



Master Alianza en Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células

Máster Alianza

**“INTERCULTURALIDAD COMO FACTOR DIFERENCIAL EN EL PROCESO
DONACIÓN TRASPLANTE DEL HCUV – SACYL vs HNCASE – EsSalud
(Período 2013- 2015)”**

AUTOR:

Dr. GUSTAVO DANTE ORTEGA HUAMONTE

TUTOR:

Dr. PABLO UCIO MINGO



2016

INTRODUCCIÓN

Hablar del proceso de Donación – Trasplante en España (un modelo que se inició en la década del 90) y Perú es poner sobre el tapete dos realidades totalmente distintas en infraestructura, equipamiento, personal especializado y una sociedad culturalmente diferente, por lo que el presente estudio tiene como objetivo analizar comparativamente al HCUV – SACYL vs HNCASE – EsSalud (Período 2013- 2015) a fin de analizar comparativamente nuestra realidad, extraer beneficios del Modelo Español para mejorar nuestra tasa de donación - trasplante.

En Arequipa el proceso de Donación - Trasplante de Órganos y Tejidos depende de centros asistenciales regentados por: Ministerio de Salud (MINSA) (2 hospitales), Seguro Social de Salud (EsSalud) (3 hospitales) y Clínicas Privadas (3 clínicas) los cuales cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) así como Servicios de Emergencia y Shock Trauma; de los cuales 7 son netamente Donadores y 1 es Donador – Trasplantador (HNCASE – EsSalud). A estos centros asistenciales confluye población rural y urbana por diversos eventos médicos dentro de los cuales algunos pacientes llegan a desarrollar estado neurocrítico (Escala de Glasgow ≤ 7) recibiendo asistencia médica en servicios de Emergencia y Shock Trauma y de ser el caso pasar a UCI, es allí donde comienzan las diferencias del manejo para comprender asistencialmente a nuestros pacientes así como a sus familias, produciéndose la interculturalidad en su más alta expresión, por una parte personal de salud de un centro asistencial con una formación propia, mientras que por otra parte está el paciente (que muchas veces perdió parcial o totalmente la posibilidad de comunicarse) y su entorno familiar y amical y que no necesariamente

comprenden los protocolos o procesos dentro de un ámbito al que acuden imprevistamente en un inicio y rutinariamente al cabo de dos o tres días; sin embargo, en nuestro medio confluye también gente del área urbana y rural, esta última con menos o quizás ningún acceso a información y medios de comunicación y conservando costumbres y percepciones respecto al proceso salud – enfermedad y de modo más particular respecto a la forma de asumir la muerte como parte del ciclo biológico que nos toca afrontar.

Comprender lo que engloba la interculturalidad en el campo médico y mucho más en un área geográfica donde confluye población rural y urbana es difícil, pero más difícil aún si quienes acuden a los servicios de salud pertenecen a distintas etnias (quechuas, aymaras, collahuas y cabanas), con manejo limitado del español como idioma mayoritario. En Arequipa, región que limita con regiones como Cusco, Puno y Moquegua confluye población que tiene otras lenguas maternas, así en el Perú (13,2% en conjunto) y el aimara (1,8%), este último propio del Altiplano colindante con Arequipa, pero estas barreras culturales no se han tomado en cuenta por parte del personal en salud y son pocos los profesionales que llegan a establecer verdadero contacto con sus pacientes o familiares debido a que no todos hacen empatía usando un idioma en común, debido a que en Latinoamérica y específicamente en el Perú, existen falencias y llevar una relación armoniosa no ha sido nada fácil ya sea por aspectos culturales o procedencia étnica, pero el idioma no lo es todo, también cuentan sus tradiciones y costumbres.

Entiéndase interculturalidad como un proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias

culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social y cultural. En el contexto de los servicios de salud se trata de promover, respetar, desarrollar y articular la Medicina Tradicional con la Medicina Occidental dentro del Sistema Nacional de Salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) prioriza la temática indígena; al encontrar que un sector importante de la población; portadora de diversas tradiciones socioculturales, hoy accede a los servicios de salud en condiciones desiguales. (1)

En estas circunstancias, el enfoque intercultural en salud ha demostrado ser necesario para la disminución de las brechas existentes. Debida a la diversidad cultural coexistente en los países, la cual genera diferentes miradas acerca de la realidad, del mundo, la vida, el cuerpo, la salud, la enfermedad y la muerte, esta última ligada íntimamente al proceso Donación - Trasplante.

El cuidado intercultural, exige mantener una relación empática con las personas y comunidades. Se necesita aceptación y respeto por las diferencias culturales, sensibilidad para entender cómo esas diferencias influyen en las relaciones con las personas, estos son requisitos indispensables para que el cuidado intercultural en los ámbitos de la medicina se pueda consolidar.

La sociedad tiene un carácter muy cambiante por lo que se hace necesario considerar la dimensión intercultural desde la visión paciente - médico y médico - paciente, permitiendo dar un toque más humano al cuidado, pues

fomenta el descubrimiento de las perspectivas, prácticas y valores en salud de las personas.

La calidad del servicio y la satisfacción del paciente son elementos vitales para el éxito de las nuevas estrategias que se implementen en salud, no siendo extraño este proceder dentro del proceso de Comunicación en Situaciones Críticas (CSC) donde la Escucha Activa, el Respeto frente a las diversas Manifestaciones del Dolor y la relación de ayuda por considerar solo algunos puntos considerados que permitan motivar el efecto deseado. Por esto, los gestores de organizaciones del área sanitaria, intentan cuantificar las tasas de consumo de sus servicios, teniendo en cuenta la opinión de los consumidores. De esta manera, las evaluaciones realizadas por los usuarios adquieren una importancia significativa en la gestión de los servicios. Por lo tanto, el reconocimiento de las diferencias y las características culturales, durante la implementación de programas y medidas de intervención, permiten no solo apuntar a la efectividad en la entrega de servicio, sino también en la comprensión de cómo una cultura afecta la conducta del hombre.

Cada profesional de salud, necesita aprender sobre la cultura de origen, orientación cultural de las organizaciones, modos, conductas y comportamientos de las personas con las cuales trabajan. Sin una apropiada comprensión de estos aspectos resulta difícil establecer, apoyar y fortalecer relaciones interculturales.

En los Hospitales del Ministerio de Salud (MINSA) tales como Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital III Goyeneche considerados como "hospitales de asistencia pública" se brinda servicio en las diferentes especialidades de salud, donde la gran mayoría de pacientes que se hacen

atender proceden de las diferentes comunidades del sector rural, se cuestiona por los usuarios de servicios la falta de sensibilidad, atención y respeto en el trato, el no respeto a la privacidad, el menosprecio de sus opiniones y la desinformación de que son objeto; aspectos que terminan por incidir en la insatisfacción que reciben del servicio y la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono de los tratamientos y en resistencia al uso de servicios que, en casos extremos, como en el caso de la Donación – Trasplante ha llegado a la confrontación y al choque cultural negándose a aceptar la muerte o expresando abiertamente que por razones culturales se niegan a donar órganos para fines de Trasplante.

Por lo indicado, los principios de la interculturalidad entendida como un proceso de interacción entre personas, permite fortalecer la identidad propia, la autoestima, la valoración de la diversidad y las diferencias, incluidas las de género y propagar en las personas, una conciencia de la interdependencia para el beneficio y desarrollo común. Sin embargo, el problema puede resolverse capacitando y exigiendo a los miembros del sector salud y hacer un esfuerzo en la articulación de la variada idiosincrasia de la población o de los pacientes que atienden; para lograr este objetivo, será necesario conocer más de la cultura de las comunidades, sus formas de convivencia, los recursos que tienen para el cuidado de su salud.

A partir de este contexto, la presente investigación adquiere relevancia por cuanto, de acuerdo a la evidencia empírica del cotidiano ejercicio de la función médica, se observa que la población no ha llegado a percibir de manera plena el alcance que tiene el modelo de salud, tratos, respeto e igualdad hacia sus

beneficiarios a todo lo cual tiene que hacer frente quienes realizan funciones de Coordinación de Trasplantes.

Para la UNESCO, cultura es el conjunto de los rasgos distintivos, espirituales y materiales, intelectuales y afectivos, que caracterizan a una sociedad o un grupo social. Ella engloba, además de las artes y letras, modos de vida, derechos fundamentales del ser humano, sistemas de valores, tradiciones y creencias. (2)

Por ello, la cultura es un conjunto de patrones aprendidos, que la sociedad adquiere a través de la difusión de valores y creencias; estos aspectos no observables se encargan de darle sentido y forma a aquellos que si son observables como el comportamiento de las personas en general. Así, la actuación de una persona a nivel individual, grupal o colectivo siempre estará determinada por la cultura en la que fue educada y a la que se exponga en el transcurso de su vida.

Después de tener una mirada al concepto cultura, podremos recién entender el término interculturalidad que según la OPS, se basa en el diálogo, donde las culturas se escuchan, se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o se respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de reconocer, respetar y concertar. (3)

La UNESCO (4) proclamó principios sobre la Diversidad Cultural donde manifiesta que la interculturalidad es:

- Una relación que ocurre en el marco de las leyes, vigentes para todos.
- Una relación que establecen dos o más culturas o etnias en condiciones de inclusión y horizontalidad, con reciprocidad, con apertura a la otredad, con respeto al otro a quien se reconoce como ser humano digno de ejercer todos los

derechos humanos, con empatía y con solidaridad.

- Una relación que ocurre con el uso de una lengua común que dominan las partes que se relacionan o a través de un intérprete calificado.

- Una relación entre partes que reconocen el derecho que todos tenemos a ser diversos, que valoran la diversidad como riqueza potencial, que están abiertos a la alteridad, que conocen su identidad y pueden manifestarla ante los otros, y reconocen la manifestación de la identidad de los demás.

Las relaciones interculturales, cuando contienen estas características, dan como resultado un conjunto de insumos alternativos que los participantes pueden incorporar a sus esquemas de pensamiento, conocimientos, instrumental, horizontes, proyectos y planes.

Puesto que las relaciones interculturales toman en cuenta al otro, consideran su punto de vista y están conscientes de la diversidad, son herramientas idóneas para resolver el conflicto de manera pacífica: analizada, argumentada, consensuada y acordada.

Para el MINSA (Ministerio de Salud) la interculturalidad es la actitud comunicacional basada en la comprensión y respeto de los conocimientos, ideas, juicios, creencias y prácticas del "otro" y que contribuye a una mejor interacción de representantes de diversos grupos culturales; esto es, a una mejor convivencia social que deriva en una mutua transformación y beneficio común de los interactuantes. (5)

Para la OPS la interculturalidad en salud, es la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes,

respecto a la salud y la enfermedad, a la vida y la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solo con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud. (6)

En resumen, la medicina intercultural se puede entender como la capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas.

En Arequipa – Perú existen numerosas comunidades andinas y muchos descendientes de dichas comunidades ya interactúan desde hace décadas en el medio urbano, para ellos, la muerte es considerada como parte de la vida. Es decir, la muerte no constituye una tragedia en la vida de los andinos, más bien, la muerte es como una conclusión, cumplimiento y culminación de una etapa de la vida. Es una llegada a un momento de la permanencia en la existencia de los seres. La muerte para el andino, nunca es el final o la terminación del ser; es continuidad del ser dentro de la totalidad existencial y universal, pero para continuar en ese entorno, deben hacerlo en las mejores condiciones posibles. Estos argumentos son expresados abiertamente por quienes en el ámbito hospitalario tienen que enfrentar razones de este tipo como son los coordinadores de trasplante, sin embargo muchas de esas personas guardan para sí este tipo de creencias por creer ser motivo de burla por parte del personal asistencial.

Lo importante es morir bien, ser bien atendido en la muerte y después de la muerte. En nuestras comunidades, los funerales realmente tienen el carácter

festivo. Se presenta una gran abundancia de comidas, bebidas, colaboración solidaria de la comunidad, gastos fuertes de dinero. El muerto debe ser bien atendido, celebrado y despedido con todo lo que necesita.

"Ujllatamin wañunchij kay kawsaypiqa", "Solamente una vez morimos en esta vida". Así también, una vez se tiene el derecho a la mejor atención. En este sentido, las almas tienen sus propias exigencias, según sus costumbres y tradiciones conservadas durante su vida. En este sentido, tenemos que manifestar que estas atenciones al difunto no solamente responden a los miedos al castigo o penas del alma; más bien, responden al mismo hecho del sentido de la muerte, dentro de la percepción andina del mismo.

¿Cuál es entonces la visión andina de la muerte? Nada muere o termina con fatalidad sino que es un continuo renacer, es caminar en distintos ciclos, es estar en uno y en múltiples lugares. Se plantea en términos de contradicción armónica porque la muerte es concebida como la continuación de la vida bajo la forma de "pasaje-viaje", que al cerrar el ciclo volverá a la vida real entre los vivos. Cada ciclo siempre es un nuevo comienzo.

Es fundamental comprender el significado del espíritu o alma llamado *ajayu*, que encierra un doble principio: inmanente y trascendente. Es inmanente porque al hombre que no tiene creatividad, invención, juicio, humor, decisión, voluntad se lo define como "sin *ajayu*", y es trascendente porque cuando el *ajayu* se separa del cuerpo, se presenta el "pasaje-viaje", es decir, la muerte.

"Se fue" es la expresión utilizada; da a entender que la muerte no es el final de todo. Tampoco es el gozo del cielo o el sufrimiento del castigo, sino que

es el fin de un ciclo natural de vida y el inicio de otro ciclo vital más elevado, donde prosigue la cotidianeidad. Tanto es así que el hecho de morir no rompe los vínculos con la comunidad: el difunto sigue siendo comunero, aunque está en una nueva situación, en una nueva realidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, retrospectivo, comparativo y observacional donde analizaremos el proceso Donación – Trasplante del período 2013 – 2015 del Hospital Clínico Universitario de Valladolid (HCUV – SACYL) y del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo (HNCASE – EsSalud)

Para el estudio se consideraron los registros consignados en dicho periodo que en el caso del HCUV – SACYL se generaron en el área de influencia y que determinaron en el ingreso del posible donante a dicho hospital a fin de evitar sesgo de medición con respecto al HNCASE – EsSalud que es el Hospital Donador Trasplantador tomado en cuenta para el presente estudio

A fin de evitar sesgo de medición se las variables consideradas por cada Posible Donante fueron: Edad, Sexo, Diagnostico, Lugar de Procedencia, Lugar de Ubicación, Estancia Hospitalaria, Lugar de Entrevista, Condición Final

Una vez establecidos la población total con todos los registros en cada grupo se procedió a dividir a cada grupo en dos subgrupos A (Entrevistados: Donación de Órganos y Negativa) y B (No Entrevistados: Parada Cardíaca s/llegar a ME, Descartados y/o Mejorado)

Una vez realizado ello se procederá a tabular y usando medidas de tendencia central y variabilidad (Moda, Media y porcentaje) consolidar los resultados y para esgrimir de mejor manera los resultados prescindiremos de cifras absolutas determinando los resultados porcentualmente para finalmente realizar la discusión del tema.

RESULTADOS

En el presente estudio se detectaron 76 casos en el HCUV – SACYL y en el HNCASE – EsSalud se detectó 315 casos, siendo el promedio de edad de los posibles donantes de 68,08 años y 38,39 años respectivamente.

De otro lado se determinó una distribución uniforme respecto al género en el caso del HCUV siendo 47,50% masculinos y 52,50% femenino y estadísticamente variable para el HNCASE donde el 70,81% fueron varones y el 29,19% fueron mujeres, esto en virtud a los diagnósticos y la proveniencia de los posibles donantes. Sin embargo el 100% de los posibles donantes fueron provenientes del SACYL, mientras que en el caso del HNCASE el 58,1% fue generado en hospitales de la Seguridad Social (03 hospitales) y cuya asistencia culminó en este hospital, de otro lado el 33,97% provenía de Hospitales del Ministerio de Salud (02 hospitales) y un 7,94% había sido detectado en Clínicas Privadas (03 clínicas)

Ahora bien, de acuerdo al lugar de hallazgo y/o reporte en Valladolid el 100% fue detectado y se convirtió en Potencial donante en UVI del HCUV, mientras que para el caso de Arequipa el 42,53% fue detectado en UCI y el 57,47% en los Servicios de Emergencia – Shock Trauma.

Una vez realizada la detección los posibles donantes fueron separados en dos subgrupos de acuerdo a lo planteado, subgrupo A (Entrevistados: Donación de Órganos y Negativa) y subgrupo B (No Entrevistados: Parada Cardíaca s/llegar a ME, Descartados y/o Mejorado), en el caso del HCUV el grupo A estuvo conformado por 48 familias entrevistadas de las cuales el 83,33% se

convirtieron en donantes y 16,67% fueron negativas, en el HNCASE el grupo A lo conformaron 40 familias entrevistadas de las cuales el 52,5% se convirtieron en donantes y el 47,5% fueron negativas.

Si evaluamos la procedencia de los donantes para el caso de HCUV el 100% fueron españoles, 0 extranjeros radicados en España, de otro lado para el caso del HNCASE del total de detecciones de posibles donantes el 42,85% de familias pertenecía a un área rural, 51,40 % solo en el MINSA, 16,9% solo en EsSalud y 16% en Clínicas, de quienes si donaron el 19,05% de donantes pertenecía al área rural elevándose esta cifra a 66,67% cuando nos referimos al total de las negativas de potenciales donantes.

Del restante de registrados como posibles donantes pero que no llegaron a ser potenciales donantes se tiene que 28 para el HCUV y 275 para el HNCASE siendo para el primer caso que el 21,85% hicieron parada cardiaca sin llegar a ME, mientras que se descartaron al 78,15% de casos por diversos hallazgos que se evidenciaron a lo largo del proceso, en tanto que para el segundo caso el 27,43% hicieron parada cardiaca sin llegar a ME, se descarto al 11,30% de los posibles donantes y un 61,27% evidencio mejoría conducente a retirarlo de seguimiento.

Del total de registros en el caso del HCUV el 10,53% de posibles donantes ingresa con un Dx de TEC grave, 73,68% ACV y por otra razón 15,79%; no existiendo diferencia significativa al evaluar los diagnósticos de los donantes reales en que el 15% tuvo como diagnóstico final un TEC, 70% ACV y un 15% otro diagnóstico. Los resultados para el HNCASE indican que el 64,04% de los ingresos tuvo un Dx de TEC Grave, 27,1% ACV y otro diagnostico un 7,86% pero al referimos

específicamente a los donantes reales el 28,57% corresponde a TEC, 71,43% presenta ACV y 0% otro diagnóstico.

Es notorio resaltar que el 100% de los casos del HCUV fueron detectados y resueltos en UVI, con promedio de tiempo de estancia hospitalaria de 06 días. Por otra parte en el HNCASE el 76,19% de donantes reales fue detectado y resuelto en el servicio de Emergencia – Shock Trauma con promedio de tiempo de estancia hospitalaria de 2 días y el 23,81% en UCI con promedio de tiempo de estancia hospitalaria de 06 días.

Finalmente del total de registros como posibles donantes para el caso del HCUV el 100% de los casos recibe atención de SACYL (Sanidad de Castilla y León) mientras que en el caso del HNCASE el 58,1% recibe atención de EsSalud (Seguro Social de Salud), un 33,97% fue atendido en centros asistenciales del MINSAL (Ministerio de Salud), (y de estos posibles donantes el 58,88% contaba con el seguro otorgado por el MINSAL y 41,12% no contaba con seguro alguno) y un 7,94% fueron detectados en Clínicas del sector privado. Ahora bien del total de donantes reales, el 100% correspondieron al SACYL para el primer caso sin embargo para el segundo caso EsSalud genera el 57,14% de los donantes reales, mientras que el MINSAL 38,10% y las clínicas privadas 4,76%.

DISCUSIÓN

A la fecha, como lo refiere el Dr. Rafael Matresanz a nivel mundial el 66% de los órganos trasplantados proceden de Donante en Muerte Encefálica, el 30% de Donante Vivo y un 4% de Donante en Asistolia. Si bien la demanda es de 2 000 000 de enfermos que requieren un trasplante a nivel mundial, Perú no tiene una realidad distinta puesto que más de 10 000 personas requieren un trasplante renal y en Arequipa tan solo en EsSalud reciben terapia de Hemodiálisis y Diálisis Peritoneal cerca de 750 personas para las cuales la oportunidad de un trasplante renal es lejana, pero comparto la preocupación del Dr. Fernando Morales Billini quien detalla algunas de estas circunstancias al referir que existen Aspectos más relevantes que afectan la donación y el trasplante en América Latina.

En España la donación en muerte encefálica se basa prioritariamente en el Consentimiento Presunto, pero se realiza la consulta a la familia al igual que en Perú donde pese a estar consignada la decisión en el DNI de ser afirmativa o negativa se realiza la entrevista por lo que en el presente estudio analizamos el fenómeno de Interculturalidad y cómo ha influido este comportamiento en el Proceso Donación – Trasplante del HCUV – SACYL vs HNCASE – EsSalud en el Período 2013-2015, considerando como Hospital Donador – Trasplantador a cada uno de ellos, además debemos tener en cuenta que en el primero de ellos se realiza trasplante cardiaco, renal, y de tejidos (corneas, huesos y tendones), mientras que en el segundo se realiza trasplante renal, de corneas y autólogo de médula, sin embargo los trasplantes realizados en Arequipa son provenientes únicamente de Donante en Muerte Encefálica, de otro lado eventualmente el HNCASE reciben 1 a 3 riñones al año procedentes de Tacna, sin embargo el HCUV

recibe más fluidamente órganos procedentes de otros hospitales pertenecientes a la Comunidad Autónoma.

Para evitar sesgo de medición consideramos todos los registros de posibles donantes, es decir pacientes que ingresan en estado neurocrítico (Escala de Glasgow ≤ 7), los cuales son detectados por 03 coordinadores hospitalarios de trasplantes (01 médico y 02 enfermeras) para el caso del HCUV – SACYL donde se detectaron 76 casos y cuyos coordinadores tienen régimen de trabajo Intrahospitalario, es decir que son notificados de la presencia de posibles donantes y se desenvuelven en el entorno del HCUV coordinando funciones con otros Hospitales vía telefónica, con la Coordinación Autonómica y con la ONT para “ofertar”, coordinar e informar su trabajo, mientras que en el caso del HNCASE – EsSalud se detectaron 315 casos, allí se cuenta con 02 coordinadores de trasplantes (01 médico y 01 enfermera) con un régimen de trabajo intra y extrahospitalario, es decir que realizan visitas diarias a los 8 centros asistenciales regentados por: Ministerio de Salud (MINSA) (2 hospitales), Seguro Social de Salud (EsSalud) (3 hospitales) y Clínicas Privadas (3 clínicas) los cuales cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) así como Servicios de Emergencia y Shock Trauma; de los cuales 7 son netamente Donadores y 1 es Donador – Trasplantador (HNCASE – EsSalud); durante el período de tiempo considerado para el estudio los Coordinadores de Trasplantes han sido los mismos, además existe el concepto de Guardias para el HCUV que considera que el personal de turno acude a su establecimiento en caso de que fuera del horario hospitalario ha sido requerido cuando existe un Potencial Donante para realizar una entrevista de petición de órganos o les están enviando órganos provenientes de otro hospital, en tanto que en el

HNCASE se maneja el termino de Retén que tiene en cuenta que el personal de turno acude a cualesquiera de los 8 establecimientos de influencia al haber recibido reporte de la existencia de un Posible donante.

El aumento de esperanza de vida al nacer que ha ido aumentando con los años ha generado a su vez no solo más problemas de salud en la población adulta mayor y que debe ser resuelta, esto sumado a estilos de vida saludables que han permitido una mejor conservación de órganos y tejidos ha hecho que ante la demanda presentada España presente como alternativa de solución Criterios Ampliados para abordar el problema de salud de su población, ello se hace notorio cuando la media de edad de los posibles donantes del HCUV es de 68,08 años y para el HNCASE de 38,39 años. Estas cifras poco a poco se han de hacer similares al punto que las AFP (Sistemas de Fondo de Pensiones) han querido aumentar el tiempo y el monto de aportación basados en que la expectativa de vida va haciéndose mayor con el tiempo en Perú

Si nos fijamos en lo hallado al comparar las cifras con respecto al género en el caso del HCUV la distribución es homogénea o similar entre hombres (47,50%) y mujeres (52,50%) y significativamente diferente para el HNCASE siendo mayoritariamente hombres (70,81%) y mujeres (29,19%) fueron mujeres, que como veremos más adelante se explica debido a que los TEC Graves son producto de accidentes laborales, de tránsito sin embargo se espera que los ACV se incrementen en virtud a los estilos de vida poco saludables y sus efectos estén en breve por mermar la salud de los peruanos, de otro lado los Politraumatismos por Accidente de Tránsito cuentan con un seguro temporal conocido como SOAT (Seguro Obligatorio contra Accidentes

de Tránsito) que cubre solo cierto monto de la atención y que puede ser complementario si la persona beneficiada tiene otro seguro de salud

En Valladolid la Sanidad de Castilla y León (SACYL) es parte del Sistema Nacional de Salud, un sistema estatal y de acceso universal, en ese sentido el HCUV ha generado el 100% de los posibles donantes, mientras que en el caso del HNCASE el 58,1% fue generado en hospitales del Seguro Social de Salud (EsSalud) (Hospital I Edmundo Escomel I, Hospital III Yanahuara, Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo – Nivel IV) y cuya asistencia culminó en el HNCASE como centro de referencia del Sur del Perú, de otro lado el 33,97% provenía de Hospitales del Ministerio de Salud (Hospital III Goyeneche, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza) y un 7,94% había sido detectado en Clínicas Privadas (Hogar Clínica San Juan de Dios, Clínica Arequipa, Clínica AUNA Vallesur); de estos posibles donantes detectados en el MINSA, el 58,88% contaba con el seguro otorgado por ellos mismos y 41,12% no contaba con seguro alguno)

Ahora bien, de acuerdo al lugar de hallazgo y/o reporte en Valladolid el 100% fue detectado y se convirtió en Potencial donante en UVI (Unidad de Vigilancia Intensiva) del HCUV, mientras que para el caso de Arequipa el 42,53% fue detectado en UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) y el 57,47% en los Servicios de Emergencia – Shock Trauma; es en UVI, UCI o Emergencia – Shock Trauma donde se brindó el Informe de Muerte Encefálica por parte del Médico Tratante, luego de lo cual en ese mismo entorno el Coordinador de Trasplante tiene que realizar la entrevista y solicitar a la familia los órganos con fines de trasplante, como se observará al revisar este acápite Donante vs Negativa a donar.

Dentro de la metodología se procedió a separar en dos subgrupos a los pacientes detectados por los reportes que se tienen en la base de datos del HCUV y HNCASE, subgrupo A (Entrevistados: Donación de Órganos y Negativa) y subgrupo B (No Entrevistados: Parada Cardíaca s/llegar a ME, Descartados y/o Mejorado); se tomo en cuenta 48 reportes provenientes del HCUV en el grupo A es decir familias a las que se realizó entrevista, convirtiéndose en donantes reales el 83,33% y 16,67% fueron negativas, para el caso del HNCASE el grupo A lo conformaron 40 familias entrevistadas de las cuales el 52,5% se convirtieron en donantes reales y el 47,5% fueron negativas.

Si evaluamos la procedencia de los donantes para el caso de HCUV el 100% fueron españoles, 0 extranjeros radicados en España, en tanto que para el caso del HNCASE del total de detecciones de posibles donantes el 42,85% de las familias pertenecía al área rural; 51,40% solo en el MINSA, 16,9% solo en EsSalud y 16,0% en clínicas privadas, del total de donantes un 19,05% de donantes pertenecía al área rural, esta cifra se eleva a 66,67% de población rural en las negativas familiares, siendo que el origen de estos potenciales donantes es quechua, aymara, collahua o cabana, esto no solo se evidencia con las limitaciones idiomáticas, la expresión verbal por parte de la familia que refiere: "le pedimos respete nuestras creencias", "mi cultura aymara me lo prohíbe", "su cuerpo no va a descansar en paz", "su alma va a quedar penando porque está incompleto", "como va a ver a Dios sin sus ojos", "nos va a KjaiKjar".

En el subgrupo B y que estuvieron registrados como posibles donantes pero que no llegaron a ser potenciales donantes se tiene que 28 para el HCUV y 275 para el HNCASE siendo para el primer caso que el 21,85% hicieron parada cardiaca sin

llegar a ME, mientras que se descartaron al 78,15% de casos por diversos hallazgos detectados al momento de su evaluación y validación respectiva, en el grupo B del HNCASE el 27,43% hicieron parada cardiaca sin llegar a ME, se descarto al 11,30% de los posibles donantes y un 61,27% evidencio mejoría retirándose soporte ventilatorio, pasando a habitación conjunta lo que motivo que fueran retirados de seguimiento.

Del total de registros en el caso del HCUV el 10,53% de posibles donantes ingresa con un Dx de TEC grave, donde los reportes indican caídas súbitas, agresiones y accidentes de tránsito que en los últimos tiempos han disminuido gracias a un sistema de sensibilización y cultura de tránsito, el 73,68% ACV problema asociado el grupo de adultos mayores y por otra razón no especificada 15,79%; no existiendo diferencia significativa al evaluar los diagnósticos de los donantes reales en que el 15% tuvo como diagnóstico final un TEC, 70% ACV y un 15% otro diagnóstico. Los resultados para el HNCASE indican que el 64,04% de los ingresos tuvo un Dx de TEC Grave motivado por accidentes de tránsito, accidentes de orden laboral que por la responsabilidad misma de la función es cubierta por varones, uno de los factores que desencadena la Muerte Encefálica en 27,1% es el ACV, que está en franco incremento debido a que se halla asociado a HTA, DM, Obesidad Mórbida, Tabaquismo, Alcoholismo, Sedentarismo convirtiéndose en todo un problema de Salud Pública pues no solo se trata del desencadenante final como es la posibilidad de desarrollar un AVC sino que en el camino involucra a cientos de personas que desarrollan Insuficiencia Renal Terminal y que cada vez más han de necesitar de un trasplante renal, y otro diagnostico un 7,86% pero al referimos específicamente a los donantes reales del HNCASE el 28,57% corresponde a TEC, 71,43% presenta ACV y 0% otro diagnostico pues en este último caso los otros diagnósticos hallados fueron

motivo de exclusión para fines de trasplante y descartados sin llegar a petición de órganos a la familia.

Es notorio resaltar que el 100% de los casos del HCUV fueron detectados y resueltos (comunicación del fallecimiento de la persona por parte del médico tratante y posterior pedida de donación por parte del coordinador de trasplante) en UVI en un ambiente adecuado, privado y que en las pedidas de órganos se nota un evidente conocimiento del tema por parte de la sociedad y una accesibilidad para recibir información y brindar su decisión en tanto que la estancia hospitalaria más duradera anticipa en la familia el mal pronóstico de su familiar y lo va preparando para el desenlace. En el caso del HNCASE el 76,19% de donantes reales fue detectado y resuelto en el servicio de Emergencia – Shock Trauma en ambientes saturados de pacientes donde la estancia es menor y donde los desenlaces son más rápidos, el 23,81% en UCI con un promedio de tiempo de estancia hospitalaria mayor y donde la menor capacidad de camas permite una menor confluencia de familiares. Por si lo anteriormente expresado no tuviera sustento queda de otro lado necesario resaltar que las 2/3 partes de nuestros donantes fueron conseguidos en unidades de Emergencia – Shock Trauma bajo las condiciones antes establecidas.

Finalmente del total de registros como posibles donantes para el caso del HCUV el 100% de los casos recibe atención de SACYL (Sanidad de Castilla y León) mientras que en el caso del HNCASE el 58,1% recibe atención de EsSalud (Seguros Social de Salud), un 33,97% fue atendido en centros asistenciales del MINSA (Ministerio de Salud), y un 7,94% fueron detectados en Clínicas del sector privado. Ahora bien del total de donantes reales, el 100% correspondieron al SACYL para el primer caso sin embargo para el segundo caso EsSalud genera el 57,14% de los donantes reales, mientras que el MINSA 38,10% y las clínicas privadas 4,76% no

existiendo diferencia significativa entre ambos valores, denotando que no solo es necesario el reporte telefónico de los donantes por parte de casa centro asistencial sino que se hace necesaria la visita hospitalaria diaria que permita confirmar la existencia o no de posibles donantes y de tener un reporte nocturno, acudir al llamado e integrar al personal de salud de modo tal que sean ellos quienes se sientan parte del Proceso Donación – Trasplante.

Estas son las características que marcan el entorno intercultural del HNCASE y que nos diferencian del HCUV, sin embargo el presente estudio y las vivencias durante mi participación del Master Alianza, Edición 12º me permite concluir:

1. El HCUV – SACYL y el HNCASE – EsSalud son considerados como hospital Donador – Trasplantador de órganos y tejidos sólidos de donante fallecido considerándose como centros asistenciales de referencia.
2. La capacidad de resolución frente a potenciales donantes respecto a la Entrevista con fines de donación para trasplante de familiares fallecidos en el HCUV fue de 83,33%, mientras que para el HNCASE durante el período de estudio fue del 52,5%.
3. La negativa familiar a la donación fue de 16,67% en el HCUV, teniendo en cuenta que se trata de una población homogénea y donde no influyen factores culturales, en tanto que en el HNCASE un 47,5% manifestó su negativa familiar a la donación de órganos de sus familiares fallecidos para trasplante.
4. El área de procedencia rural tuvo un valor de 42,85% de posibles donantes, y del total de donantes solo un 19,05% proceden del área rural y un 66,67% de las negativas familiares en la entrevista tenían procedencia rural

5. El equipo de Coordinación de Trasplante en el HCUV y HNCASE fue el mismo durante el período de tiempo seleccionado y quienes utilizando el mismo criterio cognitivo – conductual realizó el 100% de entrevistas, correspondiendo 48 al HCUV y 40 al HNCASE de entrevistas familiares solicitando consentimiento a la donación de órganos para trasplante, dentro y fuera del hospital

6. El 100% de posibles donantes fue detectado y se convirtió en Potencial donante en UVI del HCUV, mientras que para el caso de HNCASE el 42,53% fue detectado en UCI y el 57,47% en los Servicios de Emergencia – Shock Trauma no solo de dicho nosocomio sino de otros (7) existentes dependientes de EsSalud, MINSA y Clínicas Privadas; siendo la estancia hospitalaria promedio de 06 días tanto en UVI como en UCI y de 02 días en el caso de Emergencia –Shock Trauma

7. De los donantes reales en el HCUV el 15% tuvo como diagnóstico final TEC, 70% ACV y un 15% otro diagnóstico mientras que en el HNCASE un 28,57% corresponde a TEC, 71,43% presenta ACV y 0% otro diagnóstico

8. El Máster Alianza permite establecer conocimientos, estrategias y criterios para vencer limitaciones culturales, logísticas a fin de elevar las tasas de donación – trasplante, extrapolando lo aprendido en ONT y afianzado en el HCUV que ha de ser útil para la Unidad de Procura y Trasplante del HNCASE.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- OPS. "Incorporación del enfoque Intercultural de la Salud en la formación y desarrollo de los recursos humanos" 2001
- 2.- UNESCO. "Conferencia Mundial sobre las políticas culturales" Mexico. 1996
- 3.- OPS. "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales, División de Desarrollos de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)", Plan de Acción. Washington. 1995-1998
- 4.- TARROW, N. "Lenguas, Interculturalismo y derechos humanos". Revista Perspectivas XXII 4. UNESCO. París- Francia. 1992
- 5.- MINSA. Norma Técnica "Prevención, contingencia ante el contacto con indígenas en aislamiento voluntario". Lima. 2001
- 6.- OPS. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. Recomendaciones para el desarrollo de un sistema de licenciamiento y acreditación de servicios interculturales de salud en el marco de la renovación de la atención primaria de la salud. Washington. 2009
- 7.- SOLÍS, Gustavo. "Interculturalidad: encuentros y desencuentros en el Perú". Interculturalidad: Creación de un concepto y desarrollo de una actitud. Lima. 2008