

NEWSLETTER

Trasplante Iberoamérica



Red / Consejo
Iberoamericano de
Donación y Trasplante

VOL. XVI • N° 1 • 2022

2022



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



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



ORGANIZACIÓN NACIONAL
DE TRASPLANTES



Red / Consejo
Iberoamericano de
Donación y Trasplante

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





CONTENIDOS

• INTRODUCCIÓN	
– La Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante: Beatriz Domínguez-Gil	3
• RECOMENDACIONES Y DOCUMENTOS ELABORADOS POR LOS MIEMBROS DE LA RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACION Y TRASPLANTE (RCIDT):	7
– Recomendación REC-RCIDT-2022 (33) sobre la creación de Sistemas Nacionales de Biovigilancia	9
– Recomendación REC-RCIDT-2022 (34) para la adhesión de los países de América Latina al Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos	32
• DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS (AÑO 2021)	35
• ANÁLISIS DE LA LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DURANTE EL AÑO 2019	65
• INFORME SOBRE PLAN INTERCOONECTA	83
• PROGRAMA ALIANZA EN DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS TEJIDOS Y CÉLULAS. EDICIÓN 2022	85

NIPO: 136-20-001-2

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:



Río Jarama, 135. Nave 3.06
45007 Toledo
Tel.: 655 97 10 87
www.grupoaulamedica.com
www.libreriasaulamedica.com

INTRODUCCIÓN

La Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante

Beatriz Domínguez-Gil

Presidenta de la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante

Ya han transcurrido más de dos años desde que comenzara la pandemia de COVID-19. Nuestros países están inmersos en un proceso de recuperación de los estragos socio-económicos y sanitarios causados por un virus que ha puesto en evidencia la vulnerabilidad del ser humano y la fragilidad de nuestros sistemas sanitarios. El programa de donación y trasplante también se ha visto profundamente afectado por la COVID-19 en todos los países que integran la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT). En esta Newsletter 2022 de la RCIDT exponemos los datos de actividad de donación y trasplante en los países de América Latina relativos al año 2021, año en el que, afortunadamente, empezamos a constatar una cierta recuperación de los programas. De este modo, la donación de órganos de personas fallecidas ha aumentado en la región de América Latina en un 5% en comparación con 2021 y la actividad de trasplante renal lo ha hecho en un 17%. Si bien es cierto que esta mejora no es común a todos los países y que seguimos por debajo de lo registrado en 2019, esta evolución traduce el esfuerzo realizado por nuestros sistemas para adaptarse a convivir con una compleja situación epidemiológica.

La iniciativa de desarrollar la RCIDT se formalizó en el Foro Iberoamericano de Trasplantes que tuvo lugar en Cartagena de Indias (Colombia) en junio de 2005. La RCIDT vería la luz ese mismo año tras avalarse su creación en la VII Conferencia Iberoamericana de Ministros de Salud y en la XX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno que tuvieron lugar, respectivamente, en las ciudades de Granada y Salamanca (España). En noviembre de 2005 se celebró la reunión constitutiva de la RCIDT en Mar de Plata (Argentina), con una primera declaración que sentaba sus objetivos, líneas de trabajo y normas de funcionamiento. La RCIDT está constituida por representantes ministeriales de 21 países de habla española y portuguesa de las Américas y Europa. El apoyo incondicional de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha sido fundamental para la RCIDT, ambos organismos ahora inmersos en

el desarrollo de la *Estrategia y Plan de Acción sobre Donación y Acceso Equitativo al Trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030* para las Américas, adoptada por los Ministros de Salud de la Región, que traza nuestra hoja de ruta para los próximos años. La RCIDT también ha ido incorporando progresivamente como observadores a organismos como el Consejo de Europa y la Organización Mundial de la Salud (OMS), y a diversas sociedades científicas, como la Asociación Latinoamericana de Bancos de Tejidos (ALABAT), el Grupo Custodio de la Declaración de Estambul (DICG), la Federación Panamericana e Ibérica de Sociedades de Medicina Crítica y Terapia Intensiva (FEPIMCTI), la Sociedad Latinoamericana de Coordinadores de Trasplante - Grupo Punta Cana, la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH), la Sociedad de Trasplante de América Latina y El Caribe (STALYC) y la Sociedad Internacional de Trasplantes (TTS). Se trata de una larga lista de aliados estratégicos para la confrontación de retos y la búsqueda de soluciones a la problemática de la donación y el trasplante en América Latina.

Entre todos hemos escrito una historia de éxito en la Región. Son ya **22 las reuniones oficiales de la RCIDT** que se han celebrado hasta el momento, la última dotada del enorme simbolismo que ha supuesto el reencuentro presencial y el refuerzo de lazos profesionales y personales. La XXII Reunión del RCIDT se celebró en Buenos Aires (Argentina) los pasados días 8 y 9 de septiembre de 2022. El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), con el apoyo del Gobierno Argentino, se volcó en la organización de un evento único y propulsó la presentación de la RCIDT a la comunidad trasplantadora internacional al vincular la reunión de la red al Congreso de la TTS, celebrado en esa mágica ciudad. Esta reunión no habría sido posible sin su empeño, determinación e implicación. Tampoco habría sido posible sin el apoyo de OPS. A ambos, nuestro mayor y profundo agradecimiento por brindarnos la oportunidad del encuentro.



Los logros de la RCIDT son numerosos, comenzando por las **34 recomendaciones** generadas y dirigidas a los gobiernos de la Región, que constituyen una referencia básica para la construcción de un modelo eficaz, eficiente y ético de donación y trasplante de órganos, tejidos y células. En la presente Newsletter presentamos dos nuevas recomendaciones de gran valor para nuestros países. Por una parte, la *Recomendación REC-RCIDT-2022 (33) sobre la creación de Sistemas Nacionales de Biovigilancia*, que establece la necesidad de desarrollar sistemas para la identificación, notificación y gestión de acontecimientos adversos en el proceso de donación de órganos, tejidos y células, con el objetivo último de garantizar la protección de la salud de los receptores de sustancias de origen humano y de las personas que donan dichas sustancias en vida. Esta Recomendación incluye un anexo técnico que describe los elementos básicos de un sistema de estas características. También publicamos la *Recomendación REC-RCIDT-2022 (34) para la adhesión de los países de América Latina al Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos*. A través de esta Recomendación, instamos a los Estados Miembros de la RCIDT a que adopten cuantas medidas sean oportunas para que sus países se conviertan en Partes del mencionado Convenio. Con ello pretendemos una armonización concertada de las legislaciones de nuestros países para una lucha coordinada y efectiva contra un tipo de delito que vulnera principios humanos fundamentales y constituye un atentado contra la salud individual y la salud pública. En esta edición de la Newsletter también incluimos un informe en el que se analiza el comportamiento de las listas de espera para trasplante en los países de América Latina. El informe revela importantes diferencias en la indicación de trasplante entre países, analiza los motivos subyacentes y propone una serie de acciones a adoptar por parte de los Estados miembros, a través de sus autoridades sanitarias, así como por parte de los profesionales sanitarios.

A este conjunto de documentos, se suma un **Plan de Formación en materia de donación de órganos y tejidos para los profesionales de la Región**, uno de cuyos protagonistas es el Programa Alianza, cuya edición número 18 en 2022 se organizó nuevamente en formato presencial, si bien con un número reducido de alumnos. Con 541 profesionales ya formados, la traslación exitosa del Modelo Español de Trasplantes de manera adaptada a la realidad de cada país está garantizada. Más que nunca conviene destacar la importancia de un perfil adecuado de los alumnos del Programa Alianza y el ne-

cesario apoyo institucional requerido para que los alumnos puedan implementar en sus países de origen planes de acción a nivel hospitalario, regional o nacional, según corresponda. Durante el año 2022 y gracias a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) a través de su Plan de Transferencia, Intercambio y Gestión de Conocimiento para el Desarrollo de la Cooperación Española en América Latina y el Caribe (Programa Intercoonecta), la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), con el aval de la RCIDT, organizó un curso virtual de Formación de Coordinadores de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos. Este curso ha permitido formar a 36 profesionales seleccionados por los máximos responsables de donación y trasplante de 18 países de la Región, que han sido tutorizados por 9 profesionales de reconocido prestigio y experiencia de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica y España. El curso ha tenido una extraordinaria acogida y valoración, lo que nos hace considerar la posibilidad de realizar más ediciones en el futuro.

Los resultados de estas iniciativas se han visto plasmados en el desarrollo y actualización de **legislaciones** nacionales en materia de trasplante, la creación y el fortalecimiento de agencias nacionales responsables de la organización, supervisión y coordinación de la actividad y funcionalmente integradas en los Ministerios de Salud. Se han estructurado **redes de coordinación de trasplantes**, con una progresiva incorporación de profesionales que atienden a pacientes críticos como figuras clave de estas unidades de coordinación. Se han constituido **registros de actividad**, fundamentales para la garantía de transparencia y trazabilidad. En este sentido, creo importante destacar la labor de DONASUR, liderada por nuestros amigos de INCUCAI. Es cada vez más completa la notificación de actividades y prácticas al Observatorio Global de Donación y Trasplante que gestiona la ONT, como Centro Colaborador de la OMS. También se han adoptado medidas para la lucha contra el **tráfico de órganos y el turismo de trasplante**. Todo ello, sumado al esfuerzo realizado en formación continuada, ha derivado en un extraordinario desarrollo de la actividad en la Región, y con una línea de recuperación que constatamos tras el descenso evidenciado en relación con la COVID-19.

Estamos en un momento crítico que nos obliga a realizar un análisis profundo de la situación y a identificar acciones prioritarias para la recuperación de la actividad y el fortalecimiento de nuestros sistemas.



Sin duda alguna, hemos de centrarnos en primer lugar en la plena recuperación de los programas tras el impacto de la COVID-19. Esto exige garantizar el ABC de los programas de donación de órganos y tejidos, perfectamente plasmado en las numerosas recomendaciones que ha elaborado la RCIDT a lo largo de los años. Pero también exige innovar a través de la implementación de programas tales como el de cuidados intensivos orientados a la donación, la donación con criterios expandidos y de riesgo no estándar (como la donación a partir de personas con PCR positiva para SARS-CoV-2, de la que ya existe experiencia acumulada en España y otros países) o la donación en asistolia controlada. Hemos de cuestionarnos la gestión de las listas de espera antes mencionada y el porqué de las diferencias en la indicación de trasplante entre países de la región, que tanto limita el acceso de los pacientes a esta terapia transformadora. Tenemos la obligación no sólo de garantizar la disponibilidad de órganos, tejidos y células para uso clínico, sino también su calidad y seguridad. Es el momento de reforzar la lucha contra

prácticas éticamente inaceptables y de regular temas de enorme complejidad, como el acceso de no residentes a la terapia del trasplante o el eferescente mundo de la terapia celular. La Estrategia y Plan de Acción sobre Donación y Acceso Equitativo al Trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030 liderado por OPS y en cuya elaboración e implementación participa de forma muy activa la RCIDT, aún muchas de estas líneas de acción y brinda la oportunidad única de un trabajo coordinado y cohesionado para lograr nuestro objetivo último común – que nuestros pacientes accedan a las terapias basadas en sustancias de origen humano, que lo hagan a tiempo y que lo hagan con las mayores garantías de éxito. Esa es nuestra responsabilidad y miles los pacientes que dependen de nuestro esfuerzo y compromiso.

Beatriz Domínguez-Gil

*Presidenta de la Red Consejo Iberoamericano de
Donación y Trasplante*

NEWSLETTER

Trasplante Iberoamérica



**RECOMENDACIONES Y
DOCUMENTOS ELABORADOS
POR LOS MIEMBROS DE LA
RED/CONSEJO IBEROAMERICANO
DE DONACION Y TRASPLANTE
(RCIDT)**

Recomendación REC-RCIDT-2022 (33) sobre la creación de Sistemas Nacionales de Biovigilancia

22ª Reunión. Buenos Aires (Argentina) 8-9 septiembre 2022

Considerando que:

- i. la Red-Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) tiene como finalidad «desarrollar y mejorar la cooperación entre los participantes en aspectos organizativos y legislativos, formación de profesionales, y aspectos éticos y sociales relacionados con la donación y trasplante de órganos, tejidos y células», según el Documento de Constitución de la RCIDT y la Declaración de Mar del Plata de 2005¹;
- ii. la Recomendación REC-RCIDT-2007 (7) sobre guías de calidad y seguridad de células y tejidos humanos para implante², actualizada por la REC-RCIDT-2019 (27)³, afirma que, para garantizar la calidad y seguridad de las células y tejidos, es necesario registrar y transmitir información sobre los acontecimientos adversos* que puedan o pudieran influir en la calidad y seguridad de las células y tejidos y que pueda ser debido a alguno de los procesos, desde la donación hasta el implante;
- iii. la Recomendación REC-RCIDT-2016 (22) sobre importación y exportación de tejidos⁴ también especifica que, para que un proceso de importación y exportación de tejidos otorgue garantías al receptor, al sistema de donación y trasplante y al sistema sanitario, «deben registrarse todas las etapas del mismo, desde la detección de la necesidad, la justificación de la solicitud para la circulación del tejido, hasta la aplicación, el seguimiento y la biovigilancia»;
- iv. la Recomendación REC-RCIDT-2018 (25) sobre los principios para el seguimiento de los pacientes que recibieron un trasplante de órganos y retornan a su país de residencia⁵ afirma que también en este escenario de trasplante son necesarias medidas para garantizar la continuidad asistencial, la trazabilidad y la biovigilancia transnacionales, e insta a los Estados Miembros, a través de sus organismos nacionales de donación y trasplante, a disponer de un registro de receptores que han recibido un trasplante en el ex-

tranjero para permitir la transparencia de prácticas, así como la trazabilidad, la biovigilancia, el análisis de datos y la mejora de la práctica clínica;

- v. la Recomendación REC-RCIDT-2020 (28) sobre sistemas de información nacionales de donación y trasplante⁶ refiere que la biovigilancia incluye también la implementación de acciones preventivas y correctivas y el perfeccionamiento del sistema a través de la evaluación de la calidad de sus actividades;

¹ Declaración de Mar del Plata. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/declaracion-de-mar-del-plata/>. Acceso: Julio 2022.

* En este documento, el término «acontecimientos adversos» se utiliza genéricamente para designar tanto el daño como el riesgo de daño en un receptor o donante vivo, que son situaciones que pueden denominarse de manera diferente entre los países, a través de términos como «incidentes», «efectos», «eventos» y/o «reacciones adversas». Por lo tanto, un acontecimiento adverso puede definirse como cualquier hecho desfavorable vinculado a la obtención, evaluación, procesamiento, almacenamiento, distribución o aplicación en el ser humano de órganos, tejidos y células que produce o puede conducir a un daño en el receptor o en el donante vivo, como la transmisión de una enfermedad, la muerte del paciente, o estados que hagan peligrar su vida, minusvalías o discapacidades o que puedan dar lugar a la hospitalización o a una enfermedad o a la prolongación de la misma.

² <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2007-7-sobre-guias-de-calidad-y-seguridad-de-celulas-y-tejidos-humanos-para-implante-2/>

³ <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2019-27-actualizacion-de-la-recomendacion-rec-rcidt-2007-7-sobre-guias-de-calidad-y-seguridad-de-celulas-y-tejidos-humanos-para-trasplante->

⁴ <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2016-22-sobre-importacion-y-exportacion-de-tejidos/>

⁵ <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2018-25-sobre-los-principios-para-el-seguimiento-de-los-pacientes-que-recibieron-un-trasplante-de-organos-y-retornan-su-pais-de-residencia-2/>

⁶ <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2020-28-sobre-sistemas-de-informacion-nacionales-de-donacion-y-trasplante-4/>



- vi. la Recomendación REC - RCIDT- 2020 (30) adopta como estándar de referencia para América Latina la Guía del Consejo de Europa sobre la calidad y la seguridad de los órganos humanos para trasplante⁷ e incluye recomendaciones específicas para el desarrollo de sistemas de biovigilancia;
- vii. los Principios Rectores sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos⁸ adoptados en la 63ª Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 2010, a través de la Resolución WHA 63.22, y en particular, el Principio Rector número 10, establecen la necesidad de mantener y optimizar constantemente el nivel de seguridad, eficacia y calidad de las células, tejidos y órganos humanos para trasplante, en cuanto productos sanitarios de carácter excepcional y que para ello es preciso instituir sistemas de garantía de la calidad que abarquen la trazabilidad y la vigilancia y que registren los acontecimientos adversos, tanto a nivel nacional como en relación con los productos humanos exportados;
- viii. el proyecto NOTIFY⁹, iniciativa del Centro Nacional de Trasplantes (CNT) italiano, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), reúne desde 2010 a un gran número de expertos de todo el mundo que recopilan casos documentados de acontecimientos adversos asociados al uso de sustancias de origen humano, a partir de artículos publicados e informes de los sistemas nacionales de biovigilancia, constituyendo la Biblioteca Notify, que puede ser utilizada como fuente taxonómica común y para definir el alcance de los sistemas de biovigilancia, según las posibilidades y necesidades de cada país;
- ix. la Directiva 2004/23/CE¹⁰ del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, la Directiva 2006/17/CE¹¹ de la Comisión, de 8 de febrero de 2006, y la Directiva 2006/86/CE¹², de 24 de octubre de 2006 por la que se aplica la Directiva 2004/23/CE establecen requisitos para la trazabilidad y la notificación de acontecimientos adversos graves, y que la Directiva 2015/56515 de la Comisión Europea, de 8 de abril de 2015, modifica la Directiva 2006/86/CE en lo relativo a determinados requisitos para la codificación de células y tejidos humanos exigiendo a todos los estados miembros de la Unión Europea que garanticen la trazabilidad de las células y tejidos humanos desde el donante hasta el receptor y viceversa;
- x. la Directiva 2010/53/EU¹³ del Parlamento Europeo del Consejo, de 7 de julio de 2010 exige a los Estados Miembros de la Unión Europea garantizar la trazabilidad de los órganos humanos y establecer un sistema para la notificación y la gestión de acontecimientos adversos graves relacionados con el proceso de donación y trasplante de órganos con el fin último de proteger la salud de las personas;
- xi. diferentes proyectos co-patrocinados por la Unión Europea, como el proyecto European Union Standards and Training for the Inspection of Tissue Establishments (EUSTITE)¹⁴ y el proyecto EFRETOS¹⁵ han desarrollado herramientas que permiten unificar criterios a la hora de notificar y evaluar acontecimientos adversos en el ámbito de la biovigilancia;

⁷ <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2020-30-de-adopcion-de-la-guia-del-consejo-de-europa-sobre-la-calidad-y-la-seguridad-de-los-organos-humanos-para-trasplante-como-estandar-de-referencia-en-america-latina/>

⁸ Principios Rectores sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/who-guiding-principles-on-human-cell-tissue-and-organ-transplantation-spanish/> Acceso: Julio 2022.

⁹ <https://www.notifylibrary.org/>

¹⁰ Directiva 2004/23/EC de calidad y seguridad de células y tejidos. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2004-80731>

¹¹ Directiva 2006/17/CE sobre requisitos técnicos donación, obtención y la evaluación de células y tejidos humanos. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2006-80255>

¹² Directiva 2006/86/CE de la Comisión, de 24 de octubre de 2006, por la que se aplica la Directiva 2004/23/CE del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que se refiere a los requisitos de trazabilidad, la notificación de las reacciones y los efectos adversos graves y determinados requisitos técnicos para la codificación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2006-82033>

¹³ Directiva 2010/53/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de julio de 2010, sobre normas de calidad y seguridad de los órganos humanos destinados al trasplante. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2010-81418>

¹⁴ European Union Standards and Training for the Inspection of Tissue Establishments Project (EUSTITE). <https://www.notifylibrary.org/content/european-union-standards-and-training-inspection-tissue-establishments-project-eustite>.

¹⁵ European Framework for the Evaluation of Organ Transplants (EFRETOS). <https://www.notifylibrary.org/content/european-framework-evaluation-organ-transplants-efretos>



- xii. la Estrategia y Plan de Acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030¹⁶, adoptado por el 57º Consejo Directivo en la Sesión 71ª del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas, dentro de sus líneas estratégicas de acción definidas, incluye la mejora en la gestión de la información y en las actividades de seguimiento, vigilancia, evaluación y gestión de riesgos, definiéndose como indicador de control para esta acción el número de países que cuentan con mecanismos de notificación, vigilancia y manejo de acontecimientos adversos reportados a los sistemas de biovigilancia implementados y coordinados por la autoridad competente.
- xiii. Finalmente mencionando, que el Plan Global de Acción para la Seguridad del Paciente 2021-2030 «Hacia la eliminación de los daños evitables en el cuidado de la salud»¹⁷ recomienda como Estrategia 6.3: Establecer y extender los sistemas de vigilancia de la seguridad del paciente, y crear sinergias entre ellos, para evaluar la magnitud y las causas del daño en la atención sanitaria. Por lo que estas recomendaciones se alinean y permitirán aportar también a esta visión global de seguridad en cuidados de la salud.

Considerando a su vez que:

- i. el trasplante de células, tejidos y órganos humanos constituye una opción terapéutica para pacientes afectados por muy diversas enfermedades, si bien, como cualquier intervención en salud, se trata de una práctica que no está exenta de riesgos;
- ii. además de cuestiones operativas, logísticas, burocráticas y legales, el trasplante de órganos, tejidos y células involucra aspectos como la vulnerabilidad de los pacientes, la variedad de tareas que implica brindar asistencia a donantes y receptores, la diversidad de vías de atención y organizaciones involucradas, la implementación de nuevas tecnologías y la necesidad de profesionales cada vez más especializados;
- iii. a lo anterior se suma que la simple transferencia de material biológico entre individuos conlleva el riesgo de transmisión de enfermedades;
- iv. la biovigilancia constituye un conjunto de acciones de seguimiento y control que cubre todo el ciclo de las células, tejidos y órganos humanos desde la donación hasta la evolución clínica del re-

- ceptor trasplantado y del donante vivo, con el objetivo de obtener y poner a disposición información sobre los riesgos inherentes a dicho proceso, con el fin de prevenir su aparición o recurrencia y de mejorar la seguridad y la calidad de los procedimientos y procesos involucrados en el uso terapéutico de células, tejidos y órganos humanos;
- v. las capacidades para realizar trasplantes en los diferentes sistemas de salud en la Región de América Latina son heterogéneas y que una situación similar ocurre con la implantación de sistemas de biovigilancia, requiriendo el proceso de transición un abordaje progresivo para lograr un sistema regulatorio orientado a la calidad de los procesos y la seguridad de los pacientes trasplantados y los donantes vivos;
- vi. entre los requisitos más básicos para alcanzar este nivel de seguridad y calidad se encuentra la publicación de normas y toda la base legal complementaria para regular la actividad, así como la garantía de recursos a las autoridades de salud para acciones de control y seguimiento, utilizando estrategias de diversa índole;
- vii. el potencial de un sistema de biovigilancia está en evidenciar posibles acontecimientos adversos desconocidos y nuevos factores de riesgo, así como detectar incidencias inusuales o situaciones de riesgo para determinados grupos de población desde una gestión de riesgos, para el aumento de la calidad de los trasplantes y la seguridad de los pacientes trasplantados, lo que resulta es un aumento de la confianza de la población en el sistema que puede impactar en el aumento progresivo de los índices de donación a lo largo de los años.

La Red-Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante recomienda que sus Estados Miembros adopten sistemas nacionales de biovigilancia de órganos, tejidos y células, atendiendo a las especificaciones del anexo a esta recomendación.

¹⁶ Estrategia y Plan de Acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51619/CD57-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acceso: Julio 2022.

¹⁷ Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.



ANEXO 1: GUÍA PARA EL DESARROLLO Y LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA NACIONAL DE BIOVIGILANCIA DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA

Este documento ha sido elaborado por la Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) para establecer criterios comunes dirigidos a las autoridades sanitarias de los países miembros y servir de guía en la creación de Sistemas Nacionales de Biovigilancia.

El objetivo de los Sistemas Nacionales de Biovigilancia es contribuir a la seguridad de los receptores y los donantes vivos de órganos, tejidos y células, mejorando la calidad de los procesos, a través de la identificación, registro, procesamiento y análisis de acontecimientos adversos relacionadas con el uso clínico de sustancias de origen humano, realizado en tiempo y forma, la monitorización y la intervención en los riesgos identificados.

La presente guía no se aplica a la sangre y hemocomponentes (con la excepción de las células progenitoras hematopoyéticas), ni a productos biológicos como vacunas, alérgenos y hemoderivados, ni a ensayos clínicos y uso terapéutico de productos de terapia celular avanzada.

1. MARCO REGULATORIO

Es necesario definir un marco regulatorio adecuado y transparente para los sistemas de biovigilancia. El marco normativo debe contener un conjunto de lineamientos y especificidades definidas de manera consensuada entre las autoridades y los actores involucrados en los procesos de donación y trasplante.

La legislación local sobre trasplantes debe reflejar las actividades de vigilancia de acontecimientos adversos para que el sistema de biovigilancia gane legitimidad, confianza y credibilidad entre los profesionales de la salud. Por lo tanto, las políticas nacionales de trasplante deben reconocer la biovigilancia como un elemento fundamental y parte del sistema de calidad del trasplante, para fortalecer la seguridad de los pacientes que se someten al procedimiento de trasplante de células, tejidos y órganos. Contar con un marco legal específico para la biovigilancia es importante para darle legitimidad y certeza jurídica a la actuación de las autoridades sanitarias involucradas.

La norma debe abordar los mecanismos de notificación, los plazos y el flujo de comunicación para man-

tener una vigilancia sistemática, así como para cubrir el proceso de donación-trasplante, sin olvidar señalar la importancia del seguimiento de los receptores y los donantes vivos.

Se han realizado importantes avances en materia de biovigilancia en determinados países de la Región de las Américas, particularmente en Brasil. En este país, la Portaria nº 1.660/2009 instaura el Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária - Vigipos en el ámbito del SNVS como parte integrante del Sistema Único de Saúde (SUS). Por su parte, la Portaria GM/MS nº 529/2013 establece el Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), que tiene como objetivo contribuir a la calidad asistencial en todos los establecimientos de salud nacionales. Las bases de la biovigilancia han sido desarrolladas por iniciativa de ANVISA con el apoyo de una Comisión Nacional de Biovigilancia. Actualmente, las reglas de calidad son establecidas por el reglamento técnico de los trasplantes y la Resolução da Diretoria Colegiada RDC/ANVISA nº 55/2015 que trata sobre las Buenas Prácticas en tejidos humanos para uso terapéutico. En 2020 se estableció oficialmente en Brasil el Sistema Nacional de Biovigilancia por la RDC/ANVISA nº 339/2020 con el objetivo de mejorar la calidad de los procesos relacionados con el ciclo de las células, tejidos y órganos humanos, en línea con el Programa Nacional de Segurança do Paciente antes mencionado.

Asimismo, se ha implementado oficialmente el Sistema Nacional de Biovigilancia en Colombia, creado por la Resolución 0995 de 2020, que reglamenta la creación de un Comité Nacional de Biovigilancia, así como la adopción de lineamientos técnicos en materia de biovigilancia.

En España, el Real Decreto 1723/2012¹⁸, de 28 de diciembre, que resulta parcialmente de la transposición de la Directiva 2010/53/UE, en su artículo 23 establece la obligación de crear un Sistema Nacional de Biovigilancia, definido como un sistema de notificación y gestión de reacciones y eventos adversos graves. En el referido artículo se dicta que, sin perjuicio de las competencias de las comunidades autónomas y en cooperación con las mismas, la Organización Nacional de Trasplantes implementará un sistema estatal para notificar, investigar, registrar y

¹⁸ Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. <http://www.ont.es/infesp/Paginas/LegislacionBasica.aspx>

transmitir la información pertinente y necesaria sobre los eventos adversos graves y las reacciones adversas graves. Se especifica además que es a través del Programa marco de calidad y seguridad¹⁹ como se establecerán protocolos de biovigilancia. Este mandato se plasmó en octubre del 2016 en la redacción del Sistema Nacional de Notificación y Gestión de Reacciones y Eventos Adversos en Donación y Trasplante de Órganos (Biovigilancia de Órganos)²⁰.

Por su parte, el protocolo de actuación del Sistema Nacional de Vigilancia del trasplante de células y tejidos²¹ surgió en el año 2008 obedeciendo una serie de directrices europeas (directiva madre 2004/23/UE y las subsiguientes 2006/17/CE, 2006/87, 2015/565/UE y 2015/566/UE) aplicadas a este ámbito e incorporadas al derecho español mediante el Real Decreto-Ley 9/2014²², de 4 de julio. El objetivo del sistema es el de la prevención de la transmisión de cualquier deterioro en la salud asociado al implante (en los receptores de células y tejidos) o a la donación, evaluación o extracción (en los donantes vivos de células y tejidos). Cualquier modificación que se realice del mismo tendría que mantener este mismo objetivo principal. La norma también exige que se garantice la trazabilidad de las células y tejidos humanos desde el donante hasta el receptor y *viceversa*. Compete a la ONT y a las Coordinaciones de Trasplantes de las Comunidades Autónomas establecer el sistema de rastreo. El rastreo de origen a destino no solo abarca a los componentes celulares o tejidos sino también a los productos y materiales que entren en contacto con dichas células y tejidos y puedan tener efecto sobre su calidad y seguridad.

2. CONSTRUCCIÓN DE UN SISTEMA DE BIOVIGILANCIA

2.1. Alcance de un Sistema de Biovigilancia

Dada la complejidad del sistema de trasplantes y la realidad local del país, es necesario establecer el alcance de la vigilancia de los acontecimientos adversos relacionados con el uso terapéutico de células, tejidos y órganos. Por una parte, ha de establecerse si todas las **sustancias de origen humano** serán objeto de vigilancia o si, de acuerdo con las metas establecidas, se prioriza la vigilancia de una determinada sustancia de origen humano para cumplir con alguna estructura organizacional o programa estratégico ya establecido en el país.

Por otro lado, ha de determinarse si las actuaciones de biovigilancia cubrirán todas las **fases del ciclo**

celular, tisular y de órganos desde la donación hasta el seguimiento del receptor y del donante vivo o si las actuaciones se centrarán inicialmente en una fase/paso concreto.

2.2. Identificación de responsabilidades y actores clave: instituciones y expertos

El establecimiento de gestores dedicados y el mapeo de sus componentes dependerá directamente de la definición del alcance del sistema que, a su vez, necesita estar ligado a la estructura del sistema de trasplantes, así como a su grado de complejidad, además de adaptarse a la situación sanitaria del país.

La Red Nacional del Sistema Nacional de Biovigilancia debe sustentarse en la propia Red Nacional de Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células: Centro de obtención, Centro de implante, Establecimientos de tejidos, Coordinación Regional (si aplica), Coordinación Nacional.

Todos los profesionales de la Red han de ser responsables de la detección y notificación de acontecimientos adversos al Sistema, así como de participar en la evaluación y gestión de los acontecimientos adversos que les corresponda dentro de su ámbito. Con independencia de lo anterior, cada nivel de la Red Nacional de Biovigilancia ha de contar con personal cualificado o con la competencia y formación necesarias para acometer las actividades de biovigilancia.

Las funciones del Sistema Nacional de Biovigilancia se distribuyen en dos niveles: el nivel de centro (constituido por los centros de obtención, los centros de implante y los establecimientos de tejidos) y el nivel de coordinación de biovigilancia, pudiendo ser esta función asumida por la autoridad regional (si

¹⁹ <http://www.ont.es/infesp/Programa%20Marco%20de%20calidad%20y%20Seguridad/Forms/AllItems.aspx>.

²⁰ <http://www.ont.es/infesp/Programa%20Marco%20de%20calidad%20y%20Seguridad/5.%20202.%20Sistema%20nacional%20de%20notificaci%C3%B3n%20y%20gesti%C3%B3n%20de%20reacciones%20y%20eventos%20adversos%20en%20donaci%C3%B3n%20y%20trasplante%20de%20%C3%B3rganos.pdf>.

²¹ http://www.ont.es/infesp/TejidosPHCelulas/Sistema_de_Biovigilancia.pdf.

²² Real Decreto-ley 9/2014, de 4 de julio, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos. <http://www.ont.es/infesp/Paginas/LegislacionBasica.aspx>



aplica) y nacional en materia de trasplante o por otra autoridad sanitaria (ej. Salud pública), pero siempre en estrecha cooperación con la anterior.

A nivel de centro, se recomienda designar a un profesional responsable, que ha de estar familiarizado con los protocolos y coordinar las funciones de biovigilancia propias del centro, incluyendo las de educación y formación de los profesionales que participan en el proceso de donación-trasplante.

La autoridad responsable de coordinar la biovigilancia ha de contar con personal específicamente dedicado a las labores de coordinación de biovigilancia.

Es recomendable establecer un Comité Nacional de Biovigilancia compuesto por representantes de los diferentes nodos de la red, así como por profesionales designados de áreas de interés para el Sistema (ej. enfermedades infecciosas u oncológica).

Las responsabilidades y alianzas deben ser mapeadas hasta iniciar una discusión nacional sobre la implementación del sistema, estableciendo en conjunto los alcances a lograr con el sistema, identificando sus elementos básicos, así como determinando el flujo de comunicación en biovigilancia entre las autoridades de salud involucradas en el proceso de donación-trasplante.

2.3. Detección de Acontecimientos Adversos

La detección de acontecimientos adversos está basada en **identificar riesgos a lo largo del proceso de donación-trasplante y problemas de salud** en los receptores de órganos, tejidos y células y los donantes vivos que puedan estar vinculados a este proceso.

Los responsables de dicha detección son todos los profesionales de la Red Nacional de Donación y Trasplante. Todos estos profesionales han de mantener una **actitud proactiva** en la identificación de situaciones que han de ser objeto de notificación.

La detección de casos deriva, entre otros, de la observación, el análisis de datos clínicos/microbiológicos/radiológicos/anatomo-patológicos (incluyendo los resultados de autopsias clínicas y judiciales) y de otro tipo, el registro y la revisión de documentación durante el proceso de donación y trasplante, y el seguimiento de pacientes trasplantados y donantes vivos.

2.4. Notificación de Acontecimientos Adversos

Se define notificación como la comunicación de un acontecimiento adverso a la autoridad responsable de la coordinación del Sistema Nacional de Biovigilancia.

Los Centros de Trasplantes a través de su sistema de información, deben notificar de manera inmediata un acontecimiento adverso, para que el Sistema de Biovigilancia se active de manera oportuna y haga un seguimiento permanente del trasplantado y donante.

Cualquier profesional ha de poder notificar un acontecimiento adverso al Sistema, si bien es recomendable que, a nivel de cada nodo de la Red, sea el responsable de biovigilancia quien asuma dicha notificación.

Se requiere una **lista de ejemplos de acontecimientos adversos** que se deben informar. Estos ejemplos deben estar presentes en los manuales o procedimientos operativos de notificación de servicios y coordinación de trasplantes. Algunos de los principales ejemplos de acontecimientos que pueden ser elegidos como prioritarios para la notificación (centinelas), no limitados a estos, son las infecciones (bacterianas, fúngicas, virales o por algún otro agente), transmisión de neoplasias, rechazo hiperagudo, extracción inmediata de implantes, la incisión sin implante y el daño asociado al donante vivo.

Corresponde al Sistema Nacional de Biovigilancia de cada país establecer la mejor herramienta para el reporte de acontecimientos adversos. Idealmente, la notificación de un acontecimiento adverso debe hacerse a través de un **formulario estandarizado (Anexo 1.1 y 1.2)**, que puede ser **electrónico o impreso**. El formulario deberá contener al menos la siguiente información:

- una descripción del acontecimiento adverso;
- información sobre la investigación realizada;
- una evaluación graduada del resultado clínico (es decir, una evaluación de la gravedad);
- una evaluación de la probabilidad de que el acontecimiento adverso haya sido causado por el trasplante/injerto (es decir, imputabilidad);
- información sobre las medidas adoptadas por el servicio de trasplante o el hospital.



2.5. Intercambio de información entre autoridades reguladoras, agencias de salud pública y servicios de salud

Es necesario determinar un flujo de comunicación entre los responsables involucrados, en consonancia con los lineamientos establecidos por el sistema de biovigilancia en cada ámbito de actuación: central, regional y local.

Establecer el flujo de comunicación de acontecimientos adversos en biovigilancia es fundamental para que la comunicación de riesgos sea eficiente, permitiendo que la información circule rápidamente. Además, permitirá la realización de acciones asistenciales enfocadas a la prevención y reducción de posibles daños a la salud, así como acciones operativas encaminadas a interrumpir el proceso en riesgo.

2.6. Evaluación y gestión del caso. Informe de cierre de caso

Es importante la elaboración de guías y manuales con el objetivo de apoyar y asistir técnicamente a los profesionales de la salud durante la interpretación y gestión de riesgos de acontecimientos adversos. Estos deben incluir definiciones claras de los acontecimientos adversos a informar, así como demostrar qué eventos deben ser monitoreados por los profesionales responsables de las acciones de biovigilancia.

Además, las guías y manuales deben establecer los canales específicos de información y contener conceptos armonizados con documentos internacionales para permitir la comparabilidad en el momento del análisis de datos, así como presentar modelos de formularios de notificación y lineamientos para su llenado.

La evaluación del caso debe incluir un análisis de su gravedad, imputabilidad e impacto. El impacto del acontecimiento determinará las medidas preventivas y correctoras a adoptar por parte de los implicados y las autoridades responsables. Cada caso ha de tener un informe de cierre, documentando la investigación y gestión realizada, que ha de concebirse siempre como una oportunidad de aprendizaje para la mejora.

Se adjuntan como anexos 1.3-1.6 ejemplos de herramientas utilizadas por la ONT de España en la evaluación y gestión de acontecimientos adversos en el Sistema de Biovigilancia de Órganos: modelo de informe de caso de Biovigilancia, seguimiento de re-

ceptores en riesgo, así como las herramientas del proyecto EUSTITE adaptadas y una herramienta de evaluación de la imputabilidad para enfermedades transmisibles, derivada del sistema creado por el «Disease Transmission Advisory Committee–DTAC».

2.7. Educación permanente en Biovigilancia

Todos los contenidos que se desarrollen para la formación continua deben basarse en guías y protocolos, así como en el marco legal en la materia y deben llegar a todos los agentes y profesionales de la salud involucrados en el ciclo de las células, tejidos y órganos en todos los niveles de actividad, desde el etapa de identificación de donantes, captación, bancos de tejidos y células, incluso profesionales que realizan trasplantes y se responsabilizan del seguimiento de los pacientes trasplantados.

El enfoque de educación permanente debe aclarar los conceptos de biovigilancia y su importancia para la mejora del sistema de calidad del trasplante. Otro punto crucial es la clarificación de las responsabilidades y obligaciones específicas de cada actor involucrado en el proceso de vigilancia y reporte.

3. SISTEMAS DE INFORMACIÓN

3.1. Sistemas de Información

Para asegurar el control sobre las actividades relacionadas con órganos, células y tejidos humanos es importante disponer de un sistema de recogida de información y mantenimiento de un registro de actividades y de centros.

Sería aconsejable el desarrollo de una plataforma informática común para Biovigilancia de órganos, tejidos y células. Sin embargo, la imposibilidad de implementar una plataforma informática ideal, en un principio, no debe ser un impedimento para la implementación de un Sistema Nacional de Biovigilancia.

En la medida de lo posible, sería recomendable establecer una base de datos con los diferentes responsables de Biovigilancia de cada Centro de Obtención/Implante de tejidos y células y Centro de Trasplante de órganos. También para los responsables por Región/Estado.

Las unidades de obtención y donación, los bancos de tejidos y las unidades o centros de implante comunicarán de manera periódica, en el plazo que determine la autoridad sanitaria de cada país, informes de las actividades llevadas a cabo para asegurar que se



cumple con lo establecido por la legislación y con los requisitos de calidad y seguridad.

Los sistemas de recogida y archivo de información deben cumplir con lo que establezcan las diferentes legislaciones nacionales en materia de protección de datos.

3.2. Trazabilidad

Es importante localizar e identificar células, tejidos o órganos durante cualquier etapa, desde su obtención, pasando por el procesamiento, evaluación y almacenamiento, hasta su distribución al receptor o su desestimación o eliminación, incluyendo la capacidad de identificar al donante, el banco de tejidos y células, las instalaciones que lo reciben, procesan o almacenan los tejidos o células, los receptores y cualquier producto y material que entre en contacto con esos órganos, tejidos o células y que pueda afectar a la calidad y seguridad de los mismos.

Las autoridades sanitarias competentes de cada país deberían impulsar sistemas de seguimiento o rastreo en tiempo real desde el origen hasta el destino final de cada órgano, célula y/o tejido extraído, que permitan establecer los sistemas de alerta básicos y necesarios ante cualquier problema de biovigilancia.

Para facilitar estos procedimientos, se recomienda crear sistemas de codificación accesible a todos los centros y unidades que permita identificar de manera única e inequívoca los órganos, tejidos o células donados, obtenidos, procesados, almacenados, distribuidos e implantados.

Un sistema de trazabilidad debería recoger al menos la siguiente información: identificación de la unidad de obtención, identificación única del donante, fecha de la obtención y lugar, órgano, tejido o célula extraída. Identificación del banco de tejidos, tipo de tejido o célula, número de lote si procede, fecha de caducidad y estatus final (disponible, descartado, cuarentena), fecha de disponibilidad. Identificación de la unidad de aplicación, tipo de tejido o célula recibido, identificación del receptor, fecha de utilización y si no se utilizó, la causa.

4. PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE BIOVIGILANCIA

Debido al carácter de la información manejada en estas actividades se deben adoptar las medidas necesarias para un tratamiento específico de los datos preservando la **confidencialidad** de estos, asegurando la trazabilidad y el anonimato entre el donante y el receptor y sus familiares. La autoridad sanitaria competente de cada país establecerá las medidas de acuerdo con las legislaciones nacionales para el correcto cumplimiento en materia de tratamiento de datos de carácter personal y de salud.

Los sistemas de biovigilancia deben basarse, sobre todo, en el desarrollo de una cultura de seguridad. Todas las partes interesadas, las autoridades sanitarias, bancos de células y tejidos y profesionales involucrados en los trasplantes deben promover una cultura que fomente la presentación de informes y la comunicación en un contexto **no punitivo**, reemplazando la culpa y el castigo con la oportunidad de aprender de fallos y mejorar la atención médica.

ANEXO 1.1: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE EVENTO ADVERSO (Sistema de Biovigilancia de Órganos, ONT, España)

<i>A rellenar por ONT</i>	
<i>Código de Biovigilancia:</i>	
<i>Profesional responsable ONT:</i>	
CENTRO QUE DECLARA:	
COMUNIDAD AUTÓNOMA:	
FECHA DE NOTIFICACIÓN (dd/mm/aaaa):	

1. Persona que notifica y Responsable de Biovigilancia de centro

A rellenar por la persona que notifica	A rellenar por el Responsable de Biovigilancia de centro (RBC)
Identidad de la persona que notifica Apellido: Nombre:	Identidad de la RBC Apellido: Nombre:
Cargo:	Cargo:
Datos de contacto Teléfono: Fax: E-mail: Dirección postal:	Datos de contacto Teléfono: Fax: E-mail: Dirección postal:
	Nº interno de referencia:
	<input type="checkbox"/> notificación inicial <input type="checkbox"/> notificación de seguimiento (especificar número)

2. Donante y receptor (es) implicados. Otras sustancias de origen humano

2.1 DONANTE		
Tipo: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerte encefálica <input type="checkbox"/> Asistolia		
Nº Identificación CAT (si aplica):	NIF:	CIP:
Nº Identificación CORE:	Sexo: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento:
Fecha de extracción (dd/mm/aa):	Centro de obtención:	



RECEPTORES Y SUSTANCIAS DE ORIGEN HUMANO IMPLICADOS					
2.2 Hay receptores de órganos implicados: <input type="checkbox"/> Sí (especificar en la tabla) <input type="checkbox"/> No					
Nº Identificación CORE					
Nº Identificación CAT (si aplica):					
NIF:					
CIP:					
Órgano trasplantado*					
Fecha de Trasplante (dd/mm)aa)					
Centro de trasplante (hospital y ciudad)					
2.3 Se han desestimado órganos del donante tras la extracción: <input type="checkbox"/> Sí (especificar en la tabla) <input type="checkbox"/> No					
Órgano desestimado*					
Causa de desestimación					
2.4 Se han extraído/distribuido tejidos – células del donante: <input type="checkbox"/> Sí (especificar en la tabla) <input type="checkbox"/> No					
EN CASO AFIRMATIVO, NOTIFICAR AL SISTEMA DE BIOVIGILANCIA DE TEJIDOS Y CÉLULAS					
Tejido extraído/distribuido					
Establecimiento de tejidos					

* Riñón derecho, riñón izquierdo, hígado, corazón, pulmón derecho, pulmón izquierdo, páncreas, intestino.



3. Descripción, investigación y evaluación del evento adverso

3.1. Fecha de ocurrencia (dd/mm/aa)

3.2 Fecha de detección (dd / mm/ aa)

3.3 Tipo de evento adverso. Clasificación:

- Incidente sin exposición directa a riesgo Incidente con exposición directa a riesgo
 Infección/serología positiva Tumor maligno Otra enfermedad transmisible Otro

3.4 Descripción del evento adverso y consecuencias potenciales:

3.5 Resultados de la investigación y pruebas diagnósticas realizadas:

3.6 Evaluación del evento adverso. Fase y causa:

FASE EN LA QUE OCURRE EL EVENTO ADVERSO	CAUSA DEL EVENTO ADVERSO					
	Déficit de documentación	Déficit de identificación	Fallo de equipamiento	Fallo de material	Error humano	Otros (especificar)
Identificación del donante						
Evaluación del donante						
Pruebas diagnósticas						
Caracterización (incluye transmisión información)						
Extracción (incluye preservación <i>in situ</i>)						
Preservación						
Empaquetado						
Transporte						
Otros (especificar):						



3.7 Evaluación del evento adverso. Gravedad Potencial:

1 (No serio) 2 (Serio) 3 (Potencialmente mortal) 4 (Mortal)

3.8 Evaluación del evento adverso. Impacto:

Probabilidad de recurrencia: 1 (Raro) 2 (Improbable) 3 (Posible) 4 (Probable) 5 (Casi cierto)

Consecuencias: 1 (Menor) 2 (Significante) 3 (Mayor) 4 (Grave)

4. Gestión. Acciones preventivas y correctoras

4.1 Otros coordinadores/equipos/responsables informados Sí (Precisar) No

4.2 Descripción de las medidas puestas en marcha (preventivas y correctoras):

4.3 Evolución del caso:

4.4 Conclusiones:

Fecha (dd/mm/aa) y firma de la persona que cumplimenta esta ficha

___ / ___ / ____

ANEXO 1.2: FICHA DE NOTIFICACIÓN DE REACCIÓN ADVERSA (Sistema de Biovigilancia de Órganos, ONT, España)

A rellenar por ONT

Código de Biovigilancia:

Profesional responsable ONT:

CENTRO QUE DECLARA:	
COMUNIDAD AUTÓNOMA:	
FECHA (dd/mm/aaaa):	

1. Persona que notifica y Responsable de Biovigilancia de centro	
A rellenar por la persona que notifica	A rellenar por el Responsable de Biovigilancia de centro (RBC)
Identidad de la persona que notifica	Identidad de la RBC
Apellido:	Apellido:
Nombre:	Nombre:
Cargo:	Cargo:
Datos de contacto	Datos de contacto
Teléfono:	Teléfono:
Fax:	Fax:
E-mail:	E-mail:
Dirección postal:	Dirección postal:
	Nº interno de referencia:
	<input type="checkbox"/> notificación inicial
	<input type="checkbox"/> notificación de seguimiento (especificar número)



2. Donante y receptor (es) implicados. Otras sustancias de origen humano

2.1 DONANTE

Tipo: Vivo Muerte encefálica Asistolia

Nº Identificación CAT (si aplica):

NIF:

CIP:

Nº Identificación CORE:

Sexo: V M

Fecha de nacimiento:

Fecha de extracción (dd/mm/aa):

Centro de obtención:

2.2. RECEPTOR

Nº Identificación CAT (si aplica):

NIF:

CIP:

Nº Identificación CORE:

Sexo: V M

Fecha de nacimiento:

Fecha de trasplante:

Centro de Trasplante:

Órgano trasplantado*:

2.3. Hay otros receptores de órganos del mismo donante?: Sí (especificar en la tabla) No

N Identificación CORE

Nº Identificación CAT
(si aplica):

NIF:

CIP:

Fecha de Trasplante
(dd/mm/aa)

Centro de trasplante
(hospital y ciudad)

2.4 Se han desestimado órganos del donante tras la extracción: Sí (especificar en la tabla) No

Órgano desestimado*

Causa de
desestimación

2.5 Se han extraído/distribuido tejidos – células del donante: Sí (especificar en la tabla) No

NOTIFICAR AL SISTEMA DE BIOVIGILANCIA DE TEJIDOS Y CÉLULAS EN CASO AFIRMATIVO

Tejido
extraído/distribuido

Establecimiento de
tejidos

*Riñón derecho, riñón izquierdo, hígado, corazón, pulmón derecho, pulmón izquierdo, páncreas, intestino.

3. Descripción, investigación y evaluación de la Reacción Adversa

3.1. Fecha de inicio (dd/mm/aa)

3.2. Fecha de detección (dd/mm/aaaa)

3.3 Tipo de reacción adversa. Clasificación:

- Abandono procedimiento de trasplante por un evento adverso con exposición innecesaria a riesgo
 Reacción inmunológica Infección/seroconversión Tumor maligno
 Otra enfermedad transmisible Pérdida injerto Fallecimiento receptor
 Fallecimiento donante vivo Complicación grave donante vivo Pérdida injerto donante vivo tras extracción
 Otra

3.4 Descripción de la reacción adversa:

3.5 Resultados de la investigación y pruebas diagnósticas realizadas:

3.6 Evaluación de la Reacción Adversa. Gravedad:

- 1 (No seria) 2 (Seria) 3 (Potencialmente mortal) 4 (Mortal)

3.7 Evaluación de la Reacción Adversa. Imputabilidad:

- NE (No evaluable) 0 (Excluida; improbable) 1 (Posible) 2 (Probable) (Definitiva; Cierta)

3.8 Evaluación de la Reacción Adversa. Impacto:

Probabilidad recurrencia: 1 (Raro) 2 (Improbable) 3 (Posible) 4 (Probable) 5 (Casi cierto)

Consecuencias: 1 (Menor) 2 (Significante) 3 (Mayor) 4 (Grave)



4. Gestión. Acciones preventivas, terapéuticas y correctoras

4.1 Otros coordinadores/equipos/responsables informados Sí No (Precisar)

4.2 Descripción de las medidas puestas en marcha:

4.3 Evolución del caso:

Conclusiones:

Fecha y firma de la persona que cumplimenta esta ficha

__/__/____

ANEXO 1.3: INFORME DE CASO DE BIOVIGILANCIA (Sistema de Biovigilancia de Órganos, ONT, España)

REFERENCIA: CÓDIGO DE BIOVIGILANCIA – CÓDIGO DOCUMENTO	
FECHA DE EMISIÓN DE INFORME	
DESTINATARIOS DEL INFORME <ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro de obtención de órganos: ▪ Centros de trasplante de órganos: ▪ Coordinación Autonómica de Trasplantes ▪ Autoridades Competentes de otros Estados Miembros de la UE y de Terceros Países. 	
INFORMACIÓN SOBRE EL CENTRO QUE NOTIFICA	
DONANTE, RECEPTORES IMPLICADOS Y ORGANOS/TEJIDOS TRASPLANTADOS (código CORE/CAT)	
DESCRIPCIÓN DEL CASO	
RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN	
MEDIDAS PREVENTIVAS, TERAPÉUTICAS Y CORRECTORAS ADOPTADAS	
CONCLUSIÓN DEL CASO O SEGUIMIENTO, EN CASO NECESARIO	
FIRMA DE RESPONSABLE/RESPONSABLES DEL INFORME	
<p><i>Contiene datos personales. Proteger contra la divulgación o el acceso no autorizados.</i></p> <p><i>Es responsabilidad de la persona que recibe este informe transmitir el mismo y su documentación adjunta a los equipos de trasplante relacionados con el caso motivo de la alarma de biovigilancia. Así mismo, deberá garantizar la recepción de dicha información por parte de los responsables médicos de cada uno de los pacientes implicados.</i></p> <p><i>La Organización Nacional de Trasplantes contactará con las coordinaciones de trasplantes de los hospitales implicados en caso de recibir información relevante y para recabar la información necesaria para completar el estudio y la evaluación del caso.</i></p>	

**ANEXO 1.4: FICHA DE SEGUIMIENTO DE RECEPTORES EN RIESGO – CASO DE BIOVIGILANCIA
(Sistema de Biovigilancia de Órganos, ONT, España)**

CODIGO DE BIOVIGILANCIA		
INCIDENTE		
DONANTE		
TIPO: <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Muerte encefálica <input type="checkbox"/> Asistolia		
Nº IDENTIFICACIÓN CAT (si aplica):	NIF:	CIP:
Nº IDENTIFICACIÓN CORE:	SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa):
FECHA DE EXTRACCIÓN (dd/mm/aa):	CENTRO DE OBTENCIÓN:	

<i>1. Incidente</i>
1.1 Fecha de detección (dd/mm/aa):
1.2 Descripción caso:

<i>2. Receptor implicado</i>
2.1 N Identificación CORE
2.2 N Identificación CAT (si aplica):
2.3 NIF:
2.4 CIP:
2.5. Órgano trasplantado:
2.6 Fecha de Trasplante (dd/mm/aa):
2.7 Centro de trasplante (hospital y ciudad)



3. Última revisión/Seguimiento

3.1 Fecha de última revisión (dd/mm/aa):

3.2 RECEPTOR

3.2.1 ¿Existe sospecha clínica de transmisión?

- Sí *
- No
- Desconocido

3.2.2 Estado receptor:

- Vivo
- Fallecido
 - Fecha fallecimiento (dd/mm/aa):
 - Causa fallecimiento:
 - Relación con incidente Sí *
 - No
 - Desconocido

*Especificar

3.3 INJERTO

3.3.1 Supervivencia:

- Funcionante
- No funcionante
 - Fecha fallo (dd/mm/aa):
 - Causa fallo:
 - Relación con incidente Sí *
 - No
 - Desconocido
- Desconocido

*Especificar

4. Medidas adoptadas: preventivas/terapéuticas



ANEXO 1.5: HERRAMIENTAS DEL PROYECTO EUSTITE ADAPTADAS AL SISTEMA NACIONAL DE BIOVIGILANCIA DE ÓRGANOS PARA LA EVALUACIÓN Y GESTIÓN DE EVENTOS Y REACCIONES ADVERSAS (Sistema de Biovigilancia de Órganos, ONT, España)

CLASIFICACIÓN DE LAS REACCIONES ADVERSAS EN FUNCIÓN DE SU GRAVEDAD		
1	No seria	Leves consecuencias clínicas/psicológicas, sin necesidad de hospitalización, ni anticipación de consecuencias o discapacidad a largo plazo.
2	Seria*	<ul style="list-style-type: none">- Hospitalización o prolongación de hospitalización y/o- Discapacidad permanente o significativa o invalidez, o- Intervención médica o quirúrgica para impedir un daño permanente, o- Transmisión de una enfermedad grave, o- Prolongación de una enfermedad.
3	Potencialmente mortal*	<ul style="list-style-type: none">- El donante vivo o el receptor requieren una intervención mayor tras la extracción del órgano o el trasplante (drogas vasoactivas, intubación/ventilación mecánica, ingreso en unidad de cuidados intensivos) para prevenir la muerte, o- Transmisión de una enfermedad potencialmente mortal.
4	Mortal*	Muerte.

*Notificación obligatoria al Sistema Nacional de Biovigilancia de Órganos.

EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD DE UNA REACCIÓN ADVERSA AL PROCESO DE DONACIÓN O AL ÓRGANO TRASPLANTADO	
No evaluable	Los datos son insuficientes para evaluar la imputabilidad.
0 Excluída; Improbable	La evidencia es concluyente , más allá de la duda razonable, para atribuir la reacción adversa a causas alternativas. Hay evidencia claramente a favor para atribuir la reacción adversa a causas diferentes del proceso /órgano trasplantado.
1 Posible	La evidencia no es clara para atribuir la reacción adversa al proceso/ órgano trasplantado o a causas alternativas.
2 Probable	La evidencia está claramente a favor para atribuir la reacción adversa al proceso / órgano trasplantado .
3 Definitiva; Cierta	La evidencia es concluyente , más allá de la duda razonable, para atribuir la reacción adversa al proceso / órgano trasplantado .

*Notificación obligatoria al Sistema Nacional de Biovigilancia de Órganos.



EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS EVENTOS Y LAS REACCIONES ADVERSAS

Paso 1 - PROBABILIDAD DE RECURRENCIA

1	Raro	Difícil de creer que pueda volver a ocurrir otra vez.
2	Improbable	No es esperable que ocurra, pero es posible.
3	Posible	Puede ocurrir ocasionalmente.
4	Probable	Probable pero no persistente.
5	Casi cierto	Probable que ocurra en muchas ocasiones.

Paso 2 - VALORACIÓN DE LAS CONSECUENCIAS

Nivel	Descripción del impacto	Impacto en personas - Real (Reacción Adversa) Potencial (Evento Adverso)	Impacto en el sistema de trasplantes	Impacto en la distribución de órganos
0	Insignificante	Insignificante	No afecta	Impacto insignificante
1	Menor	No-serio	Pequeño daño al sistema	Algunas intervenciones se posponen
2	Significativo	Serio	Daño al sistema - los servicios se afectarán por un corto espacio de tiempo	Muchas intervenciones se cancelan o posponen
3	Mayor	Potencialmente mortal	Gran daño al sistema – se necesitará tiempo para repararlo	Se cancela un número importante de procedimientos
4	Grave	Mortal	Sistema destruido - necesita rehacerse	Se cancelan todos los procedimientos de trasplante



EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LOS EVENTOS Y LAS REACCIONES ADVERSAS (continuación)

Paso 3- EVALUACIÓN DEL IMPACTO (MATRIZ)

Probabilidad de recurrencia Consecuencias	Casi cierto 5	Probable 4	Posible 3	Improbable 2	Raro 1
Grave 4	20	16	12	8	4
Mayor 3	15	12	9	6	3
Significante 2	10	8	6	4	2
Significante 2	5	4	3	2	1
Insignificante 0	0	0	0	0	0

En la valoración de consecuencias, se incluye el nivel mayor alcanzado en las diferentes categorías

ANEXO 1.6: EVALUACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD PARA REACCIONES ADVERSAS CONSISTENTES EN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES, DERIVADA DEL SISTEMA CREADO POR EL 'DISEASE TRANSMISSION ADVISORY COMMITTEE –DTAC'²³ (Sistema de Biovigilancia de Órganos, ONT, España)

Tabla 1.

No evaluable	Los datos son insuficientes para evaluar la imputabilidad.
0 Excluida; Improbable	Sospecha de transmisión Y cumplimiento de al menos una de las siguientes condiciones: <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia clara de una causa alternativa; • No infección por el mismo organismo en ningún otro receptor trasplantado del mismo donante, siempre que se hayan efectuado las pruebas diagnósticas adecuadas; • Evidencia de laboratorio de que el receptor tenía una infección por el mismo organismo o la enfermedad tumoral antes del trasplante.
1 Posible	Sospecha de transmisión Y <ul style="list-style-type: none"> • Evidencia de laboratorio de la presencia del organismo o la enfermedad tumoral en un solo receptor O • Datos que sugieren, pero no demuestran transmisión.

²³ Ison MG, Hager J, Blumberg E, Burdick J, Carney K, Cutler J, et al. Donor-Derived Disease Transmission Events in the United States: Data Reviewed by the OPTN/UNOS Disease Transmission Advisory Committee. Am J Transplant 2009; 9: 1929-1935.



Tabla 1. (Continuación)

<p>2 Probable</p>	<p>Se cumplen las siguientes dos condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sospecha de transmisión Y• Evidencia de laboratorio de la presencia del organismo o el tumor en un receptor <p>Y se cumple al menos una de las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">• Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en otros receptores;• Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en el donante; <p>Si hay evidencia de laboratorio previa al trasplante, dicha evidencia debe indicar que el mismo receptor era negativo para el organismo implicado antes del trasplante.</p>
<p>3 Definitiva; Cierta</p>	<p>Se cumplen todas las condiciones siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Sospecha de transmisión;• Evidencia de laboratorio de la presencia del organismo o el tumor en un receptor;• Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en otros receptores (si hay receptores múltiples)*;• Evidencia de laboratorio de la presencia del mismo organismo o tumor en el donante;• Si hay evidencia de laboratorio previa al trasplante, ésta debe indicar que el mismo receptor era negativo para el organismo antes del trasplante.

**Si solo hubo un receptor de órganos del donante, tendrían que existir datos claros relacionando el organismo o el tumor en el donante y el receptor para clasificar la reacción adversa como imputable de manera cierta/definitiva al donante (e.g. tipado genético de bacterias o microbacterias). Si esto no fuera posible, el grado de imputabilidad se clasificará como menor.*



Recomendación REC-RCIDT-2022 (34) para la adhesión de los países de América Latina al Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos

Considerando:

- i. que la Red-Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) tiene como finalidad «desarrollar y mejorar la cooperación entre los participantes en aspectos organizativos y legislativos, formación de profesionales, y aspectos éticos y sociales relacionados con la donación y trasplante de órganos, tejidos y células», según el Documento de Constitución de la RCIDT y la Declaración de Mar del Plata de 2005¹;
- ii. los principios alcanzados en el Documento de Aguascalientes, durante el Primer Foro Latinoamericano de bioética y trasplantes de Aguascalientes (México), celebrado en septiembre de 2010²;
- iii. la Declaratoria de la RCIDT de desacuerdo con el turismo de trasplante en Latinoamérica³;
- iv. la Recomendación REC-RCIDT-2017 (24) sobre posicionamiento de la RCIDT frente al proyecto «Global Kidney Exchange», iniciativa en el que existe riesgo de explotación de personas vulnerables⁴;
- v. la Recomendación REC-RCIDT-2018 (25) sobre los principios para el seguimiento de los pacientes que recibieron un trasplante de órganos y retornan a su país de residencia⁵ y la Recomendación REC-RCIDT-2018 (26) sobre los principios para la selección, evaluación, donación y seguimiento de los donantes vivos de órganos no residentes⁶, que proporcionan orientación a los Estados Miembros sobre el abordaje del viaje para trasplante para evitar y afrontar prácticas compatibles con la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos;
- vi. la Recomendación REC-RCIDT-2020 (29) sobre programas de donación de vivo en América Latina⁷;
- vii. la Resolución 73/189, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, sobre el fortaleci-

miento y promoción de medidas eficaces y la cooperación internacional en materia de donación y trasplante de órganos para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos⁸, que

¹ Declaración de Mar de Plata. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/declaracion-de-mar-del-plata/>. Acceso: Agosto 2022.

² Documento de Aguascalientes; Disponible en: <https://contraloria.bcs.gob.mx/wp-content/uploads/Documento-de-Aguascalientes.pdf>. Acceso: Agosto 2022.

³ Declaratoria de la RCIDT de desacuerdo con el Turismo de Trasplante en Latinoamérica; Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/by-regions/>. Acceso: Agosto 2022.

⁴ Recomendación REC-RCIDT-2017 (24) sobre posicionamiento de la RCIDT frente al proyecto “Global Kidney Exchange”. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2017-24-sobre-posicionamiento-de-la-rcidt-frente-al-proyecto-global-kidney-exchange/>. Acceso: Agosto 2022.

⁵ Recomendación REC-RCIDT-2018 (25) sobre los principios para el seguimiento de los pacientes que recibieron un trasplante de órganos y retornan a su país de residencia. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2018-25-sobre-los-principios-para-el-seguimiento-de-los-pacientes-que-recibieron-un-trasplante-de-organos-y-retornan-su-pais-de-residencia-2/>. Acceso: Agosto 2022.

⁶ La Recomendación REC-RCIDT-2018 (26) sobre los principios para la selección, evaluación, donación y seguimiento de los donantes vivos de órganos no residentes. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2018-26-sobre-los-principios-para-la-seleccion-evaluacion-donacion-y-seguimiento-de-los-donantes-vivos-de-organos-no-residentes-2/?wpdmml=7500>. Acceso: Agosto 2022

⁷ Recomendación REC-RCIDT-2020 (29) sobre programas de donación de vivo en América Latina. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/recomendacion-rec-rcidt-2020-29-sobre-programas-de-donacion-de-vivo-en-america-latina/>. Acceso: Agosto 2022.

⁸ Resolución 73/189, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas, sobre el fortalecimiento y promoción de medidas eficaces y de cooperación internacional en materia de donación y trasplante de órganos para prevenir y combatir la trata de personas con fines de extracción de órganos y el tráfico de órganos humanos. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/450/71/PDF/N1845071.pdf?OpenElement>. Acceso: Agosto 2022.



reconoce el valor del Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos e insta a los Estados Miembros a que adopten medidas para prevenir y combatir tanto la trata de personas con fines de extracción de órganos, como el tráfico de órganos humanos, así como para proteger a las víctimas de ambos delitos y promover la cooperación internacional en este ámbito;

- viii. los Principios Rectores sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos⁹ adoptados en la 63a Asamblea Mundial de la Salud, de mayo de 2010, a través de la Resolución WHA 63.22, y en particular, el Principio Rector número 1, que establece la necesidad de obtener el consentimiento establecido por ley y de comprobar que la persona fallecida no se oponía a la extracción, el Principio número 3, que especifica el carácter informado y voluntario de la donación de vivo y el Principio número 5, que promueve la no comercialización de las células, tejidos y órganos para uso clínico;
- ix. la Estrategia y Plan de Acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030¹⁰, adoptado por el 57º Consejo Directivo en la Sesión 71ª del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas;
- x. el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional¹¹;
- xi. el Estudio Conjunto de las Naciones Unidas y el Consejo de Europa sobre el tráfico de órganos, tejidos y células y la trata de personas con fines de extracción de órganos, donde se reconoce la necesidad de un instrumento jurídico internacional específicamente centrado en el tráfico de órganos humanos¹²;
- xii. el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos, elaborado en respuesta al mencionado estudio conjunto y abierto para firma en Santiago de Compostela (España) en 2015¹³;
- xiii. la Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes promovida por la Sociedad Internacional de Trasplante (TTS) y la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN) y

adoptada en Estambul (Turquía) en 2008, así como su edición actualizada en Madrid (España) en el año 2018¹⁴.

Considerando a su vez que:

- i. los delitos de trata de personas con fines de extracción de órganos y de tráfico de órganos humanos constituyen una vulneración de derechos humanos fundamentales y conllevan importantes riesgos para la salud individual y para la salud pública;
- ii. si bien existen diferencias entre ambos tipos de delitos, los dos emergen de la incapacidad de los países de dar cobertura a la creciente demanda de trasplante de su población, así como de factores sociales y económicos que convierten a las personas en vulnerables, siendo necesario que la prevención y la lucha contra estos delitos se realice de forma planificada, coordinada y efectiva;
- iii. ambos delitos suelen tener un fuerte componente transnacional, puesto que los pacientes que se trasplantan en este contexto con frecuencia viajan a países donde la donación y el trasplante están escasamente regulados o supervisados, donde existen deficiencias legislativas para la

⁹ Principios Rectores sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/download/who-guiding-principles-on-human-cell-tissue-and-organ-transplantation-spanish/> Acceso: Agosto 2022.

¹⁰ Estrategia y Plan de Acción sobre donación y acceso equitativo al trasplante de órganos, tejidos y células 2019-2030. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51619/CD57-11-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y> Acceso: Agosto 2022.

¹¹ Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional. Disponible en: <https://www.unodc.org/documents/treaties/UNTOC/Publications/TOC%20Convention/TOC-book-s.pdf>. Acceso: Agosto 2022.

¹² Trafficking in organs, tissues and cells, and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs. Joint Council of Europe/United Nations Study. Disponible en: <https://rm.coe.int/16805ad1bb>. Acceso: Agosto 2022.

¹³ Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el Tráfico de Órganos Humanos. Disponible en: <https://www.coe.int/en/web/conventions/full-list?module=treaty-detail&treatynum=216>. Acceso: Junio 2022.

¹⁴ Declaración de Estambul sobre el Tráfico de Órganos y el Turismo de Trasplantes. Disponible en: <https://www.declarationofistanbul.org/>. Acceso: Agosto 2022.



persecución de estas prácticas y/o donde se cuenta con marcos regulatorios adecuados pero pobremente implementados.

- iv. todos los países de América Latina son firmantes del Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, lo que significa que sus códigos penales tipifican como delito la trata de personas, incluyendo la trata con fines de extracción de órganos, de acuerdo a una definición internacionalmente consensuada, y contienen medidas para la persecución y la prevención de este delito, así como para la protección de sus víctimas;
- v. aunque las legislaciones de los países de América Latina prohíben la compra-venta de órganos humanos y han adoptado medidas para la persecución y la prevención del tráfico de órganos, sus legislaciones no se encuentran armonizadas en cuanto a la definición de este delito y las medidas para combatirlo, lo que impide establecer y operativizar una cooperación internacional eficaz, que es esencial para la lucha efectiva contra el tráfico de órganos y tejidos, sobre todo atendiendo a su habitual carácter transnacional;
- vi. el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos es el único documento legal de carácter transnacional

que proporciona una definición consensuada internacionalmente sobre las acciones que son constitutivas de un delito de tráfico de órganos y que permite perseguir prácticas que no pueden ser combatidas con facilidad como delitos de trata de personas;

- vii. el Convenio del Consejo de Europa no sólo contempla medidas para la persecución del tráfico de órganos humanos, sino también medidas para su prevención y para la protección de sus víctimas, junto con disposiciones relativas a la cooperación internacional para una lucha efectiva y coordinada contra esta práctica;
- viii. el Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos está abierto para firma por parte de países que no son Estados Miembros del Consejo de Europa y que solicitan convertirse en partes del mencionado Convenio y que varios países de América Latina ya han tomado dicha iniciativa como muestra de compromiso de erradicar este delito.

La Red-Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante recomienda a sus Estados Miembros que adopten cuantas medidas sean oportunas para que sus países se adhieran al Convenio del Consejo de Europa sobre la lucha contra el tráfico de órganos humanos.

NEWSLETTER

Trasplante Iberoamérica



**DATOS SOBRE LA ACTIVIDAD DE
DONACIÓN Y TRASPLANTE
DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y
CÉLULAS (AÑO 2021)**











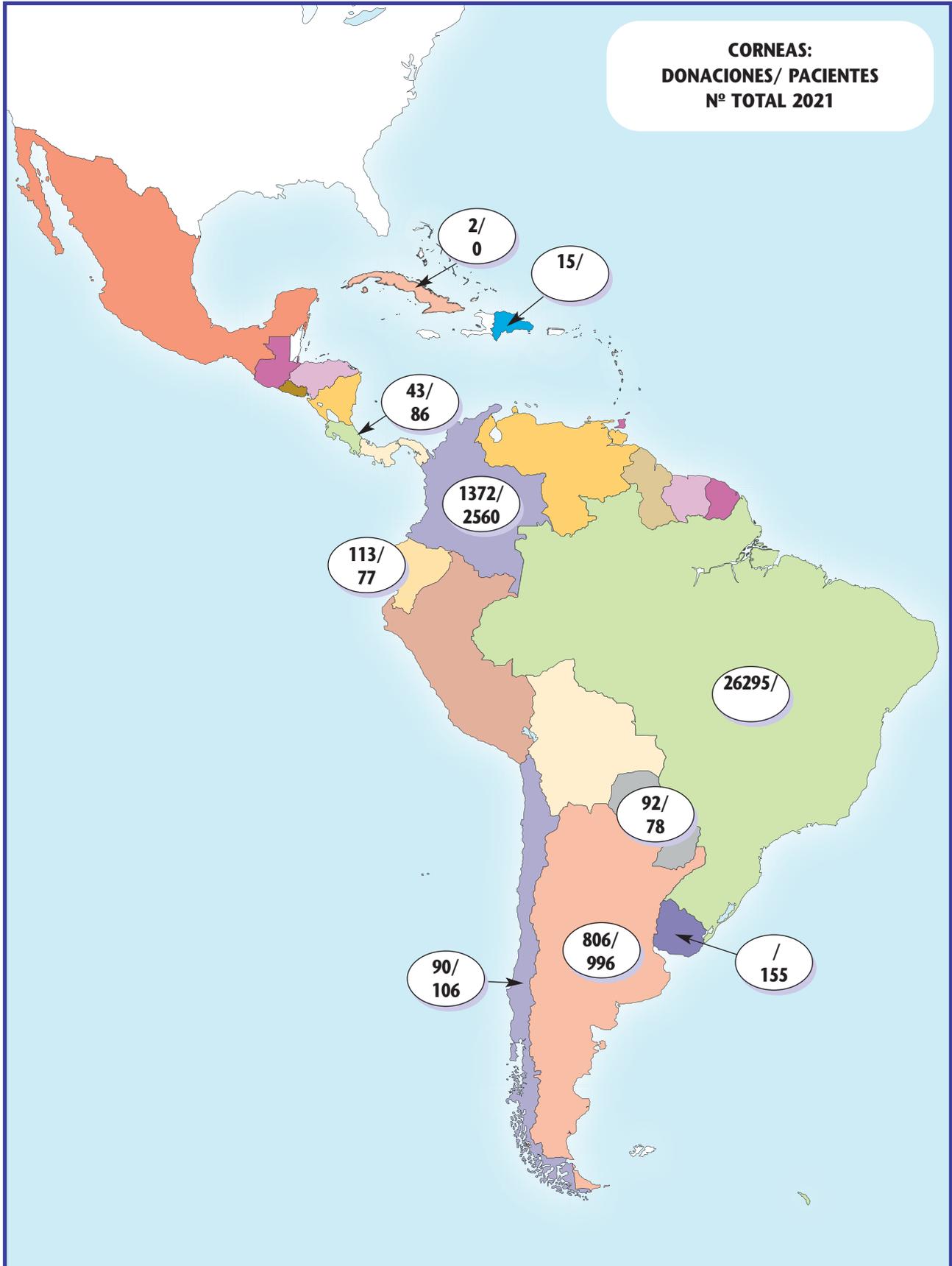


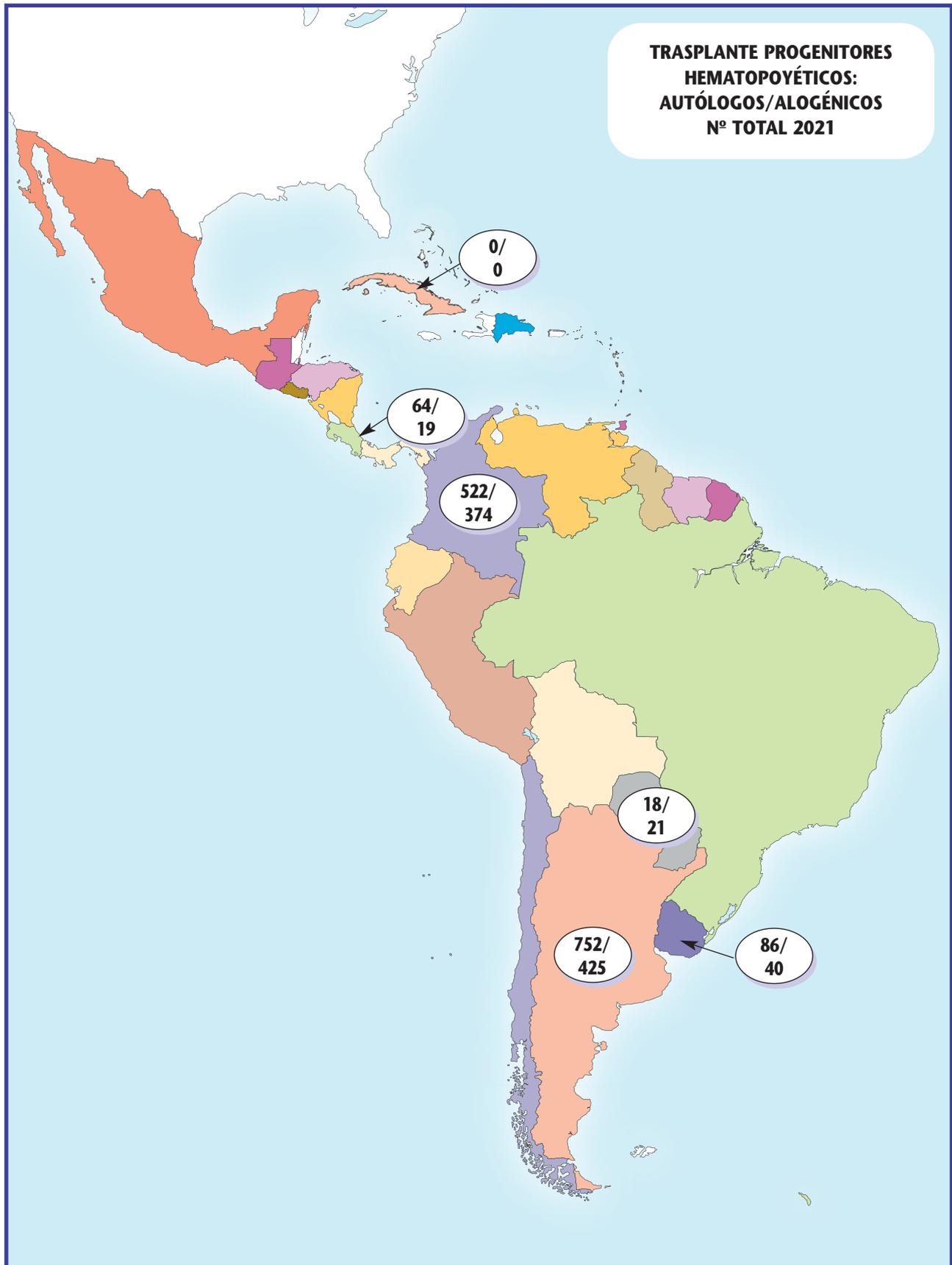






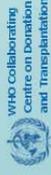








GODT
Global Observatory on Donation and Transplantation



MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



LATINAMERICAN COUNTRIES



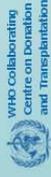
4 413 ACTUAL DECEASED ORGAN DONORS (both DBD and DCD included)

2021 data

N= 18 COUNTRIES (607.5 million inhabitants)

GODT

Global Observatory on Donation and Transplantation



WHO Collaborating Centre on Donation and Transplantation



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



EUROPEAN UNION DATA



8 671 ACTUAL DECEASED ORGAN DONORS (7 343 DBD and 1 328 DCD)

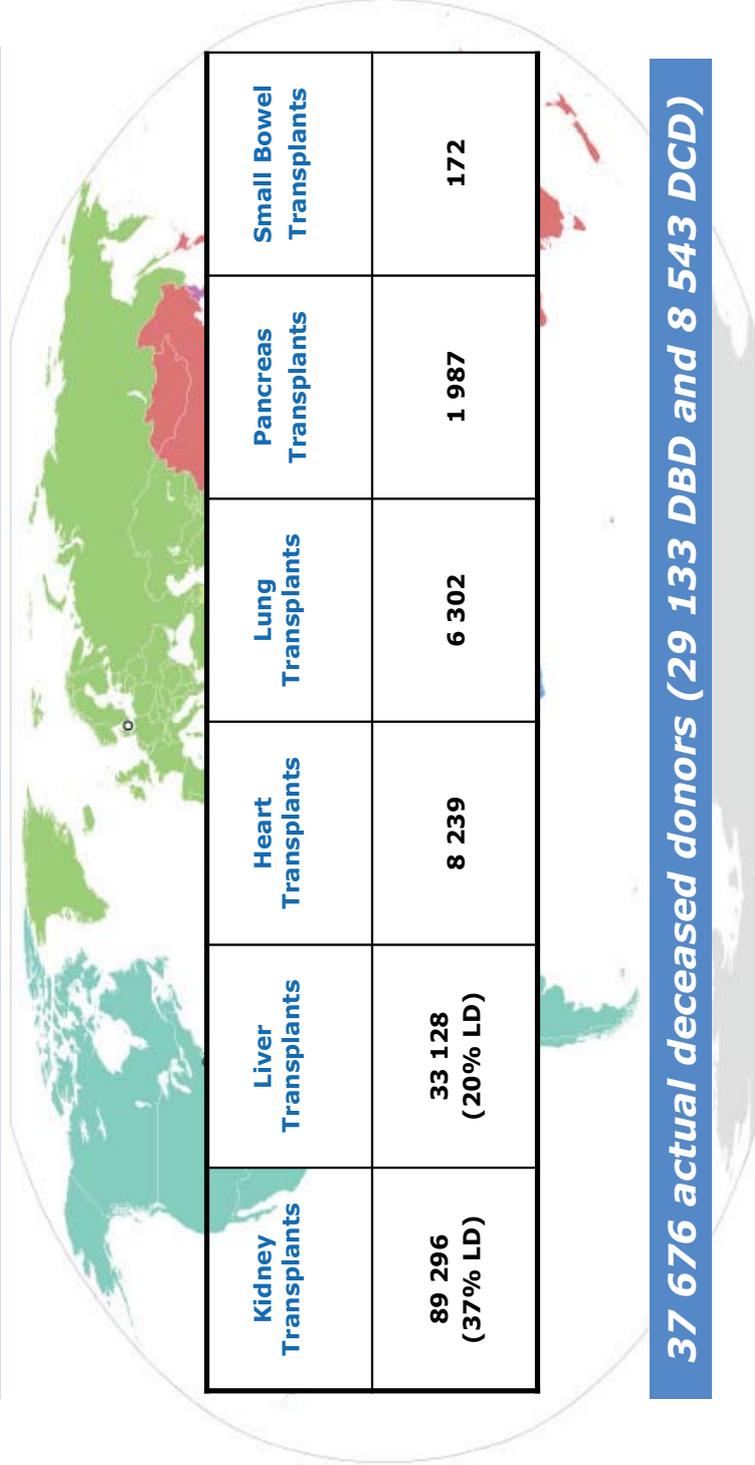
2021 data
N= 27 COUNTRIES (445.2 million inhabitants)



MINISTERIO DE SANIDAD POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD



GLOBAL ACTIVITY IN ORGAN TRANSPLANTATION 2021 ESTIMATES

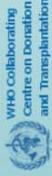


37 676 actual deceased donors (29 133 DBD and 8 543 DCD)

**Information of 81 Member States on organ transplantation activities
(71.5% of the global population)**

GODT

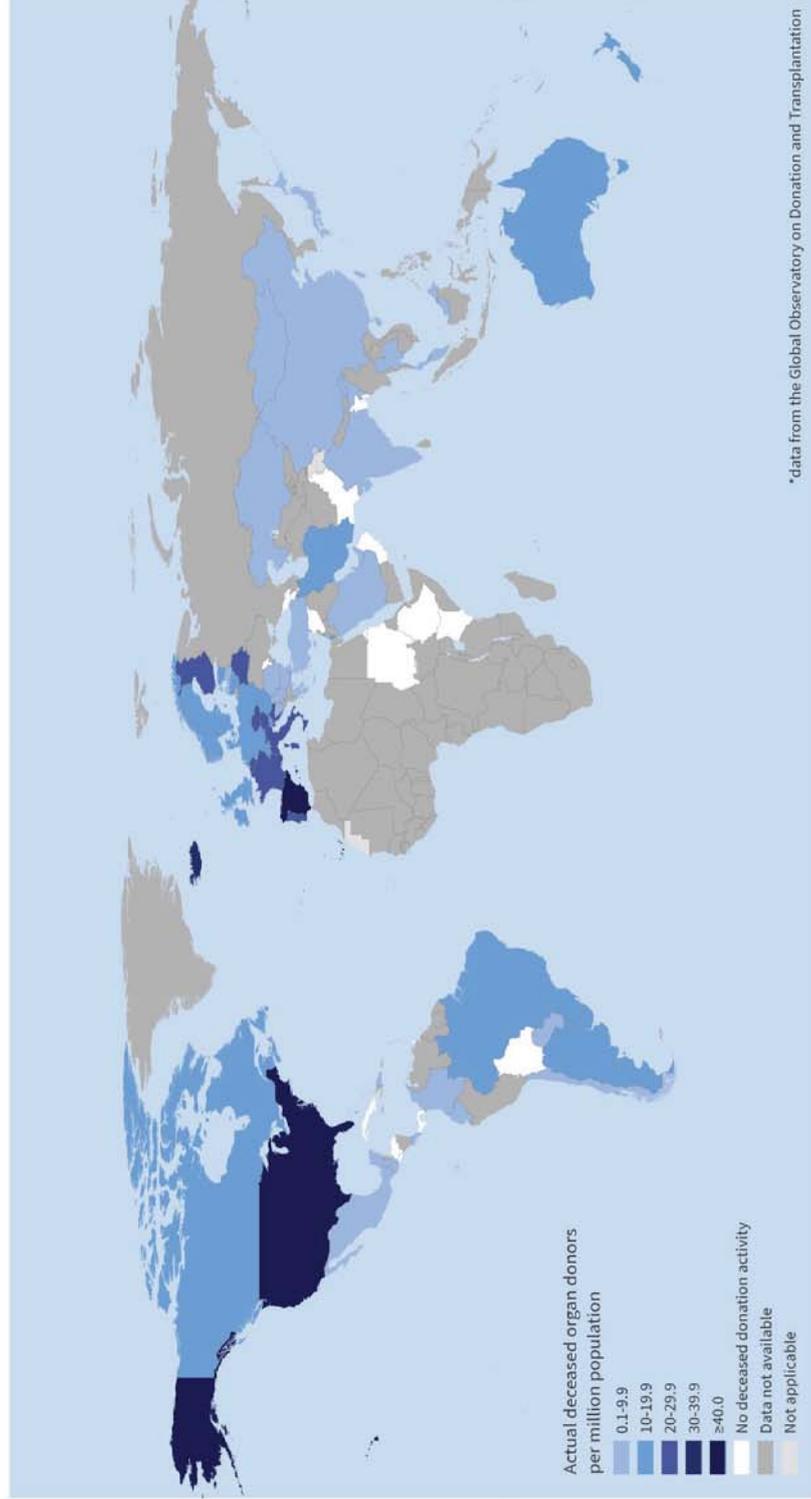
Global Observatory on Donation and Transplantation



GOBIERNO DE ESPAÑA



Actual donors from deceased persons, 2021*



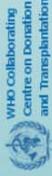
The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. 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 and Transplantation
 Map Production: WHO GIS Centre for Health, DNA/DDI
 Map Creation Date: **14 September 2022**
 World Health Organization
 © WHO 2022. All rights reserved



GODT

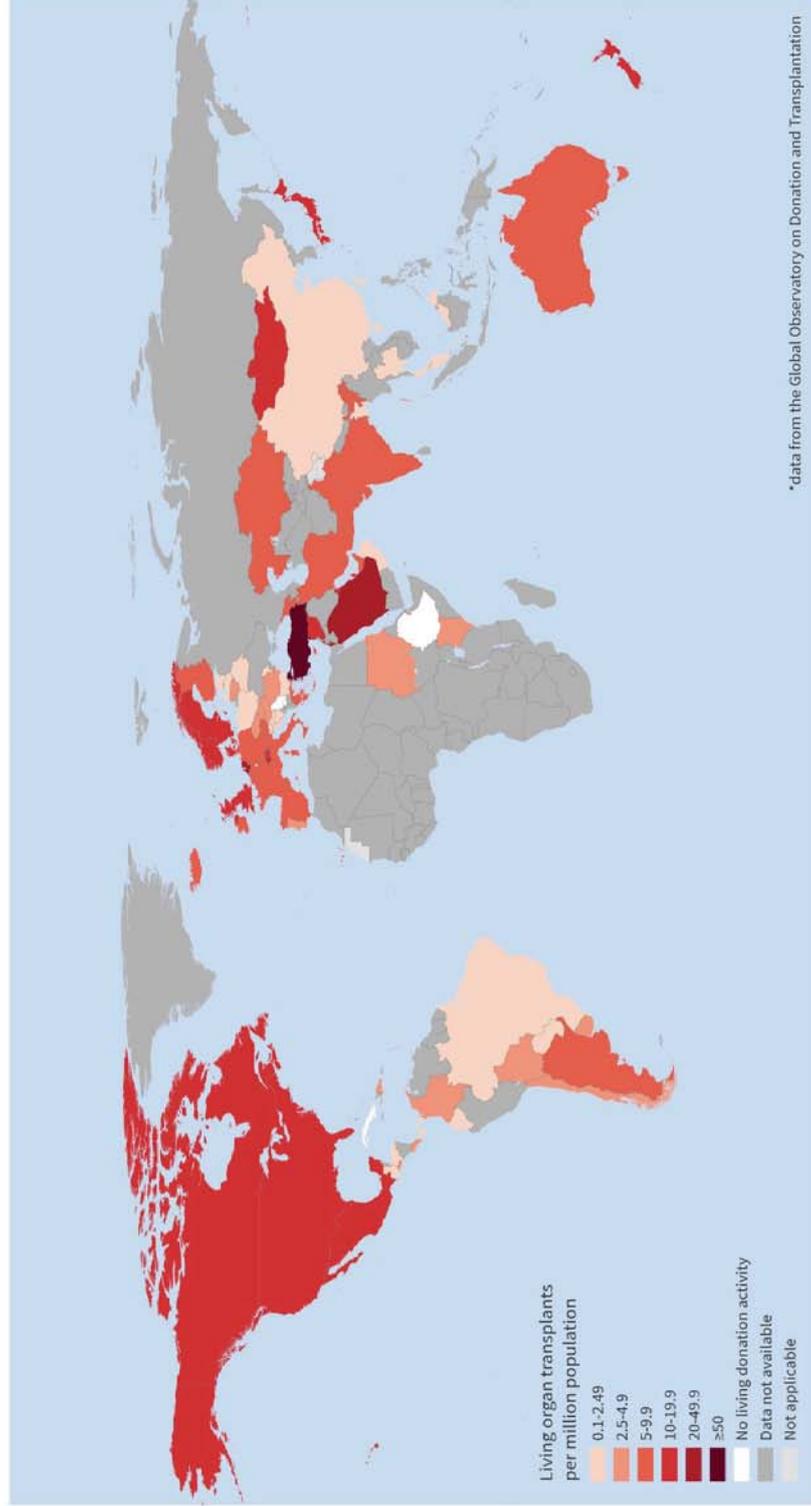
Global Observatory on Donation and Transplantation



MINISTERIO DE SANIDAD



Organ transplantation from living donors, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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.

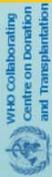
Data Source: Global Observatory on Donation and Transplantation
Map Production: WHO GIS Centre for Health, DNA/DDI
Map Creation Date: **14 September 2022**



© WHO 2022. All rights reserved.

GODT

Global Observatory on Donation and Transplantation



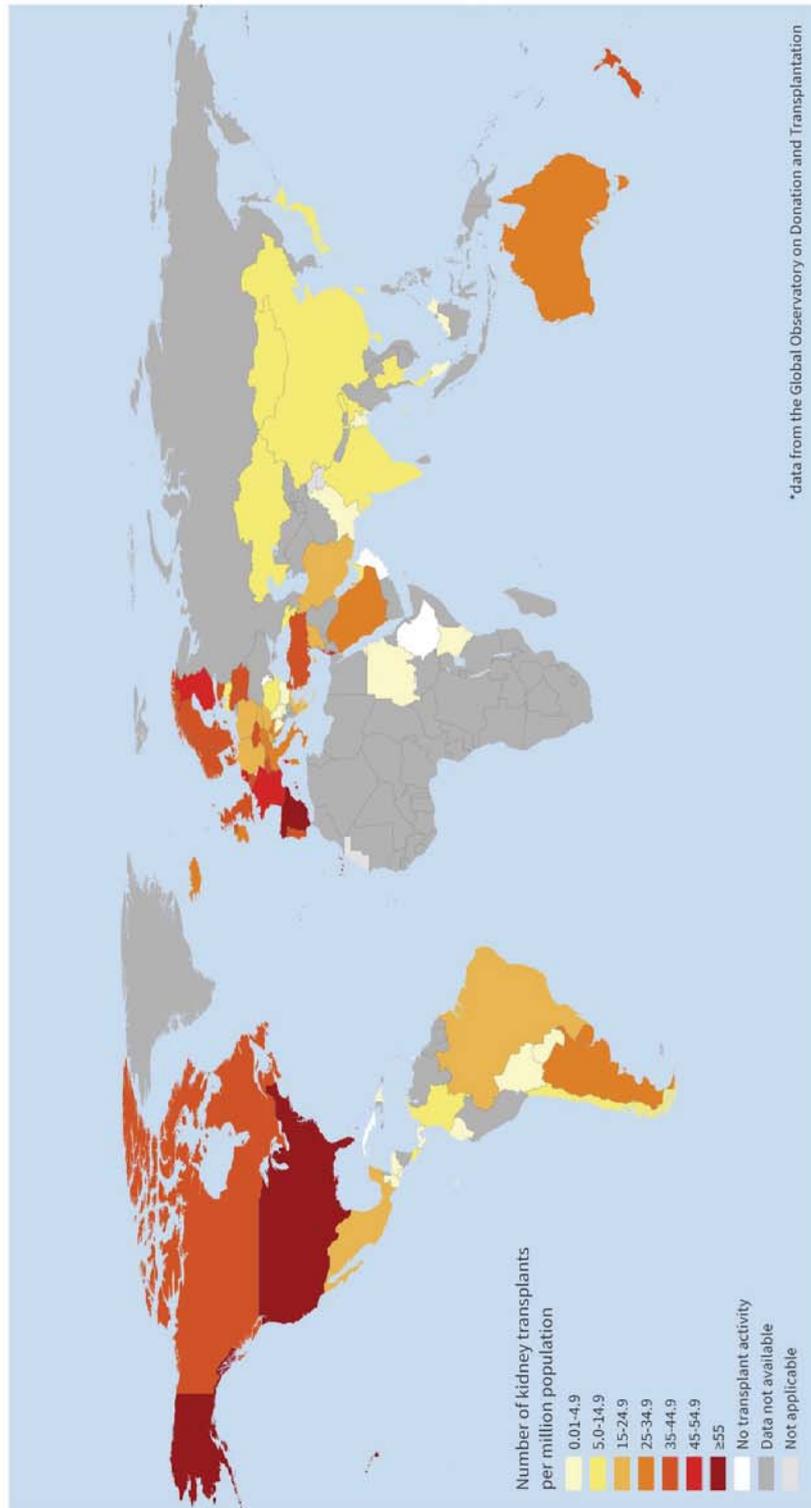
GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD



ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES

Kidney transplantation activities, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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 and Transplantation
Map Production: WHO GIS Centre for Health, DNA/DDI
Map Creation Date: **15 September 2022**



© WHO 2022. All rights reserved.

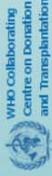


Red / Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante



GODT

Global Observatory on Donation and Transplantation



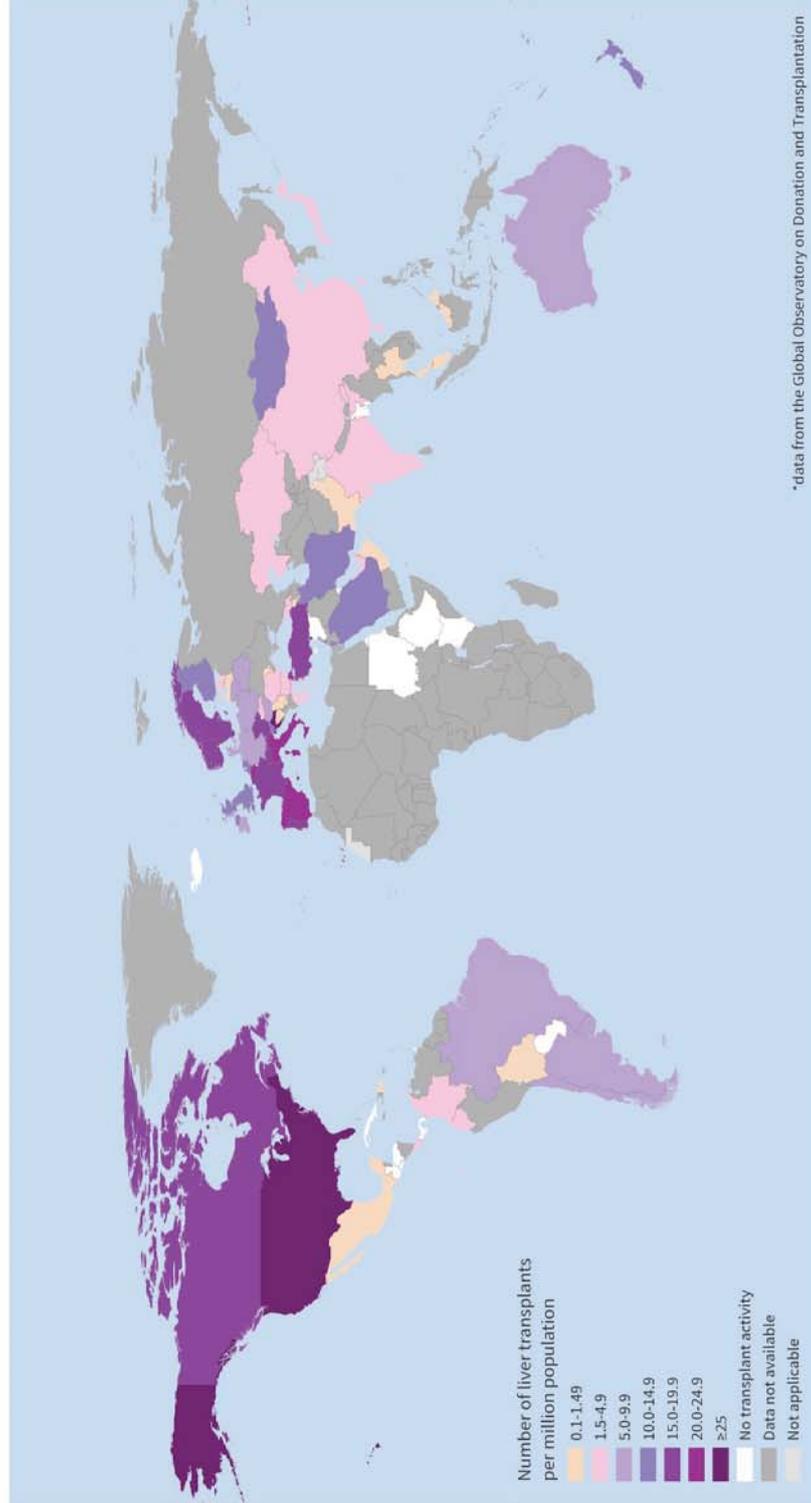
GOBIERNO DE ESPAÑA



MINISTERIO DE SANIDAD



Liver transplantation activities, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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.

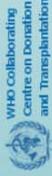
Data Source: Global Observatory on Donation and Transplantation
Map Production: WHO GIS Centre for Health, DNA/DDI
Map Creation Date: **14 September 2022**



© WHO 2022. All rights reserved.

GODT

Global Observatory on Donation and Transplantation



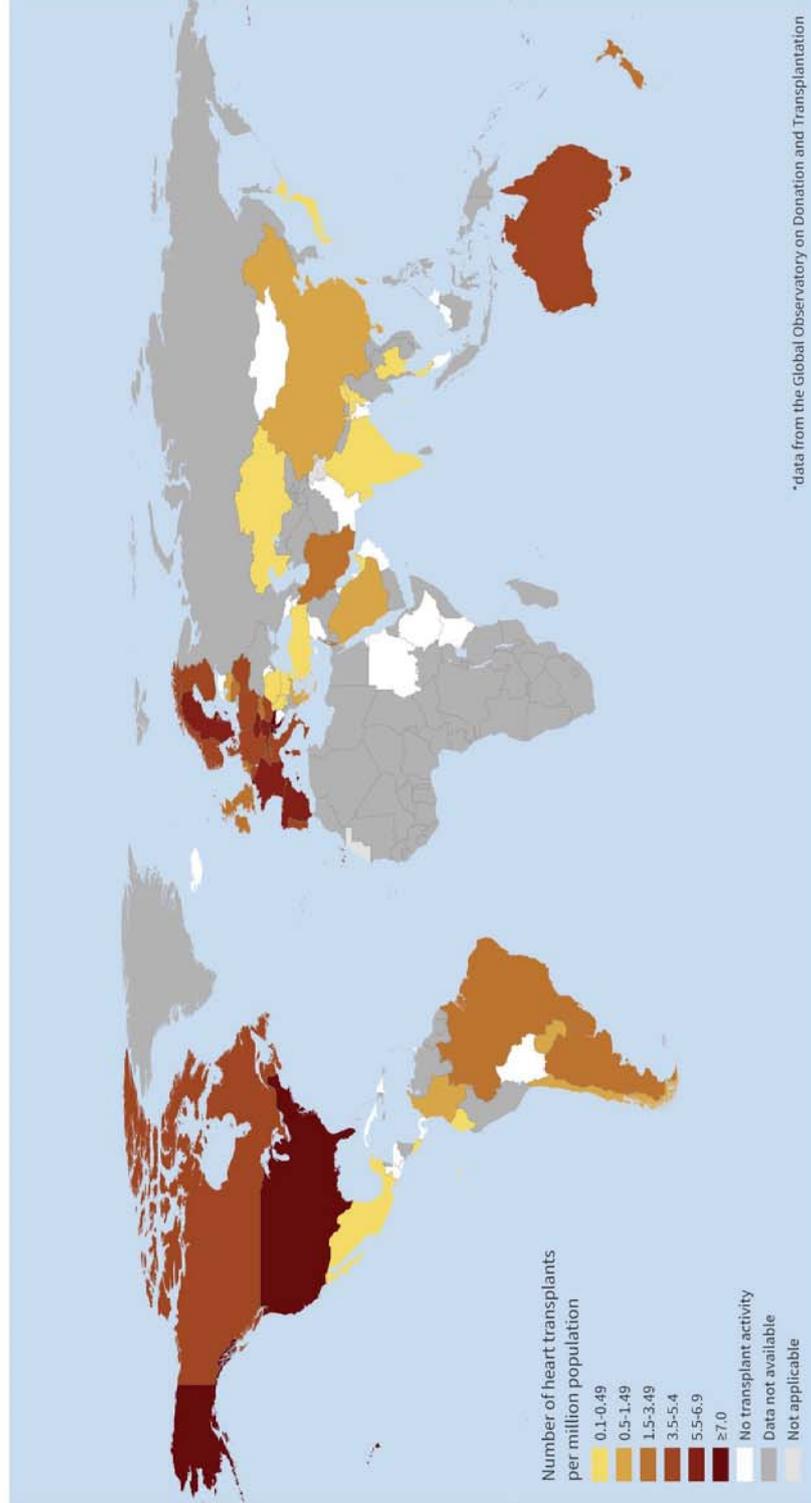
GOBIERNO DE ESPAÑA



MINISTERIO DE SANIDAD



Heart transplantation activities, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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 and Transplantation
 Map Production: WHO GIS Centre for Health, DMA/DDI
 Map Creation Date: **14 September 2022**
 World Health Organization
 © WHO 2022. All rights reserved.



GODT

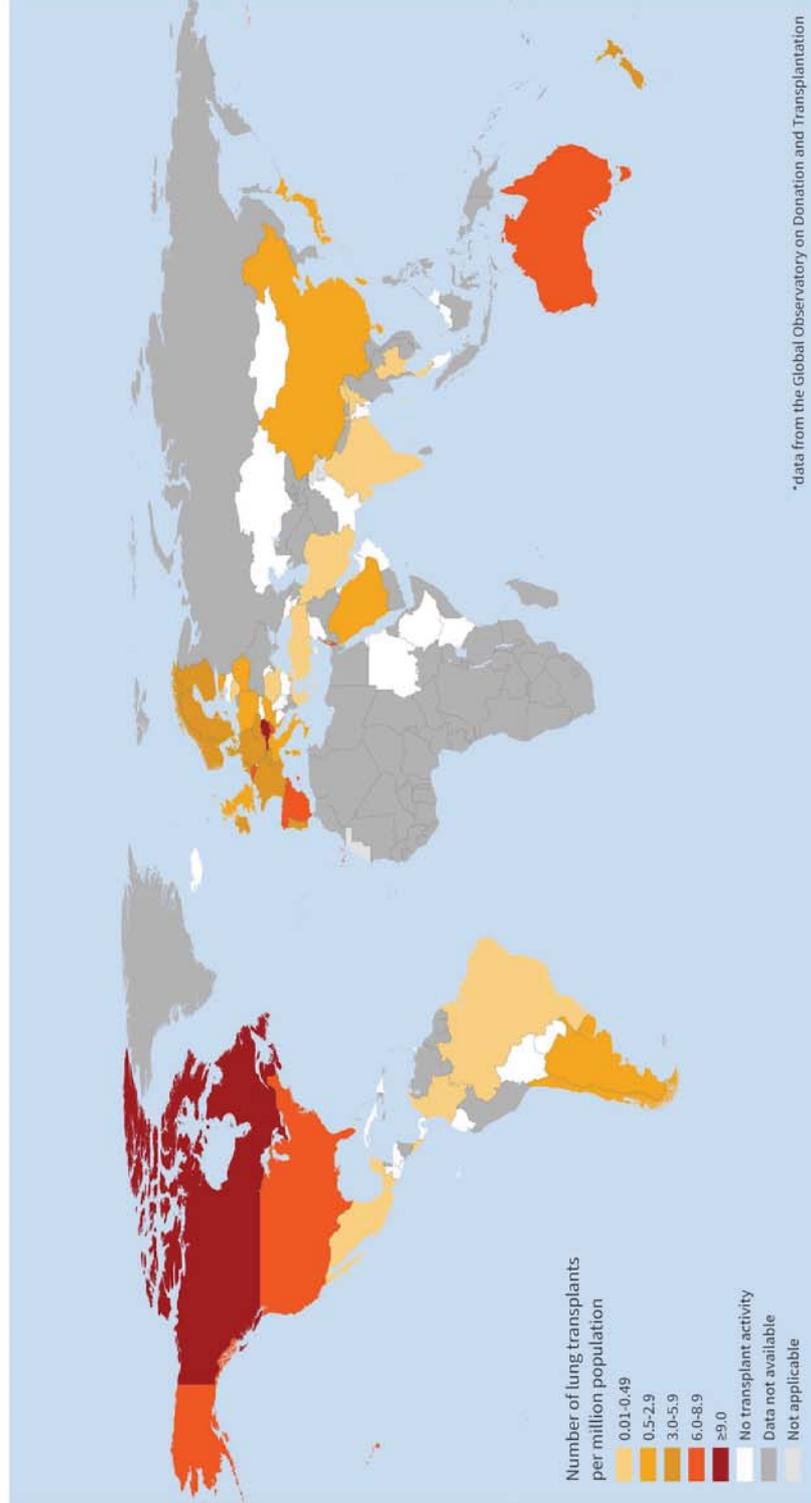
Global Observatory on Donation and Transplantation



MINISTERIO DE SANIDAD



Lung transplantation activities, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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.

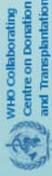
Data Source: Global Observatory on Donation and Transplantation
Map Production: WHO GIS Centre for Health, DMA/DDI
Map Creation Date: **14 September 2022**



© WHO 2022. All rights reserved.

GODT

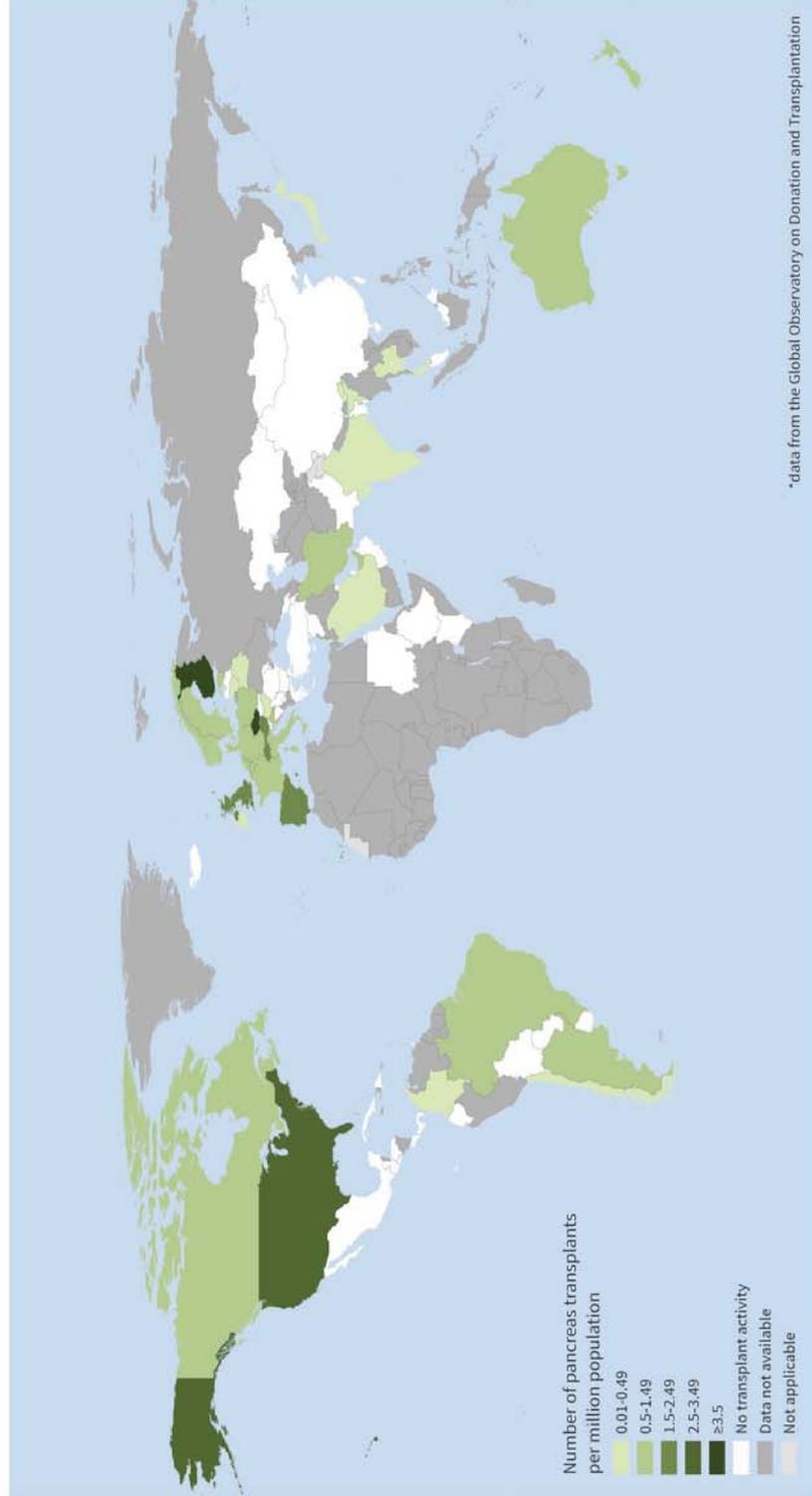
Global Observatory on Donation and Transplantation



GOBIERNO DE ESPAÑA



Pancreas transplantation activities, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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 and Transplantation
Map Production: WHO GIS Centre for Health, DMA/DDI
Map Creation Date: **14 September 2022**

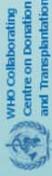


© WHO 2022. All rights reserved.



GODT

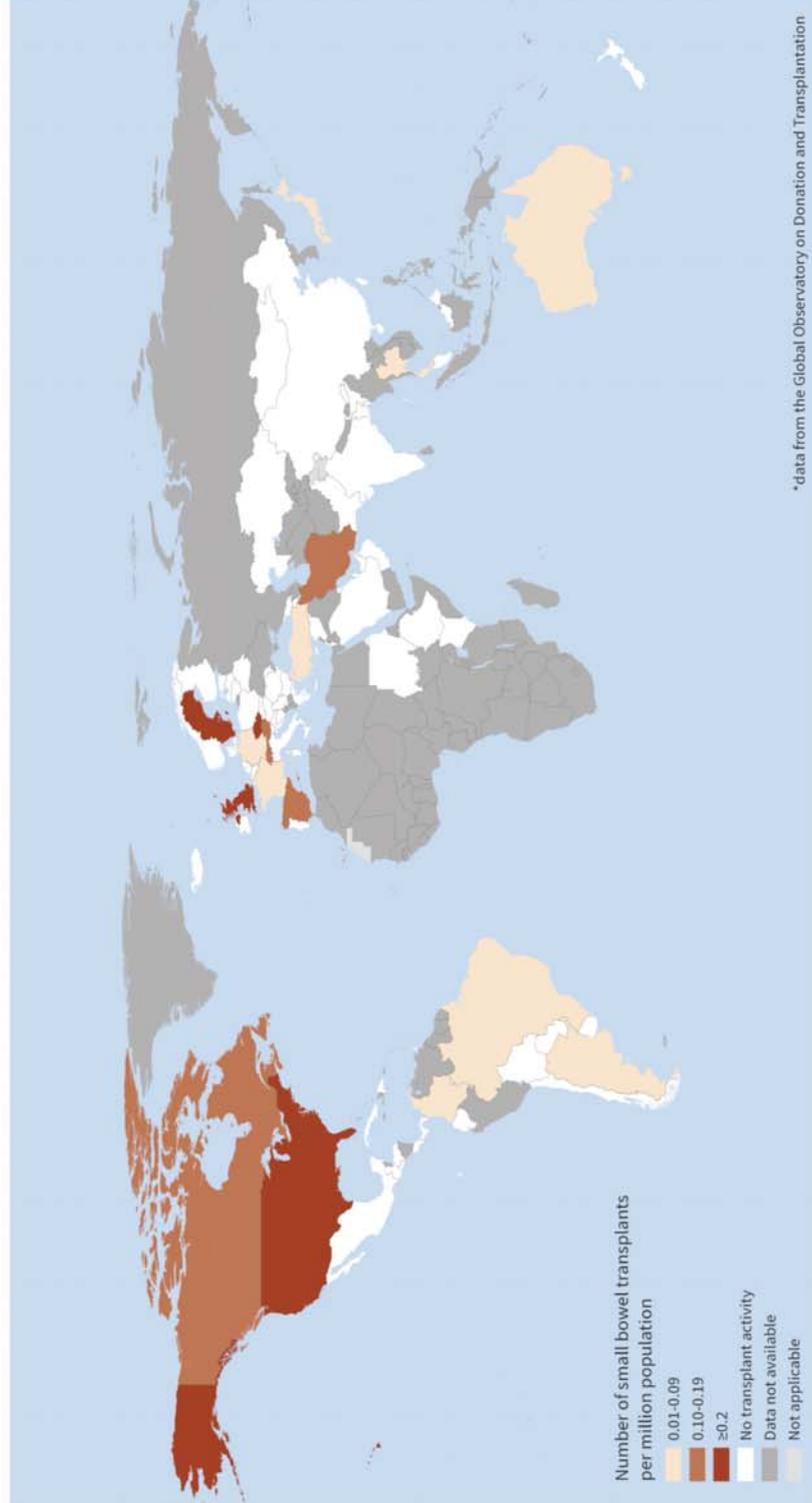
Global Observatory on Donation and Transplantation



MINISTERIO DE SANIDAD



Small bowel transplantation activities, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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.

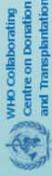
Data Source: Global Observatory on Donation and Transplantation
Map Production: WHO GIS Centre for Health, DMA/DDI
Map Creation Date: **14 September 2022**



© WHO 2022. All rights reserved.

GODT

Global Observatory on Donation and Transplantation



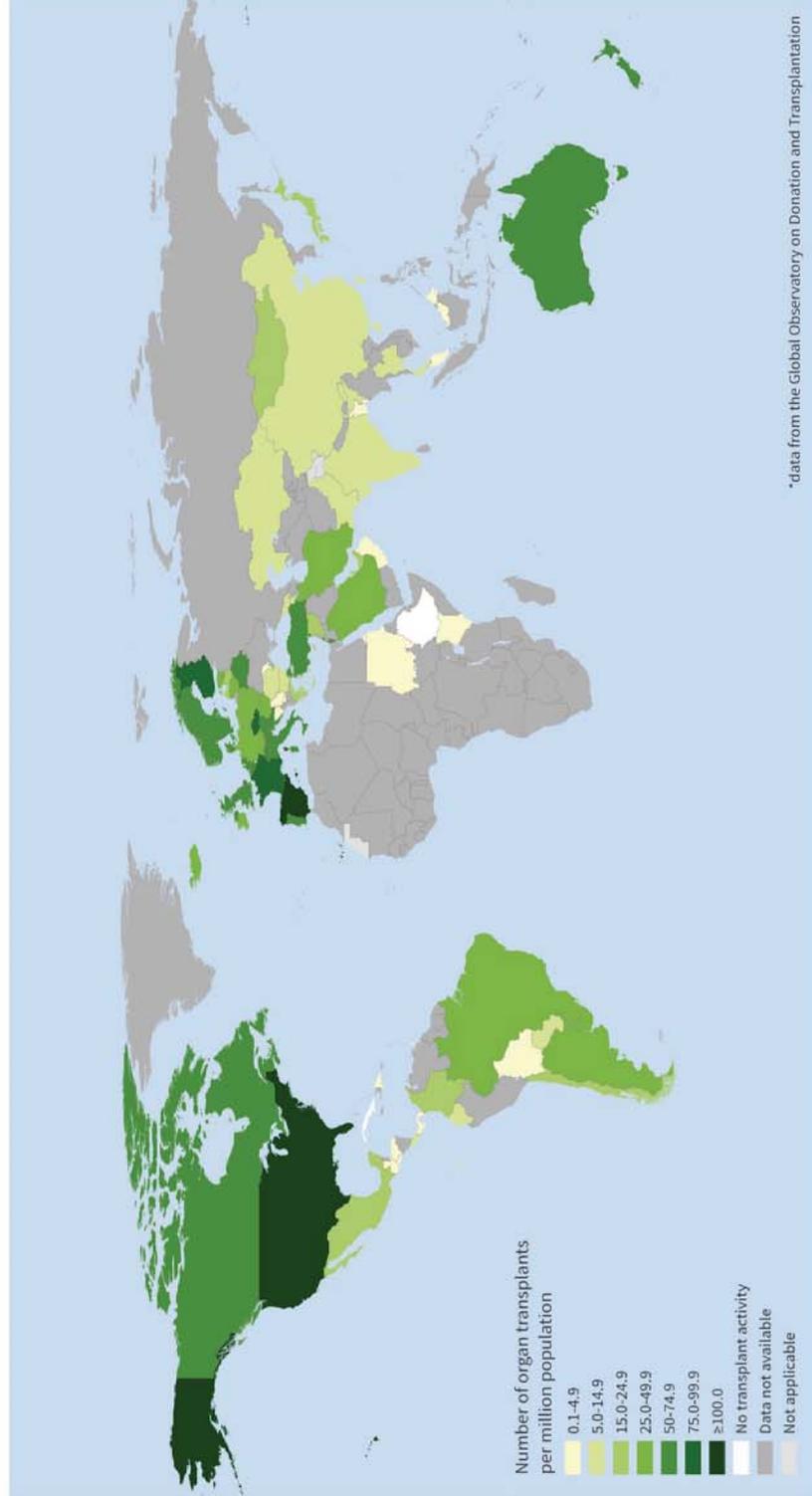
GOBIERNO DE ESPAÑA



MINISTERIO DE SANIDAD



Global transplantation activities of solid organs, 2021*



The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO 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.



PAÍSES	Argentina	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Dominican Rep.	Ecuador										
Populación (millones habitantes): UNFPA	45.6	11.8	214.0	19.2	51.3	5.1	11.3	11.0	17.9										
DONACIÓN	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP									
Donantes de órganos fallecidos eficaces																			
Donantes de órganos fallecidos eficaces (DME+DMC)	630	13.8	0	0.0	2953	13.8	147	7.7	268	5.2	17	3.3	0	0.0	9	0.8	47	2.6	
Donantes de órganos fallecidos eficaces: Masculino	384	8.4	0	0.0	1772	8.2	96	5.0	166	3.2	12	2.4	0	0.0	8	0.7	36	2.0	
Donantes de órganos fallecidos eficaces: >60 años	91	2.0	0	0.0	302	1.4	35	1.8	34	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.1	
Donantes en muerte circulatoria eficaces (DMC)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
II/ Resucitación infructuosa (no controlada)																			
III/ A la espera del paro Cardíaco (controlada)																			
IV/ Paro cardíaco en muerte encefálica (no controlada o controlada)																			
Donantes de órganos fallecidos utilizados																			
Donantes de órganos fallecidos utilizados (DME+DMC)	571	12.5	0	0.0	2624	12.3	136	7.1	262	5.1	16	3.1	0	0.0	8	0.7	47	2.6	
Donantes de órganos fallecidos utilizados: Masculino	351	7.7	0	0.0	1579	7.4	91	4.7	164	3.2	12	2.4	0	0.0	7	0.6	36	2.0	
Donantes de órganos fallecidos utilizados: >60 años	72	1.6	0	0.0	204	1.0	31	1.6	32	0.6	0	0.0	0	0.0	1	0.1	1	0.1	
Donantes en muerte circulatoria utilizados (DMC)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
II/ Resucitación infructuosa (no controlada)																			
III/ A la espera del paro Cardíaco (controlada)																			
IV/ Paro cardíaco en muerte encefálica (no controlada o controlada)																			
Donantes vivos de órganos																			
Donantes vivos de Riñón	221	4.8	35	3.0	337	1.6	54	2.8	145	2.8	14	2.7	0	0.0	29	2.6	10	0.6	
Donantes vivos de Riñón: Masculino	98	2.1	17	1.4	138	0.6	23	1.2	82	1.6	9	1.8	0	0.0	23	2.1	3	0.2	
Donantes vivos de Hígado	40	0.9	1	0.1	50	0.2	15	0.8	69	1.3	5	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Donantes vivos de Hígado: Masculino	19	0.4	0	0.0	20	0.1	5	0.3	29	0.6	3	0.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Donantes dominó de Hígado	1	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	
Donantes dominó de Hígado: Masculino																			
Donantes vivos de Pulmón																			
Donantes vivos de Pulmón: Masculino																			
Donantes vivos de órganos																			
Donantes vivos de Riñón	27	4.2	15	0.8	1	0.1	1499	11.5	3	0.4	8	1.8	9	1.3	18	0.5	14	4.0	
Donantes vivos de Riñón: Masculino	10	1.5	9	0.5	0	0.0	690	5.3	3	0.7	3	0.4	11	0.3	8	2.3	0	0.0	
Donantes vivos de Hígado																			
Donantes vivos de Hígado: Masculino																			
Donantes dominó de Hígado																			
Donantes dominó de Hígado: Masculino																			
Donantes dominó de Hígado: Pulmón																			
Donantes vivos de Pulmón																			
Donantes vivos de Pulmón: Masculino																			
PAÍSES																			
Populación (millones habitantes): UNFPA	6.5		18.2	130.3	6.7	4.4	7.2	33.4	3.5	28.7									
DONACIÓN	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP									
Donantes de órganos fallecidos eficaces																			
Donantes de órganos fallecidos eficaces (DME+DMC)	0	0.0	1	0.1	0	0.0	260	2.0	0	0.0	15	2.1	23	0.7	43	12.3			
Donantes de órganos fallecidos eficaces: Masculino	0	0.0	0	0.0	0	0.0	166	1.3	0	0.0	10	1.4	16	0.5	25	7.1			
Donantes de órganos fallecidos eficaces: >60 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29	0.2	0	0.0	0	0.0	3	0.1	5	1.4			
Donantes en muerte circulatoria eficaces (DMC)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
II/ Resucitación infructuosa (no controlada)																			
III/ A la espera del paro Cardíaco (controlada)																			
IV/ Paro cardíaco en muerte encefálica (no controlada o controlada)																			
Donantes de órganos fallecidos utilizados																			
Donantes de órganos fallecidos utilizados (DME+DMC)	0	0.0	1	0.1	0	0.0	257	2.0	0	0.0	15	2.1	21	0.6	42	12.0			
Donantes de órganos fallecidos utilizados: Masculino	0	0.0	0	0.0	0	0.0	165	1.3	0	0.0	10	1.4	15	0.4	25	7.1			
Donantes de órganos fallecidos utilizados: >60 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	29	0.2	0	0.0	0	0.0	2	0.1	5	1.4			
Donantes en muerte circulatoria utilizados (DMC)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			
II/ Resucitación infructuosa (no controlada)																			
III/ A la espera del paro Cardíaco (controlada)																			
IV/ Paro cardíaco en muerte encefálica (no controlada o controlada)																			
Donantes vivos de órganos																			
Donantes vivos de Riñón	27	4.2	15	0.8	1	0.1	1499	11.5	3	0.4	8	1.8	9	1.3	18	0.5	14	4.0	
Donantes vivos de Riñón: Masculino	10	1.5	9	0.5	0	0.0	690	5.3	3	0.7	3	0.4	11	0.3	8	2.3	0	0.0	
Donantes vivos de Hígado																			
Donantes vivos de Hígado: Masculino																			
Donantes dominó de Hígado																			
Donantes dominó de Hígado: Masculino																			
Donantes dominó de Hígado: Pulmón																			
Donantes vivos de Pulmón																			
Donantes vivos de Pulmón: Masculino																			



PAÍSES Población (millones de habitantes); UNFPA	Argentina		Bolivia		Brasil		Chile		Colombia		Costa Rica		Cuba		Dominicana		Ecuador	
	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP
TRASPLANTE																		
RIÑÓN																		
Total TX. –todas las combinaciones–	1237	27.1	35	3.0	4559	21.3	246	12.1	623	12.8	30	5.9	0	0.0	45	4.1	87	4.9
TX. Riñón: Masculino	724	15.9	17	1.4	2777	13.0	150	7.8	361	7.8	22	4.3	0	0.0	33	3.0	49	2.7
Pediátricos <18 años	112	2.5	0	0.0	321	1.5	27	1.4	30	1.4	4	0.8	0	0.0	0	0.0	1	0.1
TX. de personas fallecidas	1016	22.3	0	0.0	4222	19.7	192	9.3	478	10.0	16	3.1	0	0.0	16	1.5	77	4.3
–TX. DMC	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
–TX. Simple	1013	22.2	0	0.0	4214	19.7	189	9.8	459	9.8	16	3.1	0	0.0	16	1.5	77	4.3
–TX. Doble	3	0.1	0	0.0	8	0.0	3	0.4	19	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. de donantes vivos	221	4.8	35	3.0	337	1.6	54	2.8	145	2.8	14	2.7	0	0.0	29	2.6	10	0.6
–Donantes Empatreados	206	4.5	33	2.8	303	1.4	54	2.8	145	2.8	14	2.7	0	0.0	26	2.4	10	0.6
–Donantes No Empatreados	15	0.3	2	0.2	34	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.3	0	0.0
–Intercambio pareado o cruzado																		
–Altruista no dirigido o anónimo																		
–Altruista dirigido																		
HIGADO																		
Total TX. –todas las combinaciones–	438	9.6	1	0.1	1944	9.1	125	6.5	229	4.5	20	3.9	0	0.0	1	0.1	27	1.5
TX. Hígado: Masculino	262	5.7	0	0.0	1260	5.9	69	3.6	122	2.4	10	2.0	0	0.0	1	0.1	14	0.8
Pediátricos <18 años	85	1.9	0	0.0	152	0.7	14	0.7	68	1.3	8	1.6	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Split	35	0.8	0	0.0	18	0.1	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Dominó	1	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. de donantes vivos	40	0.9	1	0.1	50	0.2	15	0.8	69	1.3	5	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. DMC	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
CORAZÓN																		
Total TX. –todas las combinaciones–	114	2.5	0	0.0	334	1.6	28	1.5	69	1.3	1	0.2	0	0.0	0	0.0	3	0.2
TX. Corazón: Masculino	91	2.0	0	0.0	212	1.0	6	0.3	53	1.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	0.1
Pediátricos <15 años	9	0.2	0	0.0	43	0.2	4	0.2	10	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. DMC																		
CORAZÓN–PULMÓN																		
Total TX. –todas las combinaciones–	2	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pediátricos <18 años	0	0.0																
PULMÓN																		
Total TX. –todas las combinaciones–	37	0.8	84	0.4	22	0.4	22	1.1	21	0.4	2	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Pulmón: Masculino	24	0.5	35	0.2	13	0.7	9	0.7	9	0.2	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pediátricos <18 años	2	0.0	2	0.0	1	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
–TX. Simple	12	0.3	16	0.1	16	0.1	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
–TX. Doble (incluyendo corazón–pulmón)	25	0.5	68	0.3	68	0.3	0	0.0	21	0.4	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. DMC (doble+simple)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
PÁNCREAS																		
Total TX. –todas las combinaciones–	39	0.9	162	0.8	3	0.2	13	0.3	13	0.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Páncreas: Masculino	20	0.4	75	0.4	3	0.2	11	0.2	11	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pediátricos <18 años	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Páncreas aislado	3	0.1	45	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Riñón–Páncreas	36	0.8	117	0.5	3	0.2	12	0.2	12	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. DMC	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
INTESTINO																		
Total TX. –todas las combinaciones–	1	0.0	5	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Intestino: Masculino	0	0.0	4	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Pediátricos <18 años	1	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TX. Intestino aislado	1	0.0	3	0.0	3	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
ENFERMOS TRASPLANTADOS																		
Total TX. –todas las combinaciones–	1808	39.6	36	3.1	6879	32.1	422	22.0	937	18.3	53	10.4	0	0.0	46	4.2	117	6.5
Enfermos trasplantados: Masculino	1088	23.9	17	1.4	4215	19.7	239	12.4	242	4.7	33	6.5	0	0.0	34	3.1	62	3.5
Pediátricos <18 años	207	4.5	48	2.5	109	2.1	12	2.4	200	17.7	0	0.0	1	0.1	0	0.0	1	0.1
Enfermos trasplantados de donante vivo	261	5.7	36	3.1	387	1.8	69	3.6	214	4.2	19	3.7	0	0.0	29	2.6	10	0.6



PAÍSES Población (millones de habitantes): UNIPA	El Salvador		Guatemala		Honduras		México		Nicaragua		Panama		Paraguay		Peru		Uruguay		Venezuela		
	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	Number	PMP	
TRASPLANTE																					
RIÑÓN																					
Total TX. –todas las combinaciones–	27	4.2	17	0.9	1	0.1	1974	15.1	3	0.4	8	1.8	33	4.6	49	1.5				26.3	
TX. Riñón: Masculino	24	3.7	11	0.6	0	0.0	1308	10.0	2	0.3	3	0.7	20	2.8	28	0.8				17.4	
Pediátricos <18 años	0	0.0	2	0.1	0	0.0	159	1.2	1	0.1	0	0.0	6	0.8	14	0.4				0.4	
TX. de personas fallecidas	0	0.0	2	0.1	0	0.0	475	3.6	0	0.0	24	0.6	0	0.0	31	0.9				22.3	
–TX. DMC	0	0.0	0	0.0									0	0.0	0	0.0				0.0	
–TX. Simple							470	3.6					24	3.3	31	0.9					
–TX. Doble							5	0.0					0	0.0	0	0.0					
TX. de donantes vivos	27	4.2	15	0.8	1	0.1	1499	11.5	3	0.4	8	1.8	9	1.3	18	0.5				4.0	
–Donantes Emparentados	20	3.1	15	0.8			1499	11.5	3	0.4	8	1.8	9	1.3	18	0.5				4.0	
–Donantes No Emparentados	7	1.1	0	0.0			0	0.0			0	0.0	0	0.0	0	0.0				0.0	
–Intercambio pareado o cruzado																					
–Altruista no dirigido o anónimo																					
–Altruista dirigido																					
HÍGADO																					
Total TX. –todas las combinaciones–	0	0.0	0	0.0	0	0.0	135	1.0			0	0.0	0	0.0	23	0.7				5.7	
TX. Hígado: Masculino							69	0.5							13	0.4				3.7	
Pediátricos <18 años	0	0.0					26	0.2							10	0.3				0.3	
TX. Split	0	0.0					0	0.0							0	0.0				0.0	
TX. Dominó	0	0.0					0	0.0							1	0.0				0.0	
TX. de donantes vivos	0	0.0					11	0.1							6	0.2				0.0	
TX. DMC	0	0.0					0	0.0							0	0.0				0.0	
CORAZÓN																					
Total TX. –todas las combinaciones–	0	0.0	0	0.0	0	0.0	26	0.2			0	0.0	5	0.7	7	0.2				2.0	
TX. Corazón: Masculino							19	0.1					3	0.4	5	0.1				1.1	
Pediátricos <15 años							4	0.0					2	0.3	0	0.0				0.0	
TX. DMC							0	0.0					0	0.0	0	0.0				0.0	
CORAZÓN-PULMÓN																					
Total TX. –todas las combinaciones–	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0	0	0.0				0	
Pediátricos <18 años																					
PULMÓN																					
Total TX. –todas las combinaciones–	0	0.0	0	0.0	0	0.0	6	0.0			0	0.0	0	0.0	1	0.0				0.6	
TX. Pulmón: Masculino							6	0.0							1	0.0				0.3	
Pediátricos <18 años							1	0.0							0	0.0				0.3	
–TX. Simple							1	0.0							0	0.0				0.0	
–TX. Doble (Incluyendo corazón-pulmón)							5	0.0							1	0.0				0.0	
TX. DMC (doble-simple)							0	0.0							0	0.0				0.0	
PÁNCREAS																					
Total TX. –todas las combinaciones–	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0	1	0.0				0.0	
TX. Páncreas: Masculino															0	0.0					
Pediátricos <18 años															0	0.0					
TX. Páncreas aislado															0	0.0					
TX. Riñón-Páncreas															1	0.0					
TX. DMC															0	0.0					
INTESTINO																					
Total TX. –todas las combinaciones–	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0			0	0.0	0	0.0	0	0.0				0	
TX. Intestino: Masculino																					
Pediátricos <18 años																					
TX. Intestino aislado																					
ENFERMOS TRASPLANTADOS																					
Total TX. –todas las combinaciones–	27	4.2	17	0.9	1	0.1	2139	16.4	3	0.4	8	1.8	38	5.3	80	2.4				34.3	
Enfermos trasplantados: Masculino	24	3.7	11	0.6	0	0.0	1397	10.7	2	0.3	3	0.7	23	3.2	47	1.4				22.3	
Pediátricos <18 años	0	0.0	2	0.1	0	0.0	190	1.5	1	0.1	0	0.0	8	1.1	24	0.7				3.1	
Enfermos trasplantados de donante vivo	27	4.2	15	0.8	1	0.1	1510	11.6			8	1.8	9	1.3	24	0.7				4.0	



LISTA DE ESPERA										
PAÍSES	Argentina	Bolivia	Brazil	Chile	Colombia	Costa Rica	Cuba	Dominican Republic	Ecuador	
Población (millones de habitantes): UNIPA	45.6	11.8	214.0	19.2	51.3	5.1	11.3	11.0	17.9	
RIÓN										
Nº CENTROS TX.	63	8	173	21	28	7	9	5	5	
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021	1694	25	12246	339	1258	64	200	24	42	
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021	6846	2	37560	1451	3623	359	350	220	346	
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021	5006	2	27748	1148	2839	316	350	201	269	
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021	382	3	1993	60	178	43		3	38	
Número de pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia renal sustitutiva (diálisis) a 31/12/2021	28965	5200	110759		43123	742	2800	4265	16693	
HIGADO										
Nº CENTROS TX.	35	1	87	11	12	5	3	1	3	
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021	767		3609	212	309	18	0	12	32	
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021	2103		4677	160	411	70	16	41	142	
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021	1412		1226	145	143	34	13	34	115	
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021	185		657	48	46	36	1	6	2	
CORAZÓN										
Nº CENTROS TX.	27	0	61	8	11	1	1	2	3	
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021	171		549	43	123	1	0	0	5	
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021	309		821	17	124	1	6	0	5	
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021	128		319	18	49	0	4	0	2	
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021	31		106	11	6	0	2	0	0	
PULMÓN										
Nº CENTROS TX.	8	0	11	4	6	1	0	0	0	
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021	86		176	32	39	4	0	0	0	
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021	372		394	33	79	6	0	0	0	
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021	291		216	49	48	5	0	0	0	
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021	41		53	10	10	1	0	0	0	
PÁNCREAS										
Nº CENTROS TX.	16	0	39	3	5	1	0	1	0	
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021	4		273	7	1	0	0	0	0	
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021	11		568	28	1	0	0	0	0	
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021	7		313	25	1	0	0	0	0	
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021	0		42	2	0	0	0	0	0	
INTESTINO										
Nº CENTROS TX.	2	0	3	2	4	1	0	0	0	
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021	4		4	0	0	0	0	0	0	
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021	16		11	1	1	0	0	0	0	
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021	12		4	1	1	0	0	0	0	
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021	1		0	0	0	0	0	0	0	



LISTA DE ESPERA											
PAÍSES	El Salvador	Guatemala	Honduras	México	Nicaragua	Panamá	Paraguay	Peru	Uruguay	Venezuela	
Población (millones de habitantes): UNIPA	6.5	18.2	10.1	130.3	6.7	4.4	7.2	33.4	3.5	28.7	
RIÓN											
Nº CENTROS TX.	2	4	5	273		2	6	9	4		
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021				3510		0	38	40	192		
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021				20552		80	100	837	568		
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021				17039		80	52	718	432		
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021				241			0	70	24		
Número de pacientes con enfermedad renal crónica terminal en terapia renal sustitutiva (diálisis) a 31/12/2021	2572		3800			2100	1600	11460			
HÍGADO											
Nº CENTROS TX.	0	0	0	85		1	1	4	1		
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021		0		269		0	0	10	39		
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021		0		580		5	5	61	70		
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021		0		230		4	4	26	34		
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021		0		58		1	1	12	2		
CORAZÓN											
Nº CENTROS TX.	0	0	0	61		1	3	1	3		
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021		0		37			9	8	26		
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021		0		87			17	11	68		
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021		0		52			7	3	50		
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021		0		4			4	1	10		
PULMÓN											
Nº CENTROS TX.	0	0	0	16		0	0	2	1		
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021		0		3			0	1	7		
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021		0		6			0	7	23		
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021		0		5			0	1	18		
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021		0		2			0	3	1		
PÁNCREAS											
Nº CENTROS TX.	0	0	0	28		0	0	2			
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021		0		2			0	1			
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021		0		8			0	1			
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021		0		0			0	0			
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021		0		0			0	0			
INTESTINO											
Nº CENTROS TX.	0	0	0	6		0	0				
Número de pacientes incluidos en la LE por primera vez durante el año 2021		0		2			0				
Número total de pacientes activos en algún momento en la LE durante el 2021		0		8			0				
Número de pacientes esperando un Trasplante (sólo candidatos activos) a 31/12/2021		0		0			0				
Número de pacientes fallecidos en LE durante el 2021		0		0			0				

NEWSLETTER

Trasplante Iberoamérica



ANÁLISIS DE LA LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE ÓRGANOS EN LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DURANTE EL AÑO 2019

Análisis de la lista de espera para trasplante de órganos en los Estados Miembros de la RED/CONSEJO Iberoamericano de donación y trasplante durante el año 2019

1. INTRODUCCIÓN

El trasplante de órganos es la mejor o la única alternativa terapéutica disponible para pacientes con insuficiencia orgánica avanzada. El trasplante renal, en particular, se relaciona con mejor supervivencia y calidad de vida que el tratamiento sustitutivo con diálisis y presenta una relación coste/efectividad más favorable. La promoción del trasplante es una estrategia fundamental para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas 3.4 (reducción en un tercio de la mortalidad prematura causada por enfermedades no transmisibles) y 3.8 (cobertura sanitaria universal).¹

El adecuado funcionamiento de un programa de trasplante se sustenta en una serie de aspectos legislativos, organizativos y técnicos que permitan la donación de órganos de donantes vivos y fallecidos con garantías de calidad y seguridad, la realización de la intervención quirúrgica, el seguimiento a corto, medio y largo plazo del paciente una vez trasplantado y el abordaje de las complicaciones de naturaleza quirúrgica y no quirúrgica que pueda desarrollar, así como el seguimiento y el tratamiento de las complicaciones que puedan derivar de la donación de órganos en vida. Su adecuado funcionamiento también depende de que se establezcan medidas encaminadas a garantizar la indicación del trasplante a todo paciente con insuficiencia orgánica avanzada que no presente contraindicaciones médicas para el trasplante. Tal indicación requiere de un protocolo de derivación precoz al médico especialista, quien ha de establecer la indicación e incluir en lista de espera (LE) atendiendo a factores clínicos.

2. OBJETIVO

Analizar las LE para trasplante en los países de América Latina, evaluando diferencias en la indicación de trasplante para los distintos tipos de órganos y la probabilidad de trasplante de los pacientes una vez incluidos en LE.

3. MÉTODOS

Se ha realizado un análisis descriptivo de los datos de LE facilitados por los representantes de los países miembros de la Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT)² al Observatorio Global de Donación y Trasplante (GODT, por sus siglas en inglés)³ correspondientes al año 2019. Se ha seleccionado ese año para evitar los sesgos de indicación y probabilidad de trasplante introducidos por la pandemia de COVID-19.

Se presenta el volumen total de pacientes que estuvieron en algún momento activos en LE, el de pacientes que fueron incluidos en LE por primera vez a lo largo de 2019 y el de pacientes activos en LE a final de año (31 de diciembre), tanto en número absoluto como en tasa por millón de población (pmp).

Se analiza la probabilidad de trasplante, definida como el porcentaje de pacientes en LE a lo largo de 2019 que recibieron un trasplante ese mismo año. Se asume que este porcentaje no representa la probabilidad real de trasplante por cuanto éste puede acontecer en años posteriores al de entrada en LE. Además, para su cálculo se ha tenido en cuenta la actividad total de trasplante, sin diferenciar entre los trasplantes realizados con órganos de donante vivo o fallecido. Este aspecto metodológico también puede limitar la valoración de la probabilidad de trasplante en caso de que los pacientes trasplantados de donante vivo no hayan sido incluidos en LE.

¹ Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>. Acceso: Diciembre 2022.

² Países miembros de la RCIDT: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal, República Dominicana, Uruguay, Venezuela.

³ Global Observatory on Donation and Transplantation. Disponible en: <http://www.transplant-observatory.org/>. Acceso: Diciembre 2022.

Finalmente, en el caso de la LE renal, se presenta información sobre el total de pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis a final de año y el porcentaje activo en LE en ese mismo momento del año.

La información mencionada se presenta para cada tipo de órgano, por país y para el conjunto de América Latina, atendiendo a los países que han proporcionado datos para cada uno de los aspectos valorados.

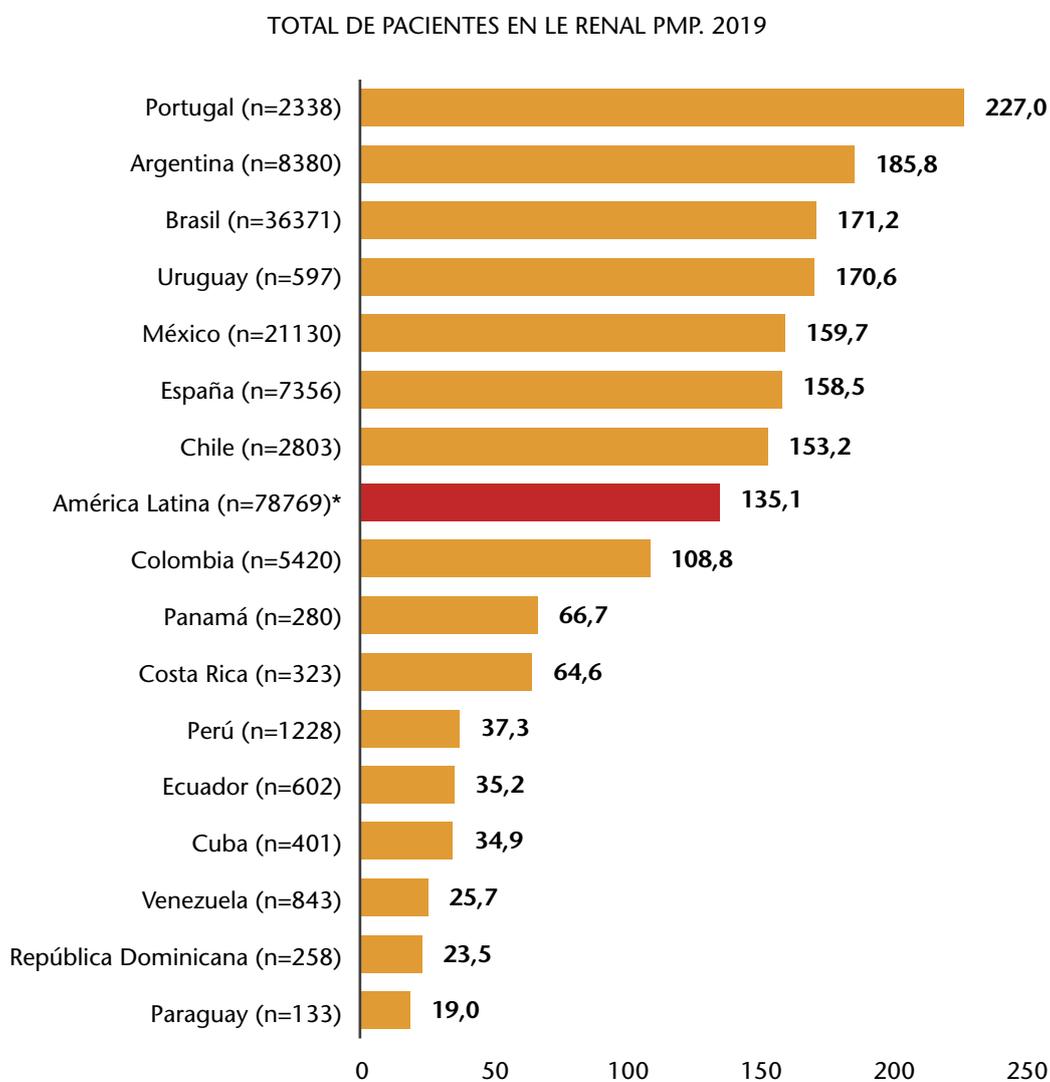
4. RESULTADOS

De los 21 países que conforman la RCIDT, 18 proporcionaron al GODT datos de actividad de trasplante y de gestión de LE (con variable cumplimiento de cada variable). No se dispone de información sobre la LE relativa al año de estudio de Bolivia, El Salvador y Honduras.

4.1. LISTA DE ESPERA TRASPLANTE RENAL

La **Figura 1** representa el volumen total de pacientes activos en LE para trasplante renal en algún mo-

Figura 1. Total de pacientes en lista de espera renal en algún momento a lo largo de 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.

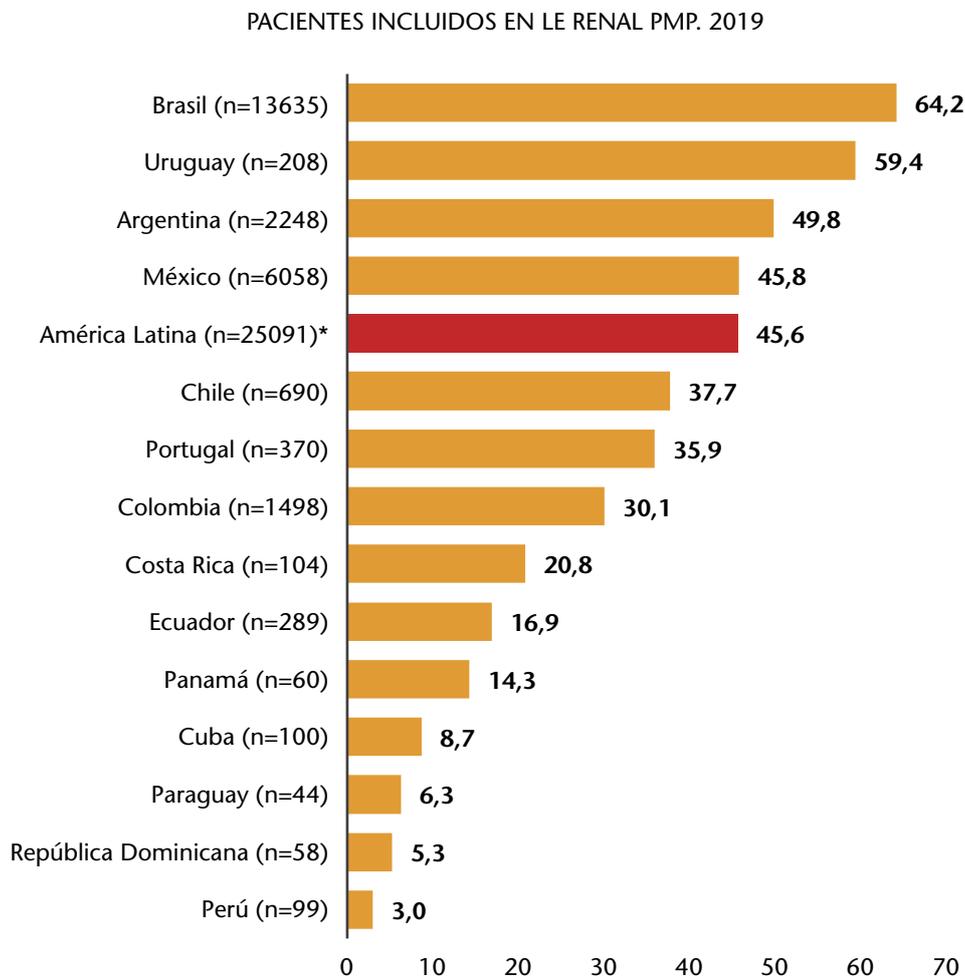


* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 14 países de América Latina representados en la figura.

mento a lo largo del año 2019 en tasas pmp para los países miembros de la RCIDT que han facilitado dicha información al GODT. En América Latina, la tasa fue de 135,1 pacientes pmp en LE para trasplante renal, oscilando entre los 19,0 pacientes pmp en Paraguay y los 185,8 pmp en Argentina. La mayor tasa de pacientes en LE renal se registró en Portugal, con 227 pacientes pmp en LE a lo largo de 2019. La **Figura 2** representa el volumen de pacientes pmp que fueron incluidos por primera vez en LE para trasplante renal durante 2019. Nuevamente, se objeti-

van importantes variaciones en la indicación de trasplante renal entre países, desde los 3 casos pmp de Perú hasta los 64,2 pmp de Brasil, con una media de 45,6 casos pmp para la región de América Latina. **Si todos los países participantes de América Latina alcanzaran la tasa de indicación en LE renal de Brasil, el volumen de pacientes incluidos en el año 2019 habría alcanzado los 37.422 pacientes. Sin embargo, ese año fueron sólo 25.091 los pacientes que accedieron a la LE renal en la región.**

Figura 2. Total de pacientes que fueron incluidos por primera vez en lista de espera renal en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

La **Figura 3** muestra el volumen de pacientes en LE para trasplante renal al finalizar el año 2019 (31 de diciembre), así como el porcentaje que estos pacientes representan del total de pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis. En Brasil, más del 22% de los pacientes en diálisis están activos en LE al finalizar el año. Este porcentaje es inferior o igual al 5% en tres países de la región (Ecuador, Paraguay y República Dominicana).

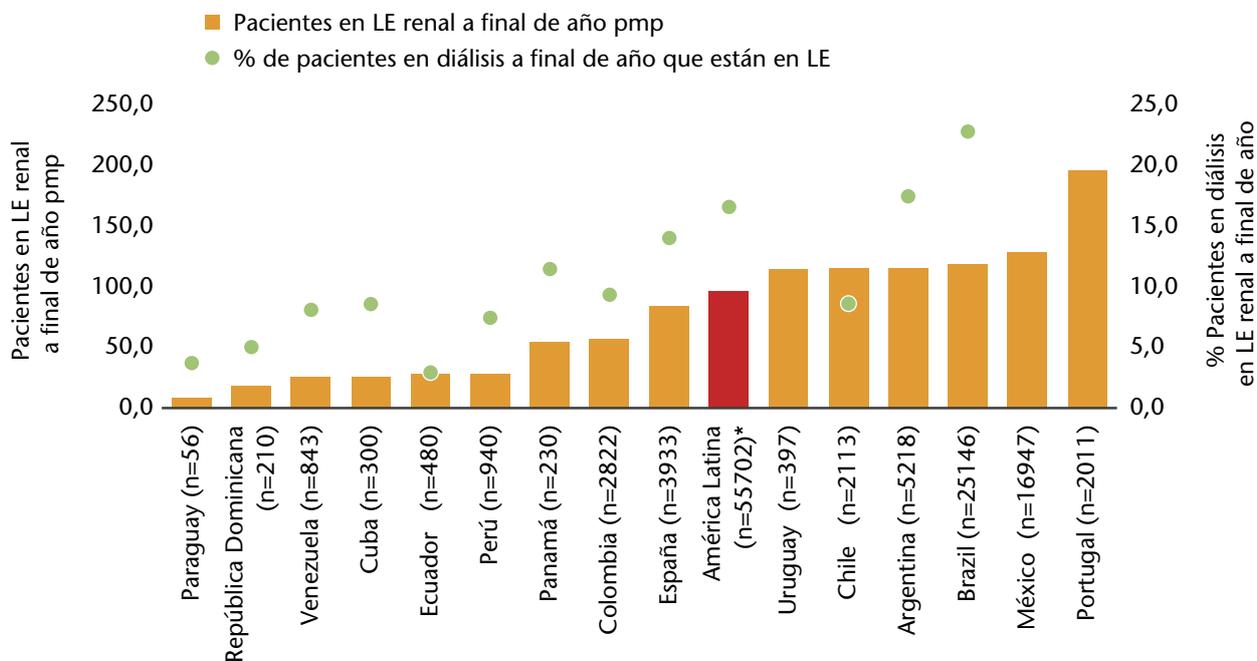
Finalmente, las **Figuras 4 y 5** muestran el volumen total de pacientes en LE para trasplante renal a lo largo de 2019. La **Figura 4** distingue entre los pacientes que se trasplantaron y los que no se trasplantaron durante ese mismo año 2019, así como la probabilidad de trasplante o porcentaje de pacientes en LE que se trasplantan. En el conjunto de América Latina, se estima que el 17% de los pacientes que estuvieron en LE durante 2019 recibieron un trasplante renal ese mismo año. Nuevamente, ese porcentaje es extraordinariamente variable entre países. En la **Figura 5** se observa la misma información, si bien

confrontando la actividad de trasplante renal y el volumen de LE en tasas pmp.

4.2. LISTA DE ESPERA TRASPLANTE HEPÁTICO

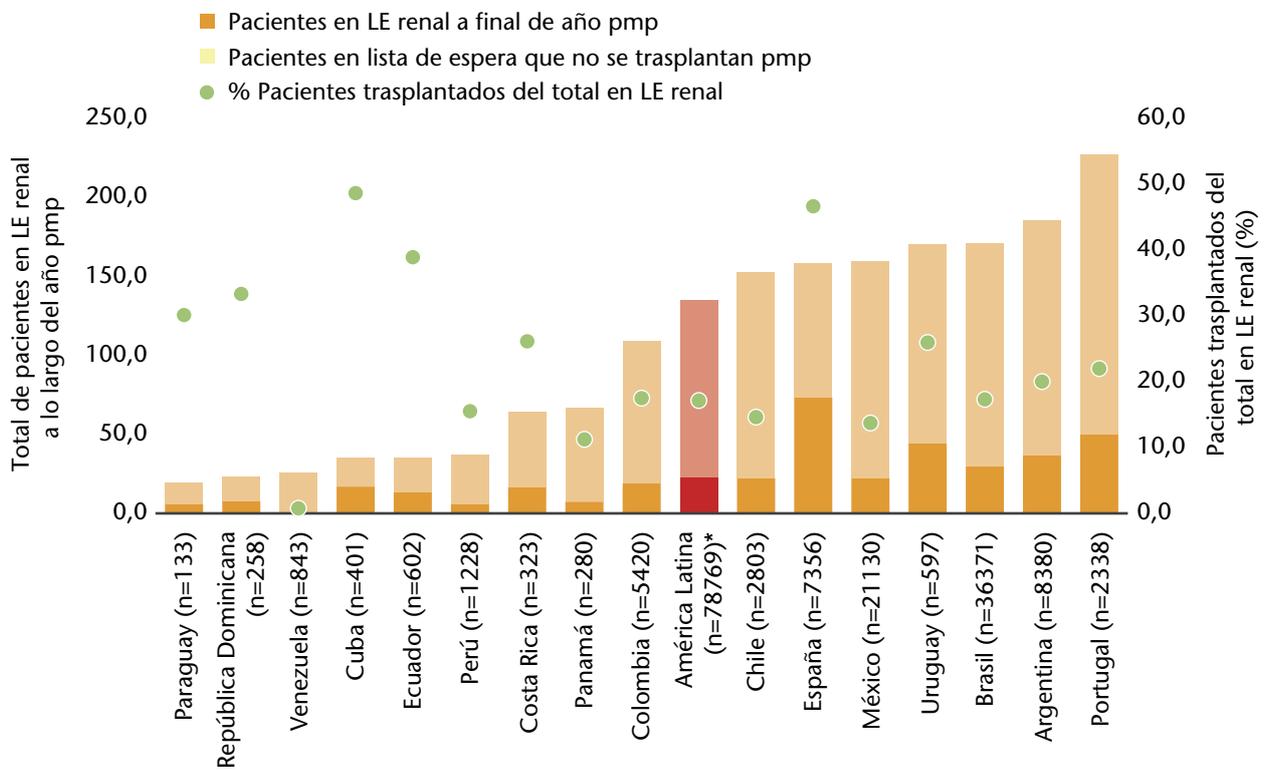
La **Figura 6** muestra el total de pacientes activos en LE para trasplante hepático en algún momento del 2019 en tasas pmp para los países miembros de la RCIDT que han facilitado dicha información al GODT. En América Latina, la tasa fue de 16,2 pacientes en LE para trasplante hepático pmp, oscilando entre los 0,2 pacientes pmp en Venezuela y los 48,4 pacientes pmp en Argentina. La **Figura 7** representa el volumen de pacientes que fueron incluidos en LE para trasplante hepático pmp durante 2019. Nuevamente, se objetivan importantes variaciones en la indicación de trasplante hepático entre países, desde los cero casos pmp de Venezuela hasta los 20,6 casos pmp de Argentina, con una media de 10,4 casos pmp para la región de América Latina. La mayor tasa de indicación se observó en España, con 30,4 nuevas inclusiones en LE hepática pmp en el año 2019.

Figura 3. Total de pacientes activos en lista de espera renal a 31 de diciembre de 2019 en tasas pmp y porcentaje que representan del total de pacientes en tratamiento sustitutivo con diálisis. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes en lista de espera renal a 31 de diciembre de 2019.



* Cálculos realizados con datos (LE, pacientes en diálisis y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 4. Total de pacientes en lista de espera renal en 2019 en tasas pmp, diferenciando entre los pacientes trasplantados y los no trasplantados. Porcentaje de pacientes en lista de espera renal en 2019 que se trasplantan. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes en lista de espera.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 14 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 5. Total de pacientes en lista de espera renal, nuevas inclusiones en lista de espera renal y trasplantes renales en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de trasplantes renales.

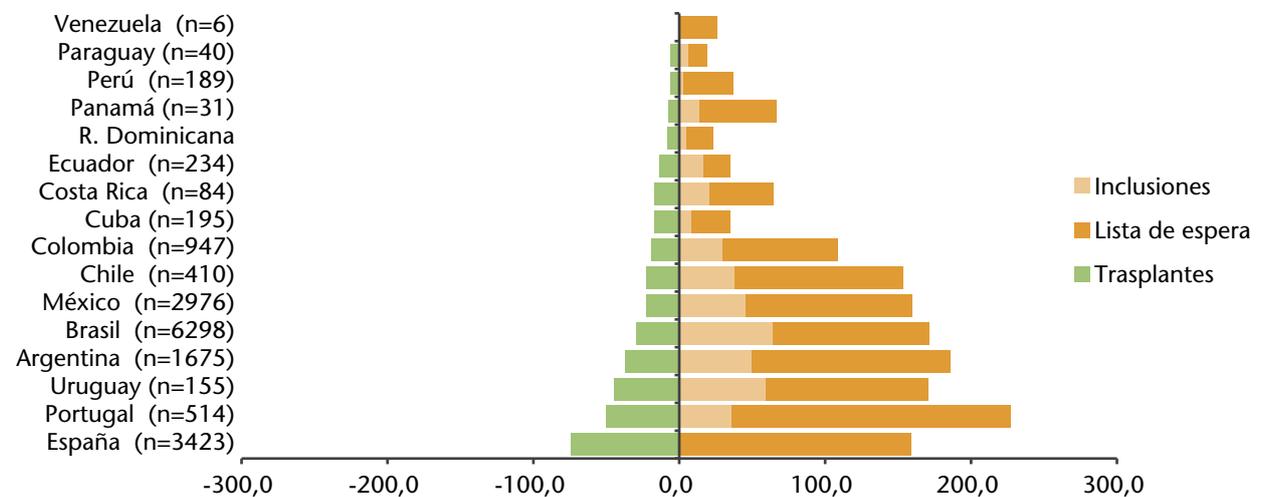
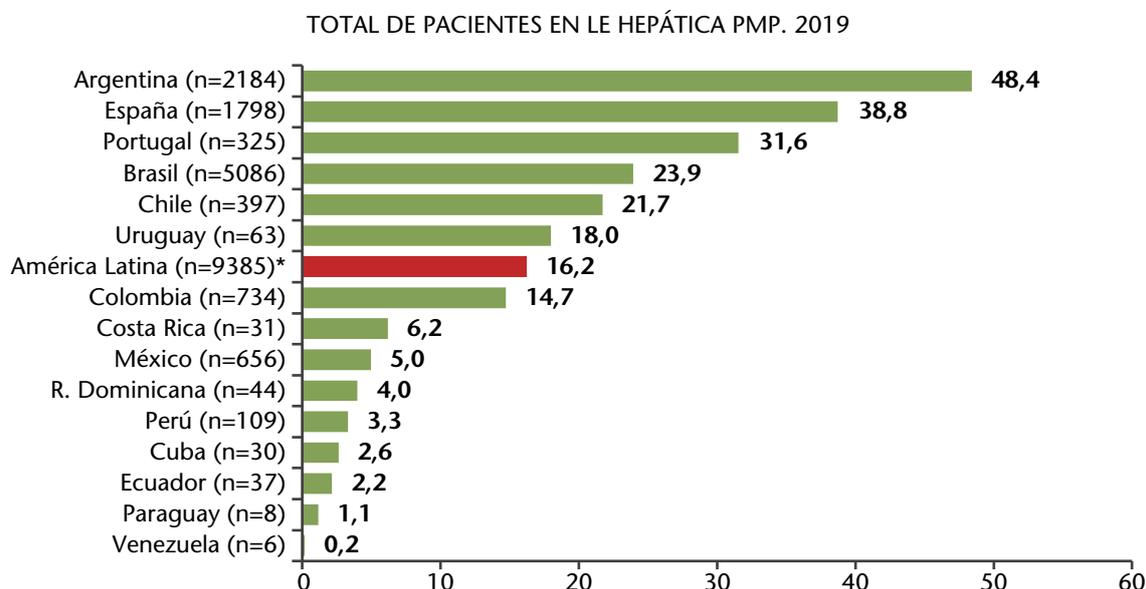
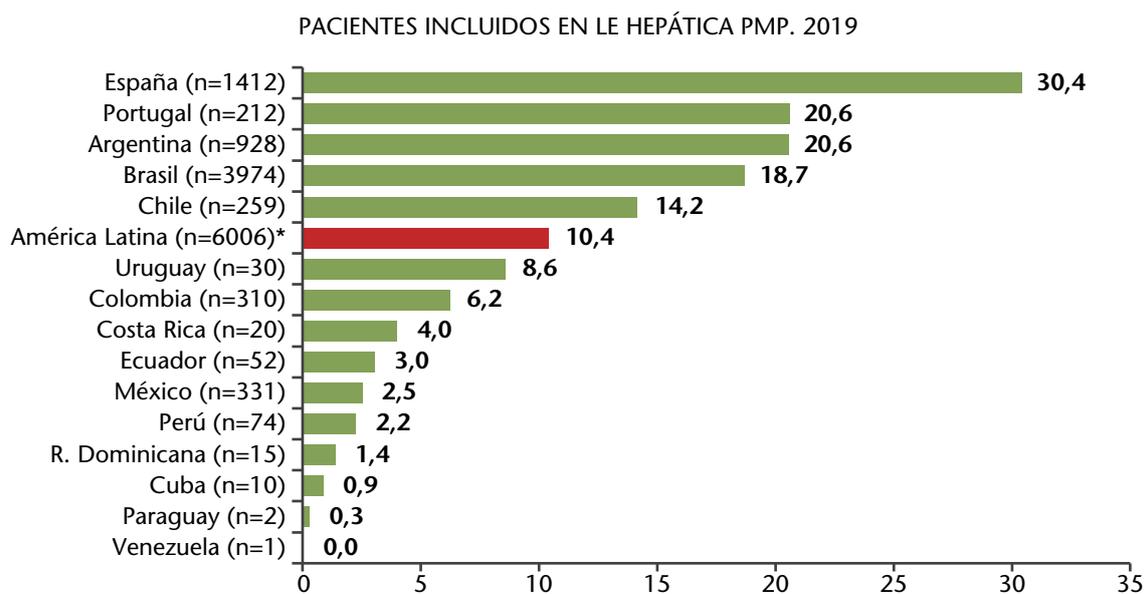


Figura 6. Total de pacientes en lista de espera hepática en algún momento a lo largo de 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 7. Total de pacientes que fueron incluidos por primera vez en lista de espera hepática en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

La **Figura 8** muestra el volumen de pacientes en LE para trasplante hepático al finalizar el año 2019.

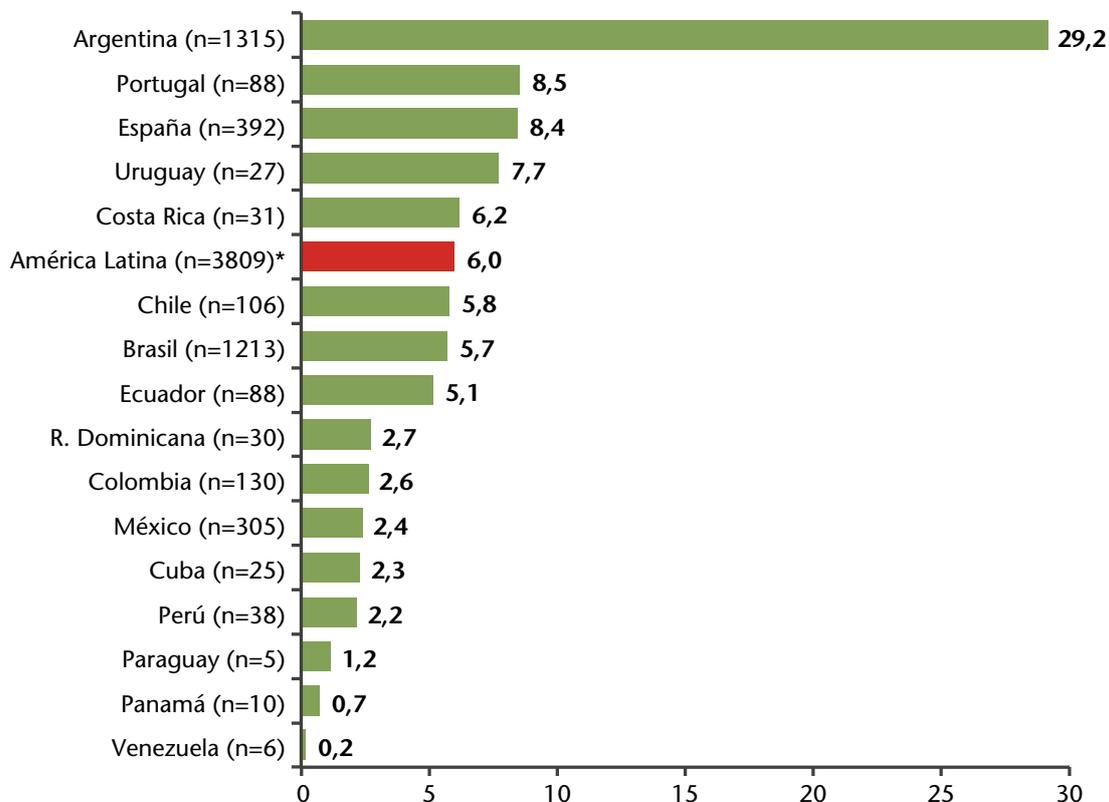
Finalmente, las **Figuras 9 y 10** muestran el volumen total de pacientes en LE para trasplante hepático a lo largo de 2019. La **Figura 9** distingue entre los pacientes que se trasplantaron y los que no se trasplantaron durante ese mismo año 2019, así como la probabilidad de trasplante o porcentaje de pacientes en LE que se trasplantan. En el conjunto de América Latina se estima que el 38% de los pacientes que estuvieron en LE durante 2019 recibieron un trasplante hepático ese mismo año. Nuevamente, ese porcentaje es extraordinariamente variable entre países. En la **Figura 10** se observa la misma información, si bien confrontando la actividad de trasplante hepático y el volumen de LE en tasas pmp.

4.3. LISTA DE ESPERA TRASPLANTE CARDIACO

La **Figura 11** muestra el total de pacientes activos en LE para trasplante cardíaco en algún momento del 2019 en tasas pmp para los países miembros de la RCIDT que han facilitado dicha información al GODT. En América Latina, la tasa fue de 2,9 pacientes en LE para trasplante cardíaco pmp, registrando Uruguay la mayor tasa con 18,9 pacientes en LE pmp. La **Figura 12** representa el volumen de pacientes que fueron incluidos por primera vez en LE para trasplante cardíaco pmp durante 2019 y la **Figura 13** el total de pacientes en LE activa para trasplante cardíaco a final de año. Nuevamente, se objetivan importantes variaciones en la indicación entre países.

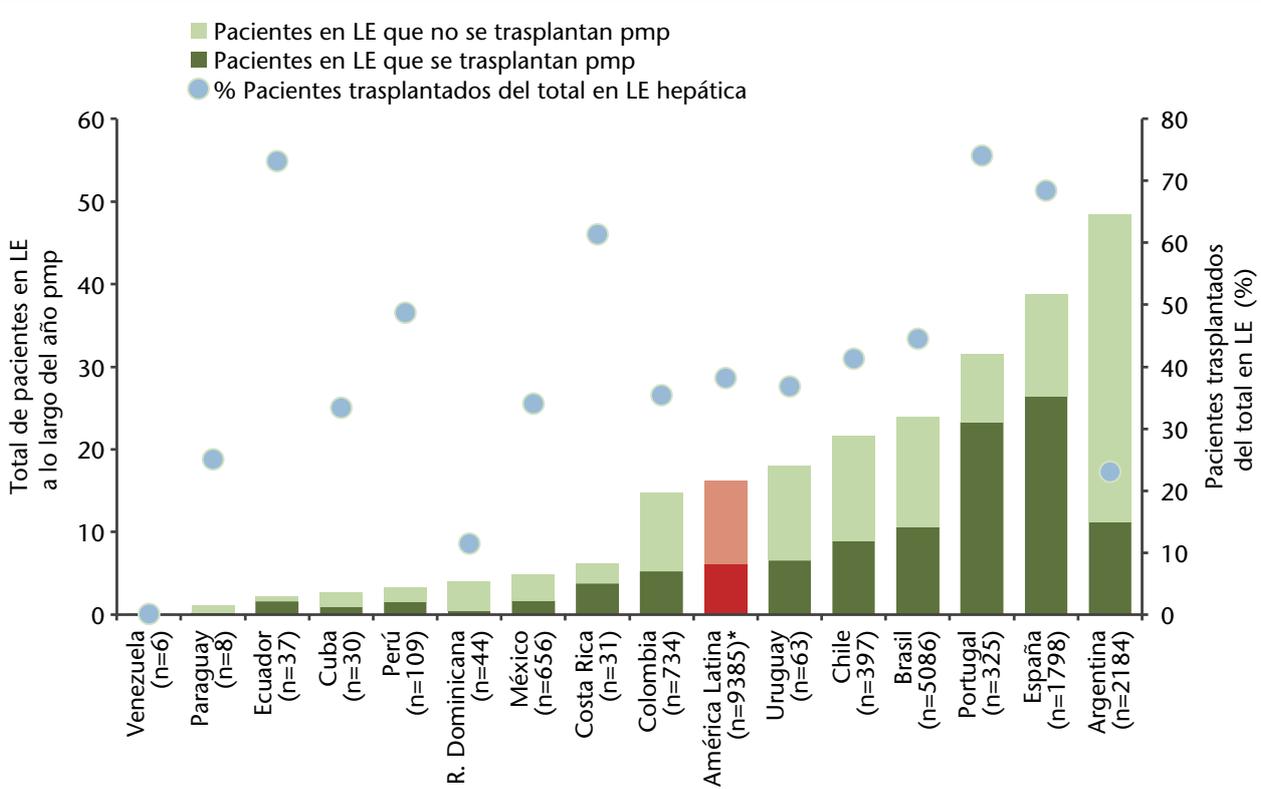
Figura 8. Total de pacientes activos en lista de espera hepática a 31 de diciembre de 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.

PACIENTES ESPERANDO UN TX. HEPÁTICO (SOLO CANDIDATOS ACTIVOS) A 31 DE DICIEMBRE DE 2019



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 14 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 9. Total de pacientes en lista de espera hepática en 2019 en tasas pmp, diferenciando entre los pacientes trasplantados y los no trasplantados. Porcentaje de pacientes en lista de espera hepática en 2019 que se trasplantan. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes en lista de espera.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 10. Total de pacientes en lista de espera hepática, nuevas inclusiones en lista de espera hepática y trasplantes hepáticos en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de trasplantes hepáticos.

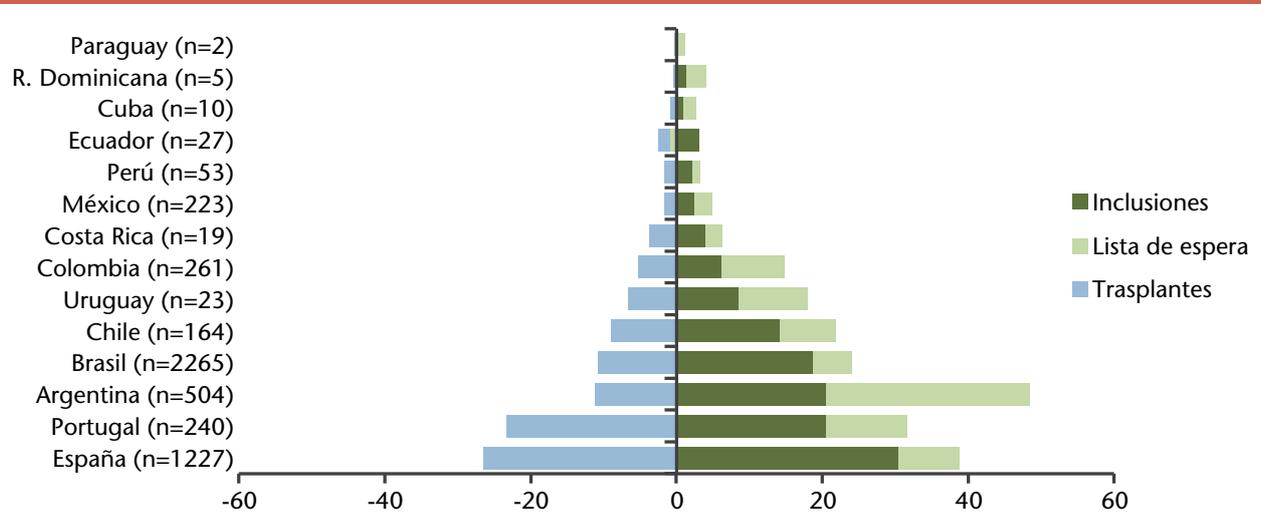
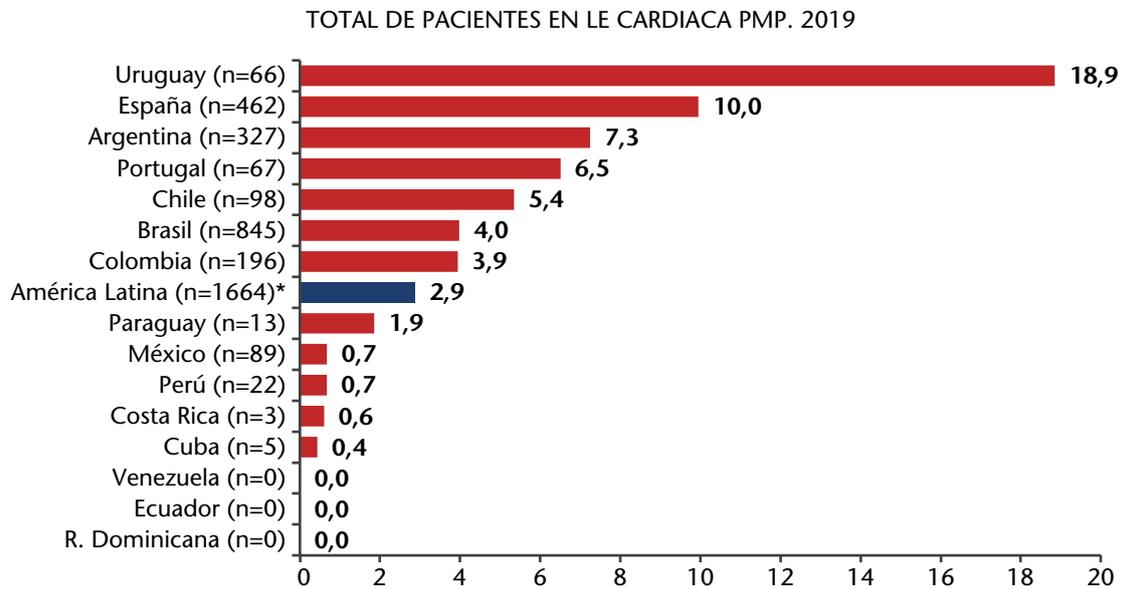
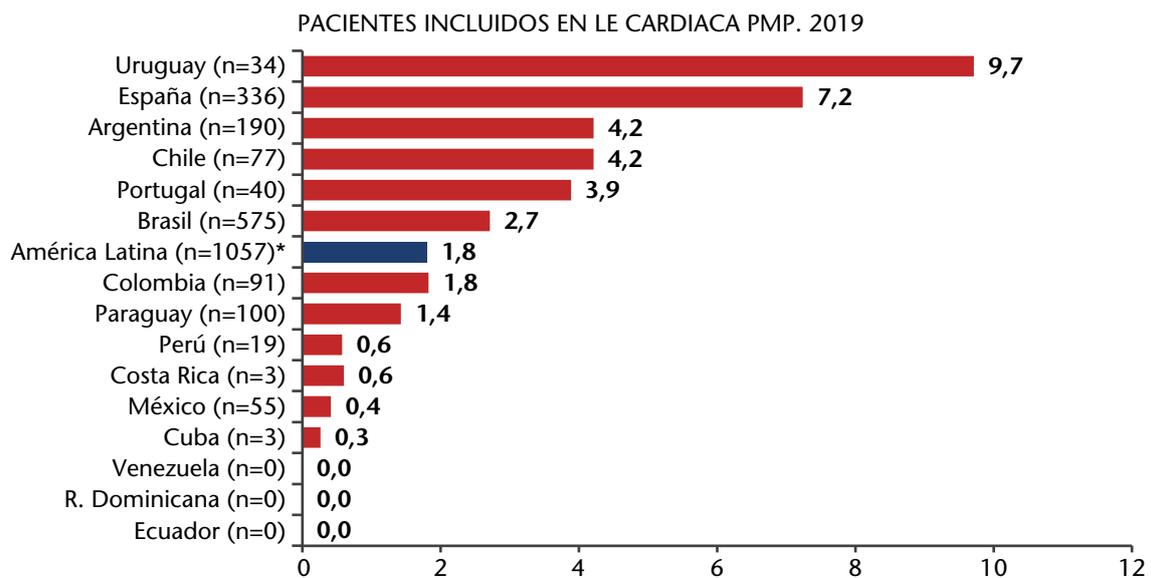


Figura 11. Total de pacientes en lista de espera cardíaca en algún momento a lo largo de 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.



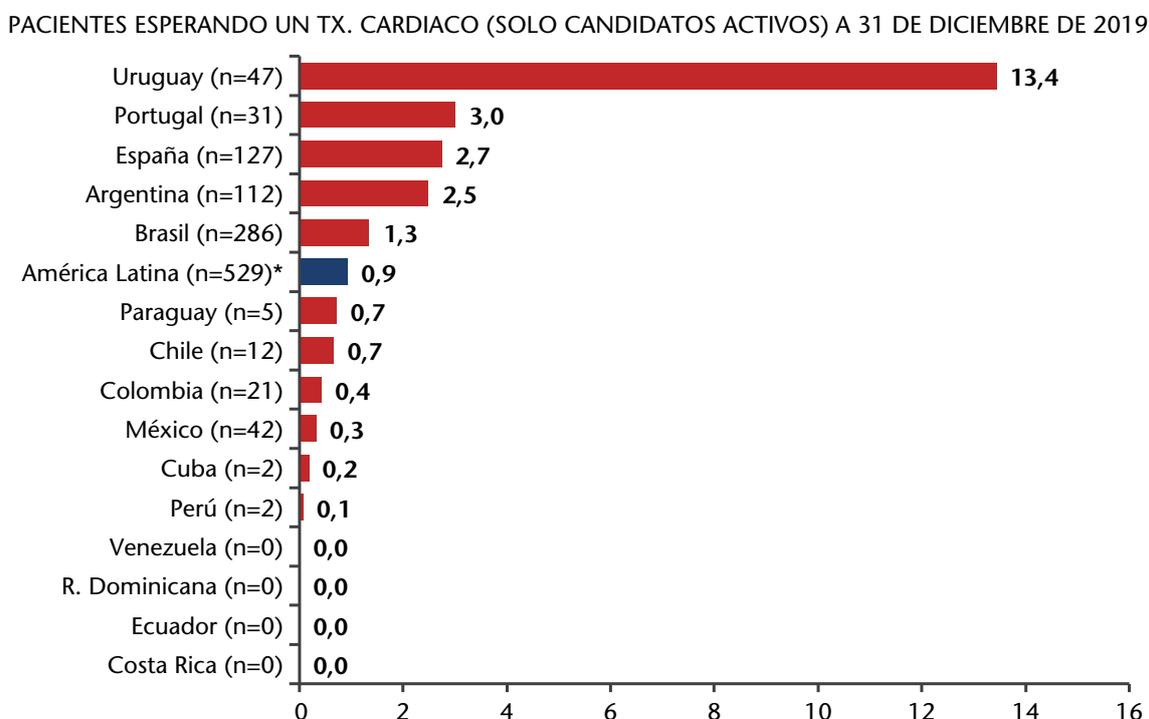
* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 12. Total de pacientes que fueron incluidos por primera vez en lista de espera cardíaca en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 13. Total de pacientes activos en lista de espera cardíaca a 31 de diciembre de 2019 en tasas pmp.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 14 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Finalmente, las **Figuras 14 y 15** muestran el volumen total de pacientes en LE para trasplante cardíaco a lo largo de 2019. La **Figura 14** distingue entre los pacientes que se trasplantaron y los que no se trasplantaron durante ese mismo año 2019, así como la probabilidad de trasplante o porcentaje de pacientes en LE que se trasplantan. En el conjunto de América Latina se estima que el 42% de los pacientes que estuvieron en LE durante 2019 recibieron un trasplante cardíaco ese mismo año. Nuevamente, ese porcentaje es extraordinariamente variable entre países. En la **Figura 15** se observa la misma información, si bien confrontando la actividad de trasplante cardíaco y el volumen de LE en tasas pmp.

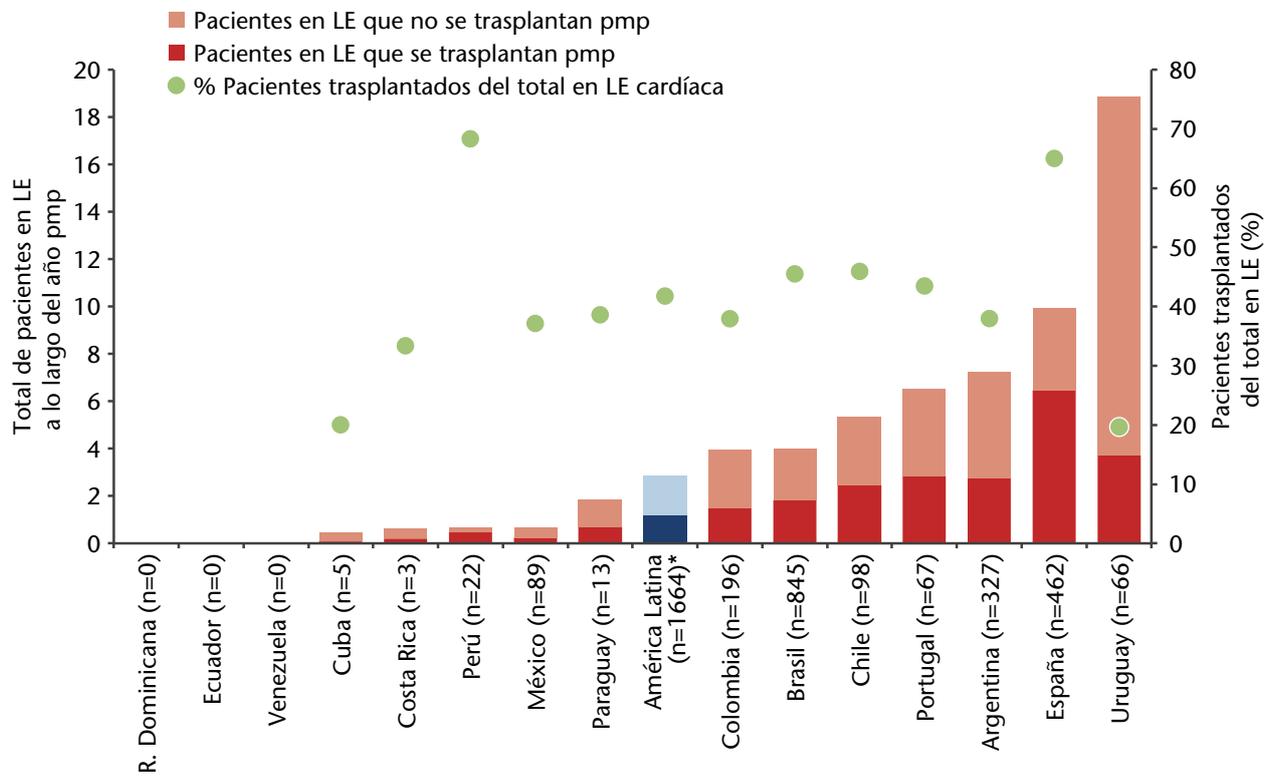
4.4. LISTA DE ESPERA TRASPLANTE PULMONAR

La **Figura 16** muestra el total de pacientes activos en LE para trasplante pulmonar en algún momento del 2019 en tasas pmp para los países miembros de la RCIDT que han facilitado dicha información al

GODT. En América Latina, la tasa fue de 2,2 pacientes en LE para trasplante pulmonar pmp, registrando Argentina la mayor tasa con 7,7 pacientes en LE pmp. La **Figura 17** representa el volumen de pacientes que fueron incluidos o dados de alta en LE para trasplante pulmonar pmp durante 2019 y la **Figura 18** el total de pacientes en LE activa para trasplante pulmonar a final de año. Nuevamente, se objetivan importantes variaciones en la indicación entre países.

Finalmente, las **Figuras 19 y 20** muestran el volumen total de pacientes en LE para trasplante pulmonar a lo largo de 2019. La **Figura 19** distingue entre los pacientes que se trasplantaron y los que no se trasplantaron durante ese mismo año 2019, así como la probabilidad de trasplante o porcentaje de pacientes en LE que se trasplantan. En el conjunto de América Latina se estima que el 20% de los pacientes que estuvieron en LE durante 2019 recibieron un trasplante pulmonar ese mismo año. Nuevamente, ese porcentaje es extraordinariamente variable entre

Figura 14. Total de pacientes en lista de espera cardíaca en 2019 en tasas pmp, diferenciando entre los pacientes trasplantados y los no trasplantados. Porcentaje de pacientes en lista de espera cardíaca en 2019 que se trasplantan. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes en lista de espera.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 15. Total de pacientes en lista de espera cardíaca, nuevas inclusiones en lista de espera cardíaca y trasplantes cardíacos en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de trasplantes cardíacos.

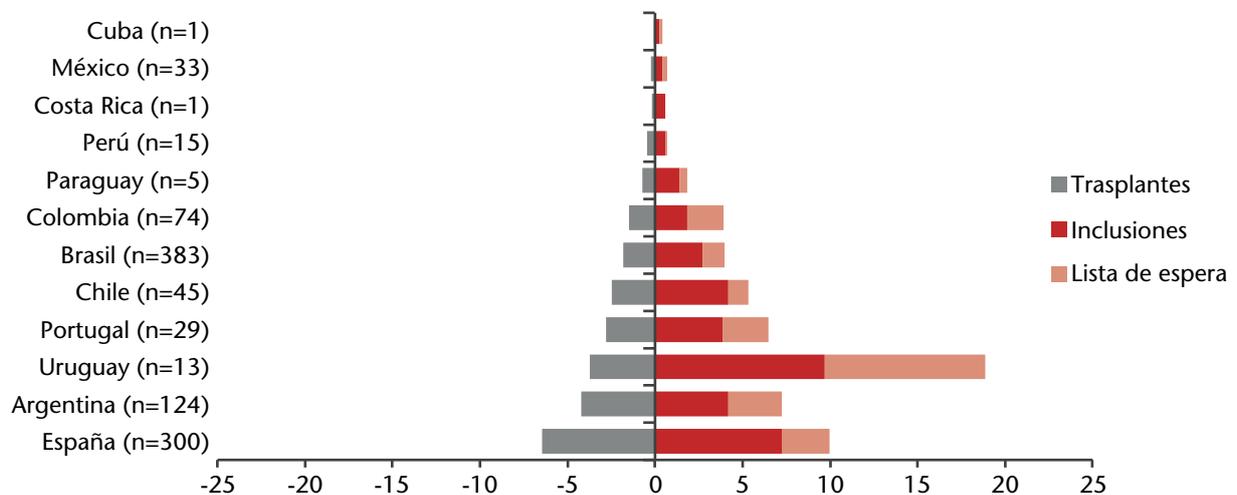
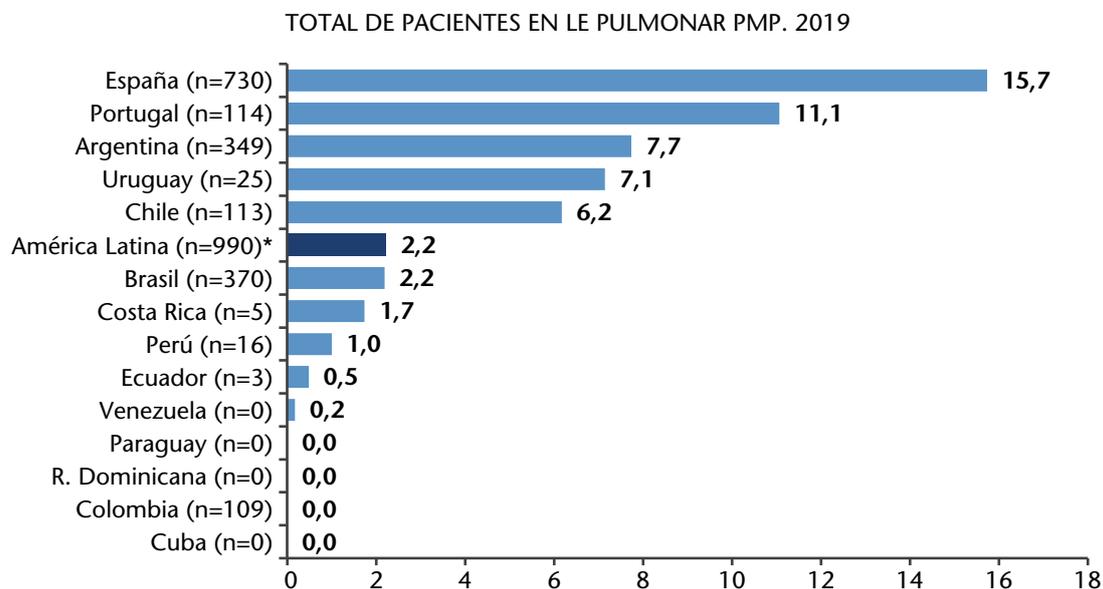
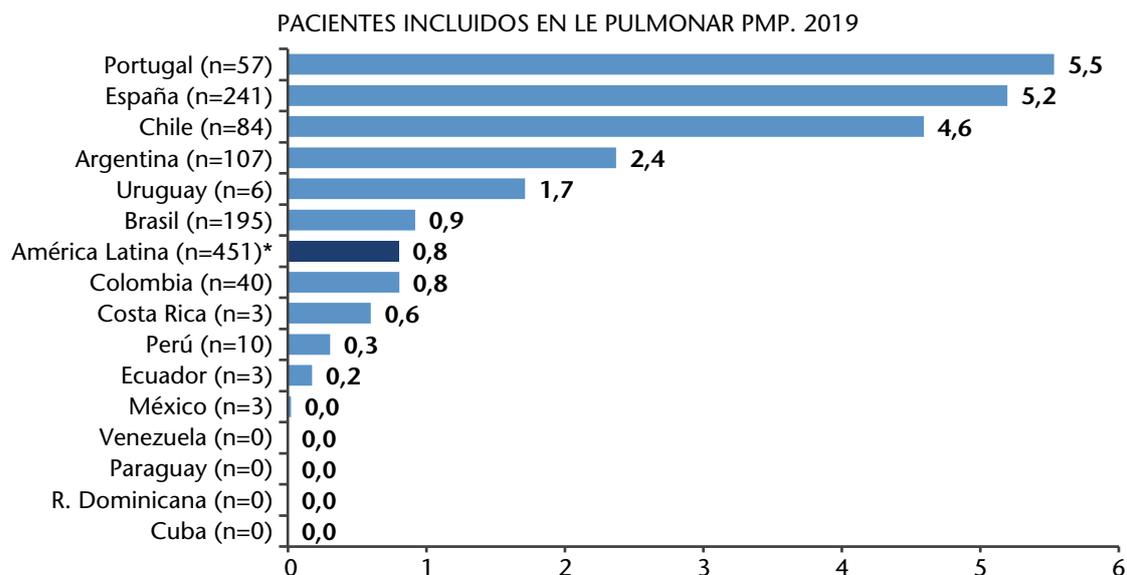


Figura 16. Total de pacientes en lista de espera pulmonar en algún momento a lo largo de 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 12 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

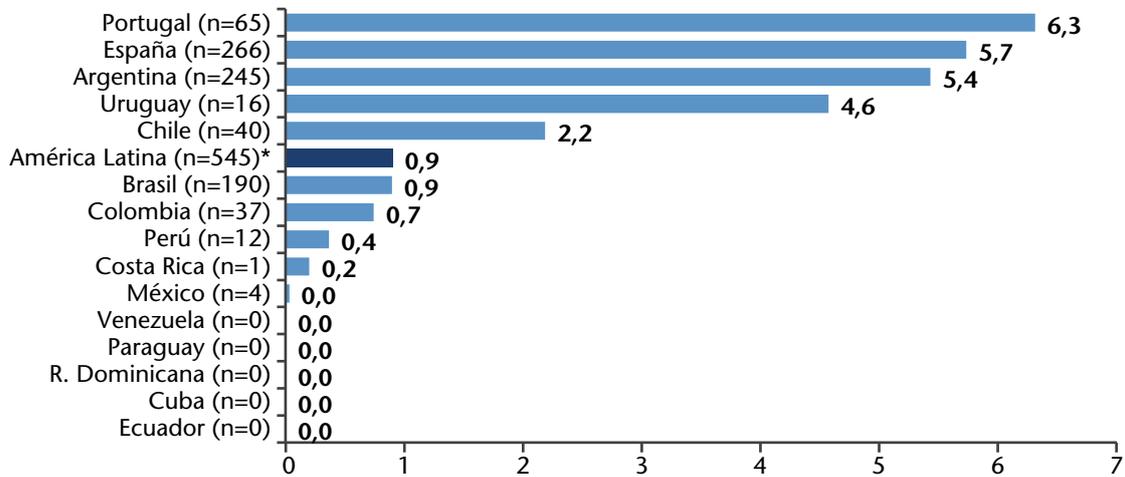
Figura 17. Total de pacientes que fueron incluidos por primera vez en lista de espera pulmonar en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

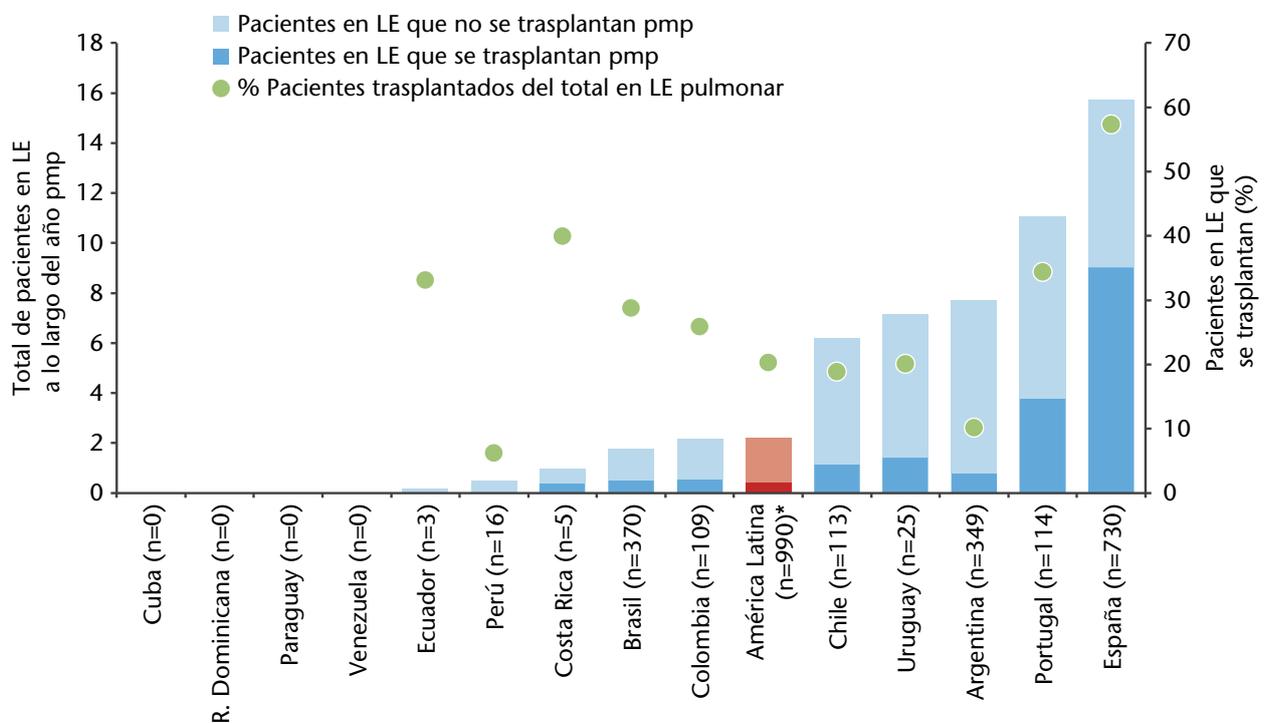
Figura 18. Total de pacientes activos en lista de espera pulmonar a 31 de diciembre de 2019 en tasas pmp.

PACIENTES ESPERANDO UN TX. PULMONAR (SOLO CANDIDATOS ACTIVOS) A 31 DE DICIEMBRE DE 2019



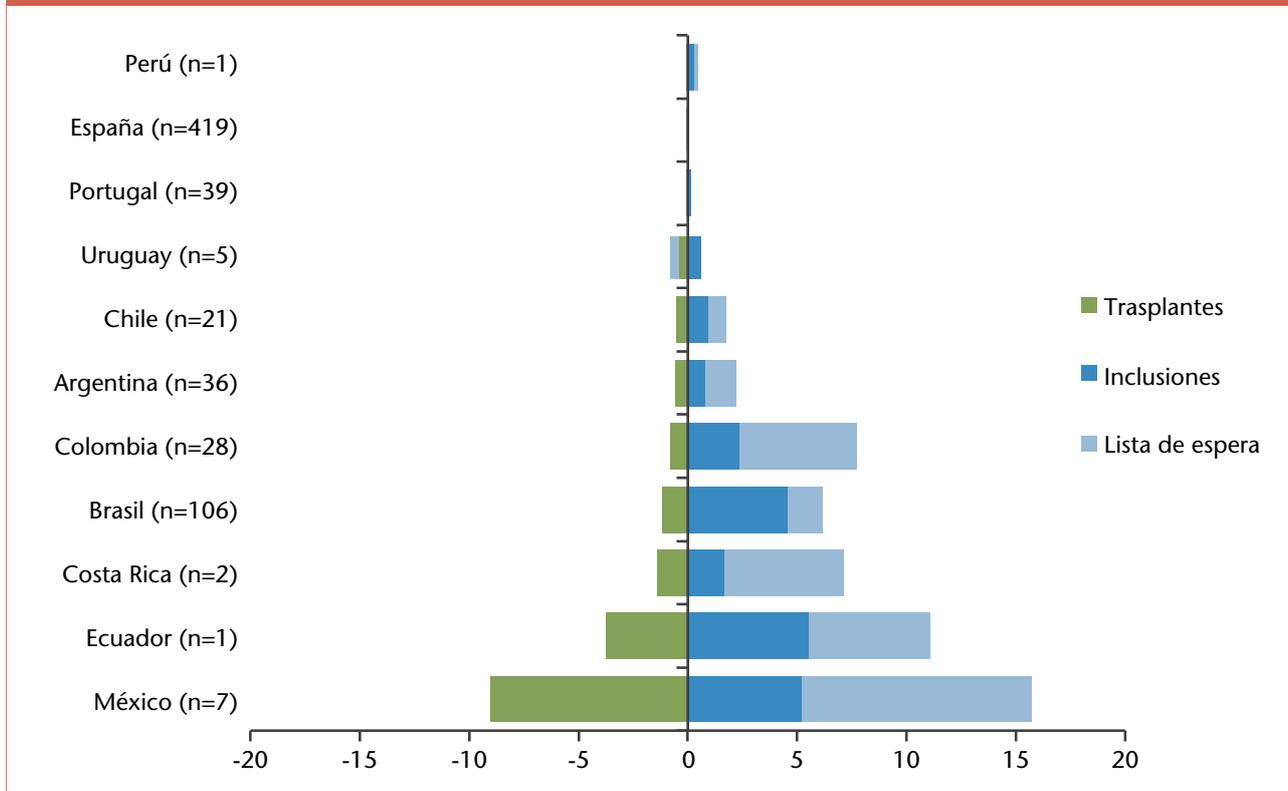
* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 13 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 19. Total de pacientes en lista de espera pulmonar en 2019 en tasas pmp, diferenciando entre los pacientes trasplantados y los no trasplantados. Porcentaje de pacientes en lista de espera pulmonar en 2019 que se trasplantan. En paréntesis se muestra el número absoluto de pacientes en lista de espera.



* Cálculos realizados con datos (LE y población) de los 12 países de América Latina representados en la figura, y excluyendo a España y Portugal.

Figura 20. Total de pacientes en lista de espera pulmonar, nuevas inclusiones en lista de espera pulmonar y trasplantes pulmonares en 2019 en tasas pmp. En paréntesis se muestra el número absoluto de trasplantes pulmonares.



países. En la **Figura 20** se observa la misma información, si bien confrontando la actividad de trasplante pulmonar y el volumen de LE en tasas pmp.

5. DISCUSIÓN Y PROPUESTAS

Existen enormes diferencias entre países en la tasa de pacientes en LE para trasplante y en las nuevas inclusiones en LE en 2019, año seleccionado para eliminar las limitaciones en la indicación que puede haber causado la pandemia de COVID-19. Estas variaciones podrían responder a diferentes motivos:

1. Variaciones en la carga de enfermedad orgánica terminal. Sin embargo, estas variaciones no parecen tener la suficiente envergadura como para justificar por sí mismas las diferencias de indicación. Por ejemplo, la carga de enfermedad renal crónica (ERC) en años de vida ajustados por discapacidad (AVADs) por 100.000 habitantes, es de 709,81 en Argentina, 546,52 en Brasil y 523,06 en Uruguay *versus* 697,97 en Cuba, 753,38 en Paraguay, 581,26 en Perú o 694,44 en República Domi-

nicana.⁴ Sin embargo, el primer grupo de países incluyó a 50 o más pacientes en LE renal durante 2019, mientras que la tasa de pacientes incluidos fue inferior a 10 casos pmp en el segundo grupo de países. Del mismo modo, en este segundo grupo de países el porcentaje de pacientes en diálisis que se encontraban activos en LE a final de año fue inferior al 10%.

2. Limitaciones en el acceso a la terapia del trasplante. Existen diferencias respecto a la prestación de la asistencia sanitaria y la inversión de recursos entre los sistemas de salud pública de los países de la Región. Una financiación incompleta del proceso de trasplante (evaluación pretrasplante, acto quirúrgico y atención postrasplante, incluyendo el acceso a la terapia inmunosupresora) puede constituir un motivo para mantener al paciente en tratamiento sustitutivo con diálisis. Así mismo, la li-

⁴ Global Burden of Disease. Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>. Acceso: Diciembre 2022.



mitación de recursos humanos capacitados y de recursos materiales puede representar una importante barrera para acceder a la terapia del trasplante.

- 3. Insuficiente indicación de la terapia de trasplante.** Un factor que podría limitar la inclusión de pacientes en LE para trasplante podría ser la falta de formación profesional específica y la ausencia de criterios unificados para la derivación de pacientes para su evaluación como candidatos a trasplante y para su inclusión efectiva en LE.
- 4. Falta de determinados programas de trasplante o existencia de programas insuficientemente consolidados en numerosos países.** Mientras que se registra actividad de trasplante renal en los 16 países de América Latina participantes en este informe, el número de países en los que se registra trasplante hepático, cardíaco y pulmonar, se reduce a 13, 10 y 9, respectivamente.

La gestión de la LE, en cuanto a probabilidad de trasplante, también es variable entre países. Es importante incidir en la limitación del indicador utilizado -porcentaje de trasplantes realizados en 2019 sobre el total de pacientes que han estado en LE a lo largo del año. Por una parte, este porcentaje no representa la verdadera probabilidad de trasplante, puesto que un paciente puede trasplantarse en años posteriores al de su inclusión en LE. Por otro lado, en el caso del trasplante renal y hepático, el número de trasplantes efectuados incluye los realizados con donante vivo, pacientes que probablemente no están activos en LE en todos los países. No obstante, este indicador nos permite realizar comparaciones entre estados miembros y revela diferencias en el acceso al trasplante de los pacientes en LE, lo que en gran medida depende de la disponibilidad de órganos de donante fallecido y de donante vivo.

Propuestas:

A continuación, se realiza una serie de propuestas centradas en mejorar y armonizar prácticas en la región de América Latina relativas a la inclusión de pacientes en LE para trasplante y que podrán avanzarse como actividades propias de la RCIDT, en colaboración con las Sociedades Científicas pertinentes y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

- 1. Promover políticas de salud pública** que tengan como objetivo actuar sobre los factores de riesgo (ej. hipertensión arterial, diabetes mellitus, alcoholismo, tabaquismo, obesidad) que generan daño orgánico terminal y diagnosticar de manera precoz dicho daño para ralentizar su progresión a fallo orgánico terminal.
- 2. Generar evidencia sobre la relación coste-efectividad del trasplante renal versus la diálisis**, que oriente a los estados sobre estrategias óptimas de financiación del tratamiento renal sustitutivo. En este sentido, se insta a los países miembros de la RCIDT a participar en el estudio promovido por OPS de evaluación de coste-efectividad de la terapia de sustitución renal con información proporcionada por los países de América Latina.
- 3. Establecer foros de discusión a nivel nacional e internacional sobre la indicación de trasplante y desarrollar actividades de formación** orientadas a los profesionales sanitarios que atienden a pacientes que pueden ser candidatos a trasplante.
- 4. Desarrollar guías clínicas nacionales sobre los criterios de derivación e inclusión en LE para trasplante y promover medidas de auditoría** para monitorizar su nivel de cumplimiento. La disponibilidad de registros y el establecimiento de estándares de referencia pueden ayudar a identificar situaciones de infra-indicación del trasplante.
- 5. Establecer programas de colaboración dentro de la región** para la derivación estandarizada y organizada de pacientes para trasplante desde países que carecen de determinados programas o cuentan con programas de trasplante insuficientemente consolidados. Estos marcos de colaboración han de basarse idealmente en el principio de reciprocidad, con contribución del país de origen al *pool* de donantes, y sustentarse en una estrategia de apoyo al desarrollo de nuevos programas de trasplante en la región.

NEWSLETTER

Trasplante Iberoamérica



**INFORME SOBRE PLAN
INTERCOONECTA**



Formación en materia de donación y trasplante en colaboración con AECID. Plan Interconecta

La eficacia y eficiencia del Programa Español de Donación y Trasplantes es un ejemplo para otros países. Tanto es así, que una de las principales misiones de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) es transmitir las claves del exitoso Modelo Español a los países que quieren seguir sus pasos.

La estrecha relación que mantiene España con Latinoamérica ayuda a trasladar este conocimiento e impulsar los programas de donación y trasplante. Gracias a la colaboración entre la ONT y el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y de su Plan de Transferencia, Intercambio y Gestión de Conocimiento para el Desarrollo de la Cooperación Española en América Latina y el Caribe (Plan Interconecta 2019).

El Plan Interconecta tiene como objetivo contribuir a la generación de capacidades en instituciones y actores sociales involucrados en el desarrollo humano de la región de América Latina y el Caribe y con capacidad de desarrollar e implementar políticas públicas encaminadas a conseguir una mayor cohesión social. En el marco de este Plan, se han desarrollado dos formaciones:

1. Programa de formación sobre donación de órganos como parte de los cuidados al final de la vida, dirigido a profesionales médicos de unidades de críticos (intensivistas, anestesistas, urólogos y emergenciólogos) de Latinoamérica. La actividad formativa fue organizada por la ONT en colaboración con el Aula Vall d' Hebrón, bajo la coordinación del Centro de Formación de la Cooperación Española en Santa Cruz de la Sierra en Bolivia. El programa tuvo una duración de ocho semanas y, se realizó íntegramente

en formato virtual. El éxito de la convocatoria se vio reflejado en el alto número de solicitudes, más de 600 para 200 plazas ofertadas. Con ello, gracias a este Programa, se han formado profesionales médicos de 17 países diferentes (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela).

2. FORMACIÓN DE COORDINADORES DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS. Dirigido a Profesionales facultativos de unidades de críticos que desarrollan su actividad en el campo de la donación y trasplante, que ya cuentan con una formación reglada en el tema o una experiencia como coordinador de trasplantes especialmente a aquellos que realicen sus funciones en unidades clínicas donde puede realizarse una detección activa de donantes: unidades de cuidados intensivos, reanimación y urgencias; Especialistas interesados en la obtención de órganos y tejidos para trasplante; Personal sanitario que esté integrado en una oficina de coordinación de trasplantes. El objetivo general de esta formación es la transferencia de conocimientos científicos y técnicos para el desarrollo de las competencias profesionales necesarias para la formación en obtención de órganos y tejidos para trasplante. El curso es un espacio de formación técnico-científica actualizada de todos los aspectos relacionados con la donación y el trasplante de órganos y tejidos proporcionando al mismo tiempo herramientas para llevar a cabo la formación de otros profesionales en sus respectivas regiones de trabajo. Se formaron 36 profesionales a lo largo de 4 semanas, y se desarrolló íntegramente en modalidad virtual a través de la plataforma de Interconecta.

NEWSLETTER

Trasplante Iberoamérica



**PROGRAMA ALIANZA EN
DONACIÓN Y TRASPLANTE
DE ÓRGANOS TEJIDOS Y
CÉLULAS. EDICIÓN 2022**



En 2022 la **18ª Edición del Programa Alianza en Donación Y Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células** se celebró del 7 de febrero al 7 de abril de 2022. Se recibieron 26 solicitudes de 10 países de las cuales se aceptaron 20, nueve de los alumnos seleccionados tuvieron que renunciar a la plaza y finalmente esta edición ha contado con **11 alumnos de diez países**.

PAIS	SOLICITUDES	ACEPTADOS	RENUNCIAS	TOTAL ALUMNOS
ARGENTINA	4	4	3	1
BRASIL	3	2	1	1
CHILE	2	0		0
COLOMBIA	2	1	1	0
ECUADOR	2	2	1	1
EL SALVADOR	2	2	1	1
MÉXICO	5	4	0	4
PARAGUAY	1	1	1	0
PERÚ	3	1	0	1
R. DOMINICANA	3	3	1	23
TOTAL	26	20	9	11

De los 11 alumnos, 10 fueron a un centro con programa de donación y/o trasplante de órganos sólidos y 1 alumno a un establecimiento de tejidos en Galicia.

La distribución de alumnos por CC.AA se puede ver en la siguiente tabla:

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ALUMNOS
ANDALUCIA	3
CATALUÑA	1
GALICIA	1
MADRID	4
MURCIA	1
NAVARRA	1
PAIS VASCO	0
TOTAL ALUMNOS	11

Ya son 541 los alumnos formados de todos los países que componen la comunidad iberoamericana, destacando Argentina con 87, Brasil con 63 y Colombia con 60.

Durante el Programa Alianza, los alumnos recibieron, los días 28 y 29 de enero, 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, fueron recibidos por su tutor en los hospitales o establecimientos de tejidos asignados, en los cuales realizan el resto de la formación, con el paréntesis de la asistencia a un curso general de coordinación de trasplantes o a un curso de tejidos.

Los trabajos de final de curso se presentaron el día 6 de abril en la sede de la ONT, los tribunales realizaron la correspondiente evaluación de los trabajos junto con la valoración de los respectivos tutores y se seleccionaron a los tres mejores alumnos que recibieron una beca de 1.000 euros de la Fundación renal Iñigo Álvarez de Toledo (FRIAT): David Alejandro Corona de México, Mariano Augusto Chávez Andino de El Salvador y Santa Yesen de República Dominicana.

Durante el acto de clausura celebrado en la sede del Ministerio de Sanidad. Además, varios expertos hicieron presentaciones y contamos con la presencia de la Ministra de Sanidad de España.



Programa

7 DE FEBRERO

Sede: ONT (Instituto de Salud Carlos III
- Pabellón 3). Madrid

9:00-9:30h

INAGURACIÓN DEL MÁSTER

9:30-10:15h

EL MODELO ESPAÑOL DE DONACIÓN Y TRASPLANTES

Beatriz Domínguez-Gil

10:15-10:30h

PAUSA CAFÉ

10:30-11:15h

LA COORDINACIÓN OPERATIVA DE TRASPLANTES:
OFICINA CENTRAL Y CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN

Félix Sánchez

11:15-11:45h

PROGRAMA DE GARANTÍA DE CALIDAD EN EL
PROCESO DE DONACIÓN

Gloria de la Rosa

11:45-12:15h

DONANTES DE RIESGO NO ESTÁNDAR:
REGISTRO DRNE Y DOCUMENTOS DE CONSENSO

Beatriz Mahillo

12:15-12:45h

BIOVIGILANCIA DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Esteban Molano

12:45-13:15h

ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA DEL PROGRAMA ALIANZA

Amparo Luengo

13:15-14:15h

PAUSA COMIDA

14:15-14:45h

SUPERANDO LA INCOMPATIBILIDAD EN TRASPLANTE RENAL

Rocío Vega y Marta García

14:45-15:15h

LA IMPORTANCIA DE LOS REGISTROS

Elisabeth Coll

15:15-15:45h

ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR EL POOL DE DONANTES

Alicia Pérez Blanco

15:45-16:15h

DONACIÓN Y TRASPLANTE DE PROGENITORES
HEMATOPOYÉTICOS: PLAN ESTRATÉGICO DE TEJIDOS

Lola Hernández y Raúl Muñoz Romo

16:15-16:30h

PAUSA CAFÉ

16:30-17:00h

RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y
TRASPLANTE

Gloria de la Rosa y Amparo Luengo

17:00-17:30h

VISITA A LA OFICINA DE COORDINACIÓN DE LA ONT

Gloria de la Rosa



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



REGISTRO
NACIONAL
DE TRASPLANTES





Programa

8 DE FEBRERO

Sede: ONT (Instituto de Salud Carlos III
- Pabellón 3). Madrid

9:00-15:00h

TALLER DE COMUNICACIÓN EN SITUACIONES CRÍTICAS:
INFLUENCIA EN EL PROCESO DE DONACIÓN
Equipo CSC

15:00-16:00h

PAUSA COMIDA

16:00-17:30h

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y REDES SOCIALES,
ALIADOS INDISPENSABLES
Equipo de Comunicación de la ONT

9 DE FEBRERO

Desplazamiento a los hospitales
asignados y pasantía de los mismos

FEBRERO, MARZO Y ABRIL

Pasantía en el hospital asignado y asistencia a uno de
los siguientes cursos

3-24 Febrero. Modalidad on-line

CURSO SUPERIOR INTERNACIONAL EN DONACIÓN Y
TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS (TPM)

Pendiente de confirmar fecha. A Coruña
CURSO DE CONTROL Y GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LAS
ACTIVIDADES DE OBTENCIÓN, EVALUACIÓN,
PROCESAMIENTO, ALMACENAMIENTO, DISTRIBUCIÓN Y
APLICACIÓN DE TEJIDOS HUMANOS

6 DE ABRIL

Sede: ONT (Instituto de Salud Carlos III
- Pabellón 3). Madrid

Horario por determinar

LECTURA Y DEFENSA DE LAS TESIS ANTE EL TRIBUNAL

7 DE ABRIL

Sede: ONT (Instituto de Salud Carlos III
- Pabellón 3). Madrid

Horario por determinar

CURSO MONOGRÁFICO POR DETERMINAR

CLAUSURA Y ENTREGA DE DIPLOMAS



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



ONT
ORGANIZACIÓN
NACIONAL
DE TRASPLANTES



Red / Consejo
Iberoamericano de
Donación y Trasplante

Programa ALIANZA 2022

En donación y trasplante
de órganos, tejidos y células

Acto de Clausura y Entrega de Diplomas

Con la participación de la Ministra de Sanidad, Carolina Darias

10:30 Inauguración Acto de Clausura

Beatriz Domínguez-Gil

*Directora General de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y
Presidenta de la Red/ Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante*

10:45 - 11:15 Tolerancia inmunológica: mimetizar el órgano con el paciente

Rafael Correa

Director del Laboratorio de Inmuno-regulación del Hospital General Univ. Gregorio Marañón, Madrid

11:15 - 11:45 Perfusión normotérmica aplicada al trasplante hepático

José Ángel López Baena

*Coordinador de la Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Servicio
de Cirugía General y del Aparato digestivo del Hospital General Univ. Gregorio Marañón, Madrid*

11:45 - 12:00 Impacto de la formación del Programa Alianza en la actividad de donación en otros países.

Dr. Joel de Andrade

Coordinador de Trasplantes de Santa Catarina de Brasil

12:00 - 12:30 Entrega de Diplomas y clausura

Cristina Sanz. Directora General de FRIAT

Beatriz Domínguez-Gil. Directora General de la ONT

Gloria de la Rosa. Responsable Programa Alianza de la ONT

12:30 Clausura oficial

Carolina Darias

Ministra de Sanidad

7 Abril 2022

Decimoctava edición

Salas Polivalentes 102ABCD

Ministerio de Sanidad

Pº del Prado, 20 - Madrid



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



FUNDACIÓN RENAL

Org. - Asoc. de España



Red / Consejo
Iberoamericano de
Donación y Trasplante

La próxima 19ª edición del Programa Alianza tendrá lugar del 30 de enero al 30 de marzo de 2023, estamos a la espera de recibir candidaturas de mano de los representantes oficiales de la Red Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT).

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



NEWSLETTER

Trasplante Iberoamérica



REPRESENTANTES OFICIALES DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA RED/CONSEJO IBEROAMERICANO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE (Septiembre 2022)

ARGENTINA

SORATTI, Carlos
MADERA, Sergio

BOLIVIA

GARRÓN, M^a Isabel

BRASIL

DA SILVEIRA, Carmen Lucía

CHILE

WOLFF, Rodrigo
ACUÑA, Paulina

COLOMBIA

OSPINA, Martha Lucía
FLÓREZ SÁNCHEZ, Astrid Carolina
CÁRDENAS, Edwin A.

COSTA RICA

VARELA RODRÍGUEZ, Allan

CUBA

ENAMORADO, M. Antonio

DOMINICANA

PÉREZ, Eladio
MORALES BILLINI, Fernando

ECUADOR

ESPINEL, Eduardo Mauricio

EL SALVADOR

VILLATORO, Matías Humberto

ESPAÑA

DOMÍNGUEZ-GIL, Beatriz

GUATEMALA

LOU MEDA, Randall Manuel

HONDURAS

RODRÍGUEZ, Carolina

MÉXICO

ABURTO, José Salvador

NICARAGUA

COREA LUNA, Julián Luis

PANAMÁ

CUERO, César Jeremías

PARAGUAY

MELGAREJO, Gustavo Alberto

PERÚ

ALMEYDA ALCÁNTARA, Juan Antonio
GUERRA, Yeny

PORTUGAL

IVO, Margarida

URUGUAY

BENGOCHEA, Milka

VENEZUELA

MONTILLA, Milagro del Valle

SECRETARÍA PERMANENTE

DE LA ROSA, Gloria
LUENGO, Amparo

OPS

BELTRÁN, Mauricio

OMS

CHATZIXIROU, Estratios

ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE BANCOS DE TEJIDOS

MARTÍNEZ, Francisco

CONSEJO DE EUROPA

LÓPEZ FRAGA, Marta

FEDERACIÓN PANAMERICANA E IBÉRICA DE SOCIEDADES DE MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA

PÉREZ, Susana

SOCIEDAD DE TRASPLANTE DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

MATAMOROS, M^a Amalia
MORALES, Luis Eduardo

SOCIEDAD IBEROAMERICANA DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS - GRUPO PUNTA CANA

TORRES, Martín

THE TRANSPLANTATION SOCIETY

CANTAROVICH, Marcelo

DECLARATION OF ISTANBUL CUSTODIAN GROUP

NIÑO, Alejandro

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE NEFROLOGÍA E HIPERTENSIÓN (SLANH)

ROSA DIEZ, Guillermo
FERREIRO FUENTES, Alejandro
GONZÁLEZ, Carlota

Editora: Beatriz Domínguez-Gil González

Elaborado por la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) – España

Beatriz Domínguez-Gil González - Gloria de la Rosa Rodríguez - M^a Dolores Perojo Vega - Marina Álvarez Miranda - Amparo Luengo Calvo

30 enero 2023 - 30 marzo 2023

Decimonovena edición

Programa ALIANZA 2023

En donación y trasplante
de órganos, tejidos y células

Bajo la presidencia de Honor de S.M.
DOÑA SOFÍA, REINA DE ESPAÑA

Dirección:

Beatriz Domínguez-Gil

Organización Nacional de Trasplantes

Coordinación:

Amparo Luengo y Gloria de la Rosa

Organización Nacional de Trasplantes

e-mail: aluengo@sanidad.gob.es



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD



FUNDACIÓN RENAL
Inigo Álvarez de Toledo



Red / Consejo
Iberoamericano de
Donación y Trasplante