

**TESINA: INCREMENTAR EL NUMERO DE DONANTES EN BOLIVIA: UN
OBJETIVO ALCANZABLE**

1. **INTRODUCCION:**

El modelo de organización en la actividad de donación y trasplante que ha desarrollado España, es mundialmente reconocido, habiendo sido nombrado “El Modelo Español”. Este reconocimiento viene de la mano de resultados notables, que han situado a España, como el país con la mayor tasa de donantes cadavéricos por millón de población del mundo.

En la presente tesina se realiza un análisis de la situación actual de la actividad de donación y trasplante en Bolivia, comparándola con la de España, en cuanto refiere a legislación, protocolos y sistemas de monitorización de la actividad, planteando acciones a desarrollar en Bolivia, para mejorar los resultados.

2. **METODOLOGIA**

Se ha revisado la situación actual de la actividad de donación y trasplante, principios, legislación y modelo organizativo, de España y Bolivia, realizando una comparación entre ambos, un análisis de las diferencias y/o similitudes, y cuál es el impacto de cada una de ellas con la actividad.

A partir del análisis comparativo se plantea un modelo de gestión para mejorar el número de donantes de órganos a través de acciones a desarrollar en Bolivia, con los correspondientes indicadores de resultados y medios de verificación.

3. **DONACION Y TRASPLANTE EN ESPAÑA “EL MODELO ESPAÑOL”**

El llamado “modelo español” es un conjunto de medidas que se implantaron a partir de la necesidad de mejorar la donación de órganos, entre las principales un cambio de visión de lo que representa la coordinación de trasplante, respaldada por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), que se convierte no solo en gestor continuo de este modelo, sino en referente de formación científico-técnica sobre la coordinación de trasplante.

Este modelo español, ha sido aplicado en otras regiones del mundo, como la Toscana en Italia, pero sobre todo, el éxito de esta aplicación se ha visto reflejado en Latinoamérica, con clarísimos efectos sobre la donación, con un incremento promedio superior al 25% de la tasa de donantes reales en los países que lo han aplicado¹. A esto se suma la iniciativa de apoyar el desarrollo de la temática en Iberoamérica, habiendo liderado la conformación de la Red-Consejo Iberoamericana de Donación y Trasplante, que agrupa a las organizaciones nacionales de trasplante de los países iberoamericanos, con el fin de discutir los temas relacionados con la actividad y generar documentos de gran utilidad para todos los países miembros. En fin, el liderazgo español en esta temática es indiscutible.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

El modelo español desarrolló una serie de medidas¹:

- Legislación adecuada, con una definición de muerte encefálica, de las condiciones de extracción de órganos, de la ausencia de motivación económica, etc.
- Red de coordinadores de trasplante a tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario. Los dos primeros niveles constituyen una interface entre los niveles políticos y los profesionales.
- El coordinador hospitalario trabaja casi siempre a tiempo parcial, está situado dentro del hospital.
- Programa de calidad en el proceso de donación, una auditoria continua de muerte encefálica, llevada a cabo por los coordinadores hospitalarios.
- Oficina central de la ONT que actúa como agencia de servicios en apoyo de todo el sistema.
- Formación continuada, tanto de los coordinadores como de gran parte del personal sanitario,
- Reembolso hospitalario de manera específica y adecuada para las actividades de obtención y trasplante de órganos.
- Dedicación a los medios de comunicación con el fin de mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante.

Para incrementar el número de donantes, en España se ha utilizado la metodología “Benchmarking”, que consiste en definir un proceso y/o subprocesos, construir indicadores que representen la efectividad en el desarrollo de los mismos, identificar las unidades de estudio con los mejores indicadores, e investigar y describir las practicas que pueden justificar estos resultados de excelencia, favoreciendo posteriormente su implementación adaptándolas a las necesidades y características de otros centros.

En este ámbito el comité que trabajo esta metodología genero varias recomendaciones que se plasman en la “Guía de Buenas Prácticas en el proceso de la Donación de Órganos”, establece en principio tres subprocesos dentro del proceso de la donación de órganos: a) Derivación del posible donante a la unidad de críticos, b) Manejo del posible donante dentro de la unidad de críticos, c) Obtención del consentimiento para la donación.

Estos subprocesos dan lugar a 25 recomendaciones divididas en 5 grupos: 1. Composición del equipo de coordinación hospitalaria, 2 Perfil idóneo del coordinador hospitalario de trasplantes, 3 Mejorar la efectividad en la derivación del posible donante a las unidades de críticos, 4 Mejorar la efectividad en el manejo del posible donante en las unidades de críticos, 5 Mejorar la efectividad en la obtención del consentimiento a la donación².

4. DONACION Y TRASPLANTE EN BOLIVIA

4.1 Historia de la actividad

En 1968, el Dr. Néstor Orihuela Montero, constituye el primer equipo multidisciplinario en trasplante renal en humanos. El 2 de noviembre de 1979, realiza con éxito en el Hospital Obrero N° 1, el primer trasplante renal de Bolivia y los siguientes veinticuatro. En mayo de 1987, el Centro Médico Boliviano Belga de Cochabamba, a cargo de los doctores Juan Pablo Barrenechea, Alejandro Sauma y Silvestre Arze, inicia su programa de trasplante renal, En 1988 se realiza el primer trasplante renal en Santa Cruz a cargo del grupo de trasplantes del Dr. Herland Vacadiez.

En octubre de 1996, se realiza el primer trasplante de hígado a cargo del Dr. Stephen Dunn de Philadelphia y su equipo, ayudado por el grupo de trasplantes del Dr. Herland Vacadiez de Santa Cruz. El 11 de febrero de 1998, el Dr. Juan Pablo Barrenechea de Cochabamba y el equipo del Centro Médico Boliviano Belga, realizan el primer trasplante de corazón en Bolivia³.

Ante el crecimiento de la actividad surge la necesidad de contar con un marco legal, habiéndose promulgado en 1996 la Ley 1716 de Donación y Trasplante de órganos, células y tejidos, y su decreto reglamentario promulgado en 1997, los mismos establecían un marco general de acciones para la actividad, y en cuanto a la procuración, se detalla por primera vez el protocolo de diagnóstico de muerte encefálica.

Es a partir del año 2006 que Bolivia participa en la Red-Consejo Iberoamericana de Donación y Trasplante, donde se cuenta con más información sobre la actividad y se establecen marcos comunes internacionales que plantean la necesidad de uniformizar criterios sobre la donación y trasplante y la importancia de la actividad en el ámbito socio-sanitario.

Sin embargo uno de los sucesos que generó un real interés de las autoridades fue la publicación en junio de 2006 de una investigación de la prensa escrita argentina sobre el turismo de trasplante en Bolivia⁴, en un centro privado, como es de suponer esta publicación dio lugar a la respuesta de las autoridades sanitarias creando la coordinación regional de trasplante de Santa Cruz, designando en dichas funciones a la responsable de acreditación de establecimientos de salud Dra. Dolly Montaña, que participó en el año 2007 en la 2ª edición del máster alianza, y con los conocimientos adquiridos tuvo la difícil tarea de establecer un sistema de procuración en Santa Cruz que presenta un incremento de la actividad.

4.2 Situación actual de la salud en Bolivia

Bolivia, tiene como principal debilidad, un sistema de salud fragmentado, en tres subsistemas: la seguridad social (subdividida en 7 entidades), que representa aproximadamente un 30% de la población, cuyos afiliados son todos aquellos trabajadores asalariados que aportan a la misma; el subsistema privado, que representa aproximadamente un 10% de la población; y el subsistema público, que representa aproximadamente un 60%, es decir más de la mitad de la población, este sistema depende directamente del Ministerio de

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

Salud. Este sistema público no brinda atención gratuita a toda la población, solamente a grupos específicos de la población (SUMI para madres gestantes y niños menores de 5 años, SSPAM adultos mayores a partir de los 60 años, Tuberculosis, Chagas), y subvenciona la atención a otros grupos mediante programas específicos como el programa renal, sin embargo no llega siquiera a cubrir la atención primaria en salud con gratuidad.

Un paciente con cobertura de la seguridad social, tiene un acceso garantizado a la diálisis y a la vez tiene una mayor probabilidad de acceder al trasplante renal, sin embargo, pese a que se han elevado instrucciones desde las autoridades correspondientes, aun no tenemos ingreso de pacientes de la seguridad social en lista de espera, por el poco entendimiento por parte de las autoridades de la seguridad social de los beneficios del trasplante renal, tanto en costos como en calidad de vida.

En cambio el sistema público tiene como característica la exclusión social, dado que el acceso a la salud depende de la capacidad económica de la familia. Esta exclusión es notoria en el caso de diálisis, el costo mensual es de aproximadamente 2 salarios mínimos nacionales, y el costo anual de diálisis es 3 veces el ingreso per cápita de \$ 2000 anual⁵, (1500 €) y en este sentido si ya de hecho es difícil acceder a la diálisis, mucho más lo será al trasplante.

4.3 Situación actual de la donación y el trasplante

Actualmente únicamente se realiza trasplante renal, bajo normas vigentes como son el manual de trasplante renal y la guía de acreditación para establecimientos que realizan trasplante renal, acreditación que se realiza a través de las autoridades sanitarias locales con participación de la coordinación nacional de trasplante.

4.3.1 Marco legal

4.3.1.1 Constitución Política del Estado⁶.

Establece un artículo específico sobre donación y trasplante, que cita “**Artículo 43. La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia**”.

4.3.1.2 Ley 1716 de donación y trasplante de órganos, células y tejidos⁷.

Fue promulgada el año 1996, y la comisión redactora estaba compuesta en su mayoría por los equipos de trasplante.

Se especifica que para considerar a un donante cadavérico debe realizarse previamente el diagnóstico de muerte cerebral, y que los factores habilitantes para la disposición de los órganos, serán: que el donante haya dejado manifiesta su intención en vida, o que la familia autorice la donación.

También indica que cualquier acto de cesión de órganos, será realizado a título gratuito, estableciendo responsabilidades a todos aquellos que participen en actividad no cumpliendo este articulado.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

4.3.1.3 Decreto supremo 1115 Reglamento a la ley 1716 de donación y trasplante de órganos, célula y tejidos⁸.

Promulgado en diciembre del 2011, modifica el anterior reglamento promulgado en 1997, a fin de contar con un marco legal, concordante con la nueva estructura del estado, y actualizar la actividad dado los avances de la misma.

Este nuevo reglamento, resalta la gratuidad de la cesión de órganos, reitera la acreditación necesaria para realizar la actividad de trasplante, menciona que solamente serán beneficiados los receptores nacionales, y que toda entrada o salida de órganos, tejidos o células debe ser autorizada por el Ministerio de Salud. Define muerte encefálica.

Establece una estructura que permite la supervisión y la fiscalización de la actividad desde el Ministerio de Salud, creando la Coordinación Nacional de Trasplante, Describe las funciones de la Coordinación Departamental (similar a la Coordinación Autonómica en España). Se crea la figura del coordinador hospitalario y se detallan las funciones del mismo, con esto se pretende establecer el marco para la actividad.

4.3.1.4 Manual de Trasplante Renal⁹.

Desarrollado previamente al DS 1115. Describe: la selección del donante y los criterios relativos y absolutos para optar al trasplante, manejo pre y postoperatorio del receptor, incluyendo inmunosupresión, manejo del rechazo e infecciones; describe el protocolo de diagnóstico de muerte encefálica; describe el protocolo de selección del potencial donante y su mantenimiento; menciona la entrevista familiar; describe el protocolo de ablación renal, incluyendo la cirugía de banco; describe los criterios de distribución (Compatibilidad inmunológica, edad, tiempo de tratamiento en diálisis, tiempo de permanencia en lista de espera, y prioridades clínicas); y menciona los criterios de selección y protocolos para el trasplante con donante vivo,

Sin embargo hay que mencionar, que si bien se tienen descritos los protocolos, y actividades en la temática, no son aplicados en los hospitales y por consiguiente se tiene una escasa detección de posibles donantes.

4.3.2 Pacientes en lista de espera.

Actualmente se tienen registrados 19 pacientes en la lista de espera para trasplante renal, que están a cargo de la recién conformada Coordinación Nacional de Trasplante¹⁰, la totalidad han sido inscritos por la coordinadora departamental de Santa Cruz, y tomando en cuenta que tenemos al momento aproximadamente 2000 pacientes en programas de diálisis, es de suponer que el número de pacientes que requieren un trasplante es mucho mayor, por lo que este número de inscritos en lista, no refleja la realidad de la demanda de órganos renales en Bolivia.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

Se ha estado trabajando en actividades que mejoran el acceso al trasplante para los pacientes con Enfermedad Renal Crónica:

- Reformulación de la actual lista de espera gracias a la colaboración del Instituto Nacional Central Único Nacional de Ablación e Implante (INCUCAI) de Argentina.
- Información al paciente renal sobre el trasplante renal, tanto con donante vivo como cadavérico a través de charlas a los pacientes, y la publicación del manual del trasplantado renal de distribución gratuita.
- Incremento a la accesibilidad de las pruebas de histocompatibilidad, a través de la disminución de los costos de las mismas en un 80% para los pacientes del sistema público, y la implementación de 3 laboratorios de histocompatibilidad públicos.
- Donación de 6 meses de inmunosupresores a los pacientes del sistema público que se trasplanten, y a partir de 2011, creación del fondo publico de inmunosupresores, con subvención del 80% del costo.
- Bs. 600000 (67.000€) presupuestados para pago de cirugías de trasplante en el sistema público que hayan completado la evaluación pretrasplante, incrementando el acceso de los mismos, este presupuesto permite costear 30 cirugías, tomando en cuenta la fecha de ingreso a lista de espera.

4.3.3 Datos de la actividad

En Bolivia solamente se realiza trasplante renal. Contamos con 6 establecimientos acreditados que realizan trasplante, distribuidos únicamente en 3 departamentos que conforman el llamado eje troncal de Bolivia (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz).

El resultado de la actividad de estos centros se refleja en la tabla 1, donde llama la atención que la actividad está centrada en un 74% sobre el trasplante de donante vivo, llegando apenas a un 26% de donación cadavérica, siendo la ciudad de Santa Cruz la que tiene un comportamiento diferente ya que su actividad es mayor en cuanto a donación cadavérica, y esto fundamentalmente por la existencia de una coordinadora departamental que no solamente realiza labor administrativa, sino además, operativa en procuración. Y los resultados de la actividad de procuración en la gestión 2011, se reflejan en la tabla 2

TRASPLANTE/ CIUDAD	Donantes vivos	Donantes cadavéricos
La Paz	13	0
Cochabamba	36	2
Santa Cruz	7	17
TOTAL	56	19

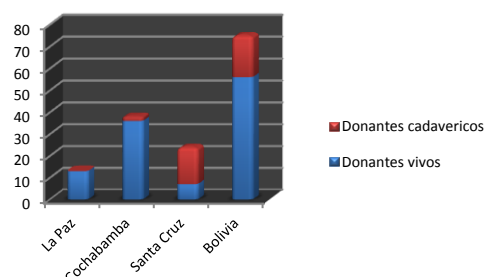


Tabla 1. Grafico 1.Resultados de trasplante 2011 Fuente Ministerio de Salud y Deportes

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

CIUDAD	Muerte Encefálica	Donante real	Negativa familiar	Fallo de mantenimiento
La Paz	1	0	1	0
Cochabamba	11	1	9	1
Santa Cruz	45	9	33	3
TOTAL	57	10	43	4

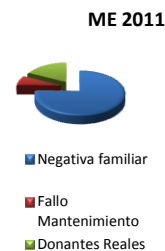


Tabla 2. Grafico 2. Resultados de trasplante 2011 Fuente Ministerio de Salud y Deportes

4.3.4 Cooperación internacional

El respaldo internacional ha permitido que la actividad de donación y trasplante en Bolivia, cuente con importante asesoramiento técnico.

Un claro ejemplo da lugar a esta tesina, la colaboración de la ONT a través de la Red-consejo iberoamericano de donación y trasplante, permite con el Máster Alianza la formación de recursos humanos en donación y trasplante. Sin embargo, lamentablemente la participación de 11 profesionales bolivianos, no ha dado los resultados esperados, principalmente por que los profesionales que participaron en anteriores versiones no han participado activamente en procuración de órganos, salvo 2 personas que actualmente son coordinadores departamentales de Cochabamba Dr. Marcelo Rojas y Santa Cruz Dra. Dolly Montaña.

Es de suma importancia el desarrollo desde el 2010, a través del fondo de cooperación horizontal FOAR de la República Argentina, del proyecto “Fortalecimiento de la capacidad del Ministerio de Salud en procuración, ablación y trasplante renal”, siendo el Instituto Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) quien establece juntamente con el Programa Nacional de Salud Renal y ahora la Coordinación Nacional de Trasplante, un vínculo de apoyo técnico-científico de gran relevancia, en áreas médicas, éticas y de gestión, y además una supervisión directa sobre la nueva lista de espera a ser desarrollada.

Cabe mencionar que el INCUCAI ha desarrollado una línea de trabajo de mucha importancia, situándose como el líder regional en donación de órganos (14.5 p.m.p.), y además ha establecido líneas de cooperación con países sudamericanos. Y en su éxito destacan dos medidas de alta importancia por los resultados obtenidos: Protocolo Glasgow 7: que indica la notificación a la coordinación hospitalaria de todo paciente con Glasgow igual o menor a 7 para el seguimiento del mismo, disminuyendo los escapes en cuanto a diagnóstico de muerte encefálica; y la Estrategia Hospital Donante: cuyo objetivo es el de incorporar la procuración como actividad propia de los hospitales para incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos destinados al trasplante¹⁰.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

4.3.5 Sensibilización de la población en relación a la donación

A través de campaña televisiva “Donar es sembrar una semilla de vida”, con la difusión de un spot que muestra la vivencia de un paciente en diálisis y se beneficia con un trasplante, tuvimos una cobertura significativa de la prensa principalmente televisión y prensa escrita, habiendo posicionado a la donación de órganos con una imagen positiva en el cotidiano de la población, contrariamente a las opiniones en especial del ámbito sanitario que sugerían que la población boliviana no tenía “cultura de donación”, sin embargo tras el éxito de la campaña, creemos firmemente que la información clara es imprescindible para el abordaje de la temática. Se cuenta con una línea telefónica gratuita donde la población puede solicitar información sobre la donación de órganos.

Esto tuvo como resultado la inscripción de 5400 personas que manifestaron su voluntad de donar sus órganos cuando fallezcan.

5. ANALISIS COMPARATIVO

5.1 Datos demográficos

España: 47 millones de habitantes, Bolivia: 10,6 millones de habitantes

	ESPAÑA	BOLIVIA
Población total (millones de personas)	47,6	10,6
Edad media de la población en años	40,2	21,5
Expectativa de vida en años	81,8	66,2
Número de camas hospitalarias ¹¹	146.310	14.404
Habitantes por cama hospitalaria ¹¹	325	735
Número de camas de UCI (por 1000 habitantes) ¹²	3.1	0,035

Tabla 3. Análisis comparativo demográfico

5.1.1 Análisis: Las evidencias demográficas son claras, una gran diferencia en cuanto a población, España tiene más del triple de habitantes que Bolivia, con una expectativa de vida muy superior a la Boliviana, sin embargo la edad media promedio es casi el doble de la Boliviana, lo que supone una mayor demanda del sistema sanitario en relación a enfermedades crónicas que requieren trasplante.

Asimismo una diferencia sustancial se encuentra en el número de camas hospitalarias y el número de habitantes por cama hospitalaria, son considerablemente superiores en España, y esto adquiere relevancia si se compara el número de camas de cuidados intensivos, donde se centra la actividad de donación, cuya relación es de casi 1-100 es decir una cama de cuidados intensivos en Bolivia por 100 camas de cuidados intensivos en España. Este dato adquiere importancia cuando se realiza la comparación de

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

capacidad generadora de donantes, dado que dicha actividad se desarrolla en las unidades de cuidados intensivos.

5.2 Legislación

España: Ley 30/1979 sobre extracción y trasplante de órganos. Real Decreto 2070/1999¹⁴.

Bolivia: Ley 1716 de 1996 Ley de donación y trasplante de órganos, células y tejidos. Decreto Supremo 1115 Reglamento a la Ley 1716 de donación y trasplante de órganos, células y tejidos.

	ESPAÑA	BOLIVIA
Ámbito de aplicación	Nacional	Nacional
Gratuidad en la cesión de órganos y tejidos	Si	Si
Acreditación o autorización de centro extractor y/o trasplantador	Si	Si
Disposiciones generales para donante vivo y donante cadavérico	Si	Si
Donación presunta	Si	No
Define muerte encefálica	Si	Si
Estructura organizativa nacional	Si	Si
Estructura organizativa regional	Autonómica	Departamental Autónoma
Establece Coordinación hospitalaria	Si	Si
Cobertura de trasplantes	Si	No

Tabla 4. Análisis comparativo legislación

5.2.1 Análisis: En ninguna de las leyes tanto española como Boliviana, se menciona el término “muerte encefálica”, la ley española menciona a la muerte por lesiones cerebrales irreversibles, la ley boliviana indica a la muerte cerebral como parámetro diagnóstico. Esta diferencia puede ser atribuible, a la diferencia de tiempo existente entre la promulgación de ambas, siendo la española promulgada 17 años antes que la boliviana. Sin embargo esta situación es diferente en los decretos, que ya la mencionan como tal.

España tiene establecido el consentimiento presunto, indicando que se puede dejar constancia de la negativa a la donación, sin embargo se solicita en casi todas las ocasiones, la autorización de la familia; en Bolivia el consentimiento de la donación debe ser dado por la familia, independientemente si se haya dejado de manifiesto la voluntad en un carnet específico, no se aplica el consentimiento presunto.

Bolivia, menciona la obligatoriedad de notificación de la muerte encefálica, por parte del personal de salud a la coordinación hospitalaria y/o a la coordinación departamental, situación que no está contemplada en la normativa española.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

La ley boliviana menciona, que el donante vivo cuenta con protección laboral mientras dure su recuperación (baja médica), situación que también está contemplada en la legislación española.

Ambas normas tienen muchas similitudes, y establecen un marco regulatorio óptimo. Lamentablemente en el caso de Bolivia, este marco aun no ha sido aplicado completamente, debido al desconocimiento del mismo por parte de médicos y autoridades judiciales.

5.3 Financiamiento

España: Modelo de Seguridad Social con acceso universal, con cobertura total para todos los costos de la actividad de donación y trasplante, se establece el sistema de reembolso hospitalario tanto para la procuración como para el trasplante.

Bolivia: Modelo Sanitario fragmentado excluyente, con coberturas diferentes según el subsistema, la mayoría con cobertura parcial y limitada. No se reconoce monto adicional por la procuración o el trasplante renal, en el sistema público y la seguridad social.

5.3.1 Análisis: Sin financiamiento adecuado, y equitativo, la actividad no cumpliría el principio de equidad, puesto que el acceso al trasplante va a depender de la capacidad económica del receptor. Tanto para ingreso a lista de espera como en la cobertura del trasplante, sin olvidar, la medicación inmunosupresora, sin la cual no podríamos asegurar la supervivencia ni del injerto ni del receptor. No se puede implementar un sistema de reembolso hospitalario a todos los que participen, puesto que la legislación boliviana no permite que un funcionario estatal (público o seguridad social), perciba ingresos por encima de un límite establecido (14.900 Bs.)

5.4 Actividad de donación y trasplante

España: Ocupa el primer lugar a nivel mundial en cuanto a número de donantes cadavéricos por millón de población, se cuenta con un registro histórico fiable de la actividad, a cargo de una entidad nacional (ONT)

Bolivia: Ocupa el penúltimo lugar en Iberoamérica¹³ en cuanto a número de donantes cadavéricos por millón de población. No se cuenta con un registro histórico de la actividad, puesto que dicho registro tuvo varias instituciones responsables (comisión coordinadora de trasplante 2006-2009, Programa Nacional de Salud Renal 2010-2011); además, el mismo no sistematizó la recogida de datos por lo que no están uniformizados.

	ESPAÑA*	BOLIVIA**
Creación de Organismo Nacional de Trasplante	1989 Organización Nacional de Trasplante	2012 Coordinación Nacional de Trasplante
Pacientes en lista de espera 2011	5484	19
Hospitales generadores autorizados o acreditados	181	Ninguno

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

Hospitales autorizados o acreditados trasplantadores	43	6
Coordinaciones regionales	17/17 comunidades autónomas	2/9 departamentos autónomos
Coordinaciones hospitalarias	181	1
Tasa de donación cadavérica 2011	35.94 p.m.p.	0.94 p.m.p.
Tasa de donación vivo 2011	6.5 p.m.p.	5.2 p.m.p.
Reembolso hospitalario	Si	No

Tabla 5. Análisis de actividad de donación y trasplante en países *Fuente ONT, **Fuente Ministerio de Salud y Deportes

5.4.1 Análisis: En cuanto a la donación cadavérica, existe una gran diferencia, en cuanto a los resultados por millón de población, y esto refleja que no se ha establecido un marco óptimo de gestión, que permita una detección óptima de potenciales donantes, y mucho menos de la generación de órganos para trasplante. Y esto debido a la inexistencia de un sistema de coordinación hospitalaria, salvo 1 coordinador hospitalario cuyas funciones son principalmente administrativas para el equipo de trasplante.

En cuanto a la donación de vivo, Bolivia presenta tasas de donantes vivos por millón de población similares a de España cuya actividad esta menos desarrollada que la de cadáver. Hay que tomar en cuenta que en porcentaje de actividad a diferencia de España, cuyo porcentaje de trasplante con donante vivo es muy inferior al de cadáver, Bolivia tiene un mayor porcentaje de donantes vivos 76% que de cadavéricos 24%, situación que en Latinoamérica solamente se repite en México¹⁴.

6 ACCIONES

A partir del análisis comparativo se plantean las siguientes acciones, a ser aplicadas en Bolivia y estarán a cargo de la Coordinación Nacional de Trasplante, y desarrolladas junto con las Coordinaciones Departamentales y las Sociedades Científicas.

La primera acción macro que se deberá realizar es la acreditación de centros extractores, sean o no trasplantadores, y la re-acreditación de los centros trasplantadores.

Las mismas se presentan en orden de prioridad, sin embargo, esto no significa que no puedan llevarse a cabo simultáneamente dependiendo de los recursos que se puedan aplicar, en especial los económicos.

Destacar que se cuenta con el apoyo del INCUCAI, en el marco del proyecto "Fortalecimiento de la capacidad institucional del Ministerio de Salud en procuración, ablación e implante", dentro del cual se tiene programadas actividades formativas a realizar en Bolivia.

Asimismo, se cuenta con el apoyo de la Sociedad de Trasplante de Latinoamérica y el Caribe (STALYC), con la que se ha planificado actividades de formación a realizarse en la ciudad de La Paz en la presente gestión.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

Y resaltar que en Bolivia tenemos profesionales de alto prestigio y reconocimiento nacional, que apoyan a la actividad en distintos ámbitos, los que esperamos que también colaboren en las actividades de formación.

6.1 Formación específica de Profesionales de la salud

6.1.1 Muerte encefálica. Cursos-talleres dirigidos a profesionales de las áreas de Neurología-Neurocirugía, Cuidados Intensivos, Emergencias, dictadas por expertos en la temática de diagnóstico de muerte encefálica, y el comité nacional de bioética, para reafirmar los aspectos éticos de la muerte encefálica.

6.1.2 Mantenimiento del donante. Cursos-talleres dirigidos a profesionales de Cuidados Intensivos y Emergencias. Sobre los aspectos más importantes en el mantenimiento del donante cadavérico.

6.1.3 Formación en Comunicación de situaciones críticas.

6.1.3.1 Formación de formadores

En base a las experiencias de formación de formadores en latinoamérica¹⁵, realización de curso dirigido a formar profesionales sanitarios como formadores en la Comunicación de Situaciones Críticas para que los mismos puedan ir replicando el curso en diferentes regiones y ámbitos sanitarios.

6.1.3.2 Profesionales sanitarios

Desarrollo del Curso de Comunicación de Situaciones Críticas bajo dos modalidades

- Nuevos. Dirigido a nuevos profesionales, en especial de las unidades de cuidados intensivos.
- Reciclaje. Dirigido a los ya formados, a fin de recopilar experiencias, sentimientos y actitudes, y plasmarlos en mejora de la comunicación de situaciones críticas.

6.1.2 Formación de Coordinadores Hospitalarios

6.1.2.1 Selección de recursos humanos. Se realizara la selección de profesionales tomando en cuenta el perfil personal y profesional adecuado para la actividad, para garantizar el desarrollo óptimo de la actividad, teniendo en cuenta que un profesional con un perfil no adecuado, puede ser susceptible de sufrir el síndrome del coordinador quemado o "burn out", por la dureza física y sobretodo psicológica de la actividad¹.

Finalizada la formación del profesional sanitario, se emitirá la certificación correspondiente por parte de la Coordinación Nacional de Trasplante.

- Personal: Evaluación del perfil personal por el área de Psicología de la Coordinación Nacional de Trasplante.

Si bien este tema puede considerarse ambiguo o difícil de establecer, partimos de que un profesional que no tenga un perfil personal solidario, humanizado y empático, no podrá establecer diariamente las actitudes personales y

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

profesionales a favor de la donación, mas aun respecto a la “relación de ayuda” que se debe establecer en la comunicación de situaciones críticas.

- Profesional: De preferencia personal que trabaje en las unidades de cuidados intensivos (no limitante), pero que cuente con habilidades clínicas para exploración neurológica, y manejo de pacientes críticos.

6.1.2.2 Competencias.

Tomando en cuenta las recomendaciones iberoamericanas¹³, se plantearan los siguientes ejes de formación para el desarrollo de las competencias necesarias:

- Marco legal vigente: Explicando y analizando los articulados de la Constitución Política del Estado, la Ley 1716 y el Decreto Supremo 1115, a fin de generar sólidos conocimientos sobre el marco legal de la actividad.
- Definición, fisiopatología y diagnostico de Muerte Encefálica: incluyendo métodos instrumentales para el diagnostico, según el protocolo vigente
- Criterios de selección del donante: edad, patología infecciosa o neoclásica, criterios de exclusión.
- Entrevista familiar: Comunicación de situaciones críticas, entrevista familiar en 2 fases: comunicación de muerte, solicitud de donación.
- Mantenimiento de donante: Manejo clínico del donante, parámetros clínicos óptimos, viabilidad de órganos.
- Distribución de órganos: Criterios de distribución de órganos
- Ablación: Coordinación con equipos de ablación y trasplante, problemas que pueden presentarse
- Registros: Sistema de registro e información de la actividad, sistema informático de lista de espera, sistema de registro y trazabilidad
- Aspectos bioéticos: Principios rectores de la OMS, Declaración de Estambul, Declaración de Aguas Calientes.
- Población y donación: Prensa y donación, información dirigida a la población, mitos más comunes a desmentir.

6.1.2.3 Evaluación de desempeño.

Evaluación del desempeño de los coordinadores formados, estableciéndose en dos niveles:

- Resultados de la actividad: Numero de operativos realizados, y número de donantes reales, utilizando los registros.
- Satisfacción personal: Mediante encuestas elaboradas por el área de psicología, recopilando información sobre la satisfacción personal con la actividad y el entorno.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

Asimismo foros de discusión periódicos sobre el proceso de donación y trasplante, en todas sus fases, problemas y nuevos protocolos o terapéuticas que puedan ser implementadas.

6.2 Creación y revisión de Protocolos

6.2.1 Protocolo Glasgow 7.

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Neurología, Neurocirugía, Terapia Intensiva, Trasplante de Órganos y Tejidos, a fin de discutir la implementación del mismo en Bolivia. Se tomaran como fundamento que la detección de un posible donante antes que llegue a muerte encefálica puede mejorar los resultados sobre el número de donantes reales, el mismo ha dado buenos resultados en Argentina¹⁰.

6.2.2 Protocolo de Muerte Encefálica.

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Neurología, Neurocirugía, Terapia Intensiva, Trasplante de Órganos y Tejidos, y Comité Nacional de Bioética, a fin de reafirmar los criterios de diagnostico de muerte encefálica, y la utilidad de la ultrasonografía doppler craneal.

6.2.3 Protocolo de Selección de donante.

6.2.3.1 Infecciones.

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Infectología, Terapia Intensiva, Trasplante de órganos y tejidos, Oftalmología, Nefrología, Hepatología, para establecer las infecciones que deben ser descartadas, las pruebas a realizar para descartar las mismas, tomando en cuenta los perfiles epidemiológicos de las regiones, estableciendo criterios de exclusión absolutos y/o relativos de potenciales donantes. Asimismo, la creación de seroteca del donante, a fin de garantizar y evaluar la posible transmisión de infecciones.

6.2.3.2 Neoplasias.

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Oncología, Terapia Intensiva, Trasplante de órganos y tejidos, Oftalmología, Nefrología, Hepatología, para considerar criterios de exclusión absolutos y/o relativos de los donantes si existiera presencia de neoplasia, pruebas confirmatorias, estableciendo dichos criterios bajo argumentos científicos.

6.2.4 Protocolo de mantenimiento de donante.

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Terapia Intensiva, Trasplante de Órganos y Tejidos, Nefrología, Oftalmología, Hepatología, a fin de establecer los parámetros clínicos, ventilatorios y laboratoriales óptimos, que garanticen la viabilidad de los órganos y tejidos a ser trasplantados.

6.2.5 Protocolo de ablación renal

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Trasplante de Órganos y Tejidos y Nefrología, a fin de establecer los criterios o consensos para la ablación renal.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

6.2.6. Protocolo de ablación hepática

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Trasplante de Órganos y Tejidos y Hepatología, a fin de establecer los criterios o consensos para la ablación hepática.

6.2.6. Protocolo de selección y ablación de corneas

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Oftalmología y Trasplante de Órganos y Tejidos, a fin de establecer los criterios de selección del donante de corneas, técnica de ablación y preservación de corneas

6.2.7. Criterios de distribución y asignación de órganos y tejidos

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Trasplante de órganos y tejidos, Oftalmología, Nefrología, Hepatología, para establecer los criterios de distribución, y de asignación de órganos y tejidos, así como los criterios de selección de receptores.

6.2.8 Protocolo de selección y seguimiento del donante vivo

Reuniones de consenso con las Sociedades Bolivianas de Nefrología, Trasplante de Órganos y Tejidos, Medicina Interna, Comisión Nacional de Bioética, a fin de revisar el protocolo de selección para garantizar el mayor margen de seguridad para los donantes vivos.

6.3 Incrementar acceso a lista de espera y al trasplante renal

6.3.1 Criterios de distribución. Revisión de los criterios para distribución de órganos, tales como grupo sanguíneo, histocompatibilidad, tiempos en diálisis y lista de espera, trasplante infantil, retrasplante y ultimo acceso vascular, y plantear la distribución regional de los órganos, con la Asociación de Pacientes Renales (ASOBOLDI) y los equipos de trasplante,.

6.3.2 Cumplimiento de disposiciones sobre trasplante. Insistencia con las autoridades de la seguridad social, sobre la evaluación e inclusión de pacientes en lista de espera y el acceso a la cirugía de trasplante, tanto en centros propios como en convenios interinstitucionales.

6.3.3 Inclusión a lista de espera.

Insistencia a los equipos de trasplante, y a la sociedad boliviana de nefrología, sobre la importancia de iniciar la evaluación pretrasplante lo antes posible, incluso realizarla en los programas de nefroprevención, donde un paciente con estadio IV de ERC, puede ya ser evaluado e incluido a lista de espera.

6.3.4 Información continua a Pacientes.

Continuar brindando la información a través de charlas informativas, sobre el trasplante renal, como se debe realizar el ingreso a lista de espera, los criterios para distribución de órganos y los cuidados posteriores.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

6.3.5 Gestión de recursos. Continuar la gestión de recursos que permita dar mayor cobertura tanto en cirugía de trasplante como de la medicación inmunosupresora, así como el seguimiento de pacientes.

6.4 Información y socialización de la temática donación y trasplante

6.4.1 Autoridades

6.4.1.1 Judiciales. Reuniones informativas dirigidas a jueces, fiscales y funcionarios judiciales, para informar sobre el marco legal vigente, los artículos que citan competencias judiciales en la temática, el nuevo decreto supremo 1115, y la anotación del documento de cesión de órganos ante la autoridad competente^{7,8}. Será importante establecer un vínculo formal con las autoridades del Consejo de la Judicatura, quienes ejercen el control sobre los funcionarios judiciales, para apoyarnos en las acciones a tomar, a través de reuniones, y comunicaciones formales sobre las actividades que se realizan.

6.4.1.2 Legisladores. Particularmente con la comisión mixta de salud y educación, en reuniones se presentará la temática de donación y trasplante, el proceso de la donación de órganos, la muerte encefálica, el beneficio para los receptores, cual el rol de la sociedad en la actividad, y los beneficios económicos para el estado. Estableciendo un canal de comunicación que permita contar con apoyo ese nivel

6.4.1.3 Ministerio de Salud. Presentar el plan de acciones, sistema de monitoreo e indicadores de resultado, a fin de generar apoyo para la realización de las mismas, será importante además de la presentación al Ministro y directos allegados, trabajar con la Dirección de Planificación para seguimiento, y con el Sistema Nacional de Información en Salud, para el registro y elaboración de indicadores.

6.4.1.4 Hospitales Generadores y Trasplantadores. Reuniones frecuentes con los directores de los hospitales, tanto la coordinación departamental, como la coordinación nacional, a fin de generar el entendimiento de los mismos, de la importancia de establecer al coordinador hospitalario como parte de la estructura de los hospitales, la instalación y cumplimiento de los protocolos de detección, diagnóstico y mantenimiento, y sobre todo la relación de los coordinadores hospitalarios con los niveles departamental, y nacional, para la coordinación con los equipos extractores y trasplantadores.

6.4.2. Colegios de profesionales de la salud.

Realizar charlas sobre la actividad de donación y trasplante, su importancia en el campo asistencial. Realizar el seminario de muerte encefálica, para posicionar el concepto, dentro del accionar cotidiano, y de esta manera, no encontrar obstáculos en la generalidad del personal de salud. Será de suma importancia, que los mismos entiendan el porqué de las acciones, mostrando datos y resultados, el marco ético y legal que rige la actividad.

6.4.3 Medios de comunicación.

Talleres de información a periodistas dando a conocer la donación y el trasplante de órganos, la muerte encefálica, y la importancia de apoyar a la

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

temática. Además realizar emisión de información regular vía medios de comunicación para no perder el interés de la población en la temática.

6.4.4 Población en general

Información sostenida. Continuar actividades de información y sensibilización a la población mediante charlas informativas a los grupos de la población que así lo soliciten, además de grupos focalizados como ser organizaciones sociales (juntas de vecinos, gremiales, chóferes), colegios y universidades.

Los resultados anuales de la actividad, serán informados a toda la población y en específico a profesionales sanitarios y medios de comunicación.

6.5 Trazabilidad. Establecer registros adecuados para el relevamiento de la información y posterior análisis de la misma, bajo garantía de transparencia de la actividad. Deberá ser llevado desde la coordinación hospitalaria, coordinación departamental y la coordinación nacional.

6.5.1 Donante cadavérico. Desarrollar los siguientes registros

- Registro base: Datos del donante, procuración, ablación, distribución
- Entrevistas familiares: Negativas familiares, problemas en la entrevista
- Biovigilancia: Establecido a través de la seroteca, juntamente a la evaluación de los receptores.

6.5.2 Donante vivo. A través de un sistema de seguimiento periódico del donante para detectar posibles comorbilidades relacionadas con la donación.

6.5.3 Receptor.

- Sobrevida del injerto. A través de un sistema de seguimiento constante del receptor, niveles de inmunosupresión, y función del órgano trasplantado
- Comorbilidades. Que pueden afectar la sobrevida del injerto, o que en su defecto puedan atribuirse al injerto (biovigilancia)

6.6. **Aplicación de la guía de buenas prácticas.**

Estas acciones antes descritas, tienen dentro de sus fortalezas la aplicación de las recomendaciones de la guía de buenas prácticas, como se muestra en el grafico siguiente:

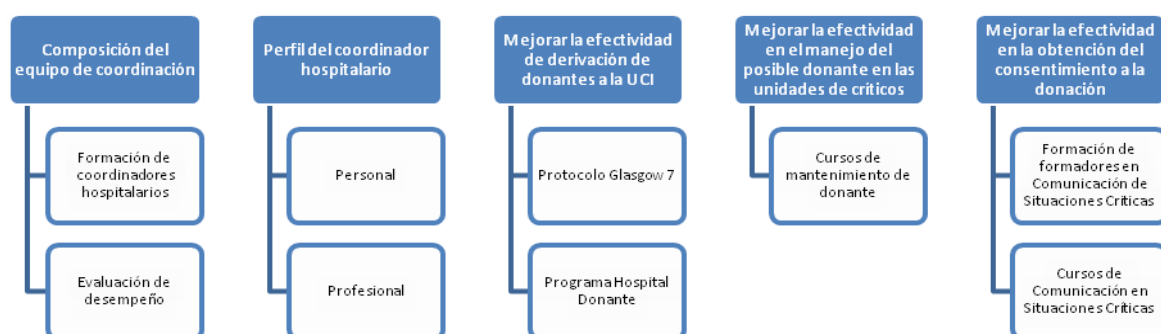


Grafico 3. Aplicación de la Guía de Buenas Prácticas en el Proceso de Donación y Trasplante

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

6.6.1 Composición del equipo de coordinación hospitalaria

Es imprescindible primero formar coordinadores hospitalarios, y su inserción dentro del organigrama del hospital.

La evaluación del desempeño aportara datos sobre las capacidades de los coordinadores, y dependiendo de la capacidad generadora de los hospitales se podrán ir conformando los equipos en cada hospital.

6.6.2 Perfil del Coordinador Hospitalario

El perfil del coordinador debe ser definido, y tomar en cuenta los aspectos tanto personales como profesionales, para contar con los mejores profesionales para desarrollar esta actividad.

6.6.3 Mejorar la efectividad de derivación de donantes a la UCI.

Se plantean dos medidas, que no son parte del modelo español, habiendo sido desarrollados por Argentina. Tanto la estrategia de Hospital Donante como el Protocolo Glasgow 7, han sido aplicados con buenos resultados, incrementando el número de donantes en Argentina.

Y tomando en cuenta que se cuentan en Bolivia con hospitales que son de referencia para trauma, la estrategia de Hospital Donante puede ser fácilmente aplicable, dado el potencial generador de los mismos.

6.6.4. Mejorar la efectividad en el manejo del posible donante en las unidades de críticos

Foros de discusión de profesionales sobre mantenimiento del donante, se revisaran continuamente los problemas en el mantenimiento, y los nuevos protocolos de actuación que puedan optimizar la viabilidad de los órganos.

6.6.5. Mejorar la efectividad en la obtención del consentimiento a la donación

Dos líneas: la primera formación de formadores en comunicación de situaciones críticas tratando de replicar la experiencia de los cursos de Latinoamérica, la segunda formación continua en comunicación de situaciones críticas, tanto para nuevos profesionales, como reciclaje para los formados que quieran mejorar las destrezas adquiridas.

7 SISTEMA DE MONITORIZACION

7.1 Registros

A cargo de la Coordinación Nacional de Trasplante.

7.1.1 Registro nacional de trasplante. Los datos serán generados por las coordinaciones hospitalarias, recopilados por las coordinaciones departamentales, y centralizado por la Coordinación Nacional, a partir del mismo se procesaran los indicadores de la actividad. Deberán contemplarse:

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

- Numero de centros acreditados extractores y/o trasplantadores
- Numero de notificaciones de ME
- Numero de contraindicaciones
- Numero de negativas familiares
- Numero de donantes reales
- Numero de fallos de mantenimiento
- Numero de órganos desechados
- Numero de trasplantes realizados

7.1.2 Registro de donantes vivos. Se llevara un registro de los donantes vivos, realizando monitoreo periódico vigilando riesgos asociados con la donación. Deberá ser recogido por la coordinación hospitalaria, procesada por la coordinación departamental y centralizada en la coordinación nacional.

7.1.3 Lista de espera. Se tendrá el principal registro en el sistema informático de lista de espera, mismo que detallara:

- registro de pacientes en diálisis
- pacientes en lista de espera
- donantes reales
- órganos ablacionados
- asignación de órganos
- trasplantes realizados

El mismo además, permitirá contar con posibilidad de auditoría del proceso, con la revisión de la información recogida en la misma.

7.2 Encuestas sobre donación

Diferenciando las mismas según grupos focalizados, y cuyos resultados permitirán planificar actividades informativas sobre la temática:

- Población en general.
- Profesionales Sanitarios
- Autoridades judiciales
- Medios de comunicación

8 INDICADORES DE RESULTADO Y MEDIOS DE VERIFICACION (mv)

8.1 Formación específica de Profesionales de la salud

- N° de cursos de comunicación de situaciones críticas x año (mv informe de actividades)
- N° profesionales certificados como coordinadores hospitalarios (mv registro nacional de coordinadores hospitalarios (CNT)
- % coordinadores hospitalarios certificados activos (n° coordinadores hospitalarios en actividad/n° coordinadores hospitalarios certificados) (mv registro nacional de coordinadores hospitalarios (CNT)
- % profesionales con desempeño satisfactorio (n° profesionales con resultados iguales o mayores a 7/10 /N° profesionales evaluados) (mv registro nacional de coordinadores hospitalarios (CNT)

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

- Índice de productividad de donantes: N° de donantes reales/ N° de ME notificadas (mv registro departamental de trasplante)
- Indicador de donantes por cama de UCI: N° de donantes reales/ N° total fallecidos en UCI (mv registro departamental de trasplante)
- N° de donantes reales/ N° camas de UCI (mv registro departamental de trasplante)

8.2 Creación y revisión de Protocolos

- N° Protocolos revisados y aprobados
- N° de donantes reales/ N° total pacientes Glasgow 7 (mv registro departamental de trasplante)
- Índice de comunicación efectiva de ME: N° de ME notificadas hospital / N° de ME totales hospital x año (mv registro departamental de trasplante)
- N° de donantes reales/ N° total fallecidos en el hospital (mv registro departamental de trasplante)

8.3 Incrementar acceso a lista de espera

- N° de pacientes inscritos en lista de espera (mv lista de espera)
- Tiempo de permanencia en lista de espera (mv lista de espera)
- Tasa de mortalidad en lista de espera (mv lista de espera)

8.4 Información y socialización de la temática donación y trasplante

- N° de reuniones con autoridades judiciales/año (mv actas de reuniones)
- % de autorizaciones judiciales aprobadas: (N° de autorizaciones judiciales aprobadas/ N° de autorizaciones judiciales solicitadas) (mv registro nacional de trasplante)
- N° de reuniones con legisladores/año (mv Actas de reunión)
- N° de hospitales con coordinación hospitalaria en organigrama (mv registro nacional de trasplante)
- N° de hospitales donantes autorizados (mv registro nacional de trasplante)
- N° de profesionales de comunicación formados/año (mv informes de actividad)
- % de población que conoce la temática (mv encuesta poblacional)
- % de población a favor de la donación (mv encuesta poblacional)

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

8.5. Indicadores de logro de la Coordinación Nacional de Trasplante (CNT)

- Tasa de donación cadavérica: N° de donantes reales/población total en millones x millón de personas x año (mv registro nacional de trasplante)
- Tasa de donantes vivos: N° de donantes vivos/población total en millones x millón de personas x año (mv registro nacional de trasplante)
- Tasa general de trasplante renal: N° de trasplantes renales/población total en millones x millón de personas x año (mv registro nacional de trasplante)
- % de negativas familiares: N° negativas familiares/ N° entrevistas familiares realizadas x año (mv registro nacional de trasplante)
- Índice seguimiento donante vivo: N° de donantes vivos en programa de seguimiento/ N° total de donantes vivos x año (mv registro nacional de trasplante)

9. RESULTADOS ESPERADOS

9.1 Incremento de notificaciones de ME en hospitales

Con hospitales que cuenten con coordinadores hospitalarios dentro de su organigrama, que apliquen el protocolo Glasgow 7, y además con la aplicación de la estrategia hospital donante, se tendrá un incremento de la detección de posibles donantes y claro esta incremento de notificaciones de muerte encefálica.

9.2 Disminución de negativas familiares

Con hospitales que cuenten con personal sanitario formado tanto en coordinación hospitalaria y comunicación de situaciones críticas, , que sean los encargados de la entrevista familiar, se esperara una disminución de las negativas familiares que el año pasado correspondía a un 75% del total de las entrevistas familiares.

Sin embargo, tenemos una variable que hay que estudiarla con calma, la influencia del sistema fragmentado en la donación puesto que si una familia tiene que correr con los gastos de la atención previa a la muerte encefálica ¿será similar su actitud, a la de una familia que no tendría que pagarlos?

9.3 Disminución de pérdidas de donantes por problemas de mantenimiento

La formación de profesionales en mantenimiento del donantes, con creación de protocolos y además la discusión de los problemas del mantenimiento permitirán evitar perdida de donantes. En la gestión 2011 se tuvieron 4 donantes que se perdieron por problemas de mantenimiento.

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

9.4 Mejora de criterios de distribución

Mejorando los criterios de distribución, optimizaremos los recursos para mejorar la calidad de los órganos a ser trasplantados.

9.5 Incremento de donantes reales

Con el incremento de notificaciones, la disminución de negativas familiares, la disminución de perdidas por fallo de mantenimiento, y la influencia de la información y sensibilización de la población, tendremos un incremento efectivo de los donantes reales.

9.6 Incremento de trasplantes

Y por conclusión obvia a mayor número de donantes mayor número de trasplantes.

Además se deben tomar en cuenta que las medidas asumidas para mejorar el acceso a lista de espera y trasplante, permitirá a mayor cantidad de pacientes contar con un órgano que mejore sustancialmente la calidad de vida.

10. CONSIDERACIONES FINALES

10.1. Variables no controladas

Se cuentan con tres variables que si bien no influyen directamente a este modelo de gestión pueden tener repercusión negativa en los resultados:

10.1.1 Sistema Sanitario Fragmentado

Mientras no se igualen las condiciones de acceso a la lista de espera y al trasplante, no se puede contar con el principio de equidad, puesto que el acceso va estar limitado al grado de suficiencia económica del receptor.

10.1.2 Financiamiento de la procuración

Al momento con los recursos limitados con los que contamos, y sin un trabajo base desarrollado es muy difícil pensar en la retribución económica por la procuración, y mucho mas con el antecedente de que los trabajadores en salud tienen por ley un límite en cuanto a los ingresos que no puede superar un monto determinado.

Sin embargo esto además se convertirá en una fortaleza, porque las bases que se vayan a crear serán solidas, por compromiso con la actividad, y no solamente como una fuente adicional de ingresos.

10.1.3 Actitud de la población

Reitero que una población informada es esencial para el éxito de la actividad, este es un proceso largo y que además debe tomar en cuenta los matices culturales.

10.2 Adecuado aprovechamiento de órganos

Otra consideración, no menos importante, es que si contamos con un sistema de procuración de órganos efectivo, no podemos realizar únicamente ablaciones renales, pudiendo contar con ablaciones hepáticas, que si bien no se podrán trasplantar en Bolivia, hasta la formación y equipamiento de un programa de trasplante hepático, es posible establecer convenios internacionales para que dichos órganos puedan ser aprovechados por los pacientes que así lo requieran a nivel regional, esto considerando además la mejor logística para este fin.

Finalmente indicar que es necesario un “giro de timón” cada vez que se tiene que mejorar, claros ejemplos España y Argentina, que con un cambio de modelo de gestión han dado lugar a un incremento de la donación de órganos, y en este mismo contexto nos encontramos ahora en Bolivia, muchas dificultades por vencer pero un solo objetivo “salvar vidas”

11. AGRADECIMIENTOS

A mi esposa Andrea, cuyo apoyo y aliento, es el motor que me impulsa constantemente.

A mis hijos Olker Manuel y Ernesto que son siempre la luz que ilumina mis días.

A mis tutores, Aranza y Aurelio, por el cariño, la paciencia y todo su conocimiento.

A la ONT, que me permitió formarme en lo que me apasiona

A España y sobre todo a Canarias, cuya hospitalidad me hizo sentir como en casa.

Y finalmente a todos los que me ayudaron en lograr esta experiencia inolvidable.

12. BIBLIOGRAFIA

1. Matesanz R., El Modelo Español de Coordinación y Trasplantes, 2ª Edición, Ed. Aula Medica, 2008
2. Guía de Buenas Prácticas en el Proceso de la Donación de Órganos, Organización Nacional de Trasplante, España, 2011
3. Arce S., Donación y trasplante de órganos, Memorias 1er Seminario de Educación médica Continua, Centro Médico Quirúrgico Boliviano Belga, Colegio Medico Cochabamba Junio 2008
4. El Clarín Edición Digital, Tráfico de órganos para argentinos, 29/junio/2006
5. www.americaeconomia.com, Bolivia: PIB se duplica en diez años, 21/4/2011
6. Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, Gaceta Oficial de Bolivia, 2008

MASTER ALIANZA EN DONACION Y TRASPLANTE DE ORGANOS Y TEJIDOS 2012

7. Ley 1716 de Donación y Trasplante de Órganos, Células y Tejidos, Gaceta Oficial de Bolivia, 1996
8. Decreto Supremo 1115 Reglamento a la Ley 1716 de Donación y Trasplante de Órganos, Células y Tejidos, Gaceta Oficial de Bolivia, 2011
9. Manual de Trasplante Renal, Publicación 114, Serie: Documentos Técnico Normativos, Ministerio de Salud y Deportes, 2009
10. Instituto Nacional Único Coordinador de Ablación e Implante, pagina web www.incucai.gov.ar
11. Celis-Rodriguez E., Desarrollo del Cuidado Intensivo en Latinoamérica, Revista Todo Hospital, marzo 2007/234 (97-100)
12. Bolivia: habitantes por camas hospitalarias, según departamento, 2000 – 2009, Instituto Nacional de Estadística
13. Recomendación Rec - CIDT – 2005 (2) Sobre El papel y la Formación de los Profesionales Responsables de la Donación de Órganos y Tejidos («Coordinadores Hospitalarios», Newsletter Trasplante Iberoamérica, Vol. I-Nº 1, 2007, 11-14
14. www.ont.es, información especializada, legislación.
15. www.trasplant-observatory.org, datos de actividad de donación
16. Formación en el curso de comunicación en situaciones críticas (colaboración con Latinoamérica), Newsletter Trasplante Iberoamérica, Vol. III-Nº 1, 2009, 63-64
17. Recomendación REC-CIDT-2005 (2) sobre el papel y la formación de los profesionales responsables de la donación de órganos y tejidos (“coordinadores hospitalarios”), Newsletter Trasplante Iberoamérica, Vol. I-Nº 1, 2007, 11-14
18. Datos sobre la actividad de donación y trasplante de órganos, tejidos y células (2010), Newsletter Trasplante Iberoamérica, Vol. V-Nº 1, 2011, 27



Autor: Dr. Olker Calla Rivadeneira

Estado Plurinacional de Bolivia

Tutores: Dr. Aurelio Pastor Rodríguez Hernández

Coordinador Autonómico Canarias

Enf. Aránzazu Anabitarte Prieto

Técnico Coordinación Autonómica Canarias

Enfermera Coordinadora de Trasplantes Hospital Dr. Negrín