



Persona y Bioética

ISSN: 0123-3122

bioetica@unisabana.edu.co

Universidad de La Sabana

Colombia

Cantú-Quintanilla, Guillermo; Medeiros-Domingo, Mara; Gracida-Juárez, Carmen; Reyes-Acevedo, Rafael; Alberú-Goméz, Josefina; Barragán-Sánchez, Angélica

Trasplantes en América Latina y el Caribe: difusión del documento de Aguascalientes

Persona y Bioética, vol. 18, núm. 2, julio-diciembre, 2014, pp. 226-237

Universidad de La Sabana

Cundinamarca, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83232594011>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

TRASPLANTES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: DIFUSIÓN DEL DOCUMENTO DE AGUASCALIENTES

*TRANSPLANTS IN LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN:
RELEASE OF THE AGUASCALIENTES DOCUMENT
TRANSPLANTES NA AMÉRICA LATINA E NO CARIBE:
DIFUSÃO DO DOCUMENTO DE AGUASCALIENTES*

Guillermo Cantú-Quintanilla¹Mara Medeiros-Domingo²Carmen Gracida-Juárez³Rafael Reyes-Acevedo⁴Josefina Alberú-Goméz⁵Angélica Barragán-Sánchez⁶**RESUMEN**

Durante el primer Foro de Bioética de la Sociedad de Trasplantes de Latinoamérica y el Caribe 2010 se redactó el Documento de Aguascalientes que busca salvaguardar la integridad del donante vivo. El artículo tiene por objeto indagar sobre el Documento de Aguascalientes entre los participantes del Congreso de la SLANH 2012. Se aplicó un cuestionario con 21 preguntas sobre temas abordados por el dicho documento. Los resultados muestran que el 36,3% acepta al donante vivo no relacionado; 36,3% considera que hay margen de crecimiento en la tasa de donantes fallecidos; 57,9% garantiza la salud con medicamentos inmunosupresores de calidad; 61,5% no conoce el documento. Se concluye que el Documento de Aguascalientes tiene recomendaciones útiles para vigilar aspectos bioéticos de trasplantes.

PALABRAS CLAVE: Bioética, trasplante, donante de tejidos. (Fuente: DeCS, Bireme).

DOI: 10.5294/PEBI.2014.18.2.11**PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO REFERENCE THIS ARTICLE / PARA CITAR ESTE ARTIGO**

Cantú-Quintanilla G, Medeiros-Domingo M, Gracida-Juárez C, Reyes-Acevedo R, Alberú-Goméz J, Barragán-Sánchez A. Trasplantes en América Latina y el Caribe: difusión del documento de Aguascalientes. pers. bioét.. 2014; 18(2). 226-237. DOI: 10.5294/pebi.2014.18.2.11

- 1 Escuela de Medicina Universidad Panamericana; Sociedad Mexicana de Trasplantes, México. gcantu@up.edu.mx
- 2 Sociedad Mexicana de Trasplantes; Hospital Infantil de México Federico Gómez, México. medeiro.mara@gmail.com
- 3 Sociedad Mexicana de Trasplantes; Centro Médico Nacional IMSS Siglo XXI, México. cygracida@prodigy.net.mx
- 4 Sociedad Mexicana de Trasplantes, México. rafael.reyes@clinicasancosme.com
- 5 Sociedad Mexicana de Trasplantes; Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, México. josefinaalberu@hotmail.com
- 6 Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, México. angelica.barragan@imss.gob.mx

FECHA DE RECEPCIÓN:	2014-02-17
FECHA DE ENVÍO A PARES:	2014-02-21
FECHA DE APROBACIÓN POR PARES:	2014-06-24
FECHA DE ACEPTACIÓN:	2014-07-28

ABSTRACT

The Aguascalientes Document was drafted during the first 2010 Bioethics Forum of the Transplantation Society in Latin America and the Caribbean. The object of the document is to safeguard the integrity of the living donor. This article aims to investigate the Aguascalientes Document among the participants to the 2012 SLANH Congress. A questionnaire was applied, with 21 questions on topics covered by said document. The results show that 36.3% of the respondents accept the unrelated living donor; 36.3% believes there is a margin of growth in the rate of deceased donors; 57.9% guarantees health with quality immunosuppressive drugs; 61.5% does not know the document. In view of the above, it is concluded that the Aguascalientes Document contains useful recommendations for monitoring the bioethical aspects of transplants.

KEYWORDS: Bioethics, transplants, tissue donor. (Source: DeCS, Bireme).

RESUMO

Durante o primeiro Fórum de Bioética da Sociedade de Transplantes da América Latina e do Caribe 2010, redigiu-se o Documento de Aguascalientes, que pretende assegurar a integridade do doador vivo. O artigo tem por objetivo indagar sobre o Documento de Aguascalientes entre os participantes do Congresso da SLANH 2012. Aplicou-se um questionário com 21 perguntas sobre temas abordados por tal documento. Os resultados mostram que 36,3% aceitam o doador vivo não relacionado; 36,3% consideram que há margem de crescimento na taxa de doadores falecidos; 57,9% garantem a saúde com medicamentos imunossupressores de qualidade; 61,5% não conhecem o documento. Conclui-se que o Documento de Aguascalientes tem recomendações úteis para vigiar aspectos bioéticos de transplantes.

PALAVRAS-CHAVE: Bioética, transplante, doador de tecidos. (Fonte: DeCS, Bireme).

INTRODUCCIÓN

La práctica de la medicina de trasplantes ha sido objeto de diversas controversias éticas, considerando especialmente que las normas generales se deben interpretar con mucha rapidez y no necesariamente cuentan con un lineamiento como podría ser un sistema de puntaje (1).

En el trasplante de órganos convergen muchas de las creencias y los supuestos sobre los que está construida nuestra cultura actual, y que solemos cuestionar cuando planteamos reconsiderar los valores y, sobre todo, los derechos humanos desde la bioética (2). La historia de la bioética es paralela a la del trasplante. Primero, porque su reciente nacimiento fue por la misma época y, segundo, porque los problemas que afronta la donación del riñón aparecen al mismo tiempo que otros que plantea la bioética en relación con la investigación en humanos (3).

Algunos países, como los pertenecientes a América Latina, tienen diversas áreas de oportunidad para avanzar en el desarrollo de programas y para mejorar la atención del trasplante de órganos como forma de tratamiento de diversas enfermedades. Según las conclusiones del reporte en 2009 de la Sociedad de Trasplante de América Latina y el Caribe, la tasa de trasplante de donador cadavérico, aunque está en aumento, sigue siendo baja; la tasa de donante potencial notificado es baja, el número de trasplantes de riñón está en aumento, la cobertura de salud es aún limitada para la población en muchos países y existen problemas locales como el turismo de trasplantes (4).

Debido a la diversa problemática que conlleva el trasplante de órganos, en la realización del Documento de Aguascalientes, durante el Primer Foro de

Bioética en Trasplante, se seleccionaron cuatro temas para ser discutidos:

1. Donante vivo.
2. Turismo y comercio de trasplante.
3. Papel del Estado en legislación, distribución y cobertura para trasplante.
4. Acceso y calidad de la inmunosupresión (5).

Estos temas son los que en la actualidad presentan la mayor controversia en la toma de decisiones para todos los involucrados en la práctica del trasplante renal.

La donación no permite ninguna obligación ni exige ninguna retribución. Por ello, es necesario tener mucha precaución frente a un donante, su aceptación debe ser deliberada, es decir, solo sometida a su propio juicio libre de coacción. El donante ofrece algo significativo de su vida al receptor, y esto debe crear la máxima exigencia en el que mutila, teniendo en cuenta que lo está privando de un enorme bien, como es el de vivir íntegro (2).

En el caso del donante de riñón, ni el acto quirúrgico ni el estado de permanencia con riñón único futuro están libres de riesgos. De hecho, no pocas personas consideradas como buenos candidatos a la donación renal según criterios actuales se encuentran con el paso del tiempo en una situación límite. Se considera que debe ser responsabilidad de cada programa de trasplante establecer un sistema que asegure al donante una evaluación minuciosa que permita minimizar los riesgos adicionales a los inherentes a la operación. De manera ideal, esta tarea debería ser realizada por un grupo independiente, experto en trasplantes, que evalúe al donante en todas sus fases (6).

**EN EL CASO DEL DONANTE DE RIÑÓN, NI
EL ACTO QUIRÚRGICO NI EL ESTADO DE
PERMANENCIA CON RIÑÓN ÚNICO FUTURO
ESTÁN LIBRES DE RIESGOS. DE HECHO, NO
POCAS PERSONAS CONSIDERADAS COMO
BUENOS CANDIDATOS A LA DONACIÓN
RENAL SEGÚN CRITERIOS ACTUALES SE
ENCUENTRAN CON EL PASO DEL TIEMPO EN
UNA SITUACIÓN LÍMITE.**

La falta de órganos es un problema que afecta considerablemente la continuidad de los programas de trasplantes. Si bien los donantes vivos relacionados son una alternativa importante para resolver este dilema, las cuestiones éticas que rodean esta práctica han hecho difícil que se implementen con éxito. Gradualmente, la donación cadavérica se ha convertido en una alternativa importante para solucionar la carencia de órganos (7).

Se conocen prácticas no éticas en trasplantes que fomentan la desigualdad y la explotación de las personas. Dichas prácticas no éticas se fundamentan en falsos argumentos como el “beneficio” y la “oportunidad” que puede obtener una persona para “mejorar” su condición económica (8, 9). La diferencia entre cadáver y ser vivo es que, si bien en ambos puede darse la posibilidad de comercialización, en el vivo se corre un grave peligro de apañar situaciones lindantes con la criminalidad (10). Se trata de un negocio ilícito en el cual no son las personas las que se benefician con la venta de sus órganos, sino más bien los intermediarios los que se enriquecen (5).

Las legislaciones aportan mecanismos para hacer transparente la donación y la aceptación, tales como la creación de organismos especializados que garanticen la idoneidad y ética de los equipos médicos autorizados para efectuar trasplantes y separen responsabilidades médicas entre quienes comunican la existencia de órganos y efectúan el diagnóstico de muerte, o extraen los órganos, y quienes los transplantan. Todo esto sobre la base de normas de convivencia sustentadas en la justicia, evitando arbitriedades y abusos (10).

OBJETIVO

El presente artículo tiene como objetivo dar a conocer el Documento de Aguascalientes entre los participantes del Congreso de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) realizado en 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se aplicó un cuestionario sobre los temas abordados por el Documento de Aguascalientes, el cual contiene 21 preguntas y pide los datos sociodemográficos de edad, sexo, país y ocupación.

RESULTADOS

Se recibieron 124 encuestas contestadas de 21 países, 61,9 % de sexo masculino, donde el grupo de edad prevaleciente estuvo entre 40-49 años (35,9 %), 72,2 % dedicados a la clínica, 1,7 % a investigación y 26,1 % ambas.

El 88,7 % de los encuestados aseguran al donante una evaluación minuciosa para minimizar los riesgos adicionales inherentes a la operación en su región; el 36,3 % no acepta al donante vivo no relacionado ni por

EL 81 % DE LOS PARTICIPANTES EN LA ENCUESTA PIENSAN QUE EN SU PAÍS LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS CUENTAN CON POLÍTICAS ESPECÍFICAS ENMARCADAS EN UN CONTEXTO ÉTICO Y LEGAL QUE CONTEMPLA EL BIEN COMÚN, CON UN CARÁCTER DE ACCESO UNIVERSAL, Y EL 76 % PIENSA QUE ESAS POLÍTICAS SE CUMPLEN EN SU MEDIO.

consanguinidad ni emocionalmente; el 59,1 % acepta al donante altruista cuando es donación no dirigida; el 36,3 % considera que hay margen de crecimiento en la tasa de donantes fallecidos; el 56,1 % piensa que en su medio hay la voluntad política para garantizar el derecho al trasplante; solo el 35 % percibe la colaboración de la sociedad civil en trasplantes; el 57,9 % garantiza la salud con medicamentos inmunosupresores de calidad; solo el 19,3 % piensa que las autoridades sanitarias someten a los medicamentos inmunosupresores a estudios de monitorización; 42 % considera que las autoridades de salud no han avanzado en la definición de políticas que permitan garantizar la mejor cobertura universal del tratamiento inmunosupresor. El 61,5 % no conoce el Documento de Aguascalientes.

El 83 % de los encuestados toman en cuenta la evaluación quirúrgica, la cirugía, el cuidado posoperatorio inmediato y el manejo a largo plazo para monitorizar la salud integral del paciente. El 60 % percibe la existencia de una corresponsabilidad del equipo tratante con la pareja donante-receptor, el entorno social y la custodia a cargo del Estado. El 96 % considera el turismo de trasplantes y la venta de órganos como prácticas no éticas que fomentan la desigualdad y la explotación de las personas; sin embargo, solo el 55 % piensa que eso corresponde a la realidad en su lugar de origen.

El 81 % de los participantes en la encuesta piensan que en su país la donación y el trasplante de órganos cuentan

con políticas específicas enmarcadas en un contexto ético y legal que contempla el bien común, con un carácter de acceso universal, y el 76 % piensa que esas políticas se cumplen en su medio.

El 58 % considera que existe la cobertura de inmunosupresión para trasplantes con las estrategias sanitarias que aseguren el acceso, la calidad, la transparencia, la equidad y eficacia en la atención del paciente. El 75 % piensa que es una obligación ética del médico de trasplante el velar por la calidad del medicamento inmunosupresor que recibe el paciente.

Es duro reconocer que solo el 18 % de los encuestados piensa que se realizan estudios de fármaco-vigilancia intensiva para reconocer las variables que puedan interferir en la disposición de nuevas formulaciones. De hecho, el 55 % piensa que el argumento de costos en la adquisición de genéricos inmunosupresores se antepone a los principios de la bioética en la atención a los pacientes transplantados. Solo el 55 % conoce la Declaración de Estambul sobre trasplantes.

Discusión

Es importante dar a conocer ese tipo de convenciones y las conclusiones que se obtienen de ellas para actualizar al personal de trasplantes renales, ya que es bien sabido que el escaso y, en ocasiones, inadecuado conocimien-

to del tema podría llevar no solo a una desacertada colaboración del personal de salud en el proceso de aceptación de la donación por parte de los pacientes, sino también a un retraso en la identificación de posibles donantes de órganos, con la consecuente disminución o estancamiento de las tasas de trasplantes (7). Debido a eso es fundamental identificar las actitudes y evaluar el conocimiento sobre donación y trasplante de órganos ya que el personal de salud debe tener bien claros los aspectos básicos concernientes a estos dos aspectos, para así convertirse en un promotor de esta tecnología; de ahí la necesidad de identificar los vacíos en el conocimiento y la actitud de los médicos frente a la donación y al trasplante a fin de motivar, sensibilizar e incrementar una población potencial de donantes (11).

Uno de los temas importantes del conocimiento del personal de salud es el referente al tráfico de órganos, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha incluido en su declaración como una práctica que se debe combatir. Así, advierte que son muchos los pacientes que, al verse al final de una larga lista de espera, viajan al extranjero para adquirir un órgano y los donantes siempre provienen de los sectores más pobres y vulnerables de la población (12).

En la medicina colectiva (administrativa, institucional, empresarial y fundacional) el contrato pasa a ser tripartito, ya que entre el médico y el paciente se introduce la figura del Estado o la institución que contrata al

médico, de un lado, y del otro, se compromete con el paciente a garantizar, en caso necesario, su asistencia sanitaria (13, 14).

Los criterios de otorgamiento de órganos a quienes están en lista de espera en los organismos públicos responsables de este tema se han de basar en una razón de justicia equitativa, y de no discriminación social, económica, cultural o étnica. Es necesario el criterio médico selectivo, conocer muy bien la situación clínica del receptor

potencial, la urgencia, la mayor posibilidad de éxito terapéutico, la buena recepción inmunológica, la posibilidad de sobrevivida, de correcta atención y de seguimiento en el futuro (10).

LOS CRITERIOS DE OTORGAMIENTO DE ÓRGANOS A QUIENES ESTÁN EN LISTA DE ESPERA EN LOS ORGANISMOS PÚBLICOS RESPONSABLES DE ESTE TEMA SE HAN DE BASAR EN UNA RAZÓN DE JUSTICIA EQUITATIVA, Y DE NO DISCRIMINACIÓN SOCIAL, ECONÓMICA, CULTURAL O ÉTNICA.

Se deben asegurar aspectos normativos legales que den garantías en la determinación de la muerte, que aseguren el consentimiento informado, la selección médica responsable de los receptores más aptos, una correcta y justa distribución de recursos y un control de abusos

derivados del posible comercio y lucro. Debe asegurarse la libertad personal del donante, libre de toda imposición o coacción (10).

En cuanto al cuidado de la calidad del fármaco inmuno-supresor que recibe el paciente se establece que es una obligación ética del médico que realiza el trasplante. Por tanto, se debe garantizar el adecuado respeto por la prescripción realizada, así como otorgar al paciente toda la información para que pueda ejercer su autonomía

mía y tomar una decisión libre. Cualquier cambio en el tratamiento inmunosupresor debe estar autorizado por el paciente mediante la firma de un consentimiento informado, previsto legalmente (5).

La creciente demanda de material biológico de origen humano donado para atender la situación de miles de ciudadanos exige a los países el desarrollo ordenado de sistemas de donación y trasplante, y de políticas específicas enmarcadas en un contexto ético y legal que contemple el bien común con carácter de acceso universal.

CONCLUSIONES

La decisión política de impulsar sistemas con objetivos claros, como garantizar el derecho al trasplante, aumentar el número de ellos, reducir las listas de espera y mejorar los resultados de los mismos, debería darse bajo el desarrollo de políticas de donación y trasplante que atiendan los problemas de acceso y equidad, cobertura e integralidad en la atención (5).

En los países desarrollados se ha demostrado que el conocimiento que el personal de salud tiene sobre los programas de donación y trasplante de órganos es un elemento que influye directamente en el éxito que estos alcancen. Y es que, en muchas ocasiones, el personal de salud que trabaja en servicios especializados (como emergencias, cuidados intensivos y neurología, entre otros) es el primer contacto para la consecución exitosa de órganos en pacientes con muerte cerebral (7). En diversos estudios se ha señalado que la falta de conocimiento de los profesionales de la salud, así como sus percepciones y actitudes hacia temas relacionados con el proceso de donación, pueden convertirse en facili-

tadores o barreras para la identificación de potenciales donantes (15).

El proceso de donación es estresante y emocionalmente demandante por lo que se requiere atender las necesidades específicas de los profesionales involucrados en la consecución de órganos. Con base en lo anterior se recomienda:

1. Impulsar programas educativos, talleres y conferencias dirigidos a los profesionales de la salud que incluyan aspectos conceptuales, clínicos, éticos y sociales de la muerte cerebral, la donación y los trasplantes de órganos.
2. Impulsar estrategias para que los profesionales de la salud desarrollen habilidades para manejar el estrés que implica atender a los familiares de donadores con muerte cerebral.
3. Atender las necesidades emocionales de los profesionales de la salud involucrados ofreciéndoles ayuda psicológica y realizando sesiones grupales al final de la donación para que expresen las emociones y dificultades sentidas (15).

La población debe disponer de toda la información relacionada con el acceso a los programas de trasplante vigentes, los resultados de supervivencia de pacientes e injertos de los programas que realizan trasplante, la disponibilidad, los niveles de cobertura y los criterios de asignación (5).

Con la Convención de Aguascalientes se dejan claros algunos de los temas más importantes relacionados con la bioética de la donación y el trasplante de riñón, por lo

que es necesario promocionar y difundir los programas de trasplante y donación de órganos tanto al público en general como al personal de salud, incentivar la creación de programas sobre donación y trasplante en instituciones hospitalarias públicas y privadas, actualizar permanentemente a través de educación continua sobre esta temática tanto a médicos como a otros miembros del equipo de salud, y adelantar investigaciones sobre esta temática en la población general para identificar su actitud y fortalecerla a fin de que los programas de donación y trasplante sean más eficientes (11).

Es necesario que las autoridades sanitarias, a través de las entidades destinadas a la regulación de medicamentos, sometan a los fármacos inmunosupresores genéricos a estudios de monitorización terapéutica de concentraciones séricas, plasmáticas o sanguíneas en pacientes transplantados para evaluar la variabilidad intra e interindividual de las diferentes formulaciones disponibles (16).

REFERENCIAS

1. Cantú G, Sales F, Reyes A, Rodríguez G, Medeiros M. En hospitales de México: Criterios de asignación de riñón de pacientes fallecidos. Pers Bioét. 2009;13(1):32.
2. Pfeiffer ML. El trasplante de órganos: valores y derechos humanos. Pers Bioét. 2006;10(2):27.
3. Blanco LA. Trasplante renal: dilemas y bioética. Report Med Cir. 2009;18(2).
4. Duro V, Medina J, Santiago E. Latin America Transplantation. Report. STALYC; 2009.
5. Baquero A et al. Desafíos éticos en la práctica de trasplantes de América Latina: Documento de Aguascalientes. Nefrología. 2011;31:275.
6. Ticona-Garrón AB, et al. Supervivencia del paciente e injerto renal al año de trasplante de donante fallecido; comparación con resultados de donante vivo. Rev Mex Urol. 2010;70(6):347-353.
7. Leal M, Flores E, Rimolo F, Matamoros MA, Mora G. Conocimientos y actitudes del personal de salud hacia la donación de órganos para trasplante. Rev Costarric Cienc Méd. 2005 Ene [citado 2014 mayo 22]; 26(1-2):15-22. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-29482005000100002&lng=es.
8. Gill J et al. Transplant Tourism in the United States: A Single-Center Experience. Clin J Am Soc Nephrol. 2008;3(6):1820-1828.
9. Budiani-Saberi DA, Delmonico FL. Organ Trafficking and Transplant Tourism: A Commentary on the Global Realities. American Journal of Transplantation. 2008;8:925-29.
10. García F. Aspectos éticos en trasplante de órganos. Cuadernos de Bioética; 2001; 12 (45): 253-265
11. Tuesca R, Navarro E, Elles R, Espinosa D, Herrera JM, Macías JC. Conocimientos y actitudes de los médicos de instituciones hospitalarias en Barranquilla sobre donación y trasplante de órganos. Salud Uninorte. 2003;17:9-18.
12. OPS. Legislación sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células: compilación y análisis comparado. Washington, D. C.; 2013.
13. Gracia D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. Nefrología. 2001;XXI(supl. 4): 13-29
14. Pérez G. Reflexiones ético-jurídicas sobre los trasplantes de órganos. Cuadernos de Bioética; 1996; 1(25): 58-70
15. Mercado FJ, Padilla C, Díaz B. La donación y el trasplante de órganos según los profesionales de la salud. México: Universidad de Guadalajara; 2010.
16. Mendoza F et al. Foro de bioética en trasplante de órganos y tejidos. Declaratoria Guadalajara. Revista Mexicana de Trasplantes. 2013;2(2):77-84.

ANEXO

Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión.

Segundo Foro de Bioética de Trasplantes en América Latina y el Caribe

El siguiente cuestionario versa sobre aspectos bioéticos relacionados con los trasplantes en América Latina y el Caribe. Le agradecemos su valiosa colaboración.

Edad _____ Sexo _____ País _____
Ocupación: Clínica Investigación Ambas

En relación con el donante vivo, los programas vigentes en su país:

1. ¿Aseguran al donante una evaluación minuciosa permitiendo minimizar los riesgos adicionales a los inherentes a la operación?

Sí No No está seguro

2. ¿Toman en cuenta la evaluación prequirúrgica, la cirugía, el cuidado posoperatorio inmediato y el manejo a largo plazo para monitorizar la salud integral del donante?

Sí No No está seguro

3. ¿Aceptan el donante vivo no relacionado ni por consanguinidad ni emocionalmente?

Sí No No está seguro

4. ¿Aceptan al donante altruista cuando es donación no dirigida?

Sí No No está seguro

5. ¿Se establece una corresponsabilidad del equipo tratante con la pareja donante-receptor, el entorno social y la custodia a cargo del Estado?

Sí No No está seguro

6. ¿Se consideran el turismo de trasplantes y la venta de órganos como prácticas no éticas que fomentan la desigualdad y la explotación de las personas?

Sí

No

No está seguro

7. La postura de la pregunta anterior, ¿corresponde con la realidad en su lugar de residencia?

Sí

No

No está seguro

En relación con el papel del Estado en legislación, distribución y cobertura para trasplante, en su lugar de origen:

8. ¿La donación y el trasplante cuentan con políticas específicas enmarcadas en un contexto ético y legal que contemple el bien común con un carácter de acceso universal?

Sí

No

No está seguro

9. ¿La proposición anterior corresponde a la realidad de la cirugía de trasplantes en su comunidad de trabajo?

Sí

No

No está seguro

10. ¿Existe un amplio margen de crecimiento en la tasa de donantes fallecidos?

Sí

No

No está seguro

11. ¿Existe la voluntad política de garantizar el derecho al trasplante, aumentar el número de trasplantes, reducir las listas de espera y mejorar los resultados de los mismos?

Sí

No

No está seguro

12. Aplicando el principio de subsidiariedad, ¿la sociedad civil tiene una actitud más activa y organizada en defensa de sus derechos en materia de donación y trasplantes?

Sí

No

No está seguro

En relación con el acceso y la calidad de inmunosupresión, en su país:

13. ¿Se dan las condiciones para garantizar la salud de los pacientes con el uso de medicamentos de calidad y eficacia comprobada por medio de un proceso definido y avalado por una institución científica-académica?

Sí

No

No está seguro

14. ¿Existe la cobertura de inmunosupresión para trasplantes con las estrategias sanitarias que aseguren el acceso, la calidad, la transparencia, la equidad y la eficacia en la atención del paciente?

Sí

No

No está seguro

15. ¿El cuidado de la calidad del medicamento inmunosupresor que recibe el paciente es una obligación ética del médico de trasplante?

Sí

No

No está seguro

16. ¿Las autoridades sanitarias someten los medicamentos inmunosupresores genéricos a estudios de monitorización terapéutica de concentraciones séricas, plasmáticas o sanguíneas en pacientes transplantados para evaluar la variabilidad intra e interindividual de las diferentes formulaciones disponibles?

Sí

No

No está seguro

17. ¿Se realizan estudios de farmacovigilancia intensiva para reconocer las variables que puedan interferir en la disposición de nuevas formulaciones?

Sí

No

No está seguro

18. ¿El argumento de costos en la adquisición —a valores más bajos— de genéricos inmunosupresores se sobreponde a los principios de la bioética en la atención a los pacientes transplantados?

Sí

No

No está seguro

19. ¿Las autoridades de salud avanzan en la definición de políticas que permitan garantizar la mejor cobertura universal del tratamiento inmunosupresor con los avances de la industria farmacéutica sin detrimento de la calidad de los medicamentos?

Sí

No

No está seguro

20. ¿Conoce el Documento de Aguascalientes del 1º Foro de Bioética en Trasplantes en América Latina y el Caribe?

Sí

No

No está seguro

En caso de no haberlo leído, le resultará muy provechosa su lectura. El documento se encuentra disponible en:
www.stalyc.net