



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA®

ANEXO 1

Carta de aprobación de la tesis por el Tutor / Cotutor del alumno

Fecha: 23 de abril de 2021

Lugar: Ciudad de México

Mtra. Claudia del Socorro Villanueva Sáenz

Presente

Estimada Mtra. Villanueva:

Por medio de la presente, informo a la coordinación académica de la Maestría en Bioética del CIBUP, que la alumna **LORENA MONSERRAT LINA LÓPEZ**, me presentó a revisión su tesis de grado titulada: **RETOS BIOÉTICOS DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EN MÉXICO, RESPECTO AL ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRASPLANTE RENAL EN DONADOR VIVO. REALIZADO EN PACIENTE EXTRANJEROS EN EL PERÍODO 2018-2020**, de la que soy Tutor.

Después de una lectura y análisis de los contenidos y forma de la tesis, y, habiéndose hecho las correcciones pertinentes, doy mi aprobación para proceder a su impresión y defensa.

Atentamente,

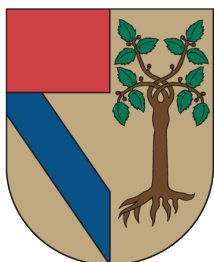
Dr. Gregorio T. Obrador Vera
Tutor

Dr. Guillermo Cantú Quintanilla
Cotutor

Centros Culturales de México, AC

Augusto Rodin 498
Col. Insurgentes Mixcoac
03920 Ciudad de México
5482-1600 y 5482-1700
www.up.edu.mx

Universidad Panamericana



Maestría en Bioética
Estudios Incorporados a la SEP RVOE 20100494
Centro Interdisciplinario de Bioética
Escuela de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud

“Retos bioéticos de la Declaración de Estambul en México, respecto al análisis descriptivo del Trasplante renal en donador vivo realizado en pacientes extranjeros en el periodo 2018-2020”

Tesis Profesional que presenta:

Lorena Monserrat Lina López

Para obtener el título de:

Maestra en Bioética

Director de Tesis:

Dr. Gregorio T. Obrador Vera. MPH

Director, Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela de Medicina, Universidad Panamericana.

© [2021] [LORENA MONSERRAT LINA LÓPEZ]

Todos los derechos reservados.

TABLA DE CONTENIDO

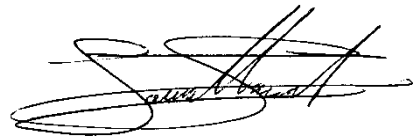
	Pág.
PRÓLOGO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	1
1. CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	4
1.1 Planteamiento del problema	
1.2 Objetivos	
1.3 Justificación	
2. CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Declaración de Estambul (edición 2008)	
2.2 Declaración de Estambul (edición 2018)	
2.3 Análisis documental de las fuentes bibliográficas de la Declaración de Estambul 2018	
2.4 Panorama Actual de México	
2.5 Análisis de los principios bioéticos de la donación de órganos	
2.6 Cuestionamientos del Grupo Custodio de la Declaración de Estambul, respecto a los principios bioéticos	
3. CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	50
3.1 Caracterización del Trasplante renal en México, en pacientes extranjeros, 2018-2020	
3.2 Metodología	
3.3 Cronograma de actividades	
4. CAPÍTULO IV. RESULTADOS	58
5. CAPÍTULO V. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	73
5.1 Análisis descriptivo de Trasplante renal en extranjeros en el periodo 2018-2020 y aplicabilidad de la Declaración de Estambul 2018	
5.2 Discusión	
CONCLUSIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	88

PRÓLOGO

Mi compromiso y motivación en el tema de Donación y Trasplante de órganos, es porque considero este tema, elemental para el ejercicio de la profesión, para desarrollar asertividad en la toma de decisiones y aprender nuevas destrezas; considerando la enorme variabilidad biológica de los individuos, apegándose a una cultura de seguridad para los pacientes, sin provocarles mayor daño, y en cambio, sí ofreciéndoles alternativas que trasciendan e impacten en su pronóstico y calidad de vida.

Soy partidaria de pensar, que crecer y desenvolverse en el ámbito bioético, proporciona una oportunidad única para generar habilidades y desarrollar pensamientos complejos, en el ámbito clínico, y en el de investigación. El aprendizaje tiene como resultado y consecuencia, un cambio de conducta, y al poseer las estrategias y métodos adecuados para afinar dicho aprendizaje, se pueden ejercer las acciones de la vida diaria, bajo un enfoque clínico, pero siempre con un criterio ético.

Con este proyecto, pretendo encausarme hacia la obtención de respuestas correctas, fomentando conductas y actitudes positivas, como el altruismo, solidaridad, tolerancia y respeto; lo que simultáneamente estimulará en mí, el crecimiento como un ente social, humano, biológico, capaz de cuestionarse, de ofrecer soluciones y atender las necesidades de los otros.



LORENA MONSERRAT LINA LÓPEZ

DEDICATORIA

A Tomás, que aunque al inicio se enfadaba con mis aleccionamientos de Moralidad y Bioética, de forma innata conduce su práctica profesional con nobleza y rige sus actos cotidianos por el camino de la virtud.

A mi hermana, cuya madurez y artística perspectiva de la vida, sembró en mí la semilla que motivó el interés en el entendimiento y ejercicio de la Ética.

A mi mamá, todas las mañanas y todas las noches, por predicar con el ejemplo... por sustentar su vida personal, familiar y profesional en el amor, el respeto y en una perfecta práctica de la Ética.

A mi papá... porque su amor, su sabiduría, su prudencia y su templanza, vivirán para siempre dentro de mí, porque su voz será mi motivación hasta el último instante.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a la Universidad Panamericana, por abrirme sus puertas, introducirme en sus líneas, y darme la oportunidad de tomar lo mejor de su profesorado. Con ello, agradezco a todos las profesoras y profesores que dedicaron sus tardes a compartir su conocimiento y recursos de enseñanza, prestando su apoyo moral y humano.

Expreso un enorme agradecimiento al tutor de esta tesis, al Dr. Gregorio Obrador, por su valioso tiempo, su dedicación y orientación en este trabajo, por aterrizar y respetar mis ideas, por facilitar la expresión de las mismas y fomentar mi aprendizaje. Al co-tutor de este trabajo, al Dr. Guillermo Cantú, ya que este trabajo de investigación es fruto de ideas, proyectos y esfuerzos previos como los que él abiertamente compartió conmigo. Por su noble disposición, tiempo y atención a mis consultas, a la Dra. Stephanie Derive, a la Maestra Claudia Villanueva, a la Dra. Daniela Contreras y a Elizabeth Sanabria.

Agradezco a mis compañeros de Maestría por aportar ideas, opiniones, críticas constructivas y por ayudarme a desarrollar una perspectiva integral, brindando lo mejor de sus diferentes áreas de conocimiento; siempre compartiendo penas, tensiones y galletas a la hora del café.

Y por último, y desde luego, no menos importante, a los directivos del CENATRA, al Dr. Salvador Aburto, Dr. José Madrigal y Dra. Josefina Romero, por su transparencia y amabilidad, por el material facilitado, las sugerencias y orientación recibida.

Tutor: Dr. Gregorio Tomás Obrador Vera

Autora: Dra. Lorena Monserrat Lina López

RETOS BIOÉTICOS DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EN MÉXICO RESPECTO
AL ANÁLISIS DESCRIPTIVO DEL TRASPLANTE RENAL EN DONADOR VIVO
REALIZADO EN PACIENTES EXTRANJEROS EN EL PERIODO 2018-2020

RESUMEN

Introducción. Para asegurar el bienestar de grupos vulnerables en tema de trasplante de órganos, existe la Declaración de Estambul. Esta tesis analiza documentalmente la Declaración de Estambul en sus ediciones 2008 y 2018; y describe cifras de Trasplante renal en México, en pacientes extranjeros entre 2018-2020.

Metodología. Investigación original y transversal. **Resultados.** No parece haber problema de mercantilismo entre los pacientes extranjeros de Trasplante renal.

Conclusiones. La información es limitada, no excluye la necesidad de un rediseño del programa de trasplante, para apearse a los principios de la Declaración de Estambul.

INTRODUCCIÓN

DECLARACIÓN DE ESTAMBUL

En 2007 se estimó que un 10% de trasplantes a nivel mundial involucraban prácticas no éticas con fines de remoción de órganos, afectando a grupos pobres y vulnerables, y para enfrentar esta problemática, en 2008 se convocó una reunión cumbre en Estambul avalada por 135 sociedades médicas y de gobierno, nacionales e internacionales.

Ésta pretendía que los beneficios del trasplante se maximizaran y se compartieran con igualdad, mediante la provisión de una guía para profesionales y creadores de políticas. En 2018, el Grupo Custodio de esta Declaración actualizó sus términos, sintetizándolos en 11 principios. (1)

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL (2)

En 2004, la Organización Mundial de la Salud convocó a sus miembros para tomar medidas de protección para los más pobres y vulnerables ante el turismo de trasplante. Asimismo, para abordar un problema mayor, en relación al tráfico internacional de órganos y tejidos humanos.

En diciembre de 2006, la Sociedad de Trasplante (TTS) se reunió con representantes de la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN) para convenir en la idea de desarrollar una Declaración formal que sirviera para unificar el compromiso de combatir las

prácticas no éticas en el trasplante de órganos. El Comité Directivo se reunió en Dubai y Ankara Turquía en 2007, con lo que sustentaron las bases para la cumbre de Estambul en 2008. El objetivo de la Cumbre era determinar una Declaración final que pudiera definir el tráfico de órganos, el turismo de trasplante y la comercialización en torno a éstos, y con ello lograr un consenso que estableciera los Principios de práctica y recomendara alternativas para disminuir la escasez de órganos.

Dentro de los participantes en la Cumbre de Estambul se incluyeron a:

- Los enlaces de países de la Sociedad de Trasplante, que representan prácticamente a todos los países con programas de trasplante;
- Representantes de sociedades internacionales y del Vaticano;
- Individuos con posiciones de liderazgo en nefrología y trasplante;
- Partes interesadas en políticas públicas de trasplante de órganos; y
- Eticistas, antropólogos, sociólogos y juristas, reconocidos por sus escritos sobre la política y la práctica de trasplantes.

El 30 de abril 2008, con 151 participantes pertenecientes a 78 países, se establecieron argumentos que posteriormente fueron avalados por más de 135 sociedades médicas nacionales e internacionales. La Declaración de Estambul fue publicada por primera vez el 5 de julio del 2008, en la revista Lancet, y ha sido subsecuentemente publicada en múltiples revistas médicas y traducida a más de 12 idiomas.

La Declaración, complementa los esfuerzos de sociedades como la OMS, las Naciones Unidas, y el Consejo de Europa. En 2010, la TTS y la ISN crearon el Grupo Custodio de la Declaración de Estambul (DICG) para diseminar la Declaración y responder a nuevos retos en el tráfico de órganos y turismo de trasplante.

En 2017 el DICG inició el proceso para la revisión y actualización de la Declaración, con la intención de asegurar que ésta fuera un referente claro y actual para los realizadores de políticas y profesionales de la salud encargados del área de trasplante y donación. En febrero 2018 el DICG lanzó una consulta pública, en la que participaron más de 250 personas y 65 organizaciones oficiales alrededor del mundo. La respuesta de la consulta pública, permitió renovar el compromiso de combatir el tráfico de órganos y el turismo de trasplante, así como actualizar las definiciones y ampliar los términos clave, para guiar políticas y prácticas de manera más clara.

La nueva edición de la Declaración fue presentada el 1o de julio de 2018 en Madrid durante el 27º Congreso Internacional de la TTS, con ocasión del 10º aniversario de la Declaración Estambul. (2)

Se anexa la lista de organizaciones participantes de la declaración de Estambul.

(Anexo 1)

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El trasplante de órganos implica una actividad de solidaridad humana, sin embargo, ha sido opacada por el mercantilismo de órganos, afectando a grupos pobres y vulnerables; es por ello que, para equilibrar la seguridad y el bienestar de los involucrados, se han escrito diversos documentos, como la Declaración de Estambul.

Es evidente que en nuestro país existe un desequilibrio notable en el número de órganos disponibles para donación y el de personas que requieren un trasplante, resulta prioritario que se propongan soluciones y se implementen estrategias basadas en documentos como la Declaración de Estambul, que impacten en la auto-suficiencia de órganos en México, con la consecuente disminución del mercantilismo de órganos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

- Realizar un análisis documental, comparando los principios de la Declaración de Estambul en su edición 2008 y 2018, que permita entender sus implicaciones en nuestro país con base en los principios bioéticos de la Donación y Trasplante de órganos.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Revisar críticamente las fuentes bibliográficas involucradas en la realización de la Declaración de Estambul.
- Determinar si existen evidencias respecto de la implementación de los principios de la Declaración de Estambul en México.
- Analizar los resultados del actual modelo institucional de coordinación de donación, esquema de procuración y trasplante de órganos y tejidos con el que cuenta México.
- Generar información, con precisiones de carácter ético, útil para el gobierno de México y el CENATRA.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Escenarios como el nuestro, invitan a traspasar las fronteras de la práctica médica, por lo que es imperativo conocer a fondo el modelo institucional de Donación y Trasplantes con el que contamos y los documentos sobre los cuales se sustenta, específicamente en este caso, sobre la Declaración de Estambul; de esta manera, se podrá difundir, rediseñar, implementar, mejorar y perfeccionar. Logrando lo anterior, se impactaría positivamente en el número de casos exitosos de trasplantes en México, se disminuiría el tiempo en la lista de espera, y con ello podría conducirse a la erradicación del mercantilismo de órganos y su consecuente afectación de grupos vulnerables en nuestro país, tales como menores, personas analfabetas y empobrecidas, inmigrantes indocumentados, prisioneros y refugiados políticos o económicos.

CAPÍTULO II.
MARCO TEÓRICO

2.1 DECLARACIÓN DE ESTAMBUL SOBRE EL TRÁFICO DE ÓRGANOS Y EL TURISMO DE TRASPLANTE (EDICIÓN 2008) (3)

La versión 2008, duplica en extensión a la de 2018 y hace énfasis en muchos temas establecidos por primera vez en la narrativa. De inicio y a diferencia de la versión 2018, en ésta se habla del trasplante de órganos desde un punto de vista más filosófico y apela al sentido moral y consciencia de individuos y grupos; lo considera como un milagro médico del siglo XX, que amerita una celebración por el regalo de vida que le proporciona un individuo a otro. Adicionalmente, lo ve desde una perspectiva de salud y política pública.

En esta edición, se determinó que todos los países necesitaban un marco legal y profesional para gobernar las actividades relacionadas a la donación y trasplante, así como un sistema de regulación y vigilancia transparente; se distinguía que las prácticas faltas de ética, resultaban en la insuficiencia de órganos a nivel global, y que para minimizar la carga sobre los donantes vivos, era necesario conjuntar esfuerzos e intensificar el trasplante de donador cadavérico.

Uno de sus párrafos menciona que el acceso al sistema de salud es un derecho humano, y no por ello, es propiamente una realidad; que la provisión de cuidado para el donante vivo, no debería ser subestimado ante el cuidado del receptor de un trasplante;

y que la obtención de un resultado positivo para el receptor, nunca justificaría que se dañe a un donador vivo.

DEFINICIONES.

Tráfico de órganos, como el reclutamiento, transporte, transferencia, alojamiento o recepción de donantes vivos o cadavéricos o de sus órganos, por efecto de amenaza o uso de la fuerza u otras formas de coerción; o la recepción de pago o beneficios por parte de un tercero, para ejercer control sobre un potencial donador, con el propósito de explotación o remoción de órganos con fines de trasplante.

Comercialismo de trasplante, como aquella política o práctica en la cual un órgano es considerado como “commodity” [producto o bien por el que existe una demanda en el mercado y se comercia sin diferenciación cualitativa en operaciones de compra y venta; generalmente se refiere a bienes físicos que constituyen componentes básicos de productos más complejos. El Economista, 2012].

Viaje para Trasplante, movimiento de órganos, donantes, receptores o profesionales de trasplante a través de fronteras jurisdiccionales con fines de trasplante. Es **Turismo de trasplante**, si involucra tráfico de órganos y/o comercialismo de trasplante, o si se destinan recursos a pacientes del exterior del país, quebrantando la capacidad del país de proporcionar servicios de trasplante a su propia población.

PRINCIPIOS.

1. Los gobiernos nacionales, trabajando en colaboración con organizaciones internacionales y no gubernamentales, deben desarrollar e implementar programas para el mapeo, prevención y el tratamiento de la falla orgánica, lo cual incluye:
 - a) Investigación científica clínica y básica.
 - b) Programas efectivos basados en guías internacionales, para tratar a pacientes con enfermedades terminales, disminuyendo así la morbilidad y mortalidad de los programas de trasplante para tales enfermedades.
 - c) El trasplante de órganos como el tratamiento preferido para la falla orgánica.
2. Se deben desarrollar e implementar legislaciones para cada país o jurisdicción para regular la conservación de órganos de donantes vivos y cadavéricos de acuerdo a estándares internacionales.
 - a) Deben desarrollarse e implementarse políticas y procedimientos para maximizar del número de órganos disponibles para trasplante.
 - b) Las autoridades en salud deben supervisar y responsabilizarse por cada país para asegurar la transparencia y seguridad.
 - c) Lo anterior requiere un registro nacional o regional para consignar los trasplantes de donador vivo y cadavérico.
 - d) Los programas efectivos incluyen la educación y la conciencia pública, así como educación y entrenamiento a los profesionales de la salud y responsabilidades definidas de todas las partes interesadas.
3. El trasplante de órganos debe ser asignado equitativamente, sin discriminación de género, etnia, religión, clase social o estatus financiero.

4. El objetivo principal debe ser optimizar el cuidado médico a corto y largo plazo, para promover la salud en ambos, donadores y receptores.
5. Las jurisdicciones y los países deben alcanzar la autosuficiencia de donación, proporcionando el suficiente número de órganos a sus residentes.
 - a) La colaboración entre países no es inconsistente con la suficiencia de un país, siempre y cuando esta colaboración proteja a los vulnerables, y promueva la igualdad entre donadores y receptores.
 - b) El tratamiento de países externos al país de la jurisdicción es aceptable únicamente si no compromete la capacidad de dicho país para proporcionar los servicios de trasplante para su propio país.
6. El tráfico de órganos y el turismo de trasplante violan los principios de equidad, justicia y respeto por la dignidad humana, por lo que deben ser prohibidos.
 - a) Las prohibiciones incluyen todo tipo de publicidad o solicitud, incluyendo la vía electrónica y redes sociales.
 - b) Deben incluirse penalizaciones por tales actos.
 - c) Las prácticas que induzcan a la vulnerabilidad individual o grupal, tales como a analfabetas, personas empobrecidas, inmigrantes indocumentados, prisioneros y refugiados políticos o económicos, para convertirse en donantes vivos, son incompatibles con el propósito de combatir el tráfico de órganos.

PROPUESTAS.

La Declaración sugirió las siguientes estrategias para incrementar la cantidad de donantes y prevenir el tráfico de órganos.

Para responder a la necesidad del incremento de donantes cadavéricos:

1. Los gobiernos, en colaboración con instituciones a cargo del cuidado de la salud, profesionales y organizaciones no gubernamentales, deben remover los obstáculos y desincentivos alrededor de la donación de órganos.
2. En países sin programas de donación o trasplante establecido, se debe implementar legislación nacional y crear la infraestructura de trasplante.
3. En los países donde se ha iniciado el programa, el potencial terapéutico debe ser maximizado.
4. Se invita a los países con un programa bien establecido a promover y compartir información, experiencia y tecnología con el resto de los países que buscan concretar esfuerzos en tema de trasplantes.

Para asegurar la protección y seguridad de donantes vivos.

1. La donación debe considerarse como un acto heroico y honroso.
2. La determinación de idoneidad médica y psicosocial será determinada por las recomendaciones de los foros de Ámsterdam y Vancouver.
 - a) Debe incorporarse el consentimiento informado para el entendimiento del donante.
 - b) Todos los donadores deberán recibir evaluación psicosocial por profesionales de salud mental.
3. El cuidado de los donantes es una responsabilidad esencial de todas las jurisdicciones.
4. Deben ser estandarizadas las estructuras para asegurar la transparencia y responsabilidad.

5. Deben proveerse cuidados médicos y psicosociales.
 - a) En ausencia de un seguro universal de salud, es requisito indispensable proveer de un seguro de invalidez, vida y salud relacionado al evento de donación.
 - b) Debe asegurarse la atención médica adecuada.
 - c) No debe comprometerse la cobertura de un seguro de vida y/o salud, así como oportunidades de empleo.
 - d) Todos los donantes deben recibir servicios psicosociales como un componente estándar de seguimiento
 - e) En caso de falla orgánica del donante, debe recibir apoyo médico, incluyendo diálisis para aquellos que presenten falla renal y prioridad al acceso de un trasplante.
6. Reembolso completo, que no constituye pagar por un órgano, si no que es parte del costo legítimo del tratamiento al receptor.
 - a) Usualmente realizada por la parte responsable del tratamiento del receptor (Departamento de Salud del Gobierno o Aseguradora médica).
 - b) Los costos deben ser calculados usando metodología transparente y consistente con las normas.
 - c) El reembolso debe hacerse directamente a la parte que proporcionó el servicio.
 - d) La aseguradora debe reembolsar las pérdidas de ingresos y gastos de bolsillo realizados por el donante.
7. Gastos legítimos que deben ser reembolsados, si se documentan:
 - a) El costo de cualquier evaluación médica y psicológica del potencial donante vivo que finalmente fue excluido de donación.

- b) Costos incurridos en el arreglo y efecto de los procesos pre-, peri- y post-operatorios.
- c) Gastos médicos incurridos al alta hospitalaria del donante.
- d) Pérdida de ingresos en relación a la donación.

2.2 DECLARACIÓN DE ESTAMBUL SOBRE EL TRÁFICO DE ÓRGANOS Y EL TURISMO DE TRASPLANTE (EDICIÓN 2018) (1)

Con la experiencia acumulada en los 10 años que pasaron desde la publicación de la primera edición de la Declaración Estambul, el DICG determinó que era necesaria una revisión puntual de la misma, lo que resultó en un documento más breve con tres secciones: introducción, definiciones y principios, además de las referencias bibliográficas.

DEFINICIONES.

Tráfico de órganos, se refiere a:

- a) Extracción de órganos sin consentimiento válido o autorización o a cambio de un beneficio económico o ventaja para el donante y/o o un tercero.
- b) Transporte y manipulación de dichos órganos.
- c) Ofrecimiento o solicitud por parte de un profesional sanitario, funcionario público o privado para facilitar dicha extracción.
- d) Captación de donantes o receptores, para obtener un beneficio o ventaja.
- e) Tentativa, ayuda o inducción de estos actos.

Trata de personas con fines de extracción de órganos: captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza, rapto, fraude, engaño, abuso de poder o de situación de vulnerabilidad.

Residente, persona que desarrolla su vida dentro de un país, como ciudadano o no. **No residente,** personas que no son residentes, incluyendo a aquellas que viajan a un país o residen temporalmente con el propósito de obtener un trasplante.

Viaje para Trasplante, movimiento de personas a través de las barreras jurisdiccionales con el propósito del trasplante. **Turismo de Trasplante,** implica la trata de personas con fines de extracción, o la dedicación de recursos a pacientes no residentes, lo que disminuye la capacidad del país de proporcionar servicios de trasplante a su propia población.

Autosuficiencia en Donación y Trasplante de Órganos: satisfacer las necesidades de trasplante de un país.

Neutralidad Económica en Donación de Órganos: donantes y sus familias no deben experimentar pérdidas ni ganancias económicas como resultado de la donación.

PRINCIPIOS.

1. Los gobiernos deben desarrollar e implementar programas para la prevención y el tratamiento de la falla orgánica, desde el punto de vista ético y clínico, con el fin de atender las necesidades de su población.
2. El cuidado óptimo de donantes y receptores debe ser un objetivo principal.
3. El tráfico de órganos humanos y la trata de personas deben ser prohibidos y criminalizados.
4. La donación de órganos debe ser un acto financieramente neutro.
5. Cada país o jurisdicción debe implementar su propia legislación de acuerdo a estándares internacionales.
6. Las autoridades designadas deben garantizar la estandarización, trazabilidad, transparencia, calidad, seguridad, ecuanimidad y la confianza pública.
7. Acceso equitativo a los servicios de donación y trasplante.
8. Los órganos deben ser equitativamente asignados, mediante reglas no discriminatorias, justificadas y transparentes.
9. Los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias deben asistir en la prevención y lucha contra dichos actos.
10. Los gobiernos y profesionales de la salud deben implementar estrategias.
11. Los países deben alcanzar la autosuficiencia en lo posible.

En la Tabla 1 se hace un análisis comparativo de las definiciones y principios de la Declaración 2008 y 2018.

TABLA 1. TABLA COMPARATIVA ENTRE LAS DEFINICIONES DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL 2008 Y 2018.

DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2008		DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2018		
DEFINICIONES	<p>Tráfico de órganos, como el reclutamiento, transporte, transferencia, alojamiento o recepción de donantes vivos o cadavéricos o de sus órganos, por efecto de amenaza o uso de la fuerza u otras formas de coerción, de abducción, fraude, decepción, o abuso de poder por una posición de vulnerabilidad; o la recepción de pago o beneficios por parte de un tercero, para ejercer control sobre un potencial donador, con el propósito de explotación o remoción de órganos con fines de trasplante.</p>	<p>Tráfico de órganos, se refiere a:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Extracción de órganos sin consentimiento válido o autorización o a cambio de un beneficio económico o ventaja para el donante y/o o un tercero. b) Transporte y manipulación de dichos órganos. c) Ofrecimiento o solicitud por parte de un profesional sanitario, funcionario público o privado para facilitar dicha extracción. d) Captación de donantes o receptores, para obtener un beneficio o ventaja. e) Tentativa, ayuda o inducción de estos actos. 		
	<p>Comercialismo de trasplante, como aquella política o práctica en la cual un órgano es considerado como “commodity”, incluyendo el ser comprado, vendido o utilizado para obtener ganancias materiales.</p>			
			<p>Trata de personas con fines de extracción de órganos: captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coerción, raptó, fraude, engaño, abuso de poder o de situación de vulnerabilidad.</p> <p>Residente, persona que desarrolla su vida dentro de un país, como ciudadano o no. No residente, personas que no son residentes, incluyendo a aquellas que viajan a un país o residen temporalmente con el propósito de obtener un trasplante.</p>	

TABLA 1. (CONTINUACIÓN)

DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2008		DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2018	
DEFINICIONES	<p><i>Viaje para Trasplante</i>, movimiento de órganos, donantes, receptores o profesionales de trasplante a través de fronteras jurisdiccionales con fines de trasplante. <i>Es Turismo de trasplante</i>, si involucra tráfico de órganos y/o comercialismo de trasplante, o si se destinan recursos a pacientes del exterior del país, quebrantando la capacidad del país de proporcionar servicios de trasplante a su propia población.</p>	<p><i>Viaje para Trasplante</i>, movimiento de personas a través de las fronteras jurisdiccionales con el propósito del trasplante. <i>Turismo de Trasplante</i>, implica la trata de personas con fines de extracción, o la dedicación de recursos a pacientes no residentes, lo que disminuye la capacidad del país de proporcionar servicios de trasplante a su propia población.</p>	
		<p>Autosuficiencia en Donación y Trasplantes: satisfacer las necesidades de trasplante de un país.</p>	
		<p>Neutralidad Económica en Donación de Órganos: donantes y sus familias no deben experimentar pérdidas ni ganancias económicas como resultado de la donación.</p>	

TABLA 2. TABLA COMPARATIVA ENTRE LOS PRINCIPIOS DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL 2008 Y 2018.

DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2008		DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2018	
PRINCIPIOS	<p>1. Los gobiernos nacionales, trabajando en colaboración con organizaciones internacionales y no gubernamentales, deben desarrollar e implementar programas para el mapeo, prevención y el tratamiento de la fallo orgánica, lo cual incluye:</p> <p>a) Investigación científica clínica y básica.</p> <p>b) Programas efectivos basados en guías internacionales, para tratar a pacientes con enfermedades terminales, disminuyendo así la morbilidad y mortalidad de los programas de trasplante para tales enfermedades.</p> <p>c) El trasplante de órganos como el tratamiento preferido para el fallo orgánico.</p>		<p>1. Los gobiernos deben desarrollar e implementar programas para la prevención y el tratamiento de la falla orgánica desde el punto de vista ético y clínico, con el fin de atender las necesidades de su población.</p>

	DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2008	DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2018
	4. El objetivo principal debe ser optimizar el cuidado médico a corto y largo plazo, para promover la salud en ambos, donadores y receptores.	2.El cuidado óptimo de donantes y receptores debe ser un objetivo principal.
	6. El tráfico de órganos y el turismo de trasplante violan los principios de equidad, justicia y respeto por la dignidad humana, por lo que deben ser prohibidos. a) Las prohibiciones incluyen todo tipo de publicidad o solicitud, vía electrónica y redes sociales. b) Deben incluirse penalizaciones por tales actos. c) Las prácticas que induzcan a la vulnerabilidad individual o grupal, tales como a analfabetas, personas empobrecidas, inmigrantes indocumentados, prisioneros y refugiados políticos o económicos, para convertirse en donantes vivos, son incompatibles con el propósito de combatir el tráfico de órganos.	3.El tráfico de órganos humanos y la trata de personas deben ser prohibidos y criminalizados.
PRINCIPIOS		4. La donación de órganos debe ser un acto financieramente neutro.
	2. Se deben desarrollar e implementar legislaciones para cada país o jurisdicción para regular la conservación de órganos de donantes vivos y cadavéricos de acuerdo a estándares internacionales. a) Deben desarrollarse e implementarse políticas y procedimientos para maximizar del número de órganos disponibles para trasplante. b) Las autoridades en salud deben supervisar y responsabilizarse por cada país para asegurar la transparencia y seguridad. c) Lo anterior requiere un registro nacional o regional para consignar los trasplantes de donador vivo y cadavérico. d) Los programas efectivos incluyen la educación y conciencia pública, así como educación y entrenamiento a los profesionales de la salud, y responsabilidades definidas de todas las partes.	5. Cada país o jurisdicción debe implementar su propia legislación de acuerdo a estándares internacionales.

TABLA 2. (CONTINUACIÓN)

DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2018		DECLARACIÓN DE ESTAMBUL EDICIÓN 2008
PRINCIPIOS		6. Las autoridades designadas deben garantizar la estandarización, trazabilidad, transparencia, calidad, seguridad, ecuanimidad y la confianza pública.
		7. Acceso equitativo a los servicios de donación y trasplante.
	3. El trasplante de órganos debe ser asignado equitativamente, sin discriminación de género, etnia, religión, clase social o estatus financiero.	8. Los órganos deben ser equitativamente asignados, mediante reglas no discriminatorias, justificadas y transparentes.
		9. Los profesionales de la salud y las instituciones sanitarias deben asistir en la prevención y lucha contra dichos actos.
		10. Los gobiernos y profesionales de la salud deben implementar estrategias.
	5. Las jurisdicciones y los países deben alcanzar la autosuficiencia de donación, proporcionando el suficiente número de órganos a sus residentes. a) La colaboración entre países no es inconsistente con la suficiencia de un país, siempre y cuando esta colaboración proteja a los vulnerables, y promueva la igualdad entre donadores y receptores. b) El tratamiento de países externos al país de la jurisdicción es aceptable únicamente si no compromete la capacidad de dicho país para proporcionar los servicios de trasplante para su propio país.	11. Los países deben alcanzar la autosuficiencia en lo posible.

2.3 ANÁLISIS DOCUMENTAL DE LAS FUENTES BIBLIOGRÁFICAS INVOLUCRADAS EN LA REALIZACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL 2018

Yosuke Shimazono, del Instituto de Antropología Social y Cultural de la Universidad de Oxford, Inglaterra, en su artículo publicado en el 2017 en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera la escasez de órganos como un problema universal, con referencia en una investigación realizada por el Departamento de Tecnologías Esenciales de la Salud de la OMS, donde se examinaron 309 documentos médicos indexados con las palabras clave “tráfico de órganos”. (4)

Este autor sustenta la base para la definición de *Turismo de trasplante* utilizada en la Declaración de Estambul; definiéndola como aquella vía para comerciar órganos en donde los potenciales receptores deben desplazarse a través de las fronteras nacionales, así mismo, su desplazamiento puede ser arreglado o al menos facilitado, por intermediarios y proveedores de salud. Hace mención a la existencia de múltiples sitios en internet que ofrecen paquetes de trasplante “todo incluido”, donde el rango del costo va desde \$14,000USD a \$160,000USD en países como China, Pakistán y Filipinas; distingue el caso particular de la República de Irán, donde se ejerce legalmente la paga por donación renal, con una estricta restricción para distribuir los órganos a ciudadanos no locales. Filipinas en contraste, se inclina a la institucionalización de la paga y la aceptación de pacientes foráneos.

En cuanto a sus consecuencias y efectos del turismo de trasplantes, se ha reportado la muerte de los receptores, abuso y fraude, transmisión de VIH y virus de Hepatitis B y C, depresión, remordimiento y discriminación. Esta investigación muestra que aunque la motivación de la mayoría de los donantes que reciben un pago, es la pobreza, el beneficio económico que obtienen es limitado o incluso negativo, debido a la limitación en sus empleos a causa del deterioro percibido en su estado de salud, ya que éstos no reciben cuidado posoperatorio.

El artículo concluye estableciendo que alrededor de un 5% de todos los receptores en 2005, estuvieron relacionados al comercio de trasplante; hace hincapié en la incapacidad de los sistemas nacionales de salud para cubrir las necesidades de los pacientes debido a la falta de marcos regulatorios apropiados, por lo que existe una necesidad urgente de investigación científica médica y social. (4)

Los principios establecidos inicialmente por la OMS, fueron parte de los sustentos para que la Declaración de Estambul fuera concretada, tal como se explica en el acta no. 63 de la Asamblea Mundial de la Salud, publicada en Mayo 2010. (5)

Dentro de su marco histórico, este último documento menciona que el trasplante quirúrgico de órganos humanos, tanto de donador cadavérico como vivo, de pacientes enfermos y en estado de gravedad, comenzó tras el fin de la Segunda Guerra Mundial. A partir de entonces, se han realizado continuos avances en la tecnología médica, sobre todo en relación al rechazo del injerto, lo que ha resultado en un incremento de la demanda de órganos y tejidos. La escasa disponibilidad de éstos, no sólo ha

incentivado a muchos países a desarrollar procedimientos que incrementen su suministro, sino que de manera negativa, también ha promovido la práctica de comercio y tráfico; en conjunto, las facilidades actuales para comunicarse y desplazarse internacionalmente, ha permitido que muchos pacientes viajen hacia centros médicos que ofertan realizar trasplantes por un solo cargo.

LA OMS había manifestado en tres versiones previas, 40.13, 42.5 y 44.25, su preocupación sobre las prácticas y legislaciones alrededor del mundo que se encargaban de recolectar información mundial sobre la seguridad, igualdad eficacia, epidemiología y dilemas éticos del trasplante. Debido a lo anterior, se establecieron sus actuales principios con la intención de proporcionar un marco ordenado, ético y aceptable para la adquisición y trasplante de células humanas, tejidos y órganos, con fines terapéuticos.

PRINCIPIOS.

1. La remoción de células, tejidos y órganos puede ser realizada únicamente bajo consentimiento por la ley, y sólo si no existe ninguna razón para creer que el fallecido se oponía a tal disposición. Las autoridades nacionales son las responsables de definir el proceso para la obtención y registro del consentimiento informado con base en estándares éticos internacionales. En caso que el donante cadavérico no dejara expresado su consentimiento o su clara oposición, la autorización deberá ser obtenida específicamente, de una persona con parentesco legal.

2. El personal médico que determine que el potencial donador ha fallecido no deberá estar involucrado directamente con dicho paciente, ni tener responsabilidad sobre el cuidado médico del potencial receptor, para evitar conflictos de interés.
3. Los donantes vivos deben estar relacionados genética, legal o emocionalmente con los receptores, y estar correcta y completamente informados de los probables riesgos, beneficios y consecuencias de la donación. Los donadores no relacionados deberán ser sometidos a evaluación psicosocial por un tercero apropiadamente calificado. Este principio hace énfasis en la importancia de desarrollar programas de donador cadavérico donde no existan y realizar cambios efectivos y eficientes para los programas ya existentes. Y finalmente, habla de la importancia de proteger la salud de los donantes vivos, durante el proceso de selección, donación, y necesariamente en el postoperatorio.
4. No deberán ser removidas células, tejidos u órganos provenientes de un menor de edad vivo, con fines de trasplante; únicamente en situaciones específicas como es la donación familiar de células regenerativas y trasplante renal entre gemelos idénticos. Usualmente la autorización de los padres o del representante legal es suficiente; sin embargo, en caso de conflicto de intereses, el caso deberá ser revisado y aprobado por un organismo independiente como una Corte de Justicia o la autoridad competente.
5. La donación será libre, sin ningún pago monetario de por medio ni ninguna otra recompensa con valor monetario, para evitar adquirir ventaja de los grupos pobres y vulnerables. En cambio, sí se permite la compensación de los costos, realizados por el donante, incluyendo los gastos médicos. Las autoridades de salud deben

promover la donación, incentivada por la necesidad del receptor y el beneficio de la comunidad.

6. La promoción de la donación altruista debe ser realizada dentro de regulaciones domésticas. La publicidad sobre la necesidad o disponibilidad de células, tejidos u órganos debe prohibirse para evitar solicitudes comerciales que incluyan la oferta de un pago individual.
7. Si los órganos han sido obtenidos a través de explotación o coerción, el personal de la salud y otros profesionales no deben involucrarse en el procedimiento y las aseguradoras no deben cubrir los procesos. El personal de salud únicamente debe proceder cuando la donación ha sido genuinamente voluntaria.
8. Los profesionales y cuidadores de la salud no deberán recibir ningún pago que exceda la tarifa justificable.
9. La distribución deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, no por consideraciones financieras. Así como, las reglas deberán definirse por comités constituidos apropiadamente, que deberán ser equitativos, justificados externamente y transparentes, sin hacer distinción por el género, etnia, religión o condición económica del receptor. El costo por el trasplante y el seguimiento, incluyendo la terapia de inmunosupresión, deberá ser asequible para todos los pacientes. (5)

Otra fuente empleada en la Declaración de Estambul, es la propuesta por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) publicada en septiembre 2017, donde se reafirman los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, haciendo un recordatorio a la Agenda por el Desarrollo Sustentable prevista

para el 2030. Está declaración propuesta por la ONU, cuenta con el antecedente de las resoluciones establecidas en 2004 con el título de: “Prevención, combate y sanción al tráfico de órganos humanos”, y de las resoluciones del 2015 tituladas “Mejorando la coordinación de los esfuerzos contra el tráfico de personas”; con el apoyo de la Comisión en la Prevención del crimen y las resoluciones de Justicia Criminal de 2016.

(6)

Dichos documentos reconocen el respeto por todos los derechos humanos, acogiendo así al Consejo de Europa, la Oficina de Drogas y Crimen de las Naciones Unidas y la Oficina del Combate contra el tráfico de seres humanos de la Organización de Seguridad y Cooperación en Europa. Determinan que el tráfico de órganos constituye un crimen que viola los derechos humanos y las libertades fundamentales, aunque también reconocen que la insuficiencia de órganos humanos y las dificultades sociales y económicas impactan en la vulnerabilidad de las personas. Considera que debe prohibirse el comercio de órganos y hace un llamado imperativo y urgente para fortalecer la cooperación local, regional e internacional a:

1. Los miembros del Estado para prevenir y combatir el tráfico de personas, incluyendo la prevención, legislación, investigación, persecución y sanción de los procedimientos no autorizados.
2. La Convención de las Naciones Unidas en contra del Crimen Transnacional Organizado y al Protocolo para prevenir, suprimir y sancionar el tráfico de personas, especialmente mujeres y niños.

3. Al fortalecimiento de los marcos legislativos, a la adopción de medidas legislativas apropiadas, al acceso de seguridad equitativa, bajo el entendimiento de la donación voluntaria no remunerada. Al desarrollo de registros confidenciales y protección de datos personales con respecto a donadores y receptores.
4. A los Miembros del Estado, con la finalidad de alcanzar la autosuficiencia en tema de trasplantes, mediante estrategias de desarrollo y fortaleciendo las leyes y los controles oficiales en las fronteras. (6)

Como referencia, en la Convención por la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con la Búsqueda de la Aplicación de la Biología y la Medicina, en la Convención de los Derechos Humanos y Biomedicina, del Consejo Europeo, se consideró elemental, la persecución del mantenimiento y la ejecución de los Derechos Humanos y las Libertades fundamentales, con plena conciencia del desarrollo acelerado en temas de Biología y Medicina, con el convencimiento de la necesidad al respeto del ser humano, tanto individualmente como miembro de la especie humana, dictaminando que el mal uso de la Biología y la Medicina puede poner en riesgo la dignidad humana. (7)

Esta Convención afirma que el progreso en Biología y Medicina debe ser usado en beneficio de las generaciones presentes y futuras, remarcando la necesidad de la cooperación internacional e implementando las medidas que sean necesarias para salvaguardar la dignidad humana. Y de manera general, en sus capítulos referentes a este tema, acuerda lo siguiente:

1. Art. 1. Debe protegerse la dignidad y la identidad de todos los seres humanos, así como garantizar que nadie sea discriminado. Art. 2. Los intereses y el bienestar de la humanidad deben prevalecer sobre los intereses individuales de una sociedad, o incluso sobre la ciencia.
 2. Art. 5. Las intervenciones en el campo de salud solo pueden ser realizadas bajo el consentimiento libre e informado de la persona. Art. 6. Aquél que no tenga capacidad de consentir por su beneficio directo, debe sustentarse por la autorización de su representante legal, como por ejemplo aquellos adultos con discapacidad mental o enfermedades discapacitantes. Art 9. Los deseos expresados previamente deben ser considerados.
 3. Art. 10. Todo individuo tiene derecho a solicitar información de su estado de salud.
 4. Art. 19. Como regla general, la remoción de órganos y tejidos de donantes vivos con fines de trasplante, únicamente pueden ser realizados por beneficio terapéutico al receptor.
 5. Art 21. Queda prohibida la ganancia financiera por donación de órganos humanos.
- (7)

En la re-examinación de este protocolo, se publicó uno adicional en el año 2002, con definiciones de mayor extensión, acordando que:

1. Art 2. La aplicación de este Protocolo a trasplante de órganos, tejidos y células. En cambio, menciona que el protocolo no es aplicable a tejidos y órganos reproductivos, tejidos embrionarios o fetales, y derivados sanguíneos. El término Trasplante, cubre el proceso completo de remoción de un órgano o tejido de una

persona y su implante e otra persona, incluyendo los procesos de preparación, preservación y almacenamiento.

2. Art 3. Los órganos deben ser distribuidos de acuerdo a una lista de espera, en conformidad con las normas y criterios médicos, de manera transparente, objetiva y debidamente justificada. En caso de acuerdos internacionales, la distribución efectiva a través de los países participantes, debe regirse por el principio de solidaridad. Art 6. Los profesionales involucrados deberán tomar medidas razonables para minimizar los riesgos de transmisión de enfermedades. Art. 7. Se deberá proporcionar seguimiento médico adecuado a los donantes vivos.
3. Art 10. La remoción de órganos de donante vivo a beneficio de un receptor, debe realizarse con quien el donante tenga relación personal estrecha.
4. Art 16. Los órganos y tejidos de donante cadavérico únicamente pueden removerse si la persona ha sido certificado de muerte conforme a la ley. Los doctores que certifiquen la muerte, no deberán ser los mismos que participen de manera directa en la remoción de órganos.
5. Art. 21. En el caso de la ganancia financiera, existen ciertos gastos justificables como aquellas cuotas relacionadas a servicios médicos y técnicos legítimos. La publicidad de la necesidad y disponibilidad de un órgano debe prohibirse.
6. Art 23. Todos los datos personales relacionados al donante y al receptor, deben considerarse confidenciales, por lo que deben ser recolectados, procesados y comunicados de acuerdo a la protección de datos personales.
7. Art 27. Debe proporcionarse el transporte rápido y seguro de los órganos y tejidos dentro del territorio de intercambio. (8)

Con el soporte de estos últimos dos documentos, en 2015 el Consejo Europeo publicó un tercer artículo de mayor extensión y determinación, para contribuir significativamente a la erradicación de órganos a través de la introducción de infracciones suplementarias a los instrumentos internacionales legales ya existentes, para combatir eficientemente esta amenaza mundial. (9) Es ésta última referencia, la que describe un panorama más amplio y brinda un sustento actualizado para la posterior realización de la Declaración de Estambul, como lo determina en sus siguientes capítulos:

1. Art. 1. Define los propósitos de esta convención como prevenir y combatir el tráfico de órganos, proteger los derechos de las víctimas y facilitar la cooperación nacional e internacional. Art. 2. El tráfico de órganos ronda cualquier actividad ilícita con respecto a su trasplante. Un órgano humano deberá definirse y diferenciarse de la parte de un cuerpo humano, como aquél formado por diferentes tejidos que mantienen su estructura, vascularización y capacidad para desarrollar funciones fisiológicas con un nivel significativo de autonomía. Art. 3. Define el principio de no discriminación en cuanto a sexo, color, lenguaje, edad, religión, opinión política, origen nacional o social, asociación con minoría nacional, pobreza, nacimiento, orientación sexual, estado de salud u otro estatus de incapacidad.
2. Su punto más relevante es sobre el Derecho Penal, estableciendo que:
 - Art. 4. Deberán realizarse las legislaciones necesarias para establecer una ofensa criminal, bajo las leyes domésticas cuando la donación se realice sin el consentimiento libre o informado del donante, o cuando se le ha ofrecido o ha recibido una ganancia financiera con una ventaja comparable.

- Art. 8. Dichas medidas también establecerán cuando se cometa una ofensa en términos de preparación, preservación, almacenamiento, remoción ilícita, transporte, transferencia, recibo, importe o exporte ilegal.
 - Art. 9. Lo anterior también aplicado a la ayuda, hostigamiento o intento.
 - Art. 10. Cuándo la ofensa se cometa, las normativas establecerán su jurisdicción en: a) su territorio, b) a bordo de un barco portador de la bandera de la parte interesada, c) de una aeronave registrada bajo las leyes de la parte involucrada, d) por unos de sus nacionales, o e) por una persona que tenga su residencia habitual en el territorio de la parte involucrada.
 - Art. 12. Se incluyen sanciones monetarias criminales o no criminales y pueden establecerse otras medidas tales cómo a) descalificación temporal o permanente de ejercer la actividad comercial, b) practicar bajo supervisión judicial, o c) emisión de orden judicial.
 - Art. 13. Define como circunstancias agravantes: a) la ofensa causada por la muerte o daño severo de la víctima, tanto física como mentalmente, b) ofensa cometida por una persona abusando de su posición, c) en el marco de una organización criminal, d) si el perpetrador ha sido previamente condenado, e) en contra de un niño o cualquier otra persona particularmente vulnerable.
3. Art. 18. Sobre la protección de víctimas a quien es necesario asegurarles el acceso a la información relevante sobre su caso, así como asistencia para su recuperación física, psicológica y recuperación social. Art. 20 En cuanto a la protección de testigos, a quién debe proporcionárseles protección de la potencial intimidación en procedimientos criminales. (9)

2.4 PANORAMA ACTUAL DE MÉXICO

De acuerdo al Consejo Nacional de Población, en su edición 2017, el contexto demográfico situaba a México con 124.7 millones de habitantes, esperanza de vida de 73 años para los hombres y 78 para las mujeres, y una tasa de crecimiento total de 0.97%. En un artículo reciente de la situación del trasplante renal en México (10), se sitúa a México como el 14^o país más grande del mundo y el 3^o en Latinoamérica, el 11^o más poblado y la 11^a economía a nivel mundial; no obstante, en PIB per cápita México ocupa el puesto 71 entre 196 países, y destina únicamente el 6.35% del PIB al gasto total en salud.

En México, el sistema de salud público está compuesto por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los empleados formales, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el sistema de salud para los miembros de las fuerzas armadas (Secretaría de la Defensa Nacional [SEDENA] y Secretaría de Marina [SEMAR]), el sistema de salud para los trabajadores de Petróleos Mexicanos (PEMEX) y la Secretaría de Salud federal y estatal para los que no tienen otro tipo de cobertura médica; esta última opera a través del recientemente creado Instituto de Salud para el Bienestar. También existe el sector privado, para los que pueden cubrir un seguro médico o pueden pagar directamente de su bolsillo. Con excepción de la Secretaría de Salud, solamente las instituciones del sector público cubren la totalidad los gastos derivados de la donación y trasplante de órganos. (10)

En el 2001, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la creación del CENATRA como un órgano desconcentrado dependiente de la Secretaría de Salud federal, encargado de llevar a cabo la vigilancia, coordinación y supervisión del Sistema Nacional de Donación y Trasplantes en México; también el responsable de impulsar y coordinar los procesos de donación y trasplante de células, tejidos y órganos, dentro de un marco legal adecuado. (11)

En octubre de 2019, se presentó el Programa Anual de Trabajo 2019 con fundamento en la Ley de Planeación, Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 y Programa Sectorial de Salud 2019-2024, proponiendo un nuevo diseño estratégico para mejorar su desempeño y atender los principales retos en materia de trasplante en el país.

El marco jurídico que se relaciona a este proceso se encuentra constituido por: la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, la Ley General de Salud, el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, el Reglamento de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios y la Circular C/001/2016 de la Procuraduría Federal de Justicia.

Algunas de las más relevantes estrategias, propuestas en este Programa, son:

1. Adecuación y actualización del marco normativo, estableciendo políticas públicas y lineamientos generales, con la coordinación de instrumentos jurídicos que ayuden en el cumplimiento de las normas.

2. Promoción de creación de Centros Estatales en todas las entidades federativas con funciones homologadas al CENATRA y el impulso de acuerdos de colaboración con las diversas instituciones de salud.
3. Fortalecimiento de acciones que faciliten el acceso a la capacitación, enseñanza y promoción de la investigación
4. Promoción de alternativas de comunicación y difusión para fortalecer la cultura de donación, sensibilizando a la población sobre la necesidad e importancia de la donación.
5. Implementación de programas presupuestarios para la obtención de recursos financieros destinados a programas de CENATRA y a las entidades federativas e institucionales.
6. Fortalecimiento de los medios de información para el reporte estadístico de actividades de donación y trasplante. (11)

Con el objetivo de dar transparencia a los procesos y en cumplimiento de la ley, su portal electrónico se mantiene actualizado, presentando sus acciones y resultados. Como ya se mencionó anteriormente, al cierre del primer semestre 2019, había 22,290 receptores en lista de espera (en su mayoría de riñón, con 15,939 pacientes; córnea con 5,988; e hígado, con 311). De éstos, de córnea fueron trasplantados el 30% de los pacientes en lista de espera, 19% fueron de origen importado y el 100% de este origen, se realizó en el sector de salud privado. De los pacientes en espera de un riñón, se trasplantó únicamente al 8.6%, y 69% de estos procedimientos fueron de donante vivo. De hígado se logró trasplantar al 32.7% de los pacientes, de los cuales 60% fueron

receptores en instituciones concentradas únicamente en la Ciudad de México. Estos ejemplos, por mencionar los más relevantes. (12)

A pesar de que no existen obstáculos relevantes legales, de regulación, sociales o religiosos para donantes cadavéricos en México, únicamente se reporta una tasa de 4.3 por millón de personas (pmp), la cual es significativamente inferior a la media de 8.2 pmp en Latinoamérica; no se han presentado cambios en la tasa de donación cadavérica durante los últimos 40 años, lo cual puede explicarse por un sistema deficiente de coordinación en salud y un presupuesto insuficiente para el programa de donación y trasplante. (10)

Aproximadamente el 77% de los más de 50 mil trasplantes de riñón realizados en los últimos 55 años, han sido obtenidos de donante vivo, siendo la relación actual de 70:30 en comparación al donante cadavérico. Cabe mencionar que, en cuanto al donador vivo, sí se han presentado diferencias significativas, con una tasa de 75.7% en el sector de seguridad social, 82.5% en el privado y 53% en el público. Se ha incrementado el porcentaje de donadores vivos no relacionados a 11.3% del total de donadores vivos, con una diferencia relevante entre la tasa del sector privado con un 27.4%, frente a un 7% del sector público. En general, pareciera que el deficiente desarrollo de un sistema de donador cadavérico ha puesto una presión excesiva sobre el donante vivo, como el principal recurso para trasplante renal, incrementando el riesgo de comercialización y coerción.

México cuenta con una lista de espera centralizada y normas reguladas por la ley mexicana, la cual explícitamente prohíbe cualquier forma de comercialización, sustentándose en la Declaración de Estambul. Además, cuenta con el apoyo de la Secretaría de Salud y la regulación de los centros de trasplante por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), así como con el apoyo de la Procuraduría General de Justicia para la persecución y penalización de delitos. Adicionalmente, la Sociedad Mexicana de Trasplante en colaboración con la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Trasplante, elaboró el Documento de Aguascalientes, como una postura contra el Tráfico de órganos. (10)

Este documento se desarrolló durante el Primer Foro de Bioética en Trasplante, acontecido en septiembre de 2010, donde se reunieron especialistas en trasplante y bioética, con la intención de establecer los pormenores, detectar áreas de oportunidad y proponer soluciones con respecto a la práctica del trasplante en México. (13)

La Declaración de Aguascalientes revela principios compatibles con la Declaración de Estambul y adopta las definiciones establecidas en cuanto a Tráfico y comercio de órganos, Viaje para trasplante, y añade otras definiciones, dentro de las cuales destacan: Donante vivo que puede ser relacionado por consanguinidad, cuando existe una relación genética. Donante vivo no relacionado por consanguinidad, pero que bien puede estar ligado emocionalmente, o no relacionado ni por consanguinidad ni emocionalmente, si se habla de un donador altruista, de una donación pareada por pruebas cruzadas y compatibilidad ABO, o un donador de pago involucrado con el comercio de órganos, que no debe ser aceptado en ninguna circunstancia.

Dentro de sus principios generales establece que deben ser contemplados principios bioéticos fundamentales, tales como:

- Considerar que la dignidad humana se trata del valor que la persona tiene por sí misma, y que no se le debe imponer un valor monetario con fines de lucro.
- Habla del principio de beneficencia, en cuanto a la acción dirigida en beneficio del donante y del receptor.
- En cuanto al principio de no maleficencia, determina que el individuo tiene derecho a preservar sus componentes funcionales, sin que reciba amenaza biológica, psicológica o cultural.
- Lo referente a autonomía, distingue el derecho a emitir opiniones, ser respetado en sus elecciones, mediante el ejercicio de acciones basadas en sus valores y creencias personales.
- El principio de responsabilidad, apela a la obligación de la ciencia y la tecnología a tener conciencia de sus propios actos.
- Sobre justicia distributiva y local, se refiere a la designación adecuada de los bienes de una sociedad, repartiendo de forma equitativa los recursos sanitarios y la promoción de la salud; brindando oportunidades y respuestas a las necesidades de la comunidad. Asimismo busca supervisar los métodos empleados para garantizar el éxito del trasplante con fines terapéuticos.

Otros conceptos abarcados por el Documento de Aguascalientes son el de Solidaridad como el entendimiento de las necesidades de quienes no poseen los recursos, para que puedan ser dotados de los medios de subsistencia. Y la Subsidiariedad, dentro de

una realidad social con evidentes diferencias, sin que éstas representen una limitante de la responsabilidad, sino que fomente los valores individuales y sociales. También reitera la obligatoriedad en cuanto a la aplicación del Consentimiento informado, cuyos principales componentes deberán ser la voluntariedad, el derecho a la información y un nivel de comprensión congruente a su nivel educativo y de desarrollo social.

El Documento de Aguascalientes explicita su rotunda oposición a la comercialización de órganos y tejidos, apelando a la reafirmación de los más altos valores dentro del ejercicio médico y solicitando compromiso con la dignidad, respeto a la vida y a la defensa de individuos pobres y vulnerables, bajo los más estrictos principios de ética en tema de donación y trasplante. (13)

2.5 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

De acuerdo a la 3ª consulta global de la OMS sobre Donación de órganos y trasplantes para lograr la auto-suficiencia, decretada en Madrid en el año 2010, debería entenderse la Autosuficiencia desde un enfoque estratégico en vez de puntualizarse desde una ética imperativa, con el objetivo de fomentar la provisión adecuada de órganos y servicios de trasplante, logrando satisfacer las necesidades de determinada población, utilizando sus propios recursos. El paradigma de la auto-suficiencia requiere de un cambio en la percepción de los derechos del binomio donante y receptor, responsabilizando a la familia, a la comunidad nacional e internacional, integrando los componentes emocionales, psicosociales y de experiencia relacionados al acto de

donar y recibir un órgano, sumándose a la preocupaciones tradicionales clínicas y biológicas.

Es así que resalta como premisas éticas que:

- El derecho humano a la salud requiere que los países se comprometan a tomar medidas para prevenir la insuficiencia orgánica terminal y traten a aquellos pacientes que ya la sufren, a través del uso apropiado del trasplante.
- Los órganos deben ser entendidos como un recurso social su adquisición y asignación deben regirse a través de la equidad.
- La donación debe percibirse como una responsabilidad cívica; el mercantilismo y el turismo de trasplantes conducen a la coerción moralmente inaceptable y a la explotación de los grupos en desventaja.

La búsqueda de la **AUTOSUFICIENCIA**, promueve los principios éticos de:

- **BENEFICENCIA**, preservando la salud del binomio donante/ receptor.
- Respeto a la **AUTONOMÍA** de las personas, incentivando a la solidaridad y responsabilidad civil.
- **NO MALEFICENCIA/LIMITACIÓN DEL DAÑO**, favoreciendo el aumento de órganos disponibles.
- **JUSTICIA**, promoviendo una distribución equitativa del beneficio y censurando las prácticas no éticas.

Esta consulta global recomienda que las AUTORIDADES SANITARIAS deberían: 1) Asumir la responsabilidad de satisfacer las necesidades y acciones para prevenir la insuficiencia orgánica. 2) Responsabilizarse por la integridad ética del sistema. 3) Reconocer el papel de los enfoques colaborativos, desarrollar capacidades y favorecer la ayuda humanitaria. Asimismo, señala que las acciones para los PROFESIONALES DE LA SALUD son: 1) Recibir capacitación en aspectos éticos sobre el trasplante de órganos. 2) Contribuir a la educación de la sociedad. 3) Optimizar la utilización de los órganos donados. 4) Permanecer atentos a las actitudes no éticas e ilegales, estando dispuestos a informar a los organismos judiciales profesionales y de Derechos Humanos. 5) Fomentar la investigación en tema de cultura, valores y ética en relación con la autosuficiencia.

Y sugiere que la SOCIEDAD CIVIL debería: 1) Establecer un espíritu de responsabilidad social y solidaridad para satisfacer las necesidades de trasplante a través de la participación activa en donación cadavérica. 2) Ser sensible a las necesidades de ambos, tanto donadores como receptores. 3) Involucrar a organizaciones no gubernamentales, comunidades y realizaciones religiosas. Finalmente, a los ORGANISMOS CIENTÍFICOS Y AGENCIAS DE FINANCIACIÓN les recomienda: 1) Fomentar la investigación en las siguientes cuestiones: A. ¿Cómo es coherente la búsqueda de la autosuficiencia con los valores en diferentes contextos culturales y religiosos? B. ¿Cuáles son los obstáculos culturales, sociales y religiosos para la donación cadavérica y cómo podrían ser superados? C. ¿Cómo impacta hacer énfasis, en que los órganos deben considerarse un recurso comunitario, sobre la motivación a participar en los programas de prevención y donación cadavérica? D.

¿Cómo se puede mantener la equidad dentro de la cooperación regional para preservar los beneficios mutuos y evitar un flujo de órganos desequilibrado de un país a otro? E.
¿Qué constituye un patrón de donación equitativo?

Dos ejemplos claros de enfoques éticos en estos desafíos dentro de la búsqueda de autosuficiencia, son: Tanzania, donde debido a la falta de servicios de trasplante, se ha organizado un programa de emparejamiento ético y seguro con donadores vivos relacionados, bajo régimen altruista, donde los donantes y los receptores relacionados viajan a la India para realizar la procuración y trasplante; el costo es cubierto por el Gobierno de Tanzania, y los pacientes posteriormente regresan a su lugar de origen para recibir atención en el post-operatorio; a pesar que esta solución temporal se valora ampliamente, los costos no son eficaces ni sostenibles a largo plazo, por lo que Tanzania está trabajando en el desarrollo de programas para que en un futuro los pacientes puedan recibir la atención completa en su localidad, evitando la necesidad de solicitar los servicios de países extranjeros.

Y un ejemplo más, es el intercambio realizado entre España y Portugal en trasplante de pulmón, donde los pacientes portugueses han sido oficialmente admitidos en la lista de espera dentro de España, mientras que los equipos en Portugal desarrollan experiencia técnica; esto, representa un acuerdo oficial entre los 2 países donde de manera recíproca, los pulmones viables para trasplante de donantes dentro de Portugal, se ofrecen a los equipos españoles, quienes se encargan de la procuración y posterior trasplante. (14)

2.6 CUESTIONAMIENTOS PLANTEADOS POR EL GRUPO CUSTODIO DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL, RESPECTO A LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS

Con base en el análisis de los principios bioéticos involucrados, el Grupo Custodio de la Declaración de Estambul se planteó cómo hacer frente y lidiar con el tráfico de órganos; su valor simbólico y utilidad se manifiestan cuando se le da voz pública y se refleja en acciones. Desde su establecimiento en el 2010, su principal intención es la de promover, implementar y sostener que la Declaración de Estambul pretende combatir el tráfico de órganos, el turismo y comercio de trasplante para incentivar la adopción de prácticas efectivas y éticas de trasplante alrededor del mundo.

En términos de autosuficiencia, pocos países están cerca de alcanzarla; en los países considerados “focos rojos”, el tráfico de órganos no es por exceso de órganos, más bien representa, una mayor oferta de individuos vulnerables al tráfico de órganos. Al momento que la Organización Mundial de la Salud reportó haber identificado “focos rojos” en Pakistán, Filipinas, China, India y Colombia, en conjunto con el DICG, ayudaron a introducir nuevas legislaciones y políticas que redujeron el viaje por comercio de trasplante en estos destinos. La erradicación del llamado “mercado negro” en escenarios de tráfico de órganos depende primordialmente del fortalecimiento efectivo de las leyes en regiones que pueden ser especialmente vulnerables debido a inestabilidad política y económica, por ejemplo en Egipto, Iraq y Siria, los refugiados se desplazan debido a la guerra y se ven forzados a vender sus órganos como medio de supervivencia.

El DICG juega un punto clave en la educación pública y profesional en cuestión de tráfico de órganos, por ejemplo, provee de panfletos informativos a los pacientes que consideran viajar con fines de trasplante, advirtiéndoles sobre los riesgos médicos y éticos del turismo de trasplantes. Además, los grupos de trabajo dentro del DICG examinan los medios por los cuales los profesionales de salud pueden prevenir o al menos desalentar el tráfico de órganos, ejemplo de ello es la confrontación a domicilio del binomio donador vivo relacionado/receptor, antes de que obtengan servicios de trasplante en el extranjero. (15)

LIMITACIÓN DEL DAÑO – NO MALEFICENCIA

Ante el hecho de la fallida donación altruista como medio para alcanzar la autosuficiencia, se han contemplado incentivos financieros para los donantes vivos, siendo incluso, algunas veces considerada como la única estrategia efectiva a través de la cual se lograría reducir las muertes de pacientes en lista de espera. Aunque de inicio esta idea conlleva un alto riesgo de atentar en contra de la autonomía, el Argumento sobre la Necesidad de Salvar Vidas (limitación del daño), específicamente en pacientes con enfermedad renal, plantea las siguientes premisas:

1. La sociedad tiene la obligación ética de prevenir la pérdida prematura de vidas humanas, cuando sea posible, mediante la provisión de recursos y servicios de salud pertinentes.
2. Una proporción de los pacientes con enfermedad renal terminal pueden ser curados mediante la provisión de un riñón, si es que existieran más riñones disponibles.

3. La donación altruista no es suficiente para cubrir la actual y futura demanda de trasplantes.
4. Los estímulos financieros para los donantes vivos, incrementarán el número total de órganos disponibles.
5. Las potenciales preocupaciones éticas sobre el pago por un órgano de donante vivo, se pueden cubrir en gran medida, a través de un mercado regulado.
6. Por lo tanto, la sociedad tiene la obligación ética de introducir gratificaciones financieras para la provisión de órganos.

Sin embargo, estas premisas a su vez, generan otras interrogantes, ya que si los pacientes con disparidades de acceso, a pesar de ser candidatos adecuados a trasplante, se mostrarán incapaces de acceder a la lista de espera, sería poco probable que se beneficiaran de la introducción de estas recompensas.

Los grupos de trabajo proponen que estos incentivos deben ser suficientes y adecuados para mejorar las circunstancias del donante. Esta premisa confía en gran medida, en la hipótesis de que si se ofrece un monto adecuado de dinero, entonces existirá un número suficiente de personas dispuestas a vender sus órganos. Se plantea que los mercados regulados ya existentes, indican que existe un determinado número de individuos en todas las sociedades que pueden estar dispuestos a vender un órgano dependiendo de la interacción entre tres variables clave: 1) sus preferencias respecto a la venta y sus opciones disponibles para generar ingresos, 2) la magnitud del estímulo ofrecido, y 3) el estatus económico y las necesidades financieras inmediatas que tengan cada individuo y sus dependientes. Un ejemplo de esto, es el mercado de

órganos, legal pero mal regulado, que existe en Irán, el cual reafirma que las presiones financieras determinan la decisión de vender o no un órgano. (16)

Un artículo de revisión publicado en 2016 por la Sociedad Americana de Trasplante hace hincapié en que la respuesta al comercio de órganos por parte de los países implicados ha sido implementar leyes más estrictas en contra de los tratos comerciales. Sin embargo la literatura publicada entre los años 2000-2015 reporta que 6002 pacientes han viajado de un país a otro entre los años 1971-2013, con la intención de realizarse un trasplante; la mayoría de los pacientes viajan desde Taiwán y Corea del Sur a China, siendo China el destino más popular, seguido por India y Pakistán.

La información que los pacientes reciben acerca de los viajes que realizan al extranjero con fines de trasplante, comúnmente es inadecuado o bien, inaccesible, particularmente aquellos detalles y circunstancias respecto a la selección de su donante. Muchos pacientes han viajado por trasplantes de riñón, la mayoría de los cuales son de donador vivo no relacionado; se reporta que otros pacientes incluso han viajado por trasplante de hígado, 11 pacientes por trasplante de corazón, y una persona que viajó por trasplante pulmonar. Para muchos de los trasplantes realizados en riñón e hígado, no se reporta la relación con el donador. Dentro de las principales razones por las cuales los pacientes viajaron se encuentran: la desesperación como resultado del tiempo prolongado en lista de espera y la mala experiencia relacionada con su tratamiento mediante diálisis; otros pacientes reportaron que tenían afinidades culturales y étnicas a las regiones dónde viajaron; una última razón reportada, es la inequidad en el acceso al trasplante dentro de sus localidades.

La naturaleza clandestina del comercio de órganos, evidentemente dificulta la recopilación de datos confiables y la confirmación de estas tendencias en patrones globales, incluso a través de rigurosos textos científicos como el anterior. Esta limitación resulta inherente al pretender la exposición del crimen, ya que cuando un acto particular se prohíbe, los números reportados bajan, y no precisamente porque la incidencia disminuya, sino porque simplemente se realiza bajo un mercado ilegal. Por otro lado, los centros de trasplante no publican de manera rutinaria el número de casos implicados en viaje o turismo de trasplante. Y una última razón es que muchos estudios son publicados por investigadores en materia de salud, quienes debido a su carácter de confidencialidad, pueden prohibir, incluso en contra de su voluntad, el reporte de comercio ilegal de órganos. (17)

BENEFICENCIA

En un sentido inherente al principio de beneficencia, remover las barreras económicas de la donación y alcanzar un programa de donador vivo que sea justo y exitoso, dentro de un marco financieramente neutro, contempla que se eliminen los obstáculos alrededor de la cobertura de los costos de donación y sus potenciales secuelas, incluyendo la pérdida de la función renal post-donación, de esta manera se impactará positivamente en el estímulo a la donación.

Sobre la premisa de neutralidad financiera, que si bien no debe enriquecer a los donantes, tampoco debe representarles barreras financieras, es fundamental que se

establezcan las declaraciones promulgadas por organizaciones intergubernamentales y profesionales; de tal manera que su principal objetivo sea cubrir sus pérdidas y gastos relacionados a la remoción de un órgano y recuperación postoperatoria, incluyendo los costos de transporte.

El reembolso de los gastos por donación, varía de acuerdo al método administrativo de cada país, por lo que es importante que éste sea retribuido por la agencia encargada de realizar el trasplante o por una organización sin fines de lucro, en vez de pagar directamente al donante. Los potenciales donadores requieren una evaluación exhaustiva médica, quirúrgica y psicosocial previa a la donación. Durante el periodo perioperatorio, también deben considerarse la cobertura por cuidados hospitalarios y quirúrgicos, las readmisiones por complicaciones relacionadas a la cirugía, el tratamiento ambulatorio y la medicación relacionada a las complicaciones por donación. Adicionalmente, debe cubrirse el cuidado posoperatorio relacionado a la presentación aguda de condiciones médicas pre-existentes durante la hospitalización, así como de diagnósticos relacionados a complicaciones que de no atenderse, ponen en riesgo la preservación de la función orgánica (hipertensión, proteinuria, desórdenes del metabolismo de la glucosa, obesidad, tabaquismo, dislipidemia). (18)

JUSTICIA

Por otro lado, en una de sus sentencias más claras sobre los pagos realizados a las familias de los donantes cadavéricos, el Grupo Custodio de la Declaración de Estambul los califica de inauditos, por ser considerados actos de desigualdad e injusticia; sostiene

que los programas exitosos y sustentables en término de donación de órganos y trasplantes deben conformarse desde los principios de igualdad, justicia y respeto por la dignidad humana. El DICG adopta una postura de oposición rotunda a prácticas como la paga directa de los gastos funerarios o de cuentas hospitalarias relacionadas al donador cadavérico, debido a que producen menor índice de donaciones en comparación a países que cuenta con programas relacionados a donación voluntaria, que no son pagados, así como también considera que estas decisiones disminuyen la confianza pública en la determinación de la muerte y despierta dudas sobre la distribución justa de los órganos.

Sostiene que el dinero es un medio a través del cual, sólo algunas personas podrían consentir la donación de órganos, siendo que de otra manera no sentirían tal inclinación, por ejemplo para aquellos quienes consideran incompatible la donación de paciente cadavérico con sus perspectivas culturales y tradiciones. Para el DICG, proporcionar dinero a las personas para alentarlas a dar su consentimiento sobre la extracción de órganos o recompensarlas posterior a tomar tal decisión, debilita los programas de donación de órganos, amenazando la condición humana por considerar al cuerpo un “commodity” usado para obtener ganancias financieras, lo cual explota la vulnerabilidad económica de los donadores vivos y de las familias de los donadores cadavéricos, deteriorando la igualdad y la justicia, en vez de reforzarlas.

De acuerdo a esto, el DICG propone la aplicación de los siguientes principios, para normar la donación cadavérica:

1. Los pagos directos o indirectos a las familias del donador constituyen comercio de trasplante.
2. La fuente del pago es irrelevante, su origen y método, ya sea por parte del gobierno, de una fundación pública o privada, o por organismos individuales, no tiene relevancia ética.
3. Una vez que se realiza el pago a un familiar, no existe principio ético que determine si la cantidad es apropiada o excesiva
4. Los incentivos financieros corrompen la confianza en los diagnósticos de muerte. Las familias involucradas deben ser tratadas con sensibilidad, permitiéndoles decidir los mejores intereses para su paciente.
5. La paga por donación cadavérica afecta adversamente la donación del paciente vivo, ya que las sociedades que permitan realizar pagos a los familiares de donador cadavérico, quienes no presentan ningún riesgo físico, no pueden comparar razonablemente una paga semejante a donantes vivos, quienes sí corren riesgos durante la donación.
6. Los pagos a los familiares menoscaba la importancia de los programas de trasplantes.
7. Los pagos incrementan la duda sobre la justa distribución de los órganos, permitiendo la percepción pública de que la distribución estará determinada por consideraciones financieras.
8. Los incentivos dados a los familiares, no generan mayor índice de donación. Se ha demostrado que los índices de donación más exitosos dependen de prácticas de procuración de órganos con compromiso de la comunidad y educación pública.

9. Las dinámicas alrededor de los familiares de los donadores, pueden ser destructivas en consideración a la manera en que el dinero es distribuido, generando perjuicio y catalogando de indigno tal proceso, a la vista de otros pacientes y de otras familias en la unidad hospitalaria.
10. Los programas pagados pueden estigmatizar a todos los donadores; el hecho de recibir incentivos financieros o recompensas puede apartar a los donadores y a sus familias, de la sociedad a la que pertenecen, transformando la donación en una transacción comercial.
11. Un principio básico de dignidad, no permite que se ofrezcan cobertura por gastos funerarios solo a las familias que autoricen que los órganos de sus familiares sean donados.
12. Pagar los gastos funerarios o médicos de los donantes cadavéricos, es doblemente injusto si el servicio sólo se proporciona a las familias que autorizan la donación.
13. Los pagos recibidos por gente que actúa en contra de sus creencias, atenta contra los principios de libertad y dignidad, por inducirlos a ir en contra de sus propias razones culturales morales. (19)

AUTONOMÍA

Un ejemplo de priorizar el respeto a la autonomía, en el cual se sustenta el DICG, es la carta al editor publicada en el American Journal of Trasplant en 2017, donde se muestra oposición al intercambio global de riñón, considerado como irresponsable. En una solicitud pendiente de financiación dirigida a la Comisión Europea, se solicitaba a los donantes vivos de países en vías de desarrollo como México, Filipinas, Kenia, India y

Etiopía, para participar en el intercambio global de riñón, el cual proponía emparejar un binomio incompatible con otro, para finalmente desarrollar un puntaje que encontrara una mejor oferta de emparejamiento, utilizando los “activos únicos” de cada nación. El hecho de considerar al donante vivo como un “activo único” que se sometiera voluntariamente a una nefrectomía en países subdesarrollados, resultó éticamente inaceptable, ya que no se garantiza el respeto a su autonomía, ni asegura un acto de solidaridad o responsabilidad civil, en el que se procure el cuidado final del donante vivo. (20)

CAPÍTULO III.
METODOLOGÍA

3.1 CARACTERIZACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO EN MÉXICO, EN PACIENTES EXTRANJEROS, 2018-2020. CENATRA.

Debido a que el mercantilismo de órganos en México se presenta sobre todo en el tópico de trasplante renal de donador vivo no relacionado, sería ideal realizar el análisis en tal área, sin embargo esto resulta complejo al no haber información suficiente y precisa respecto a si este tema se apega o no a los principios de la DE; por lo tanto, como área de oportunidad para analizar la concordancia de la Implementación de los principios bioéticos de la DE en México, se describe el siguiente análisis descriptivo de las cifras de Trasplante renal en donador vivo en México en pacientes extranjeros en el periodo 2018-2020; debido a la disponibilidad de proporcionar esta información por parte del Registro Nacional de CENATRA y a que los datos arrojados pueden brindar una mejor noción del panorama actual sobre mercantilismos de órganos en esta población específica de pacientes.

3.1.1 MATERIAL:

- Documentación disponible en el sitio web de la Declaración de Estambul y su Grupo Custodio (GCDE).

- Documentación de Organismos internacionales y nacionales acerca de la prevención, supervisión y combate vs. el tráfico de órganos y turismo de trasplantes: ONU, OMS y el Consejo Europeo.
- Legislación mexicana vigente:
 - Documentos disponibles en el sitio web del CENATRA, Art. 333 Ley General de Salud y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes, del cual resaltamos lo siguiente:

REGLAMENTO LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE TRASPLANTES (21)

Artículo 22. Para la realización de un Trasplante de Órganos, Tejidos o células provenientes de un Donador en el que se haya certificado la pérdida de la vida, en pacientes extranjeros, se deberá de cumplir con los requisitos siguientes:

I. El Receptor deberá tener una condición de estancia en el territorio nacional de residente temporal, residente temporal estudiante o residente permanente y acreditar su permanencia ininterrumpida en el país de por lo menos seis meses previos a la realización del Trasplante, salvo en casos de Urgencia con diagnóstico de hepatitis fulminante, debidamente documentados, y

II. El Receptor deberá contar con resolución favorable del Comité Interno de Trasplantes del Establecimiento de Salud donde se vaya a realizar el Trasplante, firmada por todos sus integrantes, previa evaluación médica, clínica y psicológica. En dicha resolución se deberá manifestar que se ha constatado la inexistencia de

circunstancias que pudieran hacer presumir actos de comercio o simulación jurídica que tengan por objeto la intermediación onerosa de Órganos, Tejidos y células.

La Secretaría podrá solicitar al Establecimiento de Salud donde se vaya a realizar el Trasplante, previo a que se realice el mismo, la documentación que compruebe el cumplimiento de los requisitos señalados.

Artículo 27. Para realizar Trasplantes entre vivos, cuando el Receptor, el Donador o ambos, sean extranjeros, además de cumplir con lo señalado en el artículo 333 de la Ley, se estará a lo siguiente:

I. En los casos en que no exista parentesco entre el Donador y el Receptor:

a) Deberán acreditar su condición de estancia regular en el país, en los términos de las disposiciones migratorias aplicables, con una permanencia comprobable en territorio nacional, de al menos seis meses previos a la realización del Trasplante, y

b) El Receptor deberá contar con un expediente clínico de al menos seis meses en el Establecimiento de Salud en el que vaya a realizarse dicho Trasplante;

II. En los casos en que exista parentesco entre el Donador y el Receptor:

a) Se deberá agregar al expediente clínico original o copia certificada de la documentación que compruebe la relación de parentesco, debidamente apostillada o, en su caso, legalizada en términos de las disposiciones jurídicas aplicables. Si la documentación exhibida estuviera redactada en idioma distinto al español, se deberá acompañar de la traducción que realice un perito traductor, y

b) El Comité Interno de Trasplantes deberá levantar un acta firmada por todos sus integrantes, en la que se haga constar que no existen circunstancias que hagan presumir una simulación jurídica o comercio de Órganos, Tejidos y células, o bien, hechos de coacción hacia el Donador.

Para el levantamiento del acta a que se hace referencia en el párrafo anterior, se deberán tomar en cuenta las evaluaciones médicas, clínicas y psicológicas del Receptor y del Donador.

El Establecimiento de Salud en el que se vaya a realizar el Trasplante, deberá inscribir al Receptor Candidato del Órgano, Tejido o célula en el Registro Nacional de Trasplantes con una antelación de por lo menos quince días hábiles, si se trata de un Trasplante entre familiares por consanguinidad, civil o de afinidad hasta el cuarto grado, y en los demás casos, de al menos seis meses previos a la realización del Trasplante.

3.2 METODOLOGÍA:

A. TIPO DE ESTUDIO.

Este proyecto consiste en una investigación original, de carácter transversal.

B. UNIVERSO Y MUESTRA DEL ESTUDIO.

El universo a estudiar son los pacientes de nacionalidad extranjera que recibieron un trasplante renal de donador vivo en el período 2018-2020, de acuerdo con lo reportado al Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes (SIRNT) del CENATRA.

De un universo completo de 4599 casos de Trasplante vivo y 2104 casos de Trasplante cadavérico, con características referentes a PACIENTE EXTRANJERO existe un total de 29 casos de Trasplante vivo y ningún caso de Trasplante cadavérico. De la base de datos de Sobrevida de Trasplante vivo, de 1098 casos en total, sólo se registraron 6 casos de PACIENTE EXTRANJERO.

C. MÉTODO DE SELECCIÓN DE LOS PACIENTES.

De acuerdo al análisis de cifras estadísticas de Trasplante renal en México, se seleccionaron intencionadamente sólo los casos que se referían a los receptores de nacionalidad extranjera, de acuerdo con la información registrada en el SIRNT, obtenida en colaboración con la Dirección del Registro Nacional de Trasplantes y la Subdirección de Informática y Medios Electrónicos del CENATRA.

- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Se incluyeron los casos de PACIENTE EXTRANJERO de acuerdo al RLGSM, señalando el tipo de residencia con la que cuentan:
 - Residente temporal
 - Residente permanente
 - Visitante
- En el caso del Donante vivo, se incluyen independientemente del vínculo:
 - Parentesco- relacionado
 - No relacionado

- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Se eliminaron los casos donde tanto donador como receptor, fueran ciudadanos mexicanos, ya fuera por nacimiento o nacionalizados.

- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Se excluyeron los casos de Trasplante cadavérico, por no haber registro en el periodo de estas bases de datos..

D. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La disponibilidad de las cifras estadísticas mediante tablas y gráficas de Excel, Microsoft Office.

E. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Información validada por el Sistema nacional de Transparencia, de acuerdo a datos que dan a conocer todas las Instituciones Públicas del país, en cumplimiento de las obligaciones de transparencia establecidas en la legislación en materia de transparencia y acceso a la información pública.

F. VARIABLES DEL ESTUDIO

TABLA 2. VARIABLES DEL ESTUDIO

RESPECTO A	VARIABLE
DONADOR VIVO	Sexo
	Fecha de nacimiento y edad
	Grupo sanguíneo y Rh
	Vínculo (relacionado/no relacionado)
	Técnica quirúrgica de la procuración (laparoscópica, abierta)
	Específicamente en Extranjeros: nacionalidad, tipo de estancia (residencia), país de origen.
	Sexo
RECEPTOR	Fecha de nacimiento y edad
	Grupo sanguíneo y Rh
	Número de trasplante
	Diagnóstico (etiología)
	Nacionalidad
	Entidad de origen (nacimiento)
	Tipo de residencia
	Fecha de registro
	Fecha de procuración y trasplante
TRASPLANTES	Sobrevida del injerto (funcional, no funcional)
	Sobrevida del receptor (vivo, fallecido)

3.1.3 CRONOGRAMA

TABLA 3. CRONOGRAMA 2019

ACTIVIDADES	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
CONGRESO INTERNACIONAL DE TRASPLANTES			X									
COMPRENSIÓN DE MODELO NACIONAL (Rotación INCMNSZ)				X	X							
COMPARACIÓN DE MODELO INTERNACIONAL (Rotación H. Clínic Barcelona)						X	X					
REUNIÓN CON TUTORES			X	X	X			X	X	X	X	X
PRÁCTICAS EN COMITÉS DE INVESTIGACIÓN / BIOÉTICA								X	X	X	X	

TABLA 4. CRONOGRAMA 2020

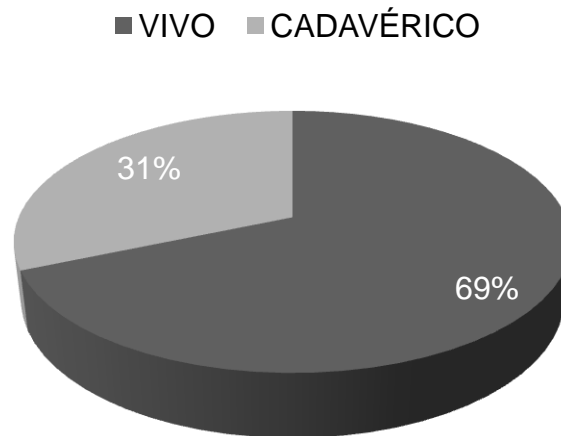
Actividades	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
REUNIÓN CON ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES (CENATRA, SMT)	X	X	X						X			
REUNIÓN CON TUTORES	X	X	X	X	X						X	X
DISEÑO DE TESIS	X	X	X	X	X							
EVALUACIÓN CICIBUP				X								
EVALUACIÓN Y ACEPTACIÓN DE TESIS											X	X
PUBLICACIÓN DE ARTÍCULO											X	X

CAPÍTULO IV.
RESULTADOS

4.1 RESULTADOS DE TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO, 2018-2020

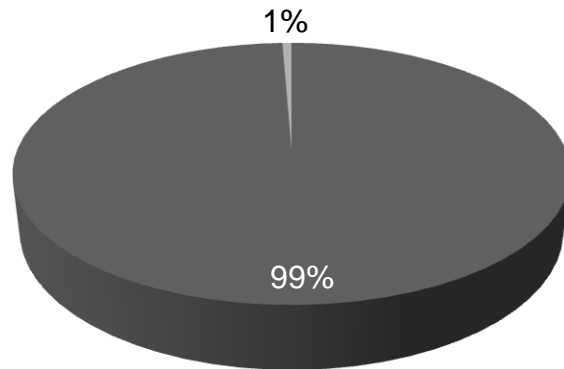
De acuerdo a lo reportado oficialmente en el Registro Nacional de Trasplantes del CENATRA, en las bases de datos correspondientes al periodo 2018-2020, el universo completo de Trasplantes realizados, correspondió a 4599 casos (69%) de Trasplante vivo y 2104 casos (31%) de Trasplante cadavérico; con base en los Criterios de inclusión ya mencionados, se contemplaron únicamente aquellos casos de Trasplante vivo con donadores y/o receptores de nacionalidad extranjera, obteniendo un total de 29 casos de Trasplante vivo (1% del total) y ningún caso de Trasplante cadavérico.

GRÁFICA 1. TOTAL DE TRASPLANTE RENAL 2018-2020



GRÁFICA 2 TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO

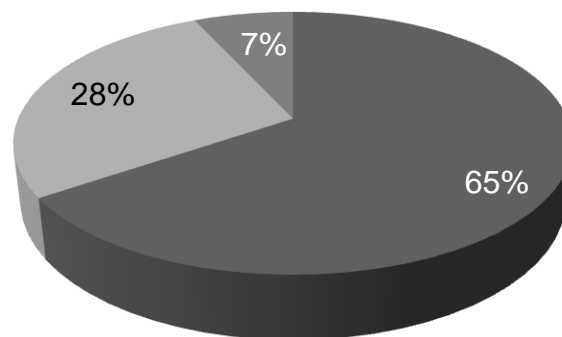
■ NACIONALES ■ EXTRANJEROS



De los cuales, en 19 casos (65%) el paciente extranjero correspondió al RECEPTOR, en 8 casos (28%) al DONADOR, y en 2 casos (7%), ambos, tanto RECEPTOR como DONADOR, eran extranjeros.

GRÁFICA 3. PACIENTE EXTRANJERO

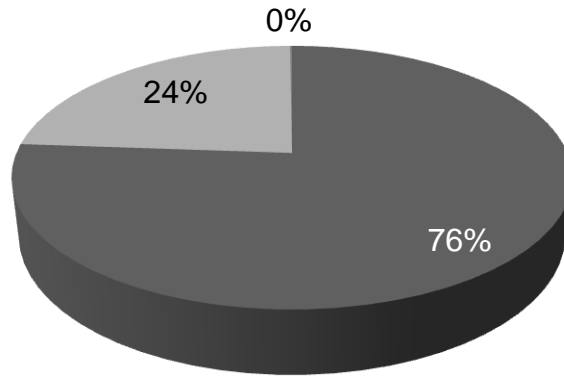
■ RECEPTOR ■ DONADOR ■ AMBOS



De la base de datos correspondiente a la Sobrevida de Trasplante vivo, de 29 casos de Trasplante vivo, sólo 6 (20.6%) de los casos relacionados a PACIENTE EXTRANJERO fueron descritos; vale decir, que la sobrevida sigue siendo un dato inconcluso.

GRÁFICA 4. SOBREVIDA DE TRASPLANTE VIVO

- NO REGISTRADOS
- REGISTRADOS NO EXTRANJEROS
- REGISTRADOS EXTRANJEROS

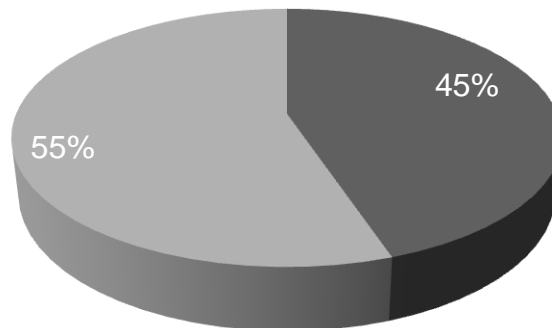


4.1.1 DE LOS DATOS PERTENECIENTES AL DONADOR

Se registraron 13 casos de sexo masculino (55%) y 16 de sexo femenino (45%).

GRÁFICA 5. SEXO DEL DONADOR

- MASCULINO
- FEMENINO



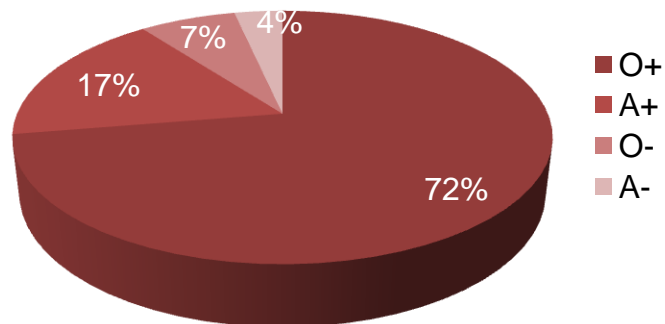
De los 29 casos, en cuanto a la edad del DONADOR, las medidas de tendencia central, son las siguientes:

TABLA 5. EDAD DEL DONADOR (EN AÑOS)

MINIMA	26	MEDIA	37
MAXIMA	56	MEDIANA	37
		MODA	27/47

En cuanto al grupo sanguíneo del DONADOR, se registraron 21 casos (72%) de Grupo O Rh POSITIVO, 5 casos (17%) de Grupo A Rh POSITIVO, 2 de Grupo O Rh NEGATIVO (7%) y 1 de Grupo A Rh NEGATIVO (4%).

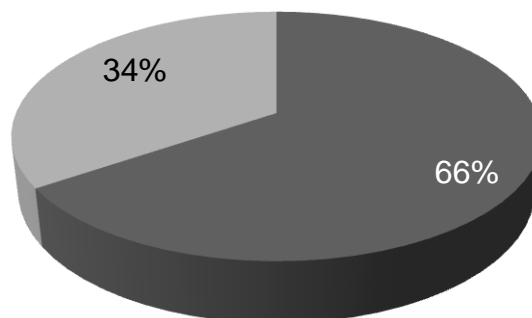
GRÁFICA 6. GRUPO SANGUÍNEO DEL DONADOR



En cuanto al parentesco, 19 casos (66%) fueron de paciente vivo RELACIONADO y 10 casos (34%), pertenecientes a paciente vivo NO RELACIONADO.

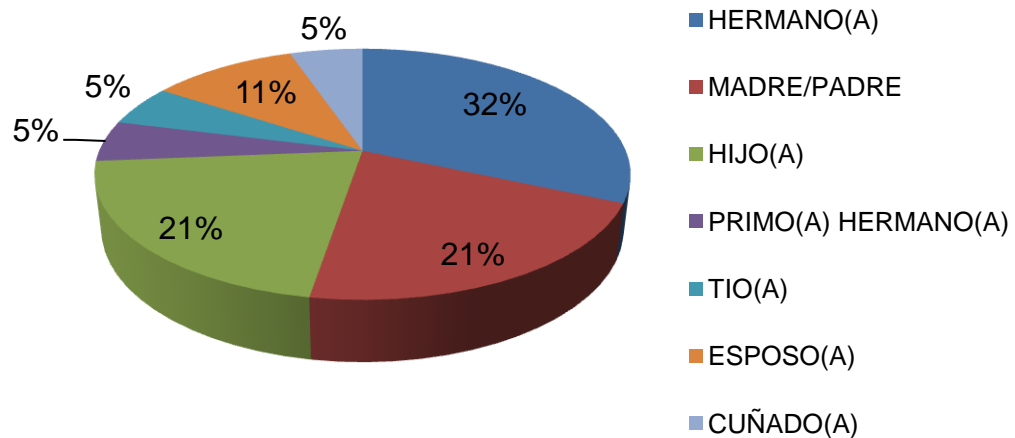
GRÁFICA 7. PARENTESCO

■ RELACIONADO ■ NO RELACIONADO



Cuya relación por consanguinidad, se relacionó a 6 casos (32%) donde el DONADOR fue el (la) hermano(a), en 4 casos (21%) correspondió a uno de los padres (madre/padre), en 4 casos (21%) a un(a) hijo(a), y en 1 caso (5%) a un(a) primo(a) hermano(a) y a un(a) tío(a), respectivamente. Y por afinidad, se presentaron 2 casos (11%) donde el DONADOR fue el (la) esposo(a) y 1 caso (5%), donde fue el (la) cuñado(a).

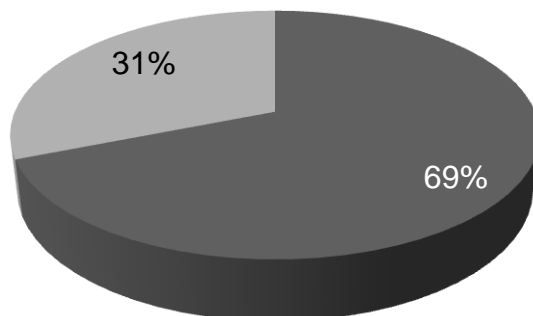
GRÁFICA 8. CONSANGUINIDAD/AFINIDAD



En cuanto a la técnica de procuración del órgano del DONADOR, 20 casos (69%) fueron realizados mediante vía laparoscópica y 9 casos (31%) por vía convencional (cirugía abierta).

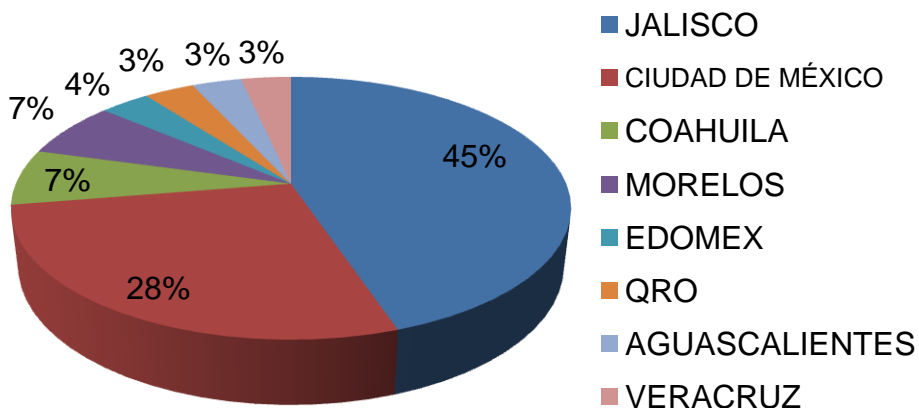
GRÁFICA 9. TÉCNICA DE PROCURACIÓN

■ LAPAROSCOPICA ■ ABIERTA



Por Entidad federativa, de la totalidad de los casos, 13 (45%) fueron llevados a cabo en Jalisco, 8 (28%) en Ciudad de México, 2 casos (7%) en Coahuila y Morelos, respectivamente, y sólo un caso (3-4%) por entidad en el Estado de México, Querétaro, Aguascalientes y Veracruz.

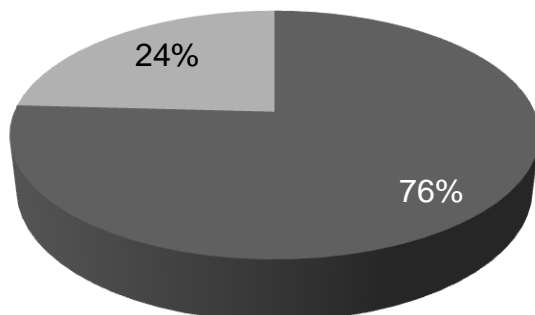
GRÁFICA 10. ENTIDAD FEDERATIVA



Por sector hospitalario, 22 casos (76%) correspondieron al sector PRIVADO y 7 casos (24%) al sector PÚBLICO. Respecto a la Gráfica 7 sobre Parentesco, de los 19 casos de Donador relacionado, 13 casos (45%) se realizaron en Sector privado y 6 casos (21%) en público, y de los No relacionados, 9 casos (31%) en Sector privado y 1 caso (3%) en público.

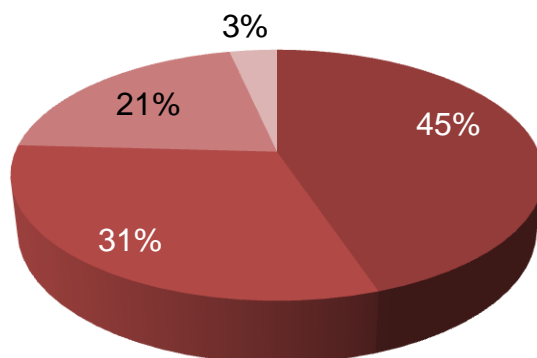
GRÁFICA 11. SECTOR HOSPITALARIO

■ PRIVADO ■ PÚBLICO



GRÁFICA 12. SECTOR HOSPITALARIO EN RELACIÓN A PARENTESCO

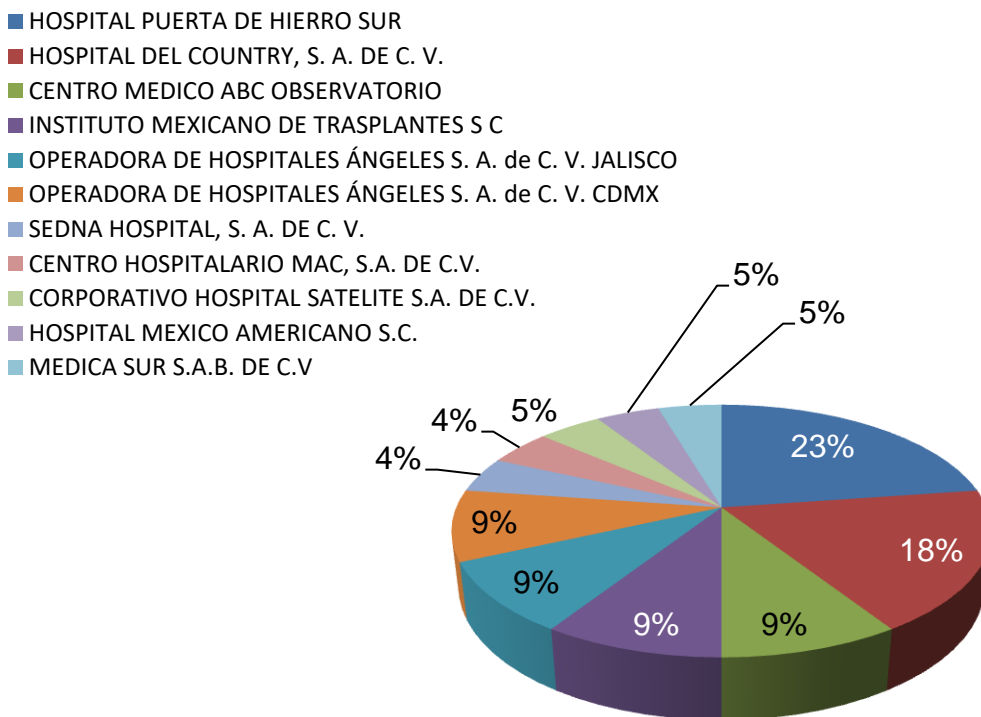
■ PRIVADO RELACIONADO ■ PRIVADO NO RELACIONADO
■ PÚBLICO RELACIONADO ■ PÚBLICO NO RELACIONADO



De los 22 Trasplantes realizados en el sector Privado, se realizaron en 11 establecimientos, de los cuales 5 casos (23%) de Trasplante se realizaron en el Hospital Puerta de Hierro Sur (Jalisco), 4 (18%) en Hospital del Country, S.A. de C.V. (Jalisco); otros 4 (18%) en Operadora de Hospitales Ángeles S.A de C.V, 2 (9%) en Ciudad de México y 2 (9%) en Jalisco, respectivamente; otros 2 casos (9%) tanto en el Instituto Mexicano de Trasplantes S.C. (Morelos) como en el Centro Médico ABC Observatorio (CdMx). Y por establecimiento, se presentó 1 caso (4-5%) de Trasplante

en Paciente extranjero en cada una de las siguientes Instituciones privadas: Médica Sur S.A.B de C.V. (CdMx), Hospital México Americano S.C. (Jalisco), Corporativo Hospital Satélite S.A. de C.V. (CdMx), Centro Hospitalario MAC, S.A. de C.V. (Aguascalientes) y Sedna Hospital S.A. de C.V. (CdMx).

GRÁFICA 13. ESTABLECIMIENTO DE SALUD PRIVADO

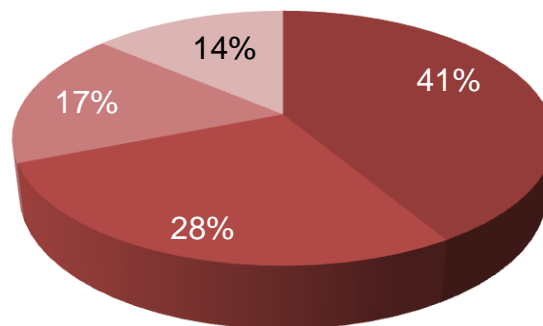


De los 7 casos llevados a cabo en el Sector Público, se realizaron 2 Trasplantes en la U.M.A.E. Hospital de Especialidades no. 71 IMSS (Coahuila), y en el resto de los establecimientos sólo se presentó un caso: Hospital General de Querétaro SSE, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga SSA, Unidad Médica de Alta Especialidad IMSS y Hospital General de Veracruz SSE.

En cuanto a la Nacionalidad del Donador, 12 casos (41%) no tenían determinado su nacionalidad en la Base de datos, 8 casos (28%) tenían nacionalidad mexicana, 5 casos (17%) se describen con nacionalidad mexicana/extranjera sin especificar significado, y 4 (14%) más se registraron con nacionalidad extranjera.

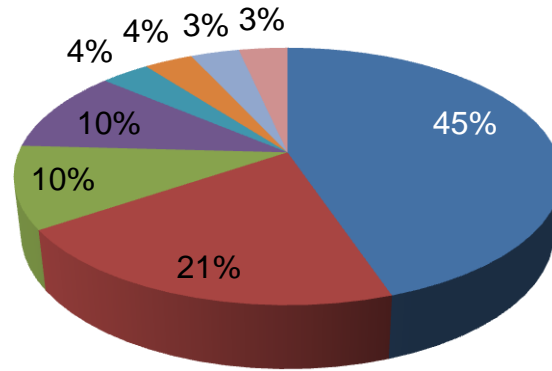
GRÁFICA 14. NACIONALIDAD DEL DONADOR

■ NO DEFINIDO ■ MEXICANO
■ MEXICANO/EXTRANJERO ■ EXTRANJERO



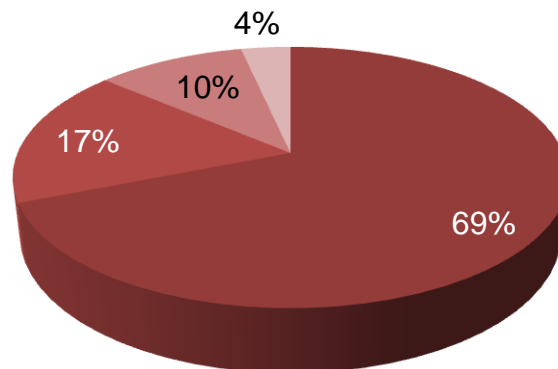
Por país del Donador, 13 casos (45%) provenían de México, 6 casos (21%) de Estados Unidos, 3 casos (10%) de Honduras y Venezuela respectivamente, y un caso (3-4%), respectivamente, de cada uno de los siguientes países: Belice, Colombia, Perú, Ecuador.

GRÁFICA 15. PAÍS DE ORIGEN DEL DONADOR



Por Tipo de Residencia del Donador, 20 casos (69%) no tenían registrada su residencia, previo a actualizar la Base de datos, 5 casos (17%) correspondían a residente permanente, 3 casos (10%) a visitante y un caso (4%) a residente temporal.

GRÁFICA 16. TIPO DE RESIDENCIA DEL DONADOR

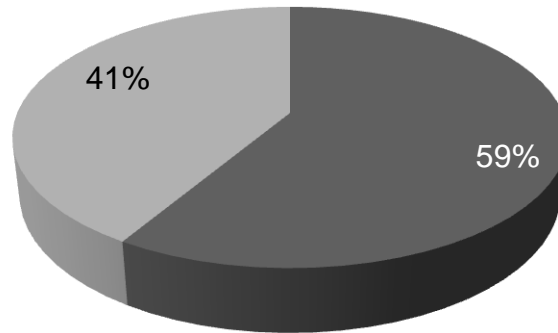


4.1.2 DE LOS DATOS PERTENECIENTES AL RECEPTOR

Se registraron 17 casos de sexo masculino (59%) y 12 de sexo femenino (41%).

GRÁFICA 17. SEXO DEL RECEPTOR

■ MASCULINO ■ FEMENINO



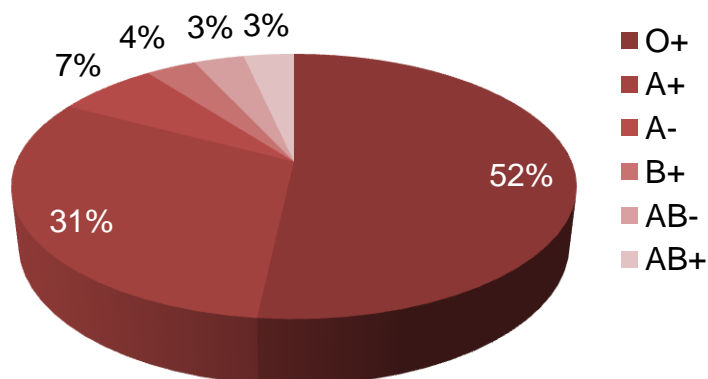
De los 29 casos, en cuanto a la edad del RECEPTOR, las medidas de tendencia central, son las siguientes:

TABLA 6. EDAD DEL RECEPTOR (EN AÑOS)

MINIMA	15	MEDIA	38
MAXIMA	99	MEDIANA	45
		MODA	27

En cuanto al grupo sanguíneo del RECEPTOR, se registraron 15 casos (52%) de Grupo O Rh POSITIVO, 9 casos (31%) de Grupo A Rh POSITIVO, 2 (7%) de Grupo A Rh NEGATIVO y 1 (3-4%) de cada uno de los siguientes grupos: B Rh POSITIVO, AB Rh NEGATIVO y AB Rh POSITIVO.

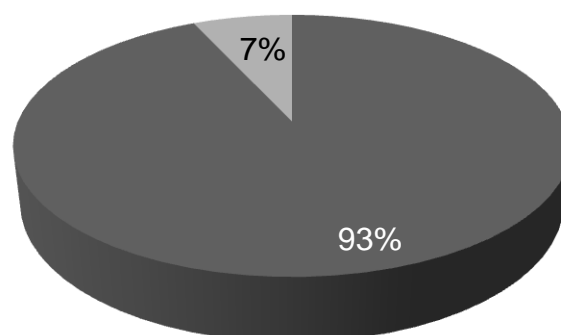
GRÁFICA 18. GRUPO SANGUÍNEO DEL DONADOR



De los 29 casos, 27 pacientes (93%) se sometieron a su Primer Trasplante renal, mientras que 2 receptores (7%), se sometieron a su Segundo Trasplante.

GRÁFICA 19. NÚMERO DE TRASPLANTE

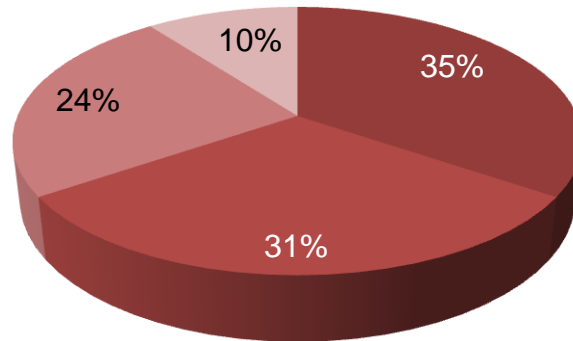
■ PRIMERO ■ SEGUNDO



Referente al Diagnóstico del Receptor, se referían 10 casos (35%) a Glomerulopatía desconocida, 9 casos (31%) a Glomerulopatía secundaria, 7 (24%) a Glomerulopatía primaria y en 3 (10%) de los casos, no se especificaba.

GRÁFICA 20. DIAGNÓSTICO DEL RECEPTOR

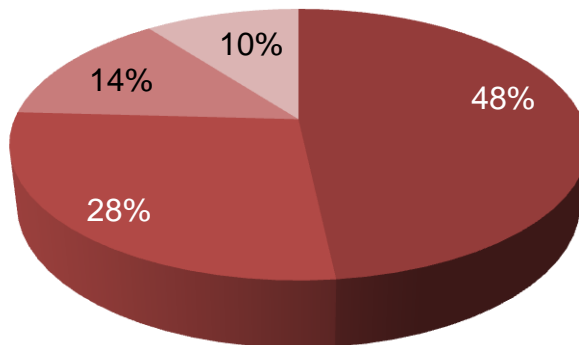
- GLOMERULOPATIA DESCONOCIDA
- GLOMERULOPATIA SECUNDARIA
- GLOMERULOPATIA PRIMARIA
- OTRO (NO ESPECIFICADO)



En cuanto a la Nacionalidad del Receptor, 14 casos (48%) no tenían determinado su nacionalidad en la Base de datos, 8 casos (28%) tenían nacionalidad mexicana, 4 casos (14%) se describen con nacionalidad mexicana/extranjera (sin especificar si corresponde a pacientes con doble nacionalidad, nacidos en el extranjero pero mexicanos, o naturalizados, sin embargo, legalmente, les aplican los criterios para MEXICANOS), y 3 (10%) más se registraron con nacionalidad extranjera.

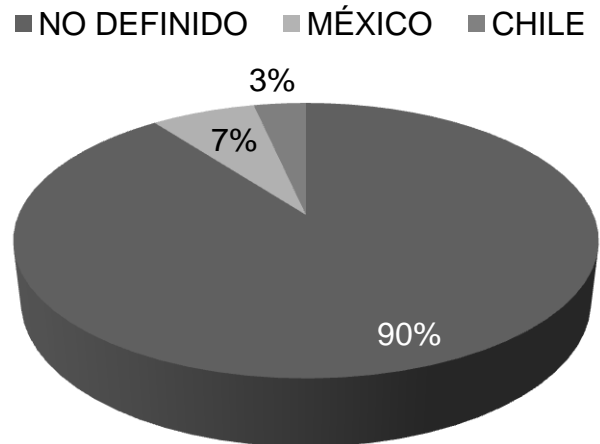
GRÁFICA 21. NACIONALIDAD DEL RECEPTOR

- NO DEFINIDO
- MEXICANO
- MEXICANO/EXTRANJERO
- EXTRANJERO



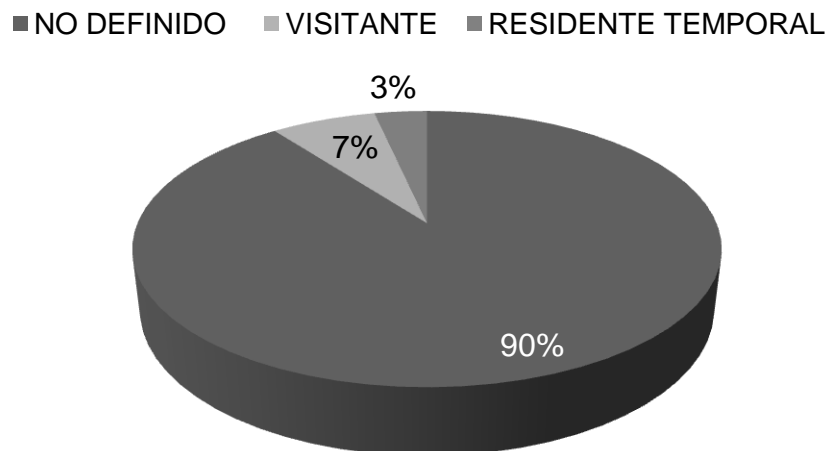
Por país de Origen del Receptor, 26 casos (90%) no estuvieron definidos, 2 casos (7%) provenían de México, y un caso (3%), de Chile.

GRÁFICA 22. PAÍS DE ORIGEN DEL RECEPTOR



Por Tipo de Residencia del Receptor, 26 casos (90%) no estuvieron definidos, 2 casos (7%) se describieron con status de visitante y uno (3%), como residente temporal.

GRÁFICA 23. TIPO DE RESIDENCIA DEL RECEPTOR



4.1.3 RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA DE TRASPLANTE VIVO EN PACIENTES EXTRANJEROS

Finalmente, en cuanto a los resultados obtenidos de Supervivencia de Trasplante vivo, únicamente fueron registrados 6 casos (20%) de PACIENTE EXTRANJERO, reportando un lapso de 24HRS entre la fecha de procuración y la fecha de trasplante (ya que la isquemia en los casos de donador vivo es de horas); todos los casos se identificaron con resultado EXITOSO; en cuanto a la sobrevida de los receptores a un año de seguimiento, se reportan con status VIVO, y con estado del injerto FUNCIONAL.

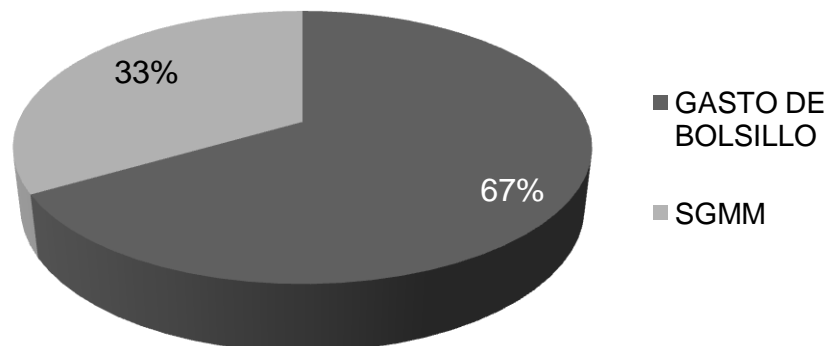
En cuanto al tiempo que los Receptores permanecieron en Lista de espera, las medidas de tendencia central, son las siguientes:

TABLA 7. TIEMPO DE ESPERA (EN DIAS)

MINIMA	16	MEDIA	22-24	MAXIMA	135	MEDIANA	41.6
--------	----	-------	-------	--------	-----	---------	------

Por último, de éstos 6 casos, 4 (67%) cubrieron el costo de la Inmunosupresión mediante gasto propio y los 2 restantes (33%), con apoyo de Gastos Médicos Mayores.

GRÁFICA 24. OTORGANTE DE INMUNOSUPRESIÓN



CAPÍTULO 5.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE TRASPLANTE RENAL DE DONADOR VIVO, EN PACIENTES EXTRANJEROS, EN EL PERIODO 2018-2020 Y APLICABILIDAD DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL 2018

De acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el Registro Nacional de Trasplantes del CENATRA, dentro del periodo 2018-2020, se realizaron un total de 6703 trasplantes de riñón, de los cuales, más de dos tercios (69%) de los procedimientos perteneció a Trasplante de donador vivo, lo que coincide con la escasez de donador cadavérico que se mencionaba anteriormente, con la subsecuente presión y riesgo que conlleva para el donador vivo. De la base de datos, intencionadamente se seleccionaron los casos que se referían a PACIENTE EXTRANJERO, con el hallazgo que sólo un mínimo porcentaje (1%) correspondió a éstos, lo que refleja una estrategia bien encaminada a la autosuficiencia de órganos; en relación al primer principio de la Declaración de Estambul, donde se está priorizando la atención a las necesidades de la población. Sin embargo, cabe señalar que de los 29 casos referidos de PACIENTE EXTRANJERO, más de dos tercios del total (65%) correspondió al RECEPTOR; lo que abre un área de oportunidad para caracterizar estos casos con mayor especificidad, hasta determinar que no representan actos anti-éticos asociados a Turismo de Trasplante.

Otra base de datos que nos fue proporcionada, determinó la Sobrevida de Trasplante vivo, donde pudimos observar que el 76% de los casos no fue registrado; lo que reveló

una oportunidad de reforzar el seguimiento de los pacientes trasplantados y reportarlo en el SIRNT, el hecho que haya una herramienta en el sistema facilita que se concentre la información y normalizar los medios para hacerlo. Esto, concuerda con el principio 2 de la Declaración de Estambul, en referencia al cuidado óptimo que se pretende tanto en donadores como en receptores como uno de sus objetivos principales.

Acercas de las características demográficas, en referencia al DONADOR, del total de casos de Trasplante vivo en pacientes extranjeros, predominó el sexo masculino (55%), se encontraron en un rango de edad de 26-56 años de edad con una media de 37 años, y el Grupo sanguíneo predominante fue O Rh positivo (72%). En relación al RECEPTOR, también predominó el sexo masculino (59%); de acuerdo a lo registrado, el rango de edad fue de los 15 a los 99 años con una media de 38 años y el Grupo sanguíneo predominante fue O Rh positivo (52%). Aquí se debe resaltar el hecho que de acuerdo a las tablas, dos de los receptores se identificaron con una edad de 99 y 87 años respecto a las fechas de nacimiento registradas, ambos pertenecientes a una Institución de salud del Sector privado; y aunque de acuerdo a la revisión documental, no existe limitante para la edad del receptor, se podría suponer un error en los datos del registro, o bien, convendría profundizar e individualizar estos casos para descartar actos que constituyan Turismo de trasplante, así como asegurar la transparencia en la Neutralidad económica de la Donación.

En cuanto al parentesco, se reflejó que dos terceras partes de los Donadores estuvieron relacionados con su Receptor (66%), donde la mayor relación por consanguinidad fue con un(a) hermano(a) (32%); esto constató la implementación de

otro de los principios de la Declaración de Estambul, puntualizando que los donantes vivos deben estar relacionados genética, legal o emocionalmente con los receptores. Sin embargo, llama la atención que del 34% de casos de Donador No relacionado, el 31% fue llevado a cabo en el Sector privado y el 3% en Sector público. En relación a esto, sería de relevancia, ampliar el análisis de los datos arrojados respecto al Donador vivo, tanto relacionado como no relacionado, para comprender qué nivel de conocimiento informado tenían al momento de aceptar la donación, acerca de los probables riesgos, beneficios y consecuencias que implicaba el procedimiento.

Otro dato demostrado en la base de datos, fue acerca de la técnica de procuración renal, la cual se realizó con mayor frecuencia por vía laparoscópica (69%), probablemente por el predominio del sector privado que cuenta con más recursos y mejores técnicas, sin embargo, cada vez se realiza cirugía laparoscópica con mayor frecuencia en todo el país. Jalisco sobresalió por ser la Entidad federativa en donde se realizaron más Trasplantes que involucraron a un Paciente extranjero (45%) y donde por Sector hospitalario, la mayoría de los casos (76%) se realizó en Sector Privado, y de éstos, la mayoría se ejecutó en el Hospital Puerta de Hierro Sur en Jalisco (23%). En mención a la Declaración de Estambul, bien merecería la pena ahondar en estos particulares casos, para identificar que la distribución de órganos se rigió por criterios clínicos y normas éticas, y no por consideraciones financieras, así como, enfatizar si las reglas de distribución fueron definidas por comités apropiadamente constituidos, que se apegaran al principio de Justicia sin hacer distinción por el género, etnia, religión o condición económica del receptor.

Acerca de la nacionalidad del DONADOR, no se definió en el 41% de los casos y en el 28% se identificó como “MEXICANO/EXTRANJERO”, sin que exclusivamente se determinara lo que este status implica; cabe la pena agregar, que el 69% de los datos en cuanto a tipo de residencia, no se encontró determinado. En relación a la nacionalidad del RECEPTOR, en 48% de los casos no se especificó, así como tampoco se estableció el país de origen ni el tipo de residencia en el 90% de los casos, respectivamente; lo cual denota una oportuna ocasión para ampliar la información obtenida por CENATRA y concordar con la legislación nacional de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. De la información referida al país de origen, aunque la mayoría (45%) correspondió a México, se observó que el 2º país con mayor frecuencia (21%) fue Estados Unidos; con base en el ejemplo del intercambio consensuado entre España y Portugal, al ser territorios de continuidad, se abre la pertinencia de evaluar un posible acuerdo oficial entre México y Estados Unidos, donde de manera recíproca, los órganos viables para trasplante dentro de uno de los dos países, se ofreciera a los equipos médicos del otro país, para encargarse de la procuración y posterior trasplante, lo cual se vería reflejado en el aumento del número de órganos disponibles; el dilema aquí, radica que los países no se encuentran en una condición de igualdad en recursos y desarrollo de sistema, lo que pone en duda un intercambio y colaboración recíprocos; bajo las circunstancias actuales, la balanza se inclina del lado de EUA, y valdría la pena profundizar en qué beneficio obtendrían de esto los pacientes mexicanos, en vez que represente una carga para el sistema de nuestro país, o una limitante dados los recursos, espacios, establecimientos, etc.; sin duda, tendría que garantizarse la estandarización,

trazabilidad, transparencia y seguridad, respetando la legislación de estándares internacionales, como lo marca la Declaración de Estambul.

Por otro lado, en cuanto al número de trasplante, en muy pocos casos (7%), fue la segunda ocasión que se les realizó el procedimiento; por clasificación en cuanto a Diagnóstico del Receptor, el 35% de los casos correspondió a Glomerulopatía desconocida, y en 10% no se especificó la causa de la Falla renal. El rango de Tiempo de espera, se encontró entre 16 y 135 días a partir de la fecha de registro del Receptor en el Comité de Trasplantes hasta la fecha de colocación del injerto con una media entre 22 y 24 días; para los trasplantes de donador vivo, el tiempo en lista es muy relativo y corresponde más al tiempo para programar cirugía; 24 días desde que se registra al trasplante, resulta lógico, principalmente para cubrir normativa.

En cuanto a los resultados obtenidos de las tablas de Supervivencia, únicamente se registró el 1% de los casos de PACIENTE EXTRANJERO y en todos ellos, se reportó un lapso de 24hrs entre la fecha de procuración y la fecha de injerto, fueron identificados con resultado EXITOSO y a un año de seguimiento, los Receptores se reportaron con status VIVO y con estado del injerto FUNCIONAL; por último, de estos casos, el 67% cubrió el costo de la inmunosupresión mediante gastos de su bolsillo. Si bien los resultados obtenidos ponen en evidencia el éxito logrado en el Sistema de Trasplante renal de Donador vivo, llevar a cabo el registro exacto de los datos que resultaron ausentes, es indispensable para verificar su transparencia y con ello optimizar el cuidado médico a corto y largo plazo también en PACIENTES

EXTRANJEROS, para promover la salud en donadores y receptores, así como lo decreta la Declaración de Estambul.

5.2 DISCUSIÓN

Actualmente, muchos de los puntos establecidos por la Declaración de Estambul distan de lograrse en nuestro país. Sobre el potencial del mercado regulado para aumentar el suministro de órganos para trasplante es completamente especulativo, en México, incluso podría amenazar el éxito de programas de donación altruista ya establecidos, y en última instancia conducir a una mayor pérdida de vidas. Es evidente, que la disponibilidad de órganos para trasplante está restringida debido a las barreras existentes en la participación de donadores vivos y en la insuficiente adquisición de órganos de donantes fallecidos, es por ello que merecería la pena contemplar otras estrategias para aumentar el número de potenciales donadores como son: mejorar el procedimiento de procuración; optimizar la selección de pacientes finados por muerte cerebral para reducir el número de donaciones descartadas; procurar órganos de donantes finados por muerte circulatoria, lo cual ha resultado efectivo en escenarios como los de países europeos; diseñar programas dirigidos a educar a los candidatos a trasplante sobre la donación del paciente vivo y facilitar su compromiso como potenciales donadores; y el desarrollo de algoritmos avanzados de emparejamiento, con la incorporación del empleo de donantes con grupo ABO Incompatible. (16)

No sólo son indispensables más estudios rigurosos cuantitativos y cualitativos como el de Ambagtsheer et. al., sino también se requieren esfuerzos por integrar la información

que se encuentra disponible. Este autor puntualiza posibles estrategias que resultan aplicables en nuestro panorama nacional como:

- 1) La circulación de encuestas nacionales entre los profesionales de trasplante para documentar los casos domésticos involucrados en comercio de órganos.
- 2) Que los profesionales en el área de trasplante podrían contribuir conduciendo entrevistas anónimas a los pacientes sobre sus motivaciones y experiencias individuales con el comercio de trasplantes
- 3) Podrían realizarse búsquedas puntualizadas dentro de los sistemas de registro de la policía nacional y otras agencias legales, que pudieran ilustrar o revelar los posibles casos de comercio de órganos que no son reconocidos durante las investigaciones judiciales iniciales, lo que puntualiza la necesidad inminente de una mayor coordinación entre CENATRA, COFEPRIS, FGJ, que conlleve una vigilancia más estrecha entre donadores vivos no relacionados.
- 4) Como estrategia final para recolectar y cuantificar los casos, podría considerarse la implementación de un registro internacional que integrará todos estos datos, y que codificara los documentos que se encuentran en las redes de tráfico. (17)

Un artículo publicado por el Dr. Alan Contreras en 2016, reporta el incremento significativo en el número de hospitales autorizados para realizar trasplantes de órganos en los últimos años; sin embargo, esto no ha contribuido a incrementar el número de trasplantes en México, debido a que las instituciones autorizadas tienen bajo volumen de pacientes, y a que otros centros autorizados se encuentran inactivos por cuestiones de financiamiento, de compromiso institucional y de infraestructura insuficiente. Por otro lado, si existiera un potencial donador en un hospital que no tiene

licencia, el donador tiene que ser transferido a un hospital con licencia, lo cual complica la subsistencia del proceso, pero le da seguridad al proceso y a los requisitos para hacerlo; es más bien un tema de detección oportuna y optimización de recursos para identificar a los establecimientos con potencial generador y acreditarlos. (21)

Como se comentó anteriormente, existe UN subsistema Nacional de Donación y Trasplantes donde se sincronizan los esfuerzos de los estados y las Instituciones de Salud, que idealmente debe sincronizar los esfuerzos para facilitar la donación y distribución de órganos; por si fuera poco, los órganos de un donante cadavérico que pertenece a un subsistema, generalmente son asignados a receptores que pertenecen a la misma Institución, independientemente de los tiempos en la lista de espera o del progreso de la enfermedad de otros pacientes pertenecientes a los otros subsistemas, siendo las urgencias de trasplante cardiaco y hepático, las únicas excepciones para tal escenario. Es importante mencionar que existe una lista de espera unificada por CENATRA y regulada por el SIRNT, lo que se segrega son los criterios de distribución perteneciente a cada estado o Institución; por lo tanto, la cantidad de trasplantes realizados por cada subsistema es variable y el acceso a un trasplante será determinado por su propio sistema de salud, por ejemplo, en un paciente con diagnóstico de muerte cerebral confirmada, el Comité hospitalario de la Institución donde se encuentre el potencial donador, será el responsable de tomar la decisión sobre su distribución, lo cual tiene implicaciones éticas y en la práctica, determinando que este proceso será asignado con base en las necesidades médicas, las oportunidades de trasplante y de los beneficios esperados.

Cabe mencionar que a pesar de estas barreras y limitantes, se han logrado observar importantes avances, por ejemplo se han realizado trasplantes de órganos en pacientes VIH positivos, múltiples trasplantes para pacientes con polineuropatía amiloidea, trasplantes combinados de hígado y medula ósea; se han implementado intercambios pareados entre centros de trasplante renal y se han llevado a cabo trasplantes hepáticos de donador vivo tanto pediátrico como adulto; así como también, ha tenido lugar el primer trasplante en Latinoamérica de extremidad superior bilateral. (21)

Dentro del marco mexicano existen muchas áreas de oportunidades, tales como:

1. La referencia oportuna de pacientes con falla orgánica para recibir una evaluación temprana.
2. Es esencial un escaneo confiable, detección oportuna, para todos los potenciales donadores y su evaluación por staff con experiencia.
3. Establecer coordinadores de trasplante a nivel regional, en vez de coordinadores con una base hospitalaria
4. Eliminar obstáculos legales y otorgar permisos para la procuración de órganos en hospitales con experiencia documentada, siempre y cuando sean supervisadas por CENATRA y COFEPRIS.
5. Implementar menor número de centros, con suficientes recursos para llevar los procedimientos a cabo, con mayor compromiso y experiencia en trasplantes. (22)

En países como el nuestro, donde no se provee de cobertura amplia en cuidados de salud, el simple hecho de facilitar la oferta de los cuidados y vigilancia médica post-donación, cubriendo tales costos, ya sea por una aseguradora privada designada

específicamente para ello, o por una entidad establecida por el gobierno, creará la percepción que los donantes están cubiertos y existe un compromiso por procurar su estado de salud, impactando positivamente en sus decisión para donar. Alternativamente, los donantes podrían recibir un suplemento individual que garantice un fondo de compensación por pérdidas o por gastos realizados desde su bolsillo. (18)

- LIMITACIONES

En cuanto a los resultados obtenidos de las estadísticas proporcionadas por el Registro Nacional de CENATRA respecto al turismo de trasplantes, existen pocos casos posibles a considerar, relacionados específicamente con Trasplante renal de donador vivo en paciente extranjero, lo cual en apariencia no resulta un problema grave. Sin embargo, tal y como está codificada la definición de paciente extranjero tanto de donador como de receptor, resulta difícil extraer conclusiones porque entre las variables de la base de datos no se tiene definido si puede ser nacido en extranjero pero nacionalidad mexicana (MEXICANO), nacido en el extranjero y de nacionalidad extranjera (EXTR), o nacido en el extranjero y nacionalidad vacía (EXTR). Por lo que resulta elemental, determinar definiciones que permitan extraer conclusiones que resulten de mayor validez.

CONCLUSIONES

A través del Análisis descriptivo de los datos respecto a Trasplante renal de Donador vivo en Pacientes extranjeros, proporcionados por el Registro Nacional de Trasplantes y su aplicabilidad respecto de la Declaración de Estambul, constatamos que:

1. Existe la necesidad urgente de ampliar la información recabada, dado que estas bases de datos son el instrumento de mayor utilidad con el que se cuenta para garantizar la transparencia de nuestro sistema de trasplantes.
2. Lo anterior constituye una tremenda área de oportunidad para caracterizar estos casos, se requiere mayor puntualización de las variables para realizar un análisis detallado que permita determinar que no representan una alerta sobre actos anti-éticos.
3. En los últimos años, CENATRA ha implementado un evidente esfuerzo considerable en conjunto con instituciones como COFEPRIS y FGJ, en torno a la vigilancia estrecha de trasplantes.
4. Las breves recomendaciones serían entonces, pulir los datos establecidos en el registro, reforzar dicha vigilancia y hacerla aún más estrecha.
5. En la medida en que el Sistema de Registro y de Trasplantes en México, sea más eficiente y se encuentre mejor financiado, se puede alcanzar la autosuficiencia y por tanto reducir los potenciales conflictos con el desequilibrio de órganos disponibles y pacientes en lista de espera para ser trasplantados.

México, liderado por CENATRA, se suma al respeto y apego a los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Estambul, unificando esfuerzos en la prevención y lucha contra los actos de mercantilismo de órganos, mediante la implementación de estrategias y políticas públicas. El punto central radica en procurar el cuidado óptimo de donantes y receptores, garantizándoles procesos estandarizados, transparentes, seguros, y de calidad y confianza pública, a través de la prohibición y criminalización del tráfico de órganos humanos y la trata de personas; mediante el ejercicio de justicia distributiva sin tolerancia a la discriminación; evitando la incidencia en prácticas no-éticas, comprometiéndose con estrictos principios bioéticos, priorizando la dignidad humana, el respeto a la vida y la defensa de individuos y sociedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Transplantation and International Nephrology Society. The Declaration of Istanbul on Organism Trafficking and Transplant tourism. 2018;1–5. Available from: http://gaeba.org/wp-content/uploads/2018/07/Edicion_2018_de_la_Declaracion_de_Estambul_Spanish.pdf
2. Declaration of Istanbul Custodian Group. The History and Development of the Declaration of Istanbul. World Heal Organ [Internet]. 2019; Available from: <https://www.declarationofistanbul.org/>
3. Nephrology T and IS of. The Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Trasplant Tourism. Indian J Nephrol. 2008;183:135–40.
4. Shimazono Y. The state of the international organ trade : a provisional picture based on integration of available information. Bull World Health Organ. 2007;85(12):955–62.
5. Sixty-Third World Health Assembly WHO. WHO Guiding Principles on Human Cel,, Tissue and Organ Transplantation. Cell Tissue Bank. 2010;11(4):413–9.
6. United Nations General Assembly. Strengthening and promoting effective measures and international cooperation on organ donation and transplantation to prevent and combat trafficking in persons for the purpose of organ removal and trafficking in human organs. A/RES/71/322 [Internet]. 2017; Available from: https://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/71/322
7. Europe C of. Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine : Convention on Human Rights an Biomedicine. Eur Treaty Ser. (164):1–10.
8. Council of Europe. Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin. Eur Treaty Ser. (186):1–8.
9. Council of Europe. Council of Europe Convention against Trafficking in Human Organs. Counc Eur Treaty Ser, 2015; (216):1–13.

10. Reyes-Acevedo R, Obrador GT, Alberú-Gómez J, Gracida-Juárez C, Madrigal JA, Aburto-Morales S. Current State and Challenges for Organ Donation and Transplantation in Mexico. *Transplantation*. 2019;103(4):648–50.
11. Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad. Programa anual de Trabajo 2019. Programa Sect Salud 2019-2024. 2019;1–29.
12. Sistema Informático del Registro Nacional de Trasplantes. Estado Actual de Receptores, Donación y Trasplantes. 1er semestre 2019. 2019;10:1–86. Available from:
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/476798/1erSemestre2019.pdf>
13. Ashley Baquero. Josefina Alberú Gómez. El Documento de Aguascalientes. *Rev Investig Clínica*. 2011;63(2):187–97.
14. Third WHO Global Consultation on Organ Donation and Transplantation. Report of the Madrid Consultation: Part 2: Reports From the Working Groups. *Transplantation*. 2011;91(11S):67–114.
15. Martin DE. Comment faire face au trafic d'organes ? Le point de vue du Declaration of Istanbul Custodian Group (How to address organ trafficking? The point of view of the DICG). *Le Courr la Transplant*. 2014;14(2):62–5.
16. Martin DE, White SL. Financial Incentives for Living Kidney Donors: Are They Necessary? *Am J Kidney Dis* [Internet]. 2015;66(3):389–95. Available from: <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2015.03.041>
17. F. Ambagsheer, J. de Jon WMB and WW. On Patients Who Purchase Organ Transplants Abroad. *Am J Transplant*. 2016;16(10):2800–15.
18. Gill JS, Delmonico F, Klarenbach S and AMC. Providing Coverage for the Unique Lifelong Health Care Needs of Living Kidney Donors Within the Framework of Financial Neutrality. *Am J Transplant*. 2017;17(5):1176–81.
19. Capron AM, Delmonico FL, Dominguez-gil B, Martin DE, Danovitch GM, Chapman J. Statement of the Declaration of Istanbul Custodian Group Regarding Payments to Families of Deceased Organ Donors. *Transplantation*. 2016;100(9):2006–9.

20. Delmonico. FL, Ascher. NL. Opposition to irresponsible global kidney exchange. Am J Transplant. 2017;17(10):2745–6.
21. Contreras AG. Organ Transplantation in Mexico. Transplantation. 2016;100(10):1–2.
22. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. Secretaría General. Secretaría de Servicios Parlamentarios. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Trasplantes. Nuevo Reglamento DOF 26-03-2014.

OTRAS FUENTES BIBLIOGRÁFICAS EMPLEADAS, NO REFERIDAS:

23. Salud S de. Programa de Acción Específico. Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos. Programa sectorial de salud 2013-2018. 2018;2–68. Available from: http://cenatra.salud.gob.mx/transparencia/descargas/pae_2013_2018.pdf
24. Madrigal, J. Estrategias para la prevención y combate del tráfico de órganos y turismo de trasplantes en México. Trabajo de Fin de Máster Alianza en Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células 15^a ed. Organización Nacional de Trasplantes. España, enero-abril 2019.
25. Cantú, G. et. al. La cultura de la denuncia en la prevención del tráfico de órganos en la geografía nacional. Revista Mexicana de Trasplantes, 2018; 7: 18-24

ANEXOS

ANEXO 1. LISTA DE ORGANIZACIONES PARTICIPANTES DE LA DECLARACIÓN DE ESTAMBUL

Algerian Society of Nephrology, Dialysis and Transplant		Asian Society of Transplant		Canadian Donation and Transplantation Research Program	
American Society for Histocompatibility & Immunogenetics (ASHI)		Asociación Médica de Coordinadores de Trasplantes (Perú)		Canadian Society of Transplant (CST)	
American Society of Nephrology (ASN)		Austrian Transplantation Society		Canadian Association of Nephrology Nurses and Technologists	
American Society of Pediatric Nephrology (ASPN)		Belgian Transplant Society		Catalan Transplant Society	
American Society of Transplant (AST)		Brazilian Organ Transplant Association (ABTO)		Chilean Society of Transplant	
Arab Society of Nephrology and Renal Transplant		British Transplantation Society (BTS)		Council of Europe European Committee on Organ Transplant (CD-P-TO)	
Argentine Society of Nephrology		Canadian Society of Nephrology		Czech Transplant Society	
Asian Pacific Society of Nephrology (APSN)		Canadian Blood Services			

Danish Transplantation Society



European Society of Organ Transplant (ESOT)



Global Alliance of Eye Bank Association



Ecuador - Ministry of Health



Eurotransplant International Foundation



Grupo Punta Cana - Latinamerican Transplant Coordinator

Egyptian Society of Nephrology and Transplant (ESNT)



European Donation and Transplant Coordinators Organization (EDTCO)



Gulf Cooperation Council (GCC) Transplantation Committee

Emirate Medical Association Nephrology Society (EMAN)



Executive Agency for Transplantation of Bulgaria



Hellenic National Transplant Organization (Greece)



European Federation of Immunogenetics (EFI)



Georgian Association of Transplant



Hong Kong Society of Nephrology



European Heart and Lung Transplant Federation (EHLTF)



German Organ Transplantation Foundation (DSO)



Hong Kong Society of Transplantation



European Kidney Patients Federation



German Society of Nephrology (Deutsche Gesellschaft für Nephrologie)



Hungarian Society of Nephrology



European Renal Association - European Dialysis and Transplant Association (ERA-EDTA)



German Transplantation Society (Deutschen Transplantationsgesellschaft)



Indian Society of Organ Transplant



Indonesian Society of Nephrology



Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)



International Council for Commonality in Blood Banking Automation (ICCBBA)



International Pediatric Transplantation Association (IPTA)



International Pediatric Nephrology Association



International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT)



International Society of Organ Donation and Procurement (ISODP)



International Transplant Nurses Society



Irish Transplant Society

Israeli Medical Association



Israeli Transplantation Society

Italian Society of Organ Transplantation (SITO)



Iberoamerican Council of Organ Donation and Transplant



Japanese Transplant Society



Jordanian Society of Nephrology



Korean Society for Transplant



KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation



Kuwait Transplant Society

La Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)



Latvian Transplant Association



Libyan National Organ Transplantation Program

Libyan Society of Nephrology and Renal Transplant

Liver Transplant Society of India



Macedonian Society of Organ and Tissue Transplant

Malaysian Society of Transplantation



Malaysian Ministry of Health



Mali National Society of Nephrology

Mexican Society of Transplantation

MOHAN Foundation



Transplantation, Italy

Philippine College of Physicians



Mongolia Ministry of Health



Netherlands Transplantation Society



Polish Transplantation Society



Middle Eastern Society of Transplant (MESOT)



New York State Transplantation Council



Renal Association of the United Kingdom



Moroccan Society of Nephrology



NHS Blood and Transplant



Saudi Center for Organ Transplantation



National Health and Medical Research Council (NHMRC)



Organización Nacional de Trasplantes (ONT)



Scandia transplant



National Kidney Foundation, United States



Pakistan Society of Nephrology



Slovak Transplant Society

National Organization of Organ and Tissue Donation and Transplantation (NOD-Lb)



Peruvian Society of Nephrology



Sociedad Argentina de Trasplante



National Transplantation Center, Mexico



Philippine Medical Association



Society of Transplant Singapore

National Transplant Center and National Council for

Philippine College of Surgeons



Société Francophone de Transplantation (SFT)



South African Renal Society



South Africa - Ministry of Health



South African Transplantation Society



South African Tissue Bank Association



Spanish Society of Transplantation Sociedad Española de Trasplante (SET)



Swedish Society of Nephrology

Swedish Transplantation Society

Swiss Transplant Society



Tajik Republican Research Transfusion Centre

The Cochrane Collaboration on Steering Group



The Kidney Foundation of Canada



The Thai Transplantation Society



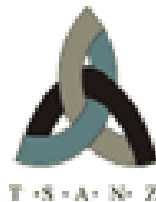
Transplant Agency of Moldova



Transplant Society of Pakistan



Transplantation Society of Australia and New Zealand (TSANZ)



Transplantation Society of Latin America and the Caribbean (STALYC)



Tunisian Society of Nephrology

Taiwan Association for International Care of



Organ Transplants (TAICOT)

Turkish Transplant Society



Uruguayan Society of Nephrology



Uruguayan Transplantation Society

United Network for Organ Sharing (UNOS) United States



Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e.V.



World Transplant Games Federation

