

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final de Especialización

Autor: Alejandro Salvador Costa

DONACIÓN DE ÓRGANOS

Legislación y perspectivas

2005

Citar como: Costa, A. S. (2005). Calidad de atención neonatal de alta complejidad necesaria para el descenso de la mortalidad infantil en la Provincia de Tucumán -2004/2005-. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE

	Página
1 Introducción	3
2 Planteamiento del problema	4
* Objetivo general	12
* Objetivo específico	12
3 Desarrollo	13
*Definiciones	13
*Muerte encefálica	14
*Modalidad operativa de un programa de transplante en Argentina	16
*Toma de decisión en la conducta de donación	18
*Revisión sobre la literatura sobre donación	21
*Modelos legislativos de consentimiento explícito y presunto	26
• Diferencias geográficas	28
• Diferencias religiosas y culturales	29
• Eficiencia de consentimiento presunto y explícito	31
• Las leyes de transplante y la autonomía individual	34
• Aceptabilidad de la ley	35
• Legislación Argentina	35
*Trabajo de campo	38
• Modelo de encuesta	39
• Procesamiento de datos	40
• Análisis de datos	57
4 Conclusiones	65
5 Bibliografía	66
6 Apéndice de cuadros	

1. Introducción

El incremento progresivo del número de pacientes con afecciones tisulares e insuficiencias orgánicas terminales ha sido acompañado por un aumento de la cantidad de órganos y tejidos trasplantables y la aceptación del trasplante como un tratamiento ordinario y no experimental.

En mi personal experiencia médica asistencial observo un gran número de pacientes internados a nivel hospitalario debido a múltiples complicaciones en el contexto de fallas renales, hepáticas, cardíacas, así como también quemados críticos que requieren la realización terapéutica de trasplantes orgánicos o injertos cutáneos.

La implementación de este avance científico tecnológico y médico se enfrenta a un inconveniente muy importante pues no logra satisfacer la demanda debido a la baja disponibilidad de órganos y tejidos. Es de destacar que la escasez no depende principalmente de limitaciones inmunológicas sino del bajo número de donaciones de órganos y tejidos. Esta problemática multifactorial afecta en distinto grado a todos los países donde se llevan a cabo trasplantes y Argentina no es una excepción.

Este trabajo se propone lograr un mejor conocimiento y comprensión de la actitud de la población frente a la donación de órganos y tejidos propios y de familiares, los motivos que sustentan dicha actitud y las implicancias del marco legal y la confianza en las personas e instituciones intervinientes. Asimismo, se propone contener conclusiones que permitan establecer distintas líneas de intervención social para conseguir un mayor número de donantes.

Con la intención de delimitar el estudio de estas cuestiones para poder profundizar en su conocimiento el trabajo será realizado sobre una muestra de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el corriente año.

Los procedimientos para recopilar la información abarcarán datos secundarios a través del análisis bibliográfico y datos primarios obtenidos a través de una encuesta de opinión.

Este estudio será un proceso reflexivo, sistemático, controlado y crítico. El planteo del problema, la adquisición del conocimiento, la exploración sistemática y la búsqueda de soluciones a partir de un marco teórico, utilizando un diseño metodológico, caracterizarán esta investigación social aplicada.

Inicialmente el trabajo poseerá un enfoque cualitativo con conceptualizaciones e información subjetiva acerca de las valoraciones, motivaciones y conductas de los individuos surgidas a partir de pautas culturales y percepciones frente a la situación concreta de donación. A su mismo, se expondrán conceptos relacionados con los diversos marcos legales referidos al tema y sus implicancias.

Posteriormente a través de la medición objetiva del fenómeno en estudio y del corte sincrónico de la realidad que nos afecta se dará un enfoque cuantitativo del problema que permitirá ganar precisión para brindar respuestas estandarizadas y generalizables y facilitará las comparaciones con otras realidades.

Finalmente, considero de suma importancia el abordaje de este tema porque lograr aumentar el número de donantes beneficia no sólo a unos pocos sino a todos los ciudadanos pues tiene la potencial capacidad de evitar la muerte de miles de personas que se hallan en lista de espera, mejorar la calidad de vida de individuos con afecciones tisulares u orgánicas terminales y disminuir costos en salud pública que permiten optimizar la utilización de los recursos escasos.

2 . Planteamiento del problema.

El trasplante de órganos y tejidos desde sus inicios hasta la actualidad, ha permitido transformar la perspectiva de vida de pacientes con fallo irrevocable renal, hepático, pulmonar, cardíaco, pancreático e intestinal, así como también, ha sido de utilidad en el tratamiento de neoplasias malignas, enfermedades de córneas, huesos, piel y válvulas cardíacas, convirtiéndose en una práctica terapéutica aceptada y no solamente experimental como en sus inicios.

Múltiples factores interactúan influyendo en la tasa de trasplantes que son realizados. Una de las principales variables es el número de donantes ya que desde los inicios de la actividad trasplantológica se desarrolló una progresiva brecha entre la creciente demanda y la menor oferta de órganos y tejidos.

Inicialmente, los primeros programas de trasplantes se desarrollaron en un ambiente con rudimentaria disponibilidad de cuidados intensivos, ventilación mecánica y habilidad para mantener al paciente con muerte cerebral. A su vez, la muerte cerebral no era bien conocida como concepto, solamente estaba establecida legalmente y el paradigma de muerte por parada cardíaca era el aceptado.

A pesar de los mejores resultados obtenidos predominantemente en el trasplante renal y la mayor tendencia de los receptores a la aceptación del tratamiento, el factor limitante que se instauró hasta la actualidad fue la escasa tasa de donantes potenciales y la dificultosa obtención de su consentimiento. Como ejemplo, en el Reino Unido, así como en otros países europeos, la donación ha declinado entre 1990 y 1995 a pesar de las diferentes iniciativas para mejorar la tasa de donación. Esto se expresa a través de la reducción desde 16.6 donantes de riñón por millón de habitantes (pmh) a 15.0 donantes en el lapso y país citado.

Dentro de los motivos esgrimidos para justificar esta situación se encuentran la reducción del número de pacientes potenciales donantes gracias a la implementación de nuevas leyes de seguridad vial y la consecuente reducción de accidentes de tránsito así como, también, observamos la disminución de la incidencia de muerte generada por accidentes cerebrovasculares.

Es de destacar que el máximo potencial teórico de donantes alcanzable según lo calculado en una determinada región es de 0,75% de los decesos totales, 2 a 4% de las muertes hospitalarias y 15% de las muertes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI).

Otra barrera en la donación, generada por el plantel médico, es la falta de identificación de potenciales donantes debido a dos motivos. Por un lado, se encuentran las fallas en el pensamiento o conocimiento de los criterios de aceptación para la donación y por otra parte, la decisión de abandonar el

manejo activo del paciente cuando el mal pronóstico es obvio como sucede en los casos de injuria cefálica masiva.

Un análisis multifactorial realizado en Australia observó que los factores de riesgo de los pacientes muertos y no considerados para donación potencial fueron la edad avanzada, las muertes fuera de las UCI, los fallecidos por causas diferentes al trauma o hemorragia intracraneal y aquellos que obitaban dentro de las 12 horas de admisión. Este estudio permitió observar que el donante convencional es aquel joven que muere por un traumatismo o hemorragia intracraneal, en la UCI y suficientemente estable como mantener su trabajo cardíaco por más de 12 horas.

El desarrollo de la ciencia del trasplante es otro factor que ha influenciado positivamente en la tasa de trasplantes realizados.

Otro determinante de la cantidad de trasplantes es el número existente de centros sanitarios con capacidad para realizarlo, la distribución geográfica de los mismos, la densidad poblacional de los sitios en que se encuentran y la cantidad y calidad de sus recursos tecnológicos y humanos.

Por último, la organización y la profesionalización de la coordinación posee un impacto fundamental en la eficientización de los operativos de trasplante y por ende, en la tasa de trasplantes realizados.

En Argentina, la procuración de órganos y tejidos como programa institucional surgió a fines de la década del 70 del siglo pasado con la creación de Instituto Central Unico Coordinador de Ablación e Implantes (INCUCAI). En la Argentina de los años 80, inicialmente, los programas de trasplante renal crecieron en el área metropolitana de Buenos Aires, Córdoba y Santa Fe. Posteriormente, en la década del 90, la procuración alcanzó su mayor incremento debido a la creación de organismos jurisdiccionales en la mayoría de las provincias nacionales. En esta época surgieron los programas de trasplante cardíaco, hepático, pulmonar y pancreático.

En 1995 se produjo una detención en la curva de crecimiento de la donación y como consecuencia la procuración de órganos y tejidos se transformó en el problema más relevante. Este inconveniente se manifestaba a nivel nacional a través de un bajo índice de donantes reales pmh anuales que, en promedio, era de 6,89 entre 1995 y 2002.

A partir del 2003 se observó un incremento en el número de donantes reales y actualmente dicho índice se ha mejorado hasta alcanzar 13,3 donantes pmh en el país.

Esta problemática también se expresó a través del bajo índice de ablaciones multiorgánicas que no superaban el 50%, el elevado porcentaje de pérdida de potenciales donantes por causas médicas vinculadas al mantenimiento y la elevada disminución del número de donantes potenciales debido a la negativa familiar.

Con respecto a la donación de tejidos para implante la escasez es notoria y esto sería debido al poco hincapié puesto en su procuración y a la inexistencia de programas tendientes a la obtención de tejidos en donantes post paro cardíaco en la mayoría de las provincias argentinas. Afortunadamente, datos brindados por el INCUCAI permiten observar una mejoría progresiva en la procuración de tejidos desde el 2003.

Es interesante remarcar que la procuración de órganos y tejidos ha alcanzado un diferente grado de desarrollo en las diversas provincias del país. Como ejemplo nombro a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que con un índice de 20,15 donantes reales pmh al año supera la media nacional. Este logro permite que la procuración supere a la demanda generada por este distrito en base a la tasa de incidencia que posee en la lista de pacientes en espera a nivel nacional. A su vez, en Buenos Aires, la procuración observada desde el ángulo de las unidades obtenidas para trasplantes y su valor determinado, supera los gastos generados en recursos humanos si se consideran solamente los contratos de los coordinadores del INCUCAI. Esta favorable situación coloca a la citada ciudad en potencial condición de reducir la lista de espera para trasplantes.

Por otro lado, la provincia de Buenos Aires alcanza el mayor número absoluto de donantes reales contabilizando 139 casos en el 2004 pero en 1995 el índice de donantes pmh era de 5.91 por lo cual se hallaba por debajo de la media nacional y con una procuración superada por la demanda.

Diferentes factores organizativos han colaborado para la generación de la situación actual. Entre ellos se destaca el centralismo en la elaboración normativa, la gestión de recursos, el manejo de la información y el protagonismo operativo del INCUCAI por encima de los organismos

jurisdiccionales. Colaboran también en la construcción de esta situación el dominante modelo procurador de organización extra hospitalaria que provoca una aparente falta de compromiso y motivación hospitalaria; la desjerarquización de la procuración como actividad médico asistencial frente al trasplante; la fractura existente entre la procuración y el trasplante en lo referido a los centros participantes y efectores, los equipos profesionales participantes y la ubicación geográfica donde se implementan una y otra actividad. A este cuadro de situación se suma la ausencia de diagnóstico, planificación, metas, monitoreo y estímulos en los programas de procuración.

Los resultados obtenidos gracias al esfuerzo realizado por las instituciones coordinadoras provinciales y la actitud solidaria de las personas, han permitido alcanzar, a pesar de las dificultades, progresivamente cifras mayores de órganos y tejidos procurados. En el 2004, según datos del INCUCAI, a nivel nacional se han procurado 768 riñones, 210 hígados, 68 corazones, 27 pulmones, 9 páncreas y 5 bloques cardiopulmonares. Durante el mismo lapso, y en igual territorio, la procuración de tejidos ha permitido obtener 1359 córneas, 204 corazones para válvulas, piel en 38 oportunidades y tejido osteoarticular en 36 casos.

Sin embargo, estas cifras y las parciales del año 2005 no alcanzan para suplir la demanda generando como resultado una brecha por déficit de órganos y tejidos que lleva a miles de pacientes a aguardar en lista de espera su oportunidad de acceder al trasplante.

La lista de espera, actualizada a la fecha, a nivel nacional está compuesta por 5692 individuos de los cuales 5200 requieren trasplante renal, 276 hepático y 216 intratorácicos.

En un apéndice final se presentan los cuadros y gráficos realizados por el INCUCAI que permiten dimensionar numéricamente esta problemática situación.

Estos gráficos exponen, desde el 2003 al 2005, detalladamente las cantidades de donantes reales de órganos y tejidos en el país, los órganos y tejidos procurados a nivel nacional y a nivel provincial y los trasplantes realizados de órganos en dicho período. En forma comparativa, desde 1995 al 2005, se exponen la evolución del número de donantes reales de órganos por provincia y el número y tipo de trasplantes realizados. Finalmente la lista de

espera actualizada al 4 de julio del 2005 objetiva solamente en forma numérica la gravedad de la situación tratada en este trabajo.

Dentro de este espectro de factores el problema seleccionado para su estudio en este trabajo es la escasa donación de órganos y tejidos propios y de familiares, ya que en él confluyen numerosas variables que determinan la actitud de la población y de esta manera permite y requiere un abordaje multidimensional para alcanzar objetivos satisfactorios.

Debemos considerar que la donación de órganos y tejidos se relacionan con aspectos psicológicos y estructurales del hombre, con pautas culturales, religiosas, sociales y legales.

Para nuestra estructura psíquica pensar en nuestra propia muerte o la de un ser querido es irrepresentable y aparece negada a nuestro pensamiento. Esto junto con la angustia que produce la muerte, genera como primera respuesta la negación a todo aquello relacionado con la misma incluyendo la donación de órganos y tejidos.

Ante la pregunta principal de por que la gente dona o no los órganos propios y de sus familiares, actualmente los argumentos esgrimidos se relacionan con la identificación con la palabra o el silencio del familiar muerto, la falta de reconocimiento de la muerte encefálica, los fantasmas del cuerpo despedazado disparados por la desintegración corporal propia de la muerte, la racionalización discursiva con imposibilidad de decidir, la proyección de culpabilidad y necesidad de encontrar responsables de la muerte, las respuestas agresivas y de evitación, la desconfianza hacia las instituciones, las creencias religiosas, el rencor debido a la falta de solidaridad ante las propias carencias, la desinformación y el temor al tráfico de órganos.

La decisión de donar órganos es un proceso que está conformado por varias conductas que se relacionan. Estas incluyen la donación de los propios órganos y tejidos en vida, el consentimiento por parte de los familiares del paciente fallecido, la firma de la tarjeta de donante o la inscripción en un registro y la manifestación a los propios familiares de la decisión de donar.

El acto de donar, en base a lo expuesto, es obviamente conformado por diversos aspectos que establecen múltiples dimensiones. Por lo tanto, existen varios subproblemas que merecen un análisis particular ya que a partir de su clara comprensión permitirán al individuo, la familia y a las autoridades

participantes de este proceso conocer las características positivas y negativas actuales de estos factores. Adquirir este conocimiento es fundamental para propiciar las modificaciones necesarias que permitan satisfacer las necesidades de los diferentes participantes y de esta manera alcanzar el buscado objetivo.

Estos elementos influyentes abarcan el nivel de información brindado y el grado de conocimiento incorporado por la población, el marco legal vigente, la confianza de la población en las instituciones y autoridades participantes, la solidaridad social, los mecanismos administrativos, los aspectos psicológicos individuales, las creencias religiosas, el nivel cultural, económico y educativo de los habitantes, la organización y el diálogo familiar y el accionar de los profesionales de la salud entre otros elementos.

Estas dimensiones expuestas del problema se hallan relacionadas en el contexto de la problemática abordada pues los aspectos culturales, religiosos, sociales, económicos y educativos de la población, influyen en la accesibilidad y comprensión de la información brindada, en la priorización del problema y en la profundidad del diálogo familiar.

A su vez, los factores previamente citados junto a la legislación vigente, los procedimientos administrativos y la confianza de la población en las autoridades e instituciones influyen en la promoción de la solidaridad social.

Los profesionales de la salud y la medicina son influyentes en la tecnologización médica y en la medicalización de la muerte modificando el límite entre la vida y el deceso, las expectativas de la familia y la conceptualización de la muerte. Además su instrucción y concientización los coloca en posición de privilegio para determinar el número de potenciales donantes denunciados y la cantidad de operativos de ablación e implantes realizados.

Específicamente en este trabajo se profundizará el estudio en la evaluación del nivel de información que posee la población, en las implicancias del marco legal presente y futuro en nuestro país y en el nivel de confianza y legitimación social de las instituciones, procedimientos y personas participantes en esta problemática.

La elección de estos tópicos está dada por el grado de impacto que poseen en la toma de decisión y por ser considerados, según mi visión,

primordiales y fundamentales en la construcción de la actitud y la conducta hacia la donación de órganos y tejidos propios y de los familiares.

Desde el punto de vista legal actualmente el consentimiento para la donación en nuestro país es explícito por lo que aquellas personas que quieren ser donantes deben manifestarlo positiva y expresamente. Ante la falta de decisión expresada, en el momento de su muerte, los familiares pueden tomar la decisión de donar. Este tipo de consentimiento es utilizado en países en los que se parte del supuesto de que las personas no están inclinadas hacia la donación y en los que prima el respeto al principio de autonomía. Por otro lado, el consentimiento presunto, actualmente en discusión parlamentaria en la Argentina para determinar su sanción, se basa en un supuesto de que las personas quieren mayoritariamente donar y en un preponderante principio de beneficencia por lo que el individuo solamente debe expresar su voluntad de no donar. Más allá de esta presunción, algunos países, solicitan a los familiares de los desaparecidos que expresen su voluntad para salvaguardar la posibilidad de un tardío cambio de opinión.

Estos marcos legislativos influenciarán en la tasa de donantes reales.

La necesidad de explicitar actualmente la voluntad de donar y la decisión de los familiares, finalmente siempre consultada cualquiera sea el marco legal, ha generado que los organismos nacionales y provinciales de procuración lleven adelante campañas de información poblacional y profesional. El objetivo es instalar en la sociedad Argentina y en la comunidad de los trabajadores de la salud, la problemática de la donación y el trasplante de órganos y tejidos para incrementar la actitud solidaria social y el número de comunicaciones de potenciales donantes. Analizar el grado de impacto de la información brindada y el nivel de conocimiento de la población ofrece la posibilidad de dimensionar los resultados de las actividades realizadas y establecer el estado de un factor de suma relevancia en la toma de decisión.

Finalmente, la confianza y legitimación social de las instituciones, procedimientos e individuos implicados en la gestión pública y en el trasplante específicamente, es un tópico interesante de analizar ya que en nuestra sociedad puede ser de vital importancia en la toma de una decisión que implica la propia muerte y la ayuda al prójimo. La percepción de injusticia o desconfianza por parte de la sociedad podría ser un hito fundamental a la hora

de tomar tan importante decisión y la existencia de estas debilitarían todo el esfuerzo posterior en la modificación de los distintos aspectos o dimensiones participantes nombradas.

Dado que este problema de la donación no está resuelto, las opiniones y teorías son diversas a la hora de diagnosticar el estado de situación y las posibles soluciones, por lo que considero muy interesante alcanzar los objetivos propuestos en este trabajo de investigación para conocer las causas que sustentan este comportamiento e intentar realizar aportes originales que permitan tomar decisiones fundamentadas para la solución de la problemática a través de medidas efectivas a corto, mediano y largo plazo.

Objetivo General:

Analizar las circunstancias que inciden actualmente en la decisión de donar órganos y tejidos en los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Objetivos Específicos

- Cuantificar la brecha existente entre la solidaria intención de donar y la explicitada donación de órganos y tejidos propios y de familiares.
- Establecer el nivel de conocimiento de la población respecto de la temática de donación de órganos y tejidos.
- Describir los diferentes marcos legales de consentimiento para la donación de órganos y tejidos determinando su implicancia sobre la actitud de donación.
- Evaluar el grado de confianza y legitimación social de la población en las instituciones, procedimientos e individuos implicados en la gestión pública y en la problemática de la donación.
- Analizar la correspondencia de distintas medidas para definir una política pública sanitaria que estimule la donación de órganos y tejidos.

3 . Desarrollo

Definiciones

La donación es el acto generoso y altruista por medio del cual una persona manifiesta su voluntad de que una o varias partes de su cuerpo, aptas para el trasplante, puedan ser utilizadas para ayudar a otras personas.

La realización de un trasplante requiere la existencia de un órgano o tejido procedente de un donante.

El trasplante se define como el procedimiento por el cual se implanta un órgano o tejido procedente de un donante a un receptor cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida de determinadas personas enfermas y que incluso constituye la única esperanza de vida para algunas de ellas.

Se define como órgano a aquella parte diferenciable del cuerpo humano constituida por diversos tejidos que mantienen su estructura, vascularización y capacidad de desarrollar funciones fisiológicas con un grado importante de autonomía y suficiencia.

Los tejidos son la agregación de células especializadas similares que realizan una función particular.

Son trasplantables órganos como el riñón, hígado, pulmón, corazón, páncreas e intestino y tejidos, incluyendo la piel, tendones, córneas, vasos, médula ósea, válvulas cardíacas y sangre del cordón umbilical.

Según la procedencia, el tipo de donante se clasifica en donante vivo, cadavérico y otros.

El donante vivo puede ser genéticamente relacionado, relacionado emocionalmente o desconocido para el receptor. Este tipo de donación, utilizada desde la década del 50 del siglo XX en el trasplante renal, posee tres características diferenciales pues el destino del órgano se conoce de antemano, el potencial donante posee mayor tiempo para elegir y la situación del receptor es crítica..

Este tipo de donación se realiza con tejidos regenerables como riñón, segmentos hepáticos, páncreas y médula ósea entre otros y como ventaja

presenta la disponibilidad del órgano en el momento adecuado para el receptor y el escaso rechazo cuando comparte el código genético.

La proporción de su participación como fuente de órganos donantes va desde menos del 1% en España a más del 90% de los procedimientos en Corea.

El donante cadavérico es la fuente de donde proceden la mayoría de los órganos y tejidos utilizables para el trasplante pues son órganos únicos que afectan la vida del paciente.

El sentido de muerte ha variado de concepción. Antes de la década del 50 era considerado como el cese irreversible y conjunto de las funciones cerebrales, cardíacas y respiratorias. Luego, con el desarrollo de las UCI y los aparatos para mantener la respiración y circulación surge el concepto de muerte cerebral.

El donante a corazón parado es una persona con diagnóstico de muerte dado por el cese irreversible del latido cardíaco. Estos individuos inicialmente proveyeron de riñones e hígados pero en la última década en Estados Unidos se han extraídos de estos donantes, pulmones y páncreas con buenos resultados. Esta línea de estudio e investigación se generó a partir de la escasez de órganos y las mejoras de los resultados del trasplante.

Otras fuentes de donantes en estudio son el trasplante de órganos artificiales, el xenotrasplante a partir de animales y el autotrasplante.

Muerte encefálica

La muerte encefálica se determina en nuestro país según un protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos para personas cuya función cardiorrespiratoria es sostenida por medidas terapéuticas en una UCI.

Los requisitos de inclusión, según el Centro Unico Coordinador de Ablación e Implantes de la Provincia de Buenos Aires (CUCAIBA), en este protocolo incluyen:

- La causa que produce el coma y el daño estructural encefálico debe ser conocida, documentada y de magnitud suficiente.
- El cuadro debe poseer un tiempo de evolución superior a tres horas de asistencia respiratoria mecánica (ARM) en sujetos mayores de 6 años y superior a 6 horas en menores de 6 años ante lesiones encefálicas

primarias. Ante lesiones encefálicas difusas requiere más de 12 horas de coma apneico en mayores de 6 años y más de 24 horas en menores de 6 años.

- La verificación de que el paciente no se encuentra bajo el efecto de drogas depresoras del sistema nervioso central en niveles tóxicos ni de drogas bloqueantes neuromusculares.
- La determinación de una temperatura mayor a 32° C.
- Descartar la existencia de trastornos metabólicos o endócrinos severos.
- Poseer una tensión arterial sistólica mayor a 90 mmHg o una tensión arterial media mayor de 60 mmHg en adultos y valores equivalentes según percentilo en lactantes y niños.
- Excluir niños anencefálicos y los menores de 7 días de vida en recién nacidos de términos o nacidos de pretérmino con edad corregida a la edad gestacional.

Dentro de este protocolo en el examen neurológico debe demostrarse:

- Coma profundo por ausencia de toda respuesta de origen encefálico ante cualquier estímulo.
- Abolición de reflejos del tronco encefálico:
 - Pupilas en posición intermedia o midriáticas y arreactivas a la luz.
 - Ausencia de sensibilidad y respuesta motora facial con reflejo corneano y mandibular negativos y ausencia de mueca de dolor ante el estímulo nociceptivo.
 - Ausencia de movimientos oculares espontáneos y reflejos con reflejos oculocefálicos y oculovestibulares negativos.
 - Reflejos bulbares abolidos con negatividad del tusígeno, nauseoso y deglutorio.
- Apnea definitiva por medio de la ausencia de movimientos respiratorios durante el test de oxigenación apneica.

El examen neurológico debe ser repetido con un intervalo mínimo de 6 horas en adultos y niños mayores de 6 años, 12 horas en niños de 1 a 6 años, 24 horas entre los 2 meses y 1 año y 48 horas de 7 a 60 días.

Diversos métodos instrumentales certifican la inactividad encefálica. Los métodos electrofisiológicos incluyen el electroencefalograma (EEG) que debe demostrar un “silencio bioeléctrico cerebral” por ausencia de actividad electroencefalográfica mayor a 2 microvoltios de amplitud y los potenciales evocados multimodales (PEM) que incluyen la ausencia de respuesta cortical troncal a través de los potenciales evocados visuales con electroretinograma, somatosensitivos y auditivos del tronco cerebral.

En los adultos y niños mayores de 6 años cuando el examen neurológico y su repetición han diagnosticado clínicamente la muerte encefálica los estudios electrofisiológicos confirmatorios no requieren ser repetidos. En cambio deberán repetirse en niños menores de 6 años o cuando algún punto del examen neurológico no se hubiera podido completar.

Otros métodos instrumentales utilizados y avalados por este protocolo son la angiografía de 4 vasos cerebrales que debe demostrar ausencia de circulación intracraneana, el ecodoppler transcraneal y la angiografía cerebral radioisotópica con 99 mTc-HM-PAQ. Estos métodos estudian el flujo sanguíneo encefálico y si sus resultados son concluyentes no necesitan ser repetidos.

Existen situaciones especiales que incluyen a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC); destrucción bilateral de estructuras oculares, peñasco y/o ruptura timpánica bilateral; hipoxia cerebral difusa e intoxicación con depresores del sistema nervioso central y lesiones infratentoriales que contemplan disposiciones específicas para realizar el diagnóstico de muerte cerebral.

Modalidad operativa de un programa de procuración de órganos para trasplantes en Argentina

Para desarrollar este punto me he basado en el Programa de Procuración de Organos diseñado por el CUCAIBA pues la descripción de su sistema puede ser y ha sido tomada como modelo por otros organismos jurisdiccionales provinciales de nuestro país.

El operativo de trasplante incluye todas aquellas actividades desarrolladas a partir de la aceptación del aviso o denuncia de la existencia de un potencial donante incluyendo la ablación y la distribución de los órganos y tejidos.

El personal interviniente incluye un médico neurólogo, un médico intensivista, un técnico en EEG y un coordinador donante. Participan además, un equipo de cirujanos e instrumentadoras y un coordinador receptor que permanece en la base operativa para comunicarse con los centros de implantes y distribuir el órgano.

El equipo que concurre a la institución donde se halla el potencial donante realiza el diagnóstico de muerte encefálica, la solicitud de donación y el mantenimiento del cuerpo.

Es destacable la labor del coordinador donante en la institución pues es el encargado de llevar a cabo la entrevista de solicitud con la familia informándole el diagnóstico de muerte encefálica y su significado, realizando las aclaraciones pertinentes e informando sobre los aspectos legales. Por otra parte, en su relación con la institución se encarga de presentar al equipo concurrente, informar el modo de operar, los tiempos del operativo, realizar docencia de las actividades, monitorear la tarea e informar al personal de las instituciones acerca del resultado del operativo incluyéndolos como parte del mismo para crear buena disposición a futuro en la institución para la procuración.

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) el personal participante del operativo se divide en dos equipos. El primer equipo está compuesto por un coordinador general que permanece en la base del organismo de procuración, realizando los contactos con los centros de implantes para la efectiva distribución de los órganos. El segundo equipo, que concurre a la institución, está compuesto por un neurólogo o neurocirujano, un médico intensivista, el técnico en EEG, la instrumentadora, un cirujano proveniente de la institución que realizará el implante y un coordinador que suele ser psicólogo o médico psiquiatra.

Este operativo es coordinado por el INCUCAI cuando el donante se halla en un centro asistencial privado de la ciudad o por Buenos Aires Trasplante, organismo oficial de procuración de la ciudad, cuando la denuncia es realizada en un Hospital Municipal.

Actualmente se halla en fase de planificación la creación y participación del Coordinador Intrahospitalario a semejanza del Modelo Organizativo Español.

Toma de decisión en la conducta de donación

La conducta de donación es mayoritariamente asociada por las personas a concepto de solidaridad y generosidad que definen un comportamiento altruista y/o prosocial.

Dado que esta conducta prosocial no se produce con la frecuencia necesaria, la escasez de órganos y tejidos se ha convertido en un problema social. El avance médico no es suficiente para aumentar la tasa de donación y en consecuencia es necesaria la concientización y contribución de la gente para solucionar esta situación a través de un cambio actitudinal y conductual.

El estudio del proceso de donación debe considerar la actitud, las creencias de la población y las dos alternativas de actuación, la donación o la no donación. En esta confrontación se debe reconocer la influencia de factores facilitadores e inhibidores así como la existencia de una intención de actuar según la alternativa adoptada.

Esta conducta de donación posee algunas peculiaridades destacables como la situación en que se produce, el hecho de que el donante no siempre es quien ejecuta la conducta pues participa y decide en algunos casos la familia, y la característica de no ser la donación una conducta repetitiva.

El acto de donación es un acto generoso y solidario que ha sido relacionado con el altruismo.

La conducta de donación genera desacuerdo cuando se esgrime su carácter prosocial y/o altruista, pues en la diferenciación de estos conceptos no existen unanimidad. Existe acuerdo en considerar a la conducta prosocial como aquella conducta social positiva que beneficia a otra persona pero el desacuerdo surge cuando se considera el sentido del beneficio como unidireccional o mutuo.

Surge de esta forma un criterio motivacional para clasificar las conductas prosociales. La motivación altruista implica el deseo de favorecer a otro con independencia del propio beneficio y la motivación no altruista abarca el deseo del propio beneficio junto o por encima del beneficio ajeno. Como consecuencia el grupo que elige el criterio de definiciones conductuales considera ambos términos, prosocial y altruista como sinónimos y el grupo basado en definiciones motivacionales diferencia ambas conductas.

Este grupo caracteriza a la conducta prosocial como aquella que beneficia a otra persona y se realiza voluntariamente teniendo en cuenta solamente los efectos. Por otro lado, son requisitos de una conducta altruista el ser realizada voluntariamente con la intención de ayudar a otros y sin esperar recompensa a corto o largo plazo.

Según Ortiz, toda conducta altruista sería prosocial pero no toda conducta prosocial sería altruista.

La diferenciación teórica se diluye en la práctica ante conductas específicas, pues en algunos casos no se puede conocer la intención debido a que ni la misma persona que la ejecuta es consciente de los procesos internos que la impulsan. En consecuencia, es comprensible aceptar la comparación de ambas conductas pues en la mayoría de los casos se pueden obtener al menos recompensas internas como la satisfacción personal y el aumento de la autoestima por la acción realizada.

El desarrollo de estas conductas estudiado desde un punto de vista general ha sido contemplado por modelos teóricos – explicativos de tipo biológico, sociobiológico, psicoanalítico, del aprendizaje y del desarrollo cognitivo.

Específica y más concretamente también se ha indagado en el conocimiento de los diferentes predictores de esta conducta y se los ha agrupado en tres niveles.

Los predictores motivadores pueden ser afectivos como la empatía u otras reacciones emocionales, o pueden ser cognitivos surgidos desde el juicio moral y las normas socioculturales. Otro grupo de predictores abarca variables relacionadas con la historia de la socialización que determinan la existencia de individuos que realicen más conductas prosociales que otros. Finalmente, los predictores situacionales incluyen la presencia o ausencia de observadores, el grado de claridad o ambigüedad situacional, los factores relacionados al beneficiario de la ayuda y la personalidad, género y atractivo de la persona que necesita ayuda.

El estudio del proceso de decisión, debido a la relación existente entre actitud, intención y conducta, requiere el conocimiento de éstos elementos.

Según Allport, la actitud es un estado mental y nervioso de disposición adquirido a través de la experiencia que ejerce una influencia directa o

dinámica sobre las respuestas del individuo a toda clase de objetos y situaciones con las que se relaciona. Las actitudes guían las conductas orientando y animando al individuo a actuar. La actitud tiene una naturaleza evaluativa con disposición favorable o desfavorable hacia un objeto, persona, institución o acción según los efectos, juicios e intenciones de acción que ésta evoca.

La concepción teórica de la conformación de las actitudes posee diferentes modelos. El modelo multidimensional tripartito de Rosenberg y Houlan es el más aceptado y define a la actitud como la predisposición a responder con cierta clase de respuestas ante los estímulos individuales, situacionales y sociales en base a tres componentes. El componente cognitivo con sus opiniones y creencias, el afectivo con sus sentimientos evaluativos y preferencias y el conductual con las acciones manifiestas y las declaraciones de intento.

Otro modelo teórico bidimensional elimina el componente conductual pues oscurece la relación entre actitud y conducta. A su vez, también existen modelos unidimensionales que reconocen la participación solamente del componente cognitivo (Fazio) o del afectivo (Fishbein y Ajzen).

Los factores determinantes de las actitudes pueden ser internos o externos. Estos son básicos pues conforman el contenido del sistema de creencias de las personas y modulan el carácter dinamizador del sistema de creencias sobre el que asientan las actitudes. Estos determinantes abarcan factores genéticos, fisiológicos, la experiencia personal con el objeto de actitud, la influencia de los padres, la escuela, los grupos de iguales, los grupos de referencia, los medios de comunicación, las características de personalidad y la conducta.

Existen múltiples enfoques teóricos relacionados con el proceso de formación de actitudes que abarcan teorías basadas en un enfoque estímulo respuesta, teorías funcionales, del juicio social, de la consistencia, la comunicación y el cambio de actitudes y enfoques combinatorios.

La decisión de llevar a cabo o no una conducta se conceptualiza como intención conductual y esto lleva a elaborar un plan con el objeto de realizar alguna acción futura. La intención o decisión conductual es probabilística pues

a mayor intención hay mayor probabilidad de que la persona lleve o trate de llevar a cabo una conducta.

Las investigaciones relacionadas con las actitudes han tenido por objeto predecir, cambiar y controlar las conductas.

Algunos opinan que dicha predicción puede realizarse en contadas ocasiones, en cambio otros autores sostienen la influencia directa de las actitudes sobre las conductas aceptando también la participación de las características situacional, variable de la personalidad, normas y motivaciones.

El proceso de decisión en la conducta de donación de órganos y tejidos comprende como se ha manifestado previamente, cuatro conductas que se relacionan y diferencian. La primera, es la donación de órganos propios como un riñón o parte del hígado. Esta conducta se da en vida y es el donante quien decide y ejecuta por lo cual se pueden estudiar todas las variables intervinientes. La segunda conducta, se refiere al consentimiento por parte de los familiares del fallecido. Sus variables son de más difícil estudio pues no es realizada por el donante y es llevada a cabo bajo circunstancias traumáticas y con escaso tiempo. La tercera, abarca la firma de una tarjeta de donación o la inscripción en un registro de donantes y la última conducta, es la manifestación de la decisión de donar a los familiares.

Estas dos últimas conductas no conllevan directamente a un aumento en el número de trasplantes pero indican una actitud favorable hacia la donación y/o intención de ejecutar la conducta de donar a futuro. Son solamente factores muy influyentes

Revisión de la literatura sobre la donación

En los años 60 y 70 del siglo pasado cuando el trasplante era considerado experimental, la investigación respecto al tema se concentraba en aspectos médicos incluyendo el perfeccionamiento de las técnicas de extracción e implante, las causas de rechazos y estudios sobre inmunodepresión.

Posteriormente con la aceptación terapéutica del trasplante el problema que cobró relevancia fue la escasez en la donación de órganos y tejidos y el progresivo aumento del número de pacientes en lista de espera. A partir de esta situación surgió el interés por la psicología en estudiar las actitudes de la

población y los profesionales sanitarios hacia la donación y trasplante de órganos, los factores que influyen negativamente en la donación, los perfiles psicológicos de los familiares donantes y no donantes y las estrategias de intervención para incrementar el número de donaciones.

Los estudios llevados a cabo se relacionan y agrupan en distintos aspectos que abarcan las variables relacionadas con la actitud e intención de donar los órganos, los programas educativos en la población debido a la relación directa entre el conocimiento y la actitud e intencionalidad hacia la conducta de donar, los profesionales relacionados con la donación y el trasplante, la familias donantes, las tarjetas de donación y los donantes vivos.

Existen diversos trabajos que estudian las variables relacionadas con la actitud e intención de donar. Éstos obtienen información, en base a muestras representativas de la población general, sobre actitudes hacia la donación, intención de donar órganos propios y familiares y diferentes variables relacionadas como el género, edad, raza, estado civil, lugar de residencia, conocimiento de alguien transplantado o del deseo de la persona fallecida, mantenimiento de conversaciones familiares, nivel de información sobre el tema, creencia religiosa, postura respecto a la autopsia e incineración, donación de sangre y diversas características psicológicas.

Actitud: La actitud respecto a la donación es positiva generalmente en España y otros países. La mayoría de las investigaciones denotan más de un 50% de actitud e intención de donar, pero al comparar estos resultados con el porcentaje de donaciones reales se aprecia una falta de concordancia.

Aspectos socio personales: Según diversas investigaciones mayoritariamente existen coincidencias en que las personas con más alto nivel de estudios suelen ser más favorables respecto a la donación; la actitud e intención de donar no están influidas por el género; los individuos más jóvenes son más favorables hacia todas las cuestiones concernientes a la donación; los solteros tienen mayor tendencia a donar los órganos de un familiar que los casados, separados o viudos; los sujetos con mayores niveles de ingresos económicos tienen una actitud más favorable; las minorías negras e hispanas en Estados Unidos tienen menor intención de donar y con respecto al lugar de residencia

se ha informado que la intención de la gente que vive en las capitales tiene mayor intención de donar órganos propios y familiares.

Conocer alguien transplantado o en lista de espera: Esta característica está significativamente relacionada con la disposición a ser donante.

Interacción psicosocial: Esta relación es fundamental pues se ha demostrado que si los deseos del donante son conocidos por la familia serán respetados con mayor probabilidad. Lamentablemente según las encuestas menos del 50% de los individuos ha comunicado su opinión a los familiares.

El nivel de información y conocimiento general sobre la donación de órganos y tejidos se relaciona directamente con una intención de actitud positiva hacia la misma. En este tópico se destaca la televisión y la prensa como los principales medios de información. La información obtenida sobre el objeto de actitud, en este caso específico la donación, genera creencias sobre el tema que permiten realizar una evaluación negativa o positiva del mismo para establecer una actitud que propicie una intención conductual y una conducta final ante la donación.

La información inadecuada genera creencias erróneas como la incompreensión del concepto de muerte encefálica que en España y en otros países se observa en 82% de los encuestados, la supuesta existencia de irregularidades e inequidades en la distribución de órganos, los presumidos errores médicos en el diagnóstico de muerte, la desfiguración del cadáver por la donación, las prohibiciones religiosas, la inutilidad de sus órganos por su edad o enfermedad y la incredulidad en la terapéutica del trasplante por considerarla un fracaso como tratamiento y por generarle una mala calidad de vida al receptor.

Según un trabajo de Pérez et al los donantes son menos religiosos y conservadores, tienen disposición positiva hacia la ciencia y no pertenecen a una religión formal. A su vez los donantes suelen tener mayor aceptación de la propia muerte con menor preocupación, ansiedad e inquietud por la integridad corporal que los no donantes. Estos últimos se preocupan más por la integridad corporal por el duelo familiar, el funeral posterior, las costumbres

religiosas y la existencia de supersticiones en relación a los rituales de enterramiento.

Se ha detectado también una relación positiva entre la donación y la realización de conductas prosociales como la participación en voluntariados, obras caritativas y la donación de sangre.

Con respecto a la personalidad de los donantes, los resultados son contradictorios en algunos casos y el número de investigación referidas al tema tampoco es cuantioso. Los donantes suelen poseer mayor estabilidad emocional, mayor capacidad intelectual, extroversión y apoyo social. En base a un trabajo realizado sobre estudiantes de psicología no se ha detectado una relación estadísticamente significativa entre la intención de donar y variables de personalidad y psicosociales.

Familias

Independientemente del tipo de consentimiento existente, en España, así como lo que sucedería en la Argentina si se aprobara la Ley de consentimiento presunto, tal como está planteada, la familia del potencial donante siempre es quien decide finalmente donar o no. Generalmente no existe relación entre la actitud de una persona hacia la donación y su accionar ante el pedido de consentimiento para donar los órganos y o tejidos de un familiar.

Las familias no donantes se caracterizan principalmente por poseer miedo a la mutilación del cadáver, creencias religiosas supuestamente contrarias y por la incompreensión de la muerte encefálica. El menor nivel cultural y de ingresos, la edad del fallecido, el estado anímico y la religiosidad intrínseca de los familiares junto al desconocimiento del deseo de la persona fallecida, el tratamiento brindado por el personal sanitario y no sanitario, la información proporcionada por los medios y la preocupación sobre irregularidades en la donación son otros factores que confluyen en la decisión negativa familiar.

Por otro lado, las familias donantes se caracterizan por conocer los deseos del donante, poseer deseos de ayudar a otros, ser útiles y obtener algo agradable de la muerte del donante, así como por estar influenciada por

factores relacionados con la buena experiencia hospitalaria, la satisfacción con el personal y por tener conciencia social.

En España la negativa familiar en 1992 era del 27,6% y por medio de campañas publicitarias, educación sanitaria de la sociedad y el esfuerzo de los coordinadores hospitalarios, se logró reducir este porcentaje en 1999 al 21%. En Argentina esta problemática es mayor, ya que entre el 2001 y el 2002 de 479 donantes frustrados el 68,3% se debió a la negativa familiar.

Aspectos Legales

Debido a los avances científicos en materia de trasplantología en los últimos años se han producido promulgaciones y modificaciones legislativas en diferentes países donde se desarrolla la actividad. Los objetivos fundamentales de estas normativas han sido:

- Facilitar la obtención de órganos y otros elementos biológicos para su posterior trasplante a personas con indicación médica.
- Proteger los derechos individuales del receptor.
- Señalar el marco jurídico dentro del cual pueden actuar los profesionales médicos y autoridades.

Existen distintos modelos de regulación jurídica.

El primer modelo es aquél que no regula y prohíbe el trasplante de órganos intervivos y sólo autoriza la extracción en cadáveres con fines docentes o de investigación. Este modelo es adoptado por algunos países de religión musulmana en África y Asia.

El segundo modelo corresponde a aquellas legislaciones que regulan la donación y el trasplante de órganos humanos. Dentro de este modelo se observan cuatro submodelos. Dos submodelos se diferencian según el tipo de donación que admiten. Uno, acepta donaciones de personas vivas y cadáveres como el instaurado en la mayoría de los países Europeos y en Argentina y el otro submodelo, sólo permite donaciones procedentes de cadáveres avalando la donación intervivos solamente en forma muy restrictiva como sucede en Gran Bretaña y Estados Unidos.

Los otros dos submodelos se diferencian según el tipo de consentimiento necesario. El consentimiento explícito parte del consentimiento

de donar por parte del donante o su familia y el consentimiento presunto es aquél en el que el Estado suple dicho consentimiento por su voluntad considerando como buena la donación de órganos para la comunidad y para cada persona.

Modelos Legislativos de Consentimiento Explícito y Presunto

Según los principios de la Organización Mundial de la Salud y las Directivas del Concilio de Europa, la remoción de órganos para trasplante no puede realizarse en contra de la voluntad expresa o presumida por la persona fallecida. En consecuencia, el consentimiento es un prerrequisito en todas las leyes de trasplante. Este puede ser implementado a través de dos vías legales que incluyen el consentimiento explícito y el presunto.

Según Margaret Somerville la diferencia fundamental radica en la presunción inicial que gobierna. En el consentimiento explícito la presunción es “no... a menos que” o sea que no se puede utilizar los órganos a menos que ciertas condiciones se cumplan. En el consentimiento presunto la presunción inicial es “sí... pero”. Los órganos en este caso pueden tomarse pero hay excepciones.

En ambos sistemas legales la decisión explícita durante la vida del difunto es el punto crucial. Ambas leyes se diferencian en lo que es presumido en ausencia de un deseo conocido del muerto. En el consentimiento presunto los órganos podrían removerse con algunas excepciones y en el consentimiento explícito los órganos no podrían removerse a menos ciertas condiciones se cumplan.

El camino de expresión de la voluntad o posición a donar determinará en gran parte la eficacia de la ley.

La correspondencia con el deseo del paciente fallecido puede ser rápida y fácilmente lograda si pudiera ser conocida al momento de morir porque de no ser así su autonomía sería una ficción.

La necesidad de registrar las voluntades ha sido avalada en distintas publicaciones. Un estudio desarrollado en Gales y Manchester demostró que el registro voluntario para donación de órganos efectivizó en los inscriptos la decisión de donar al morir. En cambio la Task Force en trasplante de órganos

en Estados Unidos en 1986 no halló que la inscripción incrementa el número de donantes.

La Task Force falló al considerar que el rol primario del registro no es aumentar el número de donantes, pues realmente el objetivo principal es conocer rápidamente el deseo del donante ya que el conocimiento de la misma favorecería la decisión de la familia. La inexistencia de un registro genera mayor probabilidad de no respetar la decisión del difunto.

Holanda, Dinamarca y el Reino Unido poseen consentimiento explícito y poseen centrales de registro.

En el ámbito del consentimiento presunto la necesidad de registrar la voluntad de las personas es progresivamente reconocida. En Bélgica, desde 1986 cada ciudadano tiene la posibilidad confidencialmente de expresar su voluntad de donar u oposición con la garantía de que esta decisión será honrada. La decisión puede ser modificada en cualquier momento y no puede ser denegada o regida por la familia del difunto.

En Francia y España no existe registro central, pero los hospitales autorizados para la extracción de órganos mantienen un registro donde los individuos y sus familias pueden asentar su decisión. En octubre de 1994 Portugal implementó un registro de no donantes.

Otras modalidades para expresar el deseo u objeción de donar son tan numerosas como muchas veces ineficientes incluyendo las tarjetas de donantes ya que son raramente transportadas y raramente encontradas cuando son necesarias y las licencias de conducir pues padecen de falta de confiabilidad para una libre decisión.

Derechos de la familia: Los derechos de los familiares son parte importante de las leyes de procuración. En el UK Human Tissue Act de 1961 el rol central de la familia es jugado ya que podría anular la decisión positiva pero no la negativa del difunto. En Estados Unidos la ley dice que la familia solamente interviene en el caso que el deseo del difunto no sea conocido.

Es en las leyes de consentimiento presunto donde se encuentra la mayor diversidad de conceptos en cuanto a los derechos de la familia. En Austria desde 1982, la ley de consentimiento presunto es referida como la más pura ya que la familia supuestamente no expresa su opinión sobre la donación.

Por su parte en Francia no hay obligación explícita de informar a la familia, pero el equipo de trasplante debería coleccionar cualquier información acerca de la voluntad del difunto y usualmente no hay otra alternativa de consultar a la familia debido a que no hay registro hospitalario. En teoría, la familia no podría objetar pero la remoción está prohibida si la familia siente que el difunto se oponía a la donación.

En Bélgica no hay obligación legal de consultar a la familia pero ésta podría iniciar la objeción a la donación. En Noruega y Finlandia el pariente más cercano debe ser informado "cuando sea posible" y "si las circunstancias lo permiten" sobre la intención de donar. La ley israelí requiere también que la familia sea informada y ésta tiene derecho a objetar. Finalmente España tiene consentimiento presunto, pero el consentimiento debe ser ratificado a través de un escrito signado por la familia.

Estas previsiones adicionales pueden modular el efecto de la ley comprometiendo la discutida eficacia de las leyes de consentimiento presunto. Lo mismo ocurre aunque en menor medida en los casos de consentimiento explícito.

Diferencias geográficas.

A finales de los 50, los países pioneros del trasplante en Europa occidental y Estados Unidos, comenzaron a establecer legislaciones sobre el tema. La mayoría de los países de habla inglesa adoptaron leyes basadas en el principio de consentimiento explícito, mientras que en Europa continental la mayoría adoptó el consentimiento presunto. Cuando en los ochenta se esparció el trasplante mundialmente los países con sistemas legales basados en tradición angloamericana, adoptaron leyes de consentimiento explícito como en todo latinoamérica exceptuando Colombia.

Medio Oriente y Asia reglamentaron leyes de consentimiento explícito excepto en Singapur, en tanto que Europa Continental, Rusia y los países orientales adoptaron el consentimiento presunto.

Países con programa de trasplante activo como Alemania y Holanda continúan con el consentimiento explícito como principio pero sin ley específica. Recién en 1998 en Holanda se formalizaría una ley con el consentimiento

nombrado. Dinamarca y Suecia cambiaron su principio presunto por el explícito, pero en 1996 Suecia retomó la presunción de la donación.

Esta diferencia geográfica no es azarosa, la ley es la respuesta de la sociedad a un problema o necesidad experimentada en un momento dado y refleja la actitud general de la gente influenciada por tradiciones culturales y religiosas.

Las dos principales leyes de consentimiento explícito fueron redactadas en Reino Unido y Estados Unidos en 1961 y 1968 respectivamente. En este contexto era prioritario establecer la legalidad del trasplante y la donación sin asegurar una oferta como principal resultado. Lógicamente una ley restrictiva fue adoptada.

En Europa continental, con excepción de la ley dinamarquesa en 1967, la mayoría de las leyes con consentimiento presunto fueron adoptadas más tarde pues la necesidad de una ley específica de órganos no fue sentida debido a la práctica más permisiva de autopsias.

Las leyes austríacas y belgas fueron establecidas en 1982 y 1986 cuando se hicieron necesarias las donaciones multiorgánicas y la escasez de órganos trasplantables se tornó un problema mayor. Esto generó leyes permisivas con oficialización del consentimiento presunto.

Diferencias religiosas y culturales

Alrededor de los rituales de muerte y duelo influyen en la aceptabilidad de la donación. Esto se objetiva en las prácticas de embalsamamiento que son utilizadas en EEUU, Canadá, Australia y cada vez con más frecuencia en Inglaterra, coincidiendo geográficamente con la aplicación del consentimiento explícito para trasplante. En países islámicos la ley prohíbe la mutilación del cadáver, por lo que el uso de donantes cadavéricos encuentra resistencia, adoptando como consecuencia leyes de consentimiento explícito.

En Japón extraer órganos es más difícil porque injuriar el cuerpo muerto es considerado un crimen por su cultura.

El budismo no pone resistencia contra la donación y en Europa y América las religiones católica y protestante dominantes tampoco influyen en la elección de un determinado tipo de consentimiento.

En los primeros días del trasplante las reglas imperantes sobre las exámenes post mortem fueron la base legal para la remoción de órganos. Entre Europa continental e Inglaterra se evidencia diferencia en la práctica de autopsias pues mientras las disecciones anatómicas eran corrientes en la primera desde el siglo XV, en los países de habla inglesa esta práctica languidecía debido a la asociación entre penalización y disección que permaneció hasta el acto anatómico de 1832. Los orígenes de esta situación se remonta a finales de siglo XVI cuando James IV de Escocia y Enrique VIII de Inglaterra cedieron a la Compañía Británica de Cirujanos y Barberos el derecho anual de cuatro cuerpos de criminales ahorcados, generando escasez de cuerpos de disección. A partir de 1832 la persona en posesión de su cuerpo se transformó en el depositario del derecho de autorizar la disección, autopsia y remoción de sus órganos.

Por otro lado en Europa continental la disección anatómica formal comenzó en 1340 en Montpellier y 1435 en Viena, en tanto que la patología moderna se inició en la escuela de Viena a través de Carl Von Rokitansky, quien podía realizar autopsias a partir de una ley elaborada en el siglo XVIII por la cual no se requería consentimiento familiar y la tradición de realizar autopsia a todos los muertos en hospitales públicos se estableció. Las disposiciones legislativas austríacas fueron modelo para muchos países europeos, entre ellos Bélgica que vivió bajo reglas austríacas durante la mayor parte del siglo XVIII. En este país también existe como tradición que la mayoría de los muertos en hospitales universitarios fueran sometidos a autopsias sin el consentimiento familiar. De esta manera entre 1963 y 1986 los programas de trasplante de las universidades belgas se basaron en esta tradición y no en una ley específica. Finalmente estas leyes fueron sancionadas bajo el principio de consentimiento presunto en Austria y Bélgica en 1982 y 1986.

Es de destacar que el contexto legal y cultural respecto del manejo del cuerpo muerto, con fuerte énfasis en los derechos de la familia del difunto en Gran Bretaña y EEUU, explican por qué en América el consentimiento presunto no es el camino elegido.

Eficiencia del consentimiento presunto e explícito

La efectividad de las leyes de trasplante es normalmente evaluada comparando el número de donantes reales pmh obtenidos en países con diferentes sistemas legales. Estas comparaciones deben realizarse cuidadosamente entre países con similar grado de desarrollo médico y tradiciones culturales. A su vez los datos deben ser tomados con precaución ya que el número de potenciales donantes puede ser variable según el número de accidentes fatales, la densidad y estructura etárea poblacional y el número de camas de cuidados intensivos disponibles. Por otra parte las leyes de trasplante sólo pueden crear el armazón dentro del cual la recuperación tiene que ser organizada.

La tasa final de órganos obtenidos es el resultado final de una cadena de eventos en la cual la actitud general de la población, la motivación de organización de los equipos de trasplante y la colaboración de los profesionales médicos y las administraciones hospitalarias jugarían un rol. Como consecuencia cualquiera de estos puede tornarse en un factor limitante.

Un estudio realizado por Land y Cohen en Europa concluyó en la ausencia de una obvia correlación entre la alta tasa de remoción de órganos y la existencia de leyes de consentimiento presunto. Sin embargo es de destacar que este resultado se debe a la inclusión de países como Polonia, Hungría, Grecia e Italia que poseen tasas de donantes pmh menores a 6 y a su vez se incluyeron en el estudio datos regionales (Madrid, Bavaria Sur, Cataluña) que no representan realmente las cifras reales de donantes pmh a nivel nacional.

En EE.UU. la UNOS reportó bajo ley consentimiento explícito una tasa de 17.9 de donantes pmh en 1992 y 19.24 en 1993.

En Europa la evaluación de la actividad trasplantológica comparada demuestra que los siete mejores resultados de donación se obtuvieron en países con consentimiento presunto, sugiriendo que este tipo de legislación influencia la mayor obtención de órganos.

Es destacado por la literatura que el consentimiento presunto no genera automáticamente resultados óptimos, pues solamente provee un ambiente más o menos favorable para el desarrollo de iniciativas que intentan aumentar la donación.

Como sucede en la ley italiana algunas disposiciones administrativas pueden tornar a las leyes de consentimiento presunto en un obstáculo más que en un incentivo a la donación. En Francia la ley de consentimiento presunto votada en 1976 no ha generado actualmente una tasa de donación significativamente mayor siendo esto descripto como un caso de ineffectividad de consentimiento presunto. Solamente desde 1982 cuando se estableció la actividad de los coordinadores regionales se logró un claro corte con mejoría de la procuración por lo que la ineficiente organización era el factor limitante de esta ley. Además, en Francia la ausencia de un registro central de deseo del donante llevó a la necesidad de solicitar a la familia la decisión en base a su opinión y sentimientos conllevando a una situación no muy distante de consultar para solicitar un real permiso.

Similar evolución fue vista en España que adoptó la ley de consentimiento presunto en 1977 con obligación de obtener consentimiento escrito de la familia. Durante los 10 años siguientes la procuración de órganos creció constantemente hasta una meseta de 15 donantes pmh y solamente después de la implementación, en 1989 de una red descentralizada de coordinadores la procuración se incrementó rápidamente. Estos datos demuestran que no fue la ley el determinante sino la coordinación.

Si consideramos el cambio en la tasa de donación coincidiendo solamente con la introducción de una ley de trasplante y se eliminan el rol de algunos factores intervinientes se pueden observar los siguientes resultados. Bélgica adoptó la ley de consentimiento presunto en 1986, mientras que Holanda continuó con una política de consentimiento explícito. Ambos países son similares en tamaño, población, densidad y desarrollo médico. Desde 1986, en Bélgica la tasa de donación aumentó mientras que la tendencia no se repitió en Holanda.

Por otro lado, el ejemplo holandés que posee una descentralizada red de coordinadores de trasplante demuestra que una excelente organización de procuración no es suficiente en sí mismo.

Como teoría también se ha argumentado que la responsable de la mejoría de la tasa de donación no ha sido la ley en sí misma sino la discusión y atención generada durante el procedimiento de votación. Si este supuesto sería totalmente verdadero uno debería esperar una influencia similar en todos

los centros de trasplante del país, pero en Bélgica se demostró la influencia de otros elementos como la división de la opinión médica. Por un lado se evidenció una fuerte oposición a la ley de consentimiento presunto en los centros de trasplante de Antwerp y por el otro lado existía apoyo de las instituciones y los profesionales en el departamento de Leuven. Esta diferencia generará distintos resultados, ya que Leuven incrementó masivamente el número de donantes mientras que Antwerp continuó el decepcionante patrón Holandés.

Estos conceptos ilustran que el voto de una ley de consentimiento presunto no resulta necesariamente en una actitud uniforme del personal médico y de la población. Para evaluar el impacto de una ley de consentimiento presunto en un país es esencial primero examinar la extensión con la cual este principio es aplicado.

Austria es otro ejemplo de lo antedicho ya que la votación de la ley de consentimiento presunto en 1981 no produjo un incremento inmediato en el número de donantes. Este efecto se produjo a partir de 1984 con el desarrollo de un modelo descentralizado de procuración de donantes en Viena y Linz. Posteriormente cuando en 1992 ocurrió una disminución en el número de donantes la realización de una encuesta de opinión entre las UCI colaboradoras determinó que el problema se relacionaba con el exceso de trabajo en las unidades de trasplante. La instauración de apropiadas medidas incrementaron las cifras a valores de donación previos.

La experiencia belga y austríaca confirman la importancia de una procuración de órganos eficiente y descentralizada con una motivación continua de los centros colaboradores. A su vez el marco legal provee el entorno adecuado para alcanzar los objetivos deseados.

Los datos enunciados en los países europeos con programas activos de trasplante demuestra una correlación entre la ley de consentimiento presunto y la mayor donación de órganos. Es comentado que el número de negativas familiares suele ser inversamente proporcional, según describen, al grado de responsabilidad dado a la familia en la decisión de donar. Atribuir esta mayor eficiencia a un menor número de objeciones podría ser simplista ya que la ley de consentimiento presunto en España es eficiente a pesar de la obligación de obtener el consentimiento escrito de la familia.

La ley de consentimiento presunto contribuye a la motivación de la profesión médica incrementando la seguridad legal y creando el consenso de que la donación de órganos es la regla.

Ante la duda de si una ley de consentimiento presunto podría ser igualmente efectiva en países con otras tradiciones relacionadas con la autopsia, la respuesta positiva podría ser sugerida por la experiencia en el trasplante de córneas en los EE.UU.

Según un estudio mundial de Lee et al se concluyó que existe evidencia que el movimiento que se aleja del consentimiento requerido a la familia está asociado con un mayor número de donación de órganos y tejidos.

Las leyes de trasplante y la autonomía individual

En oposición al consentimiento explícito que es asumido por preservar mejor la autonomía individual, el consentimiento presunto suele ser representado como una ley coercitiva donde el estado podría usar los cuerpos sin consentimiento familiar.

La decisión individual es considerada esencial en ambos tipos de leyes, pero en la práctica la autonomía es frecuentemente comprometida.

En EE.UU. se establece que una donación anatómica que no es revocada por el donante antes de su muerte es irrevocable y no requiere el consentimiento de ninguna persona después de la muerte del donante pero en la práctica esta garantía no es honrada ya que aunque la tarjeta del donante firmada constituye un consentimiento legal efectivo los médicos son reacios a extraer los órganos en base a la tarjeta y siempre requieren el consentimiento del pariente más cercano. Esto significa que en la práctica el deseo del difunto de donar, aunque explícitamente expresado por escrito, está subordinado a la decisión del pariente más cercano. La razón sería la renuencia del personal médico a ofender los sentimientos de la familia.

Esta práctica común en la mayoría de los países con consentimiento explícito es una contradicción con el principio de autonomía individual.

De esta manera según opinan algunos, la decisión del difunto es más probablemente honrada bajo leyes de consentimiento presunto especialmente si existe un registro establecido por ley como en Bélgica.

Frente a la pregunta sobre si ante la ausencia de voluntad expresada del difunto es más ético de presumir el consentimiento o el rechazo debemos saber que en ambos casos se puede no estar respetando los deseos del muerto. Pero esto es menos probable con el consentimiento presunto si la mayoría de las encuestas de opinión indican que en la población hay una predominante tendencia a favor de la donación.

Aceptabilidad de la Ley

Además de los pacientes esperando para un trasplante, tres grupos de personas son directamente afectadas por la ley incluyendo a los ciudadanos, familiares del donante y los profesionales médicos.

Una ley de trasplante eficiente tiene que alcanzar un compromiso aceptable entre los intereses en conflicto de los cuatro grupos incluidos.

Legislación Argentina

En nuestro país, desde su sanción en abril de 1993, rige la ley nacional 24193 de "Trasplante de órganos y material anatómico humano".

Esta ley se refiere a la ablación de órganos y material anatómico humano para su implantación de cadáveres humanos a seres humanos o entre seres humanos exceptuando los tejidos y materiales anatómicos naturalmente renovables y separables del cuerpo humano.

Según la ley dicha ablación e implantación será realizada cuando se hayan agotado otros medios o recursos disponibles o cuando éstos sean inconvenientes o insuficientes para la salud del paciente.

Los médicos y las instituciones participantes de estos procedimientos deberán estar habilitados y registrados ante la autoridad de contralor.

Esta ley permite la donación en vida cuando ésta no causara un perjuicio grave en la salud del dador y cuando exista una perspectiva de éxito para conservar la vida o mejorar la salud del receptor.

La donación en vida solamente puede ser realizada por una persona capaz y mayor de 18 años de edad para un receptor con relación de parentesco por cosanguinidad o por adopción hasta cuarto grado, para el cónyuge o conviviente de más de tres años o más de dos años si tienen hijos. En este tema la excepción se da ante el trasplante de médula ósea pues el

dador puede ser cualquier persona capaz mayor de 18 años sin limitación de parentesco o menor de 18 años con relación de parentesco con el receptor y autorización del representante legal.

La ley define que los gastos de ablación e implante no serán solventado por el dador o sus derechohabientes sino por la cobertura social o sanitaria del receptor.

En su artículo 19 dispone que toda persona capaz y mayor de 18 años pueda autorizar para después de su muerte la ablación de órganos y materiales anatómicos de su cuerpo para implantar en humanos vivos o para investigación. El donante puede especificar los órganos y tejidos cuya ablación autoriza o prohíbe y los fines que permite. Esta autorización es revocable por el dador y no revocable por persona alguna después de su muerte.

Según el artículo 20 el registro de la voluntad de donar, no donar o la negativa de expresar su voluntad puede ser realizado por los funcionarios del Registro del estado civil y capacidad de las personas, la policía federal y el INCUCAI.

Ante muerte natural y ausencia de voluntad expresa del fallecido, la autorización para la ablación puede ser dada por los familiares ordenados en jerarquía y con conservación de sus facultades mentales en el lugar del deceso. La oposición de una persona de la misma jerarquía elimina la posibilidad de donar. En ausencia de las personas mencionadas se requiere la autorización del Juez Ordinario en lo civil con competencia territorial.

Ante muerte violenta, sin voluntad expresa y con ausencia de familiares, la autoridad competente debe procurar ubicar a los familiares para requerir la conformidad de ablación y en caso de no localizarlo se estipula que en 6 hs podrá requerir autorización al juez de la causa siempre y cuando surja indiscutiblemente la causa de la muerte y no se genera un riesgo para el resultado de la autopsia.

En el artículo 23 se estipulan los criterios para definir el fallecimiento de una persona.

Las prohibiciones para ablacionar y para contraprestar o coaccionar al dador son enumeradas en la ley así como también se definen las penalizaciones por incumplimiento de la norma, las funciones del INCUCAI y su directorio.

En el artículo 62 especifica que a partir del 1 de enero de 1996 se presumirá que toda persona capaz y mayor de 18 años que no hubiere manifestado su negativa voluntad en forma del artículo 20 habrá tácitamente conferido la autorización a que se refiere el artículo 19. A su vez determina que los familiares enumerados en el artículo 21 pueden oponerse a la ablación. Este último artículo vislumbraba la intención de transitar el camino desde el consentimiento expreso al presunto que actualmente se propugna.

Posteriormente en julio del 2000 la ley 25281 realizó algunas modificaciones referidas a los casos de muerte violenta y a la prohibición de ablación.

El 1 de octubre del 2004 fue enviado al Honorable Congreso de la Nación Argentina un proyecto de ley con modificaciones de la ley 24193. Este proyecto instituye el consentimiento presunto en coincidencia con el espíritu de la norma que prioriza la conciencia solidaria de los futuros donantes y presumiendo que su silencio deviene de la voluntad de evitar los engorrosos trámites burocráticos dispuestos para proceder a la donación.

Esta nueva normativa propone que toda persona es donante de órganos y tejidos, salvo manifiesta expresión de lo contrario y estipula que quien no desee ser donante corra con la carga de manifestarse expresamente en ese sentido.

De esta manera se procura que cada integrante de la sociedad reflexione y ejerza su derecho de autodeterminación.

La modificación del artículo 62 define que el Poder Ejecutivo Nacional deberá llevar adelante una intensa campaña señalando el carácter altruista, desinteresado y solidario de la donación de órganos y tejidos con el objetivo de informar a la población sobre el alcance del régimen instaurado por la presente ley a través del Ministerio de Salud y Ambiente o, si este lo dispone, a través del INCUCAI.

Por otra parte, este proyecto modifica el directorio del INCUCAI, sustituye el término "material anatómico" por "tejido" y considera el xenotrasplante y la obtención y preservación de células hematopoyéticas para su posterior implante.

La discusión sobre este tema está actualmente instaurada en la sociedad. El disenso ante esta medida, se hace escuchar esgrimiendo la

generación de una distorsión de criterios morales al ignorar la deliberación personal y familiar y presuponer la respuesta en un solo sentido. Quienes se oponen consideran injusto promover la explícita negación a donar pues esto dividiría a la sociedad en solidarios y egoistas en un tema donde la decisión compromete valores personales de orden filosóficos, religiosos, cultural y hasta la misma confianza en el poder público.

Otro argumento en contra de este proyecto es el marco social en que se instaura ya que en un contexto con 50% de la población por debajo de la línea de pobreza, con un analfabetismo que afecta a un millón de personas y con 4 millones de habitantes que no pueden comprender un texto, es erróneo suponer que el silencio significa asentir la donación de órganos y tejidos.

Trabajo de campo

Con el objetivo de relevar la opinión de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con respecto a la problemática de la escasez en la donación de órganos y tejidos es llevado a cabo, junto a un ayudante, una encuesta estructurada confeccionada por mí.

Dicho instrumento, que no posee una adecuada validación metodológica, fue utilizado el día 10 de octubre de 2005. En esta fecha se eligieron 100 ciudadanos mayores de 18 años para ser interrogados en la zona de Costanera Sur.

A pesar de la elección azarosa, guiada por principios de heterogeneidad y equilibrio en cuanto al perfil de edad, género, nivel social, económico y cultural de los entrevistados, se debe reconocer que dicha muestra no cumple con estrictos requisitos para ser considerada representativa de la población porteña.

Luego del relevamiento, los resultados fueron procesados. La revisión, cuantificación, categorización y ordenamiento de la información permitieron establecer frecuencias, proporciones y medias.

Este procesamiento fue más fácil con aquellas preguntas estructuradas dicotómicas, mientras que la dificultad se acrecentó ante las preguntas que

permitían respuestas abiertas menos cuantificables pero con mayor riqueza cualitativa para su posterior interpretación.

A continuación se presenta el modelo de encuesta utilizado.

Modelo de encuesta

Sexo:

Edad:

- 1) ¿Estaría dispuesto a donar sus órganos y tejidos?
- 2) En caso de no donar ¿Qué motiva su decisión?
- 3) En caso de tener intención positiva de donar ¿Ha expresado su voluntad de donación por medio de su inscripción como donante?
- 4) Si no ha expresado su intención ¿qué es lo que ha determinado esta conducta?
- 5) ¿Expresó su decisión de donar o no donar a sus familiares?
- 6) ¿Concedería permiso para la ablación de órganos y tejidos de un familiar fallecido?
- 7) ¿Qué motiva su decisión con respecto a la donación de órganos y tejidos de un familiar?
- 8) ¿Cree tener la suficiente información sobre el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos?
- 9) ¿Qué tipo de órganos sabe que se trasplantan en la Argentina?
- 10) ¿Qué tipo de tejidos sabe que se trasplantan en la Argentina?
- 11) ¿Conoce el significado del concepto de muerte cerebral?
- 12) En caso afirmativo, ¿podría explicarlo?
- 13) ¿Cree en el concepto de muerte cerebral como definición de muerte?
- 14) ¿Es o ha sido donante de sangre?
- 15) ¿Conoce a una persona transplantada o en lista de trasplante?
- 16) ¿Posee una actitud positiva o negativa ante la autopsia y la incineración?
- 17) ¿Confía en las instituciones y en las personas que participan en el proceso de donación y trasplante?
- 18) ¿Supone la existencia de irregularidades en el procedimiento de diagnóstico de muerte, extracción y distribución de órganos y tejidos?
- 19) ¿Conoce el significado del concepto de consentimiento explícito para la donación?

20) ¿Conoce el significado del concepto de consentimiento presunto para la donación?

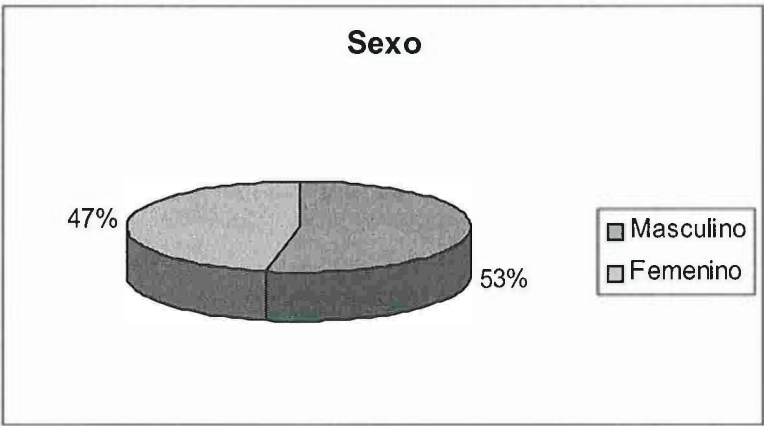
21) Según el principio de consentimiento presunto, se establece el carácter de donante de todos los ciudadanos argentinos mayores de 18 años a menos que expresen su voluntad contraria, siendo siempre consultada la familia antes de la extracción para preservar la posibilidad del cambio de voluntad del donante a último momento. Este nuevo principio ¿modifica su actitud y conducta actual hacia la donación?

Procesamiento de datos

Edad promedio: 39.4 años

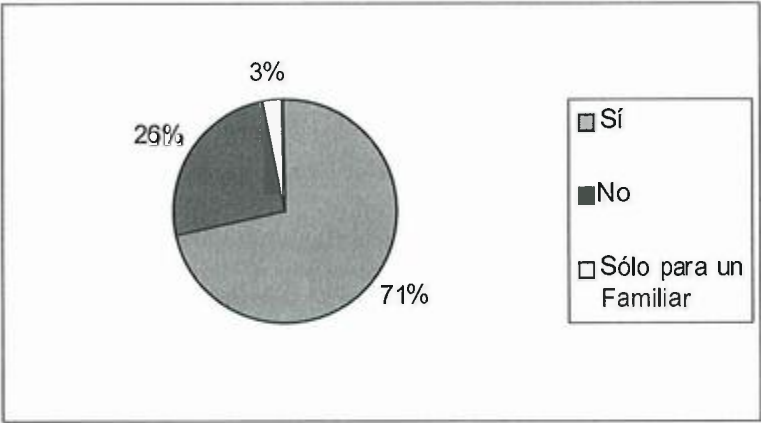
Sexo:

Sexo	Porcentaje
Masculino	53%
Femenino	47%



1 ¿Estaría dispuesto a donar sus órganos y tejidos?

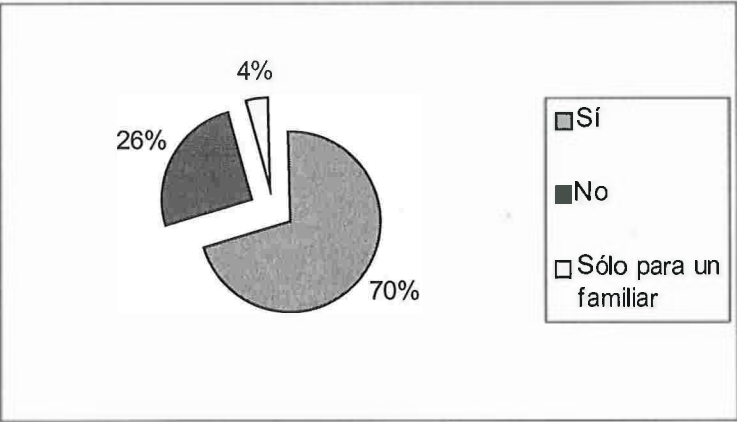
Respuesta	Porcentaje
Sí	71%
No	26%
Sólo para un Familiar	3%



1a Disposición a donar según género

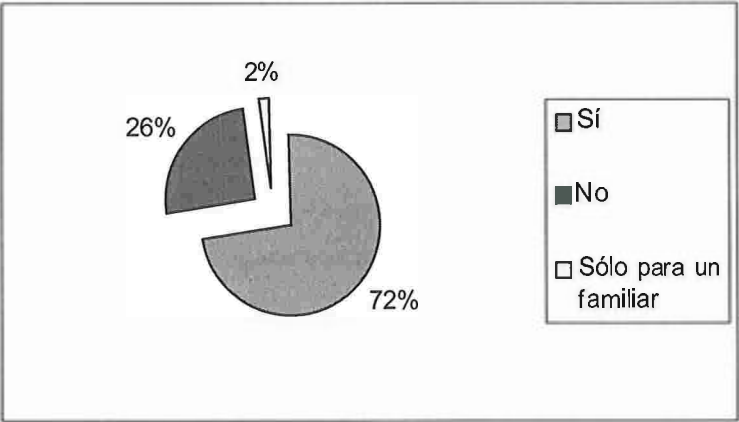
Masculino

Respuesta	Valor Absoluto	Porcentaje
Sí	37	70
No	14	26
Sólo para un familiar	2	4
Total	53	100



Femenino

Respuesta	Valor Absoluto	Porcentaje
Sí	34	72
No	12	26
Sólo para un familiar	1	2
Total	47	100

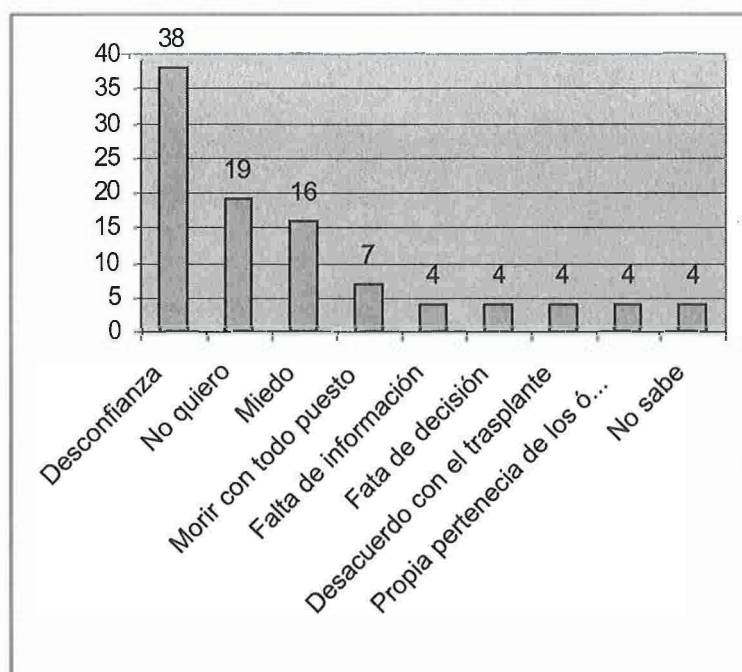


2) En caso de no donar ¿Qué motiva su decisión?

Respuesta	Valor absoluto	Porcentaje
Desconfianza	10	38
No quiero	5	19
Miedo	4	16
Morir con todo puesto	2	7
Falta de información	1	4
Falta de decisión	1	4
Desacuerdo con el trasplante	1	4
Propia pertenencia de los órganos	1	4
No sabe	1	4
Total	26	100

Causas de desconfianza

Respuesta	Valor absoluto
Instituciones	5
Sin motivo expreso	3
Ética Gubernamental	1
Diagnóstico de muerte	1
Total	10



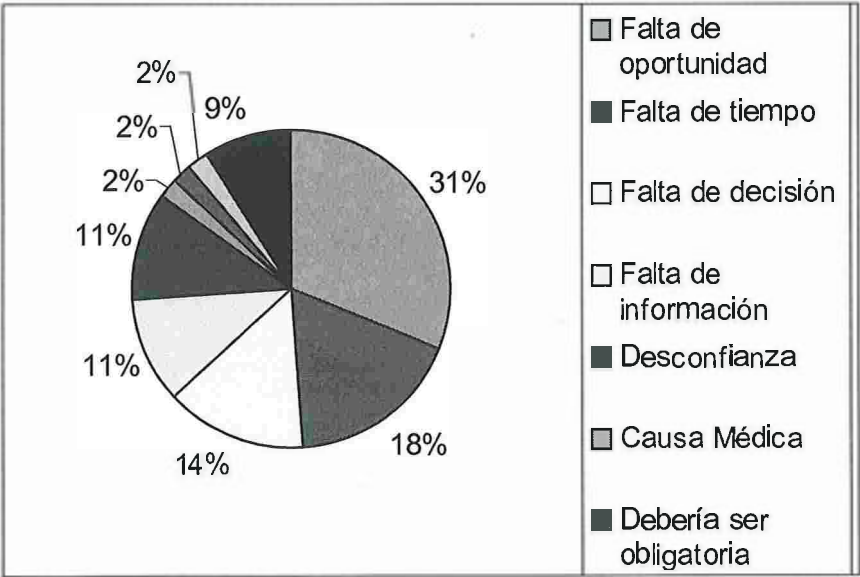
3) En caso de tener intención positiva de donar ¿Ha expresado su voluntad de donación por medio de su inscripción como donante?

Respuesta	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	26	37
No	45	63
Total	71	100



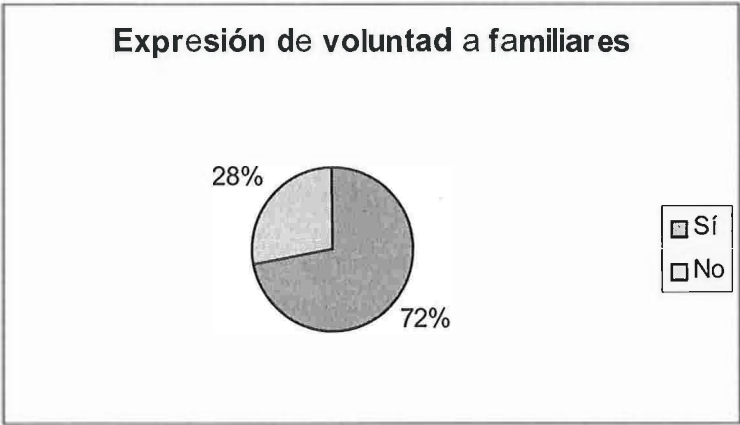
4) Si no ha expresado su intención ¿qué es lo que ha determinado esta conducta?

Motivo	Valor absoluto	Porcentaje
Falta de oportunidad	14	31
Falta de tiempo	8	18
Falta de decisión	6	14
Falta de información	5	11
Desconfianza	5	11
Causa Médica	1	2
Debería ser obligatoria	1	2
Sólo expresada a su familia	1	2
No sabe / No contesta	4	9
Total	45	100



5) ¿Expresó su decisión de donar o no donar a sus familiares?

Respuesta	Porcentaje
Sí	72
No	28
Total	100



6) ¿Concedería permiso para la ablación de órganos y tejidos de un familiar fallecido?

Respuesta	Porcentaje
Sí	55
No	33
Depende de la decisión previa del familiar	11
No sabe	1
Total	100



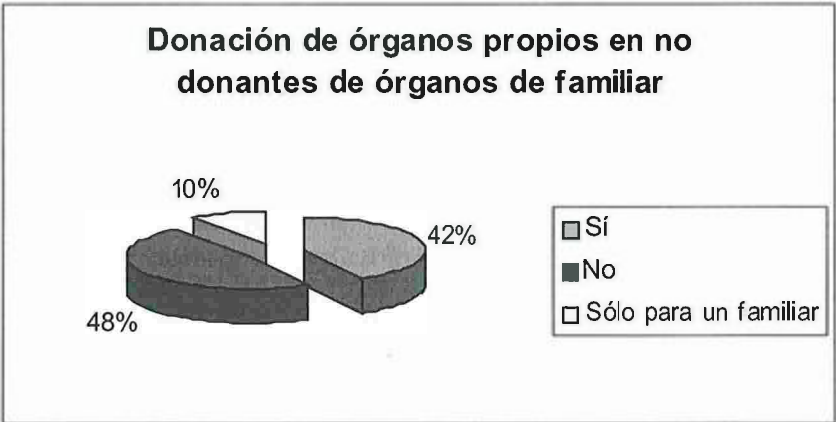
6 a) Donación de órganos propios en donantes de órganos de familiar

Respuesta	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	47	85
No	8	15
Total	55	100



6b) Donación de órganos propios en no donantes de órganos de familiar

Respuesta	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	14	42
No	16	48
Sólo para un familiar	3	10
Total	33	100



7) ¿Qué motiva su decisión con respecto a la donación de órganos y tejidos de un familiar?

Decisión positiva

Motivos	Valor absoluto
Ayuda al prójimo	20
Dar, salvar, defender la vida	12
Inutilidad de órganos postmortem	6
Decisión del familiar	3
Aceptación de la donación	3
Necesidad del prójimo	3
Continuar la vida en otro	2
Idea compartida por la familia	2
Donar es bueno	1
Sólo para un familiar	1
No contesta	2
Total	55

Decisión negativa

Motivos	Valor absoluto
Respeto a la decisión familiar	9
Decisión personal	4
Desconocimiento de decisión familiar	3
Desconfianza	4
Desconfianza del diagnóstico de muerte	3
Desconfianza en instituciones	1
Falta de decisión	1
Falta de voluntad	1
Decisión divina	1
Morir con todo puesto	1
No toquen a mis familiares	1
Rechazo de la donación	1
Dolor por la extracción	1
Rechazo al ser humano	1
No contesta	1
Total	33

8) ¿Cree tener la suficiente información sobre el proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos?

Respuesta	Porcentaje
Suficiente	30
Insuficiente	70
Total	100



9) ¿Qué tipo de órganos sabe que se trasplantan en la Argentina?

Órganos/ Información	Suficiente (n=30)		Insuficiente (n=70)	
	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje
Hígado	20	66	39	55
Riñón	19	63	39	55
Corazón	26	86	57	81
Pulmón	12	4	27	38
Páncreas	4	13	8	11
Intestino	0	0	2	2

10) ¿Qué tipo de tejidos sabe que se trasplantan en la Argentina?

Tejidos/ Información	Suficiente (n=30)		Insuficiente (n=70)	
	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje
Médula ósea	15	5	22	31
Córnea	11	36	23	32
Hueso	2	6	0	0
Piel	9	30	17	24

11) ¿Conoce el significado del concepto de muerte cerebral?

Respuesta	Porcentaje
Sí	78
No	22
Total	100



11.a Conocimiento del significado de muerte cerebral según nivel de información

Conocimiento/ Información	Suficiente (n=30)		Insuficiente (n=70)	
	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	27	90	51	72
No	3	10	19	28

12) En caso afirmativo, ¿podría explicarlo?

12.a) Explicación del concepto de muerte cerebral en individuos con conocimiento de su significado y suficiente información (n=27)

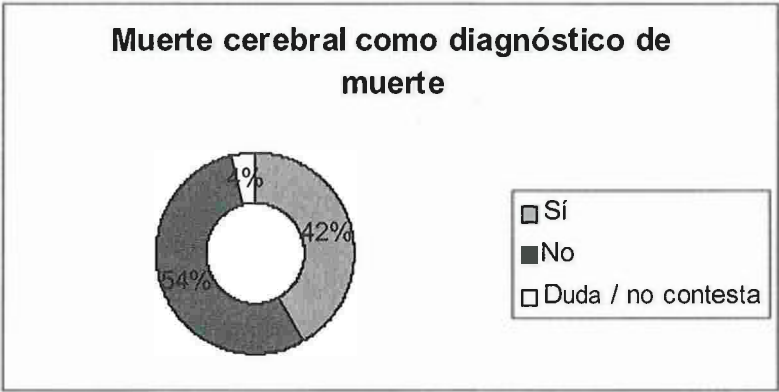
Explicación	Valor absoluto
Cerebro muerto con corazón latiendo	4
Cerebro muerto pero el paciente vive	1
Cerebro muerto	4
Cerebro sin función	2
Electroencefalograma plano	3
Paro cardíaco sin flujo cerebral	1
Muerte de órganos vitales	1
Estado vegetativo	1
Muerte del cuerpo con conservación de funciones vitales	1
Paciente muerto	1
Deja de existir el organismo	1
Falta de respuesta del cuerpo	2
Corazón funciona pero sin sentir dolor	1
Estar vivo sólo físicamente	1
Morir pero estar vivo	1
No sabe explicarlo	1
No contesta	1
Total	27

12 b) Explicación del concepto de muerte cerebral en individuos con conocimiento de su significado e insuficiente información (n=51)

Explicación	Valor absoluto
Cerebro sin función	11
No sabe / No contesta	5
Cerebro muerto con corazón latiendo	8
Cerebro no funciona pero mantiene función de órganos vitales	6
Estado vegetativo	4
Inconsciencia con órganos funcionando	3
Falta de irrigación cerebral	2
Electroencefalograma plano	2
Cerebro sin función temporalmente	1
Actividad solamente de funciones vitales	2
Derrame cerebral	1
Corazón funciona sólo	1
Respira pero no piensa	1
Respira pero no funciona	1
Cuerpo vive pero no reacciona	1
Conciencia sin movimiento y corazón latiendo	1
Muerte total	1
Total	51

13) ¿Cree en el concepto de muerte cerebral como definición de muerte?

Respuesta	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	33	42
No	42	54
Duda / no contesta	3	4
Total	78	100



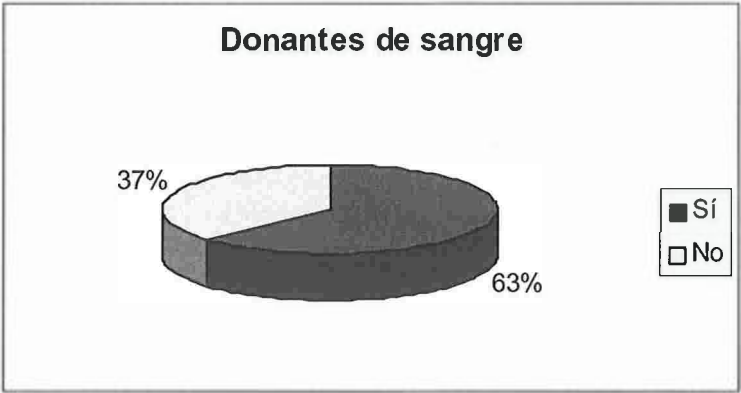
13a Creencia en el concepto de muerte cerebral como diagnóstico de muerte entre individuos con conocimiento de su significado según su nivel de información (n=78)

Creencia / Información	Suficiente (n=27)		Insuficiente (n=51)	
	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	11	41	22	43
No	14	52	28	55
Duda / No contesta	2	7	1	21
Total	27	100	51	100



14) ¿Es o ha sido donante de sangre?

Respuesta	Porcentaje
Sí	63
No	37
Total	100



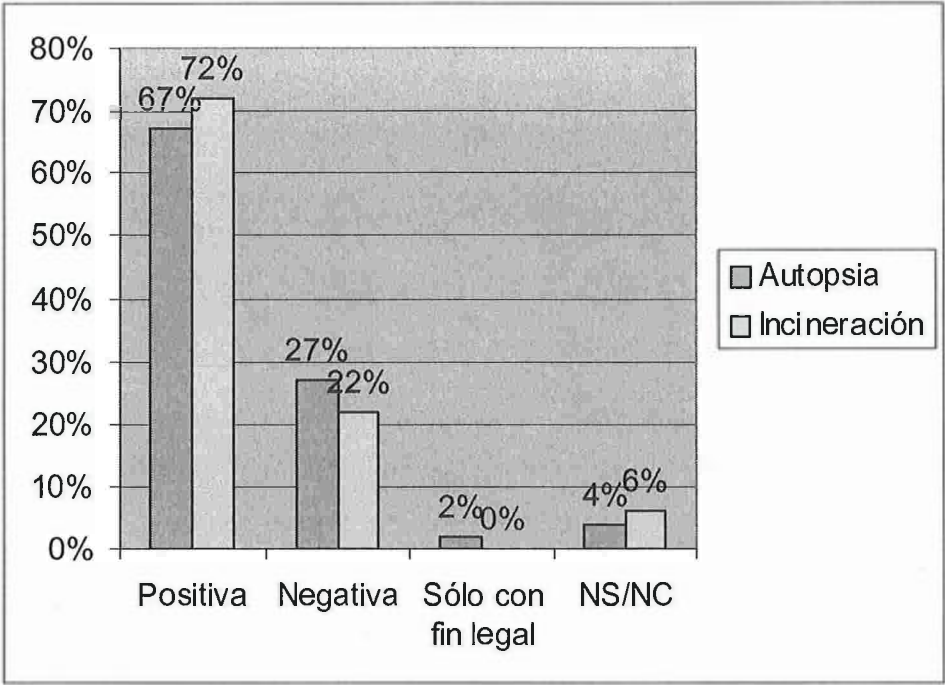
15) ¿Conoce a una persona trasplantada o en lista de trasplante?

Respuesta	Porcentaje
Sí	26
No	74
Total	100



16) ¿Posee una actitud positiva o negativa ante la autopsia y la incineración?

	Positiva	Negativa	Sólo con fin legal	NS/NC
Autopsia	67%	27%	2%	4%
Incineración	72%	22%	0%	6%



17) ¿Confía en las instituciones y en las personas que participan en el proceso de donación y trasplante?

Respuesta	Porcentaje
Sí	49
No	39
Poco	6
NS/NC	6
Total	100



18) ¿Supone la existencia de irregularidades en el procedimiento de diagnóstico de muerte, extracción y distribución de órganos y tejidos?

Respuesta	Porcentaje
Sí	63
No	33
No sabe	4
Total	100



18 a) Suposición de irregularidades según nivel de confianza

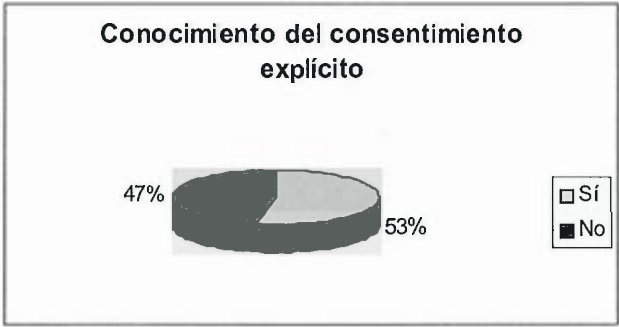
Respuesta / Confianza	Sí (n=49)		No (n=39)	
	Valor absoluto	Porcentaje	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	16	33	37	95
No	31	63	1	2,5
No sabe	2	4	1	2,5
Total	49	100	39	100





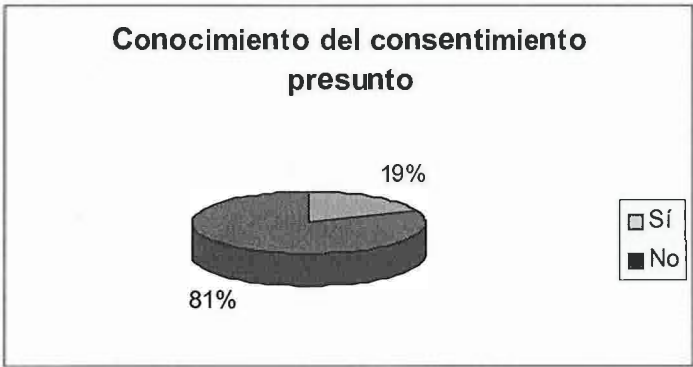
19) ¿Conoce el significado del concepto de consentimiento explícito para la donación?

Respuesta	Porcentaje
Sí	53
No	47
Total	100



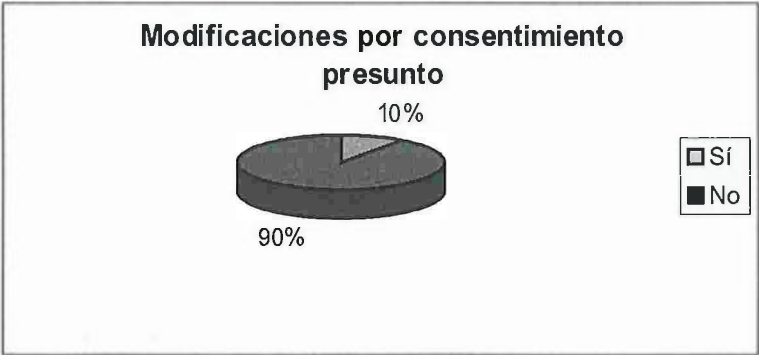
20) ¿Conoce el significado del concepto de consentimiento presunto para la donación?

Respuesta	Porcentaje
Sí	19
No	81
Total	100



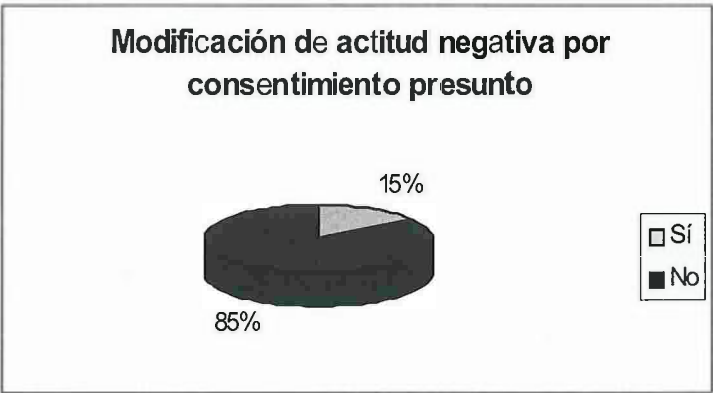
21) Según el principio de consentimiento presunto, se establece el carácter de donante de todos los ciudadanos argentinos mayores de 18 años a menos que expresen su voluntad contraria, siendo siempre consultada la familia antes de la extracción para preservar la posibilidad del cambio de voluntad del donante a último momento. Este nuevo principio ¿modifica su actitud y conducta actual hacia la donación?

Respuesta	Porcentaje
Sí	10
No	90
Total	100



21 a) Modificación de actitud y conducta negativa hacia la donación por sanción del consentimiento presunto (n=26)

Respuesta	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	4	15
No	22	85
Total	26	100



21 b) Modificación de actitud y conducta en individuos con intención positiva de donar que no se han registrado por sanción del Consentimiento presunto (n=45)

Respuesta	Valor absoluto	Porcentaje
Sí	3	7
No	42	93
Total	45	100



Análisis de datos

A partir de los datos obtenidos se puede apreciar una edad promedio de 39,4 años en los sujetos encuestados con equilibrada relación entre el sexo masculino, 53% y femenino, 47%.

La solidaria intención de donar órganos y tejidos se observa en un 71 % de los individuos mientras que el 26% de la muestra no estaría dispuesta a donar. Solamente un 3% aclaró que la donación de sus órganos y tejidos es posible siempre y cuando el destinatario fuese un familiar propio.

El subanálisis de intención hacia la donación de órganos y tejidos denota cifras similares entre los hombres y mujeres. El 72% de los hombres donarían, un 26% no lo haría y 4% lo haría para un familiar. Por su parte el 72% de las mujeres sería donante, un 26% no acepta donar sus órganos y tejidos y solamente 2% lo donaría para un familiar.

De los 26 individuos que no donarían, la intención negativa estaría motivada por la desconfianza en el 38% de los mismos, 19% no quiere donar,

16% refiere miedo, 7% desea morir con sus órganos y los restantes sujetos argumentan individualmente la falta de información, la falta de decisión, el desacuerdo con el transplante de órganos y tejidos, la posesión de sus órganos y el desconocimiento que motiva su negativa.

En este punto se analizaron más profundamente las causas que generan desconfianza en los 10 individuos que la esgrimieron. 50% desconfía de las instituciones, 30% no expresó una etiología definida, 10% se la adjudicó a la ética gubernamental y un 10% esgrimió como motivador la duda ante el diagnóstico de muerte.

En la tercer pregunta se detecta que entre los individuos con positiva intención de donar solamente un 37% ha expresado su decisión registrándose como donante, en tanto un 63% no lo ha hecho.

Las motivaciones que sustentan la brecha provocada por la falta de registro de los individuos con intención positiva de donar son múltiples. La principal etiología referida es la falta de oportunidad en el 31% de los casos. Le siguen la falta de tiempo en el 18% la indecisión en el 14% y la escasa información en el 11%. También un 11% definió a la desconfianza como causal de su falta de registro.

Posteriormente, causas médicas, el sentido de que la obligación debiera ser obligatoria y la expresión de su intención de donar a sus familiares agrupan el 6% de las causas de no registro explícito. Finalmente, el 9% no sabe o no contesta este interrogante.

En la quinta pregunta el 72% de los encuestados comenta haber expresado su posición negativa o positiva frente a la donación a sus familiares.

Respecto al consentimiento para la ablación de órganos y tejidos de un familiar fallecido el 55% de los sujetos mostró opinión favorable, 33% se opuso, 11% supedita su decisión a la decisión previa del difunto y un 1% no definió su opinión. En este ítem se realizó un subanálisis determinándose que entre los 55 individuos que donarían los órganos de un familiar, 85% de los mismos tienen intención favorable para la donación de sus propios órganos y tejidos en tanto que un 15% no los donaría. A su vez, entre los 33 individuos que donan los órganos y tejidos de un familiar el porcentaje de donantes de órganos y tejidos propios se reduce a 42% y aumenta hasta el 48% los que no los

donarían. Asimismo, en este grupo surge un 10% de encuestados que sólo ofrecería sus órganos para un familiar que los necesite.

La decisión positiva de donar órganos de un familiar es predominantemente generada por el objetivo de ayudar al prójimo en 20 casos y en 12 casos con el fin de dar, defender o salvar la vida de quien lo necesita. Otras motivaciones positivas incluye la inutilidad de los órganos una vez producido el deceso la decisión del familiar respecto al tema, la aceptación de la donación como práctica y la necesidad del prójimo. Finalmente, una cantidad menor de consultados argumenta la idea de continuar la vida de su familiar en otra persona, el compartido sentimiento por toda la familia y la bondad del acto de donación. Un solo sujeto donaría solamente para un familiar y dos no contestaron ante la pregunta.

Por otro lado la decisión negativa de donar órganos de un familiar difunto fue motivada primordialmente por el respeto a la decisión familiar, la consideración de ésta como una decisión personal y el desconocimiento de la postura del familiar fallecido. Otro motivo numéricamente remarcable fue la desconfianza sin motivo preciso, la desconfianza en el diagnóstico de muerte y en las instituciones participantes. Otras etiologías que fundamentaron la negativa en individuos aislados fueron la falta de información, la falta de deseo, el considerar a la muerte como una decisión divina, el rechazo y el dolor ante la manipulación y ablación del cadáver y el rechazo al ser humano por su falta de solidaridad.

El nivel de información sobre la temática de donación y transplante fue abordado en la octava pregunta. Según sus resultados un 30% de la muestra cree tener suficiente información, mientras que 70% considera que su información es insuficiente.

Con el fin de objetivar y comparar dicho nivel de información se evaluó el conocimiento de algunos temas clave, básicos y fundamentales del problema.

El órgano trasplantado más conocido por la población es el corazón en un 86% de los individuos que consideran estar bien informados y en 81% de los que no. El trasplante de hígado se halla en segundo lugar con 66% y 55% de conocimiento en los respectivos grupos y en tercer lugar se halla el trasplante renal con similares porcentuales. Luego se consignan el transplante de pulmón, páncreas e intestino en un número menor de individuos.

Con respecto a los tejidos transplantados conocidos, el más difundido es el de médula ósea en el 50% de los sujetos con conocimiento suficiente y en 30% de los que consideran insuficiente su información. El 36% y 32% respectivamente nombró al transplante de córnea y el trasplante de piel fue citado por 30% de los que se consideraban suficientemente informados y 24% del otro grupo.

De los tejidos conocidos el menos frecuentemente citado fue el transplante óseo.

El concepto de muerte cerebral es conocido por 78% de los sujetos,, mientras que 22% no tenía noción de su significado. Los individuos con información suficiente sostuvieron conocerlo en el 90% de los casos, mientras que una cifra de 62% lo sabía en el grupo menos informado.

La explicación del concepto de muerte cerebral entre quienes argumentaron saber su significado arrojó múltiples definiciones al brindarse la posibilidad abierta de responder para no inducir determinadas respuestas. En el grupo con información suficiente, 27 sujetos, solamente cuatro entrevistados (15%) identificaron la falta de funcionamiento cerebral con corazón batiente como concepto. El resto, 85%, vertió conceptos incompletos o erróneos.

Entre los 51 encuestados con información insuficiente, pero con conocimiento del concepto de muerte cerebral, 8 argumentaron la falta de función cerebral con corazón latiendo y 6 combinaron la falta de función cerebral con mantenimiento de la función de los órganos vitales. Estos 14 individuos con respuesta aproximadas al correcto concepto representan el 27% del grupo. Los restantes individuos, 73%, esgrimieron también respuestas incompletas o erróneas.

En la decimotercera pregunta se evaluó a los 78 individuos que argumentaban conocer el concepto de muerte cerebral acerca de su creencia sobre la utilidad de este concepto como diagnóstico de muerte del paciente. 54% descreyó de la muerte cerebral como diagnóstico de muerte mientras que 42% confirmó su acuerdo.

Entre los individuos con información suficiente e insuficiente el porcentaje de acuerdo sobre la correlación de los conceptos no tuvo diferencias ya que 41% y 43 % avalaron a la muerte cerebral como diagnóstico de muerte.

Otras variables consideradas en la encuesta para determinar el perfil de los individuos fue su conducta frente a la donación de sangre, el conocimiento de una persona trasplantada o en lista de trasplante y la actitud frente a la autopsia y la incineración del cadáver. 63% ha sido donante de sangre, 74% no conoce a alguien trasplantado o en lista de espera y frente a la autopsia 67% esboza acuerdo mientras que ante la cremación 72% posee una actitud positiva en la muestra.

La confianza en las instituciones y personas que participan en el proceso de donación y trasplante es de 49%, en tanto que 39% manifiesta no confiar, 6% confía poco y 6% no expresó su posición.

La suposición de irregularidades en el procedimiento de diagnóstico de muerte, extracción y distribución de órganos fue confirmada por el 63% de los encuestados, mientras que el 33% no sostuvo dicha sospecha. Esta sospecha fue mayor en el grupo de individuos con desconfianza en las instituciones y personas alcanzando valores del 95%. Por otro lado la sospecha en el grupo de individuos que confía fue de 33% de los encuestados.

Finalmente, el nivel de conocimiento del concepto de consentimiento explícito fue evaluado. 53% de la muestra aseveró conocerlo y 47% no. Por otra parte el concepto de consentimiento presunto de donación es conocido por un 19% de los encuestado, mientras que un 81% refirió no saber su significado.

En la última pregunta, luego de explicar el concepto de consentimiento presunto, se interrogó sobre la implicancia del mismo respecto a la modificación de la actitud o conducta actual frente a la donación de órganos y tejidos. El 90% de los ciudadanos contestó que dicho concepto no implica una modificación, en tanto 10% consideró que era influenciado por éste.

Entre los individuos en que el consentimiento presunto implicaba una modificación el comentario posterior fue dispar, pues algunos valoraban la facilitación burocrática para donar, mientras que otro sostuvieron el rechazo a la intromisión del Estado y las leyes en su personal decisión.

En un análisis más profundo de esta pregunta se evaluó a los 26 individuos con intención negativa hacia la donación de órganos y tejidos, y se observó que el 85% de los mismos sostuvieron la falta de influencia del consentimiento presunto en su actitud previa.

Al estudiar aquellos 45 encuestados con intención positiva hacia la donación pero que no se han registrado, se observó que en el 93% el consentimiento presunto no modifica su actitud y conducta pero en el 7% de los mismos sí. Es destacable el porcentaje de ciudadanos con intención positiva de donar pues alcanza el 71% de los consultados sin que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sería interesante un análisis más profundo para detectar si existen diferencias en la intención entre distintos grupos étnicos y entre individuos con diferente nivel de instrucción.

El trabajo cumple con su primer objetivo específico ya que cuantifica la brecha existente entre la solidaria intención de donar, que alcanza el 71%, y la explicitada donación de órganos y tejidos propios que asciende al 37% de los encuestados.

A su vez la diferencia también es notoria entre la intención de donar órganos y tejidos propios y la de los familiares que ascienden a 71% y 55% respectivamente. Obviamente aquellos individuos con intención de donar los órganos de un familiar son mayoritariamente en un 85% de los casos donantes de órganos propios, a diferencia de los no donantes de órganos y tejidos familiares que solamente donan sus órganos en el 42% de los casos.

El nivel de conocimiento de la población es considerado por ella misma como insuficiente en un 70%. Es de remarcar que al objetivar este nivel de información, hallamos una leve diferencia positiva a favor de quienes creen tener suficiente información en temas como los tipos de órganos y tejidos transplantados y el conocimiento del concepto de muerte cerebral. En este último punto, es importante notar que a pesar del supuesto mayor conocimiento del concepto de muerte cerebral al solicitarle una explicación del mismo a los encuestados, el porcentaje de individuos que expresó una idea adecuada fue superior en el grupo con supuesta información insuficiente respecto al grupo informado. Por otro lado se objetiva una real falta de claridad en la definición del concepto de muerte cerebral en la mayoría de los ciudadanos que conlleva a un mayoritario descreimiento en dicho criterio como definición o diagnóstico de muerte.

El conocimiento de los órganos transplantables en nuestro país es dominado por el corazón, en tanto que dos tercios de los individuos conocía la posibilidad de realización de trasplantes hepáticos y renales. Es llamativo el menor

conocimiento del transplante renal pues es el órgano más esperado en lista y más transplantado en el país.

Es importante remarcar el bajo conocimiento de la población de otros trasplantes como páncreas e intestino y de tejidos como córneas, piel, sistema osteoarticular y corazón para válvulas.

Tres tópicos fueron interrogados con el objetivo de evaluar la relevancia de algunas actitudes y conductas que habitualmente, en base a la experiencia en otros países, se relacionan con una mayor tasa de donación.

En este trabajo se observa una mayoritaria tendencia a la donación de sangre, una actitud positiva frente a la cremación y un 26% de encuestados con conocimiento de pacientes transplantados o en lista de espera. La tendencia a donar sangre y la posición ante la cremación y autopsia del cadáver, son elementos que vislumbran buena actitud prosocial y poco rechazo ante la manipulación del cadáver.

LA confianza en las instituciones y personas participantes de los procesos de donación y transplante fue del 49% de la muestra. Por otro lado no se debe dejar de reconocer que un 45% de la población no confía o confía poco en las instituciones e individuos implicados en el proceso de donación y trasplantes. Sumado a esto, las sospechas de irregularidades sostenidas por el nivel de desinformación alcanza a un 63% de los ciudadanos.

Estas cifras atentan contra la donación y este efecto se objetiva cuando analizamos las motivaciones que sustentan la negativa a donar donde la desconfianza se posiciona primera con un 38% y la falta de información sólo justifica el 4% de esta actitud. Llamativamente ninguno de los individuos esgrimió motivaciones religiosas para no donar los órganos propios y solamente uno argumentó una decisión divina para justificar la no donación de órganos familiares.

A la hora de analizar las motivaciones que inciden en el bajo porcentaje de explicitación de la intención positiva de donar se observa a la falta de oportunidad, tiempo e información entre los argumentos más expuestos relegando a la desconfianza a un segundo plano.

Como es expresado por otros estudios referidos al tema en tratamiento, la intención positiva de donar está principalmente basada en un sentimiento de

ayuda al prójimo, así como, dar, salvar o defender la vida comprendiendo la inutilidad de los órganos luego del deceso.

Así como la desconfianza y la falta de oportunidad y tiempo sustentan primordialmente la actitud negativa hacia la donación y la explicitación respectivamente, observamos que la negativa ante la donación de órganos y tejidos de un familiar está basada con mayor frecuencia en el respeto a la decisión del familiar, en la consideración de esta como una decisión personal y en el desconocimiento de dicha decisión con anterioridad a la muerte.

Finalmente los dos diferentes marcos legales que encuadran a la donación de órganos fueron considerados en este análisis. Se observó que el conocimiento del significado del consentimiento explícito de la donación es del 53% de la muestra, en tanto que el consentimiento presunto no era conceptualmente conocido por el 81% de los sujetos. Este hallazgo exalta el nivel de desinformación de la sociedad porteña en este punto trascendental de la temática en tratamiento. Luego de la explicación conceptual del consentimiento presunto se observó que el 90% de la sociedad este nuevo marco no implicaría una modificación en la actitud y conducta hacia la donación de órganos y tejidos y al profundizar el estudio respecto a la implicancia de este consentimiento sobre los individuos con intención negativa de donar e intención positiva pero no explicitada se apreció que la falta de influencia alcanzó al 85 y 93% respectivamente.

Basado en estos hallazgos considero que este estudio permite, con consabidas limitaciones, obtener algunas conclusiones y reflexiones sobre la correspondencia de distintas medidas para enriquecer la política pública que se está llevando adelante en el campo de la donación de órganos y tejidos.

Considerando la mayoritaria intención de donar órganos y tejidos en la población muestreada sería necesario mejorar el nivel de confianza de los ciudadanos frente a las instituciones y la justicia a través de un accionar ético en las diversas acciones gubernamentales. Esto permitiría principalmente reducir la actitud negativa hacia la donación.

La falta de información es valorada en distinta proporción frente a la negativa de donar órganos propios y familiares y ante la baja explicitación de la intención positiva. A su vez es subjetivamente reconocida por la sociedad y

objetivamente por la encuesta. Esta falencia debe ser reducida por medio de acciones participativas planificadas con el objetivo de brindar no solamente información sino por medio de acciones a mediano y largo plazo que permitan mejorar las condiciones educativas, sociales, culturales y económicas de la ciudadanía que aseguren una mayoritaria accesibilidad y comprensión de la información.

La falta de oportunidad y de tiempo para explicitar la intención positiva de donar sustentarían el éxito de un marco legal de consentimiento presunto en una sociedad que posee mayoritaria intención positiva, predominante actitud prosocial y escasos obstáculos religiosos.

Se debe reconocer que es necesario un trabajo consciente y constante que facilite la obtención de resultados objetivables que sustenten los pilares de la información y la confianza de la sociedad. De esta manera un nuevo marco legal de consentimiento instaurado en nuestra sociedad junto a una eficiente coordinación a través de las instituciones sanitarias participantes permitirá alcanzar las metas deseadas gracias a la modificación de la conducta de la población.

4 . Conclusiones

El desarrollo de este interesante tema ha permitido claramente demostrar que la donación de órganos y tejidos es un problema limitante de la actividad trasplantológica a nivel nacional y mundial.

Múltiples circunstancias confluyen en la decisión de donar o no y en la frustración de operativos de ablación e implante.

Esta situación en nuestro país coincide con la realidad de otras naciones que desarrollan activamente este procedimiento.

Dado que la escasa donación de órganos y tejidos requiere un abordaje multidisciplinario y el aporte de distintos sectores intervinientes, creo que el adecuado conocimiento de la situación pasada y presente en Argentina permitirá la futura definición de una política pública ajustada a las características positivas y negativas de nuestra realidad.

Los ciudadanos, las familias y el personal participante de esta actividad poseen una serie de factores emocionales, cognitivos y sociales surgidos a partir de la historia personal y de nuestra historia como país que definen una serie de actitudes y conductas predominantes hacia la donación y el trasplante.

Creo que la determinación objetiva del estado de situación según una encuesta de opinión pública de una muestra poblacional representativa de los ciudadanos de Buenos Aires permite conocer una realidad que con lógicas salvedades podría extrapolarse a nivel nacional.

Apoyo los intentos por mejorar la situación actual y este trabajo lo pienso y realizo con ese objetivo, pues creo que el logro de los objetivos no será fácilmente alcanzado con la mejora de aspectos parciales. Encarar la modificación del marco legal en el tema, basados en la experiencia de otros países más avanzados en la problemática es un buen rumbo, pero conocer el camino recorrido y las circunstancias que llevaron a esas mejores realidades es fundamental para hacer una comparación con nuestro camino y circunstancias. Las diferencias orientan a poder determinar la aplicabilidad de esta reforma buscando modificar aquellos factores detectados como limitantes.

Las medidas que logren una mejoría de la realidad educativa, económica y social, el énfasis en la información sobre la temática tratada por medio de vías accesibles y efectivas, el fortalecimiento de las instituciones y la confianza en la justicia creo que son los pilares fundamentales para que los habitantes de la Argentina expresen mayoritariamente su demostrada, en múltiples circunstancias, solidaridad a través de distintas conductas prosociales y altruistas. De esta manera la donación de órganos y tejidos será un resultado natural que permitirá brindar la ayuda necesaria a los pacientes que sufren situaciones límite de su salud por afecciones orgánicas y tisulares terminales alcanzando de esta manera un objetivo buscado por todos aquellos interesados en la salud de nuestra población.

5 Bibliografía

- 1) Ley Nacional 24.193 "Transplante de órganos y materiales anatómicos humanos"

- 2) Decreto 512/95. Reglamentación ley 24.193. 10/4/1995.
- 3) Ley 25.281. 6/7/2000.
- 4) Consentimiento Presunto. Modificaciones a la ley 24.193. Proyecto de ley para el Honorable Congreso de la Nación. 1/10/2004.
- 5) Estrategia de Campaña de Donación de Órganos. Soratti Carlos y col.
- 6) Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos. INCUCAI. 7/2003.
- 7) Consentimiento Presunto sin ética. Maglio Francisco, Gherardi Carlos. Clarín 20/12/2004. Pág 25.
- 8) Encuesta "Cultura de la Donación de Órganos en México".
- 9) Consulta Mitofsky. 2/2004. México.
- 10) Actitudes hacia la donación y trasplante de órganos. Programa Córdoba opina. Zago y asoc. 5/2000.
- 11) Proyecto para que la gente elija donar sus órganos. Clarín. 17/3/2000.
- 12) Variables Influyentes en la Actitud hacia la Donación de Órganos. Caballier Miedes Antonio, Martinez Sancho Marivé. Psicothema 2000 vol 12 suplemento 2, 100-102.
- 13) La mayoría quiere donar órganos. Clarín. 16/07/2004. Pág 44
- 14) Organ and Tissue Donation For Transplantation. Chapman J., Deierhoi, M. Wight, C. –1997.
- 15) Encuesta de opinión sobre donación de órganos. Rodriguez Weber, F., Monteon Batalla y De Ignacio. Acta médica. Grupo Ángeles. Vol 2 no 1 enero – marzo 2004.
- 16) Consenso sobre Procuración y Trasplante de Órganos. Schivelli R. – Comité asesor de Procuración. Sociedad Argentina de Trasplante. 4-9-2003
- 17) Mantenimiento de donantes de órganos. Bernardi, R. CUCAIBA.
- 18) El Debate sobre la donación de órganos. Consentimiento presunto versus opción voluntaria. Cossoy N. Buenafuente 10-4-2002
- 19) La actitud de intención de la donación de órganos en la población española: análisis mediante regresión logística multinivel. Tesis doctoral. Universitat Jaume. Caballier Miedes A. 2001
- 20) Aspectos éticos del trasplante. Hospital Higa Eva Perón – San Martín – Saro L, Maglio I. 9-9-1998

- 21) Conflicto bioético en transplante de órganos y tejidos. Primer encuentro iberoamericano sobre "Transplante de órganos y tejidos". Manchini Rueda R. Bs As. 20-8-2002.
- 22) Donación de órganos y variables de personalidad y psicosociales. Rando Calvo B, y colaboradores. Anales de psicología 1995, 11 (2), 121-127.
- 23) Donación de órganos en Argentina. Baque . Latin Salud. Com –
- 24) Desterrando mitos sobre la donación de órganos. Territorio digital.com – 7/2/2004
- 25) Modalidad operativa de un programa de procuración de órganos para transplante. Bigio L. CUCAIBA.
- 26) Protocolo de diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos. Muerte encefálica. CUCAIBA.
- 27) Estadísticas INCUCAI.

Donantes reales de órganos y tejidos - 2003

DONANTES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Órganos	20	20	23	24	10	18	19	26	34	41	29	37	301
Monooorgánicos	12	12	7	11	2	6	11	7	13	17	9	14	121
Multiorgánicos	8	8	16	13	8	12	8	19	21	24	20	23	180
Tejidos	32	28	20	20	36	26	26	28	45	55	55	31	402

Fuente: INCUCAI

Donantes reales de órganos y tejidos - 2004

DONANTES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total 2004
Órganos	29	33	33	37	37	23	40	32	41	26	38	34	403
Monoorgánicos	15	11	11	20	21	11	20	17	23	11	18	21	199
Multiorgánicos	14	22	22	17	16	12	20	15	18	15	20	13	204
Tejidos	34	40	49	38	45	37	37	36	39	33	32	40	460

Fuente: INCUCAI

Donantes reales de órganos y tejidos - 2005

DONANTES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Órganos	34	28	25	41	44	37	33	33	21	16	-	-	312
Monoorgánicos	15	10	10	16	16	18	19	18	10	3	-	-	135
Multiorgánicos	19	18	15	25	28	19	14	15	11	13	-	-	177
Tejidos	25	21	28	52	76	54	51	51	40	23	-	-	421

Fuente: INCUCAI

Donantes reales de órganos
Comparativa por organismo provincial 1995/2005

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Total
Buenos Aires	94	102	80	77	70	89	71	81	91	139	93	987
Ciudad de Bs As	70	59	59	52	73	51	61	55	52	71	60	663
Córdoba	23	32	25	24	31	27	25	27	38	49	34	335
Santa Fe	13	7	4	14	23	14	25	24	28	34	31	217
Mendoza	21	12	11	12	19	12	16	14	16	21	19	173
Tucumán	1	2	2	1	1	6	0	0	6	3	4	26
Entre Ríos	5	5	6	8	6	15	15	13	26	21	18	138
Salta	2	1	1	3	-	2	3	3	2	8	4	29
Chaco	4	1	1	1	2	2	-	-	1	2	4	18
Misiones	-	1	4	1	-	4	2	4	5	5	8	34
Corrientes	3	2	2	3	3	2	-	3	6	17	8	49
Stgo. del Estero	-	-	1	2	2	5	7	2	3	4	4	30
San Juan	4	-	-	1	-	2	1	2	-	3	3	16
Jujuy	1	2	2	5	6	1	2	5	4	5	5	38
Rio Negro	1	3	1	4	3	1	2	1	3	1	3	23
Formosa	-	-	-	-	1	5	1	1	-	-	-	8
Neuquén	1	6	2	5	3	9	7	1	5	5	3	47
Chubut	4	-	2	3	1	3	2	-	2	1	1	19
San Luis	1	-	1	2	1	3	1	1	-	-	1	11
Catamarca	-	-	-	-	-	-	1	-	3	5	1	10
La Pampa	1	-	-	3	3	-	-	1	3	2	4	17
La Rioja	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10
Santa Cruz	1	4	2	1	1	3	4	1	3	4	1	25
Tierra del Fuego	4	1	1	-	1	1	1	1	3	2	2	17
TOTAL	255	241	208	223	251	258	247	241	301	403	312	2940

Actualización: 16/10/2005

Fuente: INCUCAI

Donantes Reales - 2003
Monitoreo del año por organismo provincial

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Buenos Aires	5	5	7	5	2	8	4	7	10	16	15	7	91
Ciudad de Bs As	2	4	7	2	1	3	6	3	6	7	1	10	52
Córdoba	5	2	1	3	-	3	1	5	3	7	4	4	38
Santa Fe	4	3	-	4	1	1	-	2	3	3	3	4	28
Mendoza	-	1	1	3	-	1	1	2	3	1	-	3	16
Tucumán	-	-	2	-	-	1	1	1	-	-	1	-	6
Entre Ríos	2	2	2	3	2	1	2	2	2	-	4	4	26
Salta	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	2
Chaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1
Misiones	-	-	-	-	2	-	-	1	1	-	1	-	5
Corrientes	1	-	-	-	-	-	1	1	2	1	-	-	6
Sgo. del Estero	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
San Juan	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jujuy	-	-	1	1	1	-	-	-	-	1	-	-	4
Río Negro	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	3
Formosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neuquén	1	1	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	5
Chubut	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	2
San Luis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Catamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	3
La Pampa	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	-	-	3
La Rioja	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Santa Cruz	-	-	-	1	-	-	1	-	1	-	-	-	3
Tierra del Fuego	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	3
TOTAL	20	20	23	24	9	19	19	26	34	41	29	37	301

Fuente: INCUCAI

Donantes Reales - 2004
Monitoreo del año en curso por organismo provincial

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Buenos Aires	10	13	8	13	14	3	11	12	17	8	15	15	139
Ciudad de Bs As	4	3	8	4	5	7	6	7	8	6	7	6	71
Córdoba	3	6	2	4	6	4	5	4	4	1	4	6	49
Santa Fe	4	-	3	2	4	2	6	2	1	5	4	1	34
Mendoza	-	2	3	4	2	-	4	-	2	1	2	1	21
Tucumán	1	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	3
Entre Ríos	3	1	1	2	1	1	3	3	2	1	2	1	21
Salta	1	-	3	1	1	1	-	-	-	-	1	-	8
Chaco	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
Misiones	-	1	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	5
Corrientes	-	1	1	3	1	1	2	-	3	1	2	2	17
Stgo. del Estero	1	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	4
San Juan	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	3
Jujuy	-	-	-	2	-	1	-	1	-	1	-	-	5
Río Negro	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Formosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neuquén	1	1	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5
Chubut	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
San Luis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Catamarca	-	1	-	-	1	1	1	-	1	-	-	-	5
La Pampa	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	2
La Rioja	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Santa Cruz	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	4
Tierra del Fuego	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2
TOTAL	29	33	33	37	37	23	40	32	41	26	38	34	403

Fuente: INCUCAI

Donantes Reales - 2005
Monitoreo del año en curso por organismo provincial

	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total
Buenos Aires	13	9	7	12	15	13	7	7	5	5	-	-	93
Ciudad de Bs As	10	7	6	6	8	4	8	5	5	1	-	-	60
Córdoba	3	3	3	4	6	2	5	4	1	3	-	-	34
Santa Fe	2	2	4	5	5	5	3	1	1	3	-	-	31
Mendoza	1	2	1	4	3	1	1	4	1	1	-	-	19
Tucumán	-	-	-	2	-	-	-	-	1	1	-	-	4
Entre Ríos	1	3	1	2	2	3	1	3	2	-	-	-	18
Salta	-	-	-	1	-	1	1	1	-	-	-	-	4
Chaco	-	-	1	-	1	1	1	-	-	-	-	-	4
Misiones	-	1	-	-	-	3	-	1	2	1	-	-	8
Corrientes	1	1	-	-	-	-	4	1	1	-	-	-	8
Stgo. del Estero	-	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	-	4
San Juan	-	-	1	-	1	-	-	1	-	-	-	-	3
Jujuy	1	-	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	5
Río Negro	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Formosa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Neuquén	-	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	3
Chubut	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
San Luis	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Catamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1
La Pampa	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-	4
La Rioja	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1
Santa Cruz	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
Tierra del Fuego	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	2
TOTAL	34	28	25	41	44	37	33	33	21	16	-	-	312

Fuente: INCUCAI

Procuración de órganos y tejidos 2003

ORGANO	E	F	M	A	M	J	J	J	A	S	O	N	D	Total 2003
Hígado	10	8	16	13	8	14	8	21	21	21	24	20	21	184
Corazón	2	1	4	5	3	4	4	7	9	9	8	10	6	63
Pulmón	2	-	1	1	-	-	1	3	1	1	1	1	4	15
Block corazón/pulmones	-	-	1	-	-	1	-	-	2	2	-	-	1	5
Riñón	32	37	43	47	20	30	34	48	62	82	82	56	74	565
Páncreas	-	1	2	2	1	1	-	3	1	2	2	2	-	15
TOTAL	46	47	67	68	32	50	47	82	96	117	89	106	847	

TEJIDO	E	F	M	A	M	J	J	J	A	S	O	N	D	Total 2003
Córneas	91	83	60	76	87	68	70	94	133	133	151	137	124	1174
Corazón p/válvulas	18	13	9	13	9	11	7	14	19	17	17	13	17	160
Sist. osteoarticular	3	2	2	2	3	1	2	3	6	4	4	3	7	38
Piel	2	2	1	-	-	-	-	3	6	5	5	5	3	27
TOTAL	114	100	72	91	99	80	79	114	164	177	158	151	1399	

Fuente INCUCAI

Procuración de órganos y tejidos 2004

ORGANO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total 2004
Hígado	13	22	23	17	16	13	21	16	20	15	20	14	210
Corazón	7	8	9	8	5	4	4	6	5	2	5	5	68
Pulmón	1	6	3	4	2	-	1	4	2	-	4	-	27
Block corazón/pulmones	-	2	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	5
Riñón	52	65	64	72	71	42	76	57	75	50	76	68	768
Páncreas	-	2	1	-	-	-	1	-	-	2	1	2	9
TOTAL	73	105	100	101	94	59	104	83	102	71	106	89	1087

TEJIDO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total 2004
Córneas	101	112	129	120	131	93	131	108	123	94	105	114	1361
Corazón p/válvulas	12	14	18	22	20	7	14	21	21	13	23	19	204
Sist. osteoarticular	4	2	2	1	1	5	2	6	6	1	3	3	36
Piel	1	1	5	4	2	1	1	9	6	-	4	4	38
TOTAL	118	129	154	147	154	106	148	144	156	108	135	140	1639

Fuente: INCUCAI

Procuración de órganos y tejidos 2005

ORGANO	E	F	M	A	M	A	J	J	A	S	O	N	D	Total 2005
Hígado	21	18	15	26	27	17	14	14	15	11	11	-	-	175
Corazón	7	6	7	7	13	8	4	4	8	4	5	-	-	69
Pulmón	6	2	4	-	5	4	-	-	-	-	1	-	-	22
Block corazón/pulmones	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2
Riñón	60	56	50	78	84	73	64	64	60	40	32	-	-	597
Páncreas	-	1	1	1	1	-	1	1	2	1	1	-	-	9
TOTAL	94	83	77	113	130	102	83	83	85	56	51	-	-	874

TEJIDO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total 2005
Córneas	86	59	91	153	194	155	142	147	112	59	-	-	1198
Corazón p/válvulas	19	12	11	28	19	22	14	7	11	8	-	-	151
Sist. osteoarticular	2	3	4	6	10	5	6	1	3	1	-	-	41
Piel	4	3	3	5	5	6	2	-	2	-	-	-	30
TOTAL	111	77	109	192	228	188	164	155	128	68	-	-	1420

Fuente: INCUCAI

Procuración de órganos por provincia 2005

ORGANOS	Hígado	Corazón	Pulmón	Block corazón /pulmones	Riñón	Páncreas	Total
Buenos Aires	53	15	9	1	174	-	252
Ciudad de Bs As	39	4	3	1	116	2	165
Córdoba	18	8	-	-	68	1	95
Santa Fe	15	11	2	-	61	1	90
Mendoza	12	7	-	-	38	3	60
Tucumán	2	2	-	-	8	1	13
Entre Ríos	6	3	2	-	34	-	45
Salta	2	1	-	-	7	-	10
Chaco	3	2	-	-	8	1	14
Misiones	6	3	2	-	16	-	27
Corrientes	3	-	-	-	16	-	19
Stgo. del Estero	4	3	-	-	5	-	12
San Juan	1	-	-	-	6	-	7
Jujuy	2	3	-	-	6	-	11
Río Negro	3	2	-	-	6	-	11
Formosa	-	-	-	-	-	-	-
Neuquén	-	-	-	-	6	-	6
Chubut	1	1	2	-	2	-	6
San Luis	-	-	-	-	2	-	2
Catamarca	1	1	-	-	2	-	4
La Pampa	2	2	2	-	8	-	14
La Rioja	1	1	-	-	2	-	4
Santa Cruz	-	-	-	-	2	-	2
Tierra del Fuego	1	-	-	-	4	-	5
TOTAL	175	69	22	2	597	9	874

Fuente: INCUCAI

Procuración de tejidos por provincia. 2005

TEJIDOS	Córneas	Corazón p/válvulas	Sistema osteoarticular	Piel	Total
Buenos Aires	350	64	14	12	440
Ciudad de Bs As	348	39	12	18	417
Córdoba	93	4	5	-	102
Santa Fe	94	10	10	-	114
Mendoza	76	9	-	-	85
Tucumán	17	2	-	-	19
Entre Ríos	46	2	-	-	48
Salta	8	4	-	-	12
Chaco	8	1	-	-	9
Misiones	12	4	-	-	16
Corrientes	31	1	-	-	32
Stgo. del Estero	8	1	-	-	9
San Juan	5	1	-	-	6
Jujuy	14	1	-	-	15
Río Negro	8	-	-	-	8
Formosa	12	-	-	-	12
Neuquén	16	2	-	-	18
Chubut	2	-	-	-	2
San Luis	14	1	-	-	15
Catamarca	2	-	-	-	2
La Pampa	14	3	-	-	17
La Rioja	8	1	-	-	9
Santa Cruz	8	-	-	-	8
Tierra del Fuego	4	1	-	-	5
TOTAL	1198	151	41	30	1420

Fuente: INCUCAI

Trasplante de órganos - 2003

TRASPLANTE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total 2003
Hígado	9	8	17	11	8	14	7	17	23	23	18	19	174
Corazón	2	1	4	4	3	5	2	8	9	8	9	6	61
Pulmón	2	-	1	1	-	-	1	3	1	1	1	4	15
Block	-	-	1	-	-	1	-	-	2	-	-	1	5
Riñón	25	29	31	37	16	24	22	38	58	60	42	58	440
Páncreas	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	2
Riñón/páncreas	-	-	1	1	-	1	-	2	1	1	2	-	9
Hígado/riñón	1	-	-	1	-	1	1	1	-	-	1	2	8
Corazón/riñón	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
TOTAL	39	38	55	56	28	46	34	69	94	93	73	90	715

Fuente: INCUCAI

Trasplante de órganos 2004

TRASPLANTE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total 2004
Hígado	14	22	23	16	16	12	16	15	18	13	18	14	197
Corazón	6	7	11	8	4	4	5	6	5	2	5	5	68
Pulmón	2	3	6	3	1	-	1	4	2	-	4	-	26
Block	-	2	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	5
Riñón	40	43	59	62	49	35	60	43	52	38	54	42	577
Páncreas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Riñón/páncreas	-	1	2	-	-	-	1	-	-	2	1	2	9
Hígado/riñón	-	-	-	-	-	1	1	2	-	-	-	-	4
Corazón/riñón	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1
TOTAL	62	78	101	89	71	52	85	70	77	57	82	63	887

Fuente: INCUCAI

Trasplante de órganos 2005

TRASPLANTE	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Total 2005
Hígado	18	19	15	22	20	13	13	17	12	11			160
Corazón	6	7	7	7	11	8	4	8	3	5			66
Pulmón	3	1	3	-	5	4	-	-	-	1			17
Bloque	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1			2
Riñón	47	46	43	56	56	61	42	45	30	26			452
Páncreas	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-			1
Riñón/páncreas	-	1	1	1	1	-	-	-	-	1			5
Hígado/riñón	2	-	-	1	1	1	-	-	-	-			5
Corazón/riñón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			-
TOTAL	76	74	69	88	94	87	60	70	45	45			708

Fuente: INCUCAI

Trasplante de órganos: Comparativo 2001- 2005

AÑO	2001	(PMH)	2002	(PMH)	2003	(PMH)	2004	(PMH)	2005	(PMH)	Total 1995 - 2005
Población	36,260,130		36,646,276		37,036,533		37,430,946		37,829,561		-
Tx Renal DC	380	10.48	379	10.34	432	11.66	573	15.31	195	5.15	4187
Tx Renal DVR	109	3.01	80	2.18	187	5.05	188	5.02	33	0.87	1356
Total Renal	489	13.49	459	12.52	619	16.71	761	20.33	228	6.02	5543
Tx Hepático DC	132	3.64	115	3.14	172	4.64	197	5.26	76	2.01	1462
Tx Hepático DVR	54	1.49	62	1.69	64	1.73	50	1.34	9	0.24	334
Total Hepático	186	5.13	177	4.83	236	6.37	247	6.60	85	2.25	1796
Tx Cardíaco	84	2.32	47	1.28	61	1.65	68	1.82	32	0.84	755
Tx Pulmonar	12	0.33	11	0.30	12	0.32	26	0.69	12	0.32	140
Tx Cardiopulmonar	7	0.19	1	0.03	5	0.13	5	0.13	0	0.00	44
Tx Cardiorrenal	0	0.00	0	0.00	1	0.03	1	0.03	1	0.03	4
Tx Renopancreático	9	0.25	5	0.14	9	0.24	9	0.24	3	0.08	68
Tx Pancreático	0	0.00	1	0.03	2	0.05	0	0.00	0	0.00	3
Tx Hepatorrenal	2	0.06	3	0.08	8	0.22	4	0.11	3	0.08	30
Total General	789	21.75	704	19.21	953	25.73	1121	29.95	364	9.62	8383

DC: trasplante con donante cadavérico .DVR: trasplante con donante vivo relacionado. () : tasa de trasplantes calculada por millón de habitantes (PMH): Trasplantes realizados por millón de habitantes

Número de pacientes en lista de espera a la fecha

LISTA	EMERGENC	URGENCIA	ELECTIVO	GENERAL	TOTAL
Lista renal	-	-	-	5200*	5200*
Corazón	1	7	105	-	113**
Cardioplumonar	-	-	36	-	36
Pulmón bilateral	-	-	32	-	32
Pulmón unilateral	-	-	33	-	33
Cardiorenal	-	-	1	-	1
Cardiohepática	-	1	-	-	1
Total lista intratorácica	1	8	207	-	216
Hepática	-	12	262	-	274**
Hepatorenal	-	-	1	-	1
Hepatointestinal	-	1	-	-	1
Total lista hepática	-	13	263	-	276
Total General	1	21	470	5200*	5692

(*) Incluye a 14 pacientes en lista de espera de renopáncreas

(**) Incluye a 1 paciente en lista de espera cardiohepática

Última actualización: 04/07/2005

Fuente: INCUCAI