

**“IMPACTO DE LA INTEGRACION DE LOS CENTROS PRIVADOS EN LAS
LISTAS DE ESPERA RENALES EN REPUBLICA DOMINICANA”**

POR

DR. CESAR AUDISS JIMENEZ JIMENEZ

HOSPITAL METROPOLITANO DE SANTIAGO

REPUBLICA DOMINICANA

DIRECTOR DE TESINA

DR. CARLOS SANTIAGO GÜERVOS

HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

ESPAÑA

INDICE

Introducción	1
Latinoamérica y el Caribe	1
Justificación	3
Objetivos	3
Material y Métodos	3
Antecedentes	4
Trasplantes	4
- Sistema organizativo	4
- Situación del trasplante renal en R.D.	6
Análisis de datos	9
Discusión	13
Conclusión	14
Recomendaciones	14
Bibliografía	15
Agradecimientos	16
Anexos	17

Introducción:

A partir de finales del siglo XX surge uno de los organismos más importantes en materia de donación y trasplantes, la “Organización Nacional de Trasplantes (ONT)” de España. Sustentado por un sistema de red de coordinadores de trasplantes a nivel local u hospitalario, a nivel de las diversas comunidades autónomas, que culminan finalmente en la sede misma de dicha entidad (nivel nacional), dando soporte constante en materia administrativa, gestión de datos, difusión de información, investigación y formación de los diversos profesionales de la donación y el trasplante de dicho país. Siendo este el modelo que ha llevado a la sociedad española a encabezar la lista mundial en materia de donación, logrando alcanzar hasta unos 35,3 donantes por millón de población (pmp), y llevando a una reducción importante en las listas de espera de pacientes con enfermedad orgánica terminal.

Latinoamérica y el Caribe

Este “Modelo Español” propiciado por la ONT, ha servido de soporte en los países de Latinoamérica y ha demostrado su eficacia logrando la duplicación del número de donantes en Uruguay, y logrando un incremento significativo en las tasas de donación de países como Argentina, Colombia y Brasil, inclusive muchos de ellos sin una sanidad universal. De manera directa la ONT ha contribuido a través de la capacitación de personal profesional mediante programas internacionales, cursos especializados en la formación de coordinadores. El Proyecto Siembra siendo ejemplo de esto, permitió el primer encuentro con Latinoamérica en el año 1994 y desde entonces ha servido de soporte en la fundación de importantes organismos como la Red del Consejo Iberoamericano de Donación y

Trasplante (RCIDT), Grupo Punta Cana, avalada a su vez por la Organización Mundial de la Salud.

En el Caribe, nuestro país la República Dominicana (R.D.) ha progresado en la implementación de programas de donación y trasplantes, desde la creación del Instituto Nacional de Coordinación de Trasplantes (INCORT) en agosto del año 2008 mediante la ley 329-98 sobre Donación y Legado de Órganos y Tejidos.

El INCORT como miembro activo de las organizaciones antes descritas, y en estrecha colaboración con la ONT, ha logrado mejorar las tasas de donación de acuerdo a los objetivos trazados en 2010, pero aun dista de alcanzar el objetivo final de estructurar una red nacional de coordinadores de trasplantes y programas institucionales de auditoría interna y externa, que faciliten y mejoren la detección de donantes potenciales en cada hospital, y que a su vez identifiquen las zonas de mayor déficit del sistema. Si bien es justo mencionar que hace apenas 3 años el INCORT recibe fondos gubernamentales con miras al desarrollo de la red de coordinadores de trasplantes y para dar soporte a los medios de comunicación en la promoción y educación poblacional. En función de esto se han realizado esfuerzos importantes con asistencia de la ONT fomentando la preparación de profesionales del área sanitaria principalmente especialistas de cuidados intensivos que por la característica de su entrenamiento, y localización de trabajo, están en contacto directo con una de las áreas de mayor captación de donantes, como son las unidades de críticos (UC), y con la capacidad de identificar y manejar las diversas situaciones por las cuales atraviesan estos pacientes, minimizando de esa manera la pérdida de los mismos.

Justificación:

Para poder incrementar el potencial real de donación e identificando las áreas del proceso susceptibles de mejora en las que se podía intervenir con el objetivo de superar las estadísticas en materia de donación y trasplante para reducir las listas de espera, surge la necesidad de integrar algunos centros privados de nuestro país que cuentan con la infraestructura, tecnología y equipos de profesionales de las diversas especialidades, bajo la supervisión del Consejo Nacional de Trasplantes (CNT) y del Ministerio de Salud Pública. Debido a esto nos proponemos valorar los aportes realizados por los centros en materia de donación y trasplante renal.

Objetivos

1. Determinar el número total de donaciones y trasplantes en los centros en el período 2008-2011.
2. Conocer el nivel de detección de los donantes potenciales cadavéricos del sector de salud privado.
3. Establecer los trasplantes renales anuales provenientes de donantes cadavéricos en el período en estudio.
4. Determinar la tasa de efectividad global del trasplante.
5. Comparar la actividad de trasplantes renales de forma global en los sectores privado, público y mixto.
6. Comparar las tendencias en el trasplante renal de acuerdo a la procedencia del órgano de los sectores privado, público y mixto.

Material y métodos:

Se realizó un interrogatorio a la base de datos del Instituto de Coordinación de Trasplantes (INCORT) y una revisión en la data de la Oficina Nacional de

Estadísticas de R.D. y el Banco Mundial de Comercio con especial énfasis en estas últimas en el crecimiento poblacional, promedio de vida, ingresos per cápita y principales causas de muerte. Revisadas además las informaciones pertinentes de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) y la Organización Nacional de Trasplantes de España.

Antecedentes

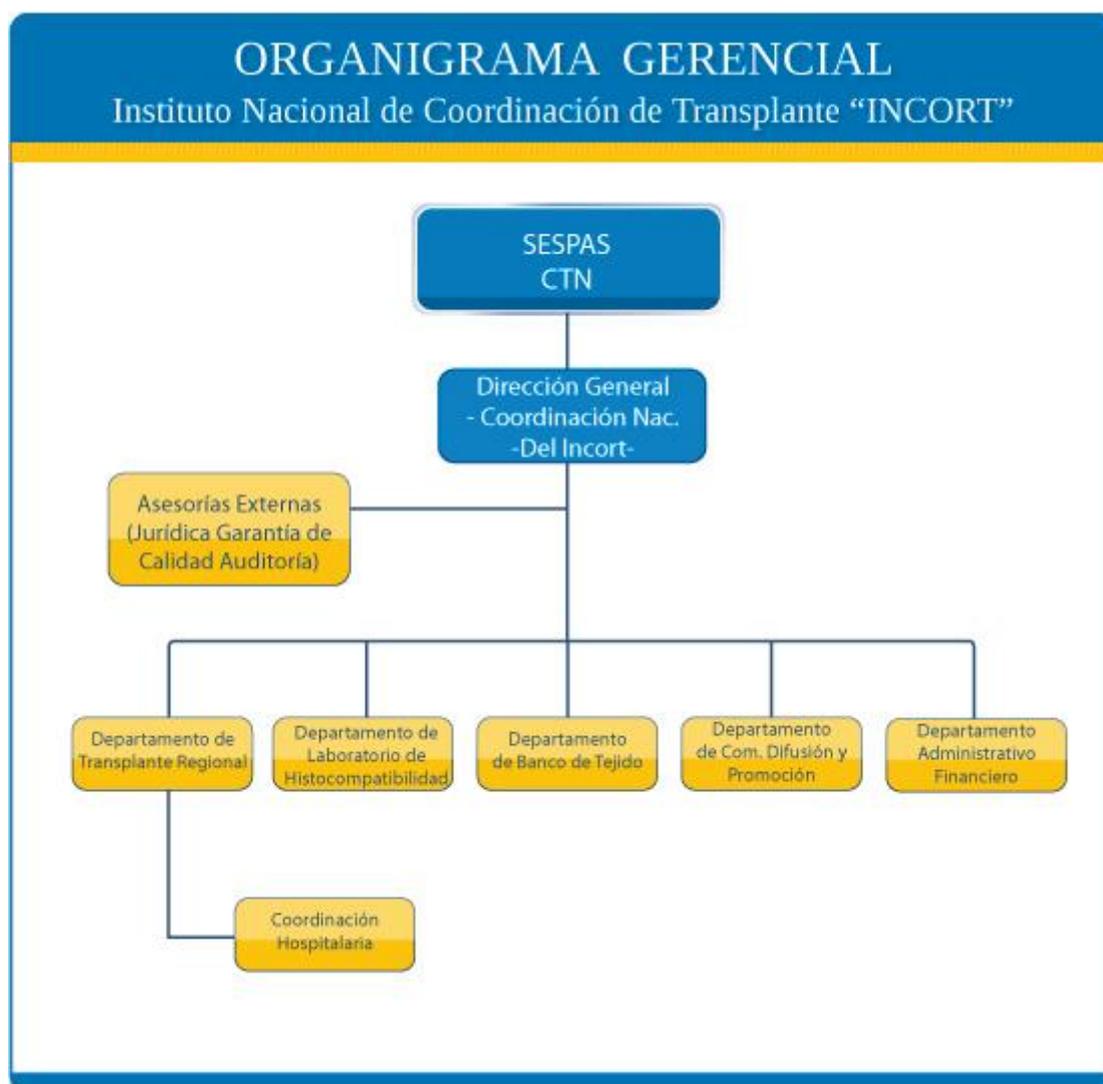
Quisqueya es una isla en el Caribe situada entre Puerto Rico y Cuba con las cuales forma parte de las Antillas Mayores, única en su matiz geopolítico porque su territorio es compartido por las República de Haití y la Republica Dominicana (R.D.), representando esta última la parte oriental de la isla, con Santo Domingo como su ciudad capital. Su territorio tiene una extensión de 48,670.82 kilómetros cuadrados ubicados en las coordenadas geográficas 17° 36' y 19° 58' latitud norte y 68° 19' y 72° 01' longitud oeste.

Cuenta con una población estimada de 9,884,371 habitantes, con una densidad poblacional de 203.09 hab/km², una esperanza media de vida al nacer de 73 años. El producto interno bruto sumó US \$51.766.377.246 en 2010, con un INB per cápita de US\$ 5,030.00 anual. Actualmente se registra una tasa de desempleo de 14,2% y una deuda externa del 26,2% del PIB de acuerdo a los datos ofrecidos por el Banco Mundial.

Trasplantes:

-Sistema de organizativo

El Ministerio de Salud Pública es la entidad gubernamental que regula el sistema de salud público y privado en la República Dominicana, está encargada directamente del Consejo Nacional de Salud, Consejo Nacional de Seguridad Social y del Consejo Nacional de Trasplantes (CTN), siendo este último el organismo rector de Instituto Nacional de Trasplantes (INCORT) entidad gubernamental encargada de supervisar todo el Sistema Nacional de Salud en lo referente a materia de donación y trasplante. Ver Organigrama



En nuestro país al igual que en otros, hay una necesidad inherente de un adecuado sistema gerencial, ante una salud pública abatida por la crisis económica

desde décadas atrás. Surgen de este modo las reformas actuales de la Ley General de Salud, dando lugar al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el año 2001. Es este sistema el que comprende a todas las instituciones privadas, mixtas y públicas involucradas en actividades principales o complementarias de seguridad social, y que actualmente plantea una descentralización de la salud dejando el Estado dominicano de ser el principal actor económico en el ámbito sanitario. Se crea a su vez una entidad denominada Superintendencia de Salud y Riesgo Laboral (SISALRIL) encargada de velar por el funcionamiento del Seguro Familiar de Salud y Riesgo Laboral a través de las distintas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS) y Administradoras de Riesgo Laboral (ARL) vigentes en el país, con la finalidad de proveer a los dominicanos de un adecuado sistema de salud.

-Situación del trasplante renal en R.D.

Actualmente en R.D. un trasplante de riñón cuesta unos 860 mil pesos dominicanos (cerca de US\$23,000) y un 70 por ciento de los pacientes que se dializan están agrupados en hospitales de Salud Pública, un sector que dispone de muy pocos recursos económicos y que está sumergido en un proceso de cambio que le exigen un alto grado competitividad con el sistema privado para la prestación de estos servicios. Competitividad que requiere de tecnología casi siempre costosa y de difícil acceso en nuestro sistema económico.

Con miras a lograr el objetivo general establecido de un programa nacional de detección de donantes (especialmente cadavéricos debido al número de órganos y tejidos obtenible de los mismos) que mejore las oportunidades de los pacientes con una enfermedad orgánica terminal, por lo que se han constituido en parte de la red de servicios diversos centros privados y mixtos por un motivo fundamental que es la

reducción de una larga lista de espera, una preocupación constante tanto para los directivos de hospitales privados como públicos, así como para los responsables de las organizaciones gubernamentales que rigen nuestro sistema sanitario, por lo que estamos obligados a una mejor interacción y evaluación de la calidad del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos.

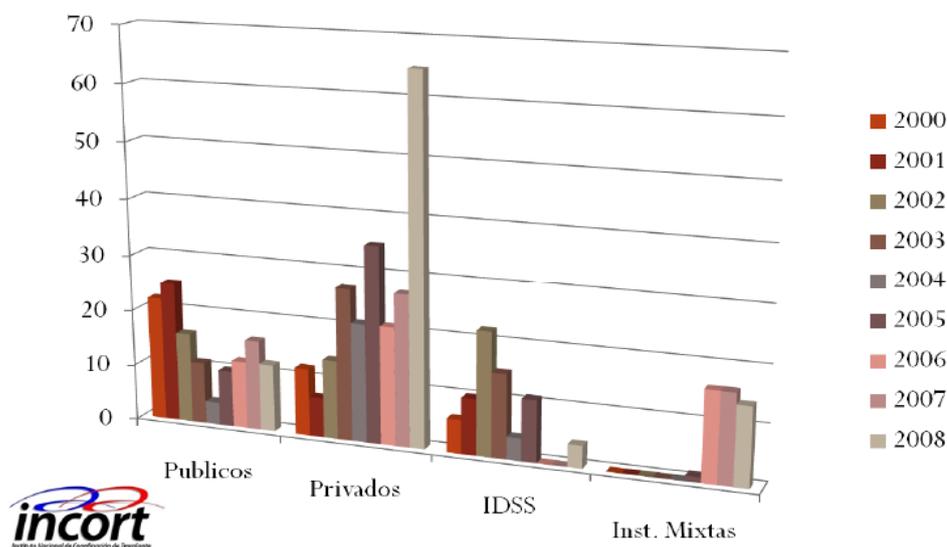
La necesidad de una atención sanitaria de mejor calidad con un adecuado avance tecnológico, favoreció el crecimiento de los centros de salud privada, un sector más que representativo en el área de salud como podemos observar en la tabla No 1, si nos basamos en la distribución de camas de agudos y de cuidados críticos, con un sector privado que posee el 47% de las mismas si se le compara solo con el sector público, y una gran actividad trasplantadora renal que ha incrementado desde el año 2000 al 2008 (Gráfica No 1).

Tabla No 1

Instituciones/ camas	SESPAS	IDSS	FFAA/PN	SECTOR PRIVADO	TOTAL
Camas de agudos	8670	1373	656	4923	15622
Camas de UCI	123	31	30	104	288

Grafica No. 1

TRASPLANTES RENALES EN R. DOMINICANA 2000 - 2008



*IDSS: Instituto Dominicano de Seguros Sociales, institución mixta valorada de forma independiente.

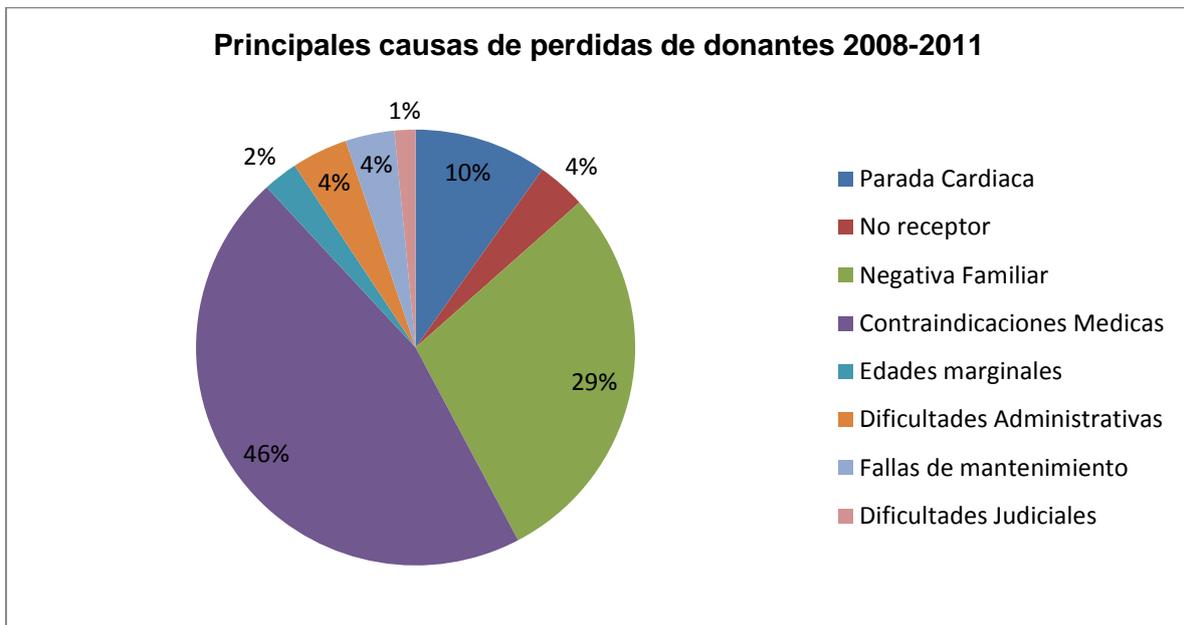
No obstante la tasa de donantes apenas ha alcanzando el 1,8 pmp (2011), con una tasa de negativa familiar y contraindicaciones médicas que han constituido el 29% y 46% respectivamente como principales causas de las pérdidas de donantes potenciales en los últimos 4 años. (Tabla y grafico No. 2)

Tabla No. 2

Principales Causas de Pérdidas de donantes

	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Parada Cardiaca	19	0	0	0	19
No receptor	6	1	0	0	7
Negativa Familiar	6	15	15	20	56
Contraindicaciones Medicas	11	20	27	31	89
Edades marginales	5	0	0	0	5
Dificultades Administrativas	5	2	1	0	8
Fallas de mantenimiento	0	5	2	0	7
Dificultades Judiciales	0	2	1	0	3

Grafica No. 2



Análisis de Datos:

Atendiendo a la distribución actual basada en la captación de ingresos de las empresas proveedoras de salud (privada, mixta y pública) determinamos las tendencias en cuanto a detección de muerte encefálica, y trasplantes renales, y comparamos los diversos grupos en los últimos 4 años.

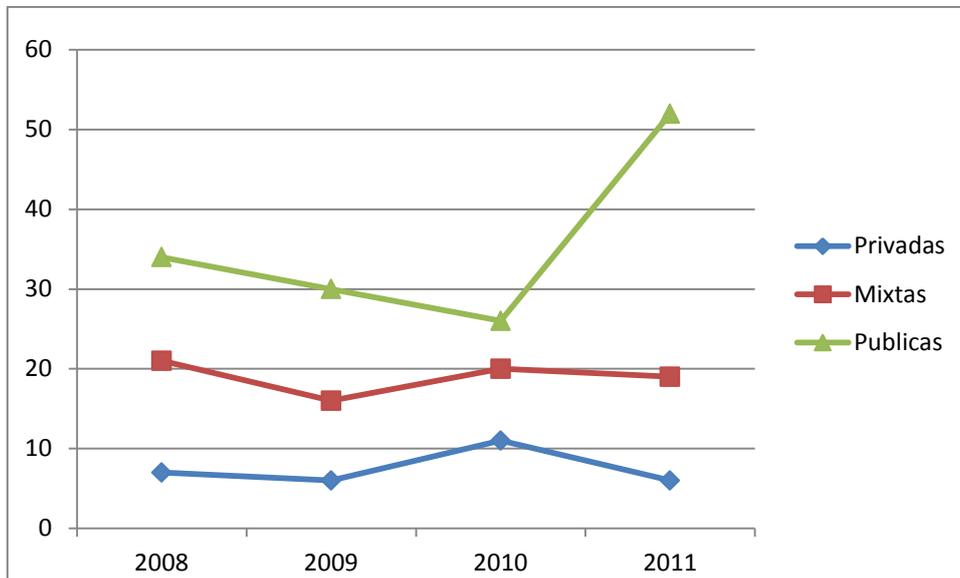
Un total de 45 centros constituyen la lista de instituciones supervisadas actualmente por el INCORT (ver anexo 1), dentro de estas están incluidos los centros referidores y trasplantadores, de los cuales 10 reportaron actividad de trasplantes durante el 2008-2011 y son sujetos del estudio. El total se encuentra distribuido de la siguiente manera: privadas 44%, públicas 38% y mixtas 18%.

Un total de 236 trasplantes renales fueron realizados (donantes vivos y cadavéricos) y un total de 248 muertes encefálicas diagnosticadas, con una tasa de efectividad global del 20.96%. Pudimos observar una tendencia al incremento en la detección de muerte encefálica (Gráfica 3) en las instituciones públicas alcanzando hasta un 57% del total de detecciones, siendo importante denotar que poseen una representatividad similar a los centros privados, los cuales en este sentido mantienen un escaso 12%. (Gráfica No 4). Una reducción de la tasa de donantes vivos relacionados y un incremento acorde a las expectativas planteadas de los trasplantes provenientes de donantes cadavéricos (gráfica No.5). Cabe destacar que los centros del área pública no logran expresar en trasplantes el alto índice de detección de donantes, materializándose en dichos centros apenas un 4% de todos los trasplantes realizados mientras que los centros privados y mixtos logran un 45 y 51% respectivamente. (Gráfica No. 6)

En este período de estudio solo los centros mixtos han realizado trasplantes renales de donantes cadavéricos, con un total de 62. Los centros privados han denotado una reducción importante en la actividad de trasplantes renales al finalizar el año 2008, todos procedentes de donantes vivos relacionados, aunque estabilizándose en los años restantes.

Finalmente existe un incremento discreto en la donación en R.D. el cual se eleva desde un 0.4 pmp en 2008 al 1.8 pmp en 2011.

Gráfica No. 3
Tendencia en la Detección de Muertes Encefálicas
2008-2011



Gráfica No. 4

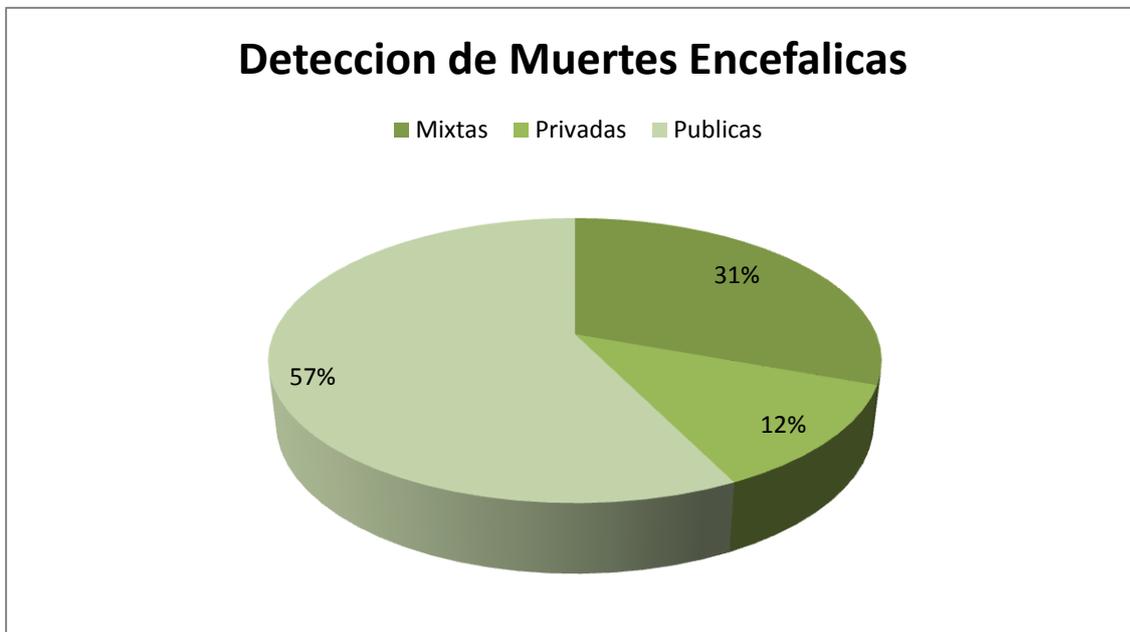
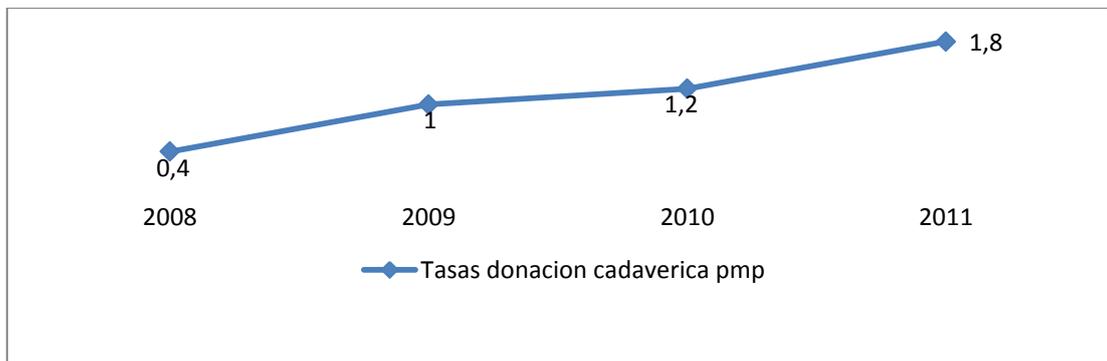
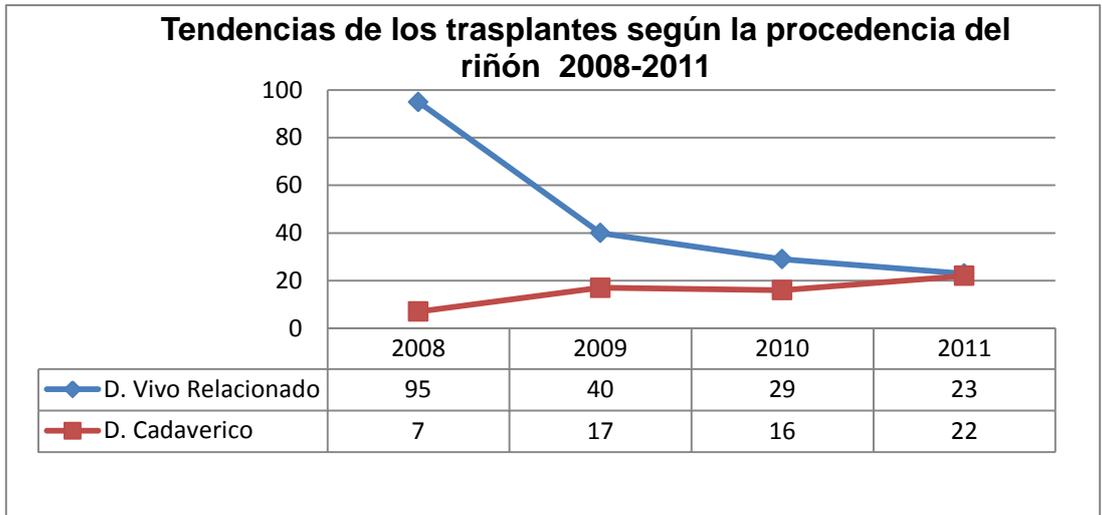
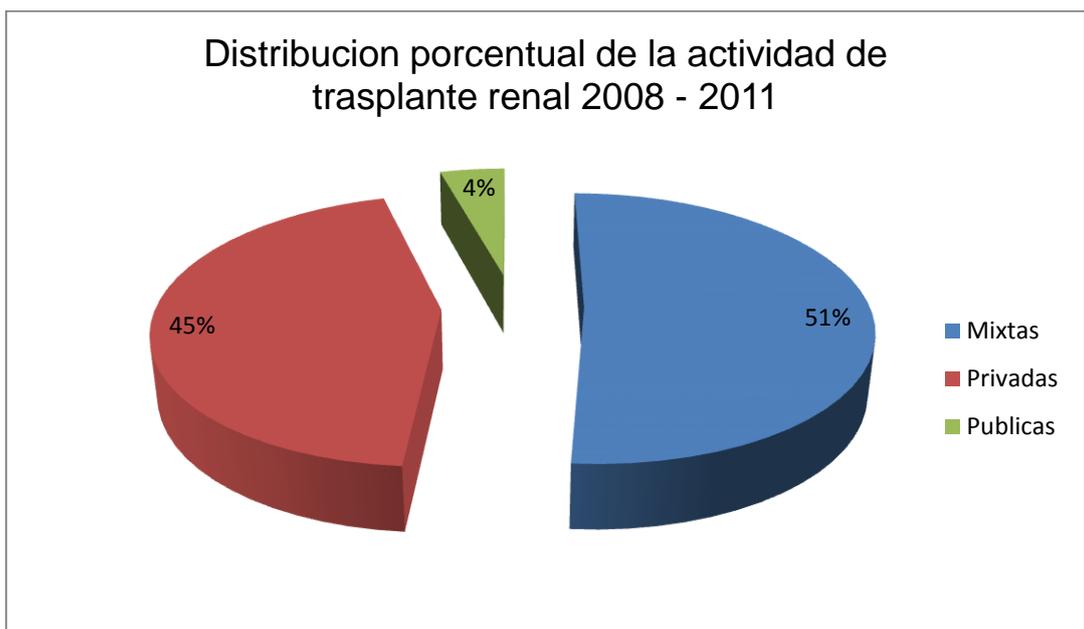


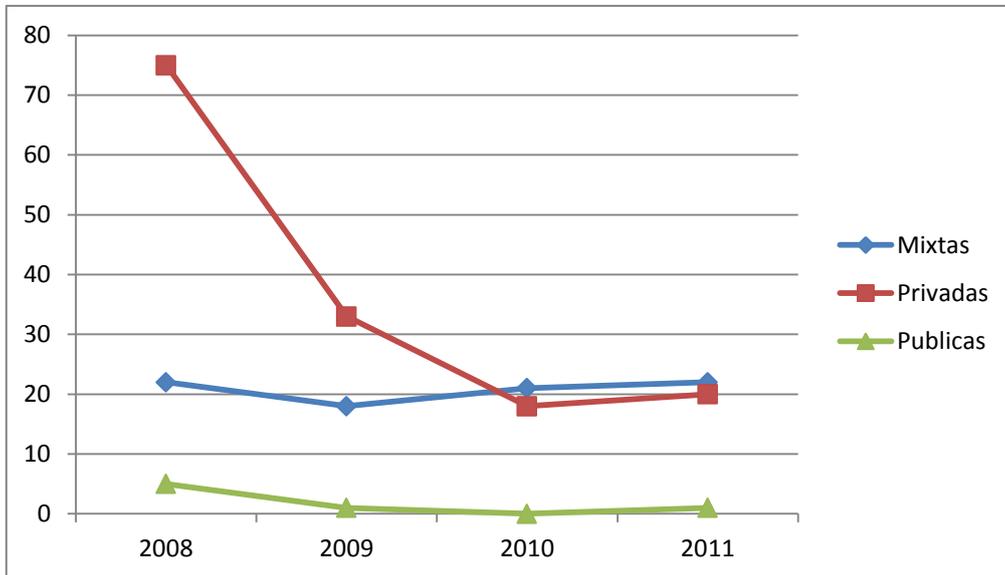
Grafico No. 5



Gráfica No. 6



Grafica No. 7
Tendencias en la actividad de Trasplantes Renales 2008-2011



Discusión:

En la R.D. el 70.5% de la población muestra ingresos inferiores a \$12,000.00 pesos dominicanos (US\$320.00) mensuales según la Oficina Nacional de Estadísticas para el año 2010. Estableciéndose como sueldo mínimo un total de \$9,905.00 pesos (US\$264.13) mensuales en aquellos empleados pertenecientes a empresas cuyas instalaciones o existencias o ambas superen RD\$4,000,000.00 (US\$106,666.66). Es posible con esto imaginar la dificultad que supone para la mayoría de los dominicanos financiar por si mismos la realización en centros privados de trasplantes renales.

Actualmente en el año 2011 la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (entidad estatal autónoma encargada de supervisar a las administradoras riesgos de

salud y riesgo laboral) informa de un total de 2,517,423 hombres y mujeres afiliados al régimen denominado contributivo. Este grupo representa el de mayor capital económico para la resolución de los posibles casos en esta población, y esto debería dar como resultado un incremento en las tasas de pacientes trasplantados renales en nuestro país. Sin embargo múltiples factores influyen para que no se traduzca en los resultados esperados, primero como mencionamos anteriormente el 70% de los pacientes en terapia renal sustitutiva se encuentran en los hospitales de salud pública, y pertenecen al régimen subsidiado, por lo que no cuentan con una póliza capaz de cubrir los gastos para este tipo de intervenciones; segundo las negativas familiares y contraindicaciones médicas han ido aumentando de manera progresiva; tercero el número total de coordinadores de trasplantes en R.D es de apenas 15, con un total de 45 centros dispuestos en su mayoría en Santo Domingo ciudad capital. Estos coordinadores resultan insuficientes sobre todo para que luego de identificado el donante (en algunos países es requerido por Ley hasta 3 médicos con fines de hacer el diagnóstico de muerte cerebral) mantener una supervisión adecuada y reducir así la pérdida de los mismos. Y cuarto son ciertamente bajas la cantidad de camas de cuidados intensivos en relación a las camas de agudos para la población nacional, y sobre todo la falta de unidades con asistencia de enfermería 1:1 con relación a los pacientes para un adecuado manejo de los mismos.

Esto nos lleva a entender que la distribución de los recursos económicos es el principal factor involucrado en una alta detección de donantes que no culmina en los eventos quirúrgicos esperados del proceso en el sector público, siendo lo opuesto para el sector privado.

Conclusiones:

Los centros privados son los principales ejecutores del trasplante renal de donante vivo relacionado, aunque con una marcada reducción a partir del año 2008. Se debe establecer la causa de la baja tasa de detección de donantes cadavéricos, y la no conversión de los donantes potenciales en donantes reales.

Los centros mixtos muestran la mejor tasa de desempeño logrando capitalizar la gran mayoría de los donantes, y realizando el total de 62 trasplantes renales provenientes de cadavéricos. Los centros públicos por su parte realizaron un total de 142 detecciones de muertes encefálicas, con una precaria expresión de estos en trasplantes renales. La tasa de efectividad global reflejada en estos cuatro años de un total de 248 diagnósticos de muerte encefálica con apenas 52 donantes reales se establece en 20.96%, un porcentaje extremadamente bajo si se le compara al establecido por el Modelo Español que ronda el 60%.

Recomendaciones:

Actualmente para viabilidad del sistema en materia de donación los centros privados bajo control institucional de las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP), Consejo Nacional de Trasplantes (CNT) e INCORT, se deberán incrementar las tasas de detección de donantes cadavéricos, y lograr la materialización de trasplantes de dicha fuente. Fomentar de ser posible otros métodos de detección de donantes como aquellos de corazón en asistolia, y en las unidades de extracríticos. Es de vital importancia incrementar la cantidad de coordinadores de trasplantes y por lo tanto de un adecuado sistema de detección.

Recomendamos la implementación de un programa de garantía de calidad, en todos los centros con coordinación hospitalaria vigente, y su revisión por el Incort con miras a evidenciar las fortalezas y debilidades del sistema, pudiendo así mejorar estas últimas.

En el pasado mes de noviembre el INCORT somete a la Comisión de salud de la Cámara de Diputados de nuestro país el anteproyecto de ley que crearía el FONASS (Fondo Nacional para la Atención Solidaria en Salud), con la finalidad de establecer un organismo encargado del financiamiento de las enfermedades de alto costo y complejidad. Desde este se dirigirán recursos a los hospitales del sector público, y a aquellos centros privados acreditados para la realización de los mismos. Dicho proyecto debe ser estimulado con miras a la reducción de pérdidas de donantes potenciales en todos los centros y la mejora de sistema de salud a nivel nacional.

Bibliografía

1. El Modelo Español de Coordinación y trasplantes. Dr. Rafael Matesanz. 2da ed. 2008
2. <http://www.datos.bancomundial.org>
3. International figures on donation and transplantation 2010. Vol. 16 N1 September 2011
4. Influencia del modelo español en la Republica Dominicana. Dr. Fernando Morales. Nefrología Vol.XXI Suplemento 4. 2001
5. <http://www.one.gov.do>
6. INCORT Database
7. Newsletter Trasplante Iberoamérica. Red/ Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Vol. IV No 1 Noviembre 2010
8. Resultados del programa de Calidad en el Proceso de Donación de la Organización Nacional de Trasplantes. N. Cuende Melero, J. F. Cañon Campos, M. Alonso Gil, C. Martin Delagebasala , E. Sagredo Sagredo y B. Miranda Serrano. Rev. Esp. Trasp. Vol. 10 No 3-209
9. <http://www.sisalril.gov.do/SobrelaSisalril.aspx>
10. FONASS Proyecto de Ley.
11. Muerte encefálica en Iberoamérica. D. Escudero, R. Matesanz, C.A. Soratti. Med. Intensiva.2009; 33(9): 415.
12. Global Observatory and Database on Donation and Transplantation world overview on transplantation activities. R. Matesanz, b. Mahillo, M. Alvarez, and M. Carmona. Transplantation proceedings, 41, 2297-2301 (2009)
13. Congreso de Donación de Órganos, Buenos Aires Argentina (2011).

Agradecimiento

Gracias a Dios por su eterna generosidad y sabiduría.

A mi hermosa familia, por su entrega y amor, les debo todo.

Gracias a la ONT por brindarle a los Latinoamericanos la oportunidad de recibir un entrenamiento sin defectos, en este proyecto Master Alianza de coordinación de trasplantes órganos y tejidos.

Gracias al Dr. Carlos Santiago G. y Lic. P. Gómez por su compromiso infatigable y su entrega con devoción en mi entrenamiento, no podría pedir más.

Gracias al personal de Coordinación de Trasplantes del Hospital General de Alicante porque no solo contribuyeron en mi formación sino que además me hicieron sentir parte de ustedes.

A todo el personal involucrado amigos, técnicos y miembros directivos del HOMS gracias por su soporte Dr. R. Sánchez Español y Dr. Santiago García.

Al INCORT, aquellos que tanto soportaron mis interrogatorios especialmente a la Dra. Sarita y al Dr. Alexander Altman sin su colaboración esta tesina no podría haber sido realizada.

Anexo 1

Listado de Centros Hospitalarios investigados

Públicos

1. Hosp. Moscoso Puello Santo Domingo
2. Hosp. Matern. Ntra. Sra. de la Altagracia Santo Domingo
3. Hosp. L. E. Aybar Santo Domingo
4. Hosp. Cabral y Báez Santiago
5. Hosp. J. P. Pina San Cristóbal
6. Hosp. Azua Azua
7. Hosp. Darío Contreras Santo Domingo Este
8. Hosp. Alejandro Cabral San Juan de la Maguana
9. Hosp. Antonio Musa San Pedro Macorís
10. Hosp. Jaime Mota Barahona
11. Hosp. Marcelino Vélez Santana Santo Domingo
12. Hosp. Arturo Grullón Santiago
13. Hosp. Robert Reid Cabral
14. Hosp. Ney Arias Lora Santo Domingo
15. Hosp. Maternidad Nuestra Señora de la Altagracia Santo Domingo
16. Hosp. Rodolfo de la Cruz Lora Santo Domingo
17. Hosp. Vinicio Calventi Santo Domingo

Privados

1. Clínica Abreu Santo Domingo
2. SEMA Santo Domingo
3. CM UCE Santo Domingo
4. CM Obstetricia y
5. Ginecología Santo Domingo
6. Hospiten Santo Domingo
7. CM Integral I Santo Domingo
8. Instituto Dom. Cardiología Santo Domingo
9. HOMS Santiago
10. CM Abel González (Norte) Santo Domingo
11. Centro de Otorrino Santo Domingo
12. Clin. Corazones Unidos Santo Domingo
13. CEDIMAT
14. Fundación Baquero
15. Centro Médico Moderno
16. Centro Médico Integral
17. Centro Médico Dr. Escaño
18. Centro Médico Cibao
19. Centro Médico Real
20. Centro Médico Virgilio Cedano

Mixtos

1. Hosp. Central FFAA Santo Domingo
2. Hosp. Policía Santo Domingo
3. Hosp. Ramón de Lara Santo Domingo Este
4. CECANOT Santo Domingo
5. Plaza de la Salud Santo Domingo
6. Hosp. Juan Bosch La Vega
7. IDSS Santo Domingo
8. Hospital Fuerza Aérea

Anexo 2

El art. 7 de la Ley 87-01 establece que el SDSS estará integrado por los siguientes regímenes de financiamiento:

a) **Un Régimen Contributivo**, que comprenderá a los trabajadores asalariados públicos y privados y a los empleadores, financiado por los trabajadores y empleadores, incluyendo al Estado como empleador.

b) **Un Régimen Subsidiado**, que protegerá a los trabajadores por cuenta propia con ingresos inestables e inferiores al salario mínimo nacional, así como a los desempleados, discapacitados e indigentes, financiado fundamentalmente por el Estado Dominicano.

c) **Un Régimen Contributivo Subsidiado**, que protegerá a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedio, iguales o superiores a un salario mínimo nacional, con aportes del trabajador y un subsidio estatal para suplir la falta de empleador.

