

**UNIVERSIDAD DE SONORA**  
**DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

**"EL TRABAJADOR SOCIAL COMO AGENTE  
SENSIBILIZADOR EN PRO DE LA DONACIÓN  
VOLUNTARIA DE ÓRGANOS"**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
**LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL**



**El Saber de mis hijos  
Hará mi Grandeza**  
Área de Documentación  
Del Departamento de  
Trabajo Social

PRESENTAN:

**MARÍA JESÚS YADIRA ACOSTA AMAVIZCA**  
**SELENE GUZMÁN LÓPEZ**

DIRECTOR DE TESIS:

**M.E.E. LUCIA OLIVAREZ CÉLIS**

ASESORES:

**M.C. RAMÓN LEOPOLDO MORENO MURRIETA**  
**LIC. VICTORIA MARÍA NÚÑEZ NAVARRO**

HERMOSILLO, SONORA

MARZO DEL 2004.

# Universidad de Sonora

Repositorio Institucional UNISON



**"El saber de mis hijos  
hará mi grandeza"**



Excepto si se señala otra cosa, la licencia del ítem se describe como openAccess

# *AGRADECIMIENTOS*

*MARÍA JESÚS YADIRA ACOSTA AMAVIZCA.  
SELENE GUZMÁN LÓPEZ.*

*AGRADECEMOS A:*

*NUESTRA DIRECTORA DE TESIS:  
M.E.E. Lucia Olivarez Célis.*

*NUESTROS ASESORES:*

*M..C.. Ramón Leopoldo Moreno Murrieta.  
Lic. Victoria Ma. Núñez Navarro.*

*GRACIAS POR BRINDARNOS SU AMISTAD, APOYO Y CONSEJO,  
POR QUE GRACIAS A USTEDES LOGRAMOS REALIZAR  
NUESTRA TESIS.*

*"EL TRABAJADOR SOCIAL COMO AGENTE SENSIBILIZADOR  
EN PRO DE LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE ÓRGANOS"*

*EN MEMORIA A MI MADRE:  
\*ANTONIA AMAVIZCA ARVAYO.*

*Al ser universalmente más querido, quien sin escatimar esfuerzo alguno sacrificó gran parte de su vida, formó y educó, por haber sido padre y madre a la vez. Este es un testimonio de amor y eterno agradecimiento por el apoyo moral que desde siempre me brindó, con el cual he logrado terminar mi carrera profesional, siendo la mejor de las herencias.*

*Tu cuerpo no está en este día tan especial para tí como para mí, pero estoy segura que estas presente en alma y espíritu, porque siempre estarás en mi corazón.*

*Por todo esto, a tí y a Dios. Ahora soy lo que ayer soñé.*

*A MI HERMANA:*

*\*LETICIA HAYDEE ACOSTA AMAVIZCA.*

*Con todo amor y cariño, para la persona que siempre me brinda su mano amiga, para quien me da consejo, para quien siempre me ha apoyado en todo momento, a esa persona que siempre me regaló una sonrisa y una palabra de aliento, esa persona eres tú, hermana.*

*Gracias por estar conmigo.*

*A MIS TÍOS.*

*Estoy finalizando una etapa más en mi vida, agradezco la confianza que han depositado en mí, su apoyo y compañía en logros y tropiezos sin pedir nada a cambio, el esfuerzo que han realizado durante mi vida para que por fin llegara este momento, siendo para mí la mejor de las herencias.*

*A MIS AMIGAS Y AMIGOS.*

*A ustedes, porque siempre me animaron a seguir adelante y estuvieron conmigo en los momentos que más las(os) necesitaba, a ustedes por que siempre valoraron mi esfuerzo y dedicación a mis estudios y hoy en día esa preparación y esfuerzos me transforman en Lic. en Trabajo Social, por esto y más, mil gracias.*

*María Jesús Yadira Acosta Amavizca.*

## **A DIOS:**

*Por haber estado conmigo todo el tiempo, desde el momento en que solicité mi ficha para ingresar a la universidad, por ser mi amigo incondicional, protector, proveedor en todo el trayecto de mi carrera hasta este día. Por ser el ánimo en medio de las pruebas que tuve que pasar, Por ser todo lo que Él es y por lo que representa en mi vida. Mil gracias mi Dios.*

## **A MIS PADRES:**

*Por haberme brindado la libertad y confianza, de estar sola y así luchar por ver cumplidas mis metas. Al principio fue muy difícil el estar lejos, pero sé que gracias a sus oraciones, Dios día a día fortalecía mi vida para seguir adelante. Gracias por su amor y todo el esfuerzo que representó el que este día se llegara. Sé que si me fuera dada la oportunidad de elegir a mis padres, sin duda los elegiría a ustedes, por que aún lo poco o lo mucho que tuvieron lo pusieron en mis manos, sin importarles que pasaría con ustedes el día de mañana. Por todo y muchas cosas más ¡Gracias Papás!*

## **A LLUVIAY JUAN, LUPITA Y RONNY:**

*Por la ayuda incondicional que me brindaron, por haber sido una fuente de bendición, de parte de Dios en mi vida, sé que sin su apoyo hubiera sido mucho más difícil el camino. Hay que recordar que Dios no se queda con absolutamente nada y de hecho sé que todo, todo lo que me pudieron brindar Él lo ha de recompensar al mil por uno. Mi eterno agradecimiento estará siempre con ustedes.*

## **JESUS RIOS:**

*Ni mil palabras podrían describir el agradecimiento tan grande que hay en mi corazón hacia ti. Agradezco a Dios el que haya puesto un ser tan lindo y súper especial en mi camino. Gracias por tú ayuda, amor, comprensión y todo lo que brindas a mi vida. Te amo.*

**Y TODO LO QUE HAGAIS, HACEDLO DE CORAZON COMO PARA DIOS Y NO PARA LOS HOMBRES CREYENDO QUE DE ÉL VIENE LA RECOMPENSA..**

**Selene Guzmán López.**

Donación voluntaria de Órganos y cuyo objetivo es proporcionar toda la información acerca de la donación voluntaria de órganos a la población abierta, con la finalidad de buscar donadores voluntarios a través de diferentes estrategias de orientación y difusión.

## INDICE.

### Resumen

### Introducción

#### I. MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL.

1.1.Datos Generales de la Institución.....	3
1.2.Objetivo Institucional.....	3
1.3.Carácter de la Institución.....	3
1.4.Antecedentes Históricos.....	4
1.5.Programas Institucionales.....	6
1.6.Actividades Generales relacionadas con el servicio institucional.....	8
1.7.Infraestructura y Recursos con los que dispone la institución para atender los problemas y/o necesidades.....	9
1.8.Recursos materiales con los que cuenta el área hospitalaria.....	9
1.9.Servicios que brinda la institución al usuario.....	9
1.10.Servicios administrativos.....	10
1.11.Recursos Humanos.....	10
1.12.Atribuciones.....	10
1.13.Organización interna del Hospital.....	11
1.14.Caracterización de los usuarios del servicio Institucional.....	13
1.15.Organigrama General.....	15
2. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL.	
2.1.Caracterización de la intervención Profesional de Trabajo Social.....	16
2.2.Niveles de Intervención y procesos mediadores de Trabajo Social.....	17
2.3.Actividades que realiza Trabajo Social en los diferentes áreas.....	18
2.4.Objeto de intervención de profesional de Trabajo Social.....	19
2.5.Caracterización el usuario.....	20

## II. INFORMACION RELACIONADA CON LA DONACION

### VOLUNTARIA DE ORGANOS.

2.1. Trafico de órganos en nuestro país.....	21
2.2. Trasplantes.....	21
2.3. Muerte cerebral.....	25
2.4. Aspecto histórica de muerte cerebral.....	25
2.5. Biología de la muerte cerebral.....	29
2.6. Marco legal.....	29
2.7. Conatra.....	32
2.8. Coetra.....	34
2.9. La donación.....	34
2.10. Historia del transplante en México.....	38
2.11. Aspectos legales.....	41
2.12. El miedo a la muerte en el paciente .....	53
2.13. El suicidio y el paciente crítico.....	53
2.14. Tanatología.....	55
2.15. Tanatología ¿que es la tanatología? .....	56
2.16. Mantener la esperanza.....	57
2.17. Propuesta de conducta ante el paciente moribundo y sus familiares.....	58
2.18. Proceso de morir.....	59
2.19. ¿porque un paciente terminal no puede ser candidato a donador de órganos.....	61

### III.- ESTUDIO DE CAMPO.

3.1. Justificación.....	63
3.2. Planteamiento del problema.....	65
3.3. Objetivo General.....	68
3.4. Hipótesis.....	68
3.5. Comprobación de la Hipótesis.....	68

### IV.- METODOLOGIA

4.1. Tipo de Estudio.....	68
4.2. Diseño del Instrumento.....	71
4.3. Selección de la Muestra.....	71
4.4. Recopilación de la información.....	71
4.5. Procesamiento de Datos.....	72

<b>V.-PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.....</b>	<b>73</b>
5.1.Análisis General y conclusiones.....	81

## **VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.**

### **“ Promoción a la donación voluntaria de órganos”**

6.1.Introducción.....	84
6.2.Objetivo General.....	85
6.3.Estructura del Programa.....	85
6.4.Cuadro de Actividades.....	90

## **BIBLIOGRAFIA**

### **APÉNDICE:**

I.- Instrumento de recopilación de información en el Hospital General del Estado.

### **ANEXOS:**

I.- Fundamentos legales de la donación y ley general de salud.

II.- Acuerdo de creación del Consejo Nacional del Transplante.

III.- Ficha de registro del donador ( COETRA).

IV.- Volante de difusión a la Donación Voluntaria de Órganos.

V.- Credencial de donador voluntario de órganos.

## **GLOSARIO**

## Introducción

Los avances de la ciencia, específicamente en medicina, han proporcionado al individuo, nuevas esperanzas de vida, nuevas alternativas para reestablecer sus funciones normales, nuevas opciones para conservar la vida.

El transplante de órganos es uno de los grandes avances científicos, este proceso no se encuentra en fase experimental, ya que, practica desde hace mas de tres décadas, convirtiéndose en un procedimiento de rutina, con el nivel y las técnicas más avanzadas.

En México encontramos el transplante como un procedimiento incorporado a los programas de salud, actualmente se cuenta con el personal médico, las instalaciones y el equipo necesario para llevar a cabo con éxito un mayor número de transplantes, satisfaciendo de este modo gran parte de la demanda, ya que en algunos casos es la única opción que le permite al individuo una mejor calidad de vida. Desdichadamente la falta de cultura de donación de órganos, con fines de transplantes, provoca que varios de miles de mexicanos mueran en etapas productivas de su vida, quedando inclusive varios niños en la orfandad.

Las ideologías, miedos, costumbres religiosas, son producto de una falta de conocimiento sobre el tema. En la ausencia de una cultura de donación de órganos y tejidos intervienen además otros factores, como por ejemplo, el aspecto económico, cabe señalar que, al realizarse la donación, los gastos en que se incurra desde el momento de la procuración de órganos o tejidos, son responsabilidad del centro de transplante y de la institución dedicada a brindar apoyo a personas que están en espera de un donante por lo que no hay ningún costo adicional, pero tampoco ningún beneficio económico para los familiares del donador, ya que la familia del donante sigue siendo la responsable de los gastos del funeral después de que la donación se ha llevado a cabo.

La salud constituye una de las responsabilidades mayores del Estado, en tanto permite el acceso al bienestar y propicia la equidad como elemento central de la justicia social.

Tomando en cuenta la problemática actual que representa la falta de donadores voluntarios de órganos se consideró la trascendencia de abordar el tema para efectos de este documento: **“El trabajador social como agente sensibilizador en pro de la donación voluntaria de órganos,”** cuyo objetivo general es conocer el nivel de información que poseen los usuarios de la consulta externa del Hospital General del Estado de Sonora, acerca de la donación de órganos y tejidos, para así diseñar una propuesta de intervención con la cual se incida en la cultura de donación de órganos, mediante estrategias de sensibilización, información y orientación.

Este trabajo está estructurado de la siguiente manera:

El Primer capítulo aborda el marco de referencia institucional del Hospital General del Estado de Sonora, institución de gran trascendencia a nivel local y regional. El segundo apartado contiene información relacionada con la donación voluntaria de órganos, donde se abordan temas como: el tráfico de órganos en nuestro país, trasplantes, Muerte cerebral, Aspecto histórica de muerte cerebral, Biología de la muerte cerebral, Marco legal. Así mismo se hace referencia a las instancias que dan atención a éste tópico, por ejemplo: CONATRA “Consejo Nacional de Transplantes”, COETRA “Consejo Estatal de Transplantes, también se abordan lo siguiente, la donación, Historia del transplante en México, Aspectos legales, El miedo a la muerte en el paciente, El suicidio y el paciente crítico, Tanatología, Mantener la esperanza, Propuesta de conducta ante el paciente moribundo y sus familiares, Proceso de morir, ¿porque un paciente terminal no puede ser candidato a donador de organos.

En un tercer momento se hace referencia al estudio de campo, El cuarto capítulo presenta la metodología de la investigación, En el quinto apartado se muestra Análisis General y las Conclusiones, y En el sexto momento se presenta propuesta de intervención: promoción a la donación voluntaria de organos.

**CAPITULO I**  
**MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL**

## **CAPITULO I . - MARCO DE REFERENCIA INSTITUCIONAL.**

### **1.1.- DATOS GENERALES DE LA INSTITUCIÓN**

El Hospital General del Estado se encuentra ubicado en el Blvd. Luis Encinas S/N, su teléfono es el 13-25-56 extensión 153. La dirección general del Hospital se encuentra actualmente a cargo del Doctor Jorge Platt García y el departamento de Trabajo Social está a cargo de la T.S. Magdalena Ruelas Ochoa.

### **1.2.- OBJETIVO INSTITUCIONAL**

Proporcionar atención médica-quirúrgica a todo usuario referido del primer nivel de atención médica con el propósito de reintegrarlo a su vida productiva en sociedad, así como formar y desarrollar recursos humanos acordes a las necesidades de salud a la población, a fin de asegurar la calidad en la atención para la población abierta y las disposiciones legales aplicables.

### **1.3.-CARÁCTER DE LA INSTITUCION**

Es una institución de asistencia social con carácter público y esta dirigida a la población abierta, es decir, las personas que carecen de servicios médicos y que no están afiliadas a ningunas instituciones que proporcione dichos servicios tales como: IMSS, ISSSTE, ISSSTESON, etc.

Existen algunas excepciones donde el Hospital General del Estado atiende a derechohabientes de otras instituciones, debido a que éstas no poseen la infraestructura médica necesaria para la atención del problema y están en coordinación con el Hospital General del Estado con el fin de que sus derechohabientes reciban este servicio, es decir, son pacientes subrogados. Es el caso de la Asociación George Papanicolau, ISSSTE, entre otras.

#### 1.4.- ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Sus antecedentes son similares a todas aquellas instituciones de carácter benéfico, cuyos orígenes se remiten a la prestación de servicios de salud para la población con pocas oportunidades económicas y sociales, sin embargo, en la actualidad se identifica la involucración tanto del sector público como el privado para dar atención a este rubro.

Aparentemente, el primer antecedente del Hospital General del Estado data desde 1881 año en que se establece el "Hospital Civil", con 56 camas por iniciativa del H. Ayuntamiento de Hermosillo, en ese entonces en el estado solo existían con carácter público los hospitales militares y en el ámbito Nacional se contaba con el consejo Nacional de Salubridad mismo que en 1879 adquiere cierta autonomía como autoridad de sanidad en puertos y Estados de emergencia epidemiológica, así como de beneficencia pública.

El panorama organizacional y epidemiológico del país se caracterizaba por una competencia del Estado en materia de salud condicionada en parte, por limitaciones del orden legal; por la existencia de unos cuantos Hospitales públicos por la existencia de una epidemiología de enfermedades infecciosas, cuyos afectados no disponían en su mayoría de servicios de salud accesibles y suficientes.

Para el año de 1917, durante el gobierno del General Plutarco Elías Calles, el Estado toma la conducción del hospital civil y cambia su denominación a Hospital General del Estado, el cual conserva hasta la fecha, con el propósito de atender a pacientes con enfermedades infectocontagiosas a fin de estar en concordancia con la creación del departamento de salubridad como un órgano nacional en la materia.

En 1923, el Hospital General del estado vuelve a estar bajo la conducción del Ayuntamiento, esto a instancias del Instituto de Higiene.

En 1934 se integran los servicios sanitarios coordinados del Estado de Sonora como órgano Federal para ejecutar funciones en la prestación de servicios

de salud. Este acontecimiento amplió las expectativas de acceso a servicios médicos.

Durante el período presidencial del Lic. Manuel Ávila Camacho (1940-1946) se dan cambios importantes sanitarios como: la creación del Instituto Mexicano de Seguro Social, la sección del Trabajo y Prevención Social, la fundación de instituciones de especialidad médica (cardiología y nutrición infantil), énfasis a las campañas de Inmunización y se extiende a la red hospitalaria de las recientes integradas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En este contexto se toma la decisión de construir en el actual inmueble del Hospital General del Estado (1943-1948), con ello se aumentó la capacidad hospitalaria y se conformaron los servicios de Medicina Interna, Cirugía, Maternidad, Infectología, entre otras.

Hasta principios de la década de los 80s, al Hospital General del Estado se le incorporan otros servicios de atención de acuerdo a la demanda de población usuaria, así también se convierte en hospital - escuela con la implementación de la residencia de Pre y Postgrado.

Es en el año de 1983, con la Reforma Sanitaria, cuando se consagra el derecho constitucional de la salud. En 1985 se establece la coordinación Federación - Estado por la integración orgánica y descentralización de los servicios de salud es así como se organizan estos servicios, para la población abierta.

Con la modernización administrativa de la salud, el Hospital General del Estado forma parte de la red hospitalaria para la población abierta fungiendo como unidad médica la referencia regional (Centro y Norte del Estado) y junto con el Hospital General SEMESON de la ciudad de Obregon (Sur del Estado) brindan apoyo tecnológico a los Hospitales generales básicos.

A partir de su integración a la red hospitalaria del estado se le reforzó su infraestructura y sus recursos a fin de aumentar su capacidad resolutive acorde a las necesidades del sistema estatal de salud, ello junto con la creciente demanda por parte de los usuarios de sus servicios, de tal manera se perfila como una unidad médica capaz de atender pacientes con problemas de mediano y alto riesgo de salud.

A continuación se mencionarán los programas institucionales, las actividades generales relacionadas con el servicio institucional e infraestructura y recursos con los que dispone la institución para atender los problemas y/o necesidades.

#### **1. 5.- PROGRAMAS INSTITUCIONALES**

El Hospital General del Estado de Sonora , no cuenta con ningún programa establecido al que se le de un seguimiento, lo único que se lleva acabo en el departamento de trabajo social y ejecutado por las trabajadoras sociales es un programa de trabajo para cada área del hospital, el cual se ejecuta cambia cada año.

UNIDAD DE CIRUGÍA DE HOMBRES.

OBJETIVO GENERAL:

Contribuir al reestablecimiento integral del paciente y su pronta recuperación a la sociedad como personas productivas.

DEPARTAMENTO DE FOMENTO A LA SALUD Y ENSEÑANZA DE TRABAJO SOCIAL.

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar información al usuario sobre la prevención de la salud, por medio de la proyección de videos y platicas informativas y elevar el nivel profesional del trabajador social mediante la capacitación continua, a través de cursos y sesiones medicas.

PROGRAMA DE TRABAJO SOCIAL CORRESPONDIENTE AL AREA Y ESPECIALIZACIÓN DEL SERVICIO DE UROLOGÍA.

OBJETIVO GENERAL:

Identificar, actuar y modificar positivamente la problemática que se presente con el paciente que acude a esta especialidad, actuando como un mediador que busque

alternativas de solución precisando a su vez niveles de prevención utilizando sus conocimientos profesionales basado en los principios de amor respeto y humanismo, considerando al paciente como un ser Bio - Picosocial.

SERVICIO DE URGENCIAS: TURNO MATUTINO Y VESPERTINO.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar una mejor atención al usuario en coordinación con el equipo interdisciplinario, mediante la asistencia económica, médica, social y de orientación para el logro del tratamiento integral del paciente.

PROGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABAJO SOCIAL EN LA UNIDAD DE MEDICINA DEL HOMBRE.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer el estado de salud en el que se encuentra el paciente, así como también se entera del tratamiento que el paciente requiere o bien algún estudio específico que necesite para establecer algún diagnóstico preciso del paciente.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL: UNIDAD DE NEFROLOGÍA.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar una mejor atención al usuario en coordinación con el equipo multidisciplinario, mediante la asistencia económica, social y de orientación para el logro del tratamiento integral del paciente.

SALA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y OFTAMOLOGÍA.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar una mejor atención al usuario en coordinación con el equipo interdisciplinario, mediante la asistencia económica, médica, social y de orientación para el logro del tratamiento integral del paciente.

PARTICIPACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL AREA DE ENDOSCOPIA Y CORTA ESTANCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO.

OBJETIVO GENERAL:

Llevar acabo diferentes estudios endoscópicos y cirugías menores de manera precisa, ágil y optima para la confirmación de un diagnostico y procedimiento terapéutico.

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL: AREA DE CONSULTA EXTERNA - PLANTA ALTA Y PLANTA BAJA.

OBJETIVO GENERAL:

Brindar una mejor atención al usuario en coordinación con el equipo interdisciplinario, mediante la asistencia económica, medica, social y orientación para el logro del tratamiento integral del paciente.

#### **1.6.- ACTIVIDADES GENERALES RELACIONADAS CON EL SERVICIO INSTITUCIONAL**

- Prestación de servicios de atención médica para la población abierta, a través de acciones preventivas, curativas y de rehabilitación correspondientes al segundo y tercer nivel de atención.
- Contribuir en la operación del sistema de contra referencia y referencia de pacientes, de acuerdo al modelo de atención para la población abierta.
- Participar en los sistemas de vigilancia epidemiológica y de información en la salud a nivel estatal de acuerdo a la normatividad aplicable a lo que establece la secretaria de Salud
- Orientación y capacitación al usuario para el uso adecuado y oportuno que brinda la institución.

## **1.7.- INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS CON LOS QUE DISPONE LA INSTITUCION PARA ATENDER LOS PROBLEMAS Y/O NECESIDADES**

El Hospital General del Estado, cuenta con las siguientes especialidades de cirugía, bucodentomaxilar, urgencias, otorrinolaringología, cirugía plástica constructiva, oftalmología, cirugía general, neurología, psiquiatría, odontología, dermatología, gastroenterología, cardiología, medicina interna, urología, reumatología, hematología, neurocirugía, anestesia, y consulta general, infectología, ortopedia, traumatología, radiología, patología.

## **1.8.- RECURSOS MATERIALES CON LOS QUE CUENTA. EL AREA HOSPITALARIA TIENE LAS SIGUIENTES SALAS:**

- Urgencias: 10 camillas, 12 encamados y 5 sillas.
- Unidad de cuidados intensivos con 9 camas
- Cirugía mujeres con 23 camas.
- Cirugía Hombres con 31 camas.
- Unidad de terapia intermedia con 4 camas.
- Medicina Hombres con 30 camas.
- Medicina Mujeres con 23 camas.
- Infectología con 37 camas.
- Ortopedia con 27 camas.
- Oftalmología con 10 camas.
- Otorrinolaringología con 5 camas.

Siendo un total de 221 camas y 5 sillas.

## **1.9.- SERVICIOS QUE BRINDA LA INSTITUCION AL USUARIO.**

\*Laboratorios clínicos.

\*Farmacia.

\*Rayos X: en los servicios de urgencias y consulta externa además cuenta con dos equipos portátiles.

\*Trabajo Social

\*Endoscopia.

\*Radioterapia

\*Hemodiálisis.

\*Clínica del dolor.

\*Enfermería.

\*Patología.

\*Atención preventiva para el control de enfermedades transmisibles.

\*Consulta externa especializada.

\*Hospitalización general.

\*Atención de emergencias.

\*Protección y asistencia a desamparados.

#### **1.10.- SERVICIOS ADMINISTRATIVOS**

- Departamento de Servicios Generales.
- Departamento de Personal.
- Departamento de Recursos Financieros.
- Departamento de Ingeniería y mantenimiento.

#### **1.11.- RECURSOS HUMANOS**

Se cuenta con un total de 650 personas con nombramiento específico en los diferentes departamentos.

#### **1.12.- ATRIBUCIONES**

De acuerdo al objetivo del Hospital General del Estado señalado en el artículo primero de su reglamento interior tendrá competencia para:

- 1.- Participar como centro regional de atención médica de referencia y contrarreferencia de pacientes para la población abierta.
- 2.- Prestar los servicios de atención médica encaminados al diagnóstico de enfermedades de mediano y alto riesgo, así como en su tratamiento o en su rehabilitación.
- 3.- Participar en la formación y desarrollo de Recursos Humanos para la salud.
- 4.- Promover y realizar proyectos de investigación científica para la salud.
- 5.- Participar en el sistema estatal de información en salud, en el sistema estatal de vigilancia epidemiológica y los demás organismos de concentración y coordinación inter-institucionales.
- 6.- Aplicar y vigilar las normas técnicas en materia de prestación de la atención médica.
- 7.- Los demás que sean conferidas por el ejecutivo del Estado por conducto de la Secretaria de Salud Pública.

Este instrumento administrativo se actualiza de acuerdo a los cambios en la legislación sanitaria y el propio desarrollo del Hospital General.

### **1.13.- ORGANIZACIÓN INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO**

Las jerarquías que diferencian los niveles de decisiones sobre los objetos, los fines, y la perspectiva institucional, la ejecución y la puesta en práctica de las decisiones tomadas son las siguientes:

**\*DIRECCION GENERAL:** Tiene como objetivo conducir las políticas y las normas para la prestación de servicios de atención médica, participar en la formación y desarrollo de Recursos Humanos, así como también promover la investigación científica.

**\*DIRECCION MEDICA:** Tiene como objetivo conducir las políticas y las normas para la atención médica y hospitalaria a la población abierta, donde coordina y supervisa la operación de los programas de servicio de las divisiones de medicina, también resuelve la problemática que prestan los diferentes servicios del área

médica de la institución, prestando a la consideración del director general, está a su vez tiene bajo su responsabilidad y vigilancia, a las siguientes áreas:

\*DIVISION DE MEDICINA: Su objetivo es dar atención médica de los usuarios, de los servicios de medicina interna de neurología, infectología, cuidados intermedios y urgencias.

\*SERVICIO DE MEDICINA INTERNA: Su objetivo es la formación de médicos en la especialidad y desarrollo de la investigación clínica.

\*SERVICIO DE INFECTOLOGIA: Su objetivo es el diagnóstico, tratamiento y control del usuario con enfermedades infectocontagiosas.

\*SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS: Su objetivo es la atención especial integral e intensiva durante las 24 horas del día, del usuario en estado crítico.

SERVICIO DE URGENCIAS- Su objetivo es la prestación de servicios durante las 24 horas del día.

\*SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA: Su objetivo es la consulta externa de las diversas especialidades médicas para la atención de usuarios referidos o bajo control médico.

\*SERVICIO DE NEUROLOGÍA: Su objetivo es el diagnóstico y tratamiento de aquellos casos que requieran de atención neurológica, mediante la ejecución de inter consulta médica.

\*DIVISION DE CIRUGÍA: Su objetivo es la atención médica hospitalaria del usuario de Cirugía General, Ortopedia, Traumatología. Oftalmología, Otorrinolaringología y Anestesia.

\*SERVICIO DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA: Su objetivo es dar diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de traumatología y ortopedia en aquellos usuarios que la requieran.

\*SERVICIO DE OFTALMOLOGÍA: Su objetivo es atender aquellos usuarios con padecimientos de los ojos.

\*SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA: Su objetivo es la aplicación de procedimientos anestésicos así como inhaloterapia y clínica del dolor.

\*SERVICIOS DE LABORATORIO CLINICO: Su objetivo es el apoyo y diagnóstico y de control de usuarios, mediante la realización de estudios clínicos de laboratorio.

\*SERVICIO DE PATOLOGÍA: Su objetivo es el control terapéutico de usuarios mediante la ejecución de estudios citológicos e histopatológicos de órganos y tejidos.

\*SERVICIO DE ENFERMERIA: Su objetivo es el cuidado y atención de enfermería a usuarios de hospitalización y de urgencias.

\*SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL: Su objetivo es dar apoyo y atención de esfera social de los usuarios, de la consulta externa, hospitalización y de urgencias.

\*SERVICIO DE FARMACIAS: Su objetivo es el almacenamiento, control y suministro de medicamentos a los servicios médicos del hospital y al usuario.

#### **1.14.-CARACTERIZACION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO INSTITUCIONAL**

El Hospital General del Estado tiene una cobertura a nivel Estatal, el usuario que acude a esta institución demanda principalmente atención a los problemas de salud que presenta, y para hacerlo acude directamente al departamento de Trabajo Social, ya que este es responsable de orientarlo y canalizarlo al servicio que corresponda; así mismo es el que marca los requisitos necesarios para brindarle la atención requerida.

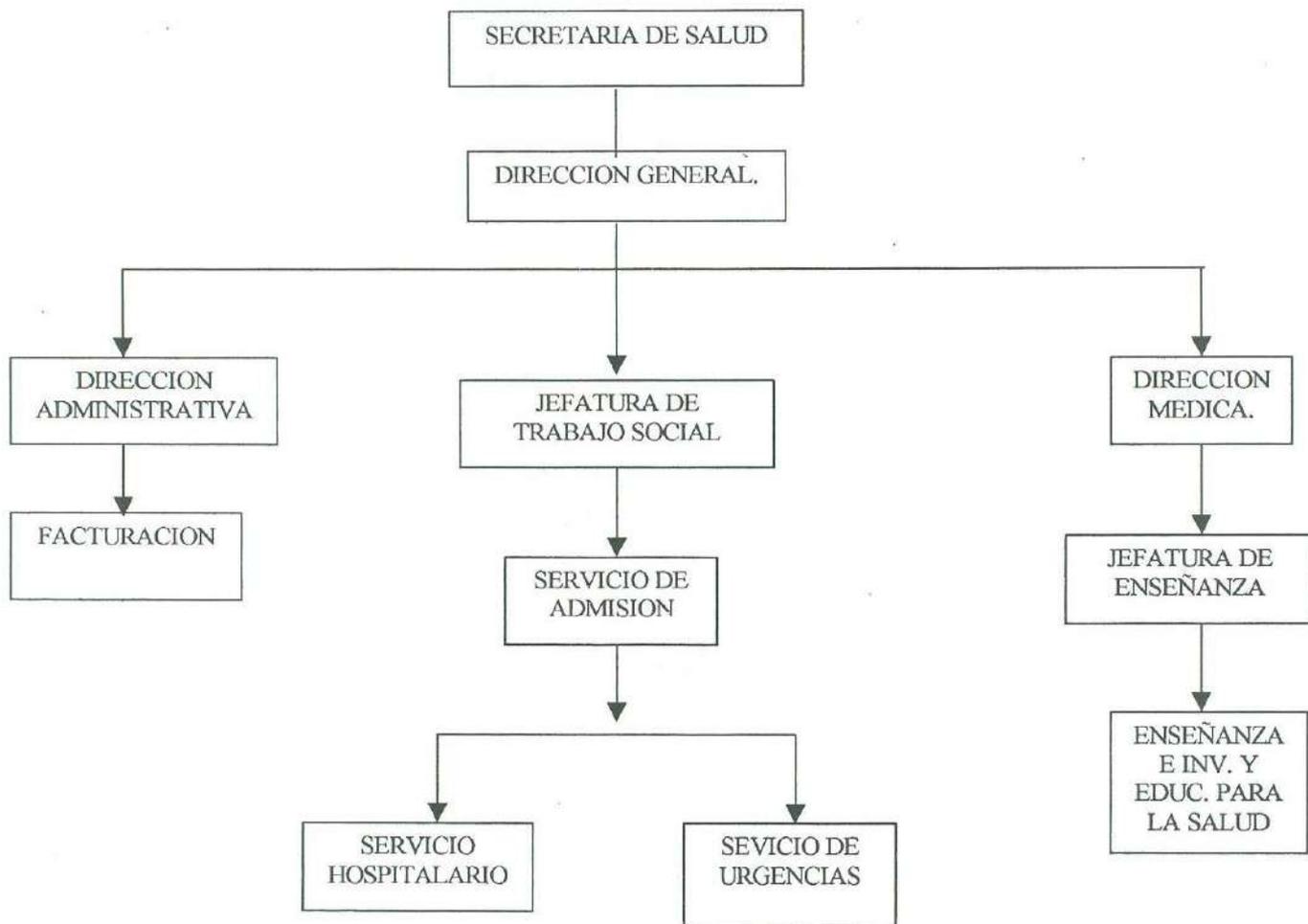
El usuario de esta institución no debe pertenecer al sistema de seguridad social alguno y al mismo tiempo tiene que ser referido de los diferentes centros de salud existentes en el Estado.

Como un servicio especial a los demandantes foráneos que acuden a solicitar el servicio de esta institución, sin ser referidos de los centros de salud se les da oportunidad de obtener consultas por primera vez con el fin de decidir el tiempo de atención que requieren.

La población que atiende al Hospital General del Estado, vive en su mayoría en el área suburbana y rural, de nivel ocupacional no asalariados

estudiantes, indigentes y ancianos, los asalariados eventuales como jornaleros, peones, obreros, vendedores ambulantes, ejidatarios, albañiles y pequeños comerciantes.

# ORGANIGRAMA GENERAL



## **2. DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

### **2.1.-CARACTERIZACION DE LA INTERVENCION PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

El Departamento de Trabajo Social del Hospital General del Estado, inició sus funciones en el año de 1955 en el período gubernamental del Lic. Álvaro Obregón Luken y siendo el director del instituto el Dr. Carlos Tapia.

El Departamento surgió a raíz de la necesidad que se tenía en el Estado de dar un giro diferente al tipo de hospital de beneficencia pública. Hay que recordar que el Estado no contaba con los Hospitales del ISSSTE, IMSS e ISSSTESON entre otros como existen en la actualidad.

El Departamento de Trabajo Social en su inicio contaba con un cubículo a la entrada principal del hospital donde prestaba sus servicios una trabajadora social empírica y tiempo después se contó con un auxiliar. Las funciones del departamento de Trabajo Social en un principio se concretaba a la aplicación de estudios socioeconómicos a los pacientes y basándose en los mismos se establecía la cuota de pago; otra función era rendir un informe mensual a la dirección.

Actualmente el Departamento de Trabajo Social cuenta con 43 Trabajadoras Sociales distribuidas en 5 áreas diferentes. En el mes de Marzo de 1999 esta área fue reubicada y hoy se encuentra localizada a un costado de la entrada principal del Hospital General del Estado, su estructura divisional esta constituida por 3 cubículos los cuales se utilizan para la realización de estudios socioeconómicos y para los planes de internamiento, otro para información y finalmente una oficina destinada a la jefatura de Trabajo Social, esa reubicación se debió principalmente al que el anterior departamento no contaba con la infraestructura física adecuada, por lo tanto, no satisfacían las necesidades de gran número poblacional de usuarios que demandan este servicio, fue así como se vio en la necesidad por del nuevo departamento la dirección general dio autorización para la reubicación de esta área en un espacio más amplio con el objetivo de ofrecer un mejor servicio a la comunidad.

El objetivo general del departamento de Trabajo Social se encamina a brindar una mejor atención al usuario en coordinación con el equipo interdisciplinario, mediante la asistencia económica médica-social y orientación para el logro integral del paciente.

Los objetivos específicos se orientan a:

- a) Proporcionar ayuda y asistencia social a los pacientes que lo ameriten de acuerdo a estudios socioeconómicos.
- b) Lograr una mejor relación biopsicosocial utilizando el método de caso.
- c) Proporcionar una orientación veraz al paciente para el uso adecuado de los servicios que presta la institución.

## **2.2.- NIVELES DE INTERVENCION Y PROCESOS MEDIADORES DE TRABAJO SOCIAL**

La intervención de Trabajo Social es al nivel de caso; los procesos mediadores que utilizan son de acuerdo a la problemática que se presenta al usuario siendo estos: asesoría, canalización, consientización y sensibilización.

El área de la jefatura de Trabajo Social se apoya con una Trabajadora Social encargada de la misma, que desempeña las siguientes actividades:

- Elaborar y ejecutar el programa del servicio de Trabajo Social.
- Organizar, coordinar y supervisar las actividades del personal profesional y técnico en su formación.
- Detectar y comunicar al jefe de división de apoyo técnico sobre la problemática del servicio y proponer alternativas de solución.
- Elaborar y presentar informe y reporte de las actividades relacionadas en el servicio.
- Participar en las actividades docentes destinadas a la formación y desarrollo de recursos humanos en salud.
- Desarrollar todas aquellas funciones inherentes al área de su competencia.
- Orientar al paciente y o familiar de la importancia que tiene la higiene con el fin de evitar posibles reingresos.

## 2.3.-ACTIVIDADES QUE REALIZA EL TRABAJO SOCIAL EN LAS DIFERENTES AREAS.

### AREA DE ADMISION.

- Atención al público usuario.
- Control de ingreso de pacientes a consulta externa.
- Entregar fichas para la consulta general.
- Control de movimientos diarios de pacientes hospitalizados.
- Información sobre pacientes hospitalizados.
- Registro de pacientes con hoja de referencia.

### AREA HOSPITALIZACION.

- Estudios socioeconómicos.
- Visitas domiciliarias.
- Control de casos legales.
- Autorización de medicamentos a pacientes de escasos recursos.
- Entrega de pertenencia a los familiares del paciente
- Avisar o transmitir por los medios de comunicación de familiares de pacientes que no estén enterados del ingreso alta o disfunción de los mismos.
- Canalizar al paciente a otras instituciones cuando esta cuente con servicios médicos.
- Evitar que el departamento médico indicado no le falte al paciente sin familiares o de escasos recursos.
- Recoger información diaria de sala.
- Recorrido diario para recoger los expedientes de alta.
- Control de visitas al paciente.

### AREA DE ENSEÑANZA.

- Participación en el diseño y ejecución de programas y proyectos de capacitación.
- Coordinación de programas y o proyectos de educación para la salud.

- Promoción, difusión y o fomento educativo para la salud.

#### AREA DE URGENCIAS.

- Coordinar supervisar y evaluar las actividades del personal a cargo.
- Coordinación de los diferentes servicios y/o departamentos.
- Atender la problemática social, económica y médica del paciente.
- Control de casos legales
- Asignación de cuotas de recuperación.
- Atención al público.

Los profesionales que interactúan con los trabajadores sociales adscritos en la solución de problemas son: médicos, enfermeras, psiquiatras y psicólogos.

Respecto a la evaluación y/o actividades planeadas no se realizan dentro del departamento de Trabajo Social; únicamente se llevan a cabo reuniones periódicas con el fin de analizar los diferentes problemas que se presentan y buscar alternativas de solución.

#### **2.4.- OBJETO DE INTERVENCION DEL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

El abordaje del quehacer profesional está en relación a la problemática de salud, ya sean problemas médico sociales y económicos del usuario. La mayor parte de la acción profesional en el Hospital General del Estado se centra en un carácter puramente administrativo.

Los objetivos de intervención están referidos a:

- Cuestiones administrativas en relación con los servicios médicos.
- Problemas relacionados con la consulta externa y urgencias.

## **2.5.- CARACTERIZACION DEL USUARIO DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**

La población que atiende, vive en su mayoría en el área suburbana y rural, de nivel ocupacional no asalariados estudiantes, indigentes y ancianos, los asalariados eventuales como jornaleros, peones, obreros, vendedores ambulantes, ejidatarios, albañiles y pequeños comerciantes.

El usuario de esta institución que se dirige al departamento de trabajo a solicitar algún servicio no debe pertenecer a ninguna institución de salud

Como un servicio especial a los demandantes foráneos que acuden a solicitar el servicio de esta institución, sin ser referidos de los centros de salud se les da oportunidad de obtener consultas por primera vez con el fin de decidir el tiempo de atención que requieren.

**CAPITULO II**  
**INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA DONACIÓN**  
**VOLUNTARIA DE ORGANOS**

## **CAPITULO II. INFORMACIÓN RELACIONADA CON LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE ORGANOS**

### **2.1.- TRAFICO DE ORGANOS EN NUESTRO PAIS**

En México no se ha comprobado el tráfico de órganos, ya que una de las principales tareas del sector salud es la vigilancia en este sentido. Desafortunadamente, con cierta frecuencia, se propagan noticias sin fundamento concreto lo que genera desconfianza.

### **2.2.- TRANSPLANTE**

Un transplante es la sustitución de un órgano o tejido que ya no funciona, por otro que si lo hace, con el objeto de restituir las funciones perdidas. En muchos casos, el transplante es la única forma en que otra persona puede salvar la vida o recuperar su calidad de vida.

Las partes del cuerpo humano que son sustituibles son las siguientes:  
Huesos, Dedos, Intestino, Martillo, Piel, Cornea, Riñones, Aparato Genital, Hígado, Pulmones, Medula ósea, Células nerviosas, Corazón, Páncreas, Laringe fetales, Glándulas Lacrimales, Reconstrucción de mandíbulas.

A continuación se describen las principales características de este rubro:

- 1.- "Solo Hospitales y médicos previamente autorizados, podrán intervenir en trasplantes.
- 2.- La obtención de órganos será preferentemente de personas fallecidas.
- 3.- No se podrán usar gónadas y tejidos embrionarios o fetales para trasplantes.
- 4.- Para la asignación de órganos se considerará la urgencia del caso, oportunidad, beneficio esperado y todos los criterios médicos necesarios.
- 5.- Cuando no exista urgencia o razón médica para asignar preferentemente un órgano, la asignación estará sujeta a listas que se cumplirán rigurosamente.
- 6.- La inobservancia de las listas será delito.
- 7.- la integración de las listas podrá ser nacional, regional y por entidad federativa.
- 8.- Se creará la figura de coordinador de trasplante.

9.- Se formulará y ejecutará, por primera vez, un programa de trasplante que será nacional por la concurrencia de la Federación y los Estados. Se dará participación a todos los sectores.

Existen cuatro tipos de trasplantes, dependiendo de la relación genética entre el donador y el receptor de un trasplante, puede ser:

- AUTOTRANSPLANTE: Cuando el donador y el receptor es la misma persona, es el caso de una persona que sufre un injerto de su propia piel.
- ISOTRANSPLANTE: Cuando el donador y el receptor son genéticamente idénticos, como en el caso de los gemelos idénticos.
- ALOTRANSPLANTE: Cuando el donador y el receptor son de la misma especie, pero genéticamente diferentes, entre dos seres humanos. Tal es el caso de trasplantes entre dos seres humanos no relacionados.
- XENOTRANSPLANTE: Cuando el donador y el receptor son de diferente especie, por ejemplo de cerdo a humano, o mono a humano.”<sup>1</sup>

El crecimiento demográfico, cambios de estilo de vida, aspectos económicos, sociales y culturales, han repercutido en un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas y padecimientos “Los avances médicos y el éxito de algunas medidas preventivas, como las vacunas, la higiene y la alimentación han traído consigo un incremento en la esperanza de vida.

Además de ser en algunos casos la única opción, en todos ellos, el trasplante es el menos costoso, ya que en comparación, los gastos de medicamentos para el control de la enfermedad por un largo período vienen siendo muy elevados, luego entonces, es el medio menos costoso y ofrece una mejor calidad de vida con respecto a otros tratamientos.

Para poder llevar a cabo un trasplante es necesario realizar el siguiente proceso:

- Se selecciona a los receptores que tienen un tipo de tejido y de grupo sanguíneos más parecidos al del órgano donado.

---

<sup>1</sup> Soumaya Domit de SLIM. Conatra. Secretaria de Salud. Año 2000.

- Se extraen los órganos del donador cadavérico con el debido respeto mediante un procedimiento quirúrgico.
- En caso de tratarse de donador cadavérico los órganos son preservados y preparados para ser transplantados a los lugares en donde se encuentran los receptores.
- Se preparan los receptores para la cirugía, mientras se transportan los órganos. El equipo de transplante extrae el órgano que no funciona y lo reemplaza por el del donado.
- Inicia un proceso de recuperación del paciente bajo estricta supervisión, tras lo cual recupera casi al 100% su calidad de vida.”<sup>2</sup>

“La ley de transplantes debe incluir cláusulas sobre las siguientes tareas:

1. Todo hospital involucrado en transplantes de órganos debe de mostrar su capacidad e infraestructura para manejar los aspectos críticos e inmunológicos de transplantes al igual que todas las áreas relacionadas con cada órgano o transplante.
2. Cada institución debe ser acreditada por separado para cada transplante específico.
3. Se deberá requerir educación formal y continua a todo el personal de transplante con certificación individual para las autoridades acreditadoras del país.
4. Se debe requerir entrenamiento y experiencia institucional con todas las áreas relacionadas con transplantes, incluyendo inmunogenética atención y preservación de los diferentes órganos en adición al transplante y al manejo de órganos concernidos.
5. El trasplante debe ser realizado en el contexto de un programa de transplante dedicado específicamente bien definido y fundamentado en protocolos en vez de iniciativas individuales inconexas.
6. Un registro nacional de transplante será creado por la ley para centralizar la adquisición, análisis y publicación de estadísticas nacionales que permitan

---

<sup>2</sup> Gómez, María de los Ángeles. La práctica Social de Salud en México. 1993.

proyecciones para la distribución de servicios de salud, Recursos Humanos y recursos económicos.

Uno de los riesgos que se corre al realizarse un trasplante es que el propio cuerpo de la persona que recibe el trasplante en algunos casos se empeña a negarse a aceptar cualquier ayuda proveniente del exterior, a pesar de los increíbles adelantos.<sup>3</sup>

Actualmente en México se realizan 1,000 trasplantes de riñón y la misma cantidad de córneas cada año. Sin embargo, para dar satisfacción a las necesidades nacionales sería necesario realizar de 6 a 7 veces más la cantidad actual. En total de 1964 a 1998 se habían realizado en nuestro país; 15,278 trasplantes de córneas, 8,026 de riñón, 4,353 de piel, 3,000 de hueso, 424 de médula ósea, 57 de corazón, 55 de hígado, 30 de páncreas, 15 de tejido nervioso, 12 de tejido suprarrenal y 7 de pulmón.

México cuenta con el personal médico, las instalaciones y el equipo necesario para llevar a cabo con éxito un mayor número de trasplantes, satisfaciendo de este modo gran parte de la demanda, pero desafortunadamente la falta de una cultura de donación de órganos con fines de trasplante provoca que varios miles de mexicanos mueran en etapas productivas de su vida.

Esta cultura de donación requirió de la existencia de un organismo que fomentara la misma, lo que motivó la creación del CONATRA por acuerdo presidencial en Enero de 1999.

Generalmente, los órganos que se obtienen para un trasplante son donados por seres humanos, algunos como el caso del riñón o la médula ósea, pueden ser tomados de donadores vivos, en otros casos como el del riñón, corazón, pulmones, hígado, páncreas, huesos, piel, válvulas cardíacas y vasos sanguíneos, son obtenidos de humanos cuando estos fallecen, es decir provienen de un donador cadavérico.

---

<sup>3</sup> Santiago - Delpin Eduardo A., Ruiz - Speare j. Octavio. Transplante de Órganos. Editorial: JCH editores, S.A. de C.V. México, D.F. 1999.

Se le llama donador cadavérico a una persona que, en vida, tomó la decisión de donar sus órganos, o que sus familiares lo decidieron a la hora de su muerte. Para que la donación de órganos se haga efectiva en este caso, resulta necesario que la certificación de la pérdida de la vida o muerte cerebral la realice un equipo médico completamente distinto al médico encargado de la recuperación de quien recibe el órgano.

### **2.3.- MUERTE CEREBRAL**

La muerte cerebral o muerte encefálica es el cese irreversible de las funciones cerebrales, incluyendo las del tallo cerebral. Mallaret y Goulon sugirieron el término "estado más allá del coma", además Beecher, Adams y Sweet sugirieron el término "muerte cerebral", siendo este último, un concepto reciente en medicina, el cual ha despertado una intensa controversia ética, cultural y biomédica que interesa no sólo a los neurólogos, trasplantólogos y jueces. Su diagnóstico es en esencia clínico, no obstante, significa un gran reto para el médico observador.

### **2.4.- ASPECTO HISTÓRICA DE MUERTE CEREBRAL**

Para el siglo XVI era la aparición de livideces, y son numerosos los escritos medievales manifestando el terror de ser sepultados vivos por diagnósticos mal hechos por los familiares o vecinos del difunto. En el siglo XVIII se iniciaron las maniobras de reanimación y con ellas toda suerte de adminículos para ayudar al diagnóstico: espejos, plumas, velas, burbujas por inmersión en agua, trompetas; se enredó de tal manera el diagnóstico y el temor a errar que se le empezó a encomendar esta función al médico. El concepto de muerte cerebral es relativamente nuevo en medicina, solo a partir de la mitad del siglo XX fue introducido para referirse a un grupo de pacientes en coma muy profundo que mantenían signos vitales en forma artificial sin presentar reflejos; es en el año de 1968 cuando, en la escuela de medicina de Harvard se integró un comité compuesto por 10 médicos, un teólogo, un abogado y un historiador, quienes la

definieron como un daño total y permanente del cerebro, de carácter irreversible que incluye al tallo cerebral. En 1976 la opinión mundial se conmocionó cuando la joven Karen Ann Quinlan en New Jersey entró en coma barbitúrico y su padre solicitó a los médicos que la desconectarán del respirador en vista de que no mejoraba, a lo cual se negaron. Acudió entonces al tribunal supremo del Estado, el cual le dio la razón y se desconectó, pero la gran sorpresa fue que la paciente no solo respiró espontáneamente, sino que vivió por 9 años más.

Hoy sabemos que hasta 39% de los pacientes con muerte cerebral (MC) tienen movimientos espontáneos originados en la médula espinal, uno de ellos es la extensión de los brazos (el signo de Lázaro).

“El signo Puede confundir, pero los movimientos obedecen a la acción de la médula, este signo de Lázaro no cambia el diagnóstico de muerte cerebral. Determinados movimientos corporales de casos de personas clínicamente muertas o que no reflejan ninguna actividad cerebral, fenómeno conocido como el signo de Lázaro, pueden inducir a confusión entre algunos profesionales sanitarios y ralentizar en consecuencia el proceso de donación de órganos).”<sup>4</sup>

La definición de muerte cerebral en la práctica clínica es cada vez más necesaria en razón a la demanda siempre insatisfecha de donación de órganos, así como el creciente desarrollo de las técnicas de soporte vital y la actitud de la sociedad frente a la bioética y la muerte digna. Todo esto ha llevado a la obtención de métodos confiables de diagnóstico de MC y ya los métodos tradicionales como el electroencefalograma (EEG) pueden resultar insuficientes, en especial, en casos de coma barbitúrico, por otro lado, los métodos clínicos a la cabecera del paciente tienen una certeza diagnóstica del 83% de los casos y su definición tiene un impacto clínico, ético, económico y legal. Por lo tanto es recomendable unir estos dos tipos de métodos para poder dar un diagnóstico más certero sobre Muerte Cerebral.

Métodos Médicos que ayudan a diagnosticar muerte cerebral, sin estar bajo efecto de alcohol o drogas.

- Las pupilas no reaccionan a la luz.

---

<sup>4</sup> Disponible en internet. Google. signo de lazaro. <http://www.signo de lazaro.htm>

- No hay contracciones cuando un abate lenguas se coloca detrás de la lengua.
- Los ojos no parpadean cuando son tocados.

#### Método Tradicional:

Al paciente se le realizan 2 estudios de Electroencefalograma (EEG): Este estudio confirman la ausencia de flujo sanguíneo y actividad cerebral.

El concepto de muerte ha sufrido grandes cambios a lo largo de la civilización: para la cultura griega era el cese de la actividad cardiaca, para la judaico-cristiana era el cese de la respiración, en la edad media era la separación del cuerpo del alma y se empezó a dudar de la ausencia de pulsación cardiaca y la respiración, durante el renacimiento se decía que era el justo momento en que se iniciaba la putrefacción de los tejidos

Entender la muerte cerebral de un ser querido es muy difícil, lo primero que debe entenderse es que la muerte cerebral significa morir.

La muerte cerebral se define como la ausencia total e irreversible de todas las funciones cerebrales, esto ocurre cuando el tallo y corteza cerebral están destruidos. El diagnostico de muerte cerebral está descrito en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, cuando estas condiciones se cumplen en las personas, se consideran muertas sin condición alguna, tanto médica como legalmente y, para la gran mayoría de las religiones.

La muerte cerebral es la definición legal de la muerte, es la ausencia completa, permanente e irreversible de funciones cerebrales, lo que significa que como resultado de un fuerte golpe, enfermedades vasculares, tumores accidentes, etc., se interrumpe el abastecimiento de sangre del cuerpo al cerebro; el cerebro muere y no hay forma de devolverlo a la vida.

Se requiere de un examen médico para hacer el diagnostico de muerte cerebral, este examen está basado en una guía médica conocida y legalmente aceptada. Además de otras cosas la prueba puede incluir un examen clínico que demuestre que la persona no tiene reflejos cerebrales y no puede respirar por sí mismo. En la mayoría de los casos esta prueba es realizada en repetidas

ocasiones, con un lapso de varias horas, para asegurarse de la veracidad de los resultados, además debe haberse realizado dos veces un electroencefalograma.

Además de estos signos en el examen se incluyen otras evidencias obtenidas por medio de pruebas como el electroencefalograma o el angiograma cerebral que confirman la ausencia de flujo sanguíneo y actividad cerebral.

Es posible que aunque no exista actividad cerebral, haya reflejos en la espina dorsal causados por impulsos reflejos remanentes en la columna vertebral, sin embargo eso no quiere decir que la persona no haya muerto.

Cuando es declarada la muerte cerebral, la persona es colocada en una máquina que respira por ella, el ventilador; el cerebro de una persona con muerte cerebral ya no puede enviar señales al cuerpo para que este respire; algunos medicamentos ayudan a mantener la presión sanguínea y otras funciones corporales.

Algo que puede falsear el resultado son las drogas como los relajantes musculares y los sedantes, los cuales pueden ocultar las funciones del cerebro cuando se realizan los exámenes para determinar si hay muerte cerebral, por ello, para hacer el diagnóstico la persona no debe tener niveles altos de estas sustancias en el cuerpo. Sin embargo existen otras pruebas que pueden confirmar con certeza la muerte cerebral aún con la presencia de las drogas en el organismo.

Por otro lado, aunque una persona este realmente muerta, el corazón puede seguir trabajando mientras tiene oxígeno. El ventilador provee suficiente oxígeno para mantener los latidos del corazón por varias horas. Sin ayuda artificial el corazón dejaría de latir, por lo tanto la persona, aunque su corazón este latiendo, ya no está viva.

La muerte cerebral no es estar en coma. Un paciente en coma continúa teniendo funciones y actividades cerebrales. Cuando la muerte cerebral ocurre, todas las funciones del cerebro cesan y no existe alguna posibilidad de recuperarse.

Antes de hacer el diagnóstico de muerte cerebral ya se ha hecho todo lo posible por salvar a la persona y para este momento ya no existe posibilidad

alguna de recuperación. Desgraciadamente no hay ningún tratamiento que pueda revertir la muerte cerebral.

Cuando se le ha diagnosticado muerte cerebral a una persona, se declara legalmente muerta. Este es el momento que se realiza un certificado de defunción. Una persona con muerte cerebral está muerta y no siente dolor ni sufre, es importante entender que está muerto desde ese momento.

## **2.5.- BIOLOGÍA DE LA MUERTE CEREBRAL**

La muerte es un proceso que no ocurre sincrónicamente en todos los tejidos. Así por ejemplo, después de la muerte algunos tejidos como el epitelio intestinal es de los primeros en iniciar su descomposición, en tanto que otros como el cabello y las uñas siguen creciendo activamente por algunos días más.

La muerte cerebral es un estado de coma profundo con daño cerebral extendido e irreversible, en el cual las funciones cardio pulmonares son mantenidas de manera artificial.

## **2.6.- MARCO LEGAL**

“La legislación colombiana se ha ocupado del tema mediante el decreto 1172 de junio 6 de 1989 que regula además la donación de órganos y fue modificada por el decreto 1546 del año 1998. Desde el punto de vista jurídico es la ausencia de los seis reflejos del tallo y su diagnóstico es en esencia clínico y no es procedente en casos de “alteraciones tóxicas y metabólicas reversibles” y en casos de “hipotermia inducida” y forman parte del régimen jurídico del sector salud.”<sup>5</sup>

Para diagnosticar muerte cerebral se piden al menos seis horas de observación clínica y la valoración de dos médicos, uno de los cuales sea

---

<sup>5</sup>Disponible en Internet. Google. Tanatología.. <http://www.freewebs.com/psitranspersonal/tanatos:htm>.

especialista en ciencias neurológicas y no relacionado con el equipo de trasplante de órganos. Estos criterios varían en los países, por ejemplo, en Estados Unidos la Muerte Cerebral no puede ser declarada por métodos puramente clínicos en cualquier niño menor de siete días de edad. En recién nacidos entre siete días y dos semanas de edad son precisos dos exámenes clínicos y electroencefalograma EEG al menos con 48 horas de diferencia; de dos meses a un año necesitan dos exámenes clínicos y dos EEG al menos con 24 horas de diferencia, aunque el segundo EEG puede ser reemplazado por una imagen de flujo. Para niños mayores de un año y adultos el único requisito es el examen clínico en 12 horas de observación. En otros países se exige al menos una imagen que demuestre ausencia de flujo.

La salud constituye una de las responsabilidades mayores del Estado, en tanto permite el acceso al bienestar y propicia la equidad como elemento central de la justicia social. En este contexto el notable desarrollo científico y tecnológico de la práctica médica en el mundo, plantea que el tema de los trasplantes de órganos, tejidos y células, ocupen un lugar preponderante en las perspectivas terapéuticas de mayor utilidad en el futuro inmediato de nuestro país.

Por ello en 1984, al publicarse la ley General de Salud, en su capítulo XIV se anuncian las bases del marco jurídico de la donación y trasplante de órganos, con un sentido principalmente orientado al control sanitario.

Dieciséis años más tarde y después de la natural evolución en este campo, ya no resulta indispensable sustentar las normas relativas a los trasplantes con un fundamento exclusivamente de control sanitario. Ahora las condiciones del avance de la medicina y el crecimiento de nuestra población y con ello la necesidad de órganos para resolver un número importante de problemas de salud, nos ha llevado a plantear la Normatividad, que sin perder de vista las reglas de control sanitario, impulse los sentimientos generosos y las acciones solidarias que caracterizan a la sociedad mexicana.

La iniciativa de reforma esta sustentada en cuatro elementos centrales:

El respeto a determinados principios esenciales de contenido jurídico, social y moral, La donación, Los transplantes, Las técnicas sobre la perdida de la vida.

Los principios de iniciativa de reforma se refieren a la libertad personal, a los derechos de familia, a los llamados derechos de naturaleza especial, como el derecho que recae sobre los cadáveres, a las creencias y en forma particular, aun derecho público como es el de la protección de l salud en todas. Cabe mencionar que para integrar esta propuesta, la Secretaria de Salud ha consultado a diversos grupos de la población, que han expresado en plena libertad sus puntos de vista, sus ideas y sus propuestas que han venido a enriquecer esta iniciativa. Se consulto con amplitud al sector académico, a médicos de las instituciones públicas de salud como el IMSS, el ISSSTE, a los secretarios de Salud de las entidades federativas del país y a agrupaciones de hospitales privados. También se consulto a grupos multidisciplinarios de la vida profesional y académica de nuestro país, como abogados, sociólogos, economistas, filósofos, antropólogos, comunicadores sociales, por citar algunos.

“Cuando la muerte cerebral se presenta, se ha perdido la vida. Es necesario reconocer jurídicamente este trascendente hecho biológico, que es registrado con precisión por la ciencia médica, y que es ampliamente conocido por los profesionales de la salud, pero no por el común de la sociedad, desconocimiento que opera en su perjuicio.

Por ello esta iniciativa formula los siguientes planteamientos:

- 1.- Se establece , conforme a criterios científicos universales aceptados, que la muerte cerebral tiene como consecuencia la pérdida de la vida, aún cuando no se presente el paro cardiaco irreversible.
- 2.- Se actualizan los criterios y métodos científicos y tecnológicos para comprobar la pérdida de la vida.
- 3.- Se establece la posibilidad de que, a solicitud o con autorización de la familia, se prescinda de los medios necesarios artificiales que evitan que una persona con muerte cerebral, manifieste los demás signos de muerte.

- 4.- Se elimina el requisito que actualmente obliga a la familia a esperar 12 horas para inhumar o incinerar el fallecimiento.
- 5.- Se facilita el traslado de cadáveres entre distintas entidades federativas, solo se requerirá de un aviso en la de origen.
- 6.- Se requerirá del consentimiento de la familia para la práctica de necropsias, a menos que exista orden de la autoridad judicial o del Ministerio Público.
- 7.- Para investigación y enseñanza no variara la manera de disponer de cadáveres de personas desconocidas, por conducto del Ministerio Público, el Servicio Médico Forense y los hospitales.<sup>6</sup> Por último la iniciativa a la Reforma de Ley General de salud en materia de trasplantes, propone crear un sistema nacional de trasplantes que, sustentado en los principios que animan este proyecto, sirva para reforzar la solidaridad y el altruismo en la sociedad mexicana. Cabe insistirse en el carácter del proyecto que se fundamente en el respeto a los derechos inalienables de la persona; el derecho a la vida, el derecho a la protección a la salud y el derecho a la libertad, integridad e intimidad de todas las persona. La aprobación de esta iniciativa, permitirá a las autoridades competentes y a la sociedad en general, cumplir con aproximadamente 100,000 mexicanos, con algún tipo de insuficiencia orgánica o titular, con un compromiso legal, institucional, moral y ético.

## **2.7.- CONATRA**

CONATRA, es el Consejo Nacional de Transplantes, Órgano de la Secretaría de Salud, que se encarga de regular la práctica de trasplantes en nuestro país; se crea como una comisión Intersecretarial de la Administración Pública Federal, que tiene por objeto regular, apoyar, promover y coordinar las acciones en materia de trasplantes, que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado de México.

---

<sup>6</sup> Santiago - Delpin Eduardo A. , Ruiz - Speare j. Octavio. Transplante de Órganos. Editorial: JCH editores. S.A. de C.V. México, D.F.1999.

En muchos casos, el trasplante de órganos, tejidos y células es la única alternativa terapéutica que puede resolver un problema de salud, permitiendo no sólo rescatar la vida de una persona, sino reincorporarla íntegramente al ámbito social y productivo; es por ello que los trasplantes son de suma importancia, y deben de ser promovidos y regulados. Por lo antes señalado el 19 de enero de 1999, mediante Acuerdo Presidencial, se creó el Consejo Nacional de Trasplantes de Órganos, Tejidos y Células, - CONATRA -, con el compromiso de contribuir a la salud de la población en general.

CONATRA, se creó con el propósito de regular, apoyar promover y coordinar las acciones inherentes a su naturaleza, así como la investigación científica y tecnológica en materia de trasplantes de órganos, con el fin de mejorar la calidad de vida de la población y propiciar el bienestar social; todo esto, con un sentido de congruencia, equidad y transparencia.

Las funciones que desempeña el Consejo Nacional de Trasplantes son las siguientes:

Promover el diseño, instrumentación y operación del Programa Nacional de Trasplantes, así como de los subsistemas que lo integre, proponer políticas, estrategias y acciones para la elaboración y aplicación del Programa Nacional de Trasplante, promover el desarrollo de investigaciones en la materia, Establecer mecanismos para la sistematización y difusión entre los sectores involucrados de la normatividad y de la información científica, técnica y sanitaria en materia de trasplante.

Coordinar las acciones de las dependencias y entidades públicas de la instrumentación del Programa Nacional de Trasplantes, así como promover la concertación de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con el Programa. Proponer a las autoridades competentes, mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas, con el objeto de que estas adopten las medidas necesarias para regular las acciones en materia de trasplantes, así como, promover la constitución de Consejos Estatales de Trasplantes. Proponer mecanismos de coordinación y evaluación de los programas de capacitación y

atención médica relacionados con los trasplantes. Coadyuvar en la coordinación de un sistema de información y evaluación de Programa de Trasplantes en el ámbito, estatal y municipal. Proponer a las autoridades competentes modificaciones a las normas y procedimientos vigentes, a efecto de impulsar su simplificación y facilitar la obtención de órganos y tejidos para la realización de trasplantes. Coadyuvar con las autoridades competentes en la prevención del tráfico ilegal de órganos y tejidos.

## **2.8.- COETRA**

Los Consejos Estatales de Trasplantes, están creados en cada entidad federativa bajo la Normatividad del Consejo Nacional de Trasplantes con las mismas funciones que el CONATRA pero a nivel local. Si se tiene alguna inquietud, duda o sugerencia sobre trasplantes de órganos, tejidos o células se dirigen a su Consejo Estatal.

## **2.9.- LA DONACIÓN**

Un donador de órganos vivo puede ser hombre o mujer que tenga una edad entre 18 y 60 años, pero puede presentarse el caso que se presenten donadores de más de 60 años, que se encuentren en buen estado de salud y sean aceptados. En este caso específicamente, la donación debe darse siempre y cuando exista parentesco por consanguinidad, afinidad o sea cónyuge, concubina o concubinario del receptor.

Para ser donador voluntario, puede solicitar la tarjeta al Consejo Nacional de Trasplantes o al Registro Nacional de Trasplantes. La tarjeta de Donación Voluntaria es un documento legal, por ello se pide que sea firmada por dos testigos, sin embargo, es sumamente importante que usted informe y explique su decisión a su familia, solo de esta forma garantiza que su voluntad será respetada y ayudará a la incrementar la posibilidad de salvar otras vidas.

DONACIÓN VOLUNTARIA DE ÓRGANOS	
YO _____	
Dono mis órganos con fines de transplante al momento de mi muerte con la esperanza de salvar una vida. Dono:	
a) Cualquier órgano	<input type="checkbox"/>
b) Solo los siguientes	<input type="checkbox"/>
Especifique los órganos _____	
Llévela siempre consigo	
_____	
Testigo _____	_____
	(nombre y firma)
Testigo _____	_____
	(nombre y firma)
Tipo de Sangre _____	_____
Lugar y fecha _____	_____

Resulta muy importante que su familia este enterada de su decisión y sobre todo que la entienda y apoye. A pesar de que la Tarjeta de Donación Voluntaria es un documento legal, llegado el momento, se le pregunta a sus familiares a cerca de su donación y ellos pueden negarse al procedimiento evitando llevar a cabo el deseo del donante y así negar la oportunidad de vida para otras personas. Para explicar a la familia su decisión le damos algunas ideas:

- ❖ Explicar que usted considera correcto donar sus órganos y tejidos.
- ❖ Manifestar como un donador puede ayudar a muchas personas. La donación además de salvar algunas vidas, devuelve a otras la calidad de la misma, por ejemplo de personas con graves quemaduras, ciegas o con defectos óseos.
- ❖ Explicar que será necesario que ellos den su consentimiento y que usted quisiera que ellos entendieran su deseo y lo hicieran.
- ❖ Manifestar a sus familiares que sean parte de su decisión de salvar a otras personas, firmando como testigos su Tarjeta de Donación Voluntaria.

Ni la edad ni el historial médico deben impedir que alguien firme una Tarjeta de Donación Voluntaria, al momento necesario los médicos determinará que órganos son útiles para salvar o devolver la calidad de vida de otra persona.

No existe una persona que no ayude al donar sus órganos, sin embargo para firmar y portar una Tarjeta de Donación Voluntaria es necesario tener 18 años.

“En el caso de fallecimiento de menor de edad, sus padres podrían decidir donar sus órganos, éstos son muy útiles, debido a que sirven para transplantar a niños que, por su corta edad no pueden recibir los órganos de un adulto.

La ley prohíbe que los menores de edad donen sus órganos y tejidos, salvo en el caso de la médula ósea por ser tejido que se genera por si mismo en corto tiempo sin que ocasione consecuencias negativas al donador o en el de riñón en el caso de gemelos, con autorización de sus padres.”<sup>7</sup>

Por otro lado la recuperación de órganos y tejidos de una persona que, en vida decidió ser donador voluntario, se realiza de manera inmediata al certificar los médicos la muerte, la procuración se lleva a cabo de la manera más respetuosa y por medio de un procedimiento quirúrgico que garantiza la dignidad estética del cuerpo, por eso no hay interferencia alguna con los arreglos que podrán llevarse a cabo normalmente.

Para poder ser donador voluntario de órganos es necesario que las personas reúnan los siguientes requisitos no debe haber tenido:

Cáncer, Hipertensión, Diabetes Hepatitis B ó C, SIDA o alguna infección sistemática.

La legislación de transplantes le permite donar órganos de algún familiar al morir éste, aún cuando él no lo hubiera decidido en vida. Si usted decide donar sus órganos debe informar a los médicos que lo atienden dentro de instituciones autorizadas por la Secretaría de Salud. En este caso, no existe restricción en cuanto a la edad del donador; Los órganos de niños son sumamente útiles porque

---

<sup>7</sup> Soumaya Domit de SLIM. Conatra y Coetra. Secretaria de Salud. Año 2000.

permiten salvar la vida de otros niños que no pueden recibir el órgano de un adulto.

La donación de órganos o tejidos no interfiere con los trámites normales de un funeral, siendo los arreglos del mismo responsabilidad de los familiares o personas del donador.

Usted puede dejar estipulado en su testamento la decisión de ser donador pero probablemente este se lea demasiado tarde para efectuar una recuperación de órganos y tejidos que ayuden a otros, por ello es imprescindible que además de mencionar en su testamento, porte su tarjeta de donación voluntaria firmada ante dos testigos y no olvide informar a su médico y a su familia para asegurar su cooperación.

Si la persona que decidió donar sus órganos antes de morir cambia de opinión sólo tiene que destruir su Tarjeta de Donación Voluntaria e informar a su médico y familiares del cambio de decisión.

De acuerdo a la Ley General de Salud, los órganos de un donador voluntario pueden ser utilizados cuando los médicos responsables determinen la cesación de la vida.

El equipo médico que está encargado de salvarle la vida es totalmente ajeno al equipo que lleva a cabo la recuperación de órganos y tejidos con fines de trasplante. Esto garantiza que usted recibirá la misma atención de calidad que deben recibir todas las personas y se hará todo lo posible para lograr su recuperación.

De acuerdo al Reglamento Federal de Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de la Ley General de Salud, sección segunda, artículo 21, "la disposición de órganos y tejidos para fines terapéuticos será a título gratuito". Bajo ningún concepto ni circunstancia, se permite la comercialización de órganos y tejidos, ni se recibe compensación de ninguna índole por este acto altruista. La comercialización de órganos constituye un grave delito.

Así mismo todos los gastos en que se incurra desde el momento de la procuración de órganos o tejidos, son responsabilidad del centro de trasplante, por lo que no hay ningún costo adicional, pero tampoco ningún beneficio

económico, para los familiares del donador, ya que la familia sigue siendo la responsable de los costos del funeral después de que la donación se ha llevado a cabo.

La distribución de órganos se hace imparcialmente entre las personas que están en la lista de espera del Programa Nacional de Transplantes, tomado en cuenta algunos criterios como la antigüedad en la lista de espera, el grupo sanguíneo, la gravedad de su situación, origen de la enfermedad, presensibilización, etc. Esta distribución es vigilada cuidadosamente por el Consejo Nacional de Transplantes, a través de mecanismos de control auditable.

Algo que nos debe alentar el ser donador voluntario es la gran cantidad de personas que pueden recibir un órgano o tejido de nuestro cuerpo; dos córneas, dos riñones, dos pulmones, corazón, páncreas, hígado, piel, huesos, etc.

## **2.10.- HISTORIA DEL TRANSPLANTE EN MÉXICO**

Los transplantes de órganos y tejidos constituyen el avance terapéutico mas importante en los últimos 50 años en el campo de la ciencia de la salud; su logro ha involucrado a prácticamente todas las especialidades de la medicina moderna constituyendo hoy día una valiosa ayuda siendo esta alternativa terapéutica en el tratamiento de padecimientos crónico-degenerativos.

En México en 1963 se realizaron transplantes de riñones y desde entonces se han constituido mas de 106 centros de transplantes renales y mas de 82 de transplante corneal.

Actualmente existen centros de transplantes renales en 21 de 32 entidades federativas, siendo el Distrito Federal donde se localiza el mayor numero de estos. El programa contempla transplantes de riñón, corazón, hígado, páncreas, medula ósea, hueso y corneas, entre otros tejidos.

En el año de 1963 se realiza con éxito el primer transplante de riñón en México, en el Centro Medico Nacional del IMSS por los doctores Manuel Quijano, Gilberto Flores Izquierdo y Federico Ortiz Quesada.

En el Instituto Nacional de Nutrición de la ciudad de México en el año de 1971 se inicio el programa de trasplantes, siendo esta una institución dependiente de la secretaria de salud, con los doctores Federico Chávez Peón, Manuel Campuzano y José Luis Bravo, quienes lograron la conformación de la primera unidad clínica de trasplantes a cargo del doctor Federico Chávez- Peón.

En el año de 1973 se inicia el desarrollo del programa de trasplantes de niños, conducido por el Dr. Samuel Zaltzman (nefrólogo) en el Instituto Nacional para Asistencia a la Niñez ( INAN).

El Dr. Javier Castellanos Coutiño en el año de 1976 inicia el programa de trasplantes en el Hospital 20 de Noviembre del Issste.

El primer trasplante de Hígado se efectuó en el año de 1985 en el Instituto Nacional de la nutrición por el Dr. Héctor Orozco y Héctor Dilis.

En enero de 1989 se efectuó el primer trasplante de pulmón en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por los Doctores Villalba y Santillán, siendo este el primer trasplante de pulmón existente en México y en Latinoamérica, en este mismo año se realizo el primer trasplante de medula ósea de tejido suprarrenal a cerebro y de tejido nervioso por el Dr. Ignacio Madrazo, en el Centro Medico la Raza del IMS, iniciando una nueva época de investigación clínica.

Aun que la procuración de órganos de cadáveres se realizaba desde 1973, esta era la base de esfuerzos y colaboración personal de los cirujanos de diversas instituciones. Con el apoyo dado por la legislación, la experiencia y esfuerzo de sus pioneros durante 12 años se culminó en una practica mas organizada en la procuración de órganos a partir de 1985.

En 1987, existiendo ya 22 hospitales realizando trasplantes de órganos, principalmente de riñón, el doctor Guillermo Soberón, en aquel entonces Secretario de Salud; el doctor Jesús Kumate, Subsecretario de Servicios Sociales, y el doctor Pacheco, coordinador de asesores, deciden que el Registro Nacional de Trasplantes sea un órgano propio de la Secretaria de Salud. Se revisan reglamentos y leyes, se crean las normas técnicas, se publican y se empieza a

estudiar la forma en como una estructura del gobierno federal pudiese promover e impulsar los trasplantes y regular este tipo de procedimiento en el país.

En México el Registro Nacional de Trasplantes, además de ser el centro de registro, coordina la adecuada distribución y aprovechamiento de órganos y tejidos de seres humanos para trasplantes a través de un Programa Nacional, siguiendo los principios de ética y justicia en la procuración y distribución de órganos de cadáveres.

Se encuentran registrados en el Programa Nacional de Trasplantes 22 entidades federativas con 175 establecimientos, en 100 de los cuales se realizan trasplantes de órganos, principalmente de riñón y 75 se practican trasplantes de tejido, principalmente córneas. Los trasplantes de corazón, hígado, pulmón, páncreas y medula ósea se realizan en el IMSS, ISSSTE y otras instituciones.

El Registro Nacional de Trasplantes a captado la información hasta diciembre de 1997. en el se encuentran registrados mas de 32 mil trasplantes efectuados en México en la década de los cincuenta, siendo por el de riñón, del cual ya se han realizado cerca de 8 mil procedimientos.

En México en el año de 1988 , se realizaron 259 trasplantes renales en hospitales y para 1997 las cifras se elevaron a cerca de 1,000 casos en 106 centros.

El 82% de los trasplantes de órganos se realizan en México en hospitales del sector publico y el 18% en hospitales del sector privado.

En 1988 se practicaban trasplantes solamente en la ciudad de México y en cinco entidades de la Republica. En 1997 son 22 Estados incorporados a este programa. La ciudad de México dejo de ser generadora del 95% de todos los trasplantes en el país ya que las estadísticas de 1997 muestran que de 1,085 trasplantes de riñón, en la ciudad de México se realizaron el 50%, siendo la otra mitad, realizada en instituciones fuera de la ciudad de México lo que muestra que el programa de trasplantes esta descentralizándose en forma acelerada. Laguna entidades como Nuevo León trabajan ya gran numero de trasplantes y otros Estados muy activos, como Sonora, trabajan con gran esfuerzo en la donación de órganos cadavéricos.

Además del crecimiento observado en los últimos años, los resultados en los trasplantes renales realizados en nuestro país es semejante a la de otros países mas avanzados. De los 1,085 trasplantes renales que se realizan en 1997, el 95% de los pacientes en sobrevivencia actuarial estadística a un año se encuentran vivos.

En México actualmente se encuentran, en lista de espera para un trasplante renal, aproximadamente 5,000 pacientes.

## **2.11.- ASPECTOS LEGALES**

La práctica de los trasplantes en México se encuentra regulada por un marco jurídico constituido por:

- 1.- La Ley General de Salud.
- 2.- El Reglamento en Materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos.
- 3.- La Norma Técnica N0. 323 para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos con Fines Terapéuticos.

Desde 1984 la Ley General de Salud vigente que sustituyo al antiguo código sanitario destino el titulo décimo cuarto al control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos y han sido motivo de reformas en 1987 y 1991.

Para efectuar el control sanitario la disposición de órganos y tejidos la Secretaria de Salud cuenta con un registro nacional de trasplantes y transfusiones.

El reglamento y la norma mencionados completan el marco jurídico, mismo que en su totalidad es obligatoria en todas las instituciones de salud publica, privada y social en todo el territorio nacional.

Las contribuciones del trasplante a la vida y a la calidad de vida sirvieron además de modelo para otras disciplinas. Su cirugía innovativa influencio técnicas y conceptualmente a la cirugía torácica, hepática y visceral, al igual que la cirugía

de cáncer y la vascular. El impacto sobre la investigación anatómica ha sido reconocida como una influencia paralela también.

Se dice que la historias de trasplantes es la historia de los inmunosupresores, pero los inmunosupresores han sido mucho mas que menos facilitadores de los trasplantes. La influencia ejercida por estas drogas fantásticas han visto en otros campos de la medicina, incluyendo la inmunológica clínica, la reumatología y la cirugía, En adición, las moléculas inmunosuresoras de por si han sido utilizadas como finísimo instrumento de disección para abrir el interior de las células y descubrir reacciones como la comunicación y transporte.

La necesidad de entender el fenómeno del rechazo para así manejar mejor el paciente trasplantado resulto en un esfuerzo supranacional extraordinario entre científicos y laboratorios, empresas publicas y privadas, los gobiernos, las universidades y la industria, casi formada" un laboratorio internacional de inmunología de trasplante". Tratemos de comparar este laboratorio con situaciones análogas en potros campos y no encontramos precedentes.

El campo de la inmunología se fortaleció marcadamente con los descubrimientos de los laboratorios de trasplante.

La necesidad de proteger y preservar los órganos en buenas condiciones durante su travesía extracorpórea resulto en esfuerzos colaborativos entre muchos laboratorios y a través de varias disciplinas, resultando el descubrimientos directos aplicables a shock e isquemia, tales como las cito quinas, daño de repercusión, preservación y protección de órganos, cribio-logia, fisiología de membrana e hibernación, entre otros. Obviamente estas contribuciones fueron interactivos, algo así como una fertilización cruzada, resultando en beneficio mutuo para los diferentes campos. Igualmente importante, la necesidad de mantener el cuerpo vivo durante el procedimiento de una enfermedad terminal de un órgano, resulto en el desarrollo extraordinario de órganos artificiales, puentes de órganos y protección de cuerpo como un todo.

La fisiología del donador cadavérico, tan elegantemente estudiada en años recientes, tendría un efecto importante en la fisiología de las hormonas endocrinas e inmunológicas, al igual que en la antigenicidad de órganos y tejidos.

La inmunogenética floreció como un campo separado y muy especial, y de ser un solo instrumento práctico para ayudar a resolver los problemas del trasplante, se convirtió en una disciplina fascinante que estudiaría lo propio y lo no propio, la cual tendría a su vez un impacto muy importante en la biología de las células, los órganos y los organismos, y la relación entre congéneres, contribuyen prácticas de estos descubrimientos se aplicaron a la genética, pediatría, enfermedades inmunológicas, microbiológicas y antropología.

Las complicaciones relacionadas con el estado inmunosuprimido a que solamente los pacientes de trasplante contribuyen a la microbiología y las enfermedades infecciosas, y estas a su vez influenciaron la práctica de la cirugía, la medicina, la pediatría y el cuidado crítico.

El reconocer y definir la muerte cerebral tendría consecuencias de largo alcance en la naturaleza de la existencia consciente, la neurología, la neofisiología y la neurocirugía, al igual que en más de una área de la bioética.

Por otro lado las discusiones profesionales y populares sobre lo que es la muerte, que es el individuo, y quien es el dueño del cuerpo después de la muerte, dio paso a numerosas disquisiciones y controversias filosóficas, políticas, tecnológicas y legales.

En el campo del rechazo veremos estrategias diseñadas para tomar ventaja de aquellos factores facilitadores del trasplante que causan tolerancia en el adulto, tales como: la ruta de administración del antígeno y su dosis, y la ablación selectiva de poblaciones inmunocompetentes en el momento del reto antigénico. Tal como ocurrió en la inmunoterapia del cáncer, la inmunosupresión para trasplante ha cogido caminos similares, esto es, dos variables, y múltiples inmunosupresores. En el futuro veremos la desaparición de las megadosis de la inmunosupresión continua.

El paradigma del trasplante que impera hoy, el de la maquinaria de apoyo, el ensamblaje social y legal, las gestas quirúrgicas y las intervenciones inmunosupresoras, dará paso a un paradigma nuevo en el que el concepto de trasplante este relacionado más con el trasplante de genes y células que de órganos.

Es pues, dentro del marco legal donde se encuentran aspectos importantes y dignos de tomar en cuenta para el funcionamiento ético y eficaz de estos procedimientos "Cualquier ley nacional sobre transplante de órganos deberá incluir cláusulas para desarrollar política sobre las siguientes áreas:

- 1.- La necesidad de que cada programa formule criterios de selección específicos y cuidadosos tanto para donadores como para recipientes incluyen límites de edad, criterios de exclusión, donadores menores de edad, retardados mentales, prisioneros, etc.
- 2.- Cada programa deberá promulgar guías y criterios de evaluación para el donador y el receptor, al igual que protocolos de seguimiento posdonación y transplante.
- 3.- Establecer salvaguardar que minimicen el riesgo al donador vivo durante el proceso de evaluación y el acto de donación.
- 4.- Establecer grados aceptables de consanguinidad y afinidad en las parejas de donador y recipiente.
- 5.- La necesidad de consentimiento específico e informado tanto en el donador como en el recipiente.
- 6.- Establecer la ausencia de coerción, soborno o cualquier tipo de inducción o presión financiera, al igual que prohibir la venta o comercio de órganos.
- 7.- Requerir evidencia de que el donador será protegido en todo momento; que no será arriesgado física, emocional, social o financieramente por la donación; y a la inversa, que pueda beneficiarse emocionalmente de la donación."<sup>8</sup>

La donación cadavérica requiere de cuidados específicos, diferentes a los de los vivos; la prioridad se identifica en la certeza de que la muerte ha ocurrido. A este respecto "La legislación sobre donación cadavérica debe incluir cláusulas para desarrollar política sobre lo siguiente:

---

<sup>8</sup> Santiago - Delpin Eduardo A. , Ruiz - Speare j. Octavio. Transplante de Órganos. Editorial: JCH editores. S.A. de C.V. México, D.F. 1999.

1.- Criterios de evaluación y selección para donador cadavérico, para cada órgano individual, incluyendo límites de edad, criterios de exclusión, causa de muerte, prevención de transmisión de cáncer o infección al recipiente, maximizar la viabilidad de órgano y la excelencia de función, el debido decoro y respeto al cadáver, además de huyas para la evolución y aceptación de cada órgano individual.

2.- Criterios estrictos para la definición de muerte, incluyendo muerte cerebral y para su detección y certificación, al igual que criterios estrictos para el donador por muerte cardiaca.

3.- Debe establecerse que no existirá participación alguna de parte de los médicos que determinen la muerte, en el proceso de donación y de trasplante, y la inversa, que nadie de trasplante participara del pronunciamiento de muerte, de manera que no exista conflicto de interés.

4. Prohibición de comercio o venta de órganos.

5.- Prohibición del uso de prisioneros ejecutados como donadores de órganos.

6.- Establecer guías para el manejo de cadáveres de manera que sea máxima la viabilidad de los órganos a transplantarse.

7.- Establecer guías para la obtención, remoción y preservación de cada órgano individual.

8.- Formular un esquema para la distribución de órganos.

9.- Establecer guías para la disposición final del cadáver."<sup>9</sup>

El uso de órganos para trasplante a humanos es posible y aun hasta deseable, pero sólo bajo condiciones estrictamente controladas.

1.- Solo programas con experiencia y resultados exitosos podían realizar el xenotrasplante.

2.- La posibilidad de éxito debe haber sido comprobada en animales inferiores anteriormente, por el equipo de trasplante.

---

<sup>9</sup> Santiago - Delpin Eduardo A. , Ruiz - Speare j. Octavio. Transplante de Órganos. Editorial: JCH editores. S.A. de C.V. México, D.F.1999.

- 3.- Permiso solo por comité de investigación y ética institucional y nacionales será mandatorio.
- 4.- Consentimiento informado es mandatorio.
- 5.- La capacidad e infraestructura para cuidado humano de los animales donadores.
- 6.- La capacidad e infraestructura para evaluación y manejo de posibles zoonosis.
- 7.- Se prohíbe el uso de especies en peligro de extinción.

A grosso modo, se distinguen dos tipos de donaciones: La donación en vida y la donación después de ella. La primera resulta conocida por el programa de donación de sangre y en menor medida por el de transplante de córneas. De la segunda, la información es nula, escasa o confusa y hablan en general de ceder sus órganos sin ubicar un momento preciso para ello. Por ejemplo, es muy común escuchar que dejaran su decisión en su testamento.

De la donación de órganos se sabe que puede haber transplantes de riñón, corneas, corazón y piel, entre los mas comunes y otros órganos que se pueden donar son: el hígado, páncreas, pulmón, intestino delgado, medula ósea y tejido cerebral, hueso, cartílagos, tejido nervioso y glándulas de secreción interna.

Queda claro que ante el desconocimiento de la voluntad del donador, en caso de que la persona fallece sin haber expresado en vida su voluntad de donar sus órganos, y ser un familiar quien tome la decisión, se denomina disponente secundario.

El temor generado por la disposición de órganos ajenos se manifiesta no solo con el público en general, sino también entre los médicos y los agentes del Ministerio Público, aunque por otras razones además de las citadas. Entre los médicos ven como una medida de seguridad debe contar con la autorización expresa de los familiares, que los exonere de posibles responsabilidades. Pero en los agentes del Ministerio Público cuya especialidad no es precisamente la medicina y que tiene un nivel de comprensión bajo o incorrecto de la naturaleza de la muerte cerebral, inciden además, su desconocimiento de la ley y los vacíos de esta, que gracias a la capacidad del cuerpo médico involucrado en el programa de donación cada vez son menos a los detectados en 1988.

Indudablemente este sería el primer nivel a cubrir con los programas motivacionales de donación de órganos, ya que intentar convencer a los disponentes secundarios de efectuar una disposición de donar por el otro sin conocimiento de su voluntad implicaría un esfuerzo probablemente infructuoso o quizás difícil de alcanzar porque requeriría no solo de altruismo y convencimiento personal, sino de mayor información y capacidad de asumir sus propias responsabilidades.

Las facilidades de la donación se encuentran en varias dimensiones. Algunos se relacionan directamente con el conocimiento y las actitudes de los donadores pero otros surgen de la interacción entre estos y el cuerpo médico o la Ley que regula la disposición de órganos y tejidos.

La decisión personal, libre, voluntaria e informada de donar órganos, se plantea como el principal facilitador de la donación de estos.

Dos aspectos son fundamentales en esta decisión: uno, el hecho de tomarla en vida, en un momento libre de presiones y probablemente no relacionadas con situaciones médicas; y dos, que sea comunicada por el presunto donador a los familiares y amigos.

El conocimiento de la voluntad personal de donar facilita la donación a los familiares y al personal médico. A los familiares les permite autorizar o negar la donación de órganos de acuerdo con los verdaderos deseos de sus seres queridos. El paciente fallecido evita que la solicitud de órganos les tome por sorpresa y que tengan que tomar una decisión en momentos de crisis. La decisión personal en vida reduce también la posibilidad de remordimiento posteriores en los familiares.

El concepto de prioridad del cuerpo afecta las actitudes hacia la donación de órganos por muerte cerebral. Las personas piensan que el cuerpo es una propiedad personal, la más preciada sobre cualquier posesión, por lo que su disposición no debe estar sujeta a decisiones de otros. Coincide en diferentes grupos que el es el propio individuo quien debe decidir la suerte del futuro de sus restos.

Las personas piensan que la decisión de donar debe tener el carácter de una disposición testamentaria. Mismo que, que deberá comunicarse preferentemente por escrito, ante testigos o notario. Pero el personal de salud resalta la inconveniencia de este procedimiento y promueve que la decisión se exprese en vida a los familiares y amigos para asegurarse que se cumpla la voluntad del donador, con la oportunidad que exige este proceso.

Cabe hacer notar que en otros países la disposición de órganos y tejidos es una decisión del Estado, mientras que en México, la propiedad del cuerpo recae en primer término en la persona y ante la falta de una decisión sobre ella misma, la prioridad puede ser ejercida por los familiares mas cercanos o en su ausencia por el Estado.

Sin embargo, ante un clima creciente de desconfianza sobre el destino de los órganos, los médicos han decidido llevar a cabo la donación sólo cuando los familiares expresen por escrito su autorización de disponer del cuerpo de su familiar, haciendo caso omiso, incluso, de la voluntad del disponente originario.

Las personas plantean que en el caso de que no exista una decisión del implicado o que esta no se hubiera comunicado, confieren, a los familiares más cercanos como al cónyuge o los padres, el derecho moral de disponer de sus órganos.

La necesidad de un conocimiento amplio y de información veraz y completa sobre el proceso enfermedad, donación y transplante, es un factor que logra establecer actitudes y efectos favorables a la donación de órganos por muerte cerebral.

A mayor y mejor conocimiento acerca de la calidad de vida de los enfermos, de las dificultades de obtener órganos de la escasez de donadores así como sobre los beneficios del transplante, mayor será la disponibilidad para convertirse en donadores.

Profundizando en este aspecto, es importante que el público sepa que los transplantes en México no están en proceso de experimentación sino que son procedimientos de rutina, probados e incorporados a los programas de salud que

se realizan desde hace mas de tres décadas, con el nivel y las técnicas mas avanzadas.

Los medios señalan que es muy importante que se haga del conocimiento público el número de enfermos que están en lista de espera de un órgano sano para vivir, del número de órganos donados en año y el destino de aquellos que son transplantados.

También plantean que es indispensable capacitar a los promotores de los programas de donación sobre los procedimientos a seguir para transplantar y captar órganos en las diversas instituciones.

En la experiencia del personal médico existe la convicción de que es mejor solicitar los órganos a aquellos familiares que tienen un conocimiento concreto y realista respecto al trance que esta viviendo.

Por ejemplo, los familiares con pacientes desahuciados, que empiezan a prepararse psicológicamente y a solicitar informes sobre los trámites funerarios antes de la muerte. En ciertos niveles sociales la gente se prepara sobre lo que harán respecto a la muerte de un enfermo terminal.

Entre los elementos facilitadores de la donación por muerte cerebral, el personal médico detectó que a los familiares les interesa extremadamente que se respeten los restos de su seres queridos y que no sientan que su cuerpo va a ser mutilado.

Mientras mayor sea el grado de escolaridad, el nivel cultural o socioeconómico, mas posibilidades son las respuestas positiva hacia la donación de órganos por muerte cerebral. Consideran que esto ocurre, porque se trata de gente mas informada, que tiene posibilidad de estudiar o viajar, que esta más actualizada sobre los programas de donación en otras partes del mundo. Estos datos coinciden con los recabados posteriormente en la Encuesta sobre la Actividad de la Población hacia la Donación de Órganos, realizada por la Fundación Mexicana para la Salud en 1993, donde se encontró que a mayor escolaridad y nivel socioeconómico mayor disposición a ser donadores.

Otro factor motivador para la donación de órganos por muerte cerebral radica en que las personas consideran la posibilidad de que ellos o sus familiares pueden llegar a necesitar un órgano para seguir con vida.

El conocimiento de la Ley, sobre todo para la aceptación de la muerte cerebral, se asentó como un factor determinante entre el personal médico y paramédico en contacto con transplantes. Ellos consideran que el personal de salud no relacionado con estos procesos tienen influencia en la población y desconocen a ciencia cierta la legislación que fundamenta el diagnóstico de muerte cerebral y la toma de órganos para trasplante.

Por lo que resulta esencial que el personal de salud en general estudie, conserve y tenga a mano de la Ley General de Salud y la Norma técnica correspondiente.

El papel del médico es un factor determinante capaz de facilitar la donación de órganos por muerte cerebral, ya que los pacientes les confieren credibilidad por su grado de experiencia.

Por la carencia de información y de campañas masivas de comunicación, la solicitud de donación de órganos por muerte cerebral y su promoción sólo se da a nivel interpersonal y la responsabilidad de convencer y promover la donación recae principalmente en el médico solicitante.

No obstante, el reconocimiento que hace el personal de salud a la función que cumplirían los medios de comunicación para promover la donación por muerte cerebral, se considera indispensable la comunicación personal y en especial, la comunicación médico – paciente que en este caso resulta idónea para lograr el cambio de actitud y el convencimiento de donar los órganos del familiar.

Las explicaciones médicas deberán ser completas, claras y sencillas, sin términos especializados para facilitar la comprensión del proceso de donación y su puesta en práctica. Solo se debe proporcionar información necesaria para responder a las inquietudes, dudas o temores de las personas y cuidar de no dar información adicional o no requerida por los familiares que pueda provocar dudas y temores durante la solicitud de órganos.

Se opina que si la petición se realiza sin presiones y con gran respeto, se logrará crear un ambiente de seguridad y confianza entre los familiares de los pacientes con muerte cerebral. De esta manera se consiguen actitudes favorables hacia la donación.

Entre los factores que el personal médico en contacto con transplantes considera decisivos para contribuir o facilitar actitudes favorables a la donación de órganos por muerte cerebral, se encuentra que el hecho de que el diagnóstico se haga por un grupo médico constituido por un neurólogo, un médico tratante y un especialista, independiente del grupo que solicita la donación de órganos, para evitar suspicacias innecesarias.

Asimismo, la notificación de muerte cerebral a los familiares debe hacerse con la certeza y seguridad de un diagnóstico contundente a fin de que se comprenda cabalmente que es un estado irreversible.

Los médicos que hacen la petición de los órganos para transplantes comprenden los momentos de crisis que enfrentan los familiares de un paciente a quienes se les acaba de informar la muerte de su enfermo. Es indispensable tratar de entender su estado de ánimo, y la angustia lógica en esos momentos difíciles que, en ocasiones, bloquea o provoca reacciones diversas.

El personal médico considera que la solicitud de órganos para transplantes debe adecuarse al momento, a la situación difícil que enfrentan las personas con quienes deberán comunicarse para lograr que la obtención de órganos sea efectiva.

Somos un conjunto de seres humanos. Requerimos unos de otros en todos los órdenes de nuestra vida y, resulta necesario hacer llegar la información sobre la ayuda que pueden proporcionar los que han partido, que por su misma condición se encuentran incapacitados para comunicarnos un deseo expreso.

Es un hecho sociocultural que, cuando no se dispone de información clara y de una comprensión de los que participamos, se generan resistencias, a veces difíciles de vencer, que deben ser estudiadas para lograr una mejor identificación y comunicación de nuestros propósitos. Las dificultades a vencer, que son percibidas justamente como obstáculos por la población, son los siguientes:

En ocasiones el donador toma en vida la decisión de donar, pero no la comunica a sus familiares cercanos. En el momento del deceso, los familiares ajenos a dicha decisión puede impedir el proceso de toma de órganos.

Violación a la decisión del donador. Muchas personas aseguran que aunque ellas han tomado la decisión de donar sus órganos y se lo han comentado a la familia temen que su voluntad no sea cumplida.

En los diferentes grupos sociales, la desinformación es el principal obstáculo que origina la mayoría de los problemas para la donación por muerte cerebral.

No existe mucha información sobre donación y transplantes en las instituciones educativas nacionales, desde nivel básico hasta profesional.

Existe un desconocimiento sobre los tipos de órganos que se transplantan en México, cuáles son las instituciones que los practican, desde hace cuanto tiempo y con que resultados; Cuáles enfermos son susceptibles de transplante, cuantos años viven los transplantados y en que condiciones; cuáles son las ventajas y las desventajas de los transplantes.

Las principales fuentes de información sobre transplantes son escasas y los mensajes aislados. Algunas personas se enteraron por medio de algún programa extranjero de televisión y otros de manera casual a través de quienes recibieron un transplante sus familiares o conocidos.

En general se considera que la población no tiene información ni sabe donde conseguirla. La información deberá ser accesible para saber cómo y dónde registrarse como donadores y a quien notificar cuando se presente el caso de una donación de órganos por muerte cerebral.

El acceso a la información sobre transplantes fue considerado como un derecho a la salud y a la vida. De la misma manera, el personal médico estableció que los pacientes renales ya exigen ser transplantados pues ya saben de la oportunidad de rehabilitarse y llevar una vida normal por medio de transplante. A mayor información entre la población mejores oportunidades de fundamentar o justificar la donación de órganos.

Momento crítico de la decisión. El obstáculo es la coincidencia temporal de varios hechos de enorme trascendencia. Por un lado, aislar la pérdida del ser querido y responder ante un nuevo concepto de pérdida de vida para el cual carecemos de antecedentes en nuestro repertorio conductual y, por otro lado,

tomar una decisión sobre el destino del cuerpo de otra persona, que en la mayoría de los casos no fue considerada con anterioridad.

## **2.12.- EL MIEDO A LA MUERTE EN EL PACIENTE**

“Los antiguos sistemas de creencias, proporcionaban descripciones detalladas de los estados de la mente, o del lugar de los muertos en la otra vida, tales como el cielo o el infierno, proponiendo además una clara descripción de los pasos o el camino a seguir en el crítico período de transición”<sup>10</sup>.

Lamentablemente, en nuestra cultura, la muerte es un tema tabú, una escena que llena de temor e incertidumbre a casi la mayoría de las personas, el miedo a la muerte, es una emoción que produce gran estrés, incrementa los síntomas físicos y obstaculiza la posible recuperación del paciente.

Algunas personas tienen profundas convicciones religiosas que los llevan a creer en la supervivencia de "algo" después de la muerte, lo que puede llegar a tranquilizarlos, mientras que en otras, estas mismas convicciones pueden producir el efecto contrario, ya que suponen que les esperan el infiernos y purgatorios, y castigos terribles debido a su "mal comportamiento" durante la vida. Otros creen que con la muerte física se termina todo, algunos dudan, pero en realidad, muy pocos están en paz y la mayoría teme a lo desconocido. La presencia o ausencia de este miedo es independiente de la edad del paciente, he visto ancianos aterrorizados y me han contado de niños sumergidos en una plácida aceptación de su muerte.

Cuando una persona manifiesta temor a la muerte, puede ser de utilidad acercarle alguna información existente sobre la "vida después de la vida".

## **2.13.- EL SUICIDIO Y EL PACIENTE CRÍTICO**

Los intentos de suicidio en pacientes críticos son habituales, particularmente en aquellas enfermedades invalidantes o bien cuando se trata de

---

<sup>10</sup> Disponible en Internet .Google.Tanatología..<http://www.freewebs.com/psitranspersonal/tanatos:htm>.

pacientes terminales. Este es el motivo por el cual, algunos profesionales de la salud temen decir la verdad al paciente cuando se trata de una enfermedad de pronóstico grave.

El paciente gravemente enfermo no suele atentar contra su vida en el momento en que se entera de que está enfermo, o al comienzo de su enfermedad. El paciente terminal suele intentar suicidarse en el proceso final de la enfermedad, cuando ya no puede bastarse por sí mismo, cuando padece dolores insoportables, o cuando los gastos que depara su enfermedad le hacen sentir preocupado y culpable ante su familia.

Es importante aclarar que no es necesariamente la persona que acepta su enfermedad la que puede intentar el acto suicida. Aquellos que manifiestamente lo niegan, también pueden hacerlo. Debemos suponer que quien está en estado de negación sabe de manera inconsciente, de su estado crítico y puede reaccionar a esto con un intento de suicidio. Por otra parte quien ha aceptado la muerte como un hecho inevitable, puede intentar acelerar el proceso evitando así transitar, tanto él como su familia, por situaciones particularmente penosas y dolorosas.

Normalmente una persona gravemente enferma, que no ha llegado aún al estado terminal, da señales sobre su fantasía de suicidio y pide ayuda. Los pacientes que suelen estar en mayor riesgo de este tipo de fantasías son aquellos que están en diálisis o en espera de un trasplante. Lamentablemente en nuestro país la donación de órganos no es aún un hecho socialmente natural. Faltan donantes y las listas de espera son largas y largos los tiempos que el paciente debe aguardar para ver solucionado su problema crítico. Esto lleva muchas veces a un estado de desesperación difícil de contener. La fantasía de suicidio aparece entonces como una manera de cerrar el período de dolor e incertidumbre. El suicidio pasivo, en donde el paciente no quiere tomar medicación o realizar los tratamientos que se le han indicado, es muy común.

La doctora Elizabeth Kubler Ross propone en estos casos, no forzar al paciente a tomar sus medicinas, o a realizar los tratamientos de diálisis, sino aceptar el derecho que tiene a decidir sobre su propio cuerpo; siempre que el paciente no esté transitando una depresión. Si el paciente aun se rehúsa a ser

tratado o medicado, lo correcto sería aceptar emocionalmente su decisión. En estos casos, ciertamente, no es sencillo hacer un diagnóstico diferencial entre una depresión adecuada a la realidad.

Habitualmente nuestra cultura juzga duramente a quienes quieren quitarse la vida. Para el profesional que asiste al paciente, la mejor manera de aceptar su eventual deseo es conocer profundamente las causas por las que ha decidido hacerlo, qué es lo que sienten y piensan, qué es lo que les ha sacado las ganas de vivir. Cuando entra a una unidad médica un paciente con intento de suicidio, suele producir en el equipo de salud un rechazo inicial.

Muchas veces el paciente crítico que toma conciencia de la irreversibilidad de su cuadro orgánico, expresa su deseo de morir, aunque no aparezca la idea del suicidio. En esos casos, es importante hacerle sentir que tiene derecho a decidir si quiere seguir viviendo, o si cree que ha llegado la hora de "tirar la toalla". Nadie puede obligarnos a seguir viviendo, ni objetarnos el que no queramos hacerlo. Muchos pacientes, a pesar de seguir tomando sus medicamentos y continuar con todas las indicaciones médicas, internamente han dejado de desear la vida, y somos testigos entonces de una simple y llana entrega a la muerte.

Por último, es importante alertar que en una persona que ha hecho un intento frustrado de suicidio, cualquiera sea su motivación, no se debe descartar un nuevo intento de suicidio. Conocer esta posibilidad permite tomar las precauciones necesarias, además de brindarle al paciente un necesario espacio de reflexión sobre la decisión sobre su vida y su muerte.

## **2.14.- TANATOLOGIA**

La tanatología es una especialidad de reciente aparición en el ámbito de la medicina pero que se desarrolla muchas veces de manera empírica y humanitaria por enfermeras o los propios familiares del paciente.

El tanatologo actualmente recibe como diplomado y que significa el manejo específico del paciente con enfermedad terminal, sobre todo cuando los elementos de tratamiento medico ya no pueden brindar ninguna mejoría.

En la tanatología es donde se inician los llamados cuidados paliativos donde se incluye principalmente el manejo y control del dolor ya sea en el consultorio o en el domicilio del paciente, el apoyo psicológico a él y a sus familiares, así como un gran humanismo y amor hacia el paciente, respetándolo como el ser humano que es y tratando de lograr que llegue a la aceptación final de su enfermedad, apoyando sus deseos , con la libertad de tomar sus propias decisiones , con la finalidad de lograr una despedida serena , humana y digna cuando el momento llegue.

Aquí es importante referirse a los familiares en su dolorosa separación (duelo ), por lo que se les dan consultas y dinámicas, para desarrollar la mejor manera de comprensión y aceptación del proceso final de su familiar, con el fin de establecer un duelo que les permita sobrellevarlo.

## **2.15.- TANATOLOGIA ¿QUE ES LA TANATOLOGIA?**

Tanatología en la mitología griega Thanatos era el nombre que se le daba a la diosa de la muerte y Logos deriva del griego que tiene varios significados: palabra, estudio, tratado, discurso, sentido. Siendo de esta manera que a tanatología se le da la siguiente definición: Disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte.

La doctora Elizabeth Kubler-Ross es quien se da cuenta de los fenómenos psicológicos que acompañan a los enfermos en fase terminal durante el proceso de muerte y define la tanatología como una instancia de atención a los moribundos. Por lo que se le considera la fundadora de esta ciencia.

La doctora Elizabeth Kubler Ross a través de su labor es quien hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad, además ella fue la fundadora de las clínicas para pacientes terminales, cuyo lema es "ayudar a los enfermos terminales a vivir gratamente, sin dolor.

La doctora Elizabeth Kubler Ross dice:"Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie, tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro". E. Kubler-Ross.

## 2.16.- MANTENER LA ESPERANZA

Algunas personas, incluyendo el paciente, sus familiares o el equipo de salud, creer que aceptar la muerte significa rendirse, Muchas veces por ese misma razón se ponen la armadura, y cuando por algún motivo el peligro se incrementa, redoblan sus esfuerzos en esa "batalla contra la muerte". Sin embargo, aceptar la posibilidad de la muerte, no significa rendirse, más aún, la aceptación de la enfermedad y de la muerte, pueden constituir el primer paso para un posible cambio y recuperación en la enfermedad.

En EEUU, hace unos años surgió en el campo de la medicina una "escuela dura" la cual tiene la función de decir al paciente "toda la verdad, sólo la verdad, y nada más que la verdad" esto se refiere a que cuando se detecta un cuadro crítico en la salud de una persona, se le provee de toda la información sobre el mismo, dándole también probables fechas para la terminación de su vida, de acuerdo a valores estadísticos y además se les dice una frase típica usada en estos casos "*La medicina actual no puede hacer más nada por usted*". Lo que mantiene vivos y lo que lleva a esos pacientes a la curación, entre otras cosas, es la esperanza. La posibilidad de que tal vez un milagro tenga lugar.

Kübler Ross dice al respecto: Que hay dos clases de esperanza que deben ser diferenciadas. Al principio de la enfermedad terminal, la esperanza esta relacionada con la cura, el tratamiento, y la prolongación de la vida. Esto es válido para el paciente, la familia y el equipo médico. Cuando estos tres objetivos no se pueden sostener por más tiempo aunque siempre sigue existiendo la posibilidad de que suceda, entonces la esperanza cambia hacia algo que no tiene que ver directamente con la curación. Sus esperanzas están puestas en situaciones a más corto plazo.

Para aquellos que no tienen posibilidades reales de supervivencia, la esperanza es lo que les permite mantener una cierta calidad de vida, durante el tiempo que ésta dure. La esperanza es el sentimiento que sostiene la posibilidad de mantener proyectos, siendo estos los que dan sentido a la vida humana.

La presencia de la esperanza y la aceptación de la muerte no se contraponen, son dos opciones reales que necesitan estar presentes en la vida. El desafío es buscar un equilibrio entre esperanza y aceptación que impida la polarización tanto hacia la negación de la muerte, como hacia la renuncia voluntaria a la vida, cuando esta aún merece ser vivida.

La esperanza en la existencia de la vida después de la muerte, no es condición para poder aceptar la muerte, es sólo una posibilidad, de hecho hay pacientes creyentes que no pueden aceptar su muerte. También hay muchas personas que no creen en la inmortalidad del alma, y que colocan su esperanza en la inmortalidad, o en sus hijos que les sobrevivirán, logrando así morir en paz y aceptación.

## **2.17.- PROPUESTA DE CONDUCTA ANTE EL PACIENTE MORIBUNDO Y SUS FAMILIARES.**

**Manejo de la información:** Debe proporcionarse de acuerdo a la capacidad de entendimiento del paciente y sus familiares. Identificar, si es posible, dentro del grupo familiar a un líder de opinión que sirva de interlocutor y reforzador de la información en los términos de los códigos y costumbres del grupo. No existe ninguna norma que obligue al médico a decir en forma inmediata toda la información. Se puede hacer en forma gradual pero lo correcto es que el paciente y sus familiares la conozcan por completo eventualmente. Debe incluirse un apartado amplio sobre los aspectos pronósticos en términos de calidad de vida y costo que implican las alternativas terapéuticas que se pueden ofrecer. Aquellas de carácter experimental deben ser claramente explicadas sin promover falsas expectativas.

Esto quiere decir que el Médico en el manejo de la información con respecto al paciente terminal debe ser proporcionada en primer lugar de acuerdo a la capacidad de entendimiento del paciente y su familiar, debe ser compasivo, paciente, sincero, debe proporcionar al enfermo apoyo emocional y espiritual además del físico o procurar que alguien lo haga, debe procurar en lo posible y

con los medios a la mano evitar el dolor y tratar de no afectar el estado de alerta si existe la alternativa, debe tratar de evitar, si es posible, el aislamiento del enfermo de su familia, además debe evitar el sentimiento de culpabilidad en la familia., debe guiarlos para que se convenzan de que están haciendo todo lo posible por su paciente. además la prioridad siempre deberá ser mantener la dignidad humana del paciente. Otra de las tareas del medico es identificar en la familia del paciente terminal si existe un líder de opinión que sirva de interlocutor entre los miembros de la familia y de esta manera se acepte la situación.

## 2.18.- EL PROCESO DE MORIR

Elizabeth Kubler Ross describe cinco etapas en el camino de elaboración de la enfermedad y de la muerte que llama respectivamente:

1) **"La negación**, primera reacción normal del psiquismo frente a una información repentina y dolorosa, lleva tiempo de elaboración dependiendo de cada paciente, y algunas personas no salen nunca del estado de negación."<sup>11</sup>

Al paciente terminal al recibir la información repentinamente de su enfermedad terminal le lleva mucho tiempo asimilar la idea de que su enfermedad no tiene cura , pero desafortunada mente algunos pacientes nunca salen de su estado de negación, llevándolos a un proceso de muerte mas doloroso.

2) **"El enojo**, que surge posiblemente motivado por la impotencia que produce el no poder cambiar el curso de acontecimientos altamente frustrantes."<sup>12</sup>

El paciente terminal también pasa por el proceso de enojo, que surge por la impotencia que produce el no poder cambiar el curso de su vida.

3) **"La negociación**, un intento de hacer un trato con Dios o con el destino para conseguir un cambio del estado de cosas."<sup>13</sup>

---

11,12,13..Disponibile en Internet.Google.Tanatologia..<http://www.freewebs.com/psitranspersonal/tanatos:htm>.

La negociación, es otra etapa por la cual pasa el paciente en la cual el se niega a aceptar la situación que esta viviendo, es un intento de hacer trato para conseguir un cambio del estado de situación.

4) **"La depresión**, que puede llegar a ser la antesala de la aceptación. En este estado la persona comienza a conectarse con la realidad y esto le produce un intenso dolor y desesperanza."<sup>14</sup>

En este estado la persona comienza a aceptar la situación que vive, aquí comienza a ver su realidad, aquí en el paciente se produce un intenso dolor y desesperanza.

5) **"La aceptación**, en donde la persona ya es capaz de tolerar en su conciencia la verdad y la impotencia que le suscita."<sup>15</sup>

En esta fase el paciente ya es capaz de entender la situación que vive.

La doctora: Kübler Ross respecto de la aceptación de la muerte: dice todos deberíamos prepararnos para el hecho de la muerte desde temprana edad, visitando asilos de ancianos, hospitales de crónicos y pacientes terminales, pensando en nuestra propia muerte, haciendo nuestro testamento y conversando estos temas con la familia y con los amigos cercanos. Pero todo esto debería ser hecho mucho antes de estar enfermo.

Ella dice: enseñar a nuestros niños y a nuestros jóvenes a mirar la realidad de la muerte. De esta forma no tendrían que pasar por todos los estados previos a la aceptación de la muerte. Se vive una distinta calidad de vida cuando uno enfrenta y acepta su destino desde el comienzo de la vida.

La doctora Kübler Ross dice que su función como psicoterapeutas, no será nunca, llevar al paciente a pasar por todas las etapas de elaboración de la muerte para poder llegar a la de aceptación. Estas etapas se presentan, en realidad, de manera desordenada, incluso puede haber regresiones a una etapa que aparentemente está superada.

En segundo lugar, el objetivo concreto es facilitar las necesidades del paciente, averiguando por qué etapa está transitando y ver entonces la mejor

---

14,15.Disponible en Internet .Google. Tanatología..<http://www.freewebs.com/psitranspersonal/tanatos:htm>.

manera de acompañarlo respetando ese momento. cree importante además aclarar la diferencia que existe entre la aceptación y la resignación.

Esta importante discriminación hecha por Kubler Ross, señala que: cuando los pacientes se hallan en estado de aceptación, suelen mostrar un profundo sentimiento de paz, transmitiendo algo de mucha dignidad, mientras que aquellos que sólo se "resignan", están a menudo, indignados, llenos de amargura y rencor, y generalmente comentan cosas como: "Y para qué?", o "Estoy cansado de pelear". Hay en ellos un sentimiento de inutilidad, de sin sentido y de falta de paz, que los hace fácilmente distinguibles de los casos de genuina aceptación.

El paciente crítico, estará en mejores condiciones de enfrentar su enfermedad y su posible curación, cuando ha podido aceptar en su vida la existencia de la muerte, aún cuando no sea un hecho inminente, o no se trate específicamente de un paciente terminal.

Un paciente crítico vivirá el proceso de la enfermedad con tranquilidad cuando halla podido aceptar en su vida la existencia de la muerte aun cuando exista una esperanza o se trate de un padecimiento terminal.

## **2.19.- ¿PORQUE UN PACIENTE TERMINAL NO PUEDE SER CANDIDATO A DONADOR DE ORGANOS?**

Es sumamente importante dar una respuesta a esta pregunta dado que existen muchas dudas respecto a este punto.

Un paciente terminal es la persona que padece una enfermedad irreversible y que tiene un proceso doloroso que lamentablemente no tiene cura y que el destino del paciente es la muerte, y es la tanatología la ciencia que ayuda a preparar al paciente terminal al buen morir.

El paciente terminal no es candidato a ser donador, debido a que sufre un padecimiento que puede dañar los órganos vitales susceptibles a ser donados, además un paciente que es diagnosticado como paciente terminal puede padecer algún tipo de cáncer que daña los demás órganos, si es una enfermedad infectocontagiosa los órganos y todo su cuerpo esta contaminado, otro tipo de

paciente terminal es el diabético el cual tampoco es candidato a donador dado a que el proceso de la enfermedad con el avance de la enfermedad se van deteriorando sus demás órganos.

**CAPITULO III**  
**ESTUDIO DE CAMPO**

## CAPITULO III. ESTUDIO DE CAMPO

### 3.1.- JUSTIFICACIÓN

Actualmente México cuenta con el personal médico, las instalaciones y equipo necesarios para llevar a cabo y con éxito transplantes para satisfacer gran parte de la demanda, ya que son mas de 50,000 personas en el país las que se encuentran sufriendo en espera de un órgano que les salve la vida y cientos de miles de personas se podrían beneficiar de un transplante de tejido.

Lamentablemente la donación de órganos y tejidos sobrepasa la oferta, provocando que miles de mexicanos mueran cada año en etapa productiva de su vida.

Uno de los principales problemas que enfrenta una persona que necesita de un transplante en nuestro país, es la falta de donadores por baja cultura y desconocimiento de esta problemática entre la población mexicana.

Es necesario que todos nos conscientísimos de la gran importancia de la donación de órganos, dado que desafortunadamente en muchos casos esta de por medio la vida de un ser humano que tiene derecho a vivir y que tiene a su lado a personas por las cuales tiene que luchar y salir adelante.

Hoy en día los avances médicos y el éxito de algunas medidas preventivas como las vacunas, la higiene y alimentación han conseguido un incremento muy alto en la esperanza de vida y esto aunado al crecimiento demográfico, cambios de estilo de vida, aspectos sociales, económicos y culturales han repercutido en un aumento en la prevalencia de las enfermedades crónico- degenerativas y procedimientos que actualmente no tienen alguna alternativa de tratamiento, excepto el transplante de órgano ó tejido respectivo. Además de ser en algunos casos la única opción en todos ellos, el transplante es menos costoso y ofrece una mejor calidad de vida que otros tratamientos.

En los países más desarrollados como Estados Unidos la donación de órganos tiene una mayor difusión, dado que los programas de salud reciben por parte del Gobierno recursos financieros que facilitan la difusión de este tipo de

programas y al contar con estos recursos los hospitales Estadounidenses adquieren con mayor facilidad los aparatos adecuados y necesarios para llevar a cabo y con éxito la realización de un transplante, además cuentan con médicos preparados y reconocidos para llevar a cabo los transplantes.

México es un país que apenas esta desarrollándose y a un no tiene una economía estable y es por este motivo que no se apoya adecuadamente a las Instituciones de salud como debería de ser y por esta situación es que no se pueden adquirir los aparatos adecuados para la realización de los transplantes.

Desafortunadamente en México la cultura de donación de órganos apenas esta comenzando y no se esta teniendo el éxito que se tenia pensado, dado que nuestra sociedad no cuentan con la información adecuada sobre donación de órganos, les da miedo donar sus órganos aun estando ellos en vida y otro de los obstáculos a la donación de órganos es el pensamiento mágico ó religioso, ya que las personas lo relacionan en diferentes modos y de acuerdo con el grado de confianza única en los designios" Divinos" . Algunos se niegan a donar órganos pensando que sus actos se contraponen a la voluntad divina y es necesario concientizar a las personas sobre la gran importancia que tiene la donación de órganos, ya que se calcula que en nuestro país el 60% de las personas que requieren de un transplante de corazón muere sin obtenerlo y cada 16 minutos se agrega un nuevo nombre a la lista de personas que requiere un transplante.

Actualmente en México uno de los temores que se tiene sobre el destino de los órganos es el trafico de órganos, su comercialización y actos de corrupción para favorecer a quienes pueden pagar por un órgano.

A raíz de esta problemática se crea el Consejo Nacional de Transplante (CONATRA) que se encuentra representado en cada Estado por el Consejo Estatal de Transplante (COETRA), los cuales tiene la función de registrar receptor y donadores voluntarios a nivel Estatal.

Sin embargo desde el mes de marzo del 2000, el Estado de Sonora no ha tenido el éxito esperado, dado que son únicamente 88 personas las inscritas como donadores a pesar de la promoción que se le ha dado en los medios de comunicación ( prensa, radio y televisión) y por medio de folletos y trípticos.

Por lo que consideramos pertinente llevar a cabo una investigación por medio de la cual se establezcan las causas que influyen y determinen que se este presentando el problema y se contara con el apoyo del grupo CONATRA del Hospital General del Estado y de esta manera poder buscar alternativas de solución a dicha problemática; para que posteriormente el Trabajador Social realice su intervención ante la misma, toda vez que el Trabajador Social puede desempeñar varias funciones en el área Hospitalaria. Algunos de los servicios ó programas de salud en los que puede participar es en la atención de las problemáticas sociales detectadas, la educación sanitaria, la salud publica dentro de programas de atención primaria donde se desarrollen funciones básicamente preventivas, asistencia Hospitalaria y ambulatoria (dispensarios), rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos, reinserción social de ex-enfermos, campañas de educación sanitaria, psiquiatría y salud mental entre otros, debido a todas las funciones que puede desempeña el Trabajador Social es considerado como una persona apta para dar difusión a programas de salud y en el presente programa de donación voluntaria de órganos puede lograr el éxito que se tiene contemplado.

### **3.2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En la actualidad, nuestra sociedad está inmersa en procesos económicos y políticos que dan paso a nuestra adscripción a nuevos horizontes, es decir, los procesos globalizadores han proporcionado a nuestro país un nuevo perfil que, nos identifican como sociedad de la información, sin embargo, estos procesos de apertura, esta accesibilidad a la información misma, no se traduce en la posibilidad de comunicación real y, mucho menos de comprensión y sensibilización.

La gran mayoría de la población tiene acceso, cuantitativamente hablando, a elevados niveles informativos, sin embargo, ésta no significa para el individuo, ningún acercamiento a procesos de sensibilización ni orientación que trastoque sus convicciones o simplemente sus percepciones. Realmente son mínimas las posibilidades de despertar en él, la conciencia y la intención de participar en

campañas de salud, campañas de donación, o programas de bienestar social en general.

Otro factor que incide en la problemática que nos ocupa, es que las políticas sociales, dentro de nuestro modelo económico, paulatinamente se están rediseñando. Los programas de bienestar social, en un país del tercer mundo como el nuestro, se redefinen en obediencia a lo que prioritariamente significa la búsqueda del potencial productivo de la zona.

En México, debido los bajos recursos económicos dirigidos a los programas de bienestar social, no existe mucha difusión al programa encaminado a formar una cultura de donación de órganos.

Un transplante consiste en la sustitución de un órgano dañado por uno sano. La donación de órganos es un proceso seguro que se hace bajo vigilancia médica y para poder realizar un transplante es necesario que el donador y el receptor se someta a una serie de exámenes médicos y de laboratorio para corroborar que sean compatibles.

Al realizarse un transplante el riesgo es que el propio cuerpo se empeña a negarse al recibir ayuda del exterior, el rechazo se supone el problema principal de cualquier transplante de órganos. Más del 50% de los pacientes transplantados, sufren durante el primer mes después de la operación al menos un episodio de rechazo, el nuevo órgano o tejido es peligrosamente aislado por nuestras defensas incluso a matarlo.

En nuestro país tanto el transplante de órganos y tejidos como la donación están controlados por el Registro Nacional de Transplantes; esta dependencia se encarga de otorgar los permisos a los hospitales para llevar a cabo este tipo de cirugía. También obtiene toda la información al respecto de quien dona, quien recibe y los resultados que se obtienen.

Una de las cuestiones que preocupa extraordinariamente a los especialistas es la escasez de órganos disponibles, y desgraciadamente en México la cultura de la donación de órganos apenas comienza, debido a esta situación hay muchas personas en espera de órganos que personas dispuestas a donarlos y se calcula que en nuestro país el 60% de las personas que necesita un transplante de

corazón muere sin obtenerlo y cada 16 minutos se agrega un nuevo nombre a la lista.

A raíz de la prohibición de la comercialización de órganos, se ha incrementado en la población el medio a donar sus órganos, ya que este tema ha carecido de bases que arraiguen la importancia de la donación voluntaria, así como su utilización adecuada, es por ello que sensibilizar a la población acerca de la importancia que tiene el ser donador, es fundamental para que contribuya en tomar la decisión correcta de donar sus órganos.

En este contexto el Trabajador Social de Coetra ( Consejo Estatal de Transplantes), como parte del equipo de salud; tiene por sus conocimientos profesionales la habilidad de dirigir diversos programas enfocados a promover, captar, asesorar y sensibilizar a la población para que participe en la donación voluntaria de órganos.

El Hospital General del Estado de Sonora cuenta con las instalaciones, el personal medico y el equipo necesario para realizar transplantes de riñón y corneas con gran éxito.

Por lo planteado anteriormente, nos interesamos en el tema de Donación Voluntaria de Órganos en el Hospital General del Estado, debido a que se ha observado que desde Marzo del 2000 el Consejo Estatal de Transplante ( COETRA) del Estado de Sonora no ha tenido el éxito esperado, ya que son muy pocas las personas inscritas como donadores a pesar de la promoción que se le ha dado; es por eso que llegamos a la conclusión de llevar a cabo una investigación por lo que es necesario plantearnos el siguiente cuestionamiento:

**¿ Cual es la razón por la que las personas que asisten al Hospital General no están dispuestas a ser donadores voluntarios de órganos?**

### **3.3.- OBJETIVO GENERAL**

Conocer el nivel de información que poseen los usuarios de la consulta externa del Hospital General del Estado de Sonora, acerca de la donación de órganos y tejidos, con el fin de intervenir a través de una serie de estrategias que sirvan para fomentar una cultura sobre la importancia de la donación voluntaria de órganos.

### **3.4.- HIPÓTESIS**

La falta de donadores voluntarios se debe a la poca información que tiene la población sobre este tema.

### **3.5.- COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS**

Al realizar la investigación cuyo objetivo general es conocer el nivel de información que poseen los usuarios de la consulta externa del Hospital General del Estado de Sonora, acerca de la donación de órganos y tejidos, este con el fin de intervenir a través de una serie de estrategias que nos sirvan para fomentar una cultura sobre la importancia de la donación voluntaria de órganos; se obtuvo como resultado que el bajo índice de donadores voluntarios de órganos se debe a la poca información que tiene la población sobre el tema.

## CAPITULO IV METODOLOGÍA

## CAPITULO IV. METODOLOGÍA

### 4.1.- TIPO DE ESTUDIO

La investigación realizada en el Hospital General del Estado de Sonora "El Trabajador Social como Agente Sensibilizador en Pro de la Donación Voluntaria de Órganos", cuyo objetivo general es Conocer el nivel de información que poseen los usuarios de la consulta externa del Hospital General del Estado de Sonora, acerca de la donación de órganos y tejidos, esta investigación se llevo a cabo durante el periodo del 21 de Septiembre del 2001 al 7 de Noviembre del 2001, misma que puede ser considerar una investigación directa, según el autor Raúl Rojas Soriano en su libro: Guía para Realizar Investigaciones Sociales en el cual la plantea que " la información para el análisis del fenómeno se obtiene directamente de la realidad social a través de técnicas como la observación, la entrevista estructurada, la encuesta y otras".

Respecto a lo anterior se puede decir que al momento de realizar la investigación se tuvo contacto con la realidad, ya que se estuvo todo el tiempo de la investigación en el modulo de Coetra, instalado en el Hospital General del Estado de Sonora, por lo cual se tuvo contacto con la realidad y se pudo detectar la problemática existente por medio de la observación, ya que al llegar a Coetra y revisar las listas de registró de donadores se pudo percatar el bajo índice de donadores existentes y la poca difusión que había en el Hospital General del Estado de Sonora acerca de este tema, siendo esta institución la única que cuenta con este modulo de información y registro a nivel Estado, también por medio de la observación se pudo detectar que durante el periodo de dos meses se Estuvo llevando a cabo la investigación y durante este periodo únicamente dos personas se acercaron a inscribirse como donadores.

Se levanto encuestas, y se tomo una muestra de 300 personas que acudían a consulta externa del Hospital General del Estado de Sonora, esto nos permitiría detectar el nivel de información que poseían los usuarios de dicha

institución acerca de la donación de órganos y del procedimiento para obtener la credencial que los acredite como donadores voluntarios de órganos.

De la investigación directa se desprenden tres tipos de estudios: los estudios exploratorios o de acercamiento a la realidad social, los estudios descriptivos y los estudios que implican la prueba de hipótesis explicativas y predicativas. De estos tres tipos de estudios se eligió el estudio descriptivo de corte cualitativo y cuantitativo para la investigación que se está planteando, toda vez que el objetivo central de este estudio según el autor Raúl Rojas Soriano es "obtener un panorama más preciso de la magnitud del problema o situación, jerarquizar los problemas, derivar elementos de juicio para estructuras políticas o estrategias operativas, conocer las variables que se asocian y señalar los lineamientos para la prueba de las hipótesis."<sup>16</sup>

El autor Roberto Hernández Sampieri dice que el estudio descriptivo "se centra en medir con mayor precisión posible, sirve para analizar como es y como se manifiesta un fenómeno y sus componentes."<sup>17</sup>

Por lo anterior se puede decir que al realizar la investigación, se obtuvo un panorama más preciso sobre la magnitud del problema o situación, porque por medio de la observación se pudo percatar que existía muy poca participación de los usuarios en el programa de Coetra sobre la donación voluntaria de órganos, siendo este el principal problema que se presentaba en el módulo de Coetra del Hospital General del Estado de Sonora, además se elaboró un reactivo de ocho preguntas con la finalidad de comprobar las hipótesis planteadas.

---

<sup>16</sup> Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. Editorial: plaza y valdez (pyv), Editores. 30 edición, México, D.F. 2000.

<sup>17</sup> Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista, Lucio Pilar. Metodología de la Investigación Mc Graw - Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 1991.

#### **4.2.- DISEÑO DEL INSTRUMENTO.**

Para llevar a cabo la investigación "El trabajador social como agente sensibilizador en pro de la donación voluntaria de órgano", se elaboró un instrumento que constaba de 8 preguntas de las cuales 4 eran de opción múltiple, 1 con opción múltiple y en la misma se planteaba una pregunta abierta y 3 preguntas eran abiertas, las cuales estaban dirigidas a los usuarios (pacientes y familiares de pacientes) que acudían a consulta externa del Hospital General del Estado de Sonora.

#### **4.3.- SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

Se coordinó con el Hospital General del Estado de Sonora, para que brindara el apoyo necesario para la realización de la presente investigación.

En la recopilación de datos se tomó una muestra de 300 personas entre las cuales había pacientes y así como familiares de los mismos los cuales se encontraban en la sala de espera del Hospital General del Estado de Sonora, de nivel socioeconómico, sexo y edad indistintos, siendo el único requisito el ser mayor de 18 años y menor de 55.

La muestra seleccionada correspondió al 30% de la población que acudían a la consulta externa de las diferentes especialidades con las que cuenta el Hospital General del Estado de Sonora, cuyo número es de aproximadamente de 1,000 personas consultadas por semana.

#### **4.4.- RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La aplicación del instrumento, se llevó a cabo en la sala de espera del Hospital General del Estado de Sonora. La encuesta fue realizada en el lapso de 15 días que comprendió del día 21 de Septiembre al día 7 de Noviembre del 2001. Una vez obtenida la autorización del posible encuestado, se procedió a la aplicación del instrumento o cedula para que ellos respondieran, y en caso de que

surgieran dudas en alguna de las preguntas se brindaba ayuda al instante, de esta manera la información sería más confiable y se aclararía las dudas de los entrevistados.

#### **4.5.- PROCESAMIENTO DE DATOS**

Con la información obtenida de las cédulas se efectuó el vaciado de datos por medio de dos procesos: el manual y el técnico.

El proceso manual consistió en el vaciado de la información en hojas tabulares las cuales permitirían ver la frecuencia y porcentaje encada una de las respuestas y así tener un conocimiento más amplio sobre la situación problema investigada.

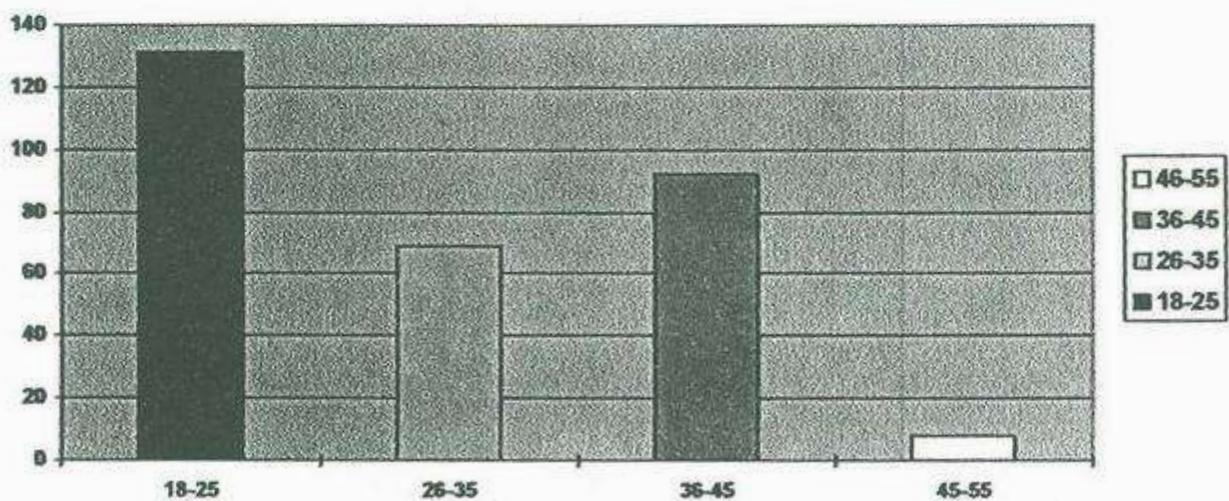
El proceso técnico consistió en la elaboración de gráficas de barras y cuadros con los resultados obtenidos en el vaciado de la información.

## CAPITULO V. PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

### 1.- EDAD

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	19.33%
NO	242	80.66%
TOTAL	300	100%

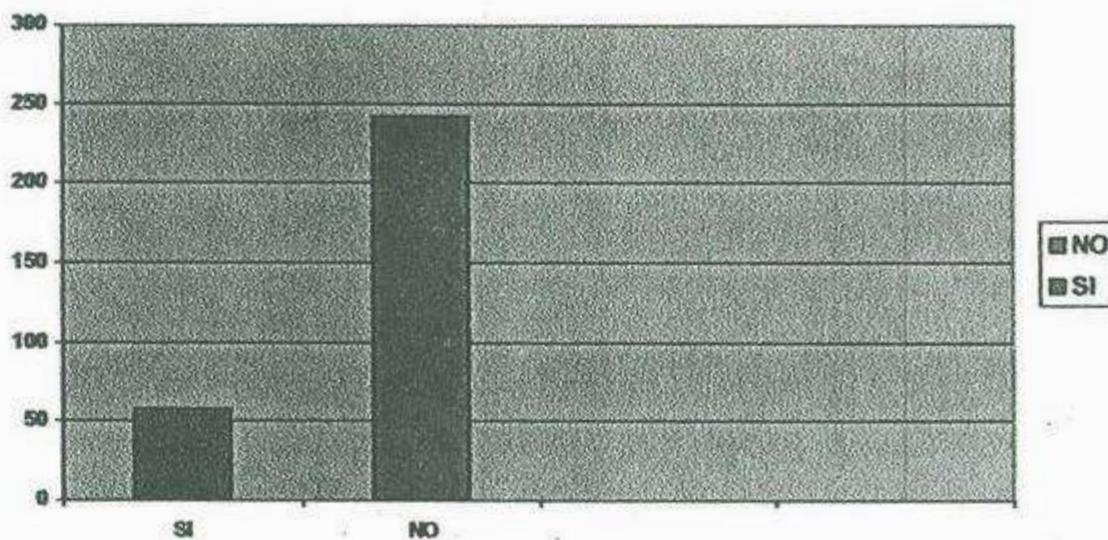
En el cuadro anterior se muestra que las edades de los entrevistados se encuentran en el rango de 18 a 55 años. Siendo la mayoría de los entrevistados de 18 a 25 años de edad representan el 43.66%, como segundo rango de los 36 a 45 con un porcentaje de 30.66% y por el de 26 a 35 con un 23%. En cuanto al rango del 46 a 55 se entrevistó únicamente a 8 personas con un 2.66%.



## 2.- ¿DE QUE SE ENCARGA COETRA?

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	58	19.33%
NO	242	80.66%
TOTAL	300	100%

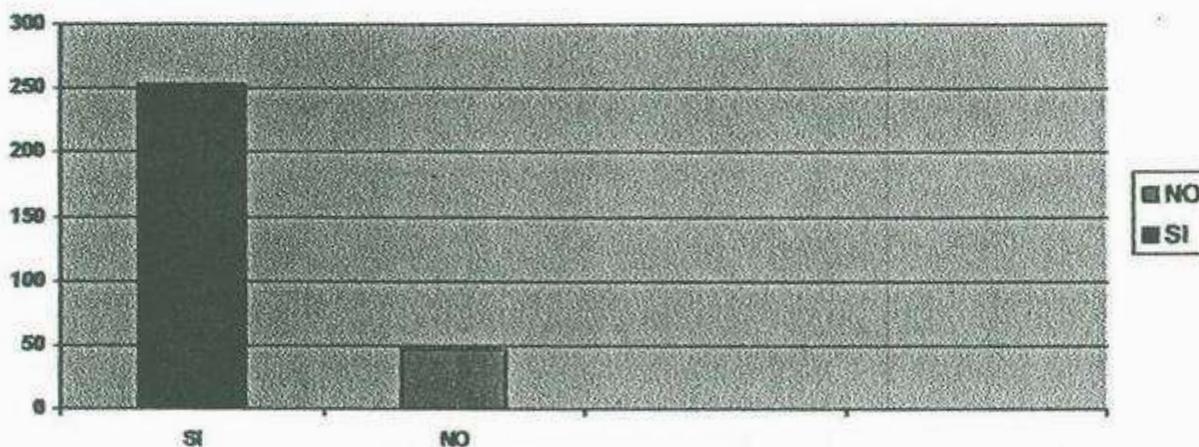
El 80.66% de los encuestados no están enterados de lo que se encarga el Consejo Estatal de Transplantes, mientras el 19.33% si conoce de lo que se encarga.



### 3. -CUÁNDO MUERA LE GUSTARIA DONAR SUS ORGANOS?

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	254	84.66%
NO	46	15.33%
TOTAL	300	100%

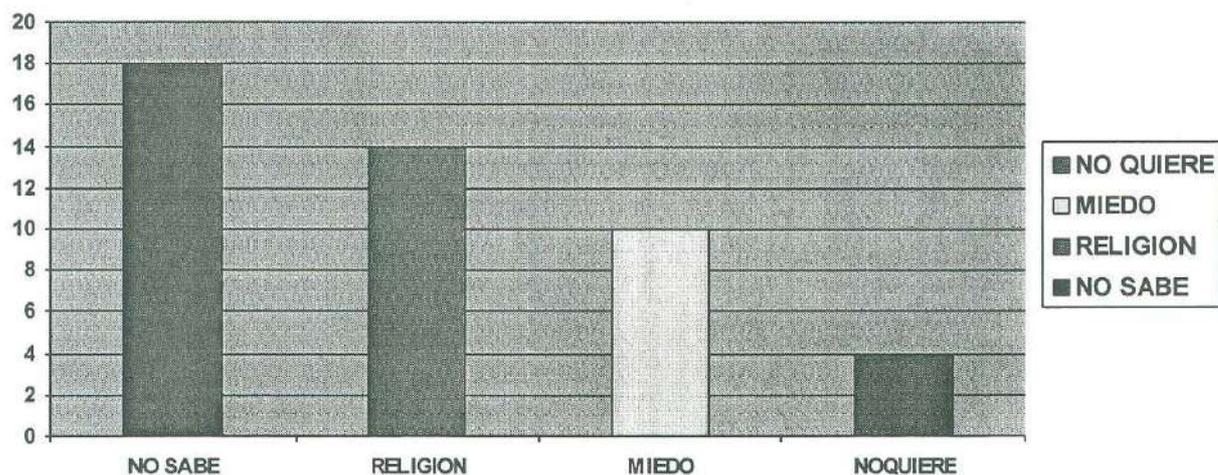
El 84.66 % de las personas encuestadas están dispuestas a donar sus órganos cuando mueran, mientras el 15.33% de las personas restantes no están dispuestas.



#### 4.- SI TU RESPUESTA ES NO ¿POR QUÉ?

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO SABE	18	39.13%
RELIGION	14	30.43%
MIEDO	10	21.73%
NO QUIERE SER MUTILADO	4	8.67%
TOTAL	46	100%

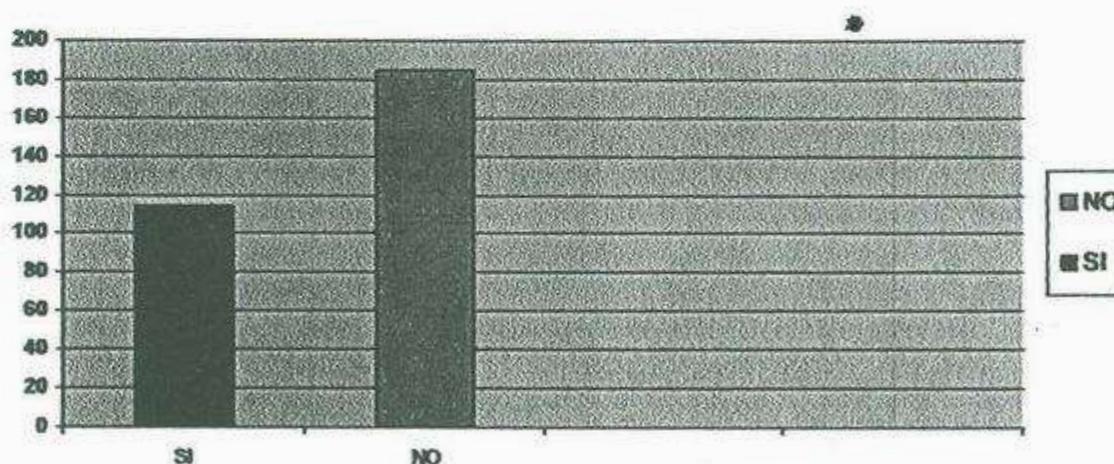
Este cuadro muestra que, de las 46 personas que no están dispuestas a donar sus órganos, 18 personas que representan un 39.13% argumentaron que simplemente que por que no, 14 personas que es el 30.43% dicen que su religión lo impide; 10 personas (21.73%) manifiestan que por miedo y 4 personas (8.69%) expresaron que quieren ser enterrados completos (no quieren ser mutilados).



**5.-¿ESTAS ENTERADO QUE PARA DONAR TUS ORGANOS TIENE QUE TRAMITAR UNA CREDENCIAL DE DONADOR VOLUNTARIO?**

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	115	38.33%
NO	185	61.66%
TOTAL	300	100%

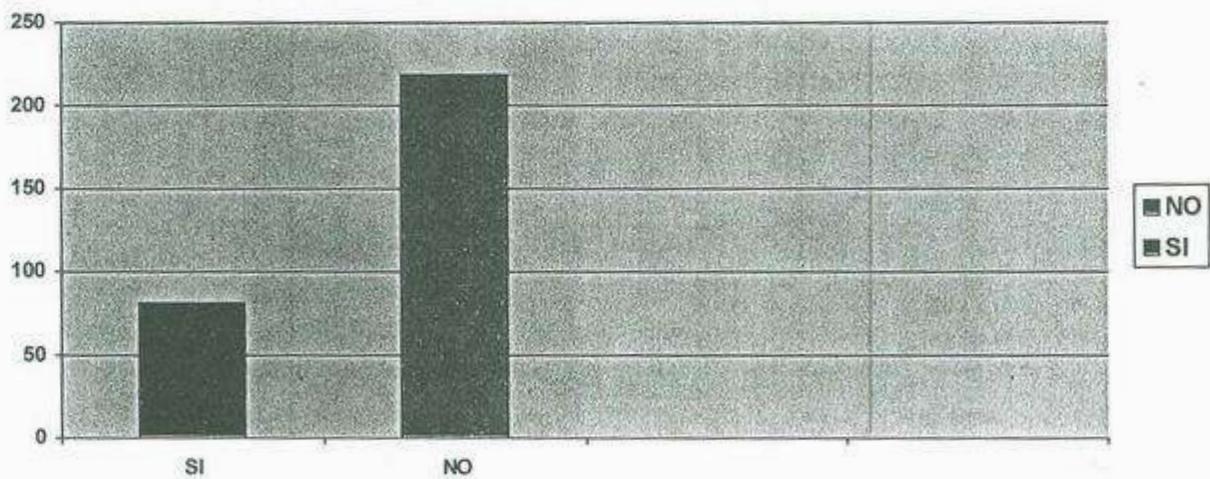
El 38% de las personas encuestadas si están enteradas que para donar sus órganos tienen que tramitar una credencial de donador voluntario. Mientras un 61.66% muestra total desconocimiento de dicha credencial.



6.-- ¿SABES EN DONDE PUEDES OBTENER LA CREDENCIAL DE DONADOR VOLUNTARIO?

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	81	27%
NO	219	73%
TOTAL	300	100%

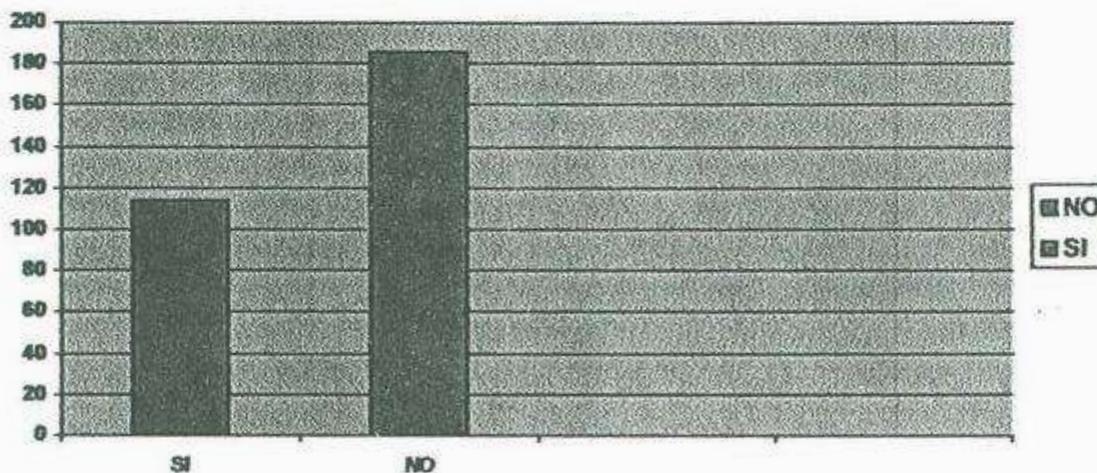
Este cuadro muestra que el 73% de los encuestados no están enterados donde pueden obtener la credencial de donador voluntario y que únicamente el 27% de 300 personas encuestadas, si saben donde obtenerla.



**7.- ¿TIENES INFORMACION DE CUALES Y CUANTOS ORGANOS PUEDEN SER APROVECHADOS EN UN TRANSPLANTE?**

PREGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	114	38%
NO	186	62%
TOTAL	300	100%

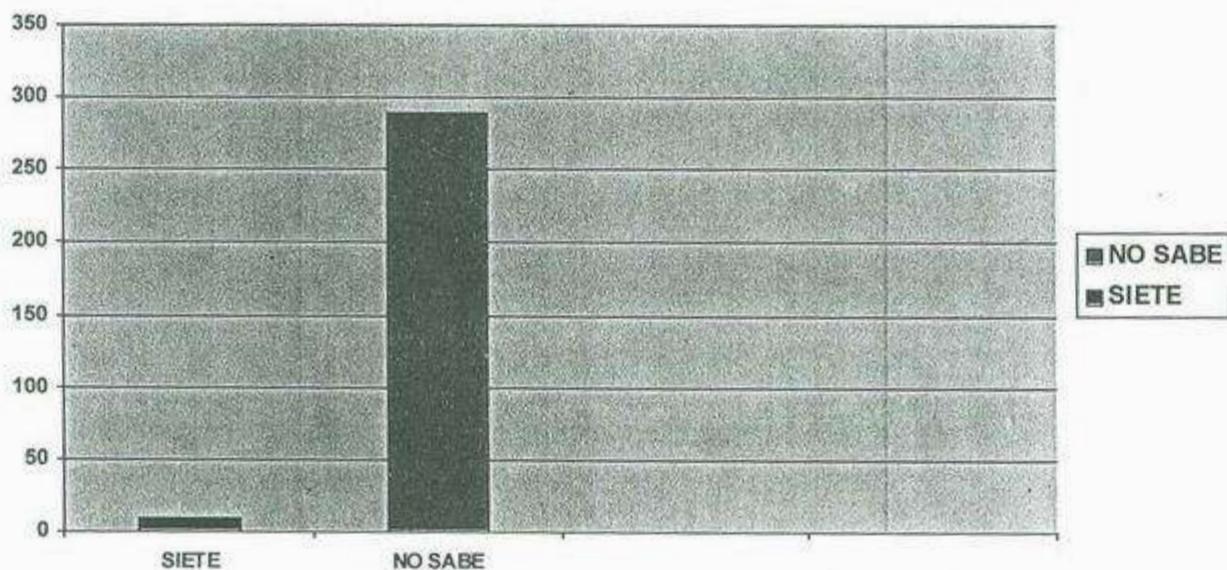
El 62% de los encuestados ignora cuales y cuantos de sus órganos pueden ser aprovechados en un transplante y el 38% conoce que los órganos que se pueden aprovechar son: Corazón, riñón, páncreas, piel y ojos.



8.- ¿CUANTAS PERSONAS SE PUEDEN SALVAR GRACIAS A TI, AL SER DONADOR VOLUNTARIO?

PEGUNTA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SIETE	10	3.3%
NO SABE	290	96.66%
TOTAL	300	100%

El 96.66% de las personas entrevistadas ignoran cuantas personas se pueden salvar, gracias a un donador voluntario, solamente un 3.33% afirmó el que son 7 personas las que se beneficiarían.



**CAPITULO V**  
**PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

## **5.1.- ANALISIS GENERAL Y CONCLUSIONES**

### **ANÁLISIS GENERAL**

#### **CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS**

La encuesta se aplicó a 300 personas las cuales eran pacientes así como familiares que se encontraban en la sala de espera del Hospital General del Estado de Sonora, de nivel socioeconómico, sexo y edad distintos, la mayoría de estas personas encuestadas se encontraban en un rango de 18 a 25 años de edad, por lo que se deduce que estas personas por ser jóvenes y sanas, fácilmente podrían cubrir los requisitos que se piden para poder ser donador voluntario.

#### **INFORMACIÓN.**

Las personas no están enteradas de lo que se encarga (COETRA), esto nos muestra que existe un desconocimiento muy grande de lo que es COETRA y se puede deducir que las personas no tienen conocimiento sobre el programa de donación voluntaria de órganos, ya que al no conocer la única institución a nivel estatal que se encarga de llevar a cabo los trasplantes en Sonora, se puede concluir que no existe participación alguna de la población y en caso de interesarse no sabrían a donde acudir, ni que hacer, ya que las principales fuentes de información sobre trasplantes son escasos y los mensajes aislados. Algunas personas se enteran por medio de algún programa extranjero de televisión y otros de manera casual a través de personas que recibieron un trasplante, sus familiares o conocidos.

#### **DISPONIBILIDAD**

La mayoría de las personas si están dispuestas a donar sus órganos cuando ya mueran, por lo que se puede decir que si existen donadores voluntarios

de órganos, pero solo que como estas personas no tienen suficiente conocimiento del tema, no saben a donde acudir para obtener mas información y registrarse en el programa de donadores voluntarios. Por otro lado, hubo un mínimo de personas que no están dispuestas a donar sus órganos y al preguntarles la razón se negaron a contestar, podemos inferir que tal vez sus razones son de tipo religioso, o miedo a perder parte de su cuerpo de su cuerpo aun después de la muerte.

## CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación en el Hospital General nos arrojaron a lo siguiente:

1. - Es muy poca la difusión que se está dando a la donación voluntaria de órganos.
2. - Necesidad de la población de ser informados en cuanto al tema.
3. - La mayoría de las personas no están enteradas de que para poder donar sus órganos es necesario que tramiten su credencial de donador. Un índice muy bajo tiene conocimiento sobre la credencial que se les ofrece en el modulo de COETRA de dicha institución.
- 4.- Ignorancia de los órganos que se pueden donar.
- 5.- Existe una falta de conciencia en la dotación de órganos, dado que las personas encuestadas muestran poca sensibilidad al acto de donar órganos.
- 6.- Es de suma importancia que se haga de conocimiento publico el numero de enfermos que están en lista de espera de un órgano sano para vivir, del numero de órganos donados al año y destino de aquellos que son transplantados, para que la población comprenda la importancia de la falta de donadores voluntarios.

En virtud con lo anterior con las hipótesis planteadas: la falta de donadores voluntarios se debe a la poca información que tiene la población sobre este tema, se puede afirmar que la falta de donadores se debe a la poca información que se tiene del tema y de acuerdo a este hecho señalado, se considero pertinente elaborar a propuesta "promoción a la donación voluntaria de órganos", cuyo

objetivo central es proporcionar toda la información acerca de la donación voluntaria de órganos a la población abierta, con el fin de buscar donadores voluntarios a través de pláticas y entrega de trípticos.

**CAPITULO VI**  
**PROPUESTA DE INTERVENCION**

## CAPITULO VI. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

### 6.1.- Introducción

A continuación se presenta un programa de promoción a la donación voluntaria de órganos, mismo que esta conformado por nueve actividades encaminadas a lograr el siguiente objetivo: Proporcionar toda la información acerca de la donación voluntaria de órganos a la población abierta, con el fin de buscar donadores voluntarios a través de platicas y entrega de trípticos. Dicho programa surgió como respuesta a la problemática detectada en nuestra investigación en la cual se aplicaron ocho reactivos que nos permitirían detectar el conocimiento que poseían las personas que acudían al Hospital General acerca de la donación voluntaria de órganos.

Al momento de analizar los resultados se pudo detectar que las personas no contaban con la información suficiente sobre este tema, así que en caso de interesarse en ser donadores no contarían con la información suficiente para hacerlo. Es por eso que este programa se hizo pensando en resolver algunas dudas que el público interesado en la donación voluntaria de órganos tiene acerca de este tema.

Dentro de este programa están contempladas las siguientes actividades: presentar el proyecto en la jefatura de trabajo Social, presentar el proyecto al personal de trabajo social de la institución, captar donadores voluntarios, elaboración de volantes, platicas sobre la donación voluntaria de órganos y funciones de COETRA en el Hospital General del Estado, Modulo de información y captación de donadores voluntarios de órganos (jornadas de enfermería), dar platicas en los centros de salud, dar platicas en la UNISON, participación en las jornadas de Trabajo Social del Hospital General del Estado y asistir a la radio.

Con este programa se pretende que la información sea continua, para que se forme una cultura de donación de órganos, toda vez que se cuenta con el apoyo de estudiantes y prestadoras de servicio del departamento de trabajo social de la Universidad de Sonora.

## 6.2.- OBJETIVO GENERAL

Proporcionar información a población abierta, acerca de la donación voluntaria de órganos con el fin de buscar donadores voluntarios a través de pláticas y entrega de trípticos.

## 6.3.- ESTRUCTURACION DEL PROGRAMA

I. UNIDAD: Presentar el proyecto en la jefatura de Trabajo Social del Hospital General del Estado.

### OBJETIVO ESPECIFICO.

Dar a conocer el proyecto a la jefa de Trabajo Social con el fin de obtener su apoyo y/o autorización.

TECNICA: Exponer el proyecto oralmente y presentar el documento.

RECURSOS HUMANOS: Dos practicantes de Trabajo Social.

RECURSOS MATERIALES: Hojas blancas.

TIEMPO: 30 minutos.

COORDINACION: Trabajadora Social.

LUGAR: Jefatura Del departamento de Trabajo Social .

II UNIDAD: Presentar el proyecto al personal que labora en el departamento de Trabajo Social de la institución.

### OBJETIVO ESPECIFICO.

Dar a conocer el contenido del proyecto a las Trabajadoras Sociales del Hospital General del Estado para obtener su apoyo en la difusión de la donación voluntaria.

TECNICA: Exposición Oral.

RECURSOS HUMANOS: Dos practicantes de Trabajo Social y la Trabajadora Social del COETRA.

RECURSOS MATERIALES: Hojas y acetatos.

TIEMPO: 45 Minutos.

COORDINACION: COETRA y Trabajo Social.

LUGAR: Hospital General.

III. UNIDAD: Elaboración y entrega de volantes.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Proporcionar información a las personas sobre los procedimientos y lugar a donde acudir para obtener la credencial en caso de interesarse en la donación voluntaria.

TECNICA: Repartición de volantes en la consulta externa y pasillos.

RECURSOS HUMANOS: Dos practicantes de Trabajo Social.

RECURSOS MATERIALES: Hojas blancas, tinta, etc.

TIEMPO: Dos horas diarias durante una semana.

COORDINACION: Trabajo Social

LUGAR: Hospital General.

IV. UNIDAD: Pláticas sobre la donación de órganos y funciones del COETRA en el Hospital General del Estado.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Proporcionar información sobre la donación voluntaria de órganos y las funciones de COETRA con el fin de hacer que la gente tenga la información correcta y sepa a donde acudir si se interesa en la donación.

TECNICA: Exposición oral y apoyo en material didáctico.

RECURSOS HUMANOS: Practicantes de Trabajo Social y representante de COETRA.

RECURSOS MATERIALES: Papel rota folio, marcadores, cinta y porta rota folio.

TIEMPO: Una hora.

COORDINACION: COETRA y Trabajo Social.

EVALUACION: Aplicado un pequeño cuestionario para conocer sobre la información captada durante la exposición.

V. UNIDAD: Módulo de información y captación de donadores voluntarios de órganos .

OBJETIVO ESPECIFICO.

Otorgar el mayor número de credenciales de donación voluntaria a las personas que están dispuestas a donar sus órganos.

TECNICA: Registro de donadores voluntarios.

RECURSOS HUMANOS: Dos practicantes de Trabajo Social y COETRA.

RECURSOS MATERIALES: Hojas, plumas, formatos de registro, credenciales, etc.

TIEMPO: Dos horas, durante dos días.

COORDINACION: Hospital General del Estado, COETRA y Centros de Salud.

LUGAR :Hospital General.

VI. UNIDAD: Dar Platicas en los centros de salud.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Informar e invitar a las personas que acuden a los diferentes centros de salud a participar en la donación voluntaria por medio de una breve platica, entrega de trípticos y volantes.

TECNICA: exposición oral y entrega de trípticos.

RECURSOS HUMANOS: Dos practicantes de Trabajo Social.

RECURSOS MATERIALES: rota folios, marcadores, hojas blancas, etc.

TIEMPO: Dos horas a la semana durante dos meses.

COORDINACION: Trabajo Social.

LUGAR: Centros de Salud.

VII. UNIDAD: Platicas en la UNISON.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Proporcionar información a los estudiantes de la UNISON sobre lo que es la donación voluntaria de órganos con el fin de que tengan conocimiento de donde se encuentra ubicado COETRA y los procedimientos que se hacen en la donación voluntaria.

TECNICA: Exposición oral.

RECURSOS HUMANOS: Dos practicantes de Trabajo Social.

RECURSOS MATERIALES: Rotafolios, credenciales, trípticos, etc.

TIEMPO: Dos horas diarias durante dos semanas.

COORDINACION: Hospital General del Estado, COETRA, y Servicios Estudiantiles de la UNISON.

LUGAR: UNISON (Diferentes departamentos).

VIII. UNIDAD: Participación en las jornadas de Trabajo Social del Hospital General del Estado.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Proporcionar información sobre la donación de órganos y funciones de COETRA.

TECNICA: exposición oral.

RECURSOS HUMANOS: Practicantes de Trabajo Social.

RECURSOS MATERIALES: Computadora, etc.

TIEMPO: Un día.

COORDINACION: COETRA y Departamento de Enseñanza

LUGAR: Hospital General del Estado de Sonora.

IX. UNIDAD: Asistir a la radio.

OBJETIVO ESPECIFICO.

Proporcionar información al público radio oyente sobre lo que es la donación voluntaria de órganos, con el fin de que tengan conocimiento de donde se encuentra ubicado COETRA y los procedimientos que se hacen en la donación voluntaria.

TECNICA: Exposición oral y entrevista.

RECURSOS HUMANOS: Dos practicantes de Trabajo social y representante de COETRA.

RECURSOS MATERIALES: Ninguno.

TIEMPO: 15 minutos en cada visita.

COORDINACION: COETRA y Trabajo Social.

El presente programa pretende tener una duración de nueve semanas y se sugiere que sus aplicación sea continua para tener éxito en la captación de donadores voluntarios de órganos.

## **CUADRO DE ACTIVIDADES**

**“Programa de promoción de donación voluntaria de órganos.”**

**6.4.-CUADRO DE ACTIVIDADES.  
PROGRAMA DE PROMOCION DE DONACION  
VOLUNTARIA DE ORGANOS.**

ACTIVIDAD	TECNICA	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	TIEMPO.	COORDINACION
Presentar el proyecto en la Jefatura de trabajo Social del Hospital General del Estado de Sonora.	Exposición oral y presentación del documento	Dos practicantes de Trabajo Social.	Hojas Blancas.	30 minutos	Trabajo Social
Presentar el proyecto al personal de trabajo social de la institución.	Exposición Oral	Dos Practicantes de trabajo Social y la representante de COETRA	Hojas y acetatos.	45 minutos	COETRA y Trabajo Social
Elaboración y entrega de volantes informativos	Reparación de Volantes en la consulta externa y pasillos	Practicantes de Trabajo Social.	Hojas blancas y tinta	Dos horas diarias durante una semana.	Departamento de Trabajo Social del Hospital General del Estado.
Pláticas sobre la Donación de Órganos y funciones de COETRA en el Hospital General del Estado.	Exposición Oral y apoyo de material didáctico.	Practicantes de Trabajo Social y representante de COETRA	Papel rotafolio, marcadores, cinta y portarotafolio.	1 Hora.	COETRA y trabajo Social.
Modulo de información y captación de donadores voluntarios de órganos.	Entrevista	Practicantes de Trabajo Social	Formato de registro	Dos horas durante dos días.	Hospital General del Estado y COETRA.

Platicas en los Centros de Salud.	Exposición Oral y entrega de tripticos.	Practicantes de Trabajo Social.	Rotafolios y marcadores.	Dos horas a la semana durante dos meses.	Trabajo social
Platicas En la UNISON.	Exposición Oral.	Practicantes de Trabajo Social.	Rotafolios, Credenciales, Tripticos.	Dos Horas diarias durante dos semanas.	Hospital General del Estado, Coetra y Servicios Estudiantiles de la UNISON.
Participación en las Jornadas de T.S. del Hospital General del Estado.	Exposición oral	Practicantes de Trabajo Social.	Computadora.	Un día.	COETRA y departamento de enseñanza.
Asistir a la radio.	Exposición Oral Y Entrevista	Practicantes de Trabajo Social y representantes de COETRA.	ninguno.	Quince minutos cada DIA.	COETRA y Trabajo Social.

## BIBLIOGRAFÍA

### Libros:

- ❖ Santiago - Delpin Eduardo A., Ruiz - Speare j. Octavio. Transplante de Órganos. Editorial: JCH editores. S.A. de C.V. México, D.F.1999.
- ❖ Ley General de Salud. Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de seres humanos. Artículos 317 y 350. 1984
- ❖ Hernández de Vittorioso, Lidia C. Asistente Social – Master en Trabajo Medico Social. Editorial: Humanitas. Buenos Aires Argentina.
- ❖ Ander – Egg Ezequiel. Historia de Trabajo Social. Editorial: Humanitas. Buenos Aires Argentina. 1984.
- ❖ Kisnerman, Natalio. Salud Publica y Trabajo Social. Editorial: Humanitas, Buenos Aires Argentina .1981.
- ❖ García Mendoza, Héctor. Manual de Investigación aplicada en servicios Sociales y de Salud. Editorial: Ediciones Científicas. La Prensa Mexicana, S.A. de C.V. 3 de Enero de 1989.
- ❖ B. de Brandenburg. Ana. Servicio Social Hospitalario. Editorial: Humanitas. Buenos Aires, Argentina. Abril 1973.
- ❖ Rojas Soriano, Raúl. Guía para realizar Investigaciones Sociales. Editorial: plaza y valdez (pyv), Editores.30 edición, México, D.F.2000.

- ❖ Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista, Lucio Pilar. Metodología de la Investigación Mc Graw - Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. 1991

#### **Folletos De Hospital General:**

- ❖ Gómez, María de los Ángeles. La practica Social de Salud en México. 1993.
- ❖ Soumaya Domit de SLIM. Conatra. Secretaria de Salud. Año 2000.

#### **INTERNET:**

##### **Donación de Órganos.**

[http://mx.geocities.com/maricela – del – Rocio/bibliografia.htm](http://mx.geocities.com/maricela-del-Rocio/bibliografia.htm)

\*Revista "Muy Interesante". Año 1999.

\*Revista "Quo". Año 1999.

##### **Tanatología.**

Información de Internet en relación a tanatología: "ayudar al buen morir" de la autora:

Kübler Ross E. On Death and Dying, Collier Books, NY, 1969.

Disponible en Internet. Google. Tanatología.

<http://www.freewebs.com/psitranspersonal/tanato:htm>

# APÉNDICE

APÉNDICE I

**UNIVERSIDAD DE SONORA.**

**División de ciencias sociales.**

**Departamento de trabajo social.**

**INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN EN EL HOSPITAL  
GENERAL DEL ESTADO.**

1.-Edad.

2.- ¿Sabes de lo que se encarga el Consejo Estatal de Transplantes?

**SI** **NO**

3.-¿Cuando mueras te gustaría donar tus órganos. ?

**SI** **NO**

4.- Si tu respuesta es no ¿por qué?

5.-Estas enterado (a) que para donar tus órganos tienes que tramitar una credencial de donador voluntario, en vida.

**SI** **NO**

6.-¿Sabes en donde puedes obtener la credencial de donador voluntario. ?

**SI** **NO**

7.- ¿Tienes información de cuantos de tus órganos pueden ser aprovechados en un transplante. ?

**SI** **NO**

¿Cuántos. ?

8.-¿Cuántas personas se pueden salvar gracias a ti al ser donador voluntario. ?

# **ANEXOS.**

## ANEXO I

### FUNDAMENTOS LEGALES DE LA DONACIÓN

En México contamos con un marco jurídico adecuado con relación a los avances médicos y científicos. Del mismo modo, podemos decir que la legislación en materia de trasplantes y de donación de órganos, tejidos y células cumple con sus propósitos. Nos parece importante informar a usted acerca de estos fundamentos legales, por ello ponemos a su disposición el Título decimocuarto de la Ley General de Salud y el Acuerdo de Creación del Consejo Nacional de Trasplantes. En caso de querer profundizar al respecto, le sugerimos revisar el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la Disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.

#### LEY GENERAL DE SALUD

#### TÍTULO DÉCIMO CUARTO. CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS, TEJIDOS, CÉLULAS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS.

##### CAPÍTULO I

##### Disposiciones comunes.

**Art. 313.-** Compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos. Al efecto la Secretaría de Salud, tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes y al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

**Art. 314.-** Para efecto de este título, se entiende por:

I.- Disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos: El conjunto de actividades relativas a la obtención, análisis, conservación, utilización, preparación, suministro y destino final de órganos, tejidos y sus componentes, células y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de preembriones, embriones y fetos, con fines terapéuticos, de docencia o investigación.

II.- Cadáver: El cuerpo humano en el que se haya comprobado la pérdida de vida.

III.- Células germinales: Las células reproductoras masculinas y femeninas capaces de dar origen a un embrión.

IV.- Pre-embrión: El producto de la concepción hasta el término de la segunda semana de gestación.

V.- Embrión.- El producto de la concepción a partir del inicio de la tercera semana de gestación y hasta el término de la duodécima semana gestacional.

VI.- Feto: El producto de la concepción a partir de la decimotercera semana de edad gestacional, hasta la expulsión del seno materno.

VII.- Tejido: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de células de la misma naturaleza, ordenadas con regularidad y que desempeñen una misma función.

VIII.- Órgano: Entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño del mismo trabajo fisiológico.

IX.- Producto: Todo tejido o sustancia excretada o expelida por el cuerpo humano como resultante de procesos fisiológicos normales: Serán considerados productos para efectos de este título, la placenta y los anexos de la piel.

X.- Destino final: La conservación permanente, inhumación, desintegración e inactivación de órganos, tejidos, células y derivados, productos y cadáveres de seres humanos, incluyendo los de preembriones, embriones y fetos, en condiciones sanitarias permitidas por esta ley y demás.

**Art. 315.-** Se considerará como disponente originario, para efecto de este título, a la persona con respecto a su propio cuerpo y los productos del mismo.

**Art. 316.-** Serán disponentes secundarios:

I.- El cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario.

II.- A falta de los anteriores, la autoridad sanitaria.

III.- Los demás a quienes esta ley y otras disposiciones generales aplicables les confieran tal carácter, con las condiciones y requisitos que se señalen en las mismas.

**Art. 317.-** Para la certificación de la pérdida de vida, deberá comprobarse previamente la existencia de los siguientes signos de muerte:

I.- La ausencia completa y permanente de la conciencia.

II.- La ausencia permanente de respiración espontánea.

III.- La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos.

IV.- La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares.

V.- La atonía de todos los músculos.

VI.- El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.

VII.- El paro cardíaco irreversible.

VIII.- Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

**Art. 318.-** La disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, podrá realizarse de cadáveres en los que se haya certificado pérdida de la vida en los términos del artículo 317 o de aquellos en que se compruebe la persistencia por seis horas de los signos a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del mismo artículo y además las siguientes circunstancias:

I.- Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado.

II.- Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central o hipotermia.

Si antes de ese término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de vida y se expedirá el certificado correspondiente.

La certificación de muerte respectiva será expedida por dos profesionales distintos de los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el transplante.

**Art. 319.-** Los establecimientos en los cuales se realicen actos de disposición de órganos, tejidos y sus componentes y células requieren de autorización sanitaria.

En el caso de los establecimientos en los que se realicen actos relacionados con cadáveres de seres humanos, se deberá presentar el aviso correspondiente a la Secretaría de Salud en los términos de esta ley y demás disposiciones generales aplicables.

Los profesionales responsables de los actos a que se refieren los párrafos anteriores también deberán presentar aviso.

**Art. 320.-** Se considerará disposición ilícita de órganos, tejidos, células y cadáveres de seres humanos, a aquella que se realiza en contra de la ley y el orden público.

## **CAPÍTULO II**

### **Órganos, tejidos y células.**

**Art. 321.-** Los trasplantes de órganos, tejidos y células de seres humanos vivos podrán llevarse a cabo con fines terapéuticos, solamente cuando hayan sido satisfactorios los resultados de las investigaciones al efecto, representen un riesgo aceptable para la salud y la vida del disponente originario y del receptor y siempre que existan justificantes de orden terapéutico.

**Art. 322.-** Salvo tratándose de la sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, la obtención de órganos o tejidos y sus componentes de seres humanos con fines terapéuticos, se hará preferentemente en cadáveres.

**Art. 323.-** La selección del disponente originario y del receptor de órganos, tejidos y sus componentes y células, para trasplante o transfusión, se hará siempre por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

**Art. 324.-** Para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en documento expedido ante dos testigos idóneos y con las demás formalidades que al efecto señalen las disposiciones aplicables.

Tratándose de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, bastará el simple consentimiento por escrito del donante.

El disponente originario podrá revocar el consentimiento en cualquier momento y sin responsabilidad de su parte.

**Art. 325.-** Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos, tejidos y sus componentes de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponentes a que se refiere el

artículo 316 de esta ley, excepto cuando la autoridad competente, de conformidad con la ley, ordene la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos y tejidos y sus componentes no requerirá de autorización o consentimiento alguno.

**Art. 326.-** No será válido el consentimiento otorgado por:

I.- Menores de edad.

II.- Incapaces.

III.- Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente.

**Art. 327.-** Cuando el consentimiento provenga de una mujer embarazada, sólo será admisible para la toma de tejidos con fines terapéuticos si el receptor correspondiente estuviere en peligro de muerte y siempre que no implique riesgo para la salud de la mujer o del producto de la concepción.

**Art. 328.-** Las personas privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para la utilización de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos solamente cuando el receptor sea cónyuge, concubinario, concubina o familiar del disponente originario de que se trate.

**Art. 329.-** Los establecimientos de salud, previa autorización de la Secretaría de Salud, podrán instalar y mantener para fines terapéuticos: bancos de órganos, tejidos y sus componentes y de células, los que serán utilizados bajo la responsabilidad técnica de la dirección del establecimiento de que se trate y de conformidad con las disposiciones aplicables.

**Art. 330.-** La disposición de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas con fines terapéuticos, estará a cargo de bancos de sangre y servicios de transfusión que se instalarán y funcionarán de acuerdo con las disposiciones aplicables y previa autorización de la Secretaría de Salud. La sangre será considerada como tejido.

**Art. 331.-** La Secretaría de Salud otorgará la autorización a que se refiere el artículo anterior, a los establecimientos que cuenten con el personal técnico y el equipo instrumental necesario para la obtención, análisis, preservación sanitaria y suministro de la sangre y sus componentes y derivados con fines terapéuticos y que tengan como responsable a un profesional médico capacitado en la materia.

**Art. 332.-** La sangre humana, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas, sólo podrán obtenerse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente y en ningún caso podrán ser objetos de actos de comercio.

**Art. 333.-** Los órganos y tejidos de seres humanos, incluyendo la sangre y hemoderivados, no podrán internarse o salir del territorio nacional sin permiso previo de la Secretaría de Salud, aplicándose en la conducente, las disposiciones del capítulo XIII del título duodécimo de esta ley.

Los permisos para que la sangre y hemoderivados puedan salir del territorio nacional, se concederán siempre y cuando estén satisfechas las necesidades de ellos en el país, salvo casos de emergencia.

Los hemoderivados sólo podrán exportarse con autorización previa de dicha Secretaría, la que será concedida tomando en cuenta las necesidades de ellos en el país.

**Art. 334.-** Cualquier órgano o tejido que haya sido desprendido o seccionado por intervención quirúrgica, accidente o hecho ilícito, deberá ser manejado en condiciones higiénicas y su destino final será la incineración, salvo que se requiera para fines terapéuticos, de docencia o de investigación, en cuyo caso los establecimientos de salud podrán disponer de ellos o remitirlos a instituciones docentes autorizadas por la Secretaría de Salud, en los términos de esta ley y demás disposiciones generales aplicables.

**Art. 335.-** El control sanitario de los productos a que se refiere este título, se llevará a cabo de conformidad con las disposiciones de esta ley, en la conducente y de las demás disposiciones aplicables.

### **CAPÍTULO III**

#### **Cadáveres.**

**Art. 336.-** Los cadáveres no pueden ser objeto de propiedad.

Los cadáveres se clasifican de la siguiente manera:

- I.- De personas conocidas .
- II.- De personas desconocidas.

Los cadáveres no reclamados dentro de las setenta y dos horas posteriores al fallecimiento y aquellos de los que se ignore su identidad, serán considerados como de personas desconocidas.

**Art. 338.-** La inhumación o incineración de cadáveres sólo podrán realizarse con la autorización del encargado o del juez del Registro Civil que corresponda, quien se asegurará del fallecimiento y sus causas y exigirá la presentación del certificado de defunción.

**Art. 339.-** Los cadáveres deberán inhumarse, incinerarse o embalsamarse entre las doce y cuarenta y ocho horas siguientes a la muerte, salvo autorización específica de la autoridad sanitaria competente o por disposición del Ministerio Público o de la autoridad judicial.

**Art. 340.-** El depósito y manipulación de cadáveres, excluida la inhumación, deberán efectuarse en establecimientos que reúnan las condiciones sanitarias que fije la Secretaría de Salud en las autorizaciones respectivas.

La propia Secretaría determinará técnicas y procedimientos que deberán aplicarse para la conservación de cadáveres.

**Art. 341.-** Las autoridades sanitarias competentes ejercerán el control sanitario de las personas que se dediquen a la prestación de servicios funerarios. Asimismo, verificarán que los locales en que se presten los servicios reúnan las condiciones sanitarias exigibles en los términos de los reglamentos correspondientes.

La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial fijará las tarifas máximas a que deberá sujetarse la prestación de los servicios funerarios.

**Art. 342.-** La inhumación e incineración de cadáveres sólo podrá realizarse en lugares autorizados por las autoridades sanitarias competentes.

**Art. 343.-** La Secretaría de Salud determinará el tiempo mínimo que han de permanecer los restos en las fosas.

Mientras ese plazo no termine, sólo podrán verificarse exhumaciones autorizadas por las autoridades sanitarias y las ordenadas por las judiciales o por el Ministerio Público, mediante los requisitos sanitarios que se fijen, en cada caso, por las primeras.

**Art. 344.-** La internación y salida de cadáveres del territorio nacional y su traslado de una entidad federativa a otra, sólo podrán hacerse mediante autorización de la Secretaría de Salud y previa satisfacción de los requisitos que establezcan los tratados y convenciones internacionales, los reglamentos de esta ley y otros previstos en la legislación federal.

**Art. 345.-** Para la práctica de necropsias en cadáveres de seres humanos, se requiere la orden o autorización del disponente secundario correspondiente, de conformidad con lo que establezcan las disposiciones aplicables, salvo que exista orden por escrito del disponente originario.

**Art. 346.-** Para la utilización de cadáveres de personas conocidas por parte de ellos, con fines de docencia e investigación, se requiere permiso del disponente originario, mismo que no podrá ser revocado por los disponentes secundarios a que se refiere la fracción I del artículo 316 de esta ley.

Cuando el disponente originario no haya expresado su voluntad por lo que respecta a la disposición de su cadáver, las personas a que se refiere la fracción I del artículo 316 de esta ley, podrán consentir en que se destine a la docencia e investigación, en los términos que al efecto señalen las disposiciones aplicables.

Tratándose de cadáveres de personas desconocidas, las instituciones educativas podrán obtenerlos del Ministerio Público o de establecimientos de prestación de servicios de atención médica o de asistencia social. Para tales efectos, las instituciones educativas deberán ser autorizadas por la Secretaría de Salud, de conformidad con las disposiciones aplicables.

**Art. 347.-** Las instituciones educativas que obtengan cadáveres de personas desconocidas serán depositarias de ellos durante diez días, con objeto de dar oportunidad al cónyuge, concubinario, concubina o familiares reclamarlos.

En este lapso los cadáveres permanecerán en las instituciones y únicamente recibirán el tratamiento para su conservación y el manejo sanitario que señalen las disposiciones respectivas.

Una vez concluido el plazo correspondiente sin reclamación, serán consideradas las instituciones educativas como disponentes secundarios.

**Art. 348.-** Los cadáveres de personas desconocidas, los no reclamados y los que hayan sido objeto de docencia e investigación, serán inhumados o incinerados.

**Art. 349.-** Para el control sanitario de la disposición del Pre-embrión, del embrión y de las células germinales, se estará a lo dispuesto en esta ley, en lo que resulte aplicable y en las demás disposiciones reglamentarias que al efecto se expidan.

**Art. 350.-** Sólo podrá darse destino final a un feto previa expedición del certificado de muerte fetal.

## ANEXO II

### ACUERDO DE CREACIÓN DEL CONSEJO NACIONAL DE TRANSPLANTES

Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional de Transplantes, como una comisión intersecretarial de la administración pública federal, que tendrá por objeto promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de transplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado.

**Al margen un sello en el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.**

**ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN.-** Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y con fundamento en los artículos 21, 29, 30, 38 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 3º, fracción XXVI, 27. fracción IV, 160 Y 313 de La Ley General de Salud, y considerando:

Que el artículo 4º. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos consagra, en su párrafo cuarto, el derecho de toda persona a la protección de la salud, ya que se trata de una necesidad primordial en la vida de las personas y de un bien social en lo colectivo;

Que cada año miles de individuos enferman de alguna insuficiencia orgánica que, en ocasiones, les produce la muerte, no obstante que entre estos padecimientos existen algunos que son susceptibles de ser tratados mediante el transplante de órganos y tejidos.

Que el transplante de órganos y tejidos es, en muchos casos, la única posibilidad de vida para los pacientes, pero para ello se requiere de la actuación oportuna y eficaz del personal de las distintas instituciones y centros hospitalarios, con sujeción a las disposiciones sobre los procedimientos de procuración de órganos y tejidos, así como su implantación con fines terapéuticos, prescritos en la Ley General de Salud.

Que en México, aun cuando se cuenta con personal calificado para la realización de transplantes y con la infraestructura adecuada, el número de estos es menor al que marca la experiencia internacional.

Que para contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad es necesario propiciar la coordinación de las diferentes instituciones de salud pública y de los sectores social y privado, que de manera directa promueven o realizan transplantes de órganos y tejidos, para lograr la utilización óptima de estos.

Que el Programa de Reforma de Sector Salud 1995-2000 señala como uno de sus objetivos el de beneficiar a los pacientes mediante transplantes que garanticen el mas alto grado de seguridad para la vida, para lo cual plantea la creación de un sistema de procuración de órganos y tejidos con la participación de las instituciones del sector salud, he tenido a bien expedir el siguiente acuerdo:

**ARTÍCULO 1º.** Se crea el Consejo Nacional de Transplantes, como una comisión intersecretarial de la administración pública federal, que tendrá por objeto promover, apoyar y coordinar las acciones en materia de transplantes que realizan las instituciones de salud de los sectores público, social y privado, con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad por padecimientos susceptibles de ser corregidos mediante este procedimiento.

**ARTÍCULO 2º.** Para el cumplimiento de su objeto el Consejo Nacional de Transplantes tendrá las siguientes funciones:

I.- Promover el diseño, instrumentación y operación del Sistema Nacional de Transplantes, así como de los subsistemas que lo integren.

II.- Proponer políticas, estrategias y acciones para la elaboración y aplicación del Programa Nacional de Transplantes.

III.- Sugerir a las autoridades competentes la realización de actividades educativas, de investigación y de difusión, para el fomento de la cultura de la donación de órganos y tejidos.

IV.- Establecer mecanismos para la sistematización y difusión entre los sectores involucrados de la normatividad y de la información científica, técnica y sanitaria en materia de transplantes.

V.- Coordinar las acciones de las dependencias y entidades públicas en la instrumentación del Programa Nacional de Transplantes, así como promover la concentración de acciones con las instituciones de los sectores social y privado que lleven a cabo tareas relacionadas con el programa mencionado.

VI.- Proponer a las autoridades competentes mecanismos de coordinación entre las autoridades federales y los gobiernos de las entidades federativas, con el objeto de que estas adapten las medidas necesarias para apoyar las acciones en materia de transplantes, así como promover la constitución de consejos estatales de transplantes.

VII.- Coordinar sus acciones con el Registro Nacional de Transplantes.

VIII.- Proponer mecanismos de coordinación y evaluación de los programas de capacitación y atención médica relacionados con los transplantes.

IX.-Coadyuvar en la coordinación de un sistema de información y evaluación del Programa de Transplantes en el ámbito nacional, estatal y municipal.

X.- Proponer a las autoridades competentes modificaciones a las normas y procedimientos vigentes, a efecto de impulsar su simplificación administrativa y facilitar la obtención de órganos y tejidos para la realización de transplantes.

XI.- Coadyuvar con las autoridades competentes en la prevención del tráfico ilegal de órganos y tejidos.

XII.- Promover el desarrollo de investigaciones en la materia.

XIII.- Las demás que le asigne el Ejecutivo Federal.

**ARTÍCULO 3º.** El consejo se integra por el Secretario de Salud, quien lo presidirá; por los titulares de las Secretarías de la Defensa Nacional, de Marina, de Educación Pública, y por un representante de la Secretaría de Salud. Las autoridades competentes tomarán todas las medidas necesarias para que el Director General del Instituto Mexicano del Seguro Social y el Director General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado participen como miembros del consejo. Los integrantes titulares podrán designar a sus respectivos suplentes.

Asimismo, el presidente del Consejo invitará a participar en el mismo a un representante de la Procuraduría General de la República y a dos representantes de instituciones académicas, a los presidentes de las academias Nacional de Medicina, Mexicana de Cirugía y Mexicana de Ciencias, así como a aquellas personas e instituciones que por su experiencia puedan auxiliar al Consejo en la realización de su objeto.

**ARTÍCULO 4º.** El Consejo podrá determinar la creación de comités y grupos de trabajo, tanto de carácter permanente como transitorio, que estime convenientes para el estudio y solución de los asuntos específicos relacionados con su objeto.

La integración de cada uno de los comités, así como su organización y funcionamiento, se sujetarán a lo que disponga el Reglamento Interno del Consejo.

**ARTÍCULO 5º.** Para el eficaz desarrollo de sus funciones, el Consejo Nacional de Transplantes contará con un Secretario Técnico, quien al igual que el Presidente tendrá las facultades que se le asignen en el Reglamento Interno del Consejo.

**ARTÍCULO 6º.** El Consejo promoverá la constitución de un Patronato que tendrá por objeto la obtención de recursos para coadyuvar con aquel en la realización de sus funciones.

#### **TRANSITORIOS.**

**PRIMERO.** El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

**SEGUNDO.** Los miembros del Consejo Nacional de Transplantes deberán celebrar la sesión de instalación del mismo dentro de los treinta días siguientes a la fecha de publicación de este instrumento.

**TERCERO.** El Consejo Nacional de Transplantes expedirá su Reglamento Interno dentro de los treinta días siguientes a la fecha en que se celebre la sesión de instalación.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los dieciocho días del mes de enero de mil novecientos noventa y nueve.- Ernesto Zedillo Ponce de León.- Rúbrica.- El Secretario de la Defensa Nacional, Enrique Cevantes - Rúbrica.- El Secretario de Marina, José

Ramón Lorenzo Franco.- Rúbrica.- El Secretario de educación Pública, Miguel  
Limón Rojas.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente.-  
Rúbrica.



ANEXO IV

VOLANTE DE DIFUSIÓN A LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE ORGANOS.

---

# DALE VIDA A OTRA VIDA

Entrega una esperanza de vida donde es posible que ya no exista  
*CUALQUIER PERSONA MAYOR DE 18 AÑOS PUEDE SER*  
*DONADOR DE ORGANOS.*

En el estado de Sonora existe el consejo estatal de trasplantes que se en carga de registrar a personas que deciden donar sus órganos y a personas que están en espera de recibir uno para mejorar su nivel de vida.

*Si te interesa la donación de órganos o deseas obtener mas información al respecto acude al :*

Modulo de información del COETRA  
ubicado en  
el Hospital general del estado  
(área de Nefrologia)  
Tel. : (62) 13-02-62

### Donación Voluntaria de Organos

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Dono los siguientes organos con fines de trasplante al momento de mi muerte, con la esperanza de ayudar a salvar una vida.

Dono:

- a) Cualquier organo
- b) Sólo los siguientes organos

(especificar los organos)

Huella Digital  
pulgar derecho



Testigo Familiar: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Testigo Familiar: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Tipo de Sangre: \_\_\_\_\_

Institución de Seguridad Social que pertenezco: \_\_\_\_\_

En caso de accidente avisar al tel: ( ) \_\_\_\_\_

**Llévala siempre consigo**

**Consejo Nacional  
de Trasplantes**  
Tel: 55-45-12-19  
México, D.F.



**Consejo Estatal  
de Trasplantes**  
Tel: (62) 13-02-62  
Hermosillo, Son.

## GLOSARIO.

**TRANSPLANTE:** Es la sustitución de un órgano o tejido que ya no funciona, por otro que si lo hace, con el objeto de restituir las funciones perdidas.

**AUTOTRANSPLANTE:** Cuando el donador y el receptor es la misma persona, es el caso de una persona que sufre un injerto de su propia piel.

**ISOTRANSPLANTE:** Cuando el donador y el receptor son genéticamente idénticos, como en el caso de los gemelos idénticos.

**ALOTRANSPLANTE:** Cuando el donador y el receptor son de la misma especie, pero genéticamente diferentes, entre dos seres humanos. Tal es el caso de trasplantes entre dos seres humanos no relacionados.

**XENOTRANSPLANTE:** Cuando el donador y el receptor son de diferente especie, por ejemplo de cerdo a humano, o mono a humano.

**DONADOR CADAVERÍCO:** Es la persona que, en vida, tomó la decisión de donar sus órganos, o que sus familiares lo decidieron a la hora de su muerte.

**LA MUERTE CEREBRAL M.C. O MUERTE ENCEFÁLICA M.E.:** Es el cese irreversible de las funciones cerebrales, incluyendo las del tallo cerebral.

**SIGNO LAZARO:** Son los determinados movimientos corporales de casos de personas clínicamente muertas o que no reflejan ninguna actividad cerebral.

**ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG):** Métodos para poder dar un diagnostico mas certero sobre Muerte Cerebral.

**CONATRA:** Es el Consejo Nacional de Transplantes.

**COETRA:** Los Consejos Estatales de Transplantes.

**TANATOLOGIA :** Es una especialidad de reciente aparición en el ámbito de la medicina pero que se desarrolla muchas veces de manera empírica y humanitaria por enfermeras o los propios familiares del paciente.

**PACIENTE TERMINAL:** Es la persona que padece una enfermedad irreversible y que tiene un proceso doloroso que lamentablemente no tiene cura y que el destino del paciente es la muerte.