

La Organización Nacional de Trasplantes: Un año después

R. Matesanz

Coordinador Nacional de Trasplantes.

Hace ahora poco más de un año se publicaba en las páginas de NEFROLOGÍA una editorial¹ en la que se hacía un análisis del papel que podía o debería desempeñar la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Allí se ponía de manifiesto que no es que la ONT acabara de nacer, ya que al menos en el *Boletín Oficial del Estado* había llevado una vida vegetativa desde hacía ya una década, sino que por diversas circunstancias que sería un tanto complejo relatar aquí, a finales de 1989 el Ministerio de Sanidad iniciaba una serie de maniobras de resucitación para intentar devolverle una vida que ni siquiera los más optimistas podían considerar seriamente que hubiera tenido alguna vez.

Como si se tratase de un personaje de ciencia-ficción que hubiera permanecido hibernado durante un largo sueño y de repente se despertara, el mundo que se encontró la ONT en su «reencarnación» la verdad es que poco tenía que ver con el de su fecha de nacimiento. Todo había cambiado (yo diría que afortunadamente, aunque respeto cualquier opinión) y naturalmente el primer peligro potencial era que la no asunción de esta situación distinta pudiera haber desembocado en una serie de maniobras incontroladas de consecuencias imprevisibles.

No ocurrió así. La discrepancia entre el papel y la realidad era tan patente para cualquier profesional relacionado con el mundo de los trasplantes, que quedaban pocas dudas acerca del camino que no se debía seguir. Profundizando un poco más en el análisis de estas diferencias y aún a riesgo de caer en una simplificación excesiva, los tres factores aislados que más habían intervenido en que la situación de los trasplantes en España al principio de los ochenta hubiera cambiado radicalmente al final de la década, habían sido a mi juicio y por este orden:

- Tendencia descentralizadora de la Sanidad española: transferencias autonómicas.
- Desarrollo de programas de trasplante de órganos extrarrenales (hígado y corazón) numéricamente cada vez

más importantes y de eficacia clínica claramente demostrada: paso de la extracción renal a la multiorgánica.

— Irrupción de la ciclosporina en el arsenal terapéutico, con la consiguiente modificación del pronóstico de injertos y enfermos y, en el caso del riñón, de los criterios de intercambio de órganos y, por tanto, de las formas organizativas vigentes hasta entonces.

A este contexto, que cada cual es muy libre de que le guste o no, pero que es el que hay aquí y ahora, debe añadirse el hecho de que a diferencia de lo ocurrido en muchos de los países de nuestro entorno con un desarrollo de la sociedad civil sensiblemente más fuerte y sobre todo con más tradición, en España no surgieron en su momento asociaciones como France-Transplant o Eurotransplant. Estas entidades bajo la fórmula de fundaciones sin ánimo de lucro han permitido que los distintos profesionales se pusieran de acuerdo en cómo se debían organizar, cómo aunar esfuerzos para adaptarse a las nuevas situaciones científicas, técnicas y sociales con la suficiente agilidad que exigen unas terapéuticas tan punteras como son los trasplantes de órganos y tejidos.

¿Hace falta una organización nacional de trasplantes?

Por seguir un orden lógico en el que el cuestionamiento de la necesidad y la viabilidad de cualquier proyecto debe constituir un paso previo a cualquier conato de malgastar tiempo y dinero, ya en la editorial a que antes aludía se planteaba la duda sobre si era necesaria o no una organización de trasplantes con carácter nacional y en caso afirmativo para qué debía servir y dónde debía centrar sus esfuerzos.

Probablemente un político podría y debería zanjar esta cuestión diciendo algo así como que «La creación de este nuevo organismo responde a una necesidad ampliamente sentida desde hace años tanto por los profesionales que hacen posible día a día que los trasplantes sean una realidad viva en el conjunto del Estado español, como del resto de los agentes sociales que de una u otra manera se ven involucrados en esta empresa colectiva que son los trasplantes de órganos y tejidos».

Como casi todo en esta vida, estas palabras tendrían su parte de verdad, pero dejarían de lado u ocultarían matices muy importantes. Porque si bien es cierto que

Correspondencia: Dr. Rafael Matesanz.
Organización Nacional de Trasplantes.
Sinesio Delgado, 8.
28029 Madrid.

una parte de los profesionales del trasplante venían abogando vehementemente por una organización suprahospitalaria que les ayudase a solventar sus múltiples problemas logísticos, de coordinación, transporte, etc., también lo es que se trataba fundamentalmente de los trasplantes hepáticos o cardíacos, dependientes de unos mecanismos de transporte y coordinación necesariamente complejos e inabordables desde el propio hospital. Aun en estos casos ni siquiera la necesidad era sentida de una forma uniforme en todo el país, puesto que algunas comunidades autónomas en que sí se había percibido la carencia de una estructura organizativa para los trasplantes, disponían ya de unas normas del juego escritas y controladas por la administración autonómica, unos registros de enfermos bien estructurados y cuyo funcionamiento no depende evidentemente del voluntarismo de nadie, y una coordinación hospitalaria y suprahospitalaria que ya existía y que, por consiguiente, no es fácil admitir que tuviera que ser sustituida o duplicada por ningún organismo estatal.

En el caso de una terapéutica relativamente simple en cuanto a técnica y logística como es el trasplante renal, sobre todo si se concibe desde una perspectiva local, tampoco es probable que el profesional español contemple de entrada con buenos ojos la necesidad de una organización de carácter estatal, o al menos no es fácil que lo vea como positivo si no se le llega a demostrar que lo es. Como es natural, esta demostración sólo puede provenir de que puestos en una balanza pesen más los eventuales beneficios que las molestias derivadas de la creación de un organismo administrativo que matice o cuestione alguna de sus actuaciones en aras de una perspectiva más global y de mayor alcance que la estrictamente hospitalaria.

De lo dicho se desprende que tampoco la postura de las distintas administraciones sanitarias tiene por qué ser uniforme ante una entidad tan atípica como la ONT, si bien resulta claramente predecible que sus opiniones discurrirán bajo dos coordenadas: será favorable siempre que contribuya a resolverle problemas y no pretenda inmiscuirse en sus asuntos o recortarle sus competencias.

¿Qué debe ser la Organización Nacional de Trasplantes?

Al llegar a este punto se plantea claramente una cuestión: si las posturas no son en modo alguno uniformes en cuanto a la necesidad o conveniencia de que exista algo llamado ONT, ¿por qué el Ministerio de Sanidad ha decidido sacarla a la luz?, y sobre todo, ¿qué es lo que debe ser para que un organismo dedicado monográficamente a los trasplantes encuentre su razón de existir?

Para entender este punto, que por otra parte es absolutamente crucial, es preciso describir, aunque sea brevemente, cuál es la situación de la sanidad española en general y en cuanto a competencia sobre trasplantes en

particular. A principios de 1991, seis de las 17 Comunidades Autónomas (Cataluña, Andalucía, Euskadi, Valencia, Galicia y Navarra), que representan alrededor del 60 % de la población española, tienen competencias plenas en materia sanitaria, y por consiguiente, y como no podía ser menos, en el tema de los trasplantes (figura 1). Las otras 11 están gestionadas en su mayor parte por un organismo central, el INSALUD, aunque las respectivas consejerías de sanidad también tienen competencias en cuanto a trasplantes, dado que, por ejemplo, la capacidad de acreditar hospitales para extracción o implante de órganos recae en ellas, transferidas o no, por sentencia del Tribunal Constitucional. El propio Ministerio de Sanidad, a través de la Dirección General de Planificación, posee una serie de competencias directas sobre el trasplante, tales como el establecimiento de los criterios de acreditación, la realización de campañas de promoción, la posibilidad de promover modificaciones en los reglamentos, etc.

La Organización Nacional de Trasplantes se concibe, por tanto, como un organismo coordinador de carácter técnico, sin atribuciones de gestión directa, dedicado monográficamente a todo tipo de trasplantes de órganos y tejidos cuyos fines fundamentales son, por un lado, asesorar y poner de acuerdo a todas estas instancias administrativas, y por otro servir de punto común de discusión a los distintos profesionales del trasplante para el establecimiento de unas normas coordinadas de actuación acorde con los criterios científicos vigentes en cada momento, por un lado, y con las disponibilidades y necesidades del país, por otro.

Puesto que el fin último de la ONT es conseguir que en nuestro país se trasplante más y con mejores resultados, otras de sus labores básicas serán aquellas tendentes a crear en la sociedad un clima favorable al trasplante y a la donación de órganos con todo lo que ello implica de contactos permanentes con medios de comunicación, asociaciones de enfermos y usuarios, judicatura, Iglesia, etc.

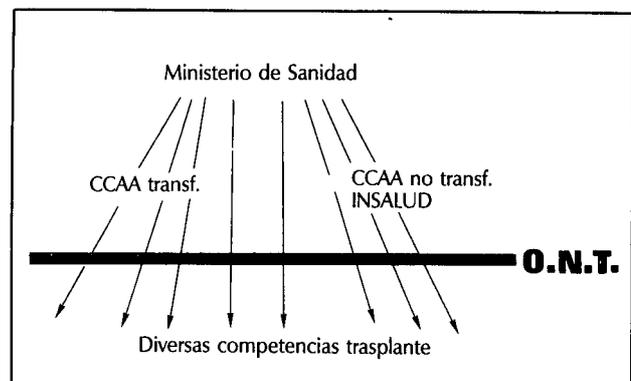


Fig. 1.—Distribución de las competencias en materia de trasplantes de las Administraciones central y autonómicas. Papel coordinador de la Organización Nacional de Trasplantes.

Y si esto es lo que debe ser la ONT, las prioridades también quedaban o han quedado claras desde el primer momento: *la obtención de órganos*. Por obvio que pueda parecer, nunca se insistirá bastante en que la diferencia fundamental entre los trasplantes y otros ejemplos de alta tecnología sanitaria radica en el hecho de que el número de órganos disponible procedente de donante en muerte cerebral constituye un factor limitante cuya posibilidad de incremento no depende directamente de los recursos invertidos (aunque evidentemente no son magnitudes independientes).

Análisis de la situación previa

Para centrar los esfuerzos en algo, lo primero que parece prudente es proceder a un análisis de la situación. No puede decirse que la empresa fuera fácil. Salvo en algunas Comunidades^{2,3} o en experiencias hospitalarias concretas⁴, en España nunca ha existido ningún tipo de registro general de donantes en muerte cerebral, lo que hace inviable un estudio pormenorizado de los factores que han influido en la obtención de órganos ni en los flujos de los mismos entre las distintas zonas del Estado. Incluso las estadísticas oficiales de trasplantes de los últimos años proporcionan algún dato pintoresco como el hecho de incluir un autotrasplante renal entre las cifras de 1988⁵.

Con todo, el único enfoque que en principio pareció razonable o al menos posibilista para hacerse una idea de la situación en 1989 fue analizar la actividad trasplantadora renal en las distintas zonas del Estado, poniéndola en relación con la población atendida. Ello implica dos presunciones no del todo ciertas, aunque sí bastante

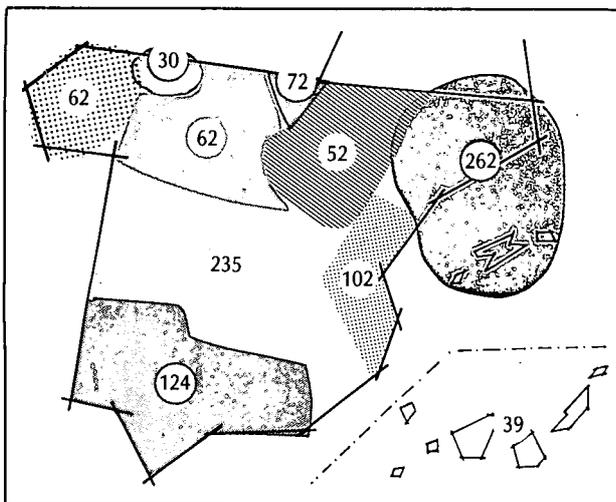


Fig. 2.—Trasplantes renales efectuados en España durante el año 1989. Las líneas de ordenación territorial especificadas en el mapa corresponden a las zonas de influencia de los distintos equipos trasplantadores.

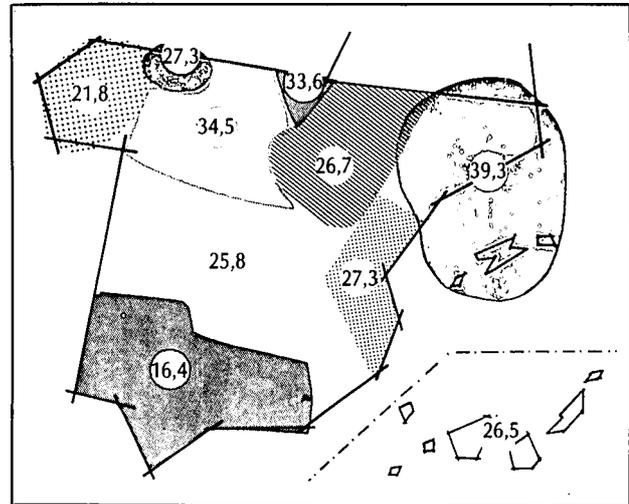


Fig. 3.—Actividad trasplantadora renal por millón de población durante el año 1989. La actividad media para el conjunto del Estado fue de 27 trasplantes pmp.

aproximadas: por un lado, el porcentaje de riñones extraídos y no trasplantados (que según los datos existentes estaban entre un 5 y un 10 %) no debería tener diferencias significativas entre los distintos equipos, y por otro, el balance de órganos entre las distintas zonas geográficas de influencia debería ser equilibrado.

En las figuras 2 y 3 se muestran los resultados obtenidos con los datos de 1989. Las zonas reseñadas en estos mapas no corresponden a la división autonómica del Estado, sino a las áreas de influencia de los equipos de trasplante renal, con las consiguientes organizaciones de intercambio de órganos vigentes entonces sobre la base de acuerdos entre profesionales o entre administraciones autonómicas. A ello se debe el hecho de que en este mapa en la parte norte de Castilla-León se incluya en la zona Norte junto con Cantabria; Badajoz junto con Andalucía o Baleares con Cataluña.

Como se desprende de estos datos la actividad extractora y trasplantadora varía enormemente de unas zonas del Estado a otras, hasta alcanzar una diferencia de 2,5:1, que desde luego no se compaginan excesivamente bien con la idea de una sanidad teóricamente socializada y con acceso igualitario para todos los españoles. El análisis de estas diferencias constituye sin duda un ejercicio apasionante y francamente ilustrativo de lo que es la Sanidad española. Un hecho sí es cierto: la correlación entre el número de trasplantes renales realizados (y por inferencia de donaciones de órganos llevadas «a término») y el grado de riqueza de la zona expresada en forma de renta per cápita tiene una alta significación estadística (fig. 4). Esta correlación, que no existe si se considera cada una de las CCAA por separado⁶, si se produce al tener en cuenta las consideraciones «nefrológicas» expuestas anteriormente y calcular el PIB por habitante,

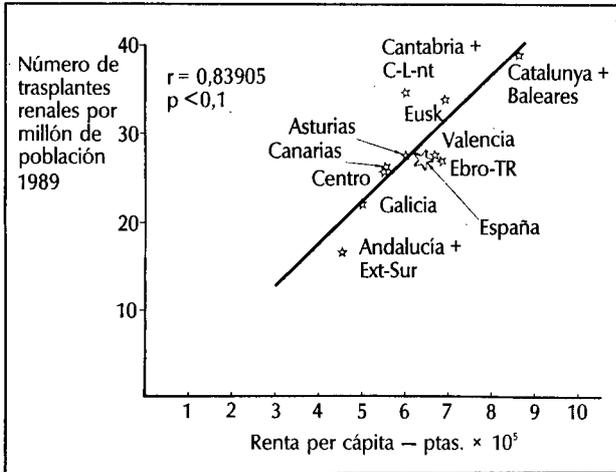


Fig. 4.—Relación entre la actividad trasplantadora por millón de población y la renta per cápita de las distintas zonas del Estado. Datos referidos al año 1989.

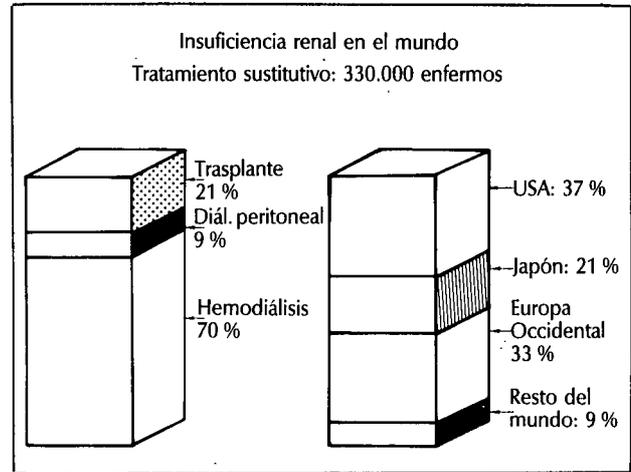


Fig. 5.—Distribución de los enfermos con insuficiencia renal crónica terminal en las distintas modalidades de tratamiento sustitutivo.

provincia a provincia de acuerdo con los datos más recientes de que se dispone.

Esta relación entre actividad extractora y/o trasplantadora y la renta per cápita admite múltiples lecturas. Se podría decir que en las zonas más desarrolladas económicamente hay también un mayor grado de concienciación de la sociedad que se traduciría en un menor número de negativas familiares. De hecho en este mismo número monográfico hay una aportación que abogaría por esta teoría⁷. Parece, sin embargo, una explicación poco probable; puede tener un fondo de verdad, pero evidentemente hay bastante más. Cuando se habla del nada fácil proceso de obtención de órganos para trasplante estamos hablando de una infraestructura no sólo sanitaria, sino de comunicaciones, de evacuación de heridos, de camas de UVI disponibles, de coordinación, de profesionales específicamente dedicados al tema... y, por supuesto, también de concienciación.

El tema es complejo y posteriormente volveremos sobre él, pero no conviene olvidar que constituye un hecho reconocido desde antiguo la existencia de una correlación significativa entre el grado de riqueza de los distintos países y el número de enfermos con insuficiencia renal crónica en tratamiento sustitutivo^{8,9} (extensible a otro tipo de altas tecnologías), que se mantiene cuando se habla específicamente del trasplante renal⁶. Todavía más demostrativos son los datos numéricos absolutos a nivel mundial en cuanto a tratamiento sustitutivo de la uremia. Según datos de hace tres años, en todo el mundo recibían este tipo de terapéuticas alrededor de 350.000 personas. Hoy, según datos de la EDTA¹⁰, esta cifra es de unas 400.000, pero las proporciones no han variado demasiado.

De estas 350.000 personas, el 21 % vivían con trasplante renal funcional y el resto con diálisis peritoneal (9 %) o hemodiálisis (70 %) (fig. 5). Pues bien, el 37 % de

estos pacientes se encontraban localizados en Estados Unidos y Canadá, el 21 % en Japón y el 33 % en Europa Occidental. Para el resto del mundo, es decir la Europa Oriental, todo Asia menos Japón, todo África, América Latina y Oceanía, o lo que es lo mismo, el 85 % de la población mundial, queda tan sólo un 9 % de los tratamientos de la insuficiencia renal (sólo a España le correspondía el 5 % de los pacientes tratados en el mundo).

Quedan claros por tanto los condicionantes de infraestructura económica en la obtención y trasplante de órganos y no sólo desde una perspectiva intuitiva o de mera lógica, sino con una demostración matemática. Volviendo a nuestro país, e independientemente de cualquier otra consideración, resulta también patente que un aumento significativo del número de trasplantes en España es más probable que se pueda obtener de las zonas de la parte baja de la gráfica (fig. 4), con unas actividades a todas luces manifiestamente mejorables. Por contra, las más desarrolladas, con alrededor de 40 trasplantes renales por millón de población, parten de unos estándares comparables a las de los países con índices más elevados y, en consecuencia, su incremento, aunque posible, necesariamente va a ser más limitado.

Factores que intervienen en la obtención de órganos y acciones emprendidas

Recientemente se publicaba en estas páginas una excelente editorial¹¹ de J. Aranzábal, coordinador de trasplantes del Servicio Vasco de Salud (Osakidetza), en la que se pasaba revista a los múltiples factores que intervienen en el complicado proceso de obtención de órganos. En este mismo número aparecen los resultados obtenidos en el País Vasco¹² en cuanto a índices de extracción de los distintos órganos sólidos, verdaderamente

impresionantes. Aunque su traslado a otras áreas del Estado no es, desde luego, tarea fácil, sí resulta al menos legítimo intentar adaptar a diferentes escenarios algunas de sus formas organizativas.

Sobre la base del clásico esquema¹¹ de cálculo de donantes en muerte cerebral a partir del volumen de exitus hospitalarios (fig. 6) se pueden ir analizando los factores a tener en cuenta en la obtención de órganos, así como las posibles acciones emprendidas o por emprender para mejorar lo conseguido hasta ahora. En líneas generales, se admite que los fallecidos en muerte cerebral y por tanto susceptibles en principio de ser donantes de órganos sólidos, son alrededor del 1% de los fallecidos en un hospital general (esta cifra está en revisión y probablemente sean bastantes más). De estos «donantes potenciales», un porcentaje variable, que en el esquema se ha fijado arbitrariamente en un 15-30%, pero que pueden alcanzar cifras mucho más elevadas (hay ejemplos en España de hospitales con el 100% durante largos períodos), son donantes «no referidos», esto es, que nunca llegan a conocimiento de los profesionales preparados para (o dispuestos a) solicitar los órganos.

De los «donantes referidos» otro porcentaje variable se pierde por contraindicación médica (en distinta cuantía según cambien los criterios de aceptabilidad de órganos) o por negativa familiar. Este concepto también es un tanto ambiguo porque es el resultado de una falta de concienciación social por un lado, pero por otro también de la habilidad y la experiencia de quien plantea la donación y, desde luego, de la impresión que la familia tenga de la atención recibida desde que el fallecido accedió al sistema sanitario.

Todo este complicado proceso puede resumirse en la conjunción de dos grupos de factores sobre cada uno de los cuales se puede actuar separadamente: la sensibilización de la sociedad por un lado y la eficacia del sistema por otro (fig. 7).

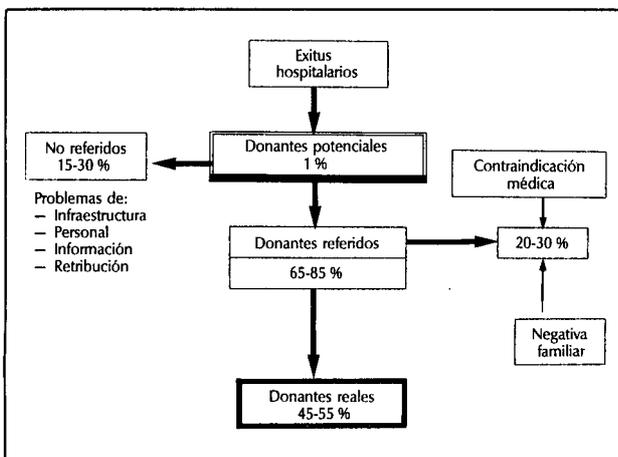


Fig. 6.—Factores que intervienen en la materialización final de los potenciales donantes de órganos.

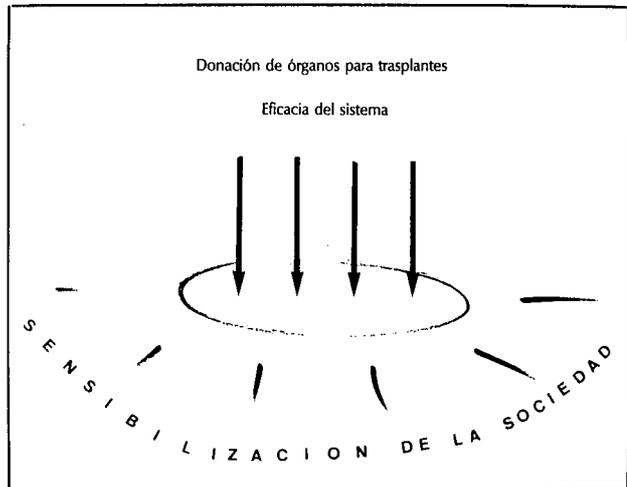


Fig. 7.—Imbricación de dos grandes grupos de factores en la obtención de órganos: sensibilización de la sociedad y eficacia del sistema.

Sensibilización de la población

Sobre el primero de estos grupos, el objetivo a conseguir está muy claro: crear en la sociedad un clima, un estado de opinión favorable a los trasplantes de órganos y por tanto a la donación. Se trata de involucrar al mayor número posible de profesionales, medios de comunicación, agentes sociales de todo tipo y población en general en una actitud positiva entre estos temas.

Lo que se puede hacer en este punto es mucho, aunque no fácilmente medible. De entrada están las campañas de publicidad «directa» como la que con el lema «Piensa en ti» llevó a cabo la Organización Nacional de Trasplantes a través de prensa, radio y cartelería (fig. 8) desde el pasado mes de noviembre. Esta campaña, que por cierto es la primera que sobre este tema se lleva a cabo a nivel estatal por parte del Ministerio de Sanidad, atiende alguna de las sugerencias planteadas por el Estudio Psicosocial sobre la donación de órganos para trasplante realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid¹³, según las cuales la idea de la reciprocidad es una de las que más invocan los encuestados a la hora de mostrar una opinión positiva sobre la donación de órganos. Por otra parte, y esto es sin duda mucho más importante, la disposición y conveniente divulgación de un teléfono de veinticuatro horas (el 91-3142406) desde los primeros meses de 1990, atendido por profesionales de la medicina y la enfermería, específicamente preparados para solventar cuantas dudas puedan plantearse tanto por parte de la población general como de los profesionales de la Sanidad, medios de comunicación, etc., sirve para solucionar uno de los motivos de queja más generalizados que se señalan en todas las encuestas de opinión: la falta de información acerca de quién puede ser donante, cuáles son los pasos a

ORGANIZACION NACIONAL
DE TRASPLANTES

PIENSA EN TI
Hazte Donante

INFORMATE:

Organización Nacional de Trasplantes

Tel. (24 h.) 91 / 314 24 06

Fig. 8.—Campana de donación de órganos del Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990.

seguir, y en general que es lo que cabe esperar de los distintos trasplantes de órganos y tejidos. Con no poca frecuencia malentendidos derivados de esta falta de información daban lugar a la aparición de noticias en la prensa que originaban una sensación de caos casi siempre injustificado, pero manifiestamente negativo para los trasplantes de órganos.

Más eficaz que la publicidad directa es la «indirecta» generada por la aparición frecuente y periódica de noticias positivas en los medios de comunicación acerca de los trasplantes. Este apartado es un ejemplo clásico de algo en lo que profesionales, asociaciones de enfermos e instituciones sanitarias deben colaborar estrechamente en aras de un objetivo común: la creación de un clima favorable a la donación a que nos referimos anteriormente. A su vez, un organismo técnico como la ONT puede colaborar muy activamente contribuyendo a generar y difundir estas noticias, dosificando convenientemente su aparición y manteniendo contactos periódicos con los medios de comunicación a quienes se aporta continuamente todo tipo de información técnica, numérica, etcétera.

La atención continua a los medios de comunicación es una de las labores más delicadas de las que llevamos a cabo en la ONT y de las que más tiempo y esfuerzo requieren. Tanto los datos que se aportan como los mensajes que se transmiten deben ser claros, positivos y por supuesto coherentes y homogéneos. Ello exige un esfuerzo constante de preparación y unificación de criterios (quedan pocas dudas de que sólo aquello que está cuidadosamente preparado acaba por parecer espontáneo) para que todos los interlocutores acaben moviéndose en una misma longitud de onda.

No es casual que en medio de las habituales y generalizadas críticas al sistema sanitario, los trasplantes de órganos hayan salido razonablemente bien parados en los últimos tiempos, como tampoco lo es que el tono de los mensajes haya variado. Se ha procurado encontrar un punto medio que se aleje tanto del derrotismo injustificado como del triunfalismo. En pocos aspectos como en éste se echa tanto de menos que la ONT no sea una fundación no dependiente de las administraciones sanitarias porque cualquier cosa que venga de éstas, sean del signo que sean, van a crear de entrada una serie de «anticuerpos» y reticencias de todo tipo que cuesta mucho esfuerzo superar.

La tendencia descentralizadora en la administración sanitaria tiene en este sentido una clara ventaja: nadie puede legítimamente capitalizar los logros de la política de trasplantes porque en ella intervienen autonomías gobernadas por partidos de todo el ámbito parlamentario, cada una con su cota de mérito y de responsabilidad en los éxitos o los fracasos. Al propio tiempo la tremenda complejidad de los trasplantes hace que sea tan grande el número de profesionales implicados, cada uno en su parcela concreta, que tampoco es posible ni recomendable la concreción de una labor tan complicada en determinadas personas. Todos deben contribuir a esta tarea y con todos se debe contar a la hora de recoger los frutos de la misma.

Naturalmente no todo son noticias positivas en torno a los trasplantes. La gran amenaza informativa que pende sobre este tema y que además reaparece con una cadencia preocupante es el comercio de órganos. Desde

la ONT se ha salido al paso de cuantas noticias, reportajes, películas o informaciones en general han surgido sobre este desdichado asunto al que la opinión pública es particularmente sensible. También aquí la colaboración de todos los implicados es fundamental para reafirmar no sólo la imposibilidad de que se produzca en nuestro país, sino también el rechazo más absoluto ante esta práctica abominable.

Especificar la totalidad de entidades con las que se han mantenido contactos a lo largo de 1990 sería realmente prolijo. Son tantos los ángulos desde los que se pueden abordar los trasplantes que la necesidad de un organismo técnico que los aborde es en mi opinión un hecho difícilmente argumentable. De los acuerdos con Cruz Roja y la Caja de Ahorros espero que finalmente se derive una importante campaña de donación que además tenga un carácter «mantenido» en el tiempo. Se han establecido contactos con la Conferencia Episcopal, con las Juntas de Jueces con los forenses, con las distintas asociaciones de enfermos, con asociaciones de usuarios, con la Hermandad de Donantes de Sangre, con clubes deportivos y en general cualquier persona, entidad u organismo susceptible de influir positiva o negativamente sobre la actividad trasplantadora.

Eficacia del sistema

El esquema organizativo apuntado en la editorial de hace un año se ha desarrollado a lo largo de 1990 de manera que sin que pueda decirse que sea ya operativo en todo el Estado, lo cierto es que ha caminado y dado sus frutos a un ritmo francamente satisfactorio.

El Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que es el máximo organismo de la Sanidad española, donde figuran los 17 consejeros de las Comunidades Autónomas junto con la Administración central, aprobó la creación en cada Comunidad de la figura del coordinador autonómico de trasplante, entendiendo como tal aquellos profesionales en quienes sus respectivas administraciones delegan la capacidad de abordar los temas relacionados con los trasplantes. Sus misiones son, por una parte, la estructuración del sistema de obtención de órganos en el territorio de su Comunidad, así como en general actuar como nexo de unión entre los profesionales y demás agentes involucrados en el trasplante y sus respectivas administraciones. Cuanto decíamos antes con relación a la ONT desde una perspectiva nacional es aplicable a la coordinación autonómica en su ámbito territorial.

Por otra parte, de las reuniones periódicas de estos coordinadores autonómicos con su equivalente de la Administración central, el coordinador nacional, deben surgir, están surgiendo ya, los acuerdos de cooperación entre las distintas zonas del Estado en materia de trasplante.

Se puede decir que esta figura, a la que en algunas Comunidades se le denomina director del programa de tras-

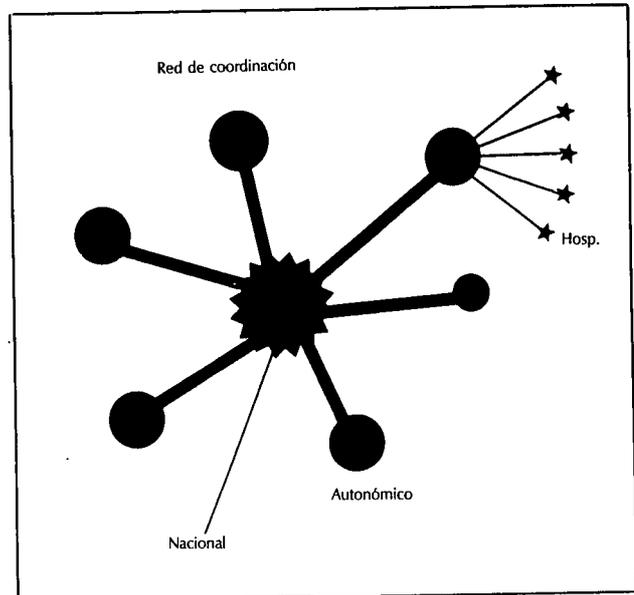


Fig. 9.—Estructura de la coordinación de trasplantes en España a través de la ONT.

plantes o términos similares, debe ser la clave de la vertebración de este tipo de terapéuticas en España. Su incidencia es lógicamente mayor en aquellas Comunidades con la sanidad transferida, pero el apoyo del Insalud y consejerías en el resto está permitiendo poco a poco su afianzamiento en casi todo el Estado. Por el momento la supremacía nefrológica es muy marcada ya que de los 18 integrantes de la Comisión Permanente de Trasplantes de Organos y Tejidos del Consejo Interterritorial, nada menos que 12 tenemos esta especialidad, muy por encima de los intensivistas (tres) o los cirujanos (dos).

La estructura de la coordinación hospitalaria se ha reforzado considerablemente en bastantes zonas del Estado, aunque quedan todavía otras muchas por cubrir o por reemplazar. Nunca se insistirá lo suficiente en la importancia de la figura del coordinador de trasplante. Si el autonómico debe ser la clave del sistema organizativo, el hospitalario lo es de la llave de todo el proceso: la obtención de órganos para trasplante. Existen múltiples ejemplos de hospitales en todo el Estado en que el hecho de encontrar a la persona adecuada para este puesto ha servido para multiplicar el número de donantes. No vamos a entrar aquí en quién debe ser coordinador o cuál es su perfil profesional más adecuado^{15, 16}. Al menos para mí el tema está muy claro: no importa tanto que se trate de un médico, una enfermera o cualquier otro profesional, como que sea la persona que esté más concienciada de su tarea y esté dispuesta a afrontarla con toda la dedicación y el entusiasmo que el fin perseguido exige.

La necesidad de este entusiasmo se deriva de la propia dureza del trabajo de coordinación cuando se afronta de una forma profesional y responsable. El proceso de

obtención de órganos, principal y casi única razón de ser de la figura del coordinador, es lo suficientemente duro física y psicológicamente como para necesitar un recambio con relativa frecuencia (yo diría que no más de tres-cuatro años en la mayoría de los casos). Es preciso disponer de una evaluación constante del proceso de detección y aprovechamiento de donantes de órganos con el fin de evitar que el puesto de coordinador consista simplemente en una puerta falsa de entrar a formar parte de la plantilla de un hospital o en una manera de redondear retribuciones.

El enfoque óptimo de la coordinación depende de las circunstancias de cada hospital y en este monográfico hay varios ejemplos de ello. En un gran hospital extractor y con varios programas de trasplante de órganos sólidos es preciso disponer de un equipo formado por un médico y un número de profesionales de la enfermería dependiente de la actividad del centro. Esta fórmula ha dado unos resultados excelentes en los hospitales que la han asumido seriamente, y las cifras obtenidas en ellos a lo largo del último año hablan por sí solas sin necesidad de más disquisiciones filosóficas.

Disponibilidad de una oficina de veinticuatro horas

La creciente complejidad de los procesos relacionados con todo tipo de trasplantes de órganos y tejidos hace imprescindible disponer de oficinas suprahospitales de coordinación que atiendan durante las veinticuatro horas los múltiples aspectos que el profesional que ejerce su misión en un hospital ni puede ni tiene por qué afrontar.

Históricamente fueron los laboratorios de histocompatibilidad las primeras estructuras de coordinación con una actividad centrada exclusivamente en el trasplante renal. Las grandes organizaciones europeas de trasplante como France-Transplant o Eurotransplant nacieron así y en España existen varios ejemplos de ámbito regional bien conocidos. El desarrollo de los programas de trasplante de órganos extrarrenales en los años ochenta ha motivado en toda Europa Occidental que o bien estas oficinas se reconvirtieran, o bien se crearan otras nuevas desde las que se solucionaran los múltiples problemas derivados de estas nuevas terapéuticas. En España, la oficina de coordinación de órganos extrarrenales de la Generalitat de Cataluña vino a cubrir un vacío organizativo de ámbito estatal que en su momento hizo posible una utilización adecuada de los hígados y corazones obtenidos en las extracciones multiorgánicas¹⁶.

La oficina central de la Organización Nacional de Trasplantes desde el momento de su inauguración a finales de 1989 ha venido asumiendo una serie creciente de funciones a medida que se ha ido consolidando su dotación material y humana. Algunas de ellas han sido ya esbozadas aquí. En la tabla I están especificadas las más importantes de las que se llevaban a cabo a principios de

Tabla I. Dotación y funciones de la Organización Nacional de Trasplantes

Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Oficina Central

Infraestructura

Sede:

— Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid

Sistemas de Comunicación:

— Teléfono (91) 314 24 06 (12 líneas)

— Fax: (91) 314 29 56 / 314 29 69

— Sistema informático: PCs, red telemática (pendiente de cierre)

Personal

Profesionales sanitarios: Médicos (2) y ATS (6)

Auxiliares administrativos (4)

Horario

Veinticuatro horas. Trescientos sesenta y cinco días al año

Funciones

Coordinación de las extracciones multiorgánicas

Listas centralizadas de trasplante de hígado, corazón y corazón-pulmón

Intercambio renal:

- Acuerdos establecidos:
 - Coordinación Zona Centro
 - Priorización de niños
 - Apoyo a Secretarías Regionales

— Intercambios ocasionales:

- Riñones infantiles
- Dificultades técnicas
- Sin receptor local (AB, Ag HBs+, etc.)

Coordinación de transporte (equipos, enfermos y órganos para trasplante)

— Aéreo (avión-helicóptero):

- SAR
- Compañías privadas
- Líneas regulares

— Terrestre:

- Ambulancias
- Policías
- Servicio de Urgencias —061—
- UVIS móviles

Normativas:

- Orientación sobre criterios de acreditación
- Otros aspectos legales

Estudios:

- Estadísticas sobre actividad trasplantadora
 - Evaluación de los requerimientos sanitarios:
 - Legales
 - Humanos
 - Materiales

Información y difusión:

— Actividad trasplantadora y temas de interés general:

- Administraciones
- Coordinadores
- Profesionales del trasplante
- Otros profesionales sanitarios
- Organizaciones europeas
- Asociaciones de enfermos
- Medios de comunicación

— Pública general:

- Sensibilización social
- Campañas publicitarias
- Distribución tarjetas de donante
- Cualquier duda sobre la donación y el trasplante

1991. Es probable, sin embargo, que cuando aparezcan publicadas estas líneas sean ya bastantes más, sobre todo por lo que se refiere a los trasplantes de tejidos, un campo apasionante y de enorme rentabilidad social al que aún no ha sido posible desde la ONT prestarle la atención que merece.

Por lo que al trasplante renal se refiere, la línea seguida ha sido la ya anunciada hace un año: el problema número uno era, es y seguirá siendo la desproporción entre oferta y demanda de órganos de cadáver, y por consiguiente sobre este punto se han intentado centrar los principales esfuerzos. Aparte de ello, con ser esto lo más importante, es preciso lograr que el destino de los órganos conseguidos sea el mejor posible de acuerdo con los criterios científicos vigentes en cada momento, y sobre todo que ningún riñón deje de ser trasplantado por problemas logísticos, técnicos, de coordinación o por otra causa susceptible de ser subsanada.

Desde la oficina de veinticuatro horas se facilitan todos los trámites precisos para el envío de riñones de un lugar a otro de España o al extranjero, contactando con las líneas aéreas, centros de coordinación de los aeropuertos, etc. Actúa también como secretaria encargada de velar por los acuerdos de coordinación de la zona centro e igualmente podría actuar como secretaria de cualquier otro programa de coordinación de trasplante de otras zonas de España si así se nos solicita.

Por otra parte, se vienen efectuando cada vez con más frecuencia todas las gestiones pertinentes para que los riñones que por uno u otro motivo no pueden ser implantados localmente sean enviados a otros centros donde sí se puedan aprovechar (riñones infantiles, grupos AB, con dificultades técnicas, Ag HBs+, virus C+, etc.). Más de cincuenta riñones de estas características se han vehiculizado a nuestro través en los últimos seis meses, consiguiéndose encontrar un destino adecuado en la mayoría de ellos. Como norma, cualquier riñón disponible sin un destino predeterminado es ofertado en primer lugar a los equipos infantiles (ya sea el órgano de donante adulto o infantil) y a partir de ahí a los equipos de adultos de la zona donde se generó el órgano.

¿Se debe avanzar más en los acuerdos de intercambio renal? Mi opinión es que sí, aunque con una serie de matices. En el estado actual de conocimiento y teniendo en cuenta la situación de la que partimos en España el hipotético establecimiento de un sistema generalizado de intercambio del tipo de Eurotrasplante tiene muy poco sentido. Si está en nuestras manos, en cambio, conseguir los beneficios científicamente demostrados de disponer de una lista de 5.000 enfermos y 1.200 trasplantes en lugar de unos pocos cientos de pacientes en los que se colocan unas decenas de injertos al año, que es la situación numérica de bastantes de los programas hospitalarios españoles.

La consecución de un grado máximo de histocompatibilidad (cinco-seis identidades) más la preferencia a los enfermos con un alto grado de sensibilización y una es-

pecial atención a los enfermos «urgentes» (excepcionales en el trasplante renal), así como una priorización de los niños en diálisis constituirían las justificaciones de intercambio, numéricamente escasas, pero de una gran importancia conceptual que se proponen en el plan de coordinación renal planteado desde la ONT.

Evidentemente no corresponde a la administración definir si se deben priorizar enfermos con cuatro o con cinco compatibilidades, pero sí plantear a los profesionales y demás sectores implicados esta posibilidad y dejar que ellos decidan. En el caso de que se considerara injustificada la priorización de un enfermo con cinco-seis identidades o de un hiperinmunizado con más de 85 % de anticuerpos por parte del colectivo nefrológico, se trataría de un pronunciamiento técnico ante el cual las administraciones sanitarias no tendrían nada más que decir una vez planteada la posibilidad de llevarlo a cabo. En la misma línea tampoco ocurre nada porque determinadas zonas u hospitales consideran injustificada la incorporación a cualquier acuerdo nacional de coordinación. Creo que a lo largo de estas páginas ha quedado suficientemente claro que un organismo de carácter técnico como la ONT lo único que pretende es ofrecer a todos los profesionales, hospitales y Comunidades Autónomas del Estado unos servicios que faciliten y mejoren su tarea, sin ningún otro objetivo oculto.

Entre todos nos toca decir ahora si todo este dispositivo merece o no ser apoyado. Pienso que todos nos beneficiaríamos del definitivo asentamiento de una organización profesionalizada cuyo funcionamiento no dependa más que en una mínima parte de quién sea el que en cada momento sea su responsable, pero eso... a ustedes les toca decidirlo.

Bibliografía

1. Matesanz R: La Organización Nacional de Trasplantes y el trasplante renal en España. *Nefrología*, 10:10-14, 1990.
2. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Generalitat de Catalunya: *Cataluña. Trasplante. Informe 1988*.
3. Servicio Vasco de Salud. Osakidetza: *Trasplante en la Comunidad Autónoma Vasca. Informe 1988*.
4. Espinel E, Deulofeu R, Sabater R, Mañalich M, Domingo P y Rué M: The capacity for organ generation of hospitals in Catalonia, Spain. A multicentre study. *Transpl Proc*, 21:1419-1421, 1989.
5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Planificación Sanitaria: *Estadísticas de trasplante de órganos y tejidos*. 1989.
6. Lázaro P: Eficiencia y equidad de la política de trasplantes. En: *VIII Jornadas de Enfermos Renales*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
7. Franco A, Santiago C, Gómez P y Otero MC: Donación de órganos y nivel socioeconómico. *Nefrología*, 11 (Suppl. 1), 1991 (en prensa).
8. Jacobs C, Broyer M, Brunner FP, Brynner H, Donckewolcke RA, Kramer P, Selwood HH, Wing AJ y Blake PH: Combined report on regular dialysis and transplantation in Europe XI. 1980. *Proc EDTA*, 18:4, 1981.

R. MATESANZ

9. EDTA Registry: Demography of dialysis and transplantation in Europe in 1985 and 1986. Trends over the previous decade. *Nephrol Dial Transplant*, 3:714-727, 1988.
10. Klinkmann H: *Comunicación personal*. 1990.
11. Aranzábal J: Obtención de órganos. Problemática actual y posibles acciones positivas. *Nefrología*, 10:234-238, 1990.
12. Aranzábal J, Mijares J, de los Mozos J, Arrieta F, García Urra F, Neyro MT y Montenegro J: Programa de obtención de órganos en la Comunidad Autónoma Vasca. *Nefrología*, 11 (Suppl. 1), 1991 (en prensa).
13. Martín González A, Martínez García JM y Manrique S: Donación de órganos para trasplante. Aspectos psicosociales. *Nefrología*, 11 (Suppl. 1), 1991 (en prensa).
14. Prieto C: El coordinador de trasplantes. *Nefrología*, 9:126-127, 1989.
15. EDTA Registry: Transplant coordination services in Europe 1989. A survey by the EDTA Registry. *Nephrol Dial Transplant*, 5:599-562, 1990.
16. Office for Organ Exchange: *Extra-renal transplantation*. Barcelona. Annual Report 1988.