



Salud Pública de México

ISSN: 0036-3634

spm@insp.mx

Instituto Nacional de Salud Pública
México

Torres-Román, Junior Smith; Zumaeta-Cabrera, Carito; Arroyo-Hernández, Hugo
Asociación entre donación y trasplante de órganos en Latinoamérica
Salud Pública de México, vol. 58, núm. 1, enero-febrero, 2016, pp. 1-2
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10643795001>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

CARTAS AL EDITOR

Asociación entre donación y trasplante de órganos en Latinoamérica

Señor editor: Actualmente, el trasplante de órganos constituye una opción terapéutica para enfermedades crónicas que ponen en riesgo la vida de miles de personas alrededor del mundo.¹ Entre 2003 y 2009, la actividad de donación con donante fallecido en Latinoamérica aumentó 3.8 por millón de población (pmp), con la perspectiva de alcanzar un promedio de 20 pmp en 10 años, a un ritmo de crecimiento de 1 a 1.5 pmp al año. Este aumento esperado en la tasa de donantes aún se ve estancado debido a la negativa de la población frente a la donación de órganos.²

Con el objetivo de conocer si existe asociación entre la donación y los trasplantes de órganos en países de Latinoamérica, se evaluaron las variables tasa de pacientes transplantados pmp y tasa de donación de órganos cadávericos reales pmp obtenidas de la *International Registry in Organ Donation and Transplantation*.³

Se encontró una correlación rho de Pearson de 0.72, valor $p=0.003$. En la figura 1 se aprecia que la donación de órganos cadávericos es directamente proporcional a la tasa de pacientes transplantados pmp, y que las

mayores frecuencias de trasplantes realizados se presentan en los países más poblados de Latinoamérica como Argentina, Brasil o México. Sin embargo, México el segundo país con mayor número de habitantes de Latinoamérica luego de Brasil, presenta una baja tasa de donación de órganos cadávericos, muy cercana a la de países con menor población como Venezuela, Ecuador o Perú.

Si bien México tiene la tasa de donación de órganos de pacientes vivos más alta de Latinoamérica (16.1 pmp), Argentina y Brasil encabezan

los registros oficiales de donación de órganos cadávericos. Esto se debe, en parte, a los programas y políticas de donación y trasplantes a través de un trabajo coordinado y sostenido de legisladores y sistemas sanitarios.⁴ Al comparar estas cifras con las de otros países del mundo, España quizás sea el mejor ejemplo: tiene una tasa de donación de órganos cadávericos de 35.3 pmp, y de 8.6 pmp en el caso de trasplantes con órganos de donadores vivos.³

La baja tasa de donación de órganos cadávericos es una limitante para

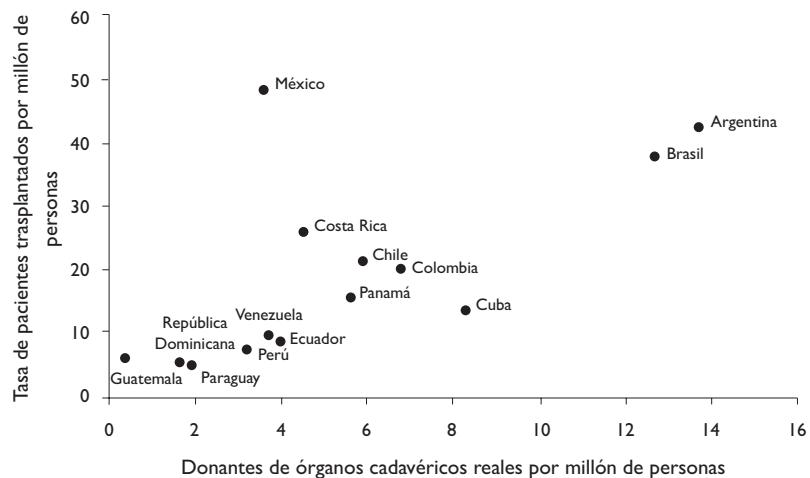


FIGURA I. DISTRIBUCIÓN DE LAS TASAS DE DONACIÓN Y TRASPLANTES DE ÓRGANOS EN LATINOAMÉRICA, 2013

realizar trasplantes en algunos países. Para revertir esto, se ha propuesto ampliar el conocimiento urbano sobre cómo y quién puede ser donante y sobre los aspectos clave de la muerte cerebral.⁵ Asimismo, los programas de detección de muertes encefálicas llevados a cabo por profesionales especialmente entrenados permitirían la identificación de donantes y lograrían disminuir las listas de espera de personas para trasplantes.

Junior Smith Torres-Román, Est Med Hum,⁽¹⁾
smithxp10@gmail.com
Carito Zumaeta-Cabrera, Est Med Hum,⁽²⁾
Hugo Arroyo-Hernández, MC.⁽³⁾

(1) Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de Ica (Socemi), Universidad Nacional San Luis Gonzaga. Ica, Perú.

(2) International Federation Medical Student Associations, Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO). Trujillo, Perú.

(3) Oficina General de Información y Sistemas, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

Referencias

1. Dossetor JB, Monaco AP, Stiller CR, eds. First International Congress on Ethics, Justice, and Commerce in Transplantation: A Global View. *Transplantation Proceedings* 1990;12(3):891-1056.
2. Sociedad de Trasplantes América Latina y del Caribe. Registro Latinoamericano de Trasplantes 2009 [documento en internet] [consultado el 1 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.stalyc.net/es/registros.html>
3. International Registry in Organ Donation and Transplantation - 2013 [documento en internet] [consultado en diciembre de 2014]. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/Site-CollectionDocuments/newsletter2014.pdf>
4. Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Acta de la duodécima reunión de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante [documento en internet]. Quito, Ecuador, octubre de 2012 [consultado el 24 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/SiteCollectionDocuments/amrreoredsp12.pdf>
5. Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Propuesta de recomendación CIDT - 2006 (6) sobre solución a la escasez de donantes. Fases del proceso de donación - Áreas de mejora [documento en internet]. Montevideo, octubre de 2010 [consultado el 26 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/DocumentosDe-Consenso/Soluciones_a_donacion.pdf

Servicio social en medicina en Latinoamérica: cobertura sin retención

Señor editor: Los recursos humanos en salud (RHS) son el principal pilar para brindar una adecuada atención sanitaria a nivel mundial. Por ello, la distribución del personal sanitario debería llegar a todas las regiones de cada país. En el caso de Latinoamérica, no existe una adecuada distribución de RHS, lo que impide realizar intervenciones de salud efectivas y genera escasez del personal médico en las zonas más necesitadas, siendo estas las áreas rurales.¹

Se han generado diversas estrategias para permitir una adecuada distribución de recursos humanos, como es el caso del Servicio Social en Medicina (SSM). Esta medida se ha implementado en algunos países de Latinoamérica, como México y Perú, donde se impone al estudiante de medicina / médico recién egresado trabajar en áreas rurales o zonas vulnerables que necesiten una adecuada atención sanitaria.^{2,3}

Con la implementación del SSM se ha logrado ampliar la cobertura sanitaria en países de Latinoamérica, sin embargo, no ha tenido efecto en la retención de los RHS, ya que no se han encontrado estudios que avalen la efectividad de aplicar dicho programa en este aspecto. Además, mediante el SSM sólo se recluta al personal médico de manera obligatoria, y al concluir dicho proceso se retiran del lugar de servicio, preservando la insuficiencia del personal médico en áreas rurales.^{2,4}

Ante ello, se debe tener en claro la importancia de retener al personal sanitario, lo cual permitiría lograr una mayor disponibilidad del personal médico en las áreas más necesitadas. Además, se obtendrían mejoras en la calidad de servicio de salud, ya que se contaría con las habilidades y conocimientos adecuados para el manejo sanitario de la población. Al haber una mayor disponibilidad

de personal médico, se reducirían los desplazamientos de la población en busca de una adecuada calidad de servicios y mejoraría, a su vez, la accesibilidad sanitaria.

Por ello, las políticas de Estado deberían reforzar la idea de implementar incentivos remunerados o no remunerados, es decir, que se les ofreciera una solvencia económica justa y suficiente por el servicio brindado en el área rural. Además, se podrían incluir facilidades de pago para aliviar la carga financiera generada durante los años de estudio que haya realizado el personal médico.⁵

Por otro lado, desde la etapa pregrado se les podría brindar apoyo académico, lo cual fortalecería sus capacidades hacia un enfoque multidisciplinario y preventivo. Asimismo, sería importante brindar un fácil acceso a cursos de especialización al terminar el periodo rural, otorgar nombramiento, estabilidad laboral y el reconocimiento médico por parte del centro de salud donde se laboró; de esta manera, el personal médico tendría mayor motivación para trabajar en áreas rurales.⁶

Lizeth Flores-Anaya, Est de Med,⁽¹⁾

lizethmfa1991@hotmail.com

Cinthia León-Lozada, Est de Med,⁽¹⁾

Percy Mayta-Tristán, Med Salub,⁽¹⁾

(1) Escuela de Medicina, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú

Referencias

1. Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health* 2004;2:13.
2. Mayta-Tristán P, Poterico JA, Galán-Rodas E, Raa-Ortiz D. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminitorio e inconstitucional. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2014;31(4):781-787.
3. Nigenda G. Servicio social en medicina en México. Una reforma urgente y posible. *Salud Pública Mex* 2013;55(5):519-527.
4. Mejía CR, Quiñones-Laveriano DM. SERUMS y la migración de médicos: a propósito de una cohorte de médicos de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2015;32(2):405-406.
5. Myhre D, Bajaj S, Jackson W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural Remote Health* 2015;15:3483.