



Red / Consejo
Iberoamericano de
Donación y Trasplante

Newsletter

Vol. IX • N° 1 • Noviembre 2015

Trasplante Iberoamérica

2015

Actividad de
Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células,
y Recomendaciones Aprobadas por el Consejo
Iberoamericano de Donación y Trasplante



Declaración de Asunción en ocasión de los 10 años de la constitución de la Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT).

Desde la constitución de la Red Consejo Iberoamericana de Donación y Trasplante en 2005, los delegados de los países iberoamericanos integrantes de la misma han desarrollado la cooperación entre sus miembros, reconociendo los siguientes logros alcanzados en estos diez años:

- Armonización regulatoria nacional y regional;
- Cooperación para la formación de profesionales especializados en la materia;
- Fortalecimiento de capacidades nacionales como así también de las organizaciones nacionales dedicadas a la donación y trasplante;
- Posicionamiento de la temática en la agenda de salud de los estados y organismos regionales y multilaterales;
- Apoyo y sostén de los Directores, Secretarías Técnicas y Coordinadores que trabajan en la temática en los sistemas nacionales;
- Elaboración de recomendaciones y documentos de consenso de protocolos de intervención y estándares de calidad para optimizar los procesos de donación y trasplante en la región;
- Publicación de newsletters con recomendaciones, registros e información de la actividad en la región,
- Establecimiento de vínculos entre los países miembros para la cooperación técnica y asistencial.

El camino recorrido y los logros alcanzados a través de la cooperación y la integración regional animan a esta Red a seguir afrontando con decisión los desafíos identificados en la actual coyuntura, entre los cuales se identifican:

- Marcada asimetría en el desarrollo de la donación y trasplante entre los países de la región como así también al interior de los mismos;
- Débil posicionamiento aún de la temática de las agendas de salud nacionales e internacionales;
- Idea generalizada de que el trasplante es de difícil acceso o de acceso sólo para una élite;
- Creciente incidencia y prevalencia de la enfermedad renal crónica en la región unidas a una insuficiente respuesta de los sistemas de salud;
- Necesidad de registrar las listas de espera, los operativos de donación y trasplante y el seguimiento de donantes y trasplantados de los países de la región fortaleciendo el DONASUR;
- Necesidad de diseñar políticas de detección precoz de la enfermedad renal crónica debidamente articuladas con las que se promuevan para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles;
- Compromiso con el combate del turismo de trasplante;
- Compromiso a combatir las terapias celulares y medicina regenerativa no comprobadas científicamente;
- Necesidad de posicionar a la donación y trasplante como respuesta terapéutica adecuada a desafíos sanitarios actuales que permiten:

- ⌚ mejor calidad de vida de los pacientes,
- ⌚ mayor sobrevivencia de los pacientes,
- ⌚ gasto más eficiente de los recursos;

La RCIDT reafirma su compromiso con el fortalecimiento de los sistemas de salud de sus países miembros y se propone profundizar aún más la cooperación entre los mismos con el fin de afrontar en forma conjunta las amenazas a la salud pública que afectan a la región.



CONTENIDOS

- INTRODUCCIÓN
 - La Red/ Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante:
una década de colaboración fraternal 3
- RECOMENDACIONES Y DOCUMENTOS
ELABORADOS POR EL COMITÉ DE LA
RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE
DONACION Y TRASPLANTE (RCIDT): 5
 - Recomendación Rec -RCIDT- 2015 (21) sobre el
papel y formación de los profesionales sanitarios
de cuidados críticos y urgencias en la donación
de órganos de fallecidos 7
 - Consideraciones generales sobre gestión de listas de
espera para trasplantes con insuficiencia renal terminal 9
- RESOLUCIÓN CD53.R14: Estrategia para el acceso
universal a la salud y la cobertura universal de salud.
(53.o Consejo Directivo - 66.a Sesión del Comité
Regional de la OMS para las Américas). 13
- RESOLUCION DE LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO
DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA
Y REPÚBLICA DOMINICANA, COMISCA 21
- REGIONAL PERSPECTIVE: The Iberoamerican
Network/ Council On Donation And Transplantation 25
- DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y
TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
(AÑO 2014)..... 33
- MÁSTER ALIANZA EN DONACIÓN & TRASPLANTE DE
ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS 53

NIPO: 680-14-194-5

Reservados todos los derechos. No se puede reproducir, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sin previo permiso de los titulares del Copyright.

Coordinación editorial:



Isabel Collbrand, 10-12
Oficina 140. Planta 5ª
28050 Madrid
Tel.: 913 446 554 - Fax: 913 446 586
www.grupoaulamedica.com
www.libreriasaulamedica.com

PAÍSES QUE INTEGRAN EL RCIDT



ARGENTINA
BOLIVIA
BRASIL
CHILE
COLOMBIA
COSTA RICA
CUBA
DOMINICANA
ECUADOR
EL SALVADOR
ESPAÑA
GUATEMALA
HONDURAS
MÉXICO
NICARAGUA
PANAMÁ
PARAGUAY
PERÚ
PORTUGAL
URUGUAY
VENEZUELA



INTRODUCCIÓN

La Red/ Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante: una década de colaboración fraternal

RAFAEL MATESANZ

Presidente de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes

Parece que fue ayer pero ha pasado ya una década desde que en 2005, la Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno Iberoamericanos alumbraran una serie de redes sanitarias que han tenido un recorrido desigual y entre ellas la RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTES (RCIDT), que probablemente se ha convertido en el mejor ejemplo de cooperación entre países y entre profesionales de todos los países de habla española y portuguesa.

Siempre de la mano de la OPS se ha conseguido tejer un entramado de relaciones personales e institucionales entre nuestros 21 países, que a su vez han servido de modelo al que la OMS iniciaba por las mismas fechas en su estrategia global de donación y trasplante. Afortunadamente la OMS puede ya presentar una buena serie de acciones positivas tales como el establecimiento del GODT (OBSERVATORIO GLOBAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE: <http://www.transplant-observatory.org>) gracias al cual disponemos de un foro oficial con los datos de donación y trasplante de todo el mundo, o la mera existencia de un departamento de trasplantes en Ginebra, gracias al soporte español a este proyecto. Sin embargo, si hablamos en un plano regional, solo América Latina a través de la RCIDT ha conseguido estructurar una línea de cooperación sólida y estable que está permitiendo un fructífero desarrollo de la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células en un ámbito de nada menos que 500 millones de personas.

La RCIDT ha ido integrando sociedades científicas que han ido aportando su valiosa experiencia: STALYC, Coordinadores y Bancos de Tejidos Latinoamericanos, TTS y Grupo Custodio de la Declaración de Estambul. Todos se han incorporado progresivamente a los trabajos de la RCIDT, demostrando una vez más que lo difícil no es crear organismos o instituciones sino consolidarlas, y nosotros lo hemos conseguido.

Durante todos estos años, la autosuficiencia ha venido constituyendo el nuevo paradigma de las políticas de tras-

plante en el mundo y por supuesto en Latinoamérica, y supone tanto la potenciación de los recursos propios con una imbricación activa de los gobiernos en la organización y el desarrollo de los sistemas de trasplantes tendentes a aumentar la oferta de estos tratamientos, así como en políticas de prevención y salud pública que reduzcan la demanda de los mismos. Al mismo tiempo la Declaración de Madrid es un nuevo y claro alegato en contra del turismo de trasplantes. Ésta ha sido sin duda la línea que ha inspirado las acciones de la RCIDT durante sus 10 años de existencia.

Por lo demás la enumeración de los logros obtenidos se ha convertido en un agradable deber de todos los años a la hora de hacer balance: 54% DE AUMENTO DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS desde el inicio del programa, UN TOTAL DE 362 PROFESIONALES DE TODA LATINOAMÉRICA ENTRENADOS EN EL MASTER ALIANZA, a los que habrá que sumar los previstos para la edición de 2016, y los más de 6000 que han recibido el curso de formación en comunicación de malas noticias. UN TOTAL DE 21 RECOMENDACIONES OFICIALES o bien todo tipo de documentos sobre los aspectos más importantes de la donación y el trasplante aprobados a lo largo de estos años y que están sirviendo para estructurar estas terapéuticas en todo el continente y en fin un largo etcétera de acciones contra el turismo de trasplantes, apoyo de procesos legislativos, de registros de pacientes...que ponen de manifiesto una trayectoria firme y un trabajo bien hecho.

Sirvan estas líneas para agradecer a todos los países que han contribuido y contribuyen cada día a hacer realidad estos logros. Son los pacientes de toda Latinoamérica los que se ven beneficiados cada día por el trabajo de todos los que hacen posibles los trasplantes en el continente, y serán también pronto los de todo el mundo quienes se podrán beneficiar de nuestra labor.

Newsletter

Iberoamérica



RECOMENDACIONES Y DOCUMENTOS
ELABORADOS POR EL COMITÉ DE LA
RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE
DONACIÓN Y TRASPLANTE (RCIDT)

Recomendación Rec -RCIDT- 2015 (21) sobre el papel y formación de los profesionales sanitarios de cuidados críticos y urgencias en la donación de órganos de fallecidos

Las Ministras y los Ministros de Salud de Iberoamérica, reunidos en la VIII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud

Considerando que la salud es un componente esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y que los Estados han adquirido compromisos internacionales para alcanzar la cobertura universal y el acceso universal a salud de todos y, en especial, la de los grupos más vulnerables y desfavorecidos.

Teniendo en cuenta la voluntad de impulsar la conformación de un Espacio Iberoamericano de Salud cuyo objetivo es abrir y sostener iniciativas estables de comunicación, de intercambio de buenas prácticas, de diseño de proyectos de cooperación, y de trabajo conjunto entre grupos de profesionales y entre las instituciones de salud de nuestros países.

Considerando el apoyo expresado en la VII Conferencia Iberoamericana de Ministras y Ministros de Salud celebrada en Granada, España, y la aprobación del Reglamento de la Red /Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes presentado en dicha Conferencia, como ejemplo de organización de una red temática institucional que puede ofrecer resultados positivos para los ciudadanos,

Considerando la posterior ratificación de esta Red / Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante en la XV Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno celebrada en Salamanca, España, el 14-15 de Octubre del 2005

Teniendo en cuenta la puesta en marcha de la Secretaría General Iberoamericana como órgano permanente de apoyo a la institucionalización de la Conferencia Iberoamericana

Considerando que:

- El trasplante de órganos es una terapéutica consolidada, eficaz y que salva vidas: un trasplante de órgano con éxito puede ser el único tratamiento disponible para algunas formas de fallo orgánico terminal y es el mejor tratamiento posible, en términos clínicos y de coste efectividad, para la insuficiencia renal crónica;
- El gran déficit de órganos para trasplante y la incapacidad de los países para hacer frente a las necesidades actuales y previsibles de trasplante;
- Que la escasez de órganos da como resultado el fallecimiento de las personas que se encuentran en listas de

espera, deterioro de la calidad de vida de los pacientes que necesitan un trasplante de órganos y costos significativos para los sistemas de salud;

- Que la escasez de órganos es una de las causas fundamentales de la práctica poco ética de la trata de seres humanos con el propósito de la extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos;
- El papel fundamental de los profesionales de las unidades de cuidados intensivos y los departamentos de atención de urgencias y emergencias en la identificación de posibles donantes de órganos y para facilitar la práctica de la donación después de la muerte;
- Que la donación de órganos debe ser considerada como una opción al final de la vida, cuando se hayan agotado todos los esfuerzos por salvar la vida del paciente;
- Teniendo en cuenta la Resolución de la Organización Mundial de la Salud WHA 57-18 de 22 de Junio del 2004 en la que insta a los Estados miembro al establecimiento de recomendaciones y guías que armonicen las prácticas de obtención, procesamiento y trasplante de órganos, tejidos y células, así como la Resolución de Madrid sobre donación y trasplante de órganos, publicada en junio de 2011 y producido en la Consulta Global Tercera de la OMS sobre la donación de órganos y trasplante y, en particular, el llamamiento a la responsabilidad nacional en el cumplimiento de las necesidades de trasplante de los pacientes y las recomendaciones específicas desarrolladas en la consulta para fomentar la concienciación sobre la necesidad de autosuficiencia en el trasplante en los servicios de urgencias y las unidades de cuidados intensivos;
- Teniendo en cuenta la Resolución del 49.º Consejo Directivo de OPS/OMS CD 49/14 Marco de política para la donación y el trasplante de órganos humanos;
- Teniendo en cuenta la Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes, aprobada en mayo de 2008;

El Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante recomienda a los gobiernos de los Estados Miembros de la Red / Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes:

- I Proporcionar un marco legal y ético claro para guiar a los profesionales sanitarios que atienden a los posibles donantes de órganos. Este marco debe-

ría especificar qué prácticas, para facilitar la donación después de la muerte, están permitidas dentro la jurisdicción propia;

- II Ayudar a garantizar, en cooperación con las sociedades profesionales pertinentes, que los profesionales que trabajan en las unidades de cuidados intensivos y los servicios de urgencias reciben una formación continua desde el inicio de su práctica clínica. Esta capacitación debe incluir una orientación clara y armonizada en la detección precoz y la derivación oportuna de posibles donantes de órganos, la comunicación en situaciones críticas y con sus familiares con el fin de ofrecer la opción de donación de órganos, la evaluación de los donantes, la determinación de la muerte, y el mantenimiento de los donantes;
- III Animar a los hospitales para incorporar la donación de órganos como una actividad de rutina en

las unidades de cuidados intensivos y departamentos de atención de urgencias, con la evaluación del desempeño, a través de indicadores de calidad y auditorías;

- IV Fomentar el nombramiento de profesionales designados en unidades de cuidados intensivos y servicios de urgencias donde hay un potencial para la donación de órganos. Esta medida tiene por objeto apoyar la donación después de la muerte dentro de esas unidades y facilitar la remisión adecuada y oportuna de posibles donantes de órganos para trasplante a los coordinadores de trasplante y / o las organizaciones de obtención de órganos pertinentes;
- V Apoyar el desarrollo de la investigación científica y de los servicios de salud en el campo de la donación después de la muerte dentro de la comunidad de cuidados intensivos y atención de urgencias.

Consideraciones generales sobre gestión de listas de espera para trasplantes con insuficiencia renal terminal

En el presente trabajo nos referiremos en específico al listado de receptores renales; los correspondientes a otros órganos deberán ser particularizados ya que por lo regular al ser menos, no generan los conflictos que se observan en la Lista de Espera Renal.

Conocedores de que muchos países disponen de normativa para la gestión de lista de espera, hemos querido definir principios bioéticos y lineamientos generales que sirvan de referencia a los países que no disponen de las mismas o ayuden a reformular a otras, en vías de revisión.

Selección del receptor de riñón de cadáver, principios generales:

Para asegurar que la asignación de riñones entre los pacientes en Lista de Espera con criterios éticos de Justicia, se recomienda que la Lista de Espera para Trasplante Renal sea única, gestionada por un organismo (Dirección Nacional de Donación y Trasplantes,) que represente el Estado en materia de donación y trasplante, preferiblemente dependiendo de un software que contenga los criterios médicos protocolizados y consensuados por las Sociedades Científicas y aprobados por la entidad rectora de salud del país correspondiente.

Inclusión en Lista de Espera

Se basará en el principio de equidad, por el que todo paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC), tiene los mismos derechos de poder ser estudiado para su inclusión en Lista de Espera de Trasplante renal sin discriminación por su condición social, política, laboral o religiosa. Las causas de no inclusión deberían estar basadas en criterios médicos protocolizados y consensuados por la entidad rectora de salud, las Sociedades Científicas o por negativa del receptor.

Las unidades de diálisis o las consultas de ERCA (Enfermedad Renal Crónica Avanzada) deberán ser las responsables de los estudios de idoneidad para el trasplante renal que incluirán antecedentes personales, familiares, analítica general y pruebas de histocompatibilidad así como los estudios complementarios en concordancia con las exigencias de los protocolos de preparación adoptados por cada país.

Estos protocolos de preparación deberán ser completados sin demora y en tiempo determinado para que estos pacientes no pierdan oportunidades y puedan optar por su inclusión en la lista de espera.

Deberá reglamentarse que en caso de dilaciones no justificadas en tiempo determinado se limitará el pago de las diálisis a las unidades que no cumplan los tiempos requeridos y los pacientes que entiendan que son sujetos a dilaciones podrán por vía de la dirección nacional de donación y trasplantes hacer conocer su caso.

La inclusión en la lista de espera será voluntaria y su negativa a ser incluido en la misma deberá estar firmada por el paciente o tutor, cuya decisión podrá ser revocada cuando el paciente lo considere.

La lista de espera será ordenada de acuerdo a criterios de priorización basados en parámetros técnicos y éticos previamente establecidos y verificables con la finalidad de:

1. Prevenir períodos de espera en lista mayor a 5 años.
2. Lograr un buen match HLA para una mejor evolución del injerto.
3. Lograr un balance regional/nacional entre procuración y trasplantes
4. Mejorar la logística para disminuir la isquemia fría.
5. Mejorar la relación en edad de donante -receptor

Ya que los criterios de distribución y asignación de órganos deben ser aceptados por los programas de trasplantes involucrados y considerados como justos y equitativos por los pacientes en espera y por la sociedad, estos deberán ser públicos, explícitos y fácilmente verificables.

La selección de un receptor en lista de espera exige la adopción de unos criterios de Justicia Distributiva que sean públicamente defendibles

- **Justicia Utilitarista** (normas de justicia que redunden en el mayor bien para el mayor número, obtener el máximo beneficio con el mínimo riesgo)
- **Justicia de Principios** (como distribuir los bienes, igualdad en el acceso a los recursos o nivel de salud mínimo e igual para todos).
- **Transparencia**, tanto para los criterios de exclusión, como en los criterios de selección final o de distribución de órganos

En estos criterios deben cumplirse tres principios fundamentales para que el racionamiento de órganos sea de forma transparente, justa y susceptible de verificación:

Equidad: todos los pacientes deben tener acceso al trasplante en igualdad de condiciones, no debe influenciar ningún tipo de discriminación o presiones de tipo social, económica, política o religiosa.

Rendimiento Óptimo: Dada la escasez de órganos, debe lograrse establecer una relación donante receptor que ofrezca perspectivas de máxima supervivencia y calidad de vida.

Reglas claras: Una gran parte de los elementos que se definen como prioridades estarán en competencia entre sí y rara vez se podrán satisfacer simultáneamente. Para lograr una máxima transparencia será necesario establecer una sistemática que permita una selección justa donde el grado de emergencia y el rendimiento óptimo logren la resultante más eficiente.

Anexo

EJEMPLO DE SISTEMA DE PRIORIZACIÓN PARA LA ASIGNACIÓN DE RIÑONES A LOS RECEPTORES EN LISTA DE ESPERA.

Se establecerá un orden preferencial de asignación de órganos en los siguientes casos:

Urgencia clínica: Pacientes con agotamiento de los accesos vasculares y peritoneales para hemodiálisis y diálisis peritoneal, que dependen del trasplante para sobrevivir a corto plazo. Deberán presentar: Compatibilidad ABO y prueba cruzada negativa con linfocitos T en suero actual y reciente (6 meses) n puntos.

Hiperinmunizados: Pacientes que presenten anticuerpos citotóxicos contra más del 75% del panel en el último año (más de dos determinaciones en ese periodo de tiempo). Deberán presentar: Compatibilidad ABO y prueba cruzada negativa con linfocitos T y B en suero actual y del último año y una compatibilidad mínima establecida para cada caso 1 DR, n puntos.

Lista nacional pediátrica: Pacientes con menos de 18 años con IRC demostrada pudiendo encontrarse en situación de prediálisis. Deberán presentar: Compatibilidad ABO y prueba cruzada negativa con linfocitos T en suero actual, se tendrán en cuenta requisitos especiales para cada paciente como: tamaño, peso y edad máxima del donante n puntos.

Resto de lista de espera: Pacientes no incluidos en ninguno de los apartados anteriores, o no prioritarios, se ordenaran teniendo en cuenta tres aspectos: Grado de compatibilidad, edad del receptor y antigüedad en la lista de espera.

Se aplicará la compatibilidad ABO de la siguiente manera

Donante grupo sanguíneo O

Receptores O y B

Receptores A y AB

Donante grupo sanguíneo A:

Receptores A y AB

Donante grupo sanguíneo B:

Receptores B y AB

Donante grupo sanguíneo AB:

Receptores AB

Grado por Histocompatibilidad: Pacientes con reactividad menor contra el 50% del Panel (PRA) en el último año:

Ej:

0IC en DR +B+A n. puntos

0IC en DR +B n.

1IC en DR +B n.

0IC en DR +2ICen B n.

1IC en DR +1ICen B n.

1Icen DR n.

En caso de pacientes hiperinmunizados con (PRA>50%) en el último año:

Ej:

0 IC en A+B suma n. puntos

1 IC en A+B suma n.

Edad del donante / receptor:

Debe existir preferiblemente una relación donante receptor, a menor edad preferiblemente donantes jóvenes y a mayor edad donantes más añosos.

Los riñones provenientes de donantes cadavéricos de treinta (30) años o más no se distribuirán en la lista de receptores pediátricos.

Los riñones provenientes de donantes cadavéricos menores de treinta (30) años serán distribuidos en primer término en la lista de receptores pediátricos, en caso de no asignarse en dicha lista, se seguirán las normas generales de distribución.

Casos especiales:

No se procuraran órganos de donante cadáver que presente alguno de los siguientes marcadores virales positivo: HIV, VHBsAg y VHC y siempre se procederá con el trasplante previa verificación de los resultados de los exámenes, excepto en los centros que tengan receptores para estos casos.

Los centros de trasplante que rechacen un órgano de más de 60 años sin patología asociada, a excepción de los centros pediátricos, deberán presentar un justificativo técnico frente a la negativa.

En caso de procuramiento de un donante cadáver ≥ 60 años es responsabilidad del equipo trasplantador realizar una evaluación médica (biopsia renal en los casos posibles), comunicando su resultado a la Dirección Nacional de Donación y Trasplantes, EN CASO DE TENER OR-

GANOS CON CRITERIOS EXPANDIDOS DEBERÁN SER PARA RECEPTORES EXPANDIDOS.

Ningún centro puede rechazar riñones de donantes cadáver aduciendo al tiempo de isquemia fría si esta es ≤ 24 horas. El centro puede rechazar ese donante si calcula que se sobrepasará ese tiempo por distintos motivos, incluida la ubicación y el traslado del paciente al centro de trasplante. En el informe de la Causa de No Trasplante debe especificarse claramente la situación y comunicar a la Dirección Nacional de Donación y Trasplantes.

Toda situación no contemplada en el presente protocolo será considerada como de excepción y deberá ser fun-

dada y documentada, para su tratamiento y resolución por la Dirección Nacional de Donación y Trasplantes.

Antigüedad en lista de espera:

Se suman n. puntos por cada año completo de estancia en diálisis.

En retrasplantados, se restará n. puntos el tiempo de duración de trasplantado.

Los donantes vivo relacionados se verificará la condición de familiaridad de cuarto grado o menos y deberán presentar: Compatibilidad ABO y prueba cruzada negativa con linfocitos T en suero actual.

Newsletter

Trasplante Iberoamérica



RESOLUCIÓN CD53.R14: ESTRATEGIA
PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA
SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE
SALUD. (53.O CONSEJO DIRECTIVO -
66.A SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE
LA OMS PARA LAS AMÉRICAS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

53.º CONSEJO DIRECTIVO

66.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS

Washington, D.C., EUA, del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014

CD53.R14

Original: español

RESOLUCIÓN

CD53.R14

ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

EL 53.º CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo considerado la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* presentada por la Directora (documento CD53/5, Rev. 2);

Tomando en cuenta que la Constitución de la Organización Mundial de la Salud establece como uno de sus principios básicos que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”;

Consciente de que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad;

Reconociendo que las políticas e intervenciones que abordan los determinantes sociales de la salud y fomentan el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad, son un requisito esencial para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Reconociendo que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se enmarcan en los valores y principios de la atención primaria de salud en el espíritu de Alma-Ata;

Observando que los países de la Región reafirmaron su compromiso con la cobertura universal de salud en el 52.º Consejo Directivo de la OPS (2013), mediante la aprobación del Plan Estratégico de la OPS 2014-2019, y su participación activa en otros espacios internacionales, como la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) del 2012, la resolución A/RES/67/81 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2012), la Declaración de Panamá para reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil (2013), y la resolución WHA67.14 (2014) de la Asamblea Mundial de la Salud sobre *La salud en la agenda para el desarrollo después del 2015*; y notando que actualmente el debate está orientado hacia asegurar vidas más saludables y la promoción del bienestar como objetivos clave;

Observando los logros recientes alcanzados en el ámbito de la salud en toda la Región de las Américas, debidos en parte al desarrollo económico y social de los países, la consolidación de los procesos democráticos, el fortalecimiento de los sistemas de salud y el compromiso político de los países de abordar las necesidades de salud de la población;

Reconociendo que, a pesar de los avances logrados, existen grandes desafíos; que la Región sigue siendo una de las más inequitativas del mundo; que el proceso para reducir la inequidad en salud se hace más complejo debido a los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que demandan respuestas diferentes e innovadoras de los sistemas y servicios de salud; y que en la Región persisten problemas de exclusión y falta de acceso a servicios de calidad para amplios sectores de la población, especialmente los grupos en mayor situación de vulnerabilidad;

Observando que los esfuerzos de fortalecimiento y transformación de los sistemas de salud en los países de la Región han generado importantes conocimientos y experiencias que facilitarán el avance continuo hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

Reconociendo que el avance hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requiere esfuerzos para superar la exclusión, la inequidad, y las barreras al acceso y uso oportuno de servicios de salud integrales;

Reconociendo la importancia de priorizar el fortalecimiento de los sistemas de salud y la adopción de políticas integradas e integrales para abordar los determinantes sociales y las inequidades en salud, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;

CD53.R14

Considerando el nivel de urgencia para la mayoría de los países en fortalecer sus sistemas de salud incluso desde la perspectiva del derecho a la salud donde sea nacionalmente reconocido y promoviendo el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, teniendo como objetivos fundamentales el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; considerando que se requieren acciones estratégicas e integrales que se implementen de manera progresiva y sostenida; y considerando, además, que a medida que se consolidan los procesos democráticos en la Región, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud se convierten en una demanda social cada vez más creciente y estructurada;

Observando que en la estrategia se articulan las condiciones que permitirán a los países orientar y evaluar sus políticas, y medir el progreso hacia el acceso universal a la salud y hacia la cobertura universal de salud;

Reconociendo que cada país tiene la capacidad de definir su plan de acción, teniendo en cuenta su contexto social, económico, político, legal, histórico y cultural, al igual que los retos actuales y futuros en materia de salud;

Reconociendo el proceso participativo utilizado en la formulación de la estrategia, que incluyó consultas llevadas a cabo por los Estados Miembros en coordinación con la Oficina Sanitaria Panamericana, lo cual permitió un debate de calidad con diferentes perspectivas de análisis, así como las contribuciones realizadas por el Grupo de Trabajo de los Estados Miembros;¹

RESUELVE:

1. Aprobar la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*.
2. Instar a los Estados Miembros a que, teniendo en cuenta su contexto, al igual que sus prioridades nacionales:
 - a) establezcan mecanismos formales de participación y diálogo a fin de promover la elaboración y ejecución de políticas inclusivas, y de garantizar la rendición de cuentas al avanzar hacia los objetivos del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - b) establezcan metas y objetivos nacionales, y definan sus planes de acción para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud; y establezcan las prioridades nacionales para el período 2014-2019, de acuerdo con los compromisos establecidos en el Plan Estratégico de la Organización

¹ El Grupo de Trabajo de los Estados Miembros se constituyó por decisión del Comité Ejecutivo en su 154.^a sesión que tuvo lugar del 16 al 20 de junio del 2014, y contó con la participación de representantes técnicos de los países que conforman el Comité Ejecutivo en el 2014 y de los países que participaron como observadores en esa sesión.

Panamericana de la Salud 2014-2019 y el Duodécimo Programa General de Trabajo de la OMS (2014-2019);

- c) definan e implementen un conjunto de acciones para fortalecer la gobernanza y rectoría del sector de la salud; y ejerzan el liderazgo a fin de lograr un impacto en las políticas, planes, legislaciones, regulaciones y acciones extrasectoriales que aborden los determinantes sociales de la salud;
- d) avancen en proveer acceso universal a servicios de salud integrales, de calidad y de ampliación progresiva, que sean coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional; e identifiquen las necesidades insatisfechas y diferenciadas de la población, al igual que las necesidades específicas de los grupos en situación de vulnerabilidad;
- e) definan e implementen acciones para mejorar la organización y la gestión de los servicios de salud mediante el desarrollo de modelos de atención centrados en las necesidades de las personas y las comunidades, aumentando la capacidad resolutive del primer nivel mediante redes integradas de servicios de salud;
- f) mejoren la capacidad de recursos humanos en el primer nivel de atención, aumentando las oportunidades de empleo, con incentivos y condiciones laborales atractivas, particularmente en áreas subatendidas; consoliden equipos colaborativos multidisciplinarios de salud; garanticen el acceso de estos equipos a información de salud y a servicios de telesalud (incluida la telemedicina); introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes, en función del modelo de atención que será implementado para el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
- g) aumenten la eficiencia y el financiamiento público en salud, según sea apropiado, tomando en cuenta que en la mayoría de los casos un gasto público del 6% del PIB es una referencia útil y que estos recursos deben ser dirigidos, cuando corresponda, prioritariamente al primer nivel de atención, a fin de ampliar la oferta de servicios de calidad y de abordar de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas;
- h) avancen hacia la eliminación del pago directo, entendido como el costo que enfrentan los individuos por las tarifas de los servicios de salud, que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios evitando el empobrecimiento y la exposición a gastos catastróficos; el reemplazo de dicho pago directo como mecanismo de financiamiento debe planificarse y lograrse progresivamente, sustituyéndolo por mecanismos mancomunados solidarios que consideren, de acuerdo al contexto nacional, fuentes de financiamiento diversas como contribuciones a la seguridad social, impuestos e ingresos fiscales, a fin de aumentar la protección financiera, la equidad y la eficiencia del sistema de salud;
- i) identifiquen e implementen un conjunto de acciones para mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud;
- j) implementen planes, programas y proyectos para facilitar el empoderamiento de las personas y las comunidades, mediante la capacitación y participación activa, y

CD53.R14

el acceso a la información de los miembros de la comunidad para que conozcan sus derechos y responsabilidades, y puedan asumir un papel activo en la formulación de políticas, en las acciones para identificar y abordar las inequidades en salud y los determinantes sociales de la salud, y en la promoción y protección de la salud.

3. Solicitar a la Directora que:
 - a) use la estrategia para facilitar el liderazgo de las autoridades de salud a fin de promover la movilización de los recursos nacionales en apoyo a la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - b) priorice la cooperación técnica que apoye a los países en el desarrollo de procesos participativos para definir metas y objetivos nacionales, así como planes de acción, para avanzar hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud;
 - c) mida los avances hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud usando los indicadores establecidos en el Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019, e informe sobre los avances mediante los informes bienales de evaluación de la ejecución del Plan Estratégico;
 - d) desarrolle acciones y herramientas para apoyar la implementación de la estrategia;
 - e) promueva la innovación en la cooperación técnica para la transformación o el fortalecimiento de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, actualizando los mecanismos de la Oficina para el apoyo de la cooperación entre países, estableciendo redes de expertos y de gestión del conocimiento, facilitando la documentación y comunicación de experiencias de los países y haciendo uso de las plataformas tecnológicas, de manera coherente con las necesidades y capacidades actuales de los países y las lecciones aprendidas;
 - f) fortalezca los mecanismos de coordinación y colaboración interinstitucionales para lograr sinergias y eficiencia en la cooperación técnica, incluso dentro del sistema de las Naciones Unidas, el sistema interamericano y con otros interesados que trabajan hacia la cobertura universal de salud, en particular con los mecanismos de integración subregional y las instituciones financieras internacionales pertinentes.

(Octava reunión, 2 de octubre del 2014)

Newsletter

Iberoamérica



RESOLUCION DE LA XL REUNIÓN DEL
CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE
CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA
DOMINICANA, COMISCA

RESOLUCION DE LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DE MINISTROS DE SALUD DE CENTROAMÉRICA Y REPÚBLICA DOMINICANA, COMISCA

(SANTO DOMINGO, REPUBLICA DOMINICANA 26 Y 27 DE JUNIO DE 2014)

.....
Considerando

.....
Los compromisos de la Reunión de las Américas en la resolución del 49 Consejo directivo de la OPS/OMS, CD49.R18; las REC-CIDT I al XVII de la Red Consejo Iberoamericana de Donación y Trasplantes (RCIDT); la declaración de Quito sobre terapias celulares; las resoluciones de COMISCA (XXIV,XXXVIII); la consulta de alto nivel de las Américas sobre enfermedades no transmisibles y la Obesidad celebrada en México DF, la LX Cumbre Ordinaria de Jefes de Estado y de Gobierno de los países del SICA; la Declaración de San Salvador; y la resolución del 52 Consejo Directivo de la OPS/OMS, para el abordaje integral de la enfermedad renal crónica, y viendo el trasplante renal como parte del abordaje integral.

.....
Resuelve

Sobre la situación actual de trasplante y donación de órganos en la región.

18. Solicitar el apoyo de la OPS/OMS para que en coordinación con la SE-COMISCA, la Red Iberoamericana de Donación y Trasplante y representantes de los países, actualicen y armonicen los marcos normativos y regulatorios de Donación y Trasplante de Órganos, de acuerdo a las normas internacionales para asegurar el acceso equitativo de la población que lo necesite y proteger los grupos más pobres y vulnerables.

19. Comprometernos a fortalecer las estructuras nacionales en materia de trasplante y Donación de Órganos y solicitar a la SE-COMISCA para que en coordinación con la Red Iberoamericana de Donación y Trasplante y otras instancias aliadas promuevan el intercambio de experiencias y el desarrollo de procesos de capacitación en el tema.

.....

Newsletter

Trasplante Iberoamérica



REGIONAL PERSPECTIVE: The
Iberoamerican Network/ Council On
Donation And Transplantation

REGIONAL PERSPECTIVE: THE IBEROAMERICAN NETWORK/COUNCIL ON DONATION AND TRANSPLANTATION

Authors: Rafael Matesanz¹, Carlos Soratti², M^a Dolores Pérez-Rosales³, on behalf of the Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT)*.

Based on historical, cultural and linguistic similarities, international cooperations between Iberoamerican countries (Portuguese and Spanish speaking nations of the Americas and Europe) have expanded over the years. The proposal for creating an Iberoamerican Network/Council on Donation and Transplantation (Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante - RCIDT) was approved during the 7th Iberoamerican Conference of Health Ministers which took place in Granada (Spain) in September 2005, and subsequently endorsed at the 15th Summit of Heads of States and Governments held in Salamanca (Spain).¹

The RCIDT aims at promoting collaborations in legislative and organizational aspects, professional training, in addition to ethical and social features of organ, tissue and cell donation and transplantation. The network is composed of 21 Spanish and Portuguese speaking countries with representatives officially designated by the corresponding Ministries of Health, with the support of the Pan American Health Organization (PAHO). The project is funded by the Spanish Agency of Cooperation and De-

velopment; the Spanish National Transplant Organization (Organización Nacional de Trasplantes – ONT) holds the permanent secretariat. Since its inaugural meeting in Mar de Plata (Argentina, 2005), RCIDT has held fourteen meetings on an annual or biannual basis.

During its founding years, the RCIDT tackled many different challenges. Health-care systems were usually fragmented, with an important presence of the Private sector covering predominantly live donor transplantation activities. Deceased donation on the other hand had mainly been developed in the Public sector with limited resources for transplant activities. Political instability and lack of leadership by Health Authorities were crude realities, and transplantation had not been included in the political agenda within the region. Transplant legislations did not exist in many countries. The majority of participating countries did not have a national transplant agency and, should it exist, it was frequently separate from the Ministry of Health. Overall, systems were unstructured, with an urgent need for training of donor coordinators, transplant professionals and tissue bankers.

1. Director Organización Nacional de Trasplantes, Madrid. Spain. President Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante.

2. President Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Vicepresident Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante.

3. Advisor Blood Services and Organ Transplants. Medicines and Health Technologies/Health Services and Systems. Pan American Health Organization.

* Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante: Silvia Marisol Paz Zambrana (Bolivia), Heder Murari Borba (Brazil), José Luis Rojas (Chile), María Angélica Salinas Nova (Colombia), Cesar Augusto Gamboa Peñaranda (Costa Rica), Antonio Enamorado (Cuba), Fernando Raúl Morales Billini (Dominican Republic), Diana Almeida Ubidia (Ecuador), Eduardo Manrique Rodríguez Loza (El Salvador), Rudolf García-Gallont (Guatemala), Claudia Aguilar Ponca (Honduras), Salvador Aburto Morales (Mexico), Tulio René Mendieta Alonso (Nicaragua), Cesar Jeremías Cuero Zambrano (Panama), Hugo A. Espinoza (Paraguay), Cesar Augusto Flower Peroné (Peru), Ana Franca (Portugal), Eduardo Martín Escobar and Beatriz Domínguez-Gil (Spain), and Inés Alvarez Saldias (Uruguay), Nelson Hernández (Venezuela). Raúl Mizraji (Sociedad Iberoamericana de Coordinadores de Trasplante – SICT), Alejandro Niño Murcia (Sociedad de Trasplante de América Latina y El Caribe -STALYC), José Navas (Asociación Latinoamericana de Banco de Tejidos - ALABAT), Francis L. Delmonico (The Transplantation Society – TTS & Custodian Group of the Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant tourism).

Address for correspondence:

Rafael Matesanz
Organización Nacional de Trasplantes
C/ Sinesio Delgado 6, pabellón 3
28029 Madrid
Spain
Tel: + 34 902 300 224
Email: rmatesanz@mssi.es
The authors declare no conflict of interest.

Word count: 1,230 words (excluding references, tables and figures)

Regulatory guidance and development

Over the years, a series of recommendations have been produced and adopted by the RCIDT (**Table 1**).² Although not legally binding, these documents compose a regulatory body of references that inspired: i) national legislations in transplantation that were newly enacted in several countries; ii) common ethical approaches to regional problems; iii) the organization of donation and transplantation networks and, iv) professional guidelines and standards.

Inspired by internationally recognized legal standards developed by the World Health Organization (WHO), the Council of Europe and the Declaration of Istanbul on Organ Trafficking and Transplant Tourism, the RCIDT has also implemented a framework of ethical principles guiding the practices of donation and transplantation in Iberoamerica.^{3,4,5,6} These core principles cover aspects such as altruistic donation, justice, respect for the dignity and autonomy of the human being, in addition to equity in organ donation and allocation.⁷ Subsequently, a Declaration against Transplant Tourism in all regions has been developed.⁸

Organizing structures for donation, transplantation systems and professional training

National Transplant Organizations that are linked to the Ministries of Health representing governmental responsibility have been implemented in a series of countries that

lacked this structure (e.g Brazil, Chile, Costa Rica or Panama); in other countries similar organizations have been restructured or reactivated.⁹ Implemented donation and procurement systems have predominantly followed the organizational features of the Spanish model with key roles for in-house donor coordinators that have intensive care medicine as their professional background.¹⁰ At the same time, other models have been built, structured on a network of Organ Procurement Organizations; in other countries mixed models have been established to meet regional needs.

Professional training has been effectively addressed through different initiatives. Through the Alianza Master Program, 344 professionals from Iberoamerican countries have been trained as donor transplant coordinators since 2005 based on the Spanish model¹¹ exemplifying a productive collaborative approach (**Figure 1**). Moreover, additional training courses covering aspects of transplant coordination, deceased donation and transplantation, and the communication of emotionally sensitive news have been offered in participating countries; sessions also included modules of training for future trainers. Finally, courses focusing on quality and safety in the management of tissue banks have been offered.

Addressing Organ trafficking and other transplant related crimes

Transplant tourism, misleading advertisement, and transplant commercialism in several Iberoamerican coun-

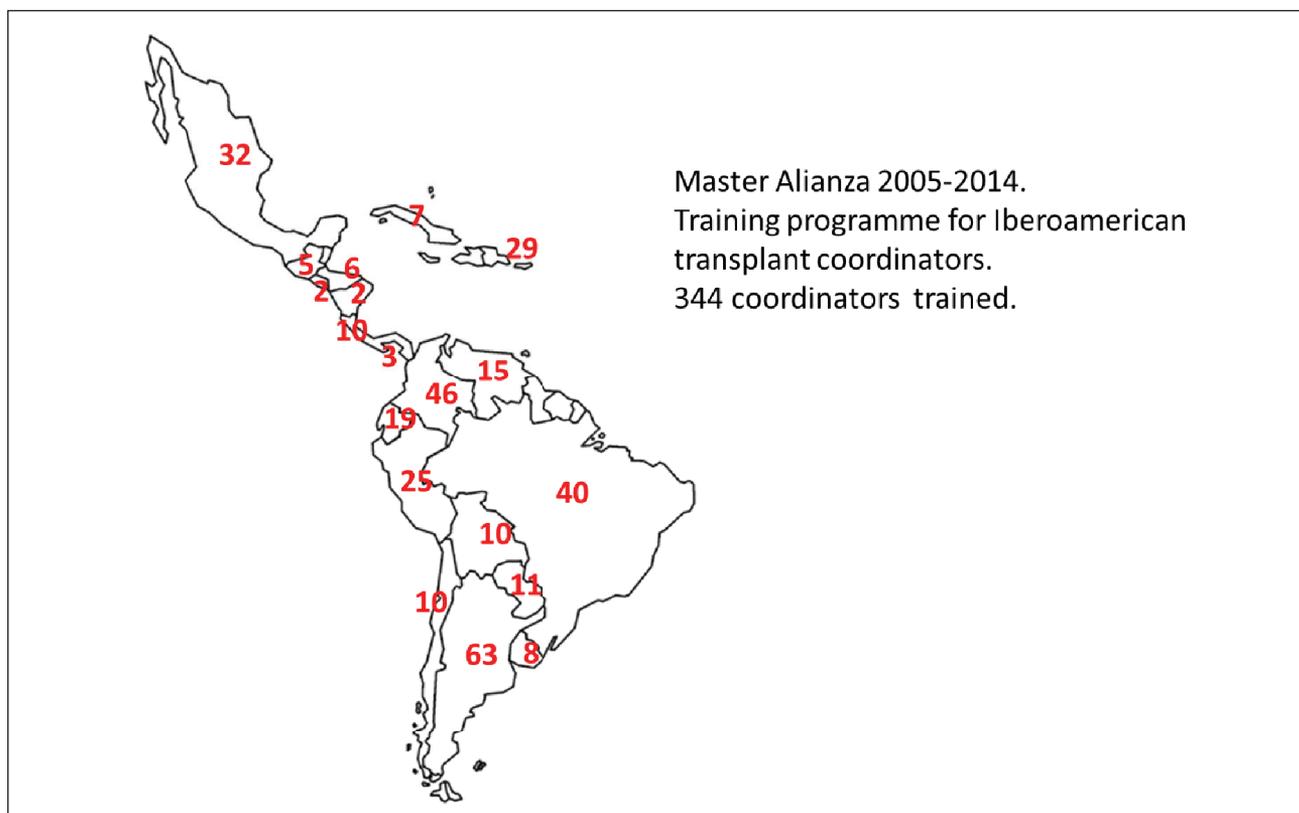


Figure 1: Number of professionals/country trained as donor transplant coordinators in the Alianza Master during the years 2005 to 2014.

Table 1: Resolutions, recommendations and other standards developed by the RCIDT since its creation.

RECOMMENDATIONS AND RESOLUTIONS
Recommendation RCIDT – 2005 (1) on Autologous Cord Blood Banks
Recommendation RCIDT – 2005 (2) on the Role and Training of Professionals responsible for Organ and Tissue Donation (Donor Transplant Coordinators)
Recommendation RCIDT – 2005 (3) on the Function and Responsibilities of a National Transplant Organization
Recommendation RCIDT – 2005 (4) on quality improvement programmes for organ donation.
Recommendation RCIDT – 2005 (5) on Action Plans for the Training of Professionals in Donation and Transplantation.
Recommendation RCIDT – 2006 (6) on Meeting the Organ Shortage (phases of the deceased donation process and areas for improvement)
Recommendation RCIDT – 2007 (7) on Guides for Quality and Safety of Human Tissues and Cells for Clinical Use
Recommendation RCIDT – 2008 (8) on Bioethical Considerations on the Donation and Transplantation of Organs, Tissues and Cells
Recommendation RCIDT – 2008 (9) on Brain Death in Iberoamerica
Recommendation RCIDT – 2009 (10) on Cell Therapies
Recommendation RCIDT – 2009 (11) on Serologic Determinations in Organ Donors
Recommendation RCIDT – 2009 (12) on the Management of the Multiorgan Donor
Recommendation RCIDT – 2009 (13) on the Funding of the National Systems for Organ Donation and Transplantation
Recommendation RCIDT – 2010 (14) to Health Authorities of Member States on Policies related to Cell Therapies
Recommendation RCIDT – 2010 (15) on the Principles applied to the Management of the Waiting Lists for Transplantation
Recommendation RCIDT – 2012 (16) on Communication in Donation and Transplantation
Recommendation RCIDT – 2012 (17) on Management Practices for the Coordinating Agencies and on the Management of Donation and Transplantation in Iberoamerica
Recommendation RCIDT – 2012(18) on Guidelines for Auditing Tissue Establishments
Recommendation RCIDT – 2013 (19) on Vascularized Composite Allografts
OTHER DOCUMENTS
Mar de Plata Declaration on the constitution of the Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante
Quito Declaration on Advanced Therapies with no demonstrated effect
Declaration against Transplant Tourism in Latin America
Consensus Document to Prevent the Transmission of Malignancies through Organ Transplantation
Standards for Processing Laminar Tissue

tries were first addressed at the meeting in La Habana (Cuba, 2008). Discussions at the meeting led to the development of a specific Declaration against Transplant Tourism, calling national authorities into action with legislative and enforcement measures to curtail transplant tourism while offering support to authorities, public and private institutions to identify those promoting and participating in these activities.¹¹ Self-sufficiency in transplantation was established as the paradigm by which citizens should have access to the desired therapy. At the same time, regional and cooperative agreements between countries were established based on equity and solidarity.

The Declaration is being effectively implemented by the RCIDT, as made evident by the case of Colombia where the government has taken action to prosecute and prevent transplant tourism. Supported by the RCIDT, the Colombian government embarked on an amendment to the legislation in place, by which transplantation to non-residents was limited to exceptional circumstances under the approval of the National Institute of Health.¹¹ A recent Supreme Court Verdict demonstrates the effective enforcement of the amended legislation.¹² Of note, while 16.5% of all transplants in 2005 went to non-residents, declining to 0.3% in 2013.^{13,14}

Moreover, representatives at the RCIDT from Costa Rica and Peru played key roles in the investigation of local practices consistent with organ trafficking.^{15,16}

Other activities

A centralized acquisition of immunosuppressants for countries in Iberoamerica has been implemented through the PAHO by the Strategic Fund. This initiative resulted into significant savings. A combined initiative by RCIDT, the Latin-American Association of Tissue Banks (Asociación Latinoamericana de Banco de Tejidos -ALABAT) and PAHO helped implementing the Latin-American Network of Skin Banks providing support in case of major disasters.

International organizations including the Council of Europe, PAHO, professional societies such as Latinamerican Association of Tissue Banks (Asociación Latinoamericana de Banco de Tejidos – ALABAT), Iberoamerican Society of Transplant Coordinators (Sociedad Iberoamericana de Coordinadores de Trasplante – SICT), The Transplantation Society, Transplant Society of Latin America and the Caribbean (Sociedad de Trasplante de América Latina y El Caribe -STALYC), and the Declaration of Istanbul Custodian Group are participating as observers in activities of the RCIDT. Other bilateral and

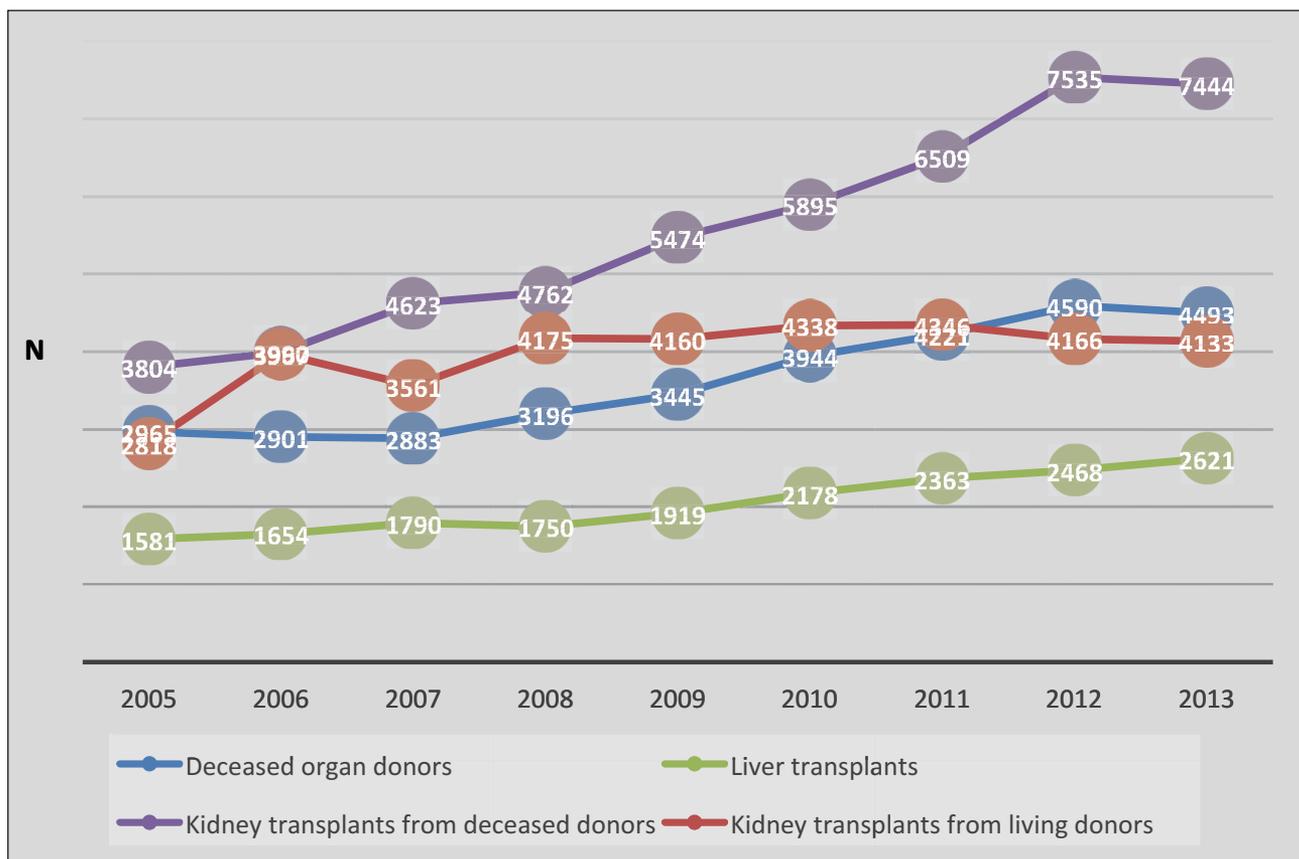


Figure 2: Evolution of deceased donation, kidney and liver transplantation activities in countries represented at the RCIDT from 2005 to 2013. Countries included: Argentina, Brazil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Mexico, Panama, Paraguay, Peru, Dominican Republic, Uruguay and Venezuela.

subregional agreements and conventions such as the Intergovernmental Commission on Donation and Transplantation of the MERCOSUR (2006) have been established.

Conclusions

With the help and support of RCIDT, National Transplant Organizations have been structured and organized as entities under regional Health Authorities in Iberoamerica. Training activities for donor coordinators have been consolidated. In close cooperation with professional societies, initiatives are being developed to harmonize criteria that are aligned with international standards on a wide number

of aspects including the diagnosis of brain death and the evaluation of organ donors. As a result, RCIDT has become a reference for the development of transplant programs in the region. Moreover, RCIDT has become an inspirational model of international cooperation that the WHO is aiming to implement in other regions of the world.

In parallel to those initiatives, deceased donation and transplantation activities are progressively increasing in Iberoamerica (**Figure 2**) and the number of deceased organ donors has increased by an average 52% since the network was founded in 2005.

References

- ¹ Matesanz R, Coll E, Dominguez-Gil B, Mahillo B, Escobar EM, Garrido G. Global Education Initiatives. *Transplantation* 2009;88(7 Suppl):S43-46.
- ² Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. Available at: <http://www.transplant-observatory.org/rcidt/Pages/default.aspx>. Last access: March 2015.
- ³ WHO Guiding Principles on Human Cell, Tissue and Organ Transplantation. Available at: http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22en.pdf. Last access: March 2015.
- ⁴ 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 and Biomedicine. Available at: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/164.htm>. Last access: March 2015.
- ⁵ Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Biomedicine concerning Transplantation of Organs and Tissues of Human Origin. Available at: <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/html/186.htm>. Last access: March 2015.
- ⁶ Organ trafficking and transplant tourism and commercialism: the Declaration of Istanbul. Steering Committee of the Istanbul Summit. *Lancet* 2008; 372: 5-6.
- ⁷ Recomendación - RCIDT – 2008 (8) Consideraciones bioéticas sobre la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células. Available at: <http://www.transplant-observatory.org/SiteCollectionDocuments/amrrecredsp8.pdf>. Last access: March 2015.
- ⁸ Declaratoria de Rechazo al Turismo de Trasplantes en Latinoamérica. Available at: <http://www.transplant-observatory.org/SiteCollectionDocuments/amrresredsp2.pdf>. Last access: March 2015.
- ⁹ The Madrid resolution on organ donation and transplantation: national responsibility in meeting the needs of patients, guided by the WHO principles. *Transplantation* 2011;91 Suppl 11:S29-31.
- ¹⁰ Matesanz R, Domínguez-Gil B, Coll E, de la Rosa G, Marazuela R. Spanish experience as a leading country: what kind of measures were taken? *Transpl Int* 2011;24(4):333-43.
- ¹¹ http://www.elcolombiano.com/BancoConocimiento/T/trasplantes_en_colombia_no_son_para_extranjeros_no_residentes/trasplantes_en_colombia_no_son_para_extranjeros_no_residentes.asp
- ¹² Sentencia T- 1088 de 2012 de la Corte Constitucional de la República de Colombia. Available at: <http://www.corte-constitucional.gov.co/relatoria/2012/t-1088-12.htm>. Last access: March 2015.
- ¹³ Instituto Nacional de Salud. Informe donación y trasplante 2009. Estadísticas. Available at: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Estadsticas/INF_COORD_NAL_MIN-PROT_2009.pdf. Last access: March 2015.
- ¹⁴ Instituto Nacional de Salud. Bogotá. Estadísticas. Volumen 3, 2013. Available at: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Estadsticas/INFORME%20ANUAL%202013%20RED%20DE%20DONACION%20Y%20TRASPLANTES.%20Vol%2003.pdf>. Last access: March 2015.
- ¹⁵ http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/03/17/actualidad/1395023593_353144.html
- ¹⁶ <http://elcomercio.pe/lima/sucesos/poder-judicial-inicio-proceso-penal-ocho-medicos-trafico-organos-noticia-1569019>.

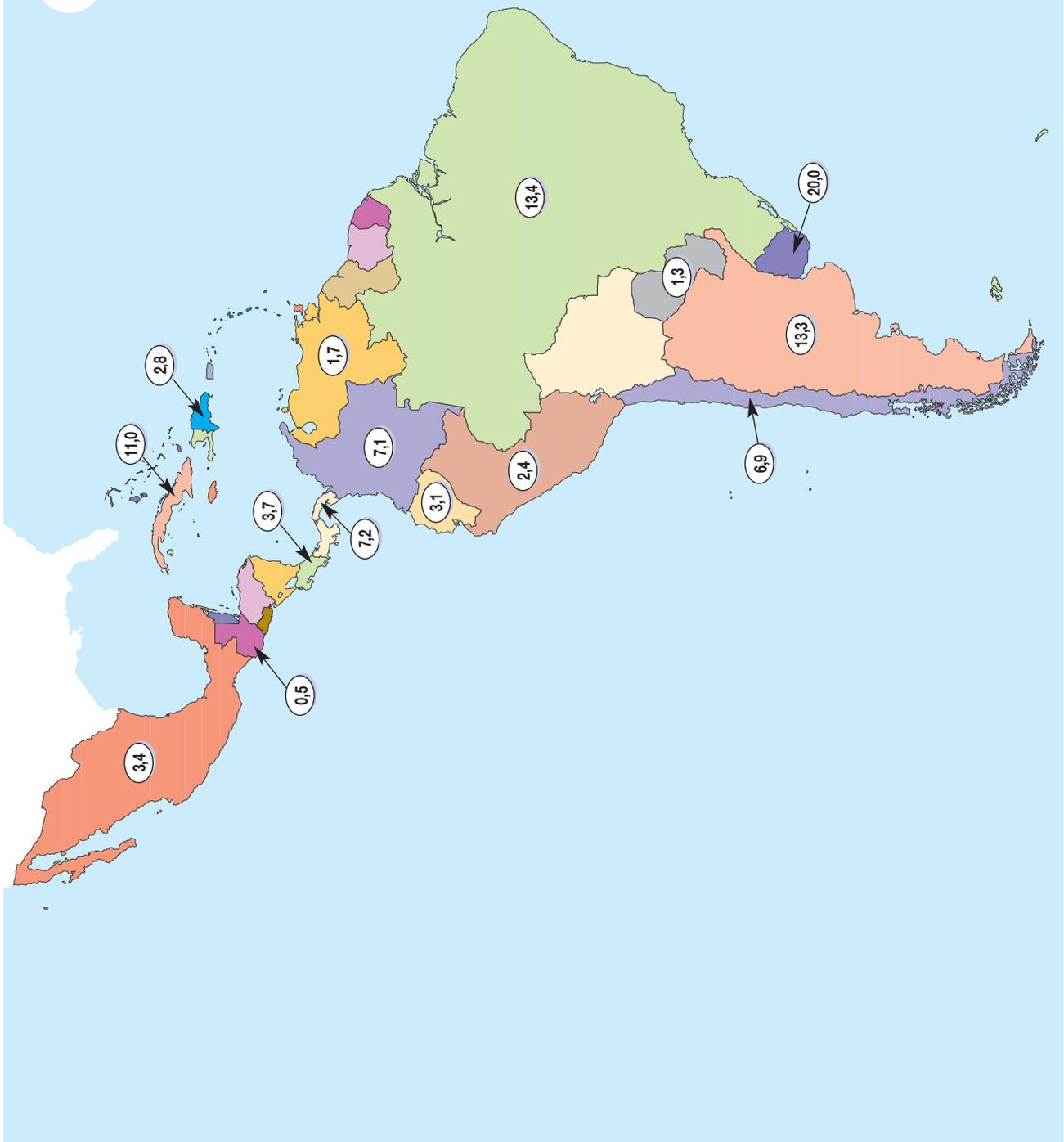
Newsletter

Trasplante Iberoamérica

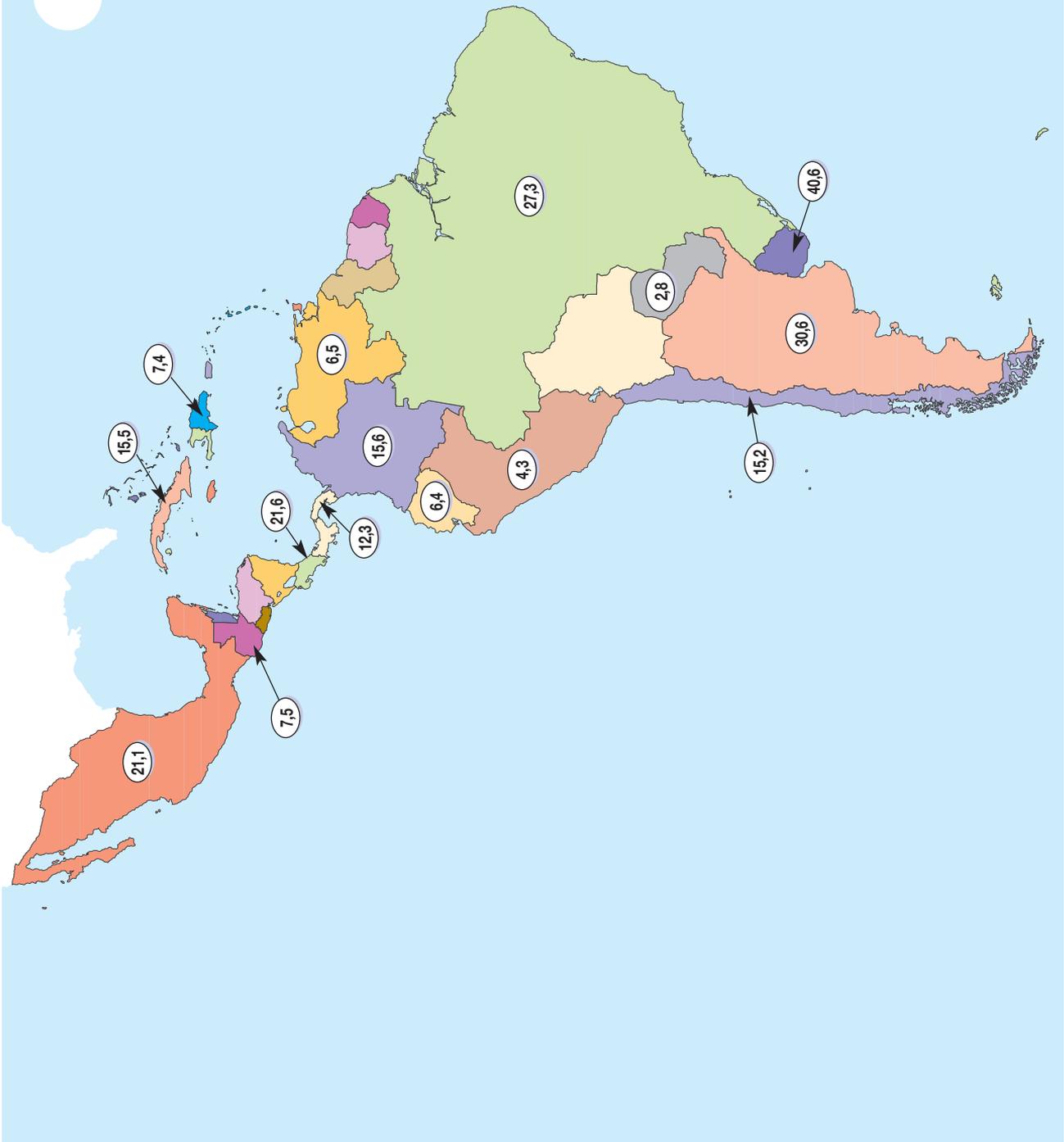


DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE
DONACIÓN Y TRASPLANTE DE
ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS
(AÑO 2014)

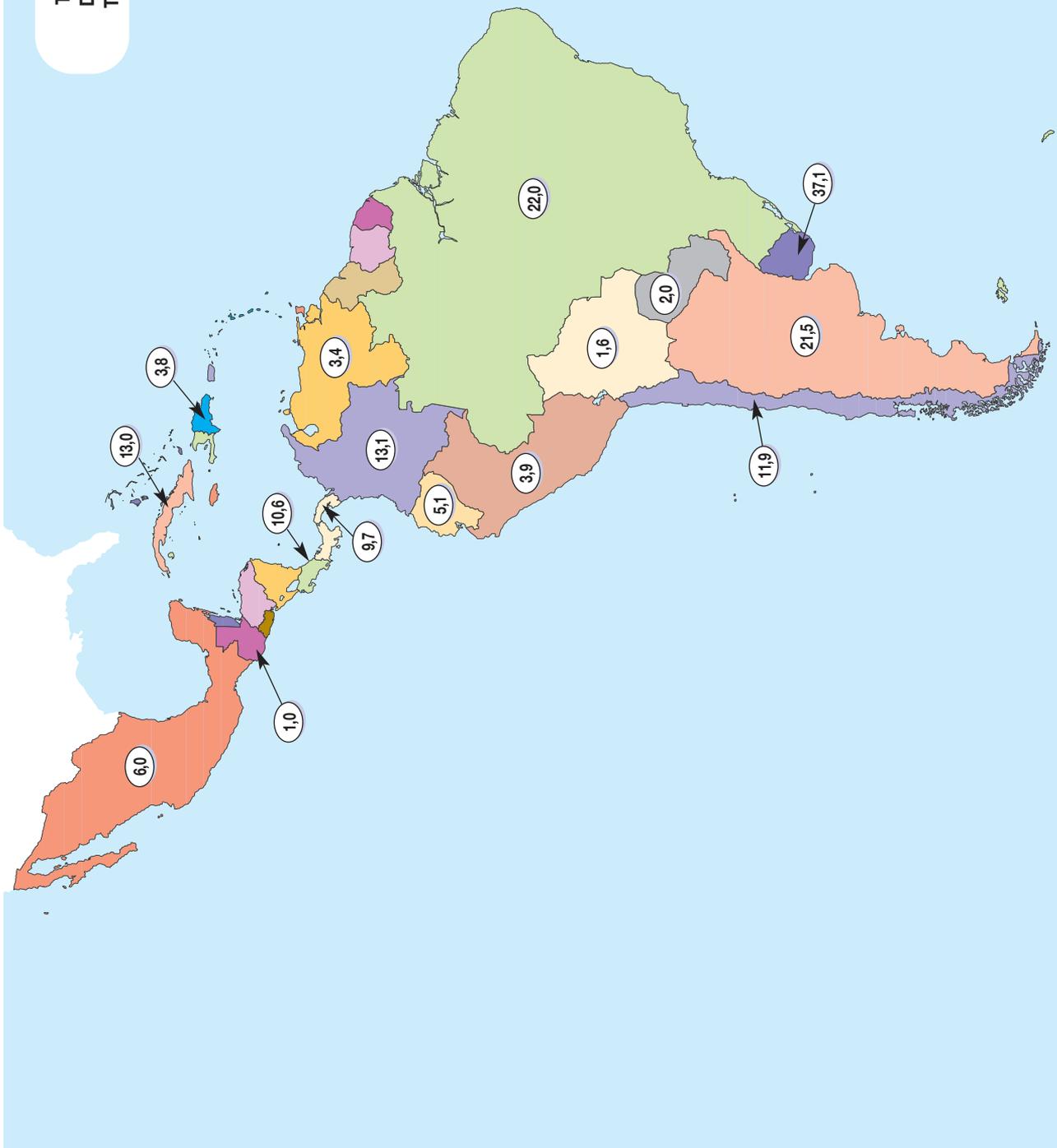
DONANTES FALLECIDOS
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



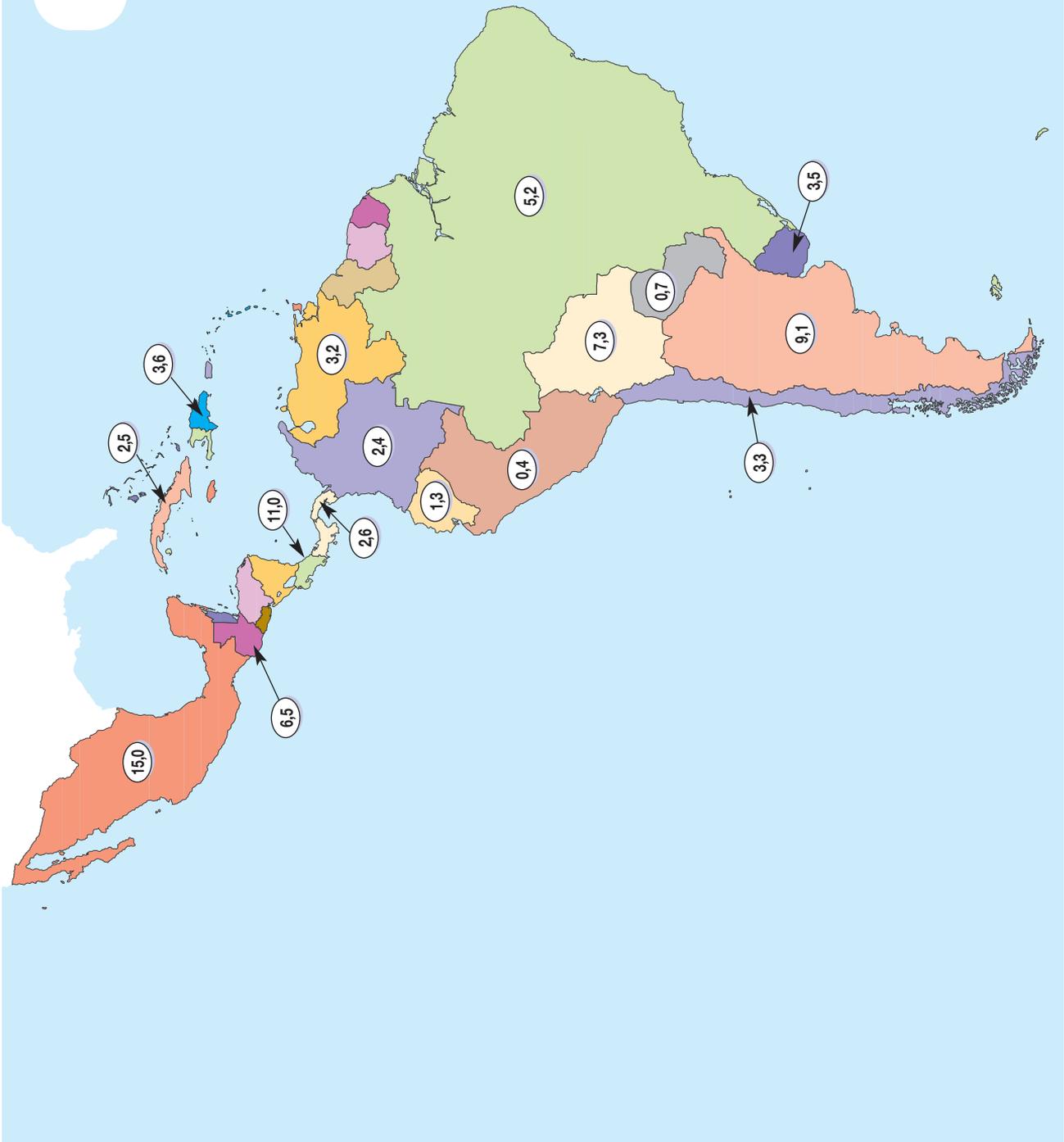
TRASPLANTE RENAL (Total)
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



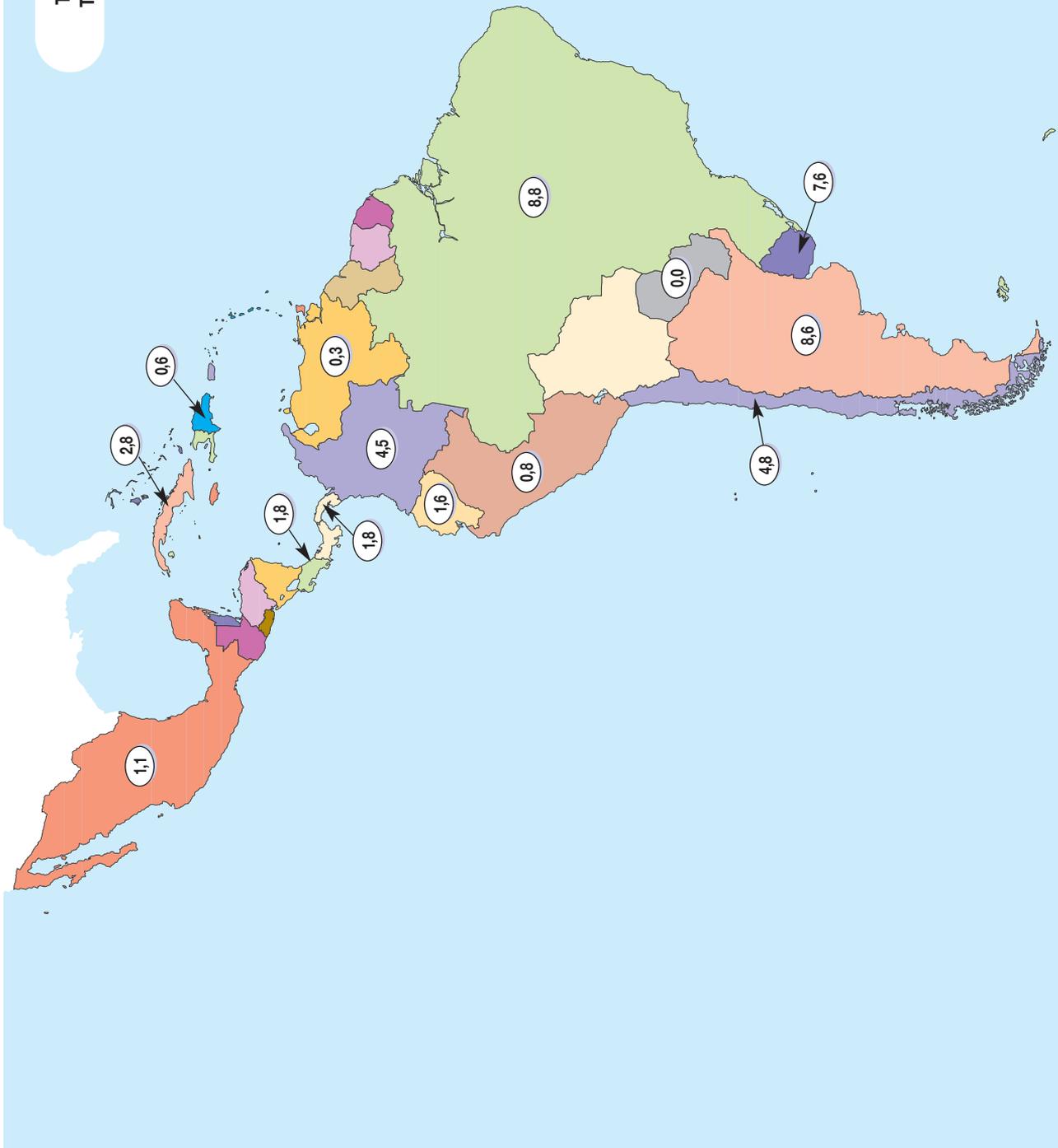
TRASPLANTE RENAL DE
DONANTES FALLECIDOS
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



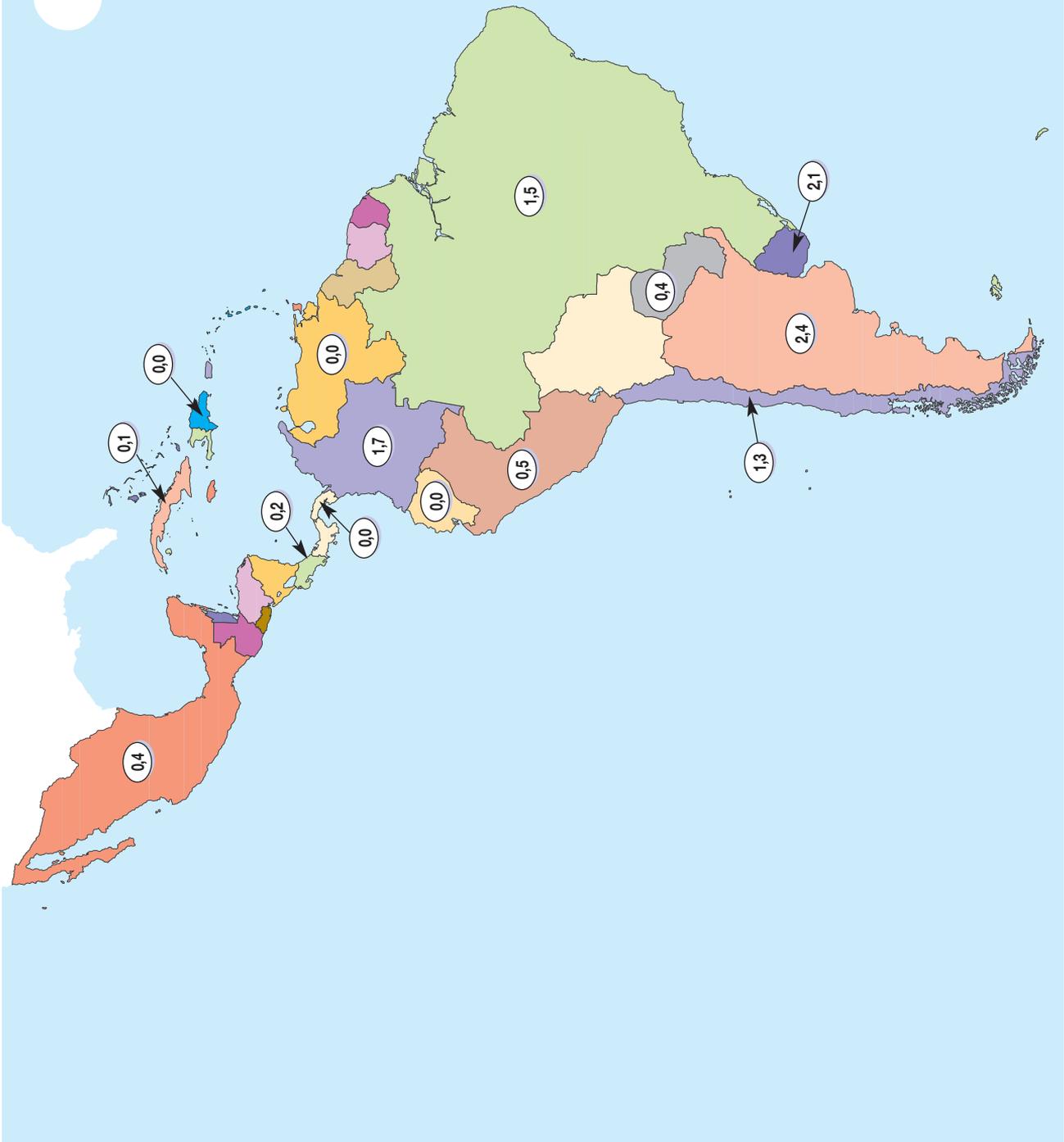
TRASPLANTE RENAL DE
DONANTES VIVOS
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



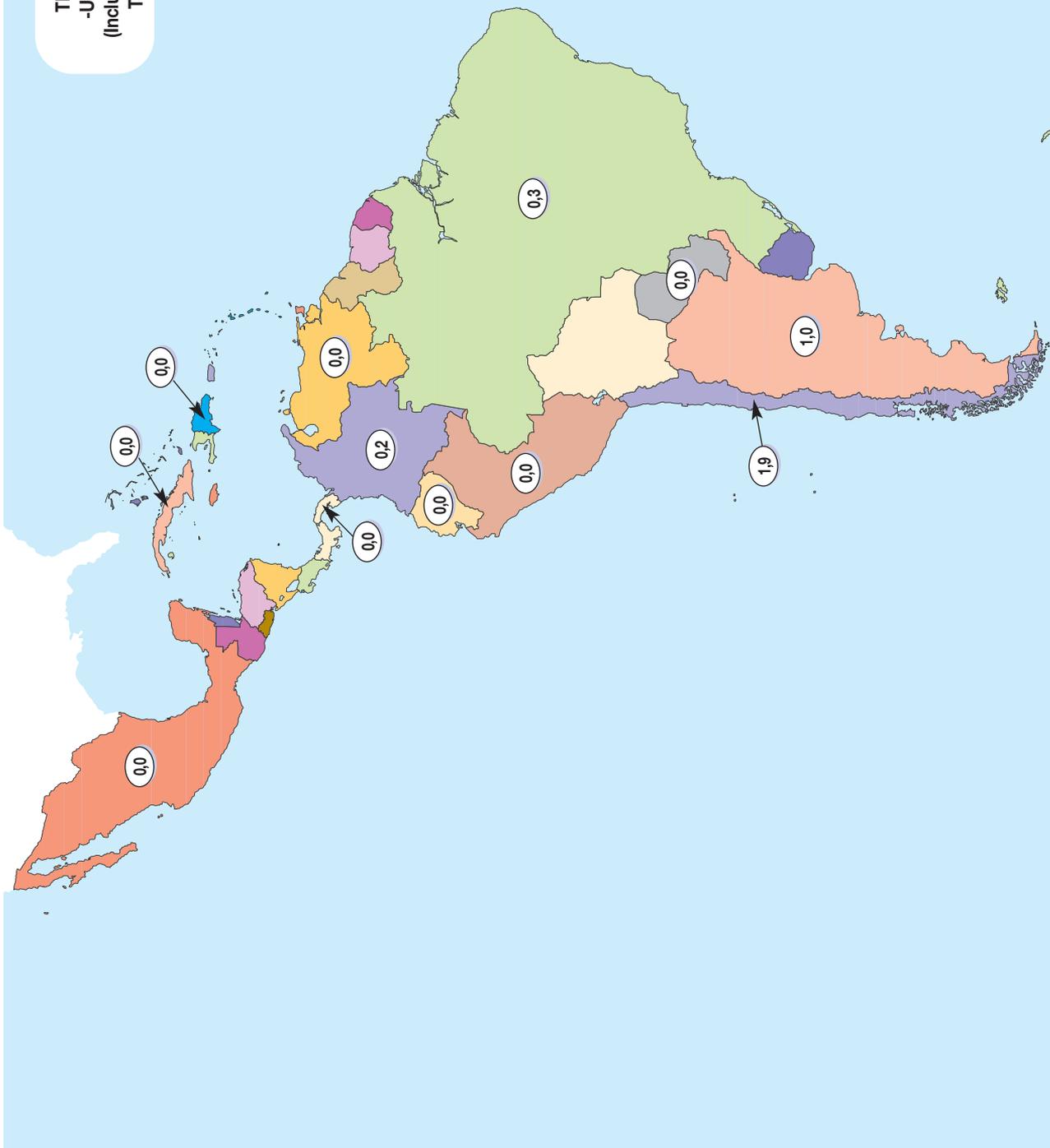
TRASPLANTE HEPÁTICO
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



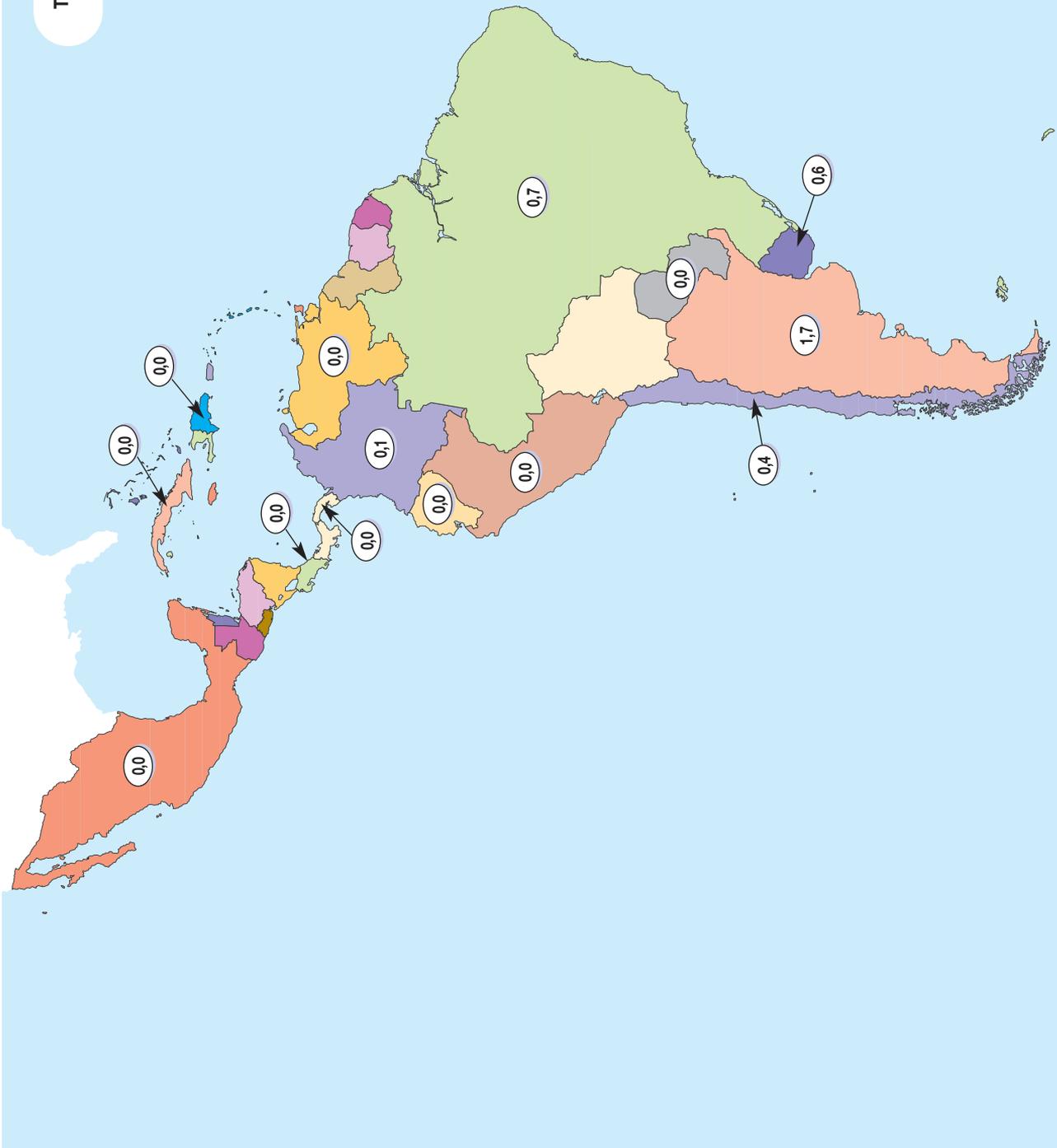
TRASPLANTE CARDÍACO
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



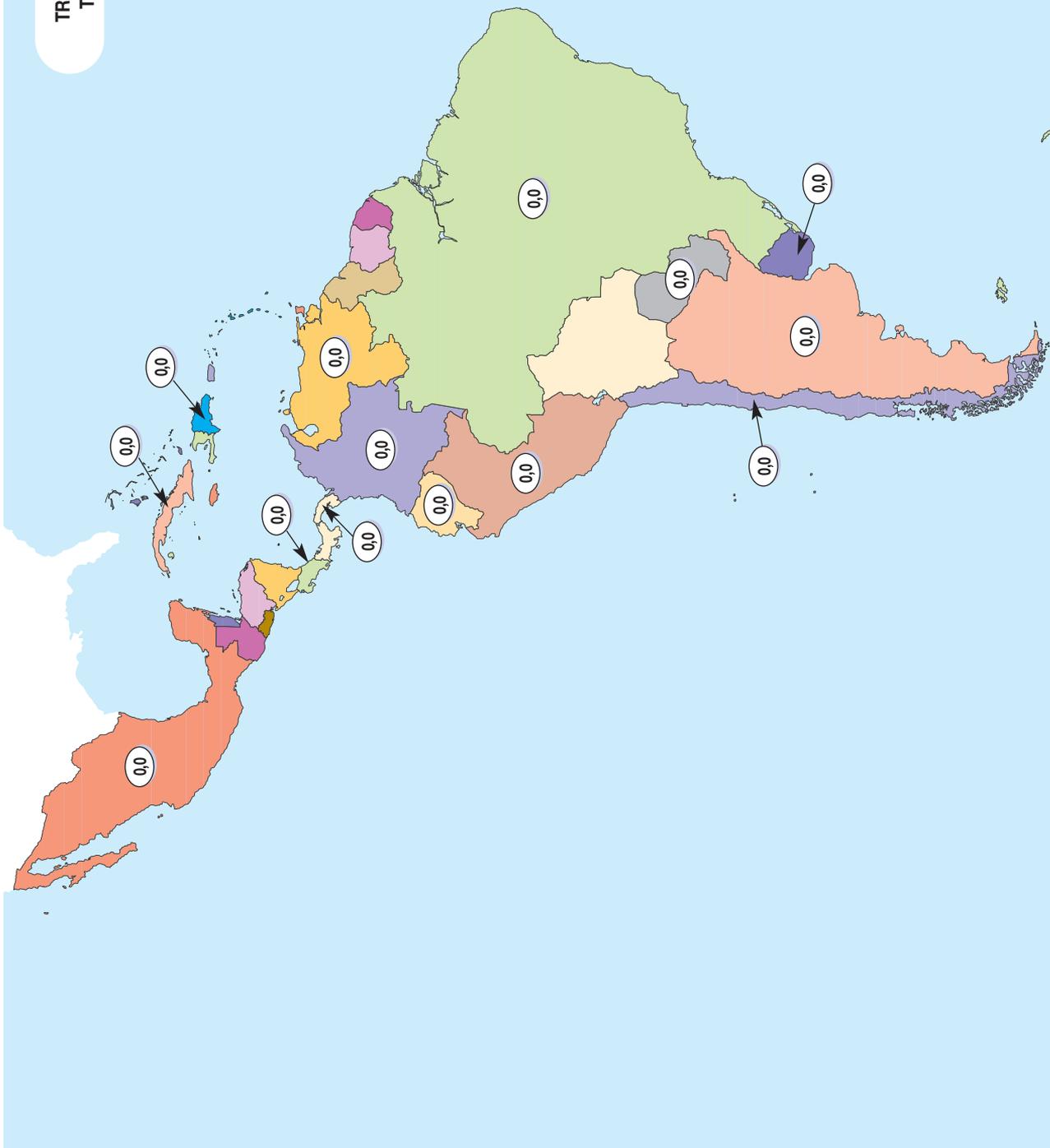
TRASPLANTE PULMONAR
-Unipulmonar + Bipulmonar-
(Incluidos TX. Corazón - Pulmón)
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



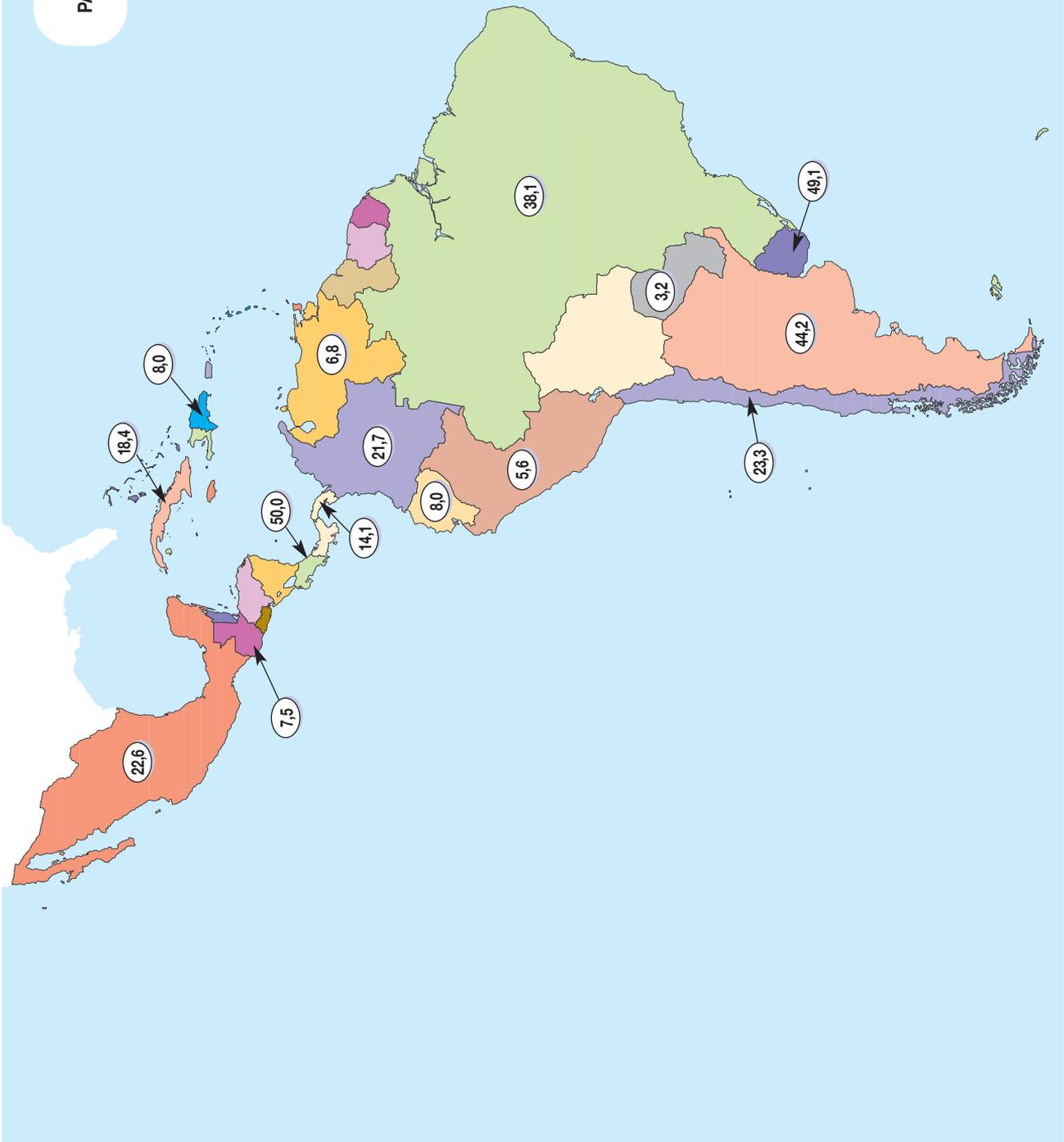
TRASPLANTE DE PÁNCREAS
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



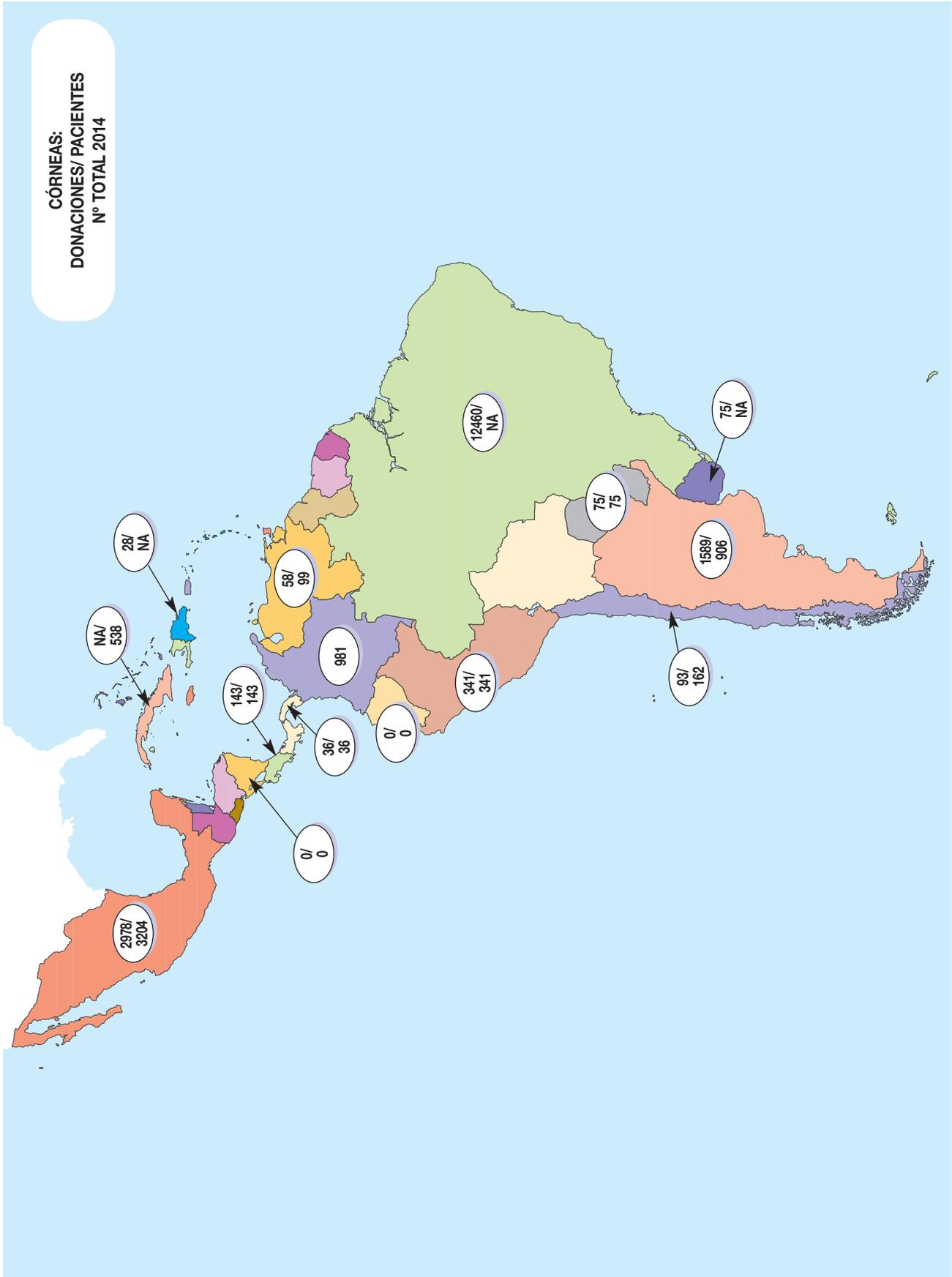
TRASPLANTE DE INTESTINO
TASA ANUAL (p.m.p) 2014

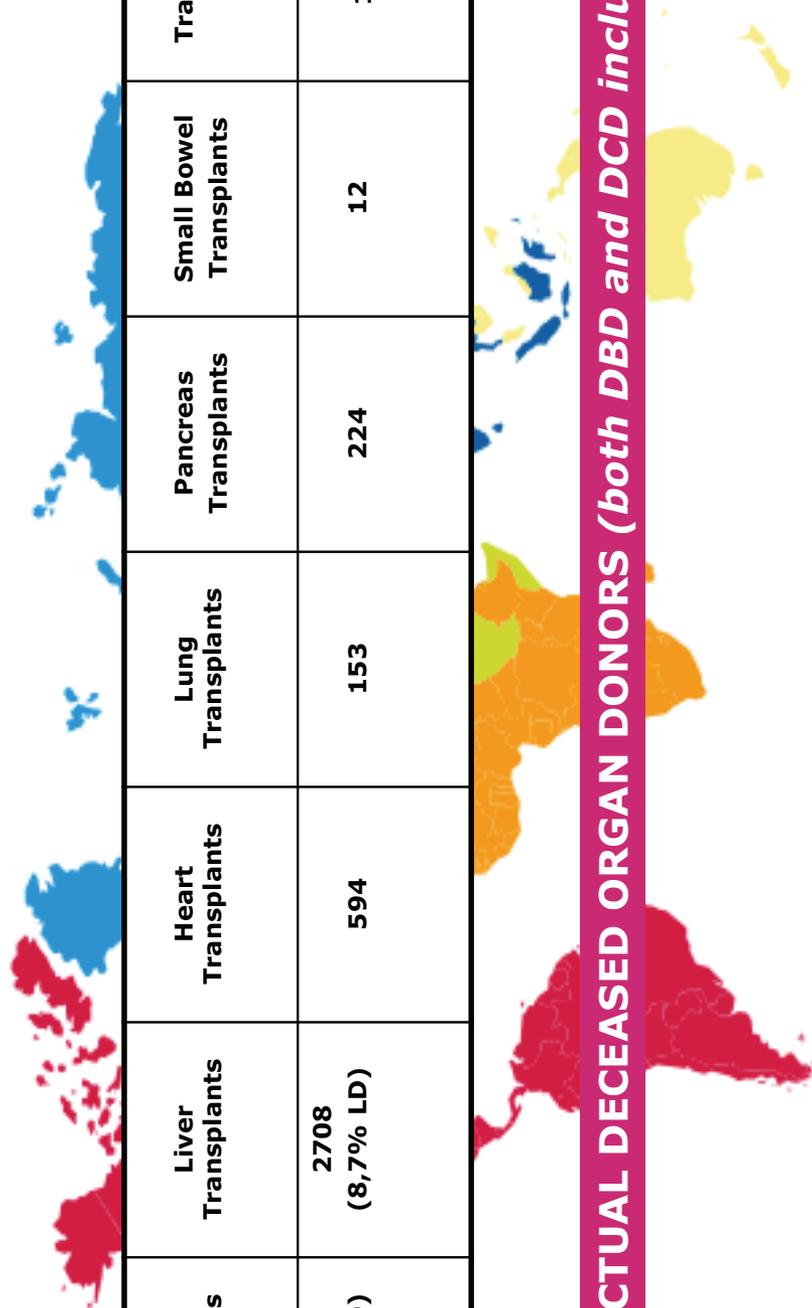


NUMERO TOTAL DE
PACIENTES TRASPLANTADOS
TASA ANUAL (p.m.p) 2014



CÓRNEAS:
DONACIONES/ PACIENTES
Nº TOTAL 2014



LATINAMERICAN COUNTRIES

Kidney Transplants	Liver Transplants	Heart Transplants	Lung Transplants	Pancreas Transplants	Small Bowel Transplants	Transplants
11770 (34,6% LD)	2708 (8,7% LD)	594	153	224	12	15461

4620 ACTUAL DECEASED ORGAN DONORS (both DBD and DCD included)*** 2014 data****N= 16 COUNTRIES (579,6 million inhabitants)**

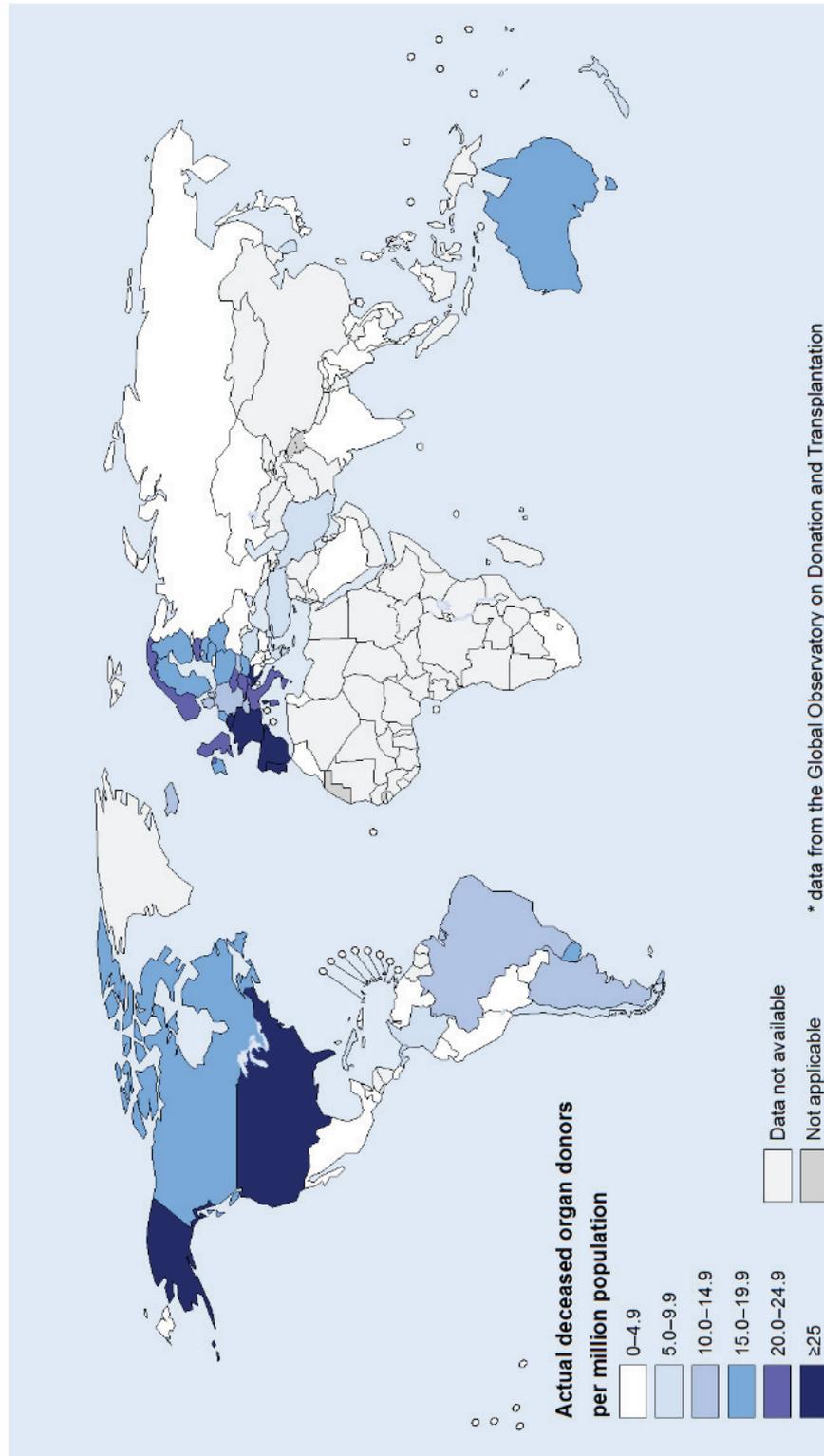
**GLOBAL ACTIVITY IN ORGAN TRANSPLANTATION
2013 ESTIMATES**

Kidney Transplants	Liver Transplants	Heart Transplants	Lung Transplants	Pancreas Transplants	Small Bowel Transplants
79325 (41,9% LD)	25050 (18,3% LD)	6270	4834	2474	174

118127 SOLID ORGANS REPORTED TO BE TRANSPLANTED

- Information of 112 Member States on organ transplantation activities is included in the GODT: 95 of 2013, 3 of 2012, 5 of 2011, 3 of 2010, 2 of 2009, 4 of 2008.

Actual donors from deceased persons, 2013*



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Observatory on Donation & Transplantation. Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI), World Health Organization



World Health Organization
© WHO 2015. All rights reserved.



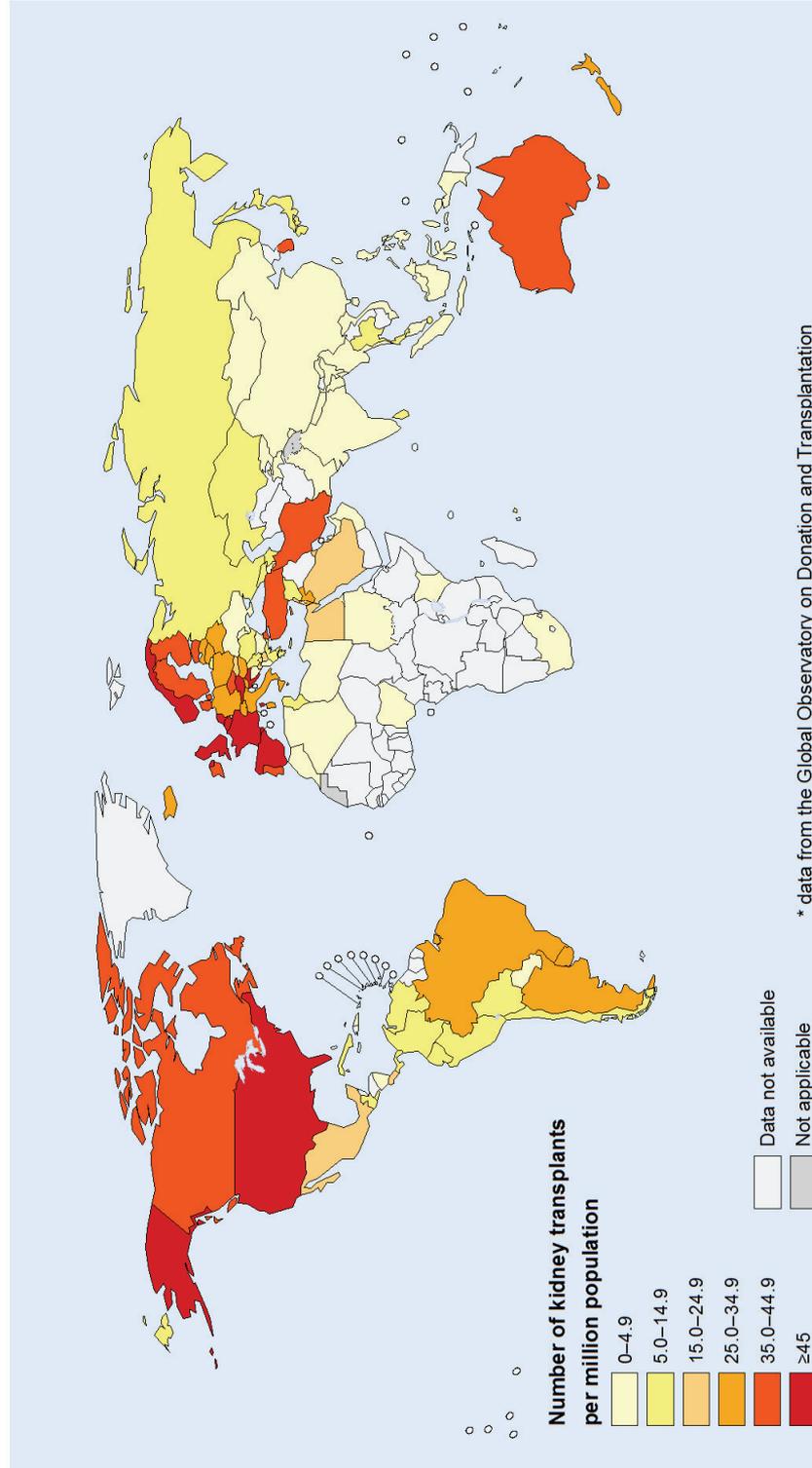
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



In collaboration with World Health Organization

Global Observatory on Donation & Transplantation

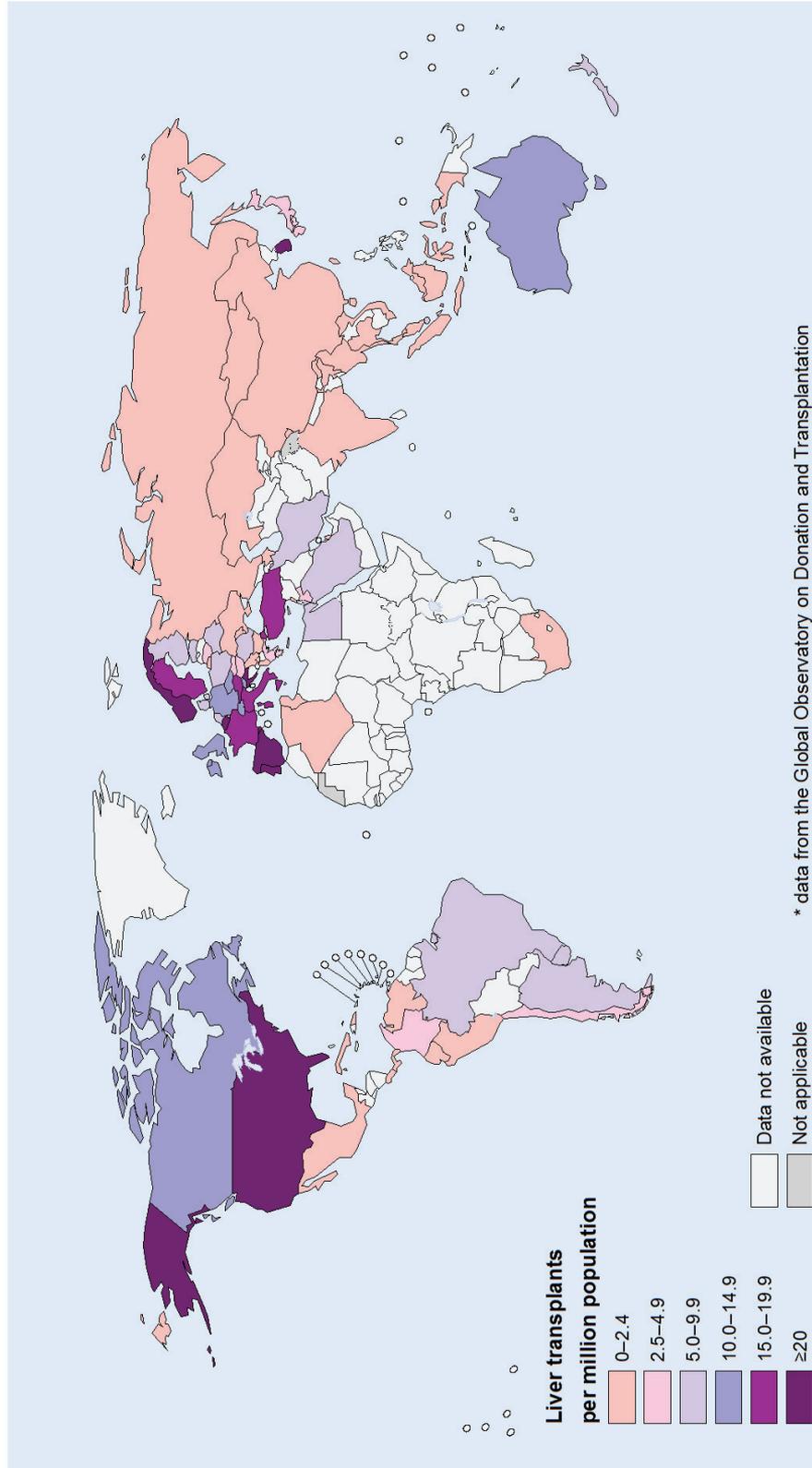
Kidney transplantation activities, 2013*



Data Source: Global Observatory on Donation & Transplantation; Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI), World Health Organization
 © WHO 2015. All rights reserved.

World Health Organization

Liver transplantation activities, 2013*



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement

Data Source: Global Observatory on Donation & Transplantation. Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI), World Health Organization



**World Health
Organization**

© WHO 2015. All rights reserved.



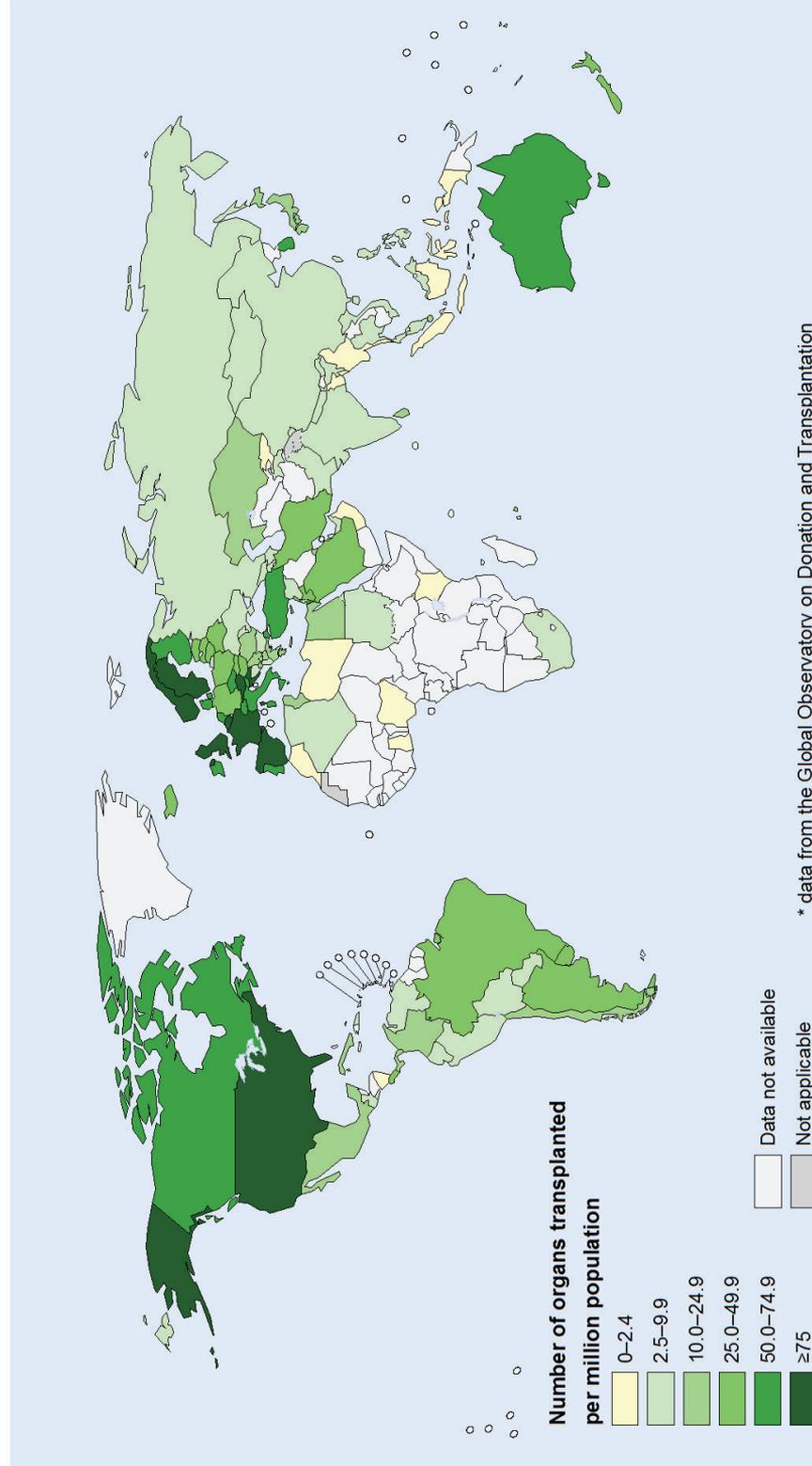
MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD



In collaboration with World Health Organization

GODT Global Observatory on Donation & Transplantation

Global transplantation activities of solid organs, 2013*



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data Source: Global Observatory on Donation & Transplantation. Map Production: Health Statistics and Information Systems (HSI), World Health Organization



Newsletter

Trasplante Iberoamérica



MÁSTER ALIANZA EN DONACIÓN &
TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y
CÉLULAS

MASTER ALIANZA EN DONACIÓN & TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS

En 2015 la 11ª Edición del Master Alianza en Donación de Trasplantes, Tejidos y Células se celebró del 26 de enero al 26 de marzo de 2015, esta edición contó con menos alumnos, tan sólo diecisiete, de nueve países.

En este undécimo aniversario del Master contamos ya con 362 alumnos formados de todos los países que componen la comunidad iberoamericana, destacando Argentina con 60, Brasil con 42, Colombia con 49, México con 36, República Dominicana con 31 y Perú con 24.



PAÍS	2005			2006			2007			2008			2009			2010			2011			2012			2013			2014			2015		
	Solicitudes	Selecionados	Renuncias																														
Argentina	6	3		15	9		21	11	2	18	9	1	10	8	1	19	11	1	10	7	7	3	5	3	3	3	2						
Bolivia	0	0		1	1		3	3		9	4	2	6	4	1	5	2	1	4	1	1	1	1	0	2	0							
Brasil	1	1		1	1		11	3		10	4	1	14	4	8	5	5		12	8	9	7	30	9	1	1	1	10	6	5			
Chile	3	3		1	2	1	2	2		2	2		1	1		0	0		0	0	1	1	1				1	1	0				
Cuba	2	0		3	1	1	5	2		5	4		1	1		3	2	2	1	0	1	0											
Colombia	5	1		7	6	1	12	7		20	6	1	10	6	1	14	8	1	15	7	7	4	7	1	16	7	11	8	5				
Costa Rica	0	0		3	3	1	2	2	1	2	1		1	1		1	0		1	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1				
Ecuador	2	0		5	2	1	7	2	2	2	2	1	3	2	1	1	1		3	2	10	6	5	5	3	3	3	3	1				
El Salvador	0	0		1	0		2	1		1	1		0	0		1	1		0	0	0	0			1	1	1						
Guatemala	1	1		1	1		2	2		1	1		1	0		2	1	1	1	1	0	0											
Honduras	0	0		3	1		1	1	1	1	1		1	1		1	1		0	0	1	1		1	1								
México	2	2		8	6		10	3		5	2		8	6	1	6	5		4	3	5	4	1	5	2	2	2	1	8	8	4		
Nicaragua	0	0		1	1	1	0	0		0	0		0	0		1	1	1	1	1	0	0			1	1	1	1	1	1			
Panamá	1	0		2	1		0	0		1	1		2	2	1	0	0		0	0	0	0		1	1		1	1	1	1			
Paraguay	1	1		4	3		3	3		6	2		3	0		1	1	1	1	0	0	0		5	2		3	3	2	2			
Perú	6	1		9	4	1	8	3	2	9	4	1	12	4	3	13	4		19	5	7	5	1	16	4	2	9	7	6	8	5	2	
Rep. Dominicana	1	1		4	2		6	2		4	3	2	5	4		4	4		4	4	5	5	6	5	1	4	4	1	2	2	1		
Uruguay	1	1		1	1		3	2		1	1		0	0		0	0		2	2	0	0	2	2									
Venezuela	1	1		2	2		3	2		2	2		3	3		2	1		0	0	2	2	2	2			1	1	1	1			
TOTAL	33	16		72	47	7	101	51	8	99	50	9	81	47	9	82	48	8	78	42	6	6	38	33	19	54	40	21	52	41	24		
TOTAL ALUMNOS FORMADOS	16			40			43			41			38			40			36			39			33			19			17		

Durante el Master Alianza, los alumnos reciben nada más llegar, un seminario de introducción al “Modelo Español” y un taller de Comunicación en Situaciones Críticas, impartidos en la sede de la Organización nacional de Trasplantes. Posteriormente, son recibidos por su tutor en los hospitales o establecimientos de tejidos asignados, en los cuales realizan el resto de la estadía, con el paréntesis de su asistencia al “Curso Superior de Coordinación de Trasplantes”, en Cataluña, Granada o Alicante, en el cual se integran con los coordinadores de trasplantes españoles que lo realizan para su formación.

Durante la última edición presentaron unas magníficas tesinas de final de curso los días 24 y 25 de marzo, en la sede de la ONT. Y, finalmente, el día 26 de marzo de 2014, recibieron los diplomas que acreditaban su capacitación, ante la presencia de sus compañeros y de los tutores que pudieron acudir al evento.



La próxima 12ª edición del Master Alianza tendrá lugar del 1 de febrero al 31 marzo de 2016, y en ella han solicitado participar 63 alumnos, el 90% con el aval de los coordinadores nacionales de donación y trasplantes; y de los cuales se han seleccionado 33 alumnos, que ya han recibido la confirmación de la plaza adjudicada y toda la información relativa al Curso, quedando, al cierre de esta Newsletter, 2 plazas libres en establecimientos de tejidos.

Página Web del Master Alianza: <http://masteralianza.ont.es/>

**MIEMBROS DEL COMITE DE LA RED/ CONSEJO IBEROAMERICANO
DE DONACION Y TRASPLANTE (Noviembre, 2015)**

ARGENTINA

SORATTI Carlos Alberto
IBAR Ricardo

BOLIVIA

MORALES DEL CASTILLO Nelson Ariel
PAZ ZAMBRANA Silvia Marisol

BRASIL

MURARI BORBA Heder

CHILE

ROJAS Jose Luis

COLOMBIA

SALINAS NOVA Ma. Angélica

COSTA RICA

GAMBOA PEÑARANDA Cesar Augusto

CUBA

ENAMORADO CASANOVA Antonio

DOMINICANA

MORALES BILLINI Fernando R.

ECUADOR

ALMEIDA UBIDIA Diana

EL SALVADOR

RODRIGUEZ LOZA Eduardo Manrique

ESPAÑA

MATESANZ ACEDOS Rafael

GUATEMALA

GARCÍA-GALLONT BISCHOF Rudolf A.

HONDURAS

GALEAS Rubén

MEXICO

ABURTO MORALES José Salvador

NICARAGUA

SANDOVAL DÍAZ Mabel Isabel

PANAMA

CUERO ZAMBRANO César Jeremías

PARAGUAY

ESPINOZA C. Hugo A.

PERU

MORIANO PALOMINO Luis Alberto
DELGADO, Mariela

PORTUGAL

CAMPOS BOLOTINHA Ana Catarina

URUGUAY

BENGOCHEA MONTERO Milka

VENEZUELA

RAMIREZ Xiomara

SECRETARIA PERMANENTE

MARTIN ESCOBAR Eduardo
LUENGO CALVO Amparo
ALVAREZ MIRANDA Marina
CARMONA SANZ Mar

OPS

PÉREZ-ROSALES M^a Dolores

OMS

NUÑEZ Jose Ramón

**ASOCIACION LATINOAMERICANA DE
BANCOS DE TEJIDOS**

SCHWINT Oscar
NAVAS José

**SOCIEDAD DE TRASPLANTE DE
AMERICA LATINA Y EL CARIBE**

GONZALEZ Francisco
NIÑO-MURCIA Alejandro

**SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE
COORDINADORES DE TRASPLANTE**

BERRIOS MEDINA Elsa Del Carmen

Editor: Rafael Matesanz Acedos

Bajo la Presidencia de Honor de S.M. la REINA DOÑA SOFÍA.



 Red / Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante

12ª EDICIÓN

Programa Alianza

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

1 FEBRERO - 31 MARZO 2016