremento de la demanda y que, en consecuencia, si no se pone remedio urgente, la tendencia sea al crecimiento del déficit sanguíneo.

7. Entre los estímulos a la oferta (incremento de donaciones) se nos ofrecen como camino imprescindible la potenciación de las Hermandades de Donantes de Sangre y el exquisito cuidado al donante por parte de los Bancos de extracción.

8. La normativa vigente en materia de donación tiene importantes lagunas. Resulta imprescindible destacar la figura social del donante y definir los derechos de propiedad de la sangre desde la extracción hasta la transfusión al enfermo.

9. Es igualmente imprescindible definir los derechos de propiedad respecto a la sangre caducada.

10. Los Estatutos de las Hermandades de Donantes de Sangre han de ser adecuados a la normativa definidora de los derechos de propiedad de la sangre.

11. Al definir los derechos de propiedad debe tenerse en cuenta igualmente la responsabilidad en que pueden incurrir las Asociaciones y Centros Hospitalarios en su contacto con los donantes y con la propia sangre.

12. Resultaría esclarecedor un estudio económico sobre el coste real de la bolsa de sangre en cada uno de los hospitales españoles, de la situación media nacional y del análisis comparativo con países de nuestro entorno.

13. La normativa sanitaria tiene que regular las transferencias interhospitalarias, interregionales e internacionales de sangre, garantizando la obligada gratuidad del líquido donado y las compensaciones procedentes por los aspectos técnicos y administrativo-contables del proceso.

14. Un análisis económico de la normativa vigente nos daría las

pistas adecuadas de los estímulos y rechazos que se pueden provocar en la conducta de los donantes.

15. El objetivo último en este tema sería el funcionamiento eficaz de un Banco Mundial de la Solidaridad de la Sangre.