

DONACIÓN & TRASPLANTE

Vol. VIII • Año 2018

El tratamiento con células madre

Comercio, fraude o panacea médica

Causas de negativas familiares

para la donación de órganos y tejidos

Actitud de las religiones frente a la donación

Trasplante renal vs. técnicas dialíticas

Costo - efectividad comparativa

CONTENIDO

LA RED CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RECOMIENDA A LOS ESTADOS MIEMBROS

Receptor recibe trasplante en el extranjero

06



LA RED CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RECOMIENDA A LOS ESTADOS MIEMBROS

Donante vivo no residente

09



RESOLUCIÓN APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS

Para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos

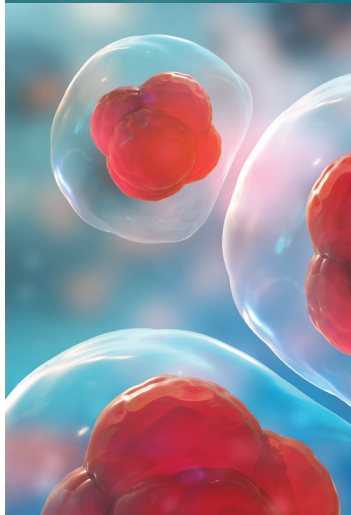
12



CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA Y LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Análisis comparativo entre España y 12 países de Latinoamérica

16



41

EL TRATAMIENTO CON CÉLULAS MADRE

Comercio, fraude o panacea médica



43

ACTITUD DE LAS RELIGIONES FRENTE A LA DONACIÓN



46

RELEVANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN EL INCORT



47

INCORT OFRECE DESAYUNO A DIFERENTES SECTORES DE LA SOCIEDAD DOMINICANA

Para generar conciencia sobre la donación de órganos

ESTUDIO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

Y los factores más relevantes que afectan esta modalidad terapéutica en República Dominicana en el período 2017-2018

26



50

LA SOCIEDAD DOMINICANA DE NEFROLOGÍA REALIZA RECONOCIMIENTO AL DR. MORALES BILLINI POR SU DESTACADA TRAYECTORIA

CAUSAS DE NEGATIVAS FAMILIARES PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

República Dominicana período 2017-2018

32



52

INCORT CELEBRA CON UNA GRAN DEMOSTRACIÓN DE SOLIDARIDAD EL DÍA MUNDIAL DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

COSTO-EFECTIVIDAD COMPARATIVA ENTRE TRASPLANTE RENAL Y TÉCNICAS DIALÍTICAS

XVIII Reunión De La Red - Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante 13-14 Sept.2018 Brasilia / Brasil

38



54

INCORT OFRECE CENA CONFERENCIA A IMPORTANTES SECTORES DE SANTIAGO

55

EL DR. JOSÉ R. YUNÉN EN EL RECUERDO

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES

Sobre el trasplante de órganos y tejidos dirigida a estudiantes adolescentes

20



48

INCORT RECIBE A EXPERTOS NACIONALES E INTERNACIONALES EN EL I CONGRESO DOMÍNICO-ANDALUZ SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE



Sé un héroe

AYUDA A SALVAR VIDAS

HAZTE DONANTE

Director del INCORT

Dr. Fernando Morales Billini

Consejo Nacional de Trasplante

Dr. Rafael Sánchez Cárdenas
Dr. Fernando Morales Billini
Dra. Carmen Brugal
Dra. Esther de Luna
Dr. Alexandro Marte
Dra. Celia Pérez
Dra. Ángela Hernández
Dr. Emignio Liria
Dr. José Caraballo
Dra. Juana Sarita
Dr. Kenzo Yamamoto
Dr. Roberto Castillo

Colaboradores

Dr. Esther De Luna
Dra. Celia Pérez
Dr. Alexander Altman
Dra. Marisol Genao
Dra. Virginia Navarro
Dr. José Javier Sánchez
Lic. Jesús Pérez
Lic. Joaquín Luciano
Lcda. Yulissa Ureña
Lcda. Elsy Fernández
Dr. Ignacio Bengoa

Cuidado de la edición:

Aimara Vera Riverón

Diseño y composición:

www.3bambu.com

Impreso por:

Pia Menicucci & Asociados, SRL

© Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante de la República Dominicana (INCORT), 2018

ISSN: 2636-2414

Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT)
C/ Presidente Hipólito Yrigoyen, #17B, Zona Universitaria, Santo Domingo, República Dominicana
Teléfono: 809-532-0066



EDITORIAL

En nuestro país compiten en el mismo escenario diferentes sistemas de salud. Muchos de ellos no aceptan ningún tipo de regulación, lo que hace más complejo el ejercicio de una rectoría eficaz, justa y equitativa del Ministerio de Salud Pública. Coexisten el sistema privado, el de las Fuerzas Armadas y el de la Policía Nacional, los sistemas combinados o mixtos, así como el de las ONG, entre otros. La globalización neoliberal que incide en todas las esferas de la sociedad ha generado importantes cambios en la práctica médica. En las últimas tres décadas se han modificado las relaciones médico-paciente, se han tambaleado los principios fundamentales que históricamente han servido como paradigmas en el ejercicio de la medicina en el plano ético y social. Los cuestionamientos y acciones relativos a la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células, constituyen en la actualidad un importante desafío en el ámbito científico, jurídico, moral y religioso.

El vol. VIII de *Donación & Trasplantes* pone especial interés en la necesidad de garantizar la debida regulación en la materia y trata diversos temas como las recomendaciones para el receptor que regresa al país después de ser trasplantado, el donante vivo no residente, la resolución de la ONU sobre “Fortalecimiento y promoción de medidas eficaces y de la cooperación internacional en materia de donación y trasplante de órganos para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos”, los trabajos de investigación a nivel nacional e internacional, el uso de células madre autólogas o de otro tipo, tema que constituye un persistente problema de regulación. Además, se dan a conocer las disposiciones y reglamentaciones de la OMS/OPS, del Consejo Europeo de Trasplantes y de la Red/Consejo Iberoamericana de Donación y Trasplante (RCIDT) con el objetivo de cerrar el paso a grupos que mediante la publicidad engañosa y falsas esperanzas terapéuticas han vulnerado los sólidos principios éticos que respaldan el ejercicio médico, y son esas recomendaciones las referencias médicas sobre las que debemos sustentar nuestras propuestas legislativas y reglamentarias. También incluye las recomendaciones y documentos de la RCIDT de relevante importancia.

El Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes considera necesario que los profesionales de la salud en general, y en especial los que se dedican a esta disciplina en nuestro país, tengan acceso a las diferentes publicaciones internacionales, las cuales son producto de la unificación de criterios en los aspectos más controversiales y complejos que envuelven la donación y el trasplante en el mundo, constituyéndose en un referente obligado para Latinoamérica y también a nivel mundial.

Es deber del INCORT orientar a los profesionales de la salud, estudiantes y ciudadanos en general sobre la necesidad de la regulación de la práctica de esta modalidad terapéutica y el conocimiento de los principios bioéticos que sustentan la donación y el trasplante, así como despejar dudas y tabúes que nos permitan reducir las causas que impactan negativamente a la familia al momento de una decisión tan delicada. Esto garantizará que muchos pacientes puedan acceder al trasplante gracias a la solidaridad y altruismo de nuestros ciudadanos.

Dr. Fernando Morales Billini
Director del INCORT

LA RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

RECOMIENDA A LOS ESTADOS MIEMBROS

Receptor recibe trasplante en el extranjero

1. Adoptar las medidas necesarias para progresar hacia la autosuficiencia en trasplantes a nivel nacional, mejorando el acceso equitativo a los programas de trasplante nacionales de una manera ética y regulada, como mejor estrategia para evitar el viaje de pacientes para trasplante, que debe ocurrir de manera excepcional y convenientemente justificada.
2. Asegurar que todas las instancias de los procesos internos de derivación de pacientes para trasplante en el extranjero y de seguimiento de pacientes que recibieron un trasplante de órganos en el extranjero una vez que retornan a su país de residencia, sean resueltos de modo individualizado.
3. El equipo de trasplante, registrado y autorizado en su país, que realiza la indicación de trasplante, será responsable de la documentación correspondiente al receptor, que debe incluir un resumen de la historia clínica que justifique el trasplante propuesto.

El mencionado equipo deberá documentar el centro donde se propone realizar el trasplante, el que debe estar registrado y autorizado por las Autoridades competentes. El procedimiento de trasplante en el extranjero debe ser autorizado por la Autoridad competente del país de residencia del paciente y por parte de la Autoridad competente del país donde se va a efectuar el trasplante. Dichas autorizaciones deben emitirse antes de que el paciente viaje para trasplante. El viaje de un paciente para trasplante de donante fallecido solo podrá autorizarse si existen acuerdos específicos oficiales de colaboración entre ambos países, idealmente sustentados sobre el concepto de reciprocidad, en base al cual el país de origen del paciente contribuye a la donación de órganos para su utilización clínica en el país de destino.

4. Los equipos intervinientes, sin importar el rol que asuman durante el proceso de trasplante, deben comunicar y proporcionar toda la información requerida a los respectivos Organismos Nacionales responsables de la donación y trasplante en las condiciones que estos determinen.

La derivación del receptor solamente procederá en caso de que se justifique adecuadamente que el trasplante es legalmente posible en el país en que realizará.

5. El proceso formal de derivación del receptor debe ser acordado entre el equipo que indica el trasplante y el centro donde se realizará el mismo, en conocimiento de los Organismos nacionales correspondientes.
6. La evaluación del receptor debe realizarse inicialmente en el país de origen, para evitar desplazamientos innecesarios de pacientes sin indicación de trasplante o con una contraindicación evidente.



La evaluación se completará en el país en el que se ejecutará el trasplante e incluirá pruebas médicas específicas adicionales, en particular, de screening de despistaje de enfermedades infecciosas que epidemiológicamente sean prevalentes en su país de residencia.

7. El receptor debe contar con cobertura de salud al momento de regresar a su país. Se considera criterio de exclusión para realizar el trasplante que en el país de residencia no esté contemplado formalmente el seguimiento a largo plazo y la asistencia sanitaria para las eventuales complicaciones derivadas del trasplante.
8. Los Estados miembros procurarán que se contemple al menos el ofrecimiento de la medicación y las evaluaciones médicas relacionadas con el trasplante, en las mismas condiciones a las que accedería el receptor si el trasplante se hubiera realizado dentro del territorio.
9. Los Estados miembros, a través de sus Organismos nacionales de donación y trasplantes, dispondrán de un Registro de receptores que han recibido un trasplante en el extranjero para permitir la transparencia de prácticas, así como la trazabilidad, biovigilancia, análisis de datos y mejora de la práctica clínica, sin perjuicio de los diversos sistemas de registro de donaciones y trasplantes.

Estos registros deben incluir al menos datos del donante, del receptor, de los centros involucrados, del trasplante y del cumplimiento del seguimiento del receptor.

El intercambio de datos debe realizarse de conformidad con las normas internacionales de protección de datos y las disposiciones internas de cada Estado miembro.

10. Los Estados miembros y las autoridades competentes deben prever los mecanismos para recibir denuncias sobre casos sospechosos de tráfico de órganos o trata de seres humanos con fines de extracción de órganos.

Los Estados miembros deberán establecer protocolos que especifiquen las acciones que se tomarán en caso de sospecha de tráfico de órganos o trata de seres humanos para extracción de órganos. Especialmente, deberán asegurar su máxima difusión entre los integrantes del sistema de salud.

En el caso de que se sospeche el tráfico de órganos o la trata de seres humanos para extracción de órganos, no se podrá proceder al trasplante.

Asimismo, se procederá a reportar el caso a los Organismos nacionales de donación y trasplantes y a las autoridades competentes, de acuerdo con lo previsto en la normativa de cada Estado.

11. Los Estados miembros deberían establecer, a través de sus organismos competentes, mecanismos detallados para el ingreso legal del receptor, así como su posterior salida.

En caso de que en el país donde se realizará el trasplante requiera de autorizaciones o visas, el equipo que practicará el trasplante deberá comunicar al equipo de derivación del receptor, toda la información necesaria para cumplir con los requisitos de ingreso y salida del país, así como asegurar la permanencia suficiente para que el receptor realice la adecuada recuperación posoperatoria.

12. La autoridad competente del país en el que se realizará el trasplante debe asegurar el ingreso o salida del país del receptor y prever un mecanismo de comunicación entre la Organización nacional de trasplantes y la Aduana o Agente de migración. Este mecanismo debe prever la entrega de la documentación probatoria necesaria para que el receptor pueda dejar el país conforme a las normas migratorias.

13. Una vez realizado el trasplante, el centro de trasplante deberá estar en condiciones de proporcionar al receptor, en forma concomitante al alta médica, el registro completo de la intervención realizada con todos los detalles e indicaciones pertinentes para que el seguimiento a largo plazo sea posible, una vez que retorne a su lugar de residencia.

A su vez el centro de trasplante al momento de otorgar el alta para que el paciente retorne a su país de residencia deberá proporcionar resultados del paciente referentes a enfermedades infecciosas prevalentes en el país donde se practicó el trasplante.

14. Los Estados miembros deben tomar las medidas necesarias para evitar que los sistemas sanitarios y las compañías aseguradoras reembolsen los gastos de procedimientos de trasplante efectuados en el extranjero que hayan podido ocurrir en el contexto del tráfico de órganos o la trata de personas con fines de extracción de órganos y de aquellos que no hayan sido convenientemente autorizados por la autoridad sanitaria competente.

No obstante lo anterior, la atención sanitaria y cobertura de medicación al regreso del paciente a su país de origen debe proporcionarse en las mismas condiciones en que se proporciona a los pacientes trasplantados en su país de residencia.

15. La falta de cumplimiento de las disposiciones anteriores inhabilitará futuras autorizaciones.

LA RED CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE RECOMIENDA A LOS ESTADOS MIEMBROS

Donante vivo no residente

1. Adoptar las medidas necesarias para el cuidado y salvaguardia del donante vivo de órganos no residente, de conformidad con las normas enunciadas y los principios éticos establecidos en la parte expositiva, las que deberán ajustarse a las siguientes condiciones:
 - Los Estados miembros deben asegurar que todas las instancias de los procesos internos de donación con donante vivo no residente sean resueltos, a través de sus autoridades sanitarias competentes, de modo individualizado, caso a caso, sin que sea posible extender habilitaciones genéricas a equipos de trasplante, organizaciones o centros;
 - Cada solicitud y trámite deben ser realizados en forma individualizada, identificando expresamente al donante vivo no residente, al receptor y con indicación precisa del órgano a trasplantar y la técnica a realizar, permitiendo en todo momento el seguimiento de dicha donación.
3. la primera evaluación de la persona propuesta como donante y del envío al centro de trasplante del receptor de toda la documentación correspondiente.
4. Los equipos intervinientes en el proceso de donación con donante vivo no residente, sin importar el rol que asuman durante este proceso de trasplante, deben comunicar y proporcionar toda la información requerida a los respectivos Organismos Nacionales responsables de la donación y el trasplante en las condiciones que estos determinen.

La derivación del donante solamente procederá en caso de que se justifique adecuadamente que la donación y el trasplante es legalmente posible en el país en que se realizará; para ello, el equipo de trasplante que realiza la indicación debe señalar las normas jurídicas que lo habilitan.

A. Requisitos previos al viaje para donación:

1. El equipo de trasplante, registrado y autorizado en su país, que realiza la indicación de trasplante, será responsable de la documentación correspondiente al receptor, que debe incluir un resumen de la historia clínica que justifique el trasplante propuesto, así como los datos identificatorios correspondientes a aquella persona propuesta como donante vivo no residente. Deberá indicar el centro donde se realizará el trasplante, el que debe estar registrado y autorizado por las Autoridades competentes.
2. Un centro/hospital, idealmente un equipo de trasplante registrado y autorizado en el país de residencia del donante vivo no residente, ha de ser responsable de
5. El proceso formal de derivación del donante vivo no residente debe ser acordado entre el equipo que indica el trasplante y el centro donde se evaluará al potencial donante vivo no residente, en conocimiento de los organismos nacionales correspondientes.
6. Previo al traslado del potencial donante vivo no residente al lugar donde se realizará la extracción del órgano y el trasplante, se deberán tener presente los criterios de exclusión generales de índole médica (incluyendo pruebas médicas específicas adicionales, en particular, de screening de despistaje de enfermedades infecciosas que epidemiológicamente sean prevalentes en su país de residencia), legal, física, psíquica, social y de compatibilidad, y los particulares para cada órgano. Esta evaluación inicial evitará viajes y gastos innecesarios de identificarse una contraindicación evidente para la donación.

7. Antes del viaje para la donación, ha de asegurarse que el donante vivo no residente cuenta con cobertura de salud adecuada para su cuidado y seguimiento una vez regrese a su país. Se considera criterio de exclusión del donante vivo no residente que en el país de residencia no esté contemplado formalmente el seguimiento a largo plazo y la asistencia sanitaria por eventuales complicaciones derivadas de la donación.

Al menos debe contemplarse para los donantes vivos no residentes el ofrecimiento de evaluaciones médicas periódicas relacionadas con la donación en las mismas condiciones a las que accedería el donante vivo residente.

A su vez, en forma previa a la realización del trasplante, el equipo que indica el trasplante debe verificar la documentación que acredita la cobertura mencionada anteriormente.

8. No podrán contemplarse compensaciones económicas que superen los gastos razonables y verificables en que pudiera incurrir el donante vivo no residente, tales como la pérdida de ingresos o el pago de los costos vinculados a su traslado.

En caso de que el potencial donante vivo no residente revoque su consentimiento a donar o no pueda procederse, por motivos ajenos a su voluntad, a la realización del trasplante, se le deben proporcionar los medios administrativos y económicos necesarios para retornar a su país de residencia.

En ningún caso el donante estará obligado a asumir costos vinculados a su donación altruista.

B. Ingreso del donante vivo no residente en el país en el que se realizará el trasplante:

1. Los Estados miembros deben establecer, a través de sus organismos competentes, mecanismos detallados para el ingreso legal en el país del potencial donante vivo no residente, o del receptor y del donante vivo no residentes, así como su posterior salida.

En caso de que el país donde se realizará la extracción y el trasplante requiera de autorizaciones o visas, el equipo que practicará dicha extracción y trasplante deberá comunicar al centro de referencia del potencial donante vivo no residente y al equipo de derivación del receptor (si corresponde) toda la información necesaria para cumplir con los requisitos de ingreso y salida del país, así como asegurar la permanencia suficiente para que el potencial donante vivo no residente (y el receptor, si procede) realicen la adecuada recuperación post operatoria.

2. La autoridad competente del país en el que se realizará el trasplante debe asegurar el ingreso o salida del país del donante vivo no residente, y prever un mecanismo

de comunicación entre la organización nacional de trasplantes y la aduana o agente de migración. Este mecanismo debe prever la entrega de la documentación probatoria necesaria para que el donante vivo no residente y el receptor (si corresponde) puedan dejar el país.

C. Evaluación del potencial donante vivo no residente una vez que se encuentre en el país en el que se realizará la donación:

1. La evaluación del donante vivo no residente debe completarse en el país en el que se realizará el trasplante e incluirá además pruebas médicas específicas, en particular, de screening despistaje de enfermedades infecciosas que epidemiológicamente sean prevalentes en su país de residencia, aunque se hayan ya realizado en su país de origen (ver sección A-5).
2. También se repetirá una evaluación pre-donación de las condiciones físicas, mentales y sociales del donante vivo no residente, con la finalidad de impedir la donación de aquellas personas que presenten un riesgo significativo de desarrollar trastornos de salud mental o problemas físicos, psicológicos o sociales, y para evitar el empeoramiento de su calidad de vida.

La evaluación psicosocial, que deberá ser realizada por técnicos competentes y autorizados, debe estar dirigida a la evaluación de la capacidad, conocimiento y comprensión de los riesgos y beneficios de la donación, motivaciones y expectativas, así como a la verificación del vínculo que se alega entre donante y receptor.

3. La verificación del vínculo que se alega entre el donante vivo no residente y el receptor debe incluir la comprobación de documentos oficiales de las embajadas o consulados del país de origen, según sea necesario. En caso de detectar irregularidades, se deberá suspender la donación y el trasplante.

En caso de que no existan previsiones en este sentido, las legislaciones nacionales deben establecer claramente qué tipo de vínculos son admitidos para la donación de vivo.

En caso de que el trasplante se pretenda realizar con órgano proveniente de donante vivo no residente, es preferible que se limite el vínculo hasta cuarto grado por consanguinidad o afinidad y, en el caso de cónyuge o concubino, se solicite antigüedad mínima y autorización judicial. En casos excepcionales, pueden aceptarse otros vínculos siempre que sean verificados de forma inequívoca y de acuerdo con las legislaciones nacionales, de los países involucrados.

4. El consentimiento del donante vivo no residente, deberá prestarse en todos los casos de forma libre, expresa e informada. Deberá ser documentado y con la correspondiente traducción al idioma del donante vivo no residente. A su vez, dicho consentimiento deberá

quedar registrado de acuerdo con las normas del sistema de donación y trasplante y comunicado a las autoridades nacionales competentes.

Una de las copias del documento de consentimiento deberá serle entregada al donante vivo no residente y formará parte de la documentación que le permitirá regresar del país y contar con seguimiento en su país de residencia.

El donante vivo no residente podrá revocar su consentimiento en cualquier momento previo a la ablación, sin necesidad de un procedimiento formal específico, bastando expresar su negativa de cualquier forma.

5. El donante vivo no residente debe contar con información detallada, en su propio idioma, sobre los riesgos médicos y psicológicos para su propia salud y bienestar a corto y largo plazo. En caso de que se requiera de un intérprete, éste deberá ser proporcionado por el Consulado o Embajada de su país de residencia.
6. En el caso de que el donante vivo sea un no residente, los sistemas de donación y trasplante deben prever la figura del defensor del donante vivo, el que debe ser un asesor médico, psicosocial y legal independiente, que tiene el doble propósito de apoyar al donante potencial y asegurar las garantías jurídicas.
7. Para llevar a cabo la evaluación, tanto del potencial donante como del receptor deben ser entrevistados por un evaluador independiente entrenado, teniendo en cuenta el idioma y los requisitos culturales.
8. Los Estados miembros y las autoridades competentes deben prever los mecanismos para recibir denuncias sobre casos sospechosos o confirmados de tráfico de órganos o trata de seres humanos con fines de extracción de órganos.

Los Estados miembros deben establecer protocolos que especifiquen las acciones que se tomarán en caso de sospecha de tráfico de órganos o trata de seres humanos para extracción de órganos.

En el caso de que se sospeche el tráfico de órganos o la trata de seres humanos para extracción de órganos, el equipo de trasplante no podrá ablacionar órganos del donante vivo no residente.

Asimismo, se procederá a reportar el caso a los Organismos nacionales de donación y trasplantes y a las autoridades competentes, de acuerdo con lo previsto en la normativa de cada Estado.

D. Obtención de órganos de donante vivo no residente y seguimiento:

1. El trasplante con donante vivo no residente deberá realizarse en un centro de trasplante autorizado y habilitado. El seguimiento inicial del donante vivo no residente debe contemplar preceptivamente una evaluación de aspectos físicos, sociales y psicológicos del mismo. Este protocolo incluirá necesariamente el seguimiento inicial del donante vivo no residente como parte necesaria de su rehabilitación posterior a la cirugía y no podrá ser de inferior calidad o contemplar menores prestaciones que las correspondientes al donante vivo residente.

Los acuerdos para el seguimiento a largo plazo deben formar parte del proceso inicial de obtención del consentimiento para asegurar que la atención médica está disponible una vez que el donante vivo no residente retorna a su lugar de residencia.

2. Una vez realizada la ablación, el centro de trasplante deberá estar en condiciones de proporcionar al donante vivo no residente, en forma concomitante al alta médica, el registro completo de la intervención realizada con todos los detalles e indicaciones pertinentes para que el seguimiento a largo plazo sea posible una vez que retorne a su lugar de residencia. La falta de cumplimiento de lo dispuesto inhabilitará futuras autorizaciones.
3. Los Estados miembros, sin perjuicio de los diversos sistemas de registro de donaciones y trasplantes, dispondrán de un Registro de donantes vivos no residentes para permitir la transparencia, trazabilidad, análisis de datos y mejora de la práctica clínica. Estos registros deben incluir datos del donante, del receptor, de los centros involucrados, del procedimiento quirúrgico y del cumplimiento del seguimiento del donante.
4. El intercambio de datos debe realizarse de conformidad con las normas internacionales de protección de datos y las disposiciones internas de cada Estado miembro.

RESOLUCIÓN APROBADA POR LA ASAMBLEA GENERAL DE LAS NACIONES UNIDAS

Para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos

Resolución aprobada por la Asamblea General el 17 de diciembre de 2018
[sobre la base del informe de la Tercera Comisión (A/73/590)]

73/189. Fortalecimiento y promoción de medidas eficaces y de la cooperación internacional en materia de donación y trasplante de órganos para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos.

La Asamblea General,

Reafirmando los propósitos y principios de la Carta de las Naciones Unidas y la Declaración Universal de Derechos Humanos¹,

Recordando la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible², y reconociendo su carácter integrado e indivisible,

Reafirmando los compromisos de los Estados miembros de adoptar medidas inmediatas y eficaces para erradicar todas las formas de trata de personas,

Recordando sus resoluciones 59/156, de 20 de diciembre de 2004, titulada "Prevención, lucha y sanciones contra el tráfico de órganos humanos"; y 71/322, de 8 de septiembre de 2017, titulada "Fortalecimiento y promoción de medidas eficaces y de la cooperación internacional en materia de donación y trasplante de órganos para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos"; y 72/195, de 19 de diciembre de 2017, titulada

"Medidas para mejorar la coordinación de la lucha contra la trata de personas", así como las resoluciones de la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal 23/2, de 16 de mayo de 2014³, y 25/1, de 27 de mayo de 2016⁴, relativas a la prevención y la lucha contra el tráfico de órganos humanos y la trata de personas con fines de extracción de órganos,

Reafirmando la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional⁵ y el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional,⁶

Recordando la aprobación, en su resolución 64/293, de 30 de julio de 2010, del Plan de Acción Mundial de

las Naciones Unidas para Combatir la Trata de Personas, y subrayando la importancia de su plena aplicación,

Acogiendo con beneplácito la aprobación de la declaración política sobre la aplicación del Plan de Acción Mundial de las Naciones Unidas para Combatir la Trata de Personas en la reunión de alto nivel de la Asamblea General, celebrada los días 27 y 28 de septiembre de 2017 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York⁷,

Reconociendo la necesidad de un enfoque multi-disciplinario, basado en el respeto de todos los derechos humanos, para combatir el tráfico de órganos humanos y la trata de personas con fines de extracción de órganos,

Tomando nota con aprecio de los principios rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos, que la 63ª Asamblea Mundial de la Salud hizo suyos en su resolución 63.22, de 21 de mayo de 2010⁸,

¹ Resolución 217 A (III).

² Resolución 70/1.

³ Véase Documentos Oficiales del Consejo Económico y Social, 2014, Suplemento núm. 10 (E/2014/30), cap. I, secc. D.

⁴ *Ibid.*, 2016, Suplemento núm. 10 (E/2016/30), cap. I, secc. D.

⁵ Naciones Unidas, Treaty Series, vol. 2225, núm. 39574.

⁶ *Ibid.*, vol. 2237, núm. 39574.

⁷ Resolución 72/1.

⁸ Véase Organización Mundial de la Salud, documento WHA63/2010/REC/1.

Tomando nota del informe de la Relatora Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre la trata de personas, especialmente mujeres y niños, relativo a la cuestión de la trata de personas con fines de extracción de órganos, presentado a la Asamblea General en su sexagésimo octavo período de sesiones⁹,

Acogiendo con beneplácito el estudio conjunto de las Naciones Unidas y el Consejo de Europa sobre el tráfico de órganos, tejidos y células y la trata de personas con fines de extracción de órganos, titulado "Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs", y la herramienta de evaluación de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito sobre la trata de personas con fines de extracción de órganos, titulada "Trafficking in persons for the purpose of organ removal", y tomando nota del estudio de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre la promoción de un enfoque de derechos humanos y la colaboración con los mecanismos de derechos humanos en relación con la trata de personas para la extracción de órganos, titulado "Trafficking in persons for the removal of organs: advancing a human rights approach and engaging human rights mechanisms", y de la Declaración de Estambul sobre el Tráfico de Órganos y el Turismo de Trasplante, en su edición de 2018,

Tomando nota del Convenio del Consejo de Europa contra el Tráfico de Órganos, primer documento regional jurídicamente vinculante que contiene una lista de actividades que constituyen tráfico de órganos e incluye disposiciones para prevenir y combatir este delito, proteger a las víctimas y promover la cooperación entre las partes en la lucha contra este delito, cuyo alcance suele ser transnacional,

Afirmando que la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos constituyen delitos que vulneran y menoscaban el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales y tienen serias ramificaciones en materia de salud, y destacando que es esencial hacer de la protección de todos los derechos humanos el eje de las medidas para prevenir y poner fin al tráfico y la trata,

Reconociendo que, si bien existen diferencias entre los delitos de tráfico de órganos humanos y trata de personas con fines de extracción de órganos, ambos delitos guardan relación con la escasez de órganos humanos disponibles para el trasplante y con las dificultades sociales y económicas que hacen vulnerables a las personas, y que la prevención y respuesta a ambos delitos debe llevarse a cabo de manera eficaz y coordinada,

Considerando que todo el proceso de donación y trasplante de órganos humanos debe ser parte integrante de los servicios nacionales de salud prestados al público, que el proceso debe tener lugar en condiciones que aseguren la protección de los derechos de los donantes y los receptores de órganos, y que los sistemas de atención de la salud deben ser cruciales para garantizar esas condiciones,

Considerando también que el comercio de órganos humanos está prohibido en casi todos los Estados Miembros y que tanto la trata de personas con fines de extracción

de órganos como el tráfico de órganos humanos tienen un profundo impacto en la salud de quienes venden sus órganos y de las víctimas de la trata de personas con fines de extracción de órganos, así como en los receptores de órganos obtenidos en esas circunstancias, y que ambos delitos pueden representar una amenaza para la salud pública y, en algunos casos, afectar a la integridad y al funcionamiento de los sistemas sanitarios,

Alarmada ante la explotación por grupos delictivos de las necesidades, la pobreza y la miseria humanas y de la situación vulnerable de otras personas, de las cuales se aprovechan con miras al tráfico de órganos humanos y la trata de personas con fines de extracción de órganos,

Observando la necesidad de proteger de la explotación por los traficantes de órganos humanos a los donantes vivos y los receptores, que normalmente son los miembros más vulnerables de la sociedad, en particular ofreciéndoles información pertinente, así como la necesidad de investigar, enjuiciar y sancionar a esos traficantes y prestar asistencia a las víctimas,

Poniendo de relieve la importancia de respetar y proteger los derechos de las víctimas de la trata de personas con fines de extracción de órganos y, cuando se reconozca en la legislación nacional, hacer frente a la vulnerabilidad de las víctimas del tráfico de órganos humanos, y prestar asistencia según proceda,

Convencida de la necesidad de reforzar la cooperación local, regional e internacional para prevenir y combatir eficazmente la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos, dondequiera que se produzcan, y decidida a impedir que se ofrezca cobijo a quienes participan en la delincuencia organizada transnacional o se lucran con ella y a enjuiciar a esas personas por los delitos que cometan,

1. *Insta* a los Estados Miembros a que prevengan y combatan la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos, de conformidad con las obligaciones que les incumben en virtud del derecho internacional y nacional, y a que aseguren la rendición de cuentas adoptando, por ejemplo, medidas para prevenir y, de conformidad con la legislación nacional pertinente, investigar, enjuiciar y sancionar la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos;
2. *Insta* a los Estados Miembros que aún no lo hayan hecho a que, con carácter prioritario, ratifiquen la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional⁵ y el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional⁶, o se adhieran a esos instrumentos, habida cuenta de su papel central en la lucha contra la trata de personas, e insta a los Estados partes en esos instrumentos a que los apliquen de manera plena y efectiva;
3. *Insta* a los Estados Miembros a que consideren la posibilidad de adoptar las siguientes medidas en relación con el trasplante de órganos, de conformidad con los

⁹ Véase A/68/256.

principios fundamentales de sus respectivos ordenamientos jurídicos y leyes nacionales y en consonancia con los principios rectores de la Organización Mundial de la Salud sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos¹:

- a) Fortalecer los marcos legislativos, entre otras cosas revisando, desarrollando o modificando dichos marcos, según proceda, para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos, concretamente tipificando como delito esas prácticas y adoptando disposiciones para garantizar la rendición de cuentas de los responsables;
- b) Adoptar las medidas legislativas adecuadas que sean necesarias para garantizar que la donación de órganos se rija por criterios clínicos y normas éticas, sobre la base del consentimiento informado y voluntario de los donantes, como un acto altruista realizado sin ningún pago monetario u otra recompensa de valor monetario para el donante vivo o la familia del donante fallecido, o cualquier otra persona o entidad, lo que no excluye el reembolso de los gastos razonables y verificables en que hayan incurrido los donantes;
- c) Garantizar un acceso equitativo y sin discriminación al trasplante de órganos humanos y aumentar la conciencia pública y la comprensión tanto de los beneficios de proporcionar de manera voluntaria y no remunerada órganos de donantes fallecidos y vivos como de los riesgos físicos, psicológicos y sociales que acarrearán para las personas y las comunidades la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos, así como el turismo de trasplante;
- d) Velar por que la extracción de órganos de personas fallecidas y vivas, así como el trasplante de órganos humanos, tengan lugar exclusivamente en centros específicamente autorizados para llevar a cabo esas actividades por las autoridades sanitarias nacionales competentes y no se realicen fuera del marco de los sistemas nacionales de trasplante o en situaciones en que el trasplante se lleve a cabo en violación de los principios rectores o las leyes o normas nacionales sobre trasplantes;
- e) Desarrollar y fortalecer el control regulatorio de las instalaciones médicas y los profesionales médicos que participan en la recuperación y el trasplante de órganos humanos, en particular mediante medidas de fiscalización como auditorías periódicas;
- f) Establecer procesos y criterios específicos para la autorización de todos los procedimientos de extracción y trasplante de órganos;
- g) Crear y elaborar registros, con información sobre cada procedimiento de recuperación y trasplante de órganos y sobre los resultados para los donantes vivos y los receptores de órganos, así como sistemas de identificación que permitan seguir el rastro de cada órgano del donante al receptor y viceversa, con el fin de garantizar la transparencia de las prácticas y la calidad y la

seguridad de los órganos humanos, teniendo debidamente en cuenta la confidencialidad profesional y la protección de los datos personales;

- h) Promover la aportación voluntaria de información periódica a los registros internacionales de actividades de donación y trasplante de órganos, como el Observatorio Mundial de Donación y Trasplante, establecido en colaboración con la Organización Mundial de la Salud;
 - i) Prestar atención médica y psicosocial a largo plazo a los donantes vivos y a los receptores;
4. *Alienta* a los Estados Miembros, las organizaciones internacionales y la sociedad civil a que garanticen la continuidad de las iniciativas de información y sensibilización dirigidas a fomentar una actitud positiva por parte de la sociedad en lo que concierne a la donación, incluida la donación póstuma, como gesto de altruismo, solidaridad y participación de la comunidad, y a que alerten de los riesgos de la extracción de órganos cuando esta se realiza en el contexto de la trata, en particular entre personas en situación vulnerable que corren el riesgo de ser víctimas de este delito;
 5. *Alienta* a los Estados Miembros a que intercambien experiencias e información sobre la prevención, el enjuiciamiento y las sanciones contra el tráfico de órganos humanos y la trata de personas con fines de extracción de órganos, así como sobre la protección de las víctimas, según proceda, combatan las corrientes financieras ilícitas resultantes del tráfico y la trata y refuercen la cooperación internacional entre todas las instancias pertinentes;
 6. *Alienta también* a los Estados Miembros a que avancen hacia la autosuficiencia en el trasplante de órganos humanos mediante la formulación de estrategias de prevención encaminadas a reducir la incidencia de enfermedades tratables mediante el trasplante y aumentar de manera ética la disponibilidad de órganos humanos con fines de trasplante, prestando especial atención a maximizar las donaciones de donantes fallecidos y proteger la salud y el bienestar de los donantes vivos;
 7. *Alienta además* a los Estados Miembros a que establezcan sistemas de donación y trasplante de órganos eficaces y dotados con los recursos necesarios, y presten asistencia técnica para su implementación en los países que la soliciten;
 8. *Alienta* a los Estados Miembros a que impartan capacitación y fortalezcan la capacidad de las fuerzas del orden y los agentes de control de fronteras, así como de los profesionales médicos, en relación con la detección de posibles casos, incluso en Internet, de tráfico de órganos humanos y de trata de personas con fines de extracción de órganos y con la necesidad de certificar el origen de los órganos que serán trasplantados y denunciar prácticas ilegales presuntas o confirmadas;
 9. *Alienta también* a los Estados Miembros a que fortalezcan la cooperación internacional para responder a los delitos de trata de personas con fines de extracción de órganos

¹ Organización Mundial de la Salud, documento WHA63/2010/REC/1, anexo 8.

- y tráfico de órganos humanos, de conformidad con lo dispuesto en el derecho pertinente y aplicable, tanto nacional como internacional;
10. *Insta* a los Estados Miembros a que sigan desarrollando en su legislación interna formas de proteger a las víctimas de la trata de personas con fines de extracción de órganos y, según proceda, formas de remediar la vulnerabilidad de las personas que venden sus órganos, entre otras cosas considerando las siguientes medidas:
 - a) Adoptar todas las medidas necesarias, incluidas medidas jurídicas, para proteger los derechos e intereses de las víctimas durante todas las etapas de los procesos penales y las actuaciones judiciales y para asegurar la rendición de cuentas;
 - b) Facilitar el acceso de las víctimas de trata de personas con fines de extracción de órganos, y, si lo permite el derecho interno, de las personas que venden sus órganos, a información adecuada y pertinente sobre su caso, respetando su anonimidad, así como a la necesaria protección de su salud y otros derechos en juicio;
 - c) Prestar atención médica y psicosocial a corto, mediano y largo plazo a las víctimas de la trata de personas con fines de extracción de órganos y a las personas que venden sus órganos;
 - d) Velar por que los sistemas jurídicos nacionales contengan medidas que ofrezcan a las víctimas de la trata de personas con fines de extracción de órganos y a las personas que venden sus órganos la posibilidad de obtener una indemnización efectiva por los daños sufridos;
 - e) Promover la creación de mecanismos gubernamentales y prestar apoyo a organizaciones no gubernamentales especializadas, según proceda, para atender las necesidades de los grupos expuestos al tráfico de órganos humanos y a la trata de personas con fines de extracción de órganos, a fin de facilitar la prestación de atención temprana y holística a las víctimas potenciales o reales de esos delitos, y velar por que todas las medidas de apoyo sean no discriminatorias, tengan en cuenta las diferencias culturales, de género y edad y se ajusten a su legislación nacional y sus obligaciones internacionales en materia de derechos humanos;
 11. *Acoge con beneplácito* el establecimiento del Equipo de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud sobre Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos Humanos para asesorar y apoyar a la Organización Mundial de la Salud a todos los niveles en la difusión y aplicación de los principios rectores y la creación de capacidad a fin de garantizar que se sigan prácticas éticas de donación y trasplante de órganos y tejidos en todo el mundo;
 12. *Solicita* a la Organización Mundial de la Salud, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, que sigan proporcionando directrices a los Estados Miembros para elaborar programas ordenados, éticos y aceptables sobre la adquisición y el trasplante de órganos humanos con fines terapéuticos, y que intensifiquen la coordinación de los esfuerzos en la lucha contra el tráfico de órganos y la trata de personas con fines de extracción de órganos, incluida la elaboración de registros de trasplante adicionales;
 13. *Solicita* a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito que entable un diálogo con los miembros del Grupo Interinstitucional de Coordinación contra la Trata de Personas y otras organizaciones internacionales intergubernamentales pertinentes, en particular la Organización Mundial de la Salud, en estrecha consulta con los Estados Miembros, a fin de que la Oficina pueda mejorar la reunión y el análisis de datos sobre los casos de trata de personas con fines de extracción de órganos y los enjuiciamientos pertinentes, y que promueva la investigación en diversos campos, como la gestión médica y de la salud, así como por parte de la comunidad de lucha contra la trata, teniendo presente que se están reuniendo datos sobre la trata de personas con fines de extracción de órganos para el Informe mundial sobre la trata de personas, de conformidad con lo dispuesto en la resolución 70/179 de la Asamblea General, de 17 de diciembre de 2015;
 14. *Solicita también* a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito que, en colaboración con otras entidades del sistema de las Naciones Unidas, entre ellas la Organización Mundial de la Salud, siga proporcionando capacitación y asistencia técnica a los Estados, cuando así lo soliciten, a fin de ayudarlos a fortalecer la capacidad nacional para prevenir y combatir eficazmente la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos;
 15. *Invita* a los Estados Miembros y a otros donantes a que aporten recursos extrapresupuestarios a la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito a los efectos de la aplicación de la presente resolución y a la Organización Mundial de la Salud para que difunda y aplique los principios aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud en los que se abordan los aspectos éticos del trasplante de órganos, como la donación voluntaria y no remunerada, el acceso universal a los servicios de trasplante, la disponibilidad, seguridad y calidad de los procedimientos y la rendición de cuentas en el plano nacional mediante el desarrollo de sistemas sostenibles de trasplante y el logro de la autosuficiencia nacional con el fin de poner coto al tráfico de órganos y a la trata de personas con fines de extracción de órganos, así como al turismo de trasplante;
 16. *Solicita* al Secretario General que le presente un informe sobre la aplicación de la presente resolución en su septuagésimo quinto período de sesiones, entendiéndose que todos los costos que acarree dicho informe se sufragarán con cargo a los recursos extrapresupuestarios;
 17. *Decide* seguir examinando la cuestión en su septuagésimo quinto período de sesiones en relación con el tema titulado "Prevención del delito y justicia penal".



CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA Y LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE ESPAÑA Y 12 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

ENERO-MARZO 2017

Dra. Virginia Navarro

INTRODUCCIÓN

La revolución biomédica y las innovaciones tecnológicas suponen un verdadero hito en la historia de la humanidad debido a sus efectos positivos en la salud de la población. Estos avances de la medicina moderna son un arma de doble filo. (1)

Cuando el paciente ingresa en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), es con el objetivo de tratar una situación crítica teóricamente reversible. En ocasiones, se ingresan pacientes con patologías irreversibles al no contar con una política expresa sobre **los cuidados al final de la vida y los cuidados paliativos**, lo cual resulta en el aumento de los costos en atención médica especializada, una alta mortalidad en las UCI y una gestión deficiente de los recursos humanos y económicos disponibles. (2)

El sistema sanitario español ha aprovechado la mejor evidencia científica y ha fortalecido su legislación, además de exhibir un conjunto de guías y recomendaciones creadas por las sociedades especializadas, como es el caso de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, con programas y recomendaciones efectivos sobre cómo se deben efectuar los **Cuidados Paliativos (CP)** e indicar las medidas **de Limitación de Tratamiento del Soporte Vital (LTSV)**, basadas en aspectos éticos y legales, según las Recomendaciones de Tratamientos al final de la vida del paciente crítico de J.L. Mozón Marín et al. (3)

Otros factores que mejoran los cuidados al final de la vida son la inversión en formación, infraestructura, educación continuada e investigación como activos fundamentales en estos procesos de CP y LTSV.

Los prestadores de servicios de salud deben conocer que el paciente y su familia tienen derecho a solicitar los procedimientos e indicaciones de LTSV, lo cual disminuye el sufrimiento y evita la futilidad y la obstinación terapéutica, apoyado en los principios fundamentales de la bioética, en la transparencia y pensando en el beneficio del paciente. (4)

Se efectuó un análisis comparativo entre la realidad española sobre cuidados al final de la vida y lo que ocurre en los países de Latinoamérica, según The Economist Intelligence Unit's (EIU), y su evaluación de la calidad de muerte. Este índice es una iniciativa que viene realizándose desde 2010 en 80 países con la inclusión de datos oficiales de cada uno de ellos y las opiniones de expertos de todo el mundo en este ámbito. (5) Mediante el análisis de los datos, la EIU identificó características comunes en los países con mejor calidad de muerte, y destacó los programas gubernamentales que se han implementado para garantizar la calidad y el acceso de los ciudadanos a los Cuidados Paliativos. Otros de los aspectos considerados fueron el alto gasto público en servicios de salud, el entrenamiento de los profesionales sanitarios y la educación continuada. Además, se establecen generosos subsidios para reducir la carga financiera en los pacientes de cuidados paliativos, y una mayor conciencia pública de la importancia de estos. (5,6)

Se observa que los primeros lugares en mejor calidad de muerte están ocupados por los países desarrollados y en el extremo opuesto se encuentran los latinoamericanos, los cuales evidencian resultados muy bajos en este indicador. El lugar que ocupa nuestro país en dicha evaluación motiva las preguntas de investigación: **¿Cuáles son las variables que podemos modificar en el sistema sanitario de República Dominicana para mejorar la calidad de muerte de los usuarios, y cómo esto influye en el aumento de la tasa de donación?**

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal. El universo corresponde a los 26 participantes representantes de Latinoamérica en la décima tercera edición del máster Alianza en donación y trasplante de órganos, tejidos y células 2017. La muestra está compuesta por los 21 participantes que estuvieron dispuestos a completar el formulario de recolección de datos. Se elaboró un cuestionario de preguntas de selección múltiple, confidenciales, precodificadas para su posterior procesamiento. Previa solicitud de permiso y posterior aprobación del tema por la Coordinación de Trasplante del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, se procedió a solicitar a los 26 participantes que completaran el cuestionario, el cual les fue enviado vía correo electrónico. Dicho cuestionario estuvo activo durante 1 mes para dar tiempo a que cada uno pudiera responder libremente. De ese modo obtuvimos 21 cuestionarios completos. Se utilizó el programa Excel para el procesamiento de las variables nominales, ordinales y de intervalo, y la posterior creación de tablas y gráficos con los resultados obtenidos. En el desarrollo de esta investigación, además del recurso humano ya mencionado, se usaron 2 computadoras, libros, revistas científicas y diversos materiales de ofimática.

RESULTADOS

Las edades de la población objeto de estudio estuvieron comprendidas entre 20 y 50 años.

Cuadro 1. Edad

EDAD	N	%
20-30 años	5	23.80%
31-40 años	11	52.40%
41-50 años	5	23.80%
Más de 51 años	0	0%
TOTAL	21	100.00%

En cuanto al país de origen de los entrevistados se encuentran en primer lugar Argentina y Brasil (19%), seguidos por Perú (14%), Costa Rica y República Dominicana (10%), y Bolivia, México, Ecuador, Chile, Guatemala y Panamá (5%).

Cuadro 2. Género

GÉNERO	N	%
Femenino	12	57.10%
Masculino	9	42.90%

Cuadro 3. País

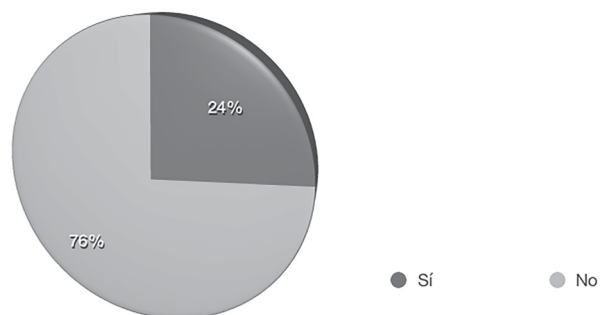
PAÍS	N	%
Argentina	4	19%
Bolivia	1	5%
Brasil	4	19%
Chile	1	5%
Costa Rica	2	10%
Ecuador	1	5%

Guatemala	1	5%
México	1	5%
Panamá	1	5%
Perú	3	14%
Rep. Dominicana	2	10%
Uruguay	0	0%
TOTAL	21	100.00%

Cuadro 4. ¿Existe en su país una estrategia gubernamental para el desarrollo y promoción de los cuidados paliativos?

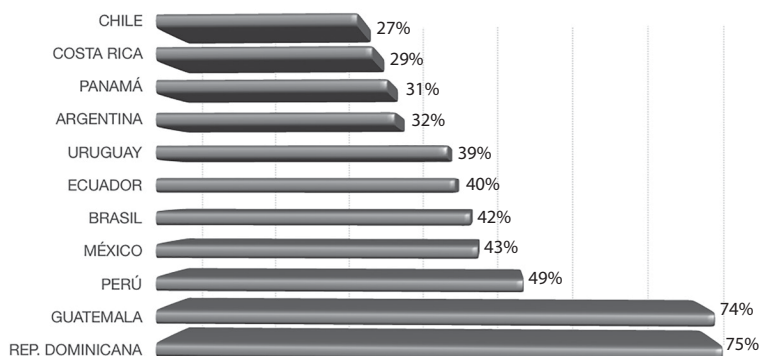
ESTRATEGIA	N	%
Sí	10	48%
No	11	52%
TOTAL	21	100.00%

¿Se contempla en su país la donación de órganos dentro de los cuidados al final de la vida?



Se les preguntó, además, si sabían en qué lugar quedó su país en el Índice de Calidad de Muerte del EIU. Con base en este resultado, Chile es el país con mejor calidad de muerte, seguido por Costa Rica y Panamá. Este último, según dicho informe, a pesar del bajo gasto público, ha diseñado programas de cuidados paliativos en los servicios de atención primaria.

Índice de Calidad de Muerte, según The Economist Intelligence Unit 2015 (Latinoamérica)



Fuente: EIU

Se les preguntó también en qué consistían las estrategias implementadas en su país para mejorar los cuidados al final de la vida. En 7 de los 12 países participantes existe alguna estrategia individual para los pacientes oncológicos y para el manejo del dolor, lo cual corresponde al 58.3%. De estos, solo México, Chile y Argentina (25%) tienen legislaciones sobre el tema.



DISCUSIÓN

Como se aprecia en el cuadro 1, el 52.4% de los participantes en este estudio se encuentran en un rango de edad entre 31 y 40 años. En el cuadro 2 se evidencia que el 57.1% es de género femenino, lo cual está acorde con las tendencias actuales de mayor acceso de las mujeres a la educación superior (Muñoz-Repiso 2010).

El 71.4% de los participantes es católico y el 62% ha realizado estudios de posgrado.

En consonancia con el enunciado de Hastings Center sobre los fines generales de la medicina, la SEMICYUC ha plasmado en su código ético estrategias y recomendaciones que posibilitan a las diferentes comunidades autónomas y al personal sanitario de sus UCI habilidades sobre cuidados al final de la vida basados en la mejor evidencia científica disponible sobre LTSV, CP y donación de órganos.

Virginia Navarro, MD

Especialidad en Medicina de Emergencias y Desastres, HGPS-UNIBE, Subespecialidad en Medicina Crítica CEDIMAT-INTEC.

Máster en Coordinación de Trasplantes de Órganos y Tejidos. Organización Nacional de Trasplante, Madrid /Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.

Docente de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD).

Coordinadora de Trasplantes Hospital Traumatológico Dr. Ney Arias Lora – INCORT.

En contraste, se demostró que el 48% de los representantes de América Latina reconocen que en su país se desarrolla alguna estrategia, y, de estos, solo el 25% sabe en qué consiste. En su mayoría, se trata de esfuerzos individuales dirigidos exclusivamente al manejo del dolor de los pacientes oncológicos. Esta situación hace más difícil que puedan llevarse a cabo los cuidados al final de la vida de forma óptima en dichos países.

Los cuidados integrales al final de la vida de las personas que padecen enfermedades crónicas de duración más o menos considerable constituyen lo que se conoce actualmente como cuidados paliativos. Si bien la paliación de síntomas ha existido siempre, los cuidados multidisciplinarios, estructurados y organizados, tal y como hoy se conciben, comenzaron a expandirse después de 1970. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incorporó el concepto y lo promovió como parte del Programa de Control de Cáncer (OMS, 1990, 1995). Años más tarde fue incorporado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1998; cfr. De Lima y Bruera, 2000).

En mi opinión, a pesar de los esfuerzos internacionales que se han hecho y la información que se tiene sobre el tema, en nuestro estudio se confirma que en América Latina aún faltan información, recursos y voluntad política para garantizar un servicio de calidad a los pacientes al final de la vida.

Los pilares de los cuidados paliativos se basan en lograr un digno final de la vida, una muerte tranquila, sin tratamientos innecesarios que prolonguen la agonía, en un clima de comunicación y confianza en que la meta de la atención sea la calidad de vida con el control adecuado de los síntomas, la satisfacción integral de necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales, y el apoyo emocional necesario (Gómez-Sancho, 2003a).

Este soporte se materializa en compañía humana, manejo del dolor, evitación de la incomodidad y la angustia por la proximidad de la muerte e información adecuada sobre la enfermedad y el fin de la vida (Guzmán, 2000).

En este estudio hemos constatado que los médicos participantes, en su mayoría intensivistas, hematólogos y pediatras, los cuales también participan en la labor docente y administrativa, están motivados a desarrollar guías y recomendaciones en sus distintos países a fin de mejorar la calidad de vida y de muerte de los usuarios de su sistema sanitario, darles un trato humano y ofrecerles tanto a ellos como a las familias el acompañamiento y la posibilidad de que decidan si limitan o no el soporte vital, y si se donan sus órganos o no. Siempre con el respeto que corresponde a su autonomía y permitiendo que sean ellos quienes tomen sus decisiones finales.

Mularski afirma que «los médicos que trabajan UCI también están obligados a ser expertos en el tratamiento paliativo y del final de la vida, y los administradores del hospital están obligados a implicarse en la evaluación de la calidad y la mejora de aquellos tratamientos en una UCI».

La priorización en el diseño de guías y protocolos, así como la formación de recursos humanos son el pilar para el desarrollo de los cuidados al final de la vida.

CONCLUSIONES

El tratamiento al final de la vida de los pacientes críticos y la atención a las necesidades de sus familiares en los países de Latinoamérica se ve afectada por diversos factores: falta de legislación, recursos insuficientes, escaso conocimiento por parte de los profesionales sanitarios y de la comunidad en materia de CP, LTSV y procesos de Donación. Es necesario que el paciente sea visto como un todo y no fragmentado por los diferentes especialistas que interactúan en su atención. La falta de infraestructuras adecuadas, la poca disponibilidad de camas en las unidades de cuidados intensivos y las deficientes habilidades de comunicación con el paciente y sus familiares hacen más tórpido el proceso.

Es necesario que se gestionen consensos y recomendaciones desde el Ministerios de Salud, mediante los Comités de Ética de los diferentes centros asistenciales, a fin de que se unifiquen los criterios de la atención sobre la base de la mejor evidencia disponible y el beneficio de todos los pacientes, de manera tal que también contribuyan a fomentar la donación y el trasplante de órganos.

Los pacientes y sus familias deben tener derecho a decidir, y a ser tomados en cuenta en las indicaciones clínicas de determinados tratamientos. Cuanto más humana sea la relación entre el personal sanitario, el paciente y su familia, mejor se realizará la asistencia al enfermo y a sus allegados, lo cual favorecerá las condiciones para la solicitud de la donación de órganos, en los casos que proceda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar Fleitas, Baltasar. Los fines de la medicina. Rev.Urug.Cardiol. [Internet]. 2015 Abr [citado 2017 Mar 12]; 30(1):8-12. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielophp?script=sciarttext&pi=S1688-04202015000100003&lng=es>.
2. Gómez Rubí JA. Ética en medicina crítica. Madrid: Triacastela; 2002.
3. Mozón Marín, JL et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida en el paciente crítico. Rec. Grup Trab SEMICYUC. Med Intensiva. 2008;32(3):121-33.
4. Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Documento de Consenso Nacional 2012. <https://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>
<http://www.ticotimes.net/2015/10/08/costa-ricas-palliative-care-program-among-best-region> (anexo 1)
5. A. Esteban, F. Gordo, J.F. Solsona, I. Alía, J. Caballero, C. Bouza, et al. Withdrawing and withholding life support in the intensive care unit: a Spanish prospective multi-centre observational study. *Int Care Med*, 27 (2001), pp. 1744-1749.
6. W. Knauss, J. Lynn. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment (SUPPORT) and Hospitalized Elderly Longitudinal Project (HELP), 1989-1997 George Washington University, Washington DC (2000).

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DIRIGIDA A ESTUDIANTES ADOLESCENTES

Autores: Dr. José Javier Sánchez, Carmen Amelia Álvarez Gell*, Roberto Isaac Peralta Guzmán*, Nicole Morel Bueno*, Nigero Albaine*, Iván Berezowski*, Carlos López*, Eliana Inés Bencosme Diná*, Lisbeth Colón Silfa*, Robinson Alexander Pérez Batista*, Nerlane Portilus*, Kenloo Desormeaux*, Ginette Lucitus Governov*, Marcos Enrique Marte Brache*, Francisco Alexander Gutiérrez Lora*, Losiram Gil Núñez*, Melanie Joselle Herrera Hernández*, Silvia Mercedes Pou Mera*, Manuel Rafael Castro Hernández*, Marilyn Zahira Musa Vásquez*, José Osvaldo Valerio Peralta*, Paula María García Portela*, Jonathan Javier Martínez Tavarez*, Enrique Manuel Valdez Sáenz*, Luis Daniel Delgado Soriano*, Dra. Juana Aurelia Sarita**. Institución: Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra*, Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante***

INTRODUCCIÓN

La donación de órganos es el hecho por el cual una persona cede un órgano de su cuerpo a otra, contribuyendo a mejorar su estado de vida (1,2). Según la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) (3) "Un trasplante es sustituir un órgano o tejido enfermo por otro que funcione adecuadamente". El trasplante de órganos es uno de los procedimientos más importantes de las ciencias médicas y representa una oportunidad para salvar miles de vidas o mejorarlas significativamente. No obstante, la carencia de órganos es uno de los mayores obstáculos a nivel mundial, y el número de demandas es muy superior al de donantes, motivo que incrementa de forma alarmante la mortalidad por necesidad de un trasplante. Katherine Stavrianopoulos (4), en un estudio realizado en Nueva York, afirmó que 10,000 personas están necesitadas de un trasplante y de estas mueren 18 al día por escasez de órganos. Otro estudio evidencia la existencia en Colombia de 500 pacientes aproximadamente con enfermedad renal terminal en espera de un trasplante (5). La Organización Nacional de Donación y Trasplantes de Perú (ONDT) informó sobre una población de 9 mil personas cuyos estados requieren un trasplante y solo 800 están en lista de espera (6). En República Dominicana, según refiere el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT), el número de donantes se redujo a 7 en el año 2015 (7). Según Rey et al (8), la falta de información acerca del tema es una de las principales causas por las cuales las personas deciden no donar. En otras palabras, educar la población sobre la importancia del trasplante y donación de órganos es una de las formas más efectivas de mejorar sus conocimientos, contribuir al aumento de donantes y fomentar la cultura sobre donación y trasplante.

MÉTODOS Y TÉCNICAS

Se realizó un ensayo comunitario cuasiexperimental de fuente primaria, basado en el modelo de creencia de salud. Formaron parte de la investigación adolescentes de 16 centros educativos de diferentes comunidades de la ciudad de Santiago de los Caballeros. Los estudiantes fueron divididos en dos grupos: uno de intervención y otro de control. Durante un período de tres meses, se implementaron charlas pedagógicas encabezadas por un profesional

de la salud (representante del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes, INCORT), se entregaron panfletos informativos y se expusieron testimonios de donantes y receptores de órganos y tejidos. Además, se realizaron publicaciones didácticas en redes sociales de acceso libre. Se trabajó en 8 escuelas control y 8 experimentales, y se realizó una medición basal, es decir, al inicio de la intervención, otra a los 3 meses y finalmente se valoró el impacto de las intervenciones en el grupo de intervención comparado con el grupo control. En todos los centros educativos la investigación fue autorizada institucionalmente tanto por los establecimientos educativos como por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Madre y Maestra (COBEFACS).

Los criterios de inclusión para pertenecer al estudio fueron los siguientes: estar inscritos en los institutos durante el período escolar 2017/2018, cumplir con el rango de 12 a 19 años de edad, cursar los grados de séptimo a duodécimo / cuarto de bachiller, consentimiento informado escrito de los padres o tutor/es legal/es de los individuos, consentimiento de los jóvenes participantes mayores de edad (18-19 años), asentimiento de los estudiantes menores de edad (12-17 años), estudiante que asista a clases el día de cualquier medición. Como criterios de exclusión, los participantes podrían abandonar de manera voluntaria la investigación, el estudiante que abandonó la escuela durante la realización de nuestra intervención educativa se vio obligado a ser excluido del estudio, el estudiante que no respondió o, en dado caso, no contestó adecuadamente (dos respuestas en una pregunta que amerita una respuesta) un número mayor o igual de siete (7) preguntas en la encuesta aplicada.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Antes de iniciar con la recolección de la información, se contó con la aprobación del Comité de Investigación de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra. Además, el estudio estuvo aprobado por los distritos educativos que rigen las escuelas. Es de vital importancia destacar que se solicitó el consentimiento firmado por los padres o tutores de los estudiantes menores de edad y el consentimiento de aquellos estudiantes con la mayoría de edad, mientras a los menores de edad, se les requirió un asentimiento escrito. Los investigadores se encargaron de informar y responder las dudas de todos los estudiantes sobre los objetivos, beneficios, derechos y responsabilidades que tendrían durante la investigación.



INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento de recolección de la información estuvo conformado por cuatro secciones: datos personales, conocimientos sobre la donación de órganos y tejidos, actitudes frente a la donación de órganos, percepción del apoyo familiar y obtención de la información sobre la donación de órganos. En total la encuesta contó con 33 preguntas que abarcaban los aspectos antes mencionados y se realizó de tal manera que los estudiantes respondieran a las preguntas utilizando la escala de Likert simplificada. La construcción de la encuesta se realizó con base en la revisión de la bibliografía existente sobre el tema.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Luego de obtener los datos de las mediciones, se procedió a computar los resultados en una base de datos de Microsoft Excel 2016. Se realizó la verificación visual con el fin de comprobar la calidad de los datos y, por último, se trabajó en el programa estadístico informático IBM SPSS® versión 23 para el análisis estadístico.

TABLAS Y RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta la descripción sociodemográfica de los participantes. El total a los 3 meses del estudio fue de 2496 estudiantes. De estos, predominó el sexo femenino con el 63.3% en el grupo control, mientras que el grupo experimental fue de 59.3%. Por otra parte, la distribución entre grupos de edades fue menos dispareja, con un total de 40.6% pertenecientes a la adolescencia temprana (12-14 años), en ambos grupos, control y experimental. Con relación a la variable religión, la mayoría pertenecía a la Iglesia católica, 61.7% en el grupo control vs. 63.1% en el grupo experimental. Otras religiones manifestadas fueron la evangélica con una representación del 15.2% en el grupo control y 15.0% en el grupo experimental.

En la tabla 2 se presentan los conocimientos obtenidos después de tres meses por ambos grupos: control y experimental. Se aprecia una tendencia a presentar mejores conocimientos en el grupo experimental y una diferencia estadísticamente significativa en varios conceptos relacionados al trasplante de órganos y tejidos. En primer lugar, el grupo experimental acertó acerca de los inexistentes beneficios económicos que supuestamente reporta la donación de órganos, 32.1% en comparación con el 17.4% del grupo control ($p=0.000$).

Tabla 1. Descripción sociodemográfica de los participantes

Variables	Control	Experimental
	No. (%) - P	No. (%) - P
Sexo (N=388)	n=1383	n= 1113
Femenino	878 (63.3)	662 (59.3)
Masculino	505 (36.4)	451 (40.4)
Edad (N=388)	n=1381	n=1109
Adolescencia temprana	563 (40.6)	454 (40.6)
Adolescencia tardía	818 (59.0)	655 (58.6)
Grado educativo (N=389)	n= 1375	n= 1111
7mo	217 (15.7)	166 (14.9)
8vo	222 (16.0)	152 (13.6)
9no/1ro de bachiller	276 (19.9)	242 (21.7)
10mo/2to de bachiller	228 (16.5)	227 (20.3)
11mo/3to de bachiller	236 (17.0)	174 (15.6)
12mo/4to de bachiller	196 (14.1)	150 (13.4)
Religión (N=386)	n=1368	n=1096
Católico	855 (61.7)	705 (63.1)
Evangélico	210 (15.2)	168 (15.0)
Adventista	36 (2.6)	20 (1.8)
Testigo de Jehová	29 (2.1)	18 (1.6)
Islámico	-	1 (0.1)
Otra	33 (2.4)	40 (3.6)
Ninguna	205 (14.8)	144 (12.9)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

El falso criterio de una supuesta edad necesaria para ser donante fue igualmente demostrado como una información errónea por el grupo experimental, pero no así por el control ($p=0.000$).

Asimismo, el dato de que tanto personas vivas como fallecidas son capaces de donar sus órganos fue mayormente manejado como correcto en el grupo experimental (73.6%) a diferencia del grupo control (62.1%) ($p=0.000$). Cursan con la misma situación el concepto correcto acerca de la realización o no de trasplantes en la República Dominicana ($p=0.000$), y la existencia de leyes que se relacionen a la donación de órganos y tejidos ($p=0.000$). Se agregan, además, el uso la de tarjeta de donantes en el país ($p=0.000$) y la existencia de una institución que regule la donación de órganos ($p=0.000$). Fueron resultados no significativos el dato de que no todos pacientes que necesitan un órgano lo reciben ($p=0.404$) y la voluntariedad para donar órganos ($p=0.898$).

Tabla 2. Conocimientos correctos sobre el trasplante de órganos y tejidos

Conocimientos correctos sobre:	3 Meses		Valor de p
	Experimenta I N (%)	Control N (%)	
Significado sobre la donación de órganos	876 (78.4)	1111 (80.2)	0.286
Voluntariedad para donar órganos	941 (84.2)	1165 (84.1)	0.898
Beneficios económicos en cuanto a la donación	194 (17.4)	445 (32.1)	0.000
Los pacientes que necesitan un órgano siempre lo reciben	453 (40.6)	585 (42.2)	0.404
Edad requerida para ser donantes	255 (22.8)	407 (29.4)	0.000
Tantos vivos como muertos pueden donar	694 (62.1)	1020 (73.6)	0.000
Las personas con muerte cerebral pueden donar	93 (8.3)	129 (9.3)	0.391
Posición de la religión en cuanto a la donación	353 (31.6)	507 (36.6)	0.009
En el país se hacen trasplantes de órganos	779 (69.7)	1064 (76.8)	0.000
Leyes en el país sobre la donación y trasplante	271 (24.3)	537 (38.7)	0.000
Uso de tarjeta de donantes en el país	355 (31.8)	729 (52.6)	0.000
Institución en el país que regule la donación de órganos	402 (36)	715 (51.6)	0.000



Tabla 3. Actitudes positivas sobre el trasplante de órganos y tejidos

3 Meses			
Actitudes positivas sobre:	Control N (%)	Experimental N (%)	Valor p
La disposición de donar órganos en muerte	796 (71.3)	1062 (76.6)	0.002
La disposición de donar a un desconocido	445 (39.8)	722 (52.1)	0.000
La disposición de donar a un ser querido	572 (51.2)	861 (62.1)	0.000
La confianza hacia el personal médico	614 (55.0)	915 (66.0)	0.000
La preocupación de desfiguración del cuerpo	267 (23.9)	364 (26.3)	0.177
La disposición de salvar vida	844 (75.6)	1063 (76.7)	0.507
EL concepto de donación de órganos y la idea de ser un donante	273 (24.4)	374 (27.0)	0.148
La influencia de las creencias religiosas en la donación	528 (47.3)	640 (46.2)	0.586

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

En la tabla 3 se presentan las actitudes positivas sobre el trasplante de órganos y tejidos en el grupo control en comparación con el grupo experimental. Los resultados reflejan actitudes más beneficiosas en el grupo experimental. Se encontraron cambios estadísticamente significativos en la disposición de donar un órgano y/o tejido a un ser querido ($p=0.000$): 51.2% en el grupo control en comparación con 62.1% en el grupo experimental, así como también un aumento significativo en la confianza hacia el personal médico: 66% en el grupo experimental vs. 55% en el grupo control. Resultaron como no significativos las siguientes actitudes: la influencia de las creencias religiosas en la donación (47.3% en el grupo control en contraste con 46.2% en el grupo experimental ($p=0.586$), así como la preocupación de desfiguración del cuerpo al realizar los procedimientos para la donación (23.9% en el grupo control vs. 26.3% en el experimental) ($p=0.177$).

DISCUSIÓN

La identificación de los potenciales donantes, con el conocimiento de que estos pueden ser tanto vivos como fallecidos, así como la ausencia de edad necesaria como criterio de donación, la posición de la religión en cuanto a la donación y el reconocimiento de una institución en el país que regula la donación de órganos, fueron algunos de los conceptos que mejoraron y presentaron cambios estadísticamente significativos luego de la intervención. En similitud con estos hallazgos, McGlade y Pierscionek (9) encontraron incrementos en el dominio del concepto de muerte cerebral y su irreversibilidad (preintervención 77%, posintervención 89%) ($p=0.019$).

Las actitudes positivas alusivas a la donación y trasplante de órganos y tejidos se incrementaron en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Se demostró un aumento en las actitudes relacionadas con donar un órgano y/o tejido a un ser querido o desconocido, y la confianza hacia el personal médico. Al comparar estos hallazgos con Buitrago *et al* (10), se manifiestan similitudes respecto al aumento de las actitudes positivas a favor de la donación luego de la intervención educativa.

Específicamente en la pregunta ¿donaría sus órganos en muerte?, el porcentaje de la población bajo estudio que respondió afirmativamente en ese caso se manifestó de la siguiente forma: 58% en la preintervención, 85% en la posintervención, mientras que en este estudio los porcentajes obtenidos fueron los siguientes: 71.3% en el grupo control y 76.6 en el experimental. Se puede observar que en ambos estudios hubo un aumento considerable luego de la intervención. Debe recalarse la similitud de las poblaciones objetos de estudio al ser Colombia un país latinoamericano similar a la República Dominicana con participantes no relacionado con el sector de la salud.

CONCLUSIÓN

En la investigación se demostró la efectividad de la intervención al evidenciarse un aumento significativo de los conocimientos correctos y actitudes beneficiosas frente a la donación de órganos y tejidos en el grupo experimental en comparación con el grupo control.

Se recomienda la realización de este tipo de estudio con la finalidad de mejorar la cultura de donación de órganos en la República Dominicana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López X, Bohorquez D, Pérez H, Escobar D, Alzate J, Marquez E. Association between education about organ transplantation aimed at medical students and the acquisition of the organ donor card. A cross-sectional study. [Internet]. *Revistas.unal.edu.co*. 2014 [citado el 25 Junio de 2017]. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/45544/51014>.
2. Empresarial C. Enciclopedia Salud: Definición de Donante [Internet].

Enciclopediasalud.com. 2017 [citado el 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.enciclopediasalud.com/definiciones/donante>

3. Organización Nacional de Trasplante. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [Internet]. [citado 24 octubre de 2018]: Disponible en: <http://www.ont.es/informacion/paginas/trasplante.aspx>
4. Stavrianopoulos K. Changing college student perceptions and participation in organ donation: A classroom and service learning intervention. *Journal of Social Distress and the Homeless*. 2014;23(2):71-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1179/1573658X14Y.0000000005>
5. Buitrago J, C Sánchez J, Guerra A, V Gómez S, J Lucumí L, R Romero C. Evaluation of an educational, theater-based intervention on attitudes toward organ donation in risaralda, Colombia. *Colombia Médica*. 2013; 44(1). Disponible en: <http://colombiame-dica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/1086>
6. ONDT. Ministerio de Salud de Perú. [Online].; 2017 [citado el 25 junio 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/ondt/situacion.html>.
7. Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante(INCORT). Informe de gestión 2015. ISSUU. 2015;;3, 33, 54. Disponible en: https://issuu.com/jesus_perez3/docs/informe_de_gesti_n_del_incort_2015
8. Rey J, Grass V, Galle P, Werner C, Hoffman A, Kiesslich R Et al. Education in organ donation among students in Germany – results of an intervention study. *Annals of Transplantation* [Internet]. 2013 [citado el 15 de junio de 2017]; 18:23-30. Disponible en: <https://www.annalsoftransplantation.com/download/index/idArt/883794>
9. McGlade D , Pierscionek B. Can education alter attitudes, behaviour and knowledge about organ donation? A pretest–post-test study. *BMJ Open*. 2013 Diciembre; 3(12): e003961
10. Buitrago J, Sánchez J, Guerra A, Gómez S, Lucumí L, Romero C. Evaluation of an educational, theater-based intervention on attitudes toward organ donation in Risaralda, Colombia. *Colombia Médica*. Marzo 2013; 44(1):37-41



ESTUDIO SOBRE EL CONOCIMIENTO DE LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE

y los factores más relevantes que afectan esta modalidad terapéutica en República Dominicana en el período 2017-2018

Dr. Fernando Morales Billini, Dra. Esther de Luna, Dra. Celia Pérez, Dra. Marisol Genao

RESUMEN

El trasplante de órganos es uno de los grandes logros de la medicina del siglo XX y XXI, son procedimientos que demandan conocimientos, rigor técnico y dedicación en las diferentes intervenciones, así como la utilización adecuada de los recursos técnicos y humanos. Ser capaces de adaptarnos a las diferentes situaciones de gestión es clave para lograr buenos índices de donación, los cuales requieren un contacto directo con la sociedad.

Los programas de trasplante han tenido un éxito indudable, pero la escasez de órganos continúa siendo uno de los problemas más demandantes que enfrentan la mayoría de los países.

Parte importante de esta problemática recae en la organización y en un adecuado plan de medios, RRHH y técnicos de los centros hospitalario, actitud y capacitación del equipo de salud, y una voluntad política que facilite los recursos y la adecuada aplicación de las líneas estratégicas de políticas de donación y trasplantes capaces de estimular la creación de una cultura nacional en esta modalidad terapéutica. Además de conocer las piezas claves que más afectan la donación y el trasplante, y lograr sus correctivos mediante la aplicación de procesos que sean determinantes y facilitadores para la eliminación de las dificultades que ralentizan y hacen poco productivo nuestro trabajo.

OBJETIVO

Determinar el conocimiento de los profesionales que participan en el proceso de donación y trasplante y su opinión sobre los aspectos más relevantes que afectan esta modalidad terapéutica en República Dominicana en el período 2017-2018.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de corte transversal de los profesionales de la salud y otros que laboran en donación y trasplante.

UNIVERSO

Los 97 profesionales encuestados de las diferentes especialidades y centros de salud que se dedican a esta modalidad terapéutica.

CONCLUSIONES

Según el nivel de profesión de los encuestados, la mayor cantidad corresponde a los médicos (61.86%), seguido por las enfermeras (30,93%). El 69% de los encuestados pertenece al sector público, el 17.5% labora en centros semipúblicos y el 13.4% a nivel privado. El 83.5% de los encuestados respondió que sí se dispone de una Ley de Donación y Trasplantes, el 63.9% la considera funcional, el 75.2% estima que cuenta con



normas y reglamentos y el 64.9% cree que dispone de protocolos de consenso. Al mismo tiempo, el 76.2% dice que no es suficiente el número de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en nuestro país y el 59.7% indica que los recursos humanos capacitados de dichas Unidades no son suficientes.

Palabras clave: conocimiento, factores relevantes, coordinación, situación UCI.

SUMMARY

Organ transplantation is one of the great achievements of twentieth century medicine. These are procedures that demand an important complexity of interventions and use of diverse resources and technology.

Transplant programs have had undoubted success. The shortage of organs is just one of the problems that most countries face.

An important part of this problem falls on the organization, hospital center, attitude and training of the health team, who participate in various stages of the process of donation and organ transplants.

It is essential to have specially trained professionals in the process of donation and transplantation, which could be key pieces so that they can become facilitators for the identification of potential donors.

Objective: To determine the knowledge of professionals who participate in the donation and transplant process and the most relevant factors that affect this therapeutic modality in the Dominican Republic 2017-2018

Material and methods: Observational, cross-sectional descriptive study of health professionals and others who work in donation and transplantation. Universe: there are 97 professionals surveyed from different specialties and different health centers that are dedicated to this therapeutic modality.

Conclusions: The level of profession of the respondents greater quantity corresponds to the nurses with 30.93%, followed by the Intensivistas doctors 25.77%, and finally the internists

doctors with 8.25%. El 69% of the respondents belongs to the public sector, and 17.5% work in semi-public centers, and 13.4% privately, respectively. 81% of the respondents answered that if there is a Law on Donation and Transplants, but 62 answered that it was not functional, that it has rules and regulations, 63 people answered that consensus protocols are available.

At the same time 74 people answered that the number of ICU beds in our country and 58 people is not enough that the trained human resources of the ICU are not enough.

Keywords: knowledge, relevant factors, coordination, UCIS situation

INTRODUCCIÓN

El trasplante de órganos es uno de los grandes logros de la medicina del siglo XX. Son procedimientos que demandan complejas intervenciones y el uso de diversos recursos y tecnología.

Resulta imprescindible conocer la opinión de los profesionales de la salud que se dedican a la donación y el trasplante de órganos y tejidos sobre los aspectos más relevantes que afectan esta modalidad terapéutica, de manera que se pueda aplicar correctivos que permitan un funcionamiento adecuado del Programa Nacional de Donación y Trasplante. Durante su desarrollo, observaremos problemas de diferentes grados de complejidad, algunos inherentes a cada país y otros de carácter global. Se plantean dos posiciones morales que podría adoptar el intensivista: una utilitarista y pragmática, donde prima la necesidad de conseguir órganos para trasplantes y otra "moralmente neutra", donde la donación se asume como una opción que debería ofrecerse como parte del buen cuidado al final de la vida al primar el concepto del cuidado sobre la utilidad de la obtención de órganos.

En la encuesta realizada por la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) y al analizar los indicadores básicos de salud presentados por la OMS/OPS, queda demostrado que los países con mayor cobertura de salud son los que presentan una sólida base de financiamiento y gestión pública, y los de

menor cobertura son aquellos donde el sector privado compite en la provisión de salud por intermediación, lo cual limita el sector público y genera débiles rectorías del sistema.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el conocimiento de los profesionales que participan en el proceso de donación y trasplante y su opinión sobre los aspectos más relevantes que afectan esta modalidad terapéutica en República Dominicana en el período 2017-2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la edad y el sexo de los encuestados.
2. Conocer las áreas donde laboran los RRHH encuestados.
3. Determinar el tipo de especialidad de los encuestados.
4. Conocer la capacitación cursada en donación y trasplante.
5. Indagar acerca del nivel de conocimiento de la Ley 329-98 sobre Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos y la situación de las Unidades de Cuidados Intensivos.
6. Determinar si cuentan con financiamiento para la donación y trasplante, comunes a países en vías de desarrollo.

Identificar los aspectos que más afectan el desarrollo de este Programa en sus diferentes etapas nos ayudará a diseñar la ruta con los correctivos necesarios para nuestro mejor desempeño.

Desde el año 1998 en República Dominicana existe una Ley sobre Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, pero no fue hasta 2008 que se le asignó un presupuesto al Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT).

Desde ese año se han venido implementando estrategias para crear la plataforma que nos permita desarrollar un programa nacional de donación y trasplante que pueda llegar a toda población del territorio nacional.

El proceso de donación comienza cuando se identifica un curso probable e irrevocable hacia la muerte y termina con los ritos fúnebres. Los familiares son celosos evaluadores de los cuidados recibidos, empatía, información oportuna y reconocimiento de las preferencias del enfermo, por lo que el esfuerzo del equipo de salud debe orientarse a satisfacerlos.

DISEÑO Y REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

Diseño: Corresponde a un estudio observacional descriptivo de corte transversal. En esta investigación se trata de dar respuesta a muchas interrogantes sobre cuáles son los aspectos más relevantes que afectan la donación y trasplante en nuestro país.

Ámbito de estudio: Se aplicará una encuesta a todos los profesionales de la salud y otros que laboran en donación y trasplante.

Universo: Constituido por 97 profesionales encuestados de las diferentes especialidades y centros de salud que se dedican a esta modalidad terapéutica.

Período de estudio: El período de 2017-2018.

ETAPA DE ANÁLISIS

El análisis se inició una vez finalizada la aplicación de la encuesta y fueron completados la metodología y el control de calidad de la información. Se creó una base de datos que depuró y generó la información necesaria para construir los indicadores. Para realizar el análisis fue necesario determinar las variables del estudio. La información fue procesada en el programa EPI-INFO.

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución según sexo y edad. INCORT 2017-2018

EDAD	Masculino	Femenino	Total
20-35 años	16	17	33
36-45 años	12	11	23
46-55 años	14	9	23
Más de 56 / >70	11	7	18
TOTAL	53	44	97

Se puede apreciar que el segmento etario con mayor expresión corresponde al grupo de edad 20-35 años (33 encuestados), seguido por el grupo de 36-45 (23 encuestados). El sexo masculino ocupó el primer lugar con un total de 53 personas.

Tabla 2. Centros hospitalarios de República Dominicana. INCORT 2017-2018

Centros de Salud	Frecuencia	%
Público	67	69.07%
Privado	13	13.40%
Semipúblico	17	17.53%
ONG	0	0.00%
TOTAL	97	100.00%

El 69% de los encuestados pertenece al sector público, el 17.5% labora en centros semipúblicos y el 13.4% a nivel privado.

Tabla 3. Distribución según tipo de especialidad. INCORT 2017-2018

Profesión	Sí	%
Médico General	4	4.12%
Intensivista	25	25.77%
Nefrólogo	15	15.46%
Médico Interno	8	8.25%
Enfermera/o	30	30.93%
Cirujano	6	6.19%

Urólogo	2	2.07%
Otra	7	7.21%
TOTAL	97	100.00%

Según el nivel de profesión de los encuestados la mayor cantidad corresponde a los médicos (61.86%) seguido por las enfermeras (30,93%).

Tabla 4. Distribución de capacitaciones cursadas en donación y trasplante. INCORT 2017-2018

Tipo de capacitación	Sí	%
Máster (Alianza, Siembra, U. Barcelona)	25	12.63%
Pasantía y subespecialización en exterior	18	9.09%
Diplomado en donación y trasplante	24	12.12%
Comunicación en situaciones críticas (CSC)	52	26.26%
Curso intrahospitalario	54	27.27%
Curso internacional de coordinación y TX	25	12.63%
Total	198	

El 100% de los profesionales habían realizado capacitaciones relacionadas con la temática de donación y trasplante, el 27.27% realizó cursos intrahospitalarios y el 26.26% cursos en comunicaciones críticas.

Tabla 5. Distribución de generales sobre el país. INCORT 2017-2018

Generales sobre el país	Sí	No	Bueno	Regular	Malo	No Sabe
Dispone de Ley de Donación y Trasplantes	81	3	6	3	1	1
La Ley 329-98 sobre Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos es funcional	62	4	8	14	1	6
Dispone de normas y reglamentos	73	10	22	22	2	12
Dispone de protocolos de consenso	63	7	6	4	1	9
Es suficiente el número de camas en UCI del país	6	74	1	6	9	0
Son suficientes y capacitados los RRHH de las UCI	10	58	4	19	3	2
Considera debe ser modernizada la Ley sobre Donación y Trasplantes de Órganos y Tejidos	63	16	3	0	0	6

En cuanto a la distribución de generales sobre el país, podemos observar que el 83.5% de los encuestados respondió que sí se dispone de una Ley de Donación y Trasplantes, el 63.9% la considera funcional, el 75.2% estima que cuenta con normas y reglamentos y el 64.9% cree que dispone de protocolos de consenso. Al mismo tiempo, el 76.2% dice que no es suficiente el número de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en nuestro país y el 59.7% indica que los recursos humanos capacitados de dichas Unidades no son suficientes. El 63% considera debe ser modernizada nuestra Ley 329-98.

Tabla 6. Distribución de financiamiento para donación y trasplante. INCORT 2017-2018

El país cuenta con financiamiento para:	Sí	No	Bueno	Regular	Malo	No Sabe
Cobertura de mantenimiento y extracción de órganos	16	39	3	17	5	16
Cobertura de la preparación de receptor	19	34	6	18	6	12
Cobertura del implante y seguimiento	17	35	3	23	6	10
Cobertura de medicamentos	36	15	10	22	1	12
Incentivo de RRHH que laboran en coordinación	16	30	4	12	7	25
Incentivo de RRHH para preparación de implante y seguimiento del TX	13	34	3	13	5	26

El 39% de los encuestados dice que el país no cuenta con financiamiento para cobertura del mantenimiento y extracción de órganos, tampoco garantiza cobertura de la preparación de receptor (34%) ni posee cobertura del implante y seguimiento (35%). El 36% dice que sí tiene cobertura de medicamentos. En cuanto al incentivo de RRHH que laboran en coordinación, el 25% reportó que no sabe y el 26% no sabe si existe incentivo de RRHH para preparación de implante y seguimiento del TX.

CONCLUSIONES

El segmento etario con mayor expresión corresponde al grupo de edad 20-35 años (33 encuestados), y en segundo lugar el de 36-45 (23 encuestados). El sexo masculino ocupó el primer lugar con un total de 53 personas.

Según el nivel de profesión de los encuestados, la mayor cantidad corresponde a los médicos (61.86%), seguido por las enfermeras (30,93%). El 69% de los encuestados pertenece al sector público, el 17.5% labora en centros semipúblicos y el 13.4% a nivel privado.

El 100% de los profesionales habían realizado capacitaciones relacionadas con la temática de donación y trasplante, el 27.27% realizó cursos intrahospitalarios y el 26.26% cursos en comunicaciones críticas.

El 83.5% de los encuestados respondió que sí se dispone de una Ley de Donación y Trasplantes, el 63.9% la considera funcional, el 75.2% estima que cuenta con normas y reglamentos y el 64.9% cree que dispone de protocolos de consenso. Al mismo tiempo, el 76.2% dice que no es suficiente el número de camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en nuestro país y el 59.7% indica que los recursos humanos capacitados de dichas Unidades no son suficientes. El 63% considera debe ser modernizada nuestra Ley 329-98.

El 39% de los encuestados dice que el país no cuenta con financiamiento para cobertura del mantenimiento y extracción de órganos, tampoco garantiza cobertura de la preparación de receptor (34%) ni posee cobertura del implante y seguimiento (35%). El 36% dice que sí tiene cobertura de medicamentos. En cuanto al incentivo de RRHH que laboran en coordinación, el 25% reportó que no sabe y el 26% no sabe si existe incentivo de RRHH para preparación de implante y seguimiento del TX.

RECOMENDACIONES

1. Disponer de un mayor número de Unidades de Cuidados Intensivos debidamente equipadas, con personal capacitado y entrenado en donación y trasplante.
2. Capacitación del personal de salud enfocado en la interacción de dos componentes principales: uno clínico y el otro general. El primero, relacionado con la coordinación de trasplantes y el manejo de los pacientes trasplantados, y, el segundo, con relación a los cursos de comunicación en situaciones críticas.
3. Divulgar el Reglamento 457-05 sobre la cobertura financiera de mantenimiento y la extracción de órganos del donante cadavérico, así como la cobertura de los medicamentos e insumos tanto para el receptor como para el donante.
4. Revisar y actualizar la Ley 329-98 sobre Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos.
5. Adecuar y equipar los hospitales con laboratorios e imágenes para los estudios de donantes potenciales y pacientes trasplantados.
6. Garantizar los recursos que permitan un mejor funcionamiento del INCORT y del CNT.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez H. Consentimiento presunto y respuesta requerida como alternativas a la escasez de donantes: un análisis ético. *RevChilCir* 2007; 59: 244-249.
2. Brugal Carmen, Hernández Angela, Marte Alexandro. Análisis de situación de las Unidades de Cuidado Intensivo en República Dominicana, 2014.
3. Conesa C, Ríos A, Ramírez P, Rodríguez MM, Rivas P, Canteras M et al. Psychosocial profile in favor of organ donation. *TransplantProc* 2003; 35: 1276-1281.
4. DosSantos MJ, Massarollo MC. Processo de doação de órgãos: percepção de familiares de doadores cadáveres. *Rev Lat Am Enfermagem* 2005; 13:382-387.
5. Gorena M, González R, Castillo L, Gómez C, Calderara M, Pinto A, Cuevas S, et al. Visión de los profesionales de la salud acerca de la donación y trasplante de órganos en un centro de trasplante renal. *Revista Chilena de Urología* 2003; 68: 93-98.
6. Gracia D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología*, 2001; 21 (supl 4): 13-29.
7. Hourigan CS. Registering organ donor preferences - a third way? *Br J Gen Pract* 2005; 55: 805.
8. Matesanz R, Miranda B. A decade of continuous improvement in cadaveric organ donation: The Spanish model. *J Nephrol* 2002; 15: 22-28.
9. Mathew TH, Chapman JR. Organ donation: a chance for Australia to do better. *Med J Aust* 2006; 185:245-246.
10. Morales Billini Fernando, De Luna Esther. Encuesta a profesionales sobre donación y trasplante en República Dominicana, 1996.
11. Morales Billini Fernando, De Luna Esther, Genao Marisol, Pérez Celia. Nivel de conocimiento de los profesionales de la salud en materia de donación y trasplante, 2014.
12. Morales Billini Fernando, Sánchez Martínez Fernando, Febles Alicia, Encarnación Elizabeth, De León Jade, Quezada Susana. Conocimiento y Actitudes del Proceso Donación Trasplante de Órganos y Tejidos de los trabajadores de la Prensa, 1997.
13. Palacios JM, Jiménez O, Turu I, Enríquez M, González F, Jara C, et al. Conocimientos sobre donación y trasplante de órganos en un hospital con programa de trasplante. *RevChilCir* 2003; 55: 244-248.
14. Palacios JM. Procuramiento de órganos: "El modelo chileno". *Rev Chil Cir* 2002; 54: 573-588.
15. Ríos A, Conesa C, Ramírez P, Galindo P, Martínez L, Montoya M, et al. Attitude toward deceased organ donation and transplantation among the workers in the surgical services in a hospital with a transplant program. *TransplantProc*. 2005; 37: 3603-3608.
16. Sheehy E, Conrad SL, Brigham LE, Luskin R, Weber P, Eakin M et al. Estimating the number of potential organ donors in the United States. *New Engl J Med* 2003; 349: 667-674.
17. Sque M, Long T, Payne S. Organ donation: key factors influencing families' decision-making. *Transplant Proc* 2005; 37: 543-546.
18. Wendrler D, Dickert N. The consent process for the cadaveric organ procurement. How does it work? How can it be improved? *JAMA* 2001; 285: 329-333.



CAUSAS DE NEGATIVAS FAMILIARES PARA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

República Dominicana / período 2017-2018

Dr. Fernando Morales Billini, Dra. Esther de Luna, Dra. Celia Pérez, Dra. Marisol Genao

RESUMEN

Actualmente, la donación y el trasplante de órganos se han convertido en una práctica médica habitual. Los avances técnicos y farmacológicos desarrollados en las últimas décadas han posibilitado que los porcentajes de supervivencia de los pacientes trasplantados se hayan elevado, y, asimismo, hayan disminuido las complicaciones y las tasas de mortalidad. De esta forma, el trasplante se ha constituido en la modalidad terapéutica idónea para las enfermedades orgánicas terminales, lo que significa que sea considerado un tratamiento exitoso. La negativa a la donación por parte de los familiares es una de las barreras que impiden obtener más órganos a pesar de los esfuerzos.

Objetivo

Identificar las principales causas de la negativa familiar en diferentes centros hospitalarios de República Dominicana en el período 2013-2017.

Material y métodos

Análisis transversal, retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes que cumplieron con los criterios de ser potenciales donantes de órganos y tejidos con fines de trasplante en el período de enero 2013 a diciembre 2017, cuyo proceso terminó en negativa al realizar la entrevista familiar. El estudio se realizó en varios hospitales con capacidad de generar donantes en República Dominicana.

Conclusiones

Se obtuvieron 174 negativas durante el período 2013-2017. Las principales causas de negativas para donación fueron la integridad del cadáver, 58 (33.3%); negativas familiares asertivas, 34 (19.5%); desacuerdos entre los familiares, 26 (15%); inconformidad con el sistema, 21 (12.0%), y creencias religiosas, 16 (9.1%).

Durante el año 2015 se reportó el mayor porcentaje de donantes potenciales y de negativas familiares, 137(28.3%) y 49 (28.1%), respectivamente.

Palabras clave: donación de órganos, muerte encefálica, negativas familiares, trasplante de órganos y tejidos.

ABSTRACT

Currently, donation and organ transplantation have become a standard medical practice. The technical and pharmacological advances developed in the last decades have enabled the survival rates of transplant patients to be elevated, progressively reducing complications and mortality rates, constituting the transplant in the ideal therapeutic modality for terminal organic diseases, which means that the transplant is considered a successful therapy. The refusal to donate organs is one of the barriers that prevent obtaining more organs. Objective: To identify the main causes of family refusal in different hospitals in the Dominican Republic, 2013-2017.

Material and methods

Cross-sectional, retrospective and descriptive analysis of all the patients who fulfilled the criteria of being potential organ and tissue donors for the purpose of transplantation in the period from January 2013 to December 2017, whose process ended in negative when conducting the interview family. The study was conducted in several hospitals with the capacity to generate donors in the Dominican Republic. Conclusions: 174 refusals were obtained during the 2013-2017 period. The main causes of denials for donation were, corpse integrity 58 (33.3%), assertive family refusals, 34 (19.5%), disagreements among family members, 26 (15%), nonconformity with the system, 21 (12.0%) and religious beliefs, 16 (9.1%). During 2015, the highest percentage of potential donors was reported 137 (28.3%) and 49 (28.1%) of family refusals.

Key words: organ donation, encephalic death, negative family transplantation of organs, tissues.

INTRODUCCIÓN

La donación de órganos y tejidos para trasplante es una práctica médica habitual. Los avances técnicos y farmacológicos desarrollados en las últimas décadas han posibilitado que los porcentajes de supervivencia de los



pacientes trasplantados se hayan elevado, y, asimismo, hayan disminuido las complicaciones y las tasas de mortalidad. De esta forma, el trasplante se ha constituido en la modalidad terapéutica idónea para las enfermedades orgánicas terminales, lo que significa que sea considerado un tratamiento exitoso. Sin embargo, la negación a la donación por parte de los familiares es una de las barreras que impiden obtener más órganos a pesar de los esfuerzos.

La entrevista familiar es uno de los eslabones más débil de la cadena de donación y trasplante, ya que nuestra actuación se ve limitada a la decisión que tomen las familias en un momento de gran *shock* emocional. La donación de órganos es una actividad médica con un importante componente humano. Además, influye de manera significativa la percepción de las familias sobre el trato recibido, ya que las unidades de urgencias y cuidados intensivos son áreas conflictivas para el personal sanitario, pero aún más para los familiares de los pacientes, porque la circunstancia de la atención está dada por un hecho repentino, de causa médica o accidente, y, por lo tanto, inesperado, que produce una reacción aguda de dolor. Bajo estas circunstancias, el médico informa a la familia la situación de gravedad del potencial donante. Si la información que se brinda no se hace en términos sencillos, en un lenguaje adecuado al nivel cultural y social de la familia, se corre el riesgo de que se creen confusiones que generen posterior hostilidad hacia el sistema hospitalario. El éxito de la entrevista familiar durante un proceso de donación está relacionado con el momento y la privacidad de la solicitud, la participación del equipo de salud y una mejor comprensión del significado de la muerte encefálica por parte de la familia.

Otros factores a tener en cuenta son los mitos y creencias religiosas que inciden en la negativa de las familias para consentir la donación de los órganos de su familiar fallecido.

La negativa familiar es una causa que afecta todos programas de donación y trasplantes a nivel mundial. Según las estadísticas, de los 12,000 a 15,000 donantes potenciales detectados, aproximadamente menos de 6,000 se convierten en donantes reales cada año, y dentro de las causas de estas pérdidas de donantes se encuentra como una de las primeras la negativa familiar.

La negativa a la donación de órganos es una de las grandes barreras que enfrentan las Unidades de Coordinación de Trasplante en la República Dominicana.

Identificar cuáles son los factores que están generando esta baja participación de la población en pro de la donación de órganos para trasplante nos permitirá analizar sus causas y establecer las estrategias de reversión aplicables a estas para tratar de reducirlas e incrementar la donación.

Objetivo general

Identificar las principales causas de la negativa familiar para la donación de órganos y tejidos en los centros hospitalarios con capacidad de generar donantes en la República Dominicana en el período 2013-2017.

Objetivos específicos

1. Identificar las principales causas de la negativa familiar en el proceso de donación y trasplantes de órganos y tejidos.
2. Determinar la procedencia de los posibles donantes cuyas familias se negaron a la donación.
3. Identificar edad y sexo de los posibles donantes de las familias entrevistadas.
4. Determinar las negativas familiares por años.
5. Identificar las causas de negativas familiares por centros asistenciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio constituye un análisis transversal, retrospectivo y descriptivo de todos los pacientes que cumplieron con los criterios para convertirse en donantes de órganos y tejidos para trasplante, evaluados desde enero de 2013 a diciembre de 2017, cuyo proceso terminó en negativa durante la entrevista familiar. Los datos obtenidos fueron evaluados y analizados en Epi-Info. Se expresan las posibles causas y/o motivos de las negativas familiares. El estudio se realizó en los hospitales de la República Dominicana donde se lleva a cabo el Programa de Donación y Trasplantes de Órganos perteneciente al Ministerio de Salud Pública.

Las variables consideradas fueron:

1. Número de pacientes considerados como potenciales donantes.
2. Numero de entrevistas realizadas.
3. Número de casos en lo que se obtuvo una negativa familiar.

RESULTADOS

Cuadro 1.
Distribución de negativas familiares, según causas.
INCORT, 2013- 2017

DESCRIPCIÓN	Número	%
Integridad del cadáver	58	33.3
Negativas familiares asertivas	34	19.5
Desacuerdo entre la familia para donación	26	15.0
Inconformidad con el sistema	21	12.0
Creencias religiosas	16	9.1
Premura en la entrega del cadáver	8	5.0
Incomprensión de la muerte cerebral encefálica y la no aceptación de esta	6	3.3
Desconocimiento de la voluntad del fallecido	4	2.2
No quieren hablar del tema	1	0.6
TOTAL	174	100

La principal causa de negativa familiar, como se puede observar, corresponde a la integridad del cuerpo, 58 (33.3%), seguido las negativas familiares asertivas, 34 (19.5%) y la inconformidad con el sistema, 21 (12.0%).

Cuadro 2.
Distribución de negativas familiares, según lugar de procedencia del posible donante.
INCORT, 2013- 2017

DESCRIPCIÓN	Número	%
Santo Domingo	150	86.2
Santiago	11	6.3
La Vega	8	4.5
San Pedro de Macorís	2	1.2
San Cristóbal	1	0.6
San Juan de la Maguana	1	0.6
Barahona	1	0.6
TOTAL	174	100.00%

La procedencia de los posibles donantes con mayor cantidad de negativas familiares fue de Santo Domingo con 150 (86.2%), seguido por la provincia de Santiago con 11(6.3%).

Cuadro 3.
Distribución de negativas familiares, según las causas de la muerte encefálica.
INCORT, 2013- 2017

DESCRIPCIÓN	Número	%
Trauma craneoencefálico	113	65.0
Accidentes cerebrovasculares	59	34.0
Tumor cerebral	2	1.0
TOTAL	174	100.00%

De todas las negativas familiares el trauma craneoencefálico fue la causa de muerte encefálica más frecuente con 113 casos (65.0%), seguido de los accidentes cerebrovasculares con 59 (34%).

Cuadro 4.
Distribución según edad y sexo de los posibles donantes.
INCORT, 2013- 2017

GRUPOS DE EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL
Menos de 14	4	3	7
15-24	52	7	59
25-34	29	9	38
35-44	13	6	19
45-54	18	9	27
55-64	14	3	17
65 y +	5	2	7
TOTAL	135	39	174

La razón según sexo fue 4:1 a favor del sexo masculino. La media aritmética de la edad de los pacientes que fallecieron fue de 36 años, con un (DE) de 16.1 años. Se registró una edad mínima de 5 años, una máxima de 84 años, un rango de 70 años y un coeficiente de variación de 46%. El valor modal fue de 18 años y la mediana en la serie fue de 31 años.

Cuadro 5.
Distribución de negativas familiares según año.
INCORT, 2013- 2017

AÑOS	DONANTES POTENCIALES	%	NEGATIVAS FAMILIARES	%
2013	77	15.9	24	14.0
2014	112	23.1	29	16.6
2015	137	28.3	49	28.1
2016	86	17.7	40	23.0
2017	73	15.0	32	18.3
TOTAL	485	100	174	100

El total de donantes potenciales fue de 485, de los cuales 174 resultaron negativas familiares. Durante el año 2015 se reportó el mayor porcentaje de donantes potenciales 137 (28.3%) y 49 (28.1%) de negativas familiares.

Cuadro 6.
Distribución de negativas familiares, por centros asistenciales de República Dominicana.
INCORT, 2013- 2017

HOSPITAL / CLÍNICA	DONANTES POTENCIALES	%	NEGATIVAS FAMILIARES	%
Antonio Musa	12	2.5	3	1.7
Darío Contreras	11	2.3	3	1.7
Cabral y Báez	17	3.5	9	5.1
Unión Médica	2	0.4	1	0.5
Centro Médico Cibao	11	2.2	3	1.7
Centro Médico Moderno	2	0.4	1	0.6
Clínica Independencia	1	0.2	1	0.6

HOSPITAL / CLÍNICA	DONANTES POTENCIALES	%	NEGATIVAS FAMILIARES	%
Moscoso Puello	37	7.6	12	6.8
Cecanot	15	3.0	3	1.7
Jaime Mota	2	0.4	1	0.6
Luis E. Aybar	9	1.8	2	1.2
Juan Pablo Pina	2	0.4	2	1.2
Corazones Unidos	2	0.4	2	1.2
Juan Bosch	14	2.9	7	4.0
Padre Billini	12	2.5	6	3.4
Marcelino Vélez Santana	26	5.4	9	5.1
Ney Arias Lora	197	40.7	76	43.7
Morillo King	2	0.4	2	1.2
Vista del Jardín	1	0.2	1	0.6
Plaza de la Salud	41	8.5	10	5.7
Policia Nacional	24	5.0	6	3.5
Salvador Gautier	4	0.9	1	0.6
Vinicio Calventi	16	3.3	1	0.6
Cedimat	9	1.8	1	0.6
Uce	5	1.0	2	1.2
Homs	4	0.8	2	1.2
Fuerza Aérea	7	0.5	7	4.0
TOTAL	485	100	174	100

El hospital con mayor cantidad de donantes potenciales, 197 (40.7%), y negativas familiares reportadas, 86 (49.4%), fue el Dr. Ney Arias Lora.

DISCUSIÓN

Entender las razones por las cuales las familias no aceptan la donación puede ayudarnos a reformar e impulsar acciones para hacer frente a la pérdida de los potenciales donantes y a plantear soluciones para revertir estas causas de negativas familiares, entre las que se encuentran la integridad del cadáver, las negativas familiares asertivas, el desacuerdo entre familiares y la inconformidad con el sistema.

Las acciones que se puedan realizar en este sentido contribuirán a incrementar el número de donante y a dar repuesta a miles de pacientes que necesitan un órgano para mejorar su calidad de vida o para seguir viviendo.

La principal causa de negativa familiar evidenciada fue la necesidad de la familia de mantener preservada la integridad del cadáver debido a las creencias de que el cuerpo debe mantenerse íntegro para su sepultura, por lo que impera el rechazo a que el cuerpo del difunto se mutile. Otros se niegan con la idea de proteger el cadáver, ya que "no quieren que el difunto sufra más". Esta es una creencia recurrente en las costumbres populares respecto a la muerte y al dolor que sufren las familias preocupadas por la integridad física y la dignidad del cadáver.

Por lo que resulta muy importante que la población conozca los procedimientos de extracción de los órganos y tejidos, los cuales siempre se realizan buscando preservar la estética corporal y el respeto ante el cuerpo del donante. Hay que

explicar que la apariencia final después del proceso de donación es igual al de cualquier otra persona fallecida por otra causa.

CONCLUSIONES

Después de analizar los resultados obtenidos en esta investigación sobre las principales causas de las negativas familiares para la donación de órganos y tejidos en nuestro país en el periodo 2013-2017, podemos concluir lo siguiente.

1. La principal causa de negativa familiar, como se puede observar, corresponde a la integridad del cuerpo, 58 casos (33.3%).
2. La procedencia de los posibles donantes con mayor cantidad de negativas familiares fue de Santo Domingo con 150 negativas (86.2%).
3. De todas las negativas familiares el trauma craneoencefálico fue la causa de muerte encefálica más frecuente con 113 casos (65.0%).
4. El segmento etario con mayor expresión numérica fue el grupo de edad de 15 a 24 años con 59 casos y una razón de sexo 4:1.
5. El total de donantes potenciales fue de 485, de los cuales 174 resultaron negativas familiares. Durante el año 2015 se reportó el mayor porcentaje de donantes potenciales con 137 casos (28.3%) y 49 (28.1%) negativas familiares.
6. El hospital con mayor cantidad de donantes potenciales, 197 (40.7%), y, negativas familiares reportadas, 86 (49.4%), fue el Dr. Ney Arias Lora.

RECOMENDACIONES

1. Informar a la sociedad sobre las bondades de la donación de órganos y tejidos, con la finalidad de crear una actitud social solidaria y positiva hacia la donación para que se aprecie la donación de órganos como un hecho natural después de la muerte.
2. Concienciar al personal sanitario y no sanitario de los centros hospitalarios sobre la importancia del trato, la comunicación e información a los familiares respecto a la evolución y pronóstico del estado actual de su pariente, y cómo influyen estos factores en el momento de la petición de los órganos.
3. Protocolizar el abordaje de los familiares de los potenciales donantes de órganos y tejidos en los hospitales generadores.
4. Realizar las entrevistas familiares en el momento y lugar oportunos de manera correcta. Esto ayudará a los familiares a tomar decisiones que estén más cerca de sus valores y creencias.
5. Implementar cursos de comunicación en situaciones críticas para el personal de salud encargado del abordaje de los familiares.
6. Orientar al personal sanitario sobre la donación de órganos y tejidos para superar los mitos, leyendas y percepciones negativas relacionadas con el tema en la sociedad.

7. Informar a los profesionales de los medios de comunicación sobre la transparencia de las actuaciones médicas en los procesos de donación, extracción y trasplante.
8. Concientizar a los líderes religiosos de las bondades de la donación y de la aceptación de esta por las diferentes religiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Siminoff L, Gordon N. Factors influencing families' Consent for donation of solid organs for transplantation. *J Am Med Assoc* 2001; 286(1):71-7.
2. Simpkin A, Robertson L, Barber V, Duncan Y. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: systematic review. *Brit Med J* 2009.
3. Michelle J, Allison T, Stephen J, Alan C, John R, Steven C, et al. Factors that influence the decision to be an organ donor: a systematic review of the qualitative literature. *Nephrology Dialysis Transplantation* 2012, 27 (6): 2526-33.
4. Rocheleau C. Increasing family consent for organ donation: findings and challenges. *Progress in Transplantation* 2009.
5. Instituto Nacional de Salud. Red de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos [Internet]. 2017. Modifiable factors influencing relatives' decision to offer organ donation: Systematic review. *BMJ*, 338 (2009), pp. b991.
6. R. Matesanz. La proyección internacional de la Organización Nacional de Trasplantes. *Nefrol*, XVI (1996).



COSTO-EFECTIVIDAD COMPARATIVA ENTRE TRASPLANTE RENAL Y TÉCNICAS DIALÍTICAS COMO ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO EN ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL

XVIII REUNIÓN DE LA RED-CONSEJO IBEROAMERICANO
DE DONACIÓN Y TRASPLANTE – 13/14 de septiembre 2018 – Brasilia / Brasil

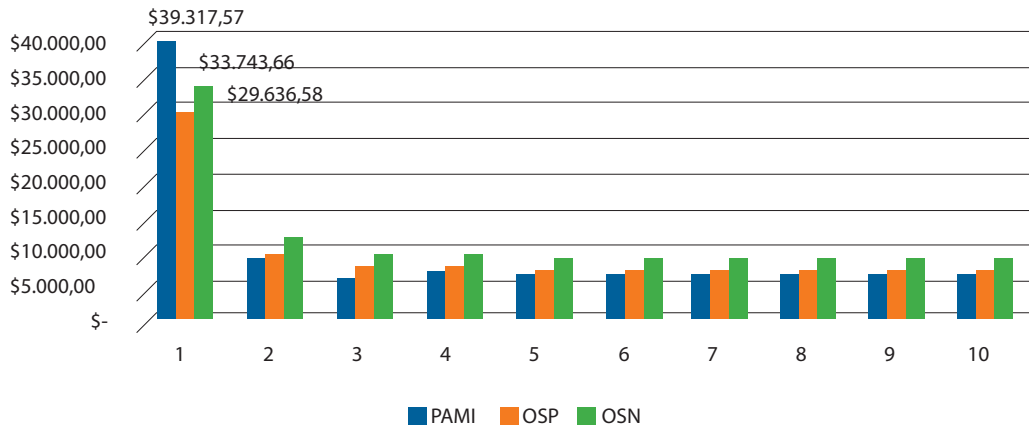
Con el objetivo de aportar herramientas a la toma de decisiones de cobertura y desarrollo de las terapias de reemplazo renal (TRR) para el tratamiento de la enfermedad renal crónica en etapa terminal (ERCT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) propuso a través de sus áreas de evaluación de tecnologías / servicios y sistemas de salud (HTA/HSS) un estudio comparativo sobre costo efectividad (CE) entre el trasplante renal (TX) y las terapias dialíticas (hemodiálisis HD y diálisis peritoneal DP) con relevamiento de datos de costos y efectos en la región.

Ante las evidencias de mejores resultados en términos de sobrevida y de calidad de vida con ahorro de costos en el TX renal sobre las modalidades dialíticas en otras regiones del mundo, se propuso una revisión bibliográfica sistemática, orientada tanto a la descripción de las TRR y sus variables más relevantes en cuanto a los resultados clínicos y económicos, como a la definición de los modelos y enfoques utilizados en otros países para el abordaje de evaluaciones económicas (EE) completas en el tema. Se planteó la posibilidad de tomar estos informes para el armado de un modelo de CE a partir de datos de cobertura en el sistema de salud argentino, por los antecedentes del país en términos de desarrollo de la Nefrología, la procuración de órganos, los registros de ERCT, la difusión de las distintas TRR y la fragmentación en el financiamiento sanitario, a fin de testear la viabilidad del modelo en estos escenarios y poder luego validarlo en otros países de la región.

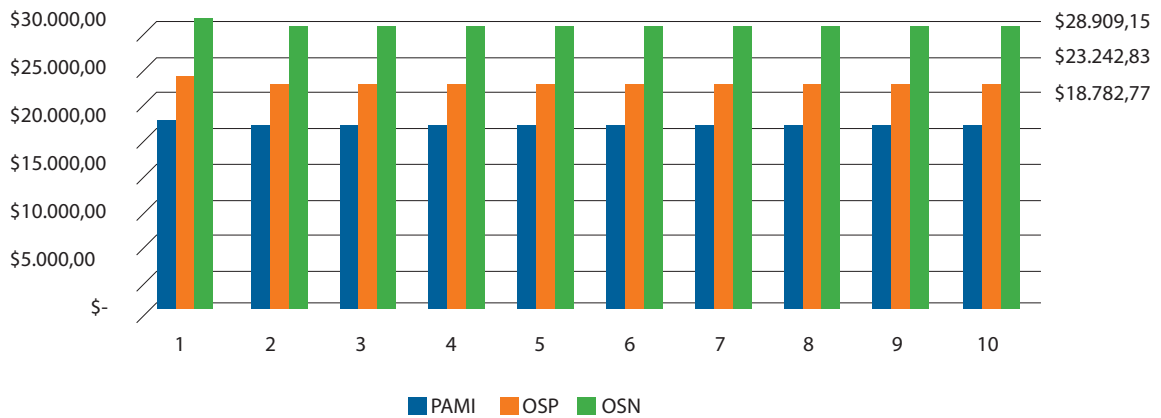
La búsqueda bibliográfica consolidó los supuestos iniciales en cuanto a la superioridad del TX sobre las técnicas dialíticas, otorgándose a DP mayor eficiencia que a HD pero persistiendo en la mayor parte del mundo diferentes barreras para la difusión de los métodos más eficientes. Las EE relevadas intentan definir cuál estrategia de promoción para TX y DP presentan los mejores perfiles de CE para los sistemas de salud donde fueron realizadas. Como dato relevante, se establece que las TRR son alternativas no excluyentes, insertas en un complejo proceso asistencial donde la tecnología, las características de los pacientes, la formación y especialización del personal sanitario, las modalidades de organización del sistema y las barreras de accesibilidad geográfica y socioeconómica intervienen en la disponibilidad y eficiencia de los métodos.

Con respecto a los datos relevados para el estudio regional, se definieron de manera consecutiva las variables relevantes, las vías clínicas por método, los módulos prestacionales, los costos de las intervenciones y los fármacos, y se ajustaron las variables de probabilidad en base a consulta con especialistas. La información pudo recabarse desde financiadores representativos de la seguridad social (PAMI, obras sociales nacionales y provinciales). Al establecer las relaciones entre los costos de cada TRR por modalidades de cobertura, pudo comprobarse que la condición de eficiencia es altamente dependiente de los valores prestacionales, y que ante montos asimétricos de financiamiento, cada TRR puede mostrar diferentes condiciones de CE.

TRASPLANTE: Gasto / año / paciente por coberturas

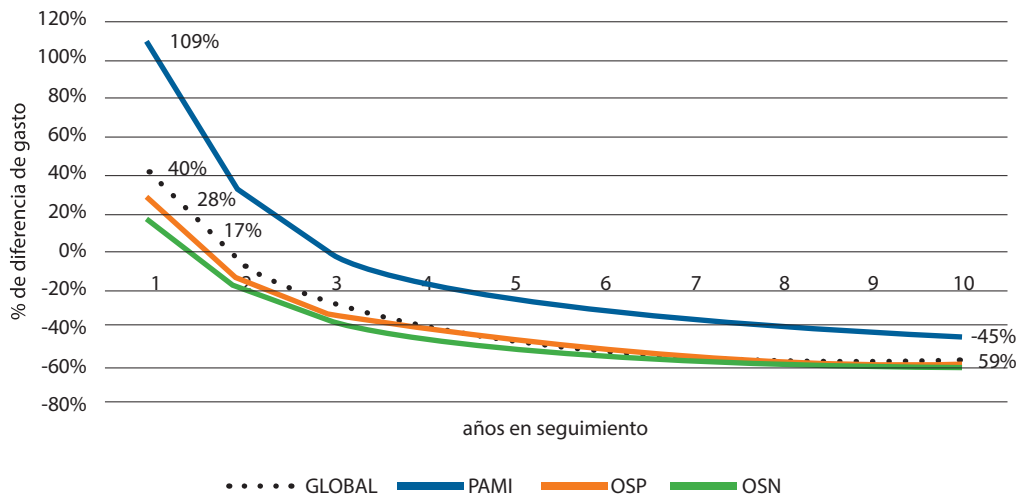


DIÁLISIS: Gasto / año / paciente por coberturas



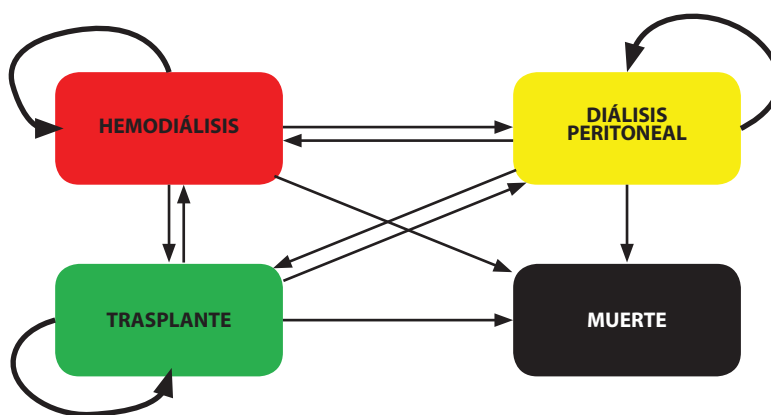
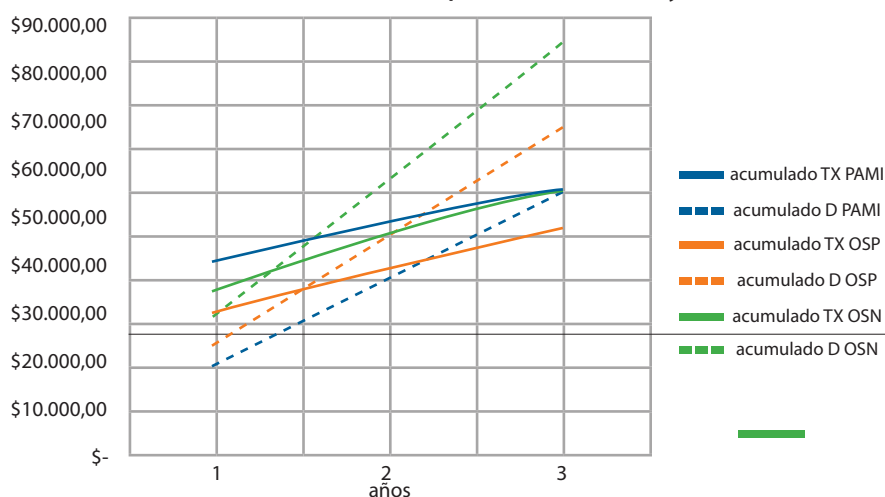
Para el caso analizado, el TX se manifiesta como estrategia que ahorra costos de manera precoz en las obras sociales nacionales (neutralizando los gastos iniciales con los ahorros a los 15 meses de tratamiento) mientras para los beneficiarios de PAMI dicho punto se alcanza al 3er año, lo que obliga a mejor selección de pacientes por método y define estrategias distintas por cobertura.

DIFERENCIA DE GASTO ANUAL: Trasplante vs. diálisis por coberturas



Gasto acumulado a 3 años por modalidad y cobertura

Finalmente, en base a los datos relevados de costos y transición y para generar una estimación de distintos escenarios a partir de la incidencia inicial de las TRR, se efectuó un análisis univariante determinístico simple, basado en los valores de costos promedio, mínimo y máximo de cada modalidad, así como las probabilidades entre los estados definidos en un modelo de Markov, para una cohorte de 1000 pacientes ERCT, por ciclos anuales con un horizonte temporal a 5 años (dada la variabilidad de precios observada en las distintas fuentes de financiamiento).



El **CASO BASE** se definió a partir de la incidencia de HD (93%), DP (6%) y TX (1%) en Argentina (reporte RADT 2016, SINTRA). Dado que las alternativas de TX y DP serían más eficientes que HD, se aplicaron 3 escenarios diferentes modificando dichos datos porcentuales, de acuerdo a la intensidad de difusión y promoción de estas 2 TRR:

- **ESCENARIO 1:** estímulo intenso de TX y moderado a DP (HD 85% - DP 10% - TX 5%)
- **ESCENARIO 2:** estímulo intenso al incremento de TX y DP (HD 80% - DP 15% - TX 5%)
- **ESCENARIO 3:** estímulo intenso a DP con tasas TX estables (HD 80% - DP 19% - TX 1%)

Con esta diagramación se buscó obtener, determinando la razón de costo efectividad incremental (ICER), una noción sobre cuál estrategia de difusión o incentivo a las distintas modalidades resultaba más eficiente. Sobre 12 modelos de iteración, se aplicó una tasa de descuento del 3% para los costos y utilidades. Para un entorno económico variable y con gran dispersión de precios de servicios, se definió un umbral de costo efectividad conservador con límite en 14.400 dólares/AVAC = 1 PBI per cápita en Argentina, valor en U\$S corrientes (2017, Banco Mundial). Se encontró en todos los escenarios a la promoción intensa del TX y moderada/intensa de DP como la alternativa por debajo del umbral definido, en línea con otros resultados encontrados en la revisión bibliográfica.

ESCENARIO	SUMA COSTOS	SUMA QALYs	DIF COSTOS	DIF QALYs	ICER
CASO BASE	\$67.348.102,20	2019,46			
desc 3%	\$48.149.868,29	1958,88			
ESCENARIO 1	\$67.817.242,77	2119,10			
desc 3%	\$48.485.275,76	2055,53	\$469.140,57	99,64	\$4.708,20
ESCENARIO 2	\$68.598.743,41	2154,24			
desc 3%	\$49.044.002,01	2089,61	\$781.500,64	35,13	\$22.244,05
ESCENARIO 3	\$69.380.003,86	2110,81			
desc 3%	\$49.602.556,54	2047,48	\$781.260,45	-43,43	Dominada



EL TRATAMIENTO CON CÉLULAS MADRE

COMERCIO, FRAUDE O PANACEA MÉDICA

Dr. Fernando Morales Billini, Dra. Celia Pérez

Las células madre, desde su descubrimiento en el año 1994 para posible uso terapéutico, han concebido grandes esperanzas a los enfermos que padecen enfermedades crónicas y terminales sin tratamiento específico. Por otro lado, han generado aptitudes de prevención y alarma por parte de las autoridades y grupos de profesionales de la salud. Este procedimiento nos acerca a la posibilidad de sustituir células enfermas por sanas.

Su uso no regulado, y sin haber superado las diferentes fases de ensayo clínico, con un nivel de evidencia 1-A y grado de recomendación A, ha provocado importantes efectos negativos sobre los pacientes y sus familias, riesgos que deben ser evitados hasta que su uso clínico sea adecuadamente validado mediante investigaciones reconocidas. Esto ha generado en distintos países la elaboración y aprobación de guías, reglamentos y leyes para regular la investigación y controlar su uso terapéutico.

Estas disposiciones deben ser precisas y rigurosas con el objetivo de evitar que pacientes vulnerables sean sometidos a tratamientos no certificados como los que ofrecen algunas clínicas a través de Internet, y a la promoción engañosa que en los medios de comunicación hacen regularmente estos establecimientos.

La revista *Science* denunció que el auge del “turismo” generado por la búsqueda de tratamientos con células madre en diversos lugares del mundo para distintas enfermedades, en muchos casos responde a promesas fraudulentas y publicidad engañosa. Esta revista también refiere que “el turismo de células madre está plagado de trampas en las que se venden imitaciones de tratamientos médicos reales a consumidores confiados”, y propone que la comunidad científica que estudia las células madre “se ponga de acuerdo para establecer las leyes adecuadas que impidan que este mercado fraudulento dañe una investigación que a la larga puede arrojar beneficios verdaderos para la medicina”.

El diario argentino *El Eco* en su edición del 19 de marzo de 2009 apunta que “[...] se han aprovechado de la confusión actual y de los vacíos en cuanto a las regulaciones internacionales de estos tratamientos”. A esto agregamos que los países en vías de desarrollo son susceptibles de que empresas de países desarrollados, donde tienen prohibida la práctica de este tipo de tratamiento, vengan a tratar de utilizarnos de cabeza de playa de turismo y comercio de células madre.

En el periódico español *elmundo.es Salud* del 26 de junio de 2009 se resalta: “Estamos muy preocupados porque las células madre se estén vendiendo en todo el mundo antes de que se haya probado si son efectivas y seguras”. En la revista norteamericana *Cell Stem Cell* se advierte que “La promoción directa de la medicina celular al paciente es demasiado optimista y carece de base científica publicada”, afirmación realizada por el Dr. Timothy Cauldfield de la universidad canadiense de Alberta, al acusar a estas clínicas de aprovecharse de las esperanzas de los pacientes.

La Sociedad Internacional para la Investigación con Células Madre publica guías que sirven de referente y orientan tanto a las autoridades sanitarias como a los pacientes sobre la investigación y el uso terapéutico en las cuales da respuesta a todas las interrogantes que se puedan plantear, y expresa la necesidad imperiosa de ejercer un control exhaustivo sobre este tipo de terapia en su página web www.isscr.org.

La Ley General de Salud de República Dominicana, núm. 42-01, le confiere al Ministerio de Salud Pública (MSP) la rectoría del Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que implica regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias y coordinar las acciones de las diferentes instituciones públicas y privadas, con el propósito de cumplir con las políticas nacionales de salud y defender a la ciudadanía de tratamientos no validados acompañados de publicidad engañosa.

En tal sentido, el MSP es responsable de asegurar que cualquier medicamento, servicio terapéutico, tratamiento, técnica o innovación médica, dirigida a servir a la población nacional, haya rebasado las diferentes etapas experimentales en animales y humanos, lo que descartaría la posibilidad de provocar daños a la ciudadanía.

Debemos prevenir el riesgo de transmisión de enfermedades de cualquier sustancia o producto de origen humano o animal, o que nuestros pacientes sean engañados con falsas promesas de tratamiento, lo que nos obliga a ser cautos con el deber de garantizar estrictas regulaciones y controles de calidad en los procedimientos correspondientes en nuestros países.

En la actualidad, las únicas indicaciones y aplicaciones aceptadas de la terapia celular son los trasplantes de progenitores hematopoyéticos (también conocidos como trasplante de Médula Ósea), el cultivo de condrocitos, de queratinocitos y el cultivo de limfocitos pericorneales.

El resto de las indicaciones se consideran únicamente dentro del contexto de ensayos clínicos, los cuales deben estar debidamente acreditados y fundamentados por las autoridades competentes.

El artículo 8, inciso 17, de la Constitución de la República, establece que el Estado estimulará el desarrollo progresivo de la seguridad social, con el objetivo de que toda persona llegue a gozar de adecuada protección de la salud, lo que incluye la garantía de que los procedimientos terapéuticos a aplicar a la población se encuentren exentos de peligro.

La aplicación de la terapia con células madre, cuyo uso no se ha consolidado fuera de un ensayo clínico hasta este momento, está en contradicción con la Constitución de la República, la Declaración de los Derechos Humanos de la ONU, las Leyes 42-01, 87-01 y 329.98, entre otras. La Resolución 000018 de fecha 9 de noviembre de 2017, del Ministerio de Salud Pública, “Que ordena la obligación de autorización para la aplicación de terapias celulares” regula su uso y las garantías de que nuestros pacientes no sean sometidos a tratamientos cuyo uso terapéutico no ha sido validado mediante evidencia científica.

Aprobar una ley que dé paso a esas terapias sin sustento científico o derogar la referida Resolución constituiría una acción de alto riesgo para nuestros ciudadanos, y nos convertiría en el primer país del mundo en abrir las puertas, al amparo de la Ley, a terapias que no están sustentadas en investigación científica y ponen en riesgo la salud de los dominicanos.

La OMS/OPS, el Consejo Europeo de Trasplantes y la Red/ Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) han emitido recomendaciones a sus países miembros (como el nuestro), con el objetivo de cerrar el paso a grupos que mediante la publicidad engañosa y falsas esperanzas terapéuticas han vulnerado los sólidos principios éticos que sustenta el ejercicio médico, y son esas recomendaciones las referencias médicas sobre las que debemos sustentar nuestras propuestas legislativas.

En el futuro próximo, esperamos contar con investigaciones médicas debidamente confirmadas, y de esa forma brindar nuevas modalidades terapéuticas confiables y seguras a nuestros pacientes.

ACTITUD DE LAS RELIGIONES FRENTE A LA DONACIÓN

Dra. Celia Pérez

La actividad de trasplantes de órganos y tejidos se ha incrementado significativamente en los últimos años acompañada de modernos procedimientos y medicamentos que ofrecen más calidad en beneficio de nuestros pacientes, pero la oferta de órganos y tejidos para trasplante sigue sin cubrir la demanda existente, por lo que constituye la barrera más difícil para que miles de pacientes que sufren de una enfermedad terminal de órganos puedan acceder a esta modalidad terapéutica, la única capaz de salvar la vida o mejorarla significativamente.

El trasplante de órganos es una modalidad de tratamiento médico que requiere de una importante inversión en diferentes esferas políticas, económicas, culturales y humanas. No ha sido tarea sencilla lograr los recursos necesarios que se requieren para mejorar el acceso de los pacientes y, con ello, las condiciones de vida de personas que se encuentran muy cercanas a la muerte.

La donación es un acto de amor, un gesto solidario de gran desprendimiento. Es dar vida a partir de una pérdida, permitiéndole una segunda oportunidad a una persona totalmente desconocida; decisión que se toma en el momento más doloroso por el que atraviesa la familia del fallecido, donde, además, se mezclan sentimientos encontrados y la duda de si es correcta o no desde el punto de vista religioso la decisión de donar.

A pesar de que casi todas las religiones se han manifestado positivamente en cuanto a la donación, este tema prácticamente no ha sido abordado en las actividades religiosas que día a día se llevan a cabo en los diferentes templos de nuestro país. Uno de los factores que más ha contribuido a la alta tasa de negativa familiar para la donación es el desconocimiento de los familiares de los posibles donantes en cuanto al criterio que tienen sobre este tema las religiones que profesan. Por tal razón, al plantearse la donación de un familiar fallecido se generan temores debido a los posibles efectos que esto tenga después de la muerte.



A continuación, citamos la posición de algunas religiones respecto a la donación y el trasplante de órganos y tejidos.

EVANGÉLICOS

La Iglesia del Pacto Evangélico aprobó una resolución en la Reunión Anual de 1982 donde alentaba a los miembros a inscribirse y llevar consigo la tarjeta de donante de órganos. La resolución también recomendaba “que se convierta en una política entre nuestros pastores, maestros y consejeros alentar la concientización sobre la donación de órganos en todas nuestras congregaciones” (Resolución sobre los donantes de órganos. Comité de Acción Cristiana, 1982).

CATÓLICOS

Ven la donación como un acto de caridad y amor fraternal; además, consideran que la donación es algo bueno que puede surgir de una tragedia y una manera en que las familias pueden consolarse ayudando al prójimo. Diferentes pastorales de la Iglesia católica muestran la donación de órganos como una acción de caridad, amor fraterno y sacrificio personal. La donación y los trasplantes de órganos son aceptables ética y moralmente por el Vaticano. De acuerdo con el Padre Leroy Wiechowski, director de la Oficina de Asuntos de la Salud de la Archidiócesis de Chicago, “Fomentamos las donaciones como una acción de caridad. Es algo bueno que puede resultar de una tragedia y una manera en que las familias pueden encontrar consuelo ayudando a otros”. En palabras del papa Juan Pablo II “cada órgano trasplantado tiene su origen en una disposición de gran valor ético: la decisión de dar sin contrapartidas parte de nuestro cuerpo para la salud y el bienestar de otra persona”. La donación de órganos, córneas y tejidos se considera un acto de caridad y amor, y los trasplantes son moral y éticamente aceptables para el Vaticano (Papa Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, número 86).

DISCÍPULOS DE CRISTO

La Iglesia cristiana fomenta la donación de órganos y tejidos ya que plantea que fuimos creados para la gloria de Dios y para compartir el amor de Dios. Una resolución de 1985, adoptada por la Asamblea General, alienta a los “miembros de la Iglesia cristiana (Discípulos de Cristo) a inscribirse como donantes de órganos y apoyar mediante la oración a aquellos que han recibido un trasplante de órgano”. (Resolución 8548 concerniente al trasplante de órganos, Des Moines, 1985).

IGLESIA UNIDA DE CRISTO

Apoya fuertemente la donación de órganos y tejidos. Según el Reverendo Jay Lintner, director de la Oficina de la Iglesia Unida de Cristo en Washington, “Las personas, Iglesias, y agencias de la Iglesia Unida de Cristo apoyan fuertemente compartir los órganos. El Sínodo General nunca ha hablado sobre este asunto porque, en general, el Sínodo habla sobre asuntos más controvertidos, y no hay ninguna controversia en compartir órganos [...]”.

CRISTIANISMO COPTO

Puesto que todos somos hijos de Dios y estamos hechos a su imagen y semejanza, los coptos no distinguen oficialmente entre la donación a un allegado y la que beneficia a un desconocido. Consideran que Jesucristo dio la vida por

nosotros y estaremos obrando de acuerdo a su acto de suprema generosidad si, al hacernos donantes, tenemos en cuenta la posibilidad de devolver la vida a nuestro prójimo.

BAUTISTAS

En 1988 la Convención Bautista del Sur resolvió que debido a que “la resurrección no depende de la integridad del cuerpo” y que “la tecnología en los trasplantes de órganos ha transformado muchas vidas a partir de una muerte segura hacia una existencia plena” alienta el “voluntarismo con respecto a las donaciones de órganos con espíritu de responsabilidad, compasión por las necesidades de otros y alivio del sufrimiento” (Resolución sobre donación de órganos humanos, 1988).

ADVENTISTAS DEL SÉPTIMO DÍA

La donación y el trasplante son firmemente fomentados por los Adventistas del Séptimo Día. Ellos tienen muchos hospitales donde se llevan de cabo trasplantes, incluyendo el hospital de Loma Linda en California que se especializa en trasplantes pediátricos del corazón.

IGLESIA ANGLICANA

La postura de la Iglesia anglicana sobre la donación y el trasplante de órganos no difiere en lo esencial de la mantenida por la Iglesia de Roma. Aunque no existen documentos oficiales ni a favor ni en contra de la donación, moralmente se entiende como un acto de generosidad y amor al prójimo, dado que San Pablo habla del principio del amor a los demás a través de la entrega de uno mismo y la caridad en el Capítulo 13 de su 1.ª Carta a los Corintios. Desde luego, teniendo en cuenta que el mismo Jesucristo tuvo compasión y se preocupó de la salud corporal, espiritual y emocional de sus contemporáneos.

AME & AME ZION

(IGLESIA AFRICANA METODISTA EPISCOPAL)

Presenta la donación de órganos y tejidos como una acción de amor y caridad. Alientan a todos sus miembros a apoyar la donación como una manera de ayudar a otros.

IGLESIA BRETHREN

En la Conferencia Anual de la Iglesia Brethren en 1993 se desarrolló una resolución de apoyo y estímulo para la donación de órganos y tejidos, llegando a la siguiente conclusión: “Tenemos la oportunidad de ayudar a otros por amor a Cristo mediante la donación de órganos y tejidos”.

IGLESIA EPISCOPAL

La 70.ª Convención General de la Iglesia Episcopal recomienda e insta a “todos los miembros de esta Iglesia a que consideren seriamente la oportunidad de donar órganos después de la muerte para que otros puedan vivir, y a que manifiesten esta decisión con claridad a la familia, los amigos, la Iglesia y un abogado” (La Resolución 1991-A097 insta a los miembros a considerar la donación de órganos, 1991).

BUDISTAS

Los budistas tienen la creencia de que la donación de órganos y tejidos es un tema de conciencia personal y les dan mucho

valor a los actos de compasión. El reverendo Gyomay Mássao, presidente y fundador del Templo Budista de Chicago, dice: “nosotros honramos a aquellas personas que donan sus cuerpos y órganos para el avance de la ciencia médica y para la salvación de vidas”. El budismo expresa la importancia de permitir que los seres queridos conozcan los deseos del individuo con relación a las donaciones. Muchas familias no dan permiso para las donaciones, pero lo hacen si saben que su ser querido quería ser donante.

ISLAM

La donación es un acto voluntario y desinteresado, que puede provenir de un donante cadavérico o se puede realizar entre personas vivas, si no corre peligro la vida del donante. Las autoridades musulmanas que interpretan el Corán entienden que todo lo que en su Libro de la Revelación no está expresamente prohibido, a través de las palabras del Profeta, puede estar permitido, siempre y cuando no atente directa o indirectamente contra sus preceptos religiosos.

La religión del islam cree firmemente en el principio de la salvación de vidas humanas. A. Sachedima en su artículo “Enfoque islámico sobre el trasplante de órganos”, publicado en Transplant Proceedings, plantea que “la mayoría de los eruditos musulmanes pertenecientes a varias escuelas de ley islámica invocan al principio primordial de la salvación de la vida humana, y permiten el trasplante de órganos como una necesidad para procurar este noble fin”.

METODISTAS UNIDOS

La Iglesia Metodista Unida reconoce los beneficios de dar vida que brinda la donación de tejidos y órganos y, por lo tanto, alienta a todos los cristianos a ser donantes de tejidos y órganos”, según establece una declaración de la política de la Iglesia. En una resolución de 2000 también “alienta a los fieles a unirse a la celebración interreligiosa del Sabbat Nacional del Donante [...], otra forma en que los metodistas unidos pueden ayudar a salvar vidas”. (Resolución 139, El libro de disciplina de la Iglesia Metodista Unida, 2000).

JUDAÍSMO

En principio, el judaísmo aprueba y fomenta la donación de órganos, córneas y tejidos con el fin de salvar vidas. Según el rabino Elliott N. Dorff, profesor en la American Jewish University y presidente del Comité de Ley Judía, “salvar una vida mediante la donación de órganos sustituye las reglas que rigen el tratamiento de un cadáver. El trasplante no profana un cuerpo ni demuestra falta de respeto por la persona fallecida. La donación de órganos salva vidas y honra a la persona fallecida”. Las cuatro ramas del judaísmo (ortodoxa, conservadora, reformista, reconstruccionista) apoyan y fomentan las donaciones. Los grupos reformistas y conservadores tienen normas que expresan firmemente su apoyo la donación.

IGLESIA LUTERANA

La Iglesia Luterana de América (Missouri Synod) presentó una resolución en 1984 que expresaba que la donación de órganos contribuye al bienestar de la humanidad y puede ser

“una expresión de sacrificio por amor al prójimo en necesidad”. E- llos hacen un llamado para que sus “miembros consideren donar órganos, y para se tomen las medidas necesarias, sean familiares o legales, incluyendo el uso de tarjetas de donantes firmadas”.

PRESBITERIANOS

Los presbiterianos fomentan y apoyan la donación, y respetan el derecho de la persona de tomar decisiones concernientes a su propio cuerpo. Durante su Asamblea General en 1995, redactaron un documento de apoyo a la donación e hicieron un comentario donde “alientan a sus miembros y amigos a firmar y llevar consigo tarjetas de donación universales [...]”.

IGLESIA ORTODOXA GRIEGA

De acuerdo con el reverendo Dr. Milton Efthimiou, director del Departamento de Iglesia y Sociedad para la Iglesia Griega Ortodoxa del Norte y Sur de América, “la Iglesia Ortodoxa Griega no se opone a la donación de órganos, siempre y cuando los órganos y tejidos en cuestión sean usados para mejorar la vida humana, como, por ejemplo, el trasplante o la investigación que conduzcan al mejoramiento en el tratamiento y prevención de enfermedades”.

TESTIGOS DE JEHOVÁ

A pesar de que se oponen rotundamente a las transfusiones de sangre, no tiene oposición a la donación de órganos ni tampoco al trasplante, siempre que se les asegure que no van a recibir ninguna transfusión durante la operación y que estos órganos estén completamente limpios de sangre antes de ser trasplantado.

PROTESTANTES

Fomentan y animan a la donación de órganos. La fe respeta la conciencia personal y el derecho del individuo a tomar decisiones sobre su cuerpo. Las autoridades religiosas de las diferentes denominaciones que componen el protestantismo (anglicanos, luteranos, metodistas y reformistas) declaran que la donación de órganos permite una vida más abundante, reduce el dolor y el sufrimiento, y es una expresión de vida en momentos de tragedia.

MORMONES

La Iglesia mormona es partidaria de los trasplantes, al punto que tiene un departamento específico para apoyar los avances en esta práctica médica.



Encuentro sostenido el pasado mes de julio con líderes religiosos de diferentes congregaciones del país.

RELEVANCIA DEL TRABAJO EN EQUIPO EN EL INCORT

Lic. Jesús Pérez

La cultura gerencial del INCORT desde su inicio ha sido enfocada en la planificación y participación de todos sus departamentos con la sinergia correspondiente para el logro de los objetivos propuestos.

Dicha cultura participativa hace que cada uno de los integrantes autogestione las metas propuestas anualmente. A esto se suma el alto nivel de responsabilidad en el cumplimiento de los objetivos trazados en el Plan Operativo Anual, lo que permite un mayor desempeño por parte de los empleados.

El trabajo en equipo es la manera más eficiente para lograr el cumplimiento de las metas establecidas, por lo que el INCORT reúne sistemática y regularmente a todos los integrantes de los departamentos a la hora de trazar las metas macro del Plan de Donación y Trasplantes, de forma tal que se unifiquen los criterios hacia el alcance de los objetivos propuestos.

Por tanto, es importante contar con una base gerencial que integre los instrumentos de medición necesarios e imprescindibles para el manejo adecuado de los recursos tanto humanos como económicos, y, mediante estos, establecer objetivos reales, alcanzables y medibles a lo largo de los años.

Dentro de los aspectos relevantes que el INCORT promueve con relación al ambiente laboral de sus empleados están:

- La estimulación de la creatividad para la solución de problemas, logrando generar ideas y soluciones creativas para resolver mediante el análisis de oportunidades y puntos de mejora los problemas presentados.
- La motivación para enfrentar desafíos. Debido a la naturaleza de la institución, día a día se encuentran desafíos externos que afectan la rutina del trabajo, por lo que intentamos que estos problemas sean resueltos entre todos mediante una comunicación efectiva e interacción del personal con los diferentes departamentos.
- La comunicación directa. Todos los departamentos de la institución están abiertos para tratar cualquier tema que se presenta y compartir diferentes opiniones y puntos de vista, ayudando a que la comunicación sea mucho más directa y fluida, mejorando el ambiente laboral e interpersonal.
- La eficiencia. Los diferentes roles que cada colaborador posee y sus habilidades se complementan y permiten que se alcancen las metas de manera más rápida, logrando una alta productividad y desempeño.
- La pertenencia. Para la dirección del INCORT es de suma importancia que cada colaborador se sienta parte de la causa que persigue la institución, logrando la lealtad hacia la institución y con el personal que interactúa.

Para poder alcanzar las metas establecidas es necesario puntualizar las fortalezas y debilidades de los diferentes empleados que conforman la institución, de acuerdo con el puesto que desempeñan.

El INCORT fomenta la solidaridad humana tanto dentro como fuera de las diferentes dependencias, entendida como camaradería e interés por mí y por el otro, constituyendo un equipo más sólido que nos permite generar estándares de calidad en todas las dimensiones: personales, laborales y sociales.

En 2018 y para la planificación de 2019 estas herramientas de trabajo seguirán siendo parte esencial para la integración de todo el personal en el alcance de las metas establecidas tal y como lo ha dispuesto la dirección de la institución mediante el uso de las nuevas y modernas metodologías gerenciales.

INCORT OFRECE DESAYUNO A DIFERENTES SECTORES DE LA SOCIEDAD DOMINICANA PARA GENERAR CONCIENCIA SOBRE LA DONACION DE ÓRGANOS

Dpto. de Comunicación y Relaciones Públicas

Santo Domingo.- Con el interés de propiciar encuentros con profesionales de la prensa y líderes de opinión, profesionales de la salud, empresarios, políticos, líderes religiosos, entre otros, el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) ofreció varios desayunos y cenas con vistas a concienciar a estos importantes actores sociales e incentivar una cultura de donación y trasplante en el país.

Los desayunos realizados por el INCORT en el transcurso de 2018 contaron con el apoyo de los miembros de la Sociedad de Nefrología, el Consejo Dominicano de Unidad Evangélica (CODUE), la Confraternidad Evangélica Dominicana (CONEDO), el Consejo Nacional de Confraternidad de Pastores Evangélicos (CONACOPE) y el Concilio de la Asamblea de Dios, entre otros. Así como también con la Sociedad Dominicana de Emergenciólogos, Intensivista, empresarios, etc.

Estos encuentros fueron realizados tanto en el interior del país como en la capital. En cada uno de estos espacios el Dr. Fernando Morales Billini, director del INCORT, concientizó a los diversos públicos sobre la importancia de la donación y el trasplante de órganos y tejidos, con el fin de aumentar el consentimiento efectivo de la donación de órganos en las familias. También se refirió a los comunicadores como actores claves para informar y generar conciencia y conocimiento real sobre el tema en la sociedad.

Durante el desayuno con los comunicadores fueron reconocidos los periodistas y directores de medios que han apoyado la promoción de la donación y el trasplante en el país: el Lcdo. Bienvenido Álvarez Vega y la Lcda. Sorange Batista, director y periodista de *Hoy*, y el Lcdo. José Monegro y la Lcda. Dayana Acosta, director y periodista de *El Día*, respectivamente; la Editora Acento SAS, en nombre de su presidente Fausto Rosario Adames, y Gustavo Olivo Peña y Samuel Tapia, periodistas de *Acento.com*.

El Lcdo. José Monegro, director del periódico *El Día*, dio las gracias en nombre de la institución que representa por el reconocimiento otorgado, y al INCORT por "enseñarnos y sensibilizarnos en el tema de la donación". Resaltó el trabajo del INCORT en conjunto con el periódico *El Día*, quienes se han unido en la campaña de difusión dirigida a la población con el objetivo de concienciar sobre la importancia de la donación y el trasplante de órganos y tejidos, campaña que tendrá una duración de tres meses en su primera etapa.

La actividad contó con el apoyo del Colegio Dominicano de Periodistas (CDP), en la presencia del Lcdo. Adriano de la Cruz y la licenciada Irisneyda Cuevas, presidenta del Círculo de Periodistas de la Salud (CIPESA), quienes tuvieron la oportunidad de dirigirse a los presentes. Además de la participación de comunicadores ligados al área de la salud e interesados en el tema.



El Dr. Fernando Morales Billini, director del INCORT, hace entrega, junto a la Dra. Esther de Luna, de las placas de reconocimiento a los periodistas José Monegro, director de *El Día*, Dayana Acosta, periodista de este medio de comunicación, y Samuel Tapia, periodista de *Acento.com*, durante el desayuno taller.



El Lcdo. Adriano de la Cruz, representante del CDP, la Lcda. Irisneyda Cuevas, presidenta de CIPESA, e invitados de otros medios, junto a los organizadores durante el desayuno taller.

INCORT RECIBE A EXPERTOS NACIONALES E INTERNACIONALES EN EL I CONGRESO DOMÍNICO-ANDALUZ SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE

Dpto. de Comunicación y Relaciones Públicas

Santo Domingo.- La República Dominicana fue sede del I Congreso Domingo - Andaluz sobre Donación y Trasplante, el III Congreso Internacional de la Sociedad Dominicana de Donación y Trasplante (SODODYT) y el VII Curso Internacional de Coordinación de Trasplantes, durante una jornada científica desarrollada en el mes de mayo en el Hotel Sheraton Santo Domingo, con la participación de exponentes internacionales y nacionales, ligados a la donación y trasplante a nivel mundial.

El magno evento fue organizado por el Instituto Nacional de Coordinación y Trasplante (INCORT), el Instituto Nacional de Trasplante (INTROS) y la Sociedad Dominicana de Donación y Trasplante (SODODYT). Contó con la participación de reconocidos especialistas que unificaron sus conocimientos y compartieron sus experiencias relacionadas con el proceso de la donación.

El acto inaugural del evento estuvo presidido por el Dr. Rafael Sánchez Cárdenas, ministro de Salud Pública; el Dr. Chanel Rosa Chupany, director del Servicio Nacional de Salud (SNS); el Dr. Fernando Morales Billini, director del INCORT, y el Dr. Ignacio Bengoa, presidente de SODODYT, quienes hicieron uso de la palabra.

La mesa de honor estuvo integrada, también, por el Dr. José Manuel Aranda, asesor de la Junta de Andalucía de España; el Dr. Wilson Roa, presidente del Colegio Médico Dominicano (CMD); la Dra. Mercedes Rodríguez, directora del Seguro Nacional de Salud (SENASA); la Lcda. Nélsida Marmolejos, directora de la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), y la Dra. Esther de Luna, representante del Instituto Nacional de Diálisis y Trasplante de Órganos (INTROS).

El Dr. Fernando Morales Billini, director del INCORT, destacó la importancia del evento con miras a fortalecer el desarrollo del Programa Nacional de Donación y Trasplante en el país, a través de la capacitación y educación médica continuada al personal de salud especializado en el tema.



El director del INCORT, Dr. Fernando Morales Billini y el asesor de la Junta de Andalucía de España, Dr. José Manuel Aranda, junto a algunos de los participantes del Congreso.



Personalidades que integraron la mesa de honor durante la noche inaugural.



Los expositores invitados internacionales Dr. José María Dueñas, Dr. Juan Carlos Robles Arista, Dr. José Manuel Aranda Lara y Dr. Sebastián Rufián Peña, junto al director del INCORT, Dr. Fernando Morales Billini; el Ministro de Salud Pública, Dr. Rafael Sánchez Cárdenas, y el doctor Ignacio Bengoa, presidente de SODODYT.

El Congreso contó con un programa científico basado en el desarrollo de importantes temas, entre ellos, la actualización de los avances científicos y técnicos en materia de donación y trasplantes, la mejora del protocolo de acreditación y garantía de calidad en el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, el fomento de la cooperación científico-técnica entre los servicios de salud de República Dominicana y de la Comunidad Autónoma de Andalucía, así como el desarrollo de iniciativas conjuntas que nos permitan unificar criterios y seguir promoviendo una cultura de donación y trasplante en la República Dominicana.

Las plenarios contaron con la participación de los coordinadores de trasplantes, nefrólogos, oftalmólogos, cirujanos de trasplantes cardíacos, hepáticos y renales, informáticos, así como exponentes invitados internacionales como Alberto Rodríguez Benot, nefrólogo y jefe de sección del Servicio de Nefrología y Coordinador del Trasplante de Riñón del Hospital Universitario Reina Sofía; José Manuel Aranda Lara, médico experto en Gestión Sanitaria y miembro del Consejo Técnico de la Consejería de Salud de Andalucía; Ignacio Muñoz Carvajal, cirujano cardiovascular y jefe de servicio de Cirugía Cardiovascular del Hospital Universitario Reina Sofía; José María Dueñas, jurado médico Intensivista y coordinador de Trasplantes del Hospital Universitario Reina Sofía; Juan Carlos Robles Arista, médico intensivista y jefe de sección de la Unidad de Cuidados Intensivos y coordinador de Trasplantes del Hospital Universitario Reina Sofía; Sebastián Rufián Peña, médico cirujano general y jefe de la Unidad de Trasplante Hepático; Camilo Montero, nefrólogo del Grupo Trasplantes Clínica Colsanitas, Bogotá, Colombia, quienes realizaron intervenciones sobre importantes temas.

Los expertos se refirieron, además, a la detección y selección del donante de órganos, la necesidad de ampliación del pool de donantes con criterios expandidos, el mantenimiento general del donante de órganos, la comunicación de malas noticias, la entrevista familiar, la promoción de la donación, la importancia de los medios de comunicación y su influencia en un programa de donación, entre otros.

Dentro del marco de este Congreso fue realizado un Taller de Acreditación de Programa de Trasplante y Control de Calidad, dirigido por el doctor José Manuel Aranda Lara, con la participación de médicos nacionales e internacionales, quienes debatieron el tema. Se contó con el apoyo del Ministerio de Salud Pública, el Servicio Andaluz de Conserjería de Salud, el Instituto Nacional de Trasplante (INTROS), Laboratorios Novartis, el Banco Central, el Banco Popular, SENASA y el Servicio Nacional de Salud, entre otros.

LA SOCIEDAD DOMINICANA DE NEFROLOGÍA REALIZA RECONOCIMIENTO AL DR. MORALES BILLINI POR SU DESTACADA TRAYECTORIA

Dpto. de Comunicación y Relaciones Públicas

Punta Cana.- El Dr. Fernando Morales Billini, director del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante fue reconocido por sus grandes aportes en materia de donación y trasplantes en República Dominicana, durante el acto celebrado en el XVIII Encuentro Domínico-Español, que tuvo lugar en el Centro de Convenciones del Hotel Now Larimar Punta Cana.

El encuentro, que se desarrolló como parte del programa científico del evento, con la participación de profesionales de la salud internacionales y nacionales, fue organizado por la Sociedad Dominicana de Nefrología con el apoyo de la Sociedad Española de Neurología.



El doctor Fernando Morales Billini junto a Elsy Fernández, Ignacio Bengoa, Jesús Pérez, Esther de Luna, Carmen Brugal y Joaquín Luciano, compañeros de labores en el INCORT.

La placa de reconocimiento al Dr. Morales Billini fue entregada por la Dra. Helen Hilario, presidenta de la Sociedad Dominicana de Nefrología, y las doctoras Esther de Luna y Wanda Rodríguez, como parte de la directiva de la Sociedad, quienes reconocieron por medio de una semblanza los significativos aportes realizados por el doctor Morales en el desarrollo del Trasplante en el país.

Las doctoras Hilario y De Luna destacaron los aportes realizados y la brillante carrera profesional del reconocido cirujano como miembro fundador del anteproyecto de la Ley 329-98, promotor y fundador del INCORT, y de la creación de lo que hoy se conoce como el Programa Nacional de Trasplante de República Dominicana, como avance del desarrollo, promoción y capacitación en favor de crear una cultura de donación y trasplante en el país.

El doctor Morales Billini también ha sido el promotor de grandes colaboraciones a nivel internacional y nacional, de acuerdos interinstitucionales con reconocidos hospitales de España y de Latinoamérica en su constante empeño para que profesionales nacionales vayan a capacitarse fuera del país en el tema de donación y trasplante.

Gracias a esos y otros esfuerzos del Dr. Morales Billini, junto a su equipo, ha sido posible la labor del INCORT e INTROS en República Dominicana en la preparación de numerosos profesionales como coordinadores de donación y trasplantes en los diferentes hospitales del país.

En el Encuentro-Taller participaron representantes de España, Ecuador, Uruguay, Puerto Rico y República Dominicana, así como importantes personalidades como la doctora Alma Morales, representante de la OPS/OMS en el país; Wilson Roa, presidente del Colegio Médico Dominicano, y José Luño Fernández, coordinador del Curso Domínico-Español, así como destacados nefrólogos y médicos de diferentes hospitales y clínicas de Santo Domingo, Santiago y otras provincias.



El doctor Fernando Morales Billini al recibir la placa de reconocimiento otorgada por la Sociedad Dominicana de Nefrología de manos de su presidenta Dra. Helen Hilario, junto a la secretaria, Dra. Wanda Rodríguez, y la pasada presidenta, Dra. Esther de Luna.

INCORT CELEBRA CON UNA GRAN DEMOSTRACIÓN DE SOLIDARIDAD EL DÍA MUNDIAL DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

Dpto. de Comunicación y Relaciones Públicas

Santo Domingo.- El 14 de octubre de cada año se conmemora el Día Mundial de la Donación de Órganos y Tejidos, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta celebración surge con el fin de concienciar, educar, informar y sensibilizar a la población sobre este importante tema a nivel global.

El Instituto Nacional de Donación y Trasplante (INCORT) organizó el gran concierto “Unidos por la Donación de Órganos”, celebrado en el parque Eugenio María de Hostos, donde recibió el apoyo y la solidaridad del pueblo dominicano, que se congregó por esta causa, junto a los artistas Omar Quezada y Tommy Alva y el Ballet Folclórico del Ministerio de Turismo, con la producción de Gustavo López y la animación y conducción de Yokasta Díaz, Domingo Bautista y Gnómico.

Este magno evento fue organizado por el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT) y el Instituto Nacional de Diálisis y Trasplante de Órganos (INTROS) en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y el auspicio de empresas aliadas. Alrededor de 80 personas recibieron sus carnés de donantes al manifestar su deseo de que al final de sus días algún paciente en lista de espera pueda recibir sus órganos como una muestra de amor y generosidad.

En la apertura del mismo, el doctor Fernando Morales Billini, director del INCORT, resaltó el propósito del evento de llamar a la conciencia de la población dominicana. De esta forma, señaló que “al conmemorar el Día Mundial de la Donación de Órganos y Tejidos, se promueve la donación de órganos en el mundo con el fin de estimular los valores que están asociados a ese proceso: solidaridad, transparencia, equidad, seguridad, eficiencia, esperanza y altruismo”.

Morales Billini estimuló a las familias dominicanas a que se unan al gesto solidario de la donación, diciendo un SÍ A LA VIDA, con el objetivo de incrementar la tasa de donantes en República Dominicana.





Durante el concierto, el INCORT tuvo abiertas sus líneas en su página web www.incort.gob.do, con el propósito de que los ciudadanos interesados en obtener su carné de donantes pudieran adquirirlos en el momento.

INCORT se sintió agradecido del apoyo brindado por el Servicio Nacional de Salud, el Ayuntamiento del Distrito Nacional, el Ministerio de Turismo, la Publicitaria 3bambu, Blue Reno Marketing, Zorra Sonora Media Group, el Grupo Velutini, los periódicos *El Día* y *Hoy*, en representación del Grupo Corripio, Agua Monte Real, los laboratorios Clinimed y Suiphar, el Hospital General Plaza de la Salud, Helados Bon, el periódico *Listín Diario*, entre otros.

Al finalizar, los artistas transmitieron su mensaje a favor de la donación y el trasplante de órganos y tejidos, y se conocieron los testimonios de pacientes que han podido recuperar su calidad de vida por medio de la donación de un órgano, así como videos testimoniales de familiares de donantes que llenaron de sensibilidad a los presentes.

¡Muchas gracias a todos los que hicieron posible este sueño!




WWW.INCORT.GOB.DO / 809.532.0066

INCORT OFRECE CENA CONFERENCIA A IMPORTANTES SECTORES DE SANTIAGO

Dpto. de Comunicación y Relaciones Públicas

SANTIAGO.- Con el interés de propiciar encuentros con profesionales de la salud y personalidades de diferentes sectores de la sociedad de Santiago, el Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante (INCORT) ofreció una cena donde el Dr. Fernando Morales Billini, director de la institución, dictó la conferencia titulada “Plan Nacional de Donación y Trasplante en República Dominicana”.

El hotel Gran Almirante (Hodelpa) fue el escenario para que importantes personalidades de Santiago se dieran cita en este encuentro con el interés de ampliar los conocimientos y lograr una cultura de donación y trasplante, así como comprometerse a apoyar esta noble causa.

El Dr. Morales Billini se refirió a las acciones realizadas por el INCORT para fortalecer el Programa de Donación y Trasplante, a fin de responder a las necesidades de las personas que se encuentran en espera de un órgano para salvar su vida.

Destacó la labor que realiza el INCORT desde su creación, y explicó que esta institución es la encargada de velar por que se cumplan las políticas de donación, amparadas por la Ley de Donación y Trasplante 329-98, y de garantizar la difusión y promoción de este tema en el país.

Con base en esta premisa, analizó los diferentes puntos clave para el buen desarrollo de un Programa de Donación y Trasplante y la implementación de la Red de Coordinación Hospitalaria, estructura que establece la figura del Coordinador de Trasplante para el monitoreo de potenciales donantes. Explicó que este último es quien pone en funcionamiento el mecanismo de donación.

El Dr. Morales Billini reafirmó que “La donación de órganos es un acto altruista y solidario de la sociedad para la sociedad. Por tal motivo, es importante informar de manera adecuada para evitar campañas difamatorias que conduzcan a dudas, incertidumbre y desconfianza. La promoción y difusión de mensajes y testimonios son esenciales para crear conciencia en la población de que existe un problema por la alta demanda de órganos y la escasa oferta de estos.

Cada día esta problemática se incrementa, pero existen soluciones. La mayoría de las barreras culturales se pueden eliminar con información”.

La actividad fue organizada por la doctora Juana Sarita, coordinadora de Trasplante del INCORT en el Hospital Cabral y Báez de Santiago. Contó con la presencia del alcalde de la ciudad de Santiago y otras personalidades, directores de hospitales, especialistas de diferentes áreas de la medicina, enfermeras y periodistas de los medios de comunicación de la Ciudad Corazón.



EL DR. JOSÉ R. YUNÉN EN EL RECUERDO

Lic. Joaquín Luciano



El primero de septiembre falleció a la edad de 83 años el doctor José R. Yunén Brugal, quien ejerció la profesión de médico urólogo por espacio de 53 años. Nació en la ciudad de Santiago de los Caballeros, pero muy joven se radicó en la capital, en la que completó sus estudios de medicina.

Trabajó en el hospital Padre Billini, en la clínica Dr. Abel González y en otras instituciones. Se especializó en Urología en Nueva York. Regresó al país y fue el primer dominicano en realizar en octubre de 1970 un trasplante renal cadavérico en la ciudad de Santiago, evento histórico para la medicina dominicana, que abrió el camino para lo que hoy es una realidad irreversible: el trasplante de órganos, tejidos y células tanto entre vivos como de cadáveres en nuestro país.

Fundó el Grupo Médico Dr. Yunén y, posteriormente, una administradora de riesgos de salud homónima.

Su muerte segó una vida dedicada a la medicina y a buscar la solución de los problemas de salud de los dominicanos, razón por la cual el INCORT le rinde merecido homenaje.

ayuda
salvar
vidas

HAZTE DONANTE


Instituto Nacional de Coordinación de Trasplante



ISSN 2636-2414



9 772636 241003