

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN DE LA POBLACIÓN  
GUATEMALTECA EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS**

**TESIS**

**Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala**

**POR**

**MARÍA ELENA ALVAREZ CURTHIZ**

**Previo a Conferírsele el Título de  
TRABAJADORA SOCIAL  
En el Grado Académico de**

**LICENCIADA**

**Guatemala, noviembre de 2007**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

RECTOR Lic. Carlos Estuardo Gálvez Barrios  
SECRETARIO Dr. Carlos Alvarado Cerezo

**AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

DIRECTORA Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
SECRETARIA Licda. Carolina de la Rosa de Martínez

**CONSEJO DIRECTIVO**

**REPRESENTANTES DOCENTES**

Licenciada Alma Lilian Rodríguez Tello  
Licenciado Edwin Gerardo Velásquez

**REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES**

Mtra. María Eloisa Escobar Sandoval

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

Estudiante Isabel del Carmen Santos Chinchilla  
Estudiante Mario Rolando Rojo Pérez

**TRIBUNAL EXAMINADOR**

Directora Mtra. Mirna Aracely Bojórquez de Grajeda  
Secretaria Licda. Carolina de la Rosa de Martínez  
Coordinadora IIETS Licda. María del Carmen Galicia Guillén  
Tutor – Revisor Lic. Florencio de Jesús León Rodríguez  
Coordinadora Área de Formación  
Profesional Específica Mtra. Ada Priscila Del Cid

“Los autores serán los responsables de las opiniones y criterios expresados en sus obras”.

Artículo 11 del Reglamento del Consejo Editorial de la Universidad de San Carlos de Guatemala

## **ACTO QUE DEDICO**

- A DIOS:** Mi creador, por estar conmigo en cada momento de mi vida.
- A MI MADRE:** Eugenia Guillermina Curthiz Cujulún de Alvarez.  
Como un homenaje a su memoria, por su amor, su apoyo, ejemplo y perseverancia, que Nuestro Señor la tenga en un mejor lugar.
- A MI PADRE:** Mario Alvarez Echeverría  
Agradecimiento infinito por su amor, ejemplo y apoyo incondicional.
- A MIS HIJOS:** Luz María y José Carlos, quienes son la razón de mi vida.  
Gracias por estar siempre conmigo, ayudarme y darme su tiempo y paciencia y sobre todo su amor.
- A MIS HERMANOS:** Carlos Rafael (Q.E.P.D), Eugenia Isabel y Mario René
- A MIS SOBRINOS:** Con todo mi cariño.
- A MIS AMIGAS:** Elvia Cristina García de Santizo y Alba Yolanda Meza Juárez, porque gracias a ellas, agradecimientos porque con su apoyo en todo momento en esta fecha alcanzo mi meta.

## **AGRADECIMIENTOS**

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

MI AMIGO - MI TUTOR- REVISOR: Licenciado Florencio de Jesús León  
Por su paciencia, orientación y apoyo a seguir adelante.

MIS MADRINAS:

Licenciada Rossana Lizbeth Arriaga Díaz  
Licenciada Eugenia Esperanza Beteta Viana

UNIDAD DE TRASPLANTE RENAL

En especial al Dr. Vicente Sánchez Polo,  
Dr. Miguel Ángel Castillo, Dra. Fabiola Galindo, Licda. Aura Marina de Mejicanos,  
Enfermera Graduada Aura Mazariegos, Licda. Patricia Salguero de Mayén, por su  
apoyo incondicional y haber compartido experiencias de su trabajo diario, así como  
material de apoyo.

## ÍNDICE

	Página
<b>INTRODUCCIÓN</b>	i
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>MARCO TEÓRICO Y PROCESO HISTÓRICO DEL MANEJO DE DONACIÓN PARA EL TRASPLANTE RENAL</b>	1
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>MARCO LEGAL DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN GUATEMALA</b>	21
2.1 Antecedentes	21
2.2 Acuerdo Gubernativo 740-86 'Reglamento para la Disposición De Órganos y Tejidos de Seres Humanos o de Cadáveres'	23
2.3 Acuerdo Gubernativo 741-86 'Reglamento para los Bancos de Riñones'	23
2.4 Decreto del Congreso de la República de Guatemala No. 52-72 Banco de Ojos	24
2.5 Decreto Legislativo 91-96 del Congreso de la República. Ley Para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos	24
2.6 Acuerdo 780 de Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad social 'Reglamento sobre el Proceso de Donación de Riñón'	31
2.7 Acuerdo 19/2006. Manual de Normas y Procedimientos para el Trasplante de Donador Cadavérico	34
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE CAMPO</b>	37
3.1 Información obtenida de Donantes y Receptores	38
3.2 Opiniones Dadas por Profesionales del Equipo Multidisciplinario	46
3.3 Opiniones con respecto a la Intención de Donar Riñón Voluntariamente	47

3.4 Historias de Vida	48
-----------------------	----

## **CAPÍTULO 4**

<b>PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL PROYECTO: CAPTACIÓN PARA DONADORES DE RIÑÓN</b>	56
--	----

4.1 Justificación	56
-------------------	----

4.2 Planteamiento del Problema	57
--------------------------------	----

4.3 Objetivos	57
---------------	----

4.4 Metas	58
-----------	----

4.5 Calendarización de Actividades	59
------------------------------------	----

4.6 Evaluación	63
----------------	----

4.7 Metodología	63
-----------------	----

4.8 Financiamiento	63
--------------------	----

4.9 Contenido Básico de la Capacitación sobre Donación Voluntaria de Riñón	64
--	----

<b>CONCLUSIONES</b>	66
---------------------	----

<b>RECOMENDACIONES</b>	67
------------------------	----

<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	68
---------------------	----

<b>ANEXOS</b>	71
---------------	----

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, en nuestro país se ha generado una incidencia en cuanto a problemas renales en la población especialmente joven, lo que significa un alto costo en lo social y económico para nuestra sociedad, considerando que la esperanza de vida de los guatemaltecos se encuentra en el rango de 63 a 68 años de edad. Resulta que las personas al padecer de un problema renal, baja su calidad de vida, así como los años de la misma, lo cual es un riesgo ya que viene a fragmentar el grupo familiar y a disminuir la fuerza laboral de nuestra población.

En esta investigación se presenta una relación entre la donación voluntaria de riñones y la necesidad de los trasplantes en los pacientes con insuficiencia renal por lo que se hace manifiesta la necesidad e importancia de la promoción y sensibilización de toda la población para que participen en este proceso.

La participación de Trabajo Social es importante en todo el proceso que implica el trasplante para que se fortalezcan los niveles de participación y organización en la población en general.

El método que se utilizó fue el inductivo-deductivo y viceversa, el cual permitió llevar un orden lógico y sistemático de las actividades desarrolladas.

Las técnicas utilizadas para la investigación fueron: la entrevista, en donde se aplicó la guía de la misma que permitió recabar información importante y necesaria para conocer particularidades de este tema-problema.

También se desarrolló la técnica de la encuesta por medio de la cual se pudo conocer actitudes asumidas por las personas participantes en cuanto a su deseo o no de donar un riñón.

En todo el proceso se utilizó la técnica de observación dirigida a entrevistados, encuestados, pacientes y los donadores potenciales.



Se considera importante hacer mención que en esta investigación se presentan algunas **Historias de Vida**.

Para la obtención del contenido teórico se utilizó la técnica del fichaje y la revisión de expedientes para aspectos prácticos.

El presente Informe, presenta cuatro capítulos:

Capítulo 1: Proceso Histórico del Manejo de Donación para el Trasplante Renal, en el cual se presenta una reseña histórica desde el Primer Trasplante Renal en Estados Unidos de América, Europa, España, América del Sur, hasta llegar a nuestro país.

Capítulo 2: Aquí se presenta el Marco Legal de la Donación de Órganos y Tejidos en Guatemala, que ampara todo el proceso de trasplante de donador vivo y cadavérico.

Capítulo 3: Se registra toda la información obtenida con la Investigación de campo la cual se presenta por medio de cuadros estadísticos.

Capítulo 4: Aquí se presenta la Propuesta de Intervención del Trabajador Social, la cual consiste en el trabajo que se debe realizar para la captación de donadores.

Seguidamente se presentan las Conclusiones y Recomendaciones a las que se arribó a través del proceso de investigación.

Por último se consigna la bibliografía utilizada y en anexos los Formatos:

- ❖ SPS-912 Donación de Riñón en casos de muerte cerebral.
- ❖ SPS -913 Autorización Familiar de donación de riñones de donador cadavérico.
- ❖ DGSMH-634. Protocolo de Consentimiento previo al trasplante renal con donador vivo. Donante.

- ❖ DGSMH-635. Protocolo de Consentimiento previo al Trasplante Renal. Receptor.
- ❖ Protocolo Receptor para Trasplante Renal
- ❖ Protocolo Donador para Trasplante Renal

## CAPÍTULO 1

### MARCO TEÓRICO Y PROCESO HISTÓRICO DEL MANEJO DE DONACIÓN PARA EL TRASPLANTE RENAL

El trasplante renal es importante para toda persona, especialmente para un paciente que sufra de insuficiencia renal, dado que esta enfermedad es progresiva e irreversible, pudiendo dañar otros órganos si no se le atiende oportunamente.

Esta situación afecta al paciente y su contexto familiar, a pesar de que las técnicas de diálisis cada vez son superiores, pero nunca podrán sustituir la función de los riñones de una manera óptima, por lo mismo, en algunos casos, el médico especialista tratante se ve en la necesidad de recomendar una nueva alternativa, la cual es el **trasplante renal**, o sea, el hecho de implantar a su cuerpo un riñón de otra persona, el cual debe estar sano, y se realizará por medio de una operación que puede resultar complicada.

De acuerdo a información documental que hace referencia al proceso histórico de los procedimientos médicos y hospitalarios con respecto al manejo de la donación, se tiene conocimiento que en el año de 1947 en Boston, Massachussets, se efectuó el primer trasplante renal humano. La definición de dicho proceso, o sea, el de **trasplante**, se dice que es la “transferencia de un órgano o tejido de una persona a otra distinta, al objeto de reemplazar una estructura enferma o restaurar una función orgánica. Las estructuras trasplantadas más frecuentes son la piel y los riñones, también cartílago, hueso, córnea, segmentos de vasos y tendones y últimamente, aunque con menor frecuencia, corazón e hígado. Los donantes preferidos son los gemelos idénticos o personas que tienen los mismos grupos sanguíneos y características inmunológicas. El éxito del trasplante depende de la existencia o no del rechazo del tejido del donante por parte del receptor. Bajo anestesia local o general, se prepara el lugar de asiento del receptor y se coloca la estructura del donante que va a ser trasplantado; durante la intervención se cuida de

mantener la oxigenación e irrigación de la misma hasta que la circulación normal pueda ser restablecida en el receptor. Después de la intervención debe atenderse a los signos de fracaso circulatorio en el área de nueva implantación. Puede administrarse suero antiflocítico con esteroides para suprimir la producción de anticuerpos contra el tejido extraño. Los signos de rechazo consisten en fiebre, dolor y pérdida de la función del órgano, lo cual suele acontecer en los primeros cuatro o diez días después de realizado el trasplante. Puede formarse un absceso si la realización de rechazo no es atajada a tiempo. Antes de prender firmemente, deben transcurrir varias semanas. Un rechazo retardado puede presentarse varios meses después o incluso un año más tarde de realizada la intervención”<sup>1</sup>.

Para poder reemplazar daños en el organismo humano, la medicina, mediante investigaciones, ha llegado a la conclusión que la mejor manera de lograrlo es efectuando trasplantes, los cuales se llevan a cabo mediante procedimientos quirúrgicos que presentan riesgos como toda cirugía. La serie de exámenes especiales que llevan a cabo los médicos en los receptores y a los donadores hacen que cada vez se tengan menos rechazos en dichos procedimientos, a esto se une el uso de medicamentos inmunosupresores.

En 1954, en Boston, Estados Unidos, el Dr. Joseph E. Murria describió la técnica quirúrgica que se aplica a la fecha con muy pocas variantes. Allí mismo en 1958 se tuvo la experiencia de realizarse un trasplante utilizando dosis de inmunosupresores, habiendo sobrevivido el riñón, pero la paciente falleció a consecuencia de infecciones provocadas por los inmunodepresores. Esto generó mayor interés en las investigaciones sobre esta situación, por lo que se dice que durante la época de los cincuenta se logró avances en la investigación inmunológica. -Con ello, se han logrado prácticas efectivas de “trasplante de **órganos sólidos**, como riñón, hígado, corazón, pulmones, páncreas, intestino. Dichos trasplantes deben realizarse con mucho estudio y cuidado, siguiendo las instrucciones que los especialistas en la

---

<sup>1</sup> Diccionario de Medicina. Océanos Mosby. 4ª. Edición en Español. MMII Editorial Océano. 08017, Barcelona, España, 1994, Pág. 1242.

materia han recomendado, de acuerdo a estudios teóricos y la experiencia en las prácticas, ejemplo de ello están las siguientes:

- **CÓRNEA:** No está vascularizada y puede tomarse de un cadáver.
- **CORAZÓN:** Puede trasplantarse con dudoso resultado.
- **PULMONES:** En fase experimental por el gran riesgo de infección.
- **HÍGADO:** En fase experimental.
- **PÁNCREAS:** Se han realizado con pobres resultados.
- **RIÑONES:** Es una operación normal en los hospitales modernos.
- **OVARIO, ÚTERO Y VAGINA:** En estudio experimental.
- **MÉDULA ÓSEA:** En tratamiento experimental del cáncer.
- **INJERTO CUTÁNEO Y TRANSFUSIONES DE SANGRE:** Se practica regularmente”<sup>2</sup>.

Los estudios científicos y la práctica en países industrializados han llegado al establecimiento que los órganos sólidos pueden ser reemplazados, y la efectividad en los procedimientos. En nuestro país, Guatemala, se hacen trasplantes únicamente de córneas, corazón y riñones.

“El primer trasplante renal de América Latina se realizó en el año 1957 en Argentina seguido por los realizados en México, Brasil, Perú y Colombia. En 1968 se realizaron trasplantes de corazón en Chile, Brasil, Argentina y Venezuela y de hígado, páncreas e intestinos en Brasil.

Se tiene conocimiento que en el año de 1988 se tuvo la experiencia en Brasil del primer trasplante hepático con donante vivo. También se conoce que en México se tuvo la experiencia de efectuar un trasplante de pulmón, calificado como el primero en América Latina.

---

2 Ibid. Pág. 1243.

La donación de riñón es un acto humanitario, que se realiza bajo los sentimientos de amor, afecto, caridad y que permiten mejorar la calidad de vida de las personas que están siendo afectadas por un problema de esta naturaleza, por lo mismo, “se entiende por **donación de órganos o tejidos**, la cesación hecha por la persona en forma voluntaria expresa y escrita. Esta donación puede ser para que en vida se disponga de un órgano o tejido, o para que en caso de muerte se tomen de su cadáver para su utilización. En este último caso, cuando la donación sea efectuada por el individuo en el pleno uso de sus facultades, no podrá ser revocada por los parientes del donador. Se entiende por parientes los comprendidos entre el cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad”<sup>3</sup>.

Se considera importante tomar en cuenta la definición que rige en el ámbito mundial, cuando se conceptualiza a un **donador vivo**, entendiéndose éste como “la persona civilmente capaz, que libremente disponga de un órgano par o tejido para efectos de trasplante”<sup>4</sup>.

Es una de las dos formas en que se toma la entrega de uno de los órganos pares, para tener la capacidad de dar vida a otra persona. El donador debe ofrecer su donación en forma gratuita, voluntaria, sin que medie compensación económica.

La otra forma que se menciona para la donación es a través de **donantes cadavéricos**, que se rigen de acuerdo a lo establecido legalmente para determinar que una persona ha dejado de existir y deberá considerarse como cadáver, por lo que “para los efectos de ley, se considera cadáver el cuerpo humano que tiene los signos de muerte cierta, de la misma manera, también se entiende por cadáver el cuerpo humano que cumpla criterios de muerte cerebral que se describen así:

- a. Coma profundo sin respuesta a estímulos
- b. Ausencia de reflejos cefálicos

---

<sup>3</sup> Decreto Legislativo No. 91-96 del Congreso de la República de Guatemala. Diario de Centroamérica No. 28, Año 1996. Pág. 826.

<sup>4</sup> *Ibíd.* Pág. 826.

- c. Ausencia de reflejos espinales
- d. Apnea
- e. Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno.
- f. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de alcohol, barbitúricos, bromuros e hipotermia.
- g. Para la condición aplicable contenida en los incisos anteriores, las circunstancias deben persistir durante 24 horas como mínimo.
- h. Cualquier otro recurso de diagnóstico que la tecnología médica pueda aportar”<sup>5</sup>.

Dentro del campo de la medicina moderna, se habla también de **donantes cadavéricos recién nacidos**, entendiéndose a éstos como los neonatos con ausencia congénita de cerebro y médula. El cráneo se presenta sin cerrar, e igualmente el conducto vertebral subsiste como un canal. Esto es transmitido genéticamente, y se considera a la anencefalia como no compatible con la vida. Puede descubrirse al principio de la gestación por análisis del líquido amniótico obtenido por punción o por ultrasonografía. Por tratarse de la anomalía congénita más común incompatible con la vida pero con el aprovechamiento de la tecnología y conocimiento médico científico y soporte básico del mismo, puede dar oportunidad para obtener y utilizar los órganos de una manera efectiva y positiva.

“Para establecer diagnósticos de anencefalia, es necesario que al momento del nacimiento se presenten los siguientes criterios:

- a. Ausencia de bóveda craneana
- b. Cerebro expuesto y amorfo
- c. Falta de hemisferios cerebrales
- d. Tallo cerebral y núcleos basales visibles en la base del cráneo”<sup>6</sup>.

Como se indicó con anterioridad la anencefalia es una de las causales, para poder solicitar la donación de órganos y tejidos a los parientes de un menor, pero se deben

---

<sup>5</sup> *Ibíd.* Pág. 826.

<sup>6</sup> *Ibíd.* Pág. 827.

tomar los parámetros médicos indicados en el presente concepto.

Aunque muchos países, especialmente de América del Sur, iniciaron sus programas de trasplante renal en la década de los sesenta, la actividad fue progresando lentamente hasta mediados de los años setenta, cuando el número de trasplantes acusó un aumento apreciable sobre todo de donadores vivos. El trasplante renal con donante cadavérico creció a partir de 1983.

“Hasta diciembre del 2001 se habían practicado setenta mil trescientos cuarenta y un trasplantes en el continente americano”<sup>7</sup>.

“Durante el 2006 se realizaron en Argentina Las Olimpiadas Mundiales de Pacientes Trasplantados, Brasil ha ocupado el primer lugar de Latinoamérica con mayor número de trasplantes, en cuanto al número de donantes de origen cadavérico el primer lugar en América lo ha ocupado Uruguay con 22 por millón de población por año.

El primer lugar a nivel mundial lo ha ocupado y lo sigue ocupando España con 33 donantes de origen cadavérico por millón de población por año. En Estados Unidos la cifra ha alcanzado los 20 y en el resto de Latinoamérica es de cinco a ocho donantes por millón de población por año. En Guatemala varía mucho, de acuerdo a opinión médica, pues el porcentaje en nuestro país es de 0.25 donantes por millón de población por año. Esto se debe a que no hay programas de divulgación sobre donación de órganos”<sup>8</sup>.

“En el mes de noviembre de 2006, se dio inicio al Programa de Trasplante de Donador Cadavérico que beneficiará a pacientes con problemas de insuficiencia renal crónica”<sup>9</sup>.

---

<sup>7</sup> Roldan Martínez, Ingrid. Relevo de Órganos y Tejidos, Revista D-19 No. 137, Prensa Libre, Febrero 2007 Pág. 3.

<sup>8</sup> Ibíd.

<sup>9</sup> Varios Autores. Cartel de Unidad de Trasplante Renal del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Departamento de Relaciones Públicas. Guatemala. 2006. Pág. 1.



El gremio médico para poder elaborar el Decreto Ley que ampara la donación de órganos y tejidos, tomó aspectos específicos que deben observarse en la declaración de muerte cerebral de una persona como los mencionados anteriormente y al mismo tiempo debe establecerse un permiso expreso de la familia del paciente a quien se le practicarán pruebas específicas para establecer si puede ser donante ya sea vivo o cadavérico. Este permiso se realizará por medio de un **Consentimiento Informado (Informed Consent)**, el cual se entiende como “permiso obtenido de un paciente para la realización de métodos o pruebas específicas. Es necesario antes de realizar alguna de las pruebas más invasivas o cuando se inicia un estudio de investigación. El documento debe estar escrito en lenguaje comprensible para el paciente, ir convenientemente fechado y firmado por aquél y por, al menos, un testigo. La descripción hecha en el documento debe incluir claramente los principios fundamentales del procedimiento o prueba a aplicar, los riesgos para el paciente, los beneficios esperados, las consecuencias en el caso de no realizar la prueba y los procedimientos diagnósticos alternativos de que se dispone.

También debe añadirse un apartado en el que se reespecifica que no se suspenderá la asistencia si el paciente no acepta. Legalmente el consentimiento informado debe obtenerse con un plazo determinado de tiempo antes de la realización de la prueba en cuestión. Un ejemplo de intervención terapéutica en que se requiera este documento es la esterilización. Por supuesto, el paciente debe estar en posesión de todas las facultades mentales”<sup>10</sup>.

El documento legal es importante para utilizarse en casos de análisis y tratamientos médicos, aquí específicamente en la donación de órganos y tejidos en un respaldo para los **donadores y receptores**, así como para los médicos tratantes, y en el documento deben detallarse claramente los riesgos.

Ya se ha dicho que donador es la persona, viva o cadavérica, que proporcione uno de sus órganos, especialmente un riñón, que esté en perfecto funcionamiento a fin

---

<sup>10</sup> Diccionario de Medicina Océano Mosby. Op. Cit. Pág. 298.

de que pueda ser trasplantado a otra que se encuentre con deficiencia renal y se dice que esta persona durante su tratamiento se conoce como **receptor**, definiéndosele como “la persona a quien se trasplantará un órgano o tejido procedente de otra persona viva o cadáver. Es el paciente que recibirá el nuevo órgano o tejido, la selección depende en primer lugar de que la insuficiencia en su funcionamiento del órgano enfermo haya seguido evolucionando a pesar de los tratamientos médicos. El receptor debe ser sometido a múltiples estudios médicos, de laboratorio, radiológicos, psicológicos y otros, hasta comprobarse que no existe evidencia de alguna enfermedad y/o condición siquiátrica adversa que pudiera afectar al nuevo órgano a implantar, se observa que no hayan causas como hemorragias, infecciones, tumores malignos, lesiones graves del corazón, enfermedad de las venas y de arterias, etc.”<sup>11</sup>.

Gracias a que una persona viva done un órgano par, o en el caso de un cadáver y los familiares sean quienes donen los mismos, existe ya una posibilidad para que las personas en lista de espera mantengan la esperanza de ser trasplantadas.

El personal médico de la Unidad de Tratamiento Intensivo del Servicio de Urgencia del Hospital de Accidentes del IGSS se ha visto y se verá enfrentado con frecuencia a un paciente con muerte cerebral y considerarlo como un donante potencial al programa de donación cadavérica de la Institución. Después de la declaración de la muerte cerebral, la participación del médico tratante es muy importante en la aproximación de la familia para plantear la opción de la donación. El siguiente paso consiste en contactar a los deudos del donante, quienes dan los permisos necesarios (ver anexos 1 y 2) para efectuar la procuración de los órganos.

Para el caso se dispone de un equipo de coordinadores para asistir a los médicos en el proceso.

Es recomendable que cualquier referencia en este sentido se haya realizado en

---

<sup>11</sup> Decreto Legislativo 91-96 del Congreso de la República de Guatemala. Op. Cit. Pág. 826.

forma prematura, con el objeto de evaluar las posibles contraindicaciones que puedan existir. El equipo asiste en el diagnóstico de la muerte cerebral, coordina los requerimientos médico legales e inicia los exámenes de laboratorio necesarios.

Uno de los procedimientos que permite un porcentaje elevado de éxito en el trasplante de los órganos lo constituye la identificación y preparación apropiada del donante. Los médicos coordinadores del programa han dejado muy claro que son muy estrictos con la modalidad de selección de los posibles receptores debido a la posibilidad de rechazo.

En la Unidad de Trasplante Renal la junta médica que estaba coordinada por el Dr. Alfredo Mollinedo, Jefe de la Unidad y actualmente por el Dr. Vicente Sánchez Polo determina el mayor porcentaje de compatibilidad histopatológica con las pruebas realizadas previamente al donante<sup>12</sup>.

Se registra en la historia escrita y oral de la Unidad de Trasplante Renal, que el día 5 de diciembre de 2006 se trasladó a la unidad de traumatología del IGSS, una persona de sexo femenino de 34 años de edad, víctima de un accidente de tránsito, quien presentó un cuadro clínico severo, dictaminándose deceso por muerte cerebral, ese mismo día a las 8:00 horas un equipo multidisciplinario del Hospital de Accidentes en conjunto con la Unidad de Trasplante Renal a cargo de los doctores Carlos Herrera, William Molina y Arturo Castellanos inició el procedimiento para obtener los riñones.

A las 11:00 horas termina la intervención quirúrgica y se realiza el traslado de los dos riñones donados. El Dr. Castellanos los conduce a la Unidad de Trasplante Renal en el Hospital de Enfermedad Común en zona 9, donde un equipo médico evalúa a los posibles receptores de los órganos.

---

<sup>12</sup> Cartel de Unidad de Trasplante Renal del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Op. Cit. Pág. 1

A las 14:30 horas Pedro Rivera de 19 años y Mario Valdez de 40, son ingresados a la Unidad de Quirófanos para efectuarles el primer trasplante de donador cadavérico realizado en Guatemala. La operación la efectúa el equipo de trasplante integrado por los Drs. Carlos Herrera, Eric Soto, Sergio Rodríguez, Franz Castillo, Arturo Castellanos, Josué Piedrasanta, Miguel Ángel Castillo, Agualuz Hernández, Vicente Sánchez Polo y William Molina.

A las 17:25 horas finaliza la cirugía y los pacientes son trasladados a la sala de cuidados intermedios para su recuperación.

La operación fue todo un éxito y gracias al Programa de Donador Cadavérico se pudo salvar dos vidas, que hoy se encuentran en perfecto estado y emprendiendo el camino a la vida productiva del país. Sin embargo, la necesidad de atención por esta deficiencia orgánica se hace sentir en la actualidad, puesto que en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se registra una lista de pacientes en espera para un donante cadavérico de 300 a la fecha, y 20 son casos de pacientes en estudio para un donador vivo.

De acuerdo a las estadísticas que se reportan mensualmente en la Unidad de Trasplante Renal, se estableció que desde 1986 a febrero de 2007 se han practicado 333 casos de trasplante de riñón, los cuales han tenido bastante éxito, de ellos 329 casos de donantes vivos y 4 casos de donantes cadavéricos. La evaluación dice que del 90 al 95% de este tipo de intervenciones es efectiva y la expectativa de vida es de años, teniendo conocimiento extraoficial que se ha observado que esta expectativa alcanza los 10 años para el receptor del órgano. Durante el mes, se da un promedio de 30 pacientes nuevos que llegan al servicio de Nefrología del IGSS para su tratamiento, los cuales se suman a los 1,110 que ya reciben tratamiento.

También se tiene información que en el Hospital General San Juan de Dios se han realizado 295 operaciones desde 1992, el 30% de pacientes con insuficiencia renal

proviene del Departamento de Santa Rosa, y aún no existen investigaciones que den respuesta a las razones por las cuales la incidencia se manifiesta en esta área geográfica.

De acuerdo a información proporcionada por el Director de Nefrología del IGSS, ésta Institución invierte Q.12,000.00 mensuales en cada paciente que utiliza hemodiálisis (de 12 a 20 millones de quetzales cada mes) cuando alguien ha sido trasplantado, los costos bajan a Q. 7, 000.00.

Con estos datos se considera de importancia el hecho de que las instituciones que velan por la salud de la población guatemalteca, como son el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social deben establecer las estrategias necesarias para crear un banco de órganos, especialmente de riñones, a fin de que la lista de espera no sea por tiempo largo y así evitar complicaciones y costos por tratamientos de diálisis y hemodiálisis que necesitan los pacientes en tanto son trasplantados. En el ámbito mundial, “se entiende por BANCO de Órganos y Tejidos al establecimiento médico que tenga por finalidad primordial la obtención de órganos y tejidos para su conservación y suministro, para efectos terapéuticos”<sup>13</sup>.

- **Nuevo Ciclo Vital**

“Filosóficamente, el trasplante es posible gracias a la creación de un nuevo ciclo vital, que permite que la sociedad que dona y dispone de un sistema de Coordinación y Trasplantes, puede recibir el beneficio del trasplante.

---

<sup>13</sup> Decreto Legislativo No. 91-96. Op. Cit. Pág. 826.

## **NUEVO CICLO VITAL**



En este ciclo interviene la actitud de la sociedad, que depende de los factores Culturales, Religiosos, Económicos y Educativos”<sup>14</sup>.

En estos factores, los cuales influyen en el desarrollo de las personas como familias y como sociedades, es donde participa activamente de manera técnica y científica el profesional de Trabajo Social, y en este caso en particular, le corresponde la promoción, sensibilización, educación, capacitación y organización de personas con el propósito de que sean actores positivos y activos en beneficio de la donación voluntaria de órganos y tejidos, especialmente de riñones.

- **Trabajo Social**

“En la práctica, el término se emplea con tres alcances diferentes:

1. Para designar una profesión o un cuerpo profesional (los trabajadores/as sociales) que realizan determinadas actividades.

---

<sup>14</sup> Varios Autores. Manual de Coordinación de Trasplante. “El Nuevo Ciclo Vital”. Barcelona, España. s/año de publicación. Pág. 13.

2. Para hacer referencia a un corpus conceptual y metodológico (métodos, técnicas y procedimientos operativos) que se aplican en determinadas formas de intervención social.
3. Para aludir a formas operativas de intervención sobre la realidad social; este alcance es similar al de acción social, tal como se utiliza en Francia y es empleado en España por Cáritas”<sup>15</sup>.

**Trabajo Social** se confirma que es una disciplina de las Ciencias Sociales, que ha conformado su propia teoría adoptando métodos, técnicas e instrumentos que le permitan operativizar la intervención profesional en la realidad social. Con ello ha creado una profesión, que le permite fortalecer a través del recurso humano (Trabajadores Sociales), su intervención y aplicación del proceso metodológico.

“Con este último alcance, la expresión tiene un significado amplio, ya que no alude solamente a lo que hacen los profesionales del trabajo social, sino a las acciones que realiza una persona como forma de intervención social, sea profesional o no, remunerado o voluntario, actúe o no desde una organización.

Las funciones específicas o propias del Trabajo Social son de dos tipos:

Por una parte, son una de las formas de implementación de la política social, en cuanto conjunto de técnicas operativas y procedimientos de actuación.

Por otro lado, se trata de diferentes formas de intervención social para atender problemas individuales, grupales o comunitarios, con un propósito de promoción, educación y/o animación social”<sup>16</sup>.

El Trabajador Social como profesional, conocedor del contexto integral de un país, de una región, o una localidad, influye en la demanda de políticas sociales que

---

<sup>15</sup> Ander Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Editorial Lumen, 2ª. Edición. Buenos Aires, Argentina, 1995. Pág. 296-297.

<sup>16</sup> *Ibíd.* Pág. 296.

conlleven el bienestar de la mayoría de la población y que en un momento dado se establecen como políticas sociales.

De la misma manera los niveles de intervención que tiene establecido Trabajo Social, están en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario, para lograr elevar el nivel de vida de las personas con las cuales interviene profesionalmente.

“De una manera general, puede afirmarse que el Trabajo Social es una modalidad operativa de actuación con individuos, grupos o comunidades, para la realización de una serie de actividades destinadas a resolver problemas, satisfacer necesidades o para atender a sus centros de interés. Las tareas de acción social y prestación de servicios son realizadas, en cuanto a sus objetivos tácticos, con un alcance asistencial, rehabilitador o preventivo. A través de estas acciones con la gente implicada en los programas o actividades, sean usuarios/as o destinatarios/as de los servicios, se procura desatar un proceso de promoción del autodesarrollo interdependiente de individuos, grupos y comunidades, según sea en cada caso el ámbito de actuación. En este aspecto, el Trabajo Social es una forma de movilización de recursos humanos.

En la realización de estas funciones el trabajador /a social como agente externo, pero inserto e inmerso en la misma realidad problemática que atiende, procura concienciar/concientizándose, movilizar/movilizándose y crear los espacios y ámbitos de actuación, para que la gente se organice a fin de participar en la realización de proyectos y actividades específicas de cara a resolver sus problemas y satisfacer sus necesidades”<sup>17</sup>.

El Trabajo Social identifica y aprovecha la potencialidad de cada una de las personas que atiende en cualquiera de los niveles de intervención y de acuerdo a ello propicia los espacios para que ellos mismos reconozcan su propia potencialidad y propongan alternativas de solución a su problemática o necesidad.

---

<sup>17</sup> Ibíd. Pág. 297.



“Cuando la índole de las actividades lo permite, la gente ha de participar en y desde sus propias organizaciones, procurando que tengan intervención en todo aquello que les concierne, ya sea como usuarios, beneficiarios o ciudadanos.

Desde nuestra concepción del Trabajo Social, que de ningún modo consideramos la única válida, sino una entre otras, consideramos que esta participación, por la que se otorga protagonismo a los mismos sectores populares, es una forma de crear poder del pueblo, en el ámbito de la sociedad civil. Esto supone un proyecto político, no en sentido partidista, sino como modelo de sociedad que implica la modificación (y en lo posible la superación) de situaciones de pobreza, marginalidad, dominación o explotación para pasar a otras de mayor igualdad, integración social, solidaridad, libertad y justicia. Visto desde los objetivos estratégicos, este modo de actuación tiene implicación en dos niveles: por una parte, apunta a la configuración de un nuevo tipo de sociedad y, por otra, contribuye a crear las condiciones necesarias para un nuevo modo de ser persona”<sup>18</sup>.

Trabajo Social, puede aprovechar todo el proceso metodológico participativo con el propósito de que las personas como individuos grupos o comunidades puedan proponer estrategias para la búsqueda de soluciones a los problemas que afronta, a las necesidades que presenta y a los intereses que manifiesta, y que en un momento dado la resolución o satisfacción de los mismos les permite lograr un desarrollo integral.

- **Trabajo Social Individual**

“Ha sido el primer método que fue sistematizado dentro de la profesión. Su aparición corresponde a la etapa de tecnificación de la beneficencia que se inicia en Europa, principalmente en Inglaterra, en donde se comienza a utilizar, en la asistencia a los pobres y a los socialmente desposeídos, una serie de

---

<sup>18</sup> Ibíd. Pág. 297.

procedimientos formalizados”<sup>19</sup>.

En la elaboración de este método se tomó en cuenta el modelo clínico-terapéutico de la medicina, y actualmente se sigue utilizando con muy pocos cambios, ya que se sigue tomando en cuenta el proceso de: estudio, diagnóstico y tratamiento.

El rol del profesional de Trabajo Social debe ser presencial, quiere decir, que su presencia juega un papel fundamental dentro de los procesos necesarios, puesto que las relaciones interpersonales tienen una importancia fundamental, ya que la esencia de su atención debe ser crear un clima de libertad para que las personas puedan expresarse con confianza, a fin de que se pueda obtener la mayor información que sirva de base para una efectiva indagación y estudio del caso a fin de ofrecer un mejor tratamiento y que tanto el individuo como su familia, lo consideren como una atención con calidez humana.

Este método aún tiene vigencia en muchas instituciones, especialmente en el área de salud, ya que permite aportar elementos esenciales para que los tratamientos médicos ambulatorios y hospitalarios sean efectivos.

#### ▪ **Trabajo Social Hospitalario**

“El hospital es el ámbito en el cual se desarrolla uno de los campos de intervención del Trabajo Social. (...) Tiene a su cargo al menos dos aspectos significativos. El primero hace al rol del Trabajo Social en relación con la institución hospitalaria en su conjunto, lo que cumple desde una oficina especializada. Allí tienen importancia temas que hace a la persona del paciente (posibilidades de sobre vida y calidad de vida, pobreza, costos, dotación de prótesis y otros elementos indispensables, situaciones especiales, protección de la niñez y en general de personas, etc.)”<sup>20</sup>.

Pero desde el Trabajo Social Hospitalario se desarrollan también programas especiales, disciplinarios e interdisciplinarios que hacen el fortalecimiento de la

---

<sup>19</sup> *Ibíd.* Pág. 309.

<sup>20</sup> Eroles, Carlos. *Glosario de Temas Fundamentales de Trabajo Social*. Primera Edición, Buenos Aires, Argentina, Año 2005. Pág. 94.

función hospitalaria con participación activa de los profesionales de Trabajo Social, como los programas de prevención de toda índole, especialmente de enfermedades crónicas y carencias nutricionales y que en algún momento, permiten la proyección a la comunidad estableciendo redes vecinales preventivas y capacitando y formando promotores comunitarios de salud a fin de que la población participe en la solución de problemas, necesidades e intereses referentes a la salud individual y colectiva.

- **Trabajo Social en Salud**

A través del proceso histórico de Trabajo Social se conoce que esta profesión incursionó en el área de atención a enfermedades y deficiencias proteico/calóricas, por lo que se considera que este es uno de los grandes campos donde el Trabajador Social ha podido crecer en lo técnico y científico y que le ha permitido sistematizar su experiencia, por lo que se ha desempeñado de manera efectiva, lo que le ha permitido mantener este espacio.

El desarrollo de su intervención se considera que ha sido, muy especial desde los inicios del capitalismo, donde surgió la más grande explotación a la clase obrera que necesitó de atención debido al surgimiento de enfermedades laborales, pero también se cree que la intervención profesional fue desde el momento en el cual la salud se consideró no solo como un problema físico/biológico sino como resultado de una relación de la persona y su medio ambiente, tomando en cuenta que la dicotomía salud/enfermedad va más allá de la actuación del profesional médico y enfermería, y por ello, se pensó en incorporar a otro tipo de profesional capaz de atender lo que conocemos técnicamente como **la dimensión social de los problemas de la salud**, por lo que se permitió la participación efectiva de los profesionales de Trabajo Social. Esto se hizo con el propósito de que este profesional fuera un auxiliar de los médicos, que les permitiera conocer la problemática desde los domicilios de los pacientes. En la actualidad, el Trabajador Social se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales como la educación, el empleo, la vivienda, la alimentación y otros.

“A partir de la idea de la dimensión social de la salud se han ido derivando las funciones de los trabajadores sociales en este campo, señalando las más importantes y significativas como son:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan la salud de los usuarios.
- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes con enfermedades crónicas.
- Participación en equipos de educación sanitaria y salud pública dentro de programas de Atención Primaria donde se desarrolla una función básica y esencial preventiva con participación de la comunidad.
- Participar en equipos de trabajo en el área socio sanitaria promoviendo la formación de los Consejos Locales de Salud y Programas de Medicina y Salud Comunitaria.
- Rehabilitación de disminuidos temporales y crónicos en todo lo que concierne a problemas de reinserción social.
- Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización a su cotidianeidad”<sup>21</sup>.

- **Trabajo Social de Grupos**

“Es uno de los tres métodos clásicos de la profesión a través de la cual, utilizando la situación de grupos, se ayuda a los individuos miembros de un grupo a que puedan satisfacer sus necesidades psicosociales y progresar desde el punto de vista emotivo

---

<sup>21</sup> Ander Egg, Ezequiel. Op. Cit. Pág. 318.

e intelectual, de modo que puedan alcanzar los objetivos del grupo y contribuir a un mejor funcionamiento de la sociedad. Ya en los años veinte los trabajadores sociales utilizaban el trabajo con grupos como forma de intervención profesional en programas de juventud, recreación, organización de campamentos de exploradores y en la organización y funcionamiento de los centros vecinales. Todas las experiencias van planteando la necesidad de sistematizar las formas y procedimientos de trabajar en y con grupos. El 'group work' fue considerado inicialmente como un 'campo de Actuación, luego un 'movimiento' y más tarde un 'objetivo' o 'meta'. Pero a medida que se fueron perfilando su enfoque, ámbito y modalidad operativa, fue adquiriendo el carácter de método específico de Trabajo Social.

Es una forma de acción social realizada en situación de grupo que puede perseguir propósitos muy diversos (educativos, correctivos, preventivos, de promoción, etc.), cuya finalidad es el crecimiento de los individuos en el grupo y a través del grupo, y el desarrollo del grupo hacia tareas específicas y como medio para actuar sobre ámbitos sociales más amplios”<sup>22</sup>.

El Trabajo Social se apoya, con la metodología de trabajo social de grupos, para motivar a las personas, sensibilizarlas y reconocer el liderazgo que cada uno maneja propiciar espacios de reflexión que permitan unificar criterios para potenciar estos tipos de liderazgo, con el objetivo fundamental que como grupo puedan encontrar alternativas para elevar su nivel y calidad de vida, que en un mediano tiempo les permita un desarrollo como familia y como comunidad. Aquí se le da importancia al proceso metodológico participativo que permite al ser humano ser objeto y sujeto de las acciones para su propio beneficio.

- **Trabajador Social**

“Dícese del/la profesional titulado/a en una Escuela de Trabajo Social. En sentido amplio, el término designa a toda persona que realiza una labor cuya modalidad operativa exige una dimensión o preocupación social: maestro, médico,

---

<sup>22</sup> Ibíd. Pág. 313.

sacerdote, etc. Aquel que lleva a cabo una actividad que se realiza actuando sobre algún aspecto de la realidad social en vista de mejorar y transformar las condiciones sociales de un individuo, grupo, comunidad”<sup>23</sup>.

Para efectos de intervención técnica y profesional, se hace necesario que un Trabajador Social, esté calificado por una Universidad para que pueda realizar acciones de Trabajo Social. En Guatemala, están certificados estos profesionales por medio de la Universidad Estatal o Universidades Privadas, que ofrecen la carrera de Trabajo Social. Actualmente ya está catalogada a nivel de Licenciatura, sin embargo hay muchos profesionales que se desempeñan en el nivel Técnico; existen personas que se dicen trabajadores sociales, pero que no están acreditados como profesionales, sin embargo, desarrollan una atención a favor de las personas, los grupos o las comunidades, pero ellos no aplican los procesos metodológicos establecidos por las escuelas de trabajo social, sino que desarrollan sus actividades de acuerdo a su intuición o a lo que el momento les exija.

## CAPÍTULO 2

---

<sup>23</sup> Ibíd. Pág. 285.

# MARCO LEGAL DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS EN GUATEMALA

## 2.1 Antecedentes

“En nuestro país, a pesar que desde inicios del Siglo XX ya existía una ley para proteger a los trabajadores, conocida como Ley Protectora de Obreros, Decreto 669 promulgada el 21 de noviembre de 1906, que se publicó durante el gobierno de Manuel Estrada Cabrera, esta no se cumplía, lo cual generó desatención de las personas trabajadoras, quienes sufrieron al no ser atendidas en cuanto a enfermedades y accidentes. Es importante hacer mención que en 1944 en la tesis de graduación de Médico y Cirujano en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, César Meza trabajó sobre el tema ‘Seguro Social Obligatorio’ lo que fue tomado como incentivo para iniciar las bases que dieron origen, años más tarde, a la institucionalización del seguro social. Fue en la Revolución de 1944 cuando se derroca al gobierno dictatorial del General Jorge Ubico, llevando al poder al Doctor Juan José Arévalo Bermejo, profesional que siempre se dio a conocer con ideas innovadoras, contrata los servicios de los expertos: Lic. Oscar Barahona Strever de origen costarricense y el Actuario Walter Petit, chileno, quienes hacen un estudio de las condiciones económicas, geográficas y étnicas de Guatemala, publicando un libro ‘Bases de la Seguridad Social en Guatemala’. Posteriormente, al promulgarse la Constitución de la República de aquel entonces en el Artículo 63, se establece el Seguro Social obligatorio.

El 30 de octubre de 1946, en el Decreto 295 el Congreso de la República de Guatemala, emite la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social; donde se establece la creación de una Institución autónoma de derecho público con personería jurídica para contraer derechos y obligaciones, con la finalidad de aplicar en beneficio de la población un Régimen Unitario y Obligatorio de Seguridad Social.

En la Constitución Política de 1985 que rige en la actualidad, en el Artículo 100, el Estado reconoce y garantiza el derecho a la Seguridad Social”<sup>24</sup>.

Esta Institución se sostiene financieramente por la clase trabajadora, clase patronal y el Estado.

Actualmente alcanza una cobertura de atención de un 86% del territorio nacional, puesto que son solamente los Departamentos de Santa Rosa, El Progreso y Petén, los que no cuentan con los beneficios de los Programas de Enfermedad Común y Maternidad.

El Programa de Enfermedad desde sus inicios dio protección relativa a enfermedades comunes y profesionales, y por ello, se habló de Especialidades Médicas tales como la de Cardiología, Neumología, Gastroenterología y Nefrología, esta última especialidad que se menciona, inició su atención profesional en el año de 1968 y ese mismo año, realizó la primera diálisis peritoneal y en enero de 1969 efectuó la primera hemodiálisis, experiencias positivas que sirvieron de base para continuar con los tratamientos al servicio de la población afiliada al Seguro Social.

Debido a la demanda de pacientes en dicha especialidad, la Gerencia consideró necesario crear el Servicio de Nefrología, posteriormente se extendió la atención con la creación de la Unidad de Trasplante Renal, creada en el año de 1986, luego de realizarse en la misma el primer trasplante el 6 de mayo de dicho año; esto trajo como reto la elaboración de manuales y protocolos en la atención de pacientes.

Con base en la Visión Institucional de ‘un país con trabajadores sanos, respaldados por servicios de salud y previsión, efectivos y modernos, que contribuyan al bienestar físico y mental del trabajador, razón fundamental de la existencia de la Institución, y de su familia como parte integral del ser humano’, el Instituto, con el aumento de

---

<sup>24</sup> Ley Orgánica y Principales Reglamentos del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Departamento de Relaciones Públicas. 3era. Edición. Guatemala. C.A. 1985. Pág. 2.



pacientes que cada día se suman al servicio de Nefrología tanto en las diálisis peritoneales como en hemodiálisis, inició con los trasplantes de riñón con el propósito de permitirles a los pacientes elevar su calidad de vida y reducir costos en los tratamientos.

El trasplante de órganos es una técnica quirúrgica que ha pasado de ser una técnica experimental, a ser una práctica rutinaria la cual se ha ido perfeccionando tanto en los procedimientos de extracción, conservación e implantación.

La Unidad de Trasplante Renal del Hospital General de Enfermedades desde 1986, año en el cual inició con éxito el Programa de Trasplante Renal de Donador Vivo con pacientes que sufren de insuficiencia renal crónica, ha limitado sus servicios debido al número de donadores vivos, que a la fecha es insuficiente, además se enfrenta la situación de que los familiares de dichos pacientes, por desconocimiento, temor, motivos religiosos y otras, no se deciden a donar, y la lista de demandantes crece día con día y esta necesidad de riñones no puede cubrirse; por lo que los pacientes continúan con los tratamientos de diálisis peritoneal permanente y hemodiálisis.

## **2.2 Acuerdo Gubernativo 740-86 ‘Reglamento para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos o de Cadáveres’**

Este acuerdo entró a regir en Septiembre de 1986, referente a lo normativo sobre la disposición de órganos y tejidos de seres humanos y de cadáveres, para la realización de trasplantes que puedan resolver graves deficiencias anatómicas o funcionales de personas que lo necesiten. Este Reglamento es anterior al Reglamento 91-96, el cual ha servido como marco legal para dicho procedimiento médico.

## **2.3 Acuerdo Gubernativo 741-86 ‘Reglamento para los Bancos de Riñones’**

Este acuerdo también fue autorizado en Septiembre de 1986, considerando

necesario establecer lo normativo a trasplantes de riñones, por lo que es necesario regular el aspecto de los bancos de dichos órganos, ya que de acuerdo a investigaciones científicas no es suficiente el tratamiento de diálisis y hemodiálisis, especialmente para personas con insuficiencia renal crónica.

#### **2.4 Decreto del Congreso de la República de Guatemala No. 52-72. Banco de Ojos**

Este Decreto fue emitido en Agosto de 1972, el que regula los procesos de trasplantes de órganos visuales que viene a resolver graves deficiencias anatómicas o funcionales de la vista de muchas personas que lo necesitan.

#### **2.5 Decreto Legislativo 91-96 del Congreso de la República. Ley para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos**

El Estado está obligado a velar por la salud de sus habitantes, lo que se establece en el artículo 93 de la Constitución Política de la República de Guatemala, que de manera textual menciona: “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna”. Esto tiene su normativo específico a través del Código de Salud, que rige todo lo referente a la salud/enfermedad, en sus aspectos preventivos, curativos y de rehabilitación.

Dentro de la gama de enfermedades, encontramos enfermedades con tratamientos a corto, mediano y largo plazo. Dentro de las de largo plazo podemos encontrar las enfermedades renales, que en su mayoría, tienen tratamientos con fármacos, sin embargo, se dan casos que deben tratarse con diálisis y hemodiálisis y en un porcentaje considerable, se debe de tomar en cuenta un trasplante de riñón para mejorar la calidad de vida del paciente.

Por lo tanto, el Congreso de la República de Guatemala, después de muchas reuniones con médicos especialistas y consultas necesarias, aprueba el Decreto Número 91-96, el cual es específico para la programación, coordinación, supervisión

y evaluación en la disposición de órganos y tejidos humanos y cadavéricos, siendo el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social el encargado de supervisar el mismo como el ente máximo regulador en el país, esto lo podemos establecer en el Capítulo Primero de dicho Decreto.

Menciona en sus considerandos que el Estado es el obligado a velar por la salud de la población, creando programas que promuevan, rehabiliten y recuperen la salud de la misma, por lo que se hace necesario emitir instrumentos legalmente aceptados con el fin de que faciliten la disposición de órganos y tejidos humanos como un avance científico que venga a beneficiar la salud y el bienestar de los habitantes de nuestro país. Esto deberá ser únicamente con fines terapéuticos, de docencia o de investigación, con normas que dicta la comunidad internacional y comités locales de bioética.

Se da la necesidad de este Normativo dado que se ha demostrado a través de las estadísticas que en los países en desarrollo se carece de una legislación adecuada y por consiguiente, se pueda dar el tráfico ilegal de órganos.

Dentro de este Decreto se menciona que es necesario atender a la población sin distinción de raza, clase social o religión y debe dársele la oportunidad de obtener el beneficio de un trasplante de órgano. Así también, se deben considerar los instrumentos legales que respalden la protección de los derechos humanos de los menores de edad, personas privadas de libertad, minusválidos mentales y otros que sean vulnerables y que personas inescrupulosas puedan hacer mal uso de esos derechos.

Este decreto consta de nueve capítulos distribuidos de la siguiente manera: Capítulo Primero: que se refiere a los aspectos generales referentes a la disposición y autorización de órganos y tejidos y su uso. Aquí se establece que le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la aplicación de la presente Ley y su Reglamento. Esto es necesario, ya que este Ministerio es el ente regulador de la

salud de la población guatemalteca y en este caso especial, debe tenerse un control dada las circunstancias de comercialización ilegal de órganos o tejidos que puede contravenir la seguridad y estabilidad de las personas.

Capítulo Segundo: en el cual se pueden encontrar las definiciones de los conceptos referentes al proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, debido a que debe enmarcarse en conceptos y definiciones conocidos internacionalmente y por todas las personas involucradas para que no exista equivocación alguna. Estas se registran en el capítulo anterior de la presente investigación, que se refiere al marco teórico.

En el Tercer Capítulo podemos encontrar los aspectos que enmarcan los requisitos de donadores vivos y de receptores, los cuales básicamente se refieren a que deben ser personas mayores de edad y civilmente capaces, tanto donador como receptor. Estas personas deberán efectuarse pruebas médicas y demostrar su compatibilidad por medio de un dictamen médico. Estar debidamente informados del proceso del trasplante. Esto es importante porque no debe darse ninguna situación en la cual persona alguna pueda obligar a otra a donar sus órganos, especialmente que se quiera utilizar a las personas que presenten discapacidad mental y no puedan elegir por sí mismas.

El Banco de Órganos y Tejidos está regulado en el Cuarto Capítulo especialmente en su funcionamiento así como los requisitos que debe reunir para ser autorizado y de la misma manera para emitir los dictámenes correspondientes. La creación de este banco es necesario y es básico dentro del contexto nacional, ya que no existe Institución de esta naturaleza en nuestro país, sino que únicamente las que actualmente trabajan con donación de órganos lo hacen en un tiempo mínimo por el tipo de trasplante, quienes habían estado legalmente amparados bajo los Acuerdos Gubernativos 740-86 'Reglamento para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos o de Cadáveres', 741-86 'Reglamento para los Bancos de Riñones' y Decreto No. 52-72 del Congreso de la República, que regula el Banco de Ojos.

Pero atendiendo los avances que se han hecho en materia de trasplantes de órganos y tejidos en la última década, era necesario que se emita una Ley que regule dichos trasplantes.

El Registro Nacional de Trasplantes, así como el control estadístico que le corresponde al Ministerio de Salud se establece en el Capítulo Quinto, que este es el ente receptor de toda la información que surge en el ámbito nacional procedente de hospitales, sanatorios, tanto del Estado como privados.

La disposición de los cadáveres utilizados está normada en el Capítulo Sexto, donde se registran las características de cadáver humano, neonatos anencéfalos, la clasificación de cadáveres y su utilización, así también de las personas desconocidas. Es importante esta norma para evitar el tráfico de cadáveres y la mala utilización de los mismos.

En el Capítulo Séptimo se establece lo referente a la docencia e investigación y la utilización de cadáveres, los requisitos de su uso y el registro de los mismos. Se hace necesaria la investigación y la docencia para que los conocimientos científicos emanados de entidades académicas autorizadas, puedan ser divulgados para beneficio de la población guatemalteca, especialmente aquella que se vea afectada en su salud y que en un momento dado pueda necesitar atención médica especializada en cuanto a donación de algún órgano.

Las medidas de seguridad, control y sanciones están registradas en el Capítulo Octavo y las disposiciones transitorias y derogatorias de este Decreto Ley las encontramos en el Capítulo Noveno.

Por considerarse importante, se presentan de manera textual los artículos que se refieren a: las implicaciones de la donación, el consentimiento, la donación gratuita, los casos médico/forenses, dictamen favorable, requisitos del donador, selección de donador y receptor, registro nacional y estadística de trasplantes, disposición de los cadáveres, su utilización y uso.

**‘ARTÍCULO 6. Implicaciones de la Donación.** La donación de órganos o tejidos implica la extracción de los mismos y de las partes que con ellos se relacionen, así como los tejidos que sean necesarios, a efecto de que el trasplante tenga éxito’.

También se hace necesario mencionar que en este Decreto Ley se establece la importancia del consentimiento informado, el cual también se registra de manera textual en el Capítulo Segundo. **‘ARTÍCULO 7. Consentimiento.** Para el trasplante de órganos par o tejido entre personas en vida, se requiere del consentimiento de ambos en forma expresa y escrita’. Dado que este tratamiento es muy delicado, no puede jugarse con los sentimientos tanto del donador como del receptor, aparte de que el costo de exámenes y tratamiento pre operatorio es alto.

Se regula la donación, que deberá ser siempre gratuita ya que es ilegal la comercialización de órganos y tejidos, esto lo encontramos en el artículo 8 que dice así: **‘Donación gratuita.** La donación de órganos y tejidos para trasplante será siempre gratuita. Las personas privadas de su libertad podrán otorgar su consentimiento para utilización de sus órganos y tejidos con fines terapéuticos, solamente cuando el receptor sea cónyuge, concubinario, concubina, hijos o familiar comprobado legalmente. Las personas físicas y mentalmente incapaces, los que se encuentren en estado de inconsciencia, las mujeres embarazadas y los menores de edad, en ningún caso podrán donar órganos o tejidos’ y el artículo 9 que menciona expresamente la prohibición de la venta y comercialización interna así como la exportación de cualquier órgano o tejido.

Los infractores de esta disposición serán sancionados según lo establecido en el Código de Salud, sin detrimento de las sanciones penales que pudieren aplicarse.

**‘ARTÍCULO 10. Casos Médicos Forenses.** Cuando el posible donador esté enmarcado dentro de un caso médico legal, la obtención de órganos y materiales anatómicos para fines terapéuticos de trasplante se podrá realizar una vez que el médico forense designado para tal caso haya practicado al posible donador los procedimientos que fuesen necesarios para efecto de la investigación judicial. El

médico forense puede autorizar el retiro de los órganos y materiales anatómicos, considerando dichos procedimientos como parte del protocolo autopsia, siempre y cuando se considere que no afectarán sus estudios y conclusiones’.

**‘ARTÍCULO 11. Dictamen Favorable.** Para el trasplante de órganos y tejidos de seres humanos o de cadáveres, es requisito indispensable contar con el dictamen favorable de médicos y cirujanos que tengan la calidad de colegiados activos y reconocidos como especialistas en la materia por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala’. No puede jugarse con la salud y la vida de los seres humanos, por lo tanto, si es necesario que sean profesionales especialistas en la materia, para cuidar de todos los detalles y que el trasplante sea un éxito.

**‘ARTÍCULO 15. Requisitos del Receptor.** El receptor deberá reunir los siguientes requisitos:

1. Sufrir deficiencia en órgano o tejido que pueda tratarse de manera eficaz por trasplante.
2. Ausencia de otras enfermedades que predeciblemente interfieran con el éxito del trasplante.
3. Preferentemente ser menor de 55 años, aunque la edad es una limitante relativa, quedando a criterio del grupo de médicos especialistas en la materia la factibilidad de efectuar un trasplante.
4. Haber recibido información completa sobre los riesgos de la operación para el donador y probabilidades de éxito para el receptor.
5. Demostrar compatibilidad con el sujeto donador en las pruebas médicas’.

**‘ARTÍCULO 16. Selección de Donadores y Receptores.** La selección de donadores y receptores de órganos y tejidos para trasplante, se hará por médicos y cirujanos especialistas en la materia, reconocidos como tales por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala’.

**‘ARTÍCULO 24. Registro Nacional.** El Ministerio de Salud establecerá el Registro

Nacional de Trasplantes, cuyos fines serán estudiar, conocer y proporcionar información de todos los aspectos relacionados con la disposición de órganos y tejidos de seres humanos o de cadáveres, que se llevan a cabo en las diferentes instituciones’.

**‘ARTÍCULO 25. Estadísticas.** Para los efectos de estadísticas médicas, las instituciones autorizadas a que se refiere esta ley, trimestralmente rendirán un informe de las actividades a la Dirección General de Servicio de Salud, que llevará el Registro Nacional de Trasplantes, incluyendo un resumen clínico, técnica empleada, evolución y resultados de los trasplantes practicados’.

**‘ARTÍCULO 28. Clasificación de Cadáveres.** Para los fines especificados, los cadáveres se clasifican así:

- a) De personas conocidas, y
- b) De personas desconocidas.

Los cadáveres no reclamados dentro de las 72 horas siguientes al diagnóstico de muerte cerebral serán considerados dentro del grupo b)’.

### **Docencia e Investigación**

**‘ARTÍCULO 31. Utilización de Cadáveres.** Podrán utilizarse para fines científicos y docentes, los cadáveres de las personas cuyos parientes autoricen por escrito y también de quienes fallezcan en establecimientos asistenciales del Estado o del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, o aquellos que no fuesen reclamados por sus deudos y de quienes en las condiciones se encuentren en el Departamento de Medicina Forense del Organismo Judicial, siempre que se cumplan los requisitos y disposiciones sanitarias y se inscriba la defunción en el Registro Civil de la localidad. Los órganos viables que se obtengan de dichos cadáveres, podrán también conservarse en los bancos de órganos respectivos’.



**‘ARTÍCULO 32. Requisitos para Uso de Cadáveres.** Las facultades de medicina del país y las instituciones hospitalarias que usen cadáveres para fines de docencia, deberán cumplir los requisitos que el reglamento específico que se elabore estipule sobre las condiciones en que deben operar los anfiteatros y las condiciones en que deben trasladarse los cadáveres y/u órganos’.

El Decreto Legislativo 91-96 fue publicado el 15 de octubre de 1996, pero actualmente se encuentran en la Corte de Constitucionalidad dos recursos presentados por el Grupo Amor quien consideró que la misma presenta debilidades en cuanto a la agilización de procesos para la atención de los trasplantes, los cuales aun no han sido resueltos. Esta misma corte, decidió suspender el reglamento de manera provisional y ser revisado nuevamente para dictaminar de manera definitiva.

La suspensión antes indicada no afecta la práctica médica diaria, pero retrasa la regulación para que las intervenciones sean más transparentes y justas.

Quiere decir que a la fecha el Decreto 91-96, continúa en la Corte de Constitucionalidad, con dos recursos 3171-2006 y 3221-2006, en poder del Oficial Cuarto, quien a la fecha no ha finalizado con la revisión respectiva.

Se considera, además que algunos aspectos del Reglamento son competencia del Congreso y no debían ser aprobados por un acuerdo gubernativo.

## **2.6 Acuerdo 780 de Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, ‘Reglamento sobre el Proceso de Donación de Riñón’**

Este Reglamento emitido en junio de 1987 tiene por objeto normar el proceso que se refiere al Programa de Trasplante Renal de Donador Vivo relacionado familiarmente dentro de la Institución. Establece la práctica de trasplante de riñón a favor de afiliados y beneficiarios con derecho.

En el artículo 3 de este Reglamento se establece lo correspondiente al

consentimiento del donador y del receptor en forma expresa, lo que se registra en los protocolos de consentimiento previo al trasplante renal con donador vivo (formularios DGSMH-634 Y 635 respectivamente). Estos documentos deben ser suscritos por un Abogado y Notario. Anexos 3 y 4.

En los artículos 4 y 5 se mencionan los requisitos que deben reunir y presentar tanto el donador como el receptor.

En el artículo 6 se establece lo referente a lo que implica la donación de riñón así como la obligación del Instituto con respecto a la información por escrito a la familia y al receptor sobre el donador o donadores, haciendo énfasis en que la donación debe ser voluntaria, espontánea, y sin presión de ninguna naturaleza. Esto se realiza por medio del 'Manual para Pacientes' sobre Trasplante Renal que es entregado a cada donador y receptor.

El artículo 7 establece lo referente a las personas que no deben ni pueden ser consideradas posibles donantes de riñones, esto con el propósito de cumplir con lo establecido en los derechos humanos y que éstos no sean vulnerados bajo esta circunstancia.

En el artículo 8 se establece la apertura que le permiten al paciente con respecto a proponer sus posibles donadores y la selección y calificación del receptor estará a cargo del Servicio de Nefrología del Departamento de Medicina del Hospital General de Enfermedades del Instituto. Anexos 5 y 6.

Para el trasplante de riñón es requisito indispensable contar con el dictamen favorable de tres médicos y cirujanos al servicio del Instituto que deben constar en las evoluciones médicas. Esto se registra en el artículo noveno.

La información para el donador y receptor se establece en el artículo décimo, en donde se registra que se les debe informar sobre los riesgos médicos y quirúrgicos

que comprende el proceso de trasplante de riñón.

En el artículo 11 se registra lo que concierne al proceso, especialmente en cuanto a los estudios referentes a: evaluación socio económica, evaluación psicológica, examen clínico y exámenes básicos de laboratorio, así como la prueba de histocompatibilidad, exámenes clínicos de laboratorio y radiológicos para establecer la aptitud del donador.

En el artículo 12 el donador elegido deberá efectuar un documento legal en donde exima al Instituto, a sus funcionarios y personal por las consecuencias y riesgos por exámenes efectuados, el proceso operatorio, anestesia y tratamientos relacionados.

El artículo 13 se refiere a que el donador al ser elegido y se fije fecha de intervención, se hospitalizará. En la fase previa, durante la operación, y la postoperatoria, el donador estará siempre bajo estricto control del personal médico del Instituto.

Si se presenta algún estado patológico en el donador, que sea de pronta solución y que impida el trasplante, las unidades médicas del Instituto, deberán dar el tratamiento respectivo, esta referencia la encontramos en el artículo 14.

En el artículo 15 se manifiesta que el Instituto dará el debido tratamiento si se presentara alguna enfermedad intercurrente, concurrente y complicaciones durante la hospitalización del donador.

En cuanto a costos de exámenes, intervención quirúrgica, hospitalización y gastos imprevistos, son reglamentados en el artículo 16 y serán cubiertos por el Instituto.

El Instituto dará atención en cuanto a alimentación, hospedaje, y transporte de su vivienda a la unidad en donde se realice la operación, al donador como se le otorga al afiliado, tal disposición la encontramos en el artículo 17.

En el artículo 18 encontramos que en caso de que falleciera el donador en alguna de las fases del proceso de donación, se le otorgará el pago de cuota mortuoria como al afiliado.

La relación del donador y el Instituto terminará al darse caso concluido por la Unidad de Trasplante Renal, tal disposición la encontramos en el artículo 19.

Estadísticamente y en forma trimestral la Unidad de Trasplante Renal informará a la Dirección General de Servicios de Salud sobre sus actividades, encontrando en el artículo 20.

El artículo 21 indica que regirán las disposiciones del Acuerdo Gubernativo número 740-86 del 26 de septiembre de 1986.

Los casos en proceso están amparados por el Acuerdo 780 y sus disposiciones deberán aplicarse a los casos ya indicados, tal disposición la encontramos en el artículo 22.

## **2.7 Acuerdo 19/2006. Manual de Normas y Procedimientos para el Trasplante Renal de Donador Cadavérico**

La alternativa que existe para reemplazar a los donantes vivos, son los donantes cadavéricos, y con ello se persigue poder atender a los pacientes que sufren de esta deficiencia ya que para la Institución representa un costo menor que el de los tratamientos de diálisis y hemodiálisis. Por lo tanto la Junta Directiva del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el Punto Cuarto del Acta número 15 de la sesión ordinaria, celebrada el 21 de febrero del 2006, resuelve aprobar el Programa de Trasplante Renal de Donador Cadavérico e instruye a la Gerencia para que desarrolle la normativa relacionada con el Programa y la Ley para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos, según Decreto 91-96 del Congreso de la República de Guatemala.

Por lo que resuelve aprobar el Manual de Normas y Procedimientos para el Trasplante Renal de Donador Cadavérico, Acuerdo 19/2006; el cual deberá aplicarse en el Servicio de Nefrología del Hospital General de Enfermedades. Y cuya finalidad es la de atender a un mayor número de afiliados que sufren de insuficiencia renal y que a pesar de los tratamientos que tienen a la fecha, su estado de salud continúa deteriorándose.

El manual en consecuencia, indica que las dependencias que aplicarán el mismo serán: la Dirección Médica, Departamento de Cirugía, Servicio de Nefrología, Servicio de Enfermería. Laboratorio clínico, todos del Hospital General de Enfermedades. Los Servicios de intensivo de los hospitales del Instituto y la División de Transporte, quienes deben estar plenamente sabidas de su intervención y las responsabilidades que contraen para prestar un servicio rápido, de calidad, con eficacia y oportunidad ya que el recurso humano y material son indispensables para el éxito de los trasplantes.

Así mismo, en el Artículo 3 de este Acuerdo, instruye al Departamento de Comunicación Social y Relaciones Públicas del Instituto, con respecto a la necesidad de desarrollar las campañas que considere pertinentes para efectuar una concientización de la población sobre la importancia de la donación de riñones, tanto de donadores vivos como de donadores cadavéricos. Con respecto a esto, dicho Departamento ha publicado la Historia de la Unidad de Trasplante Renal por medio de carteles, los cuales se encuentran ubicados en las áreas de información de las Unidades del Instituto, así mismo han elaborado trifoliales sobre información de la donación; pero a la fecha se considera que ya es insuficiente por la cantidad de población que asiste a las Unidades demandando este servicio, así como las personas que solicitan información. Por considerarse la campaña poca e insuficiente no se ha logrado un mayor acercamiento de personas que potencialmente estén dispuestas a donar en forma voluntaria.

El Servicio de Nefrología tiene como visión específica: 'aumentar y mejorar la calidad

de vida de los afiliados que padecen de Insuficiencia Renal Crónica que no cuentan con familiares o con el apoyo de los mismos para tener acceso a un trasplante de donador vivo relacionado'; por lo que se han dado a la tarea de solicitar a las familias de afiliados que han fallecido en los Servicios de Intensivo de los Hospitales del Instituto por causas accidentales, a donar los riñones de sus familiares si estos no lo hubieran hecho en vida.

Para efectos de una información completa en forma escrita, fue elaborado el 'Manual para pacientes sobre trasplante renal', en el año de 1994 por el señor Juan Carlos Villagran Vargas, Técnico de Hemodiálisis, el cual a la fecha se continúa entregando a los pacientes que van a ser sometidos a un trasplante renal, primordialmente a los receptores y donadores vivos. Este año el Departamento de Comunicación Social y Relaciones Públicas del Instituto llevó a cabo una feria de la salud; el Hospital General de Enfermedades enfocó su aporte a la misma en la donación voluntaria de riñón y la forma en que las personas podían inscribirse como donadores gratuitos.

## **CAPÍTULO 3**

### **PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS DE CAMPO**

En este capítulo se presenta la información obtenida por medio de la Investigación de campo, la cual estuvo dirigida a:

- Pacientes que se encuentran en espera de que alguna persona, familiar o desconocida, en estado cadavérico o viva, pueda ser su donante. Se realizó una entrevista a cien pacientes que asisten a tratamiento de hemodiálisis y se encuentran en lista de espera para un trasplante renal.
- Se obtuvo información de personas que están registradas como donadores voluntarios, quienes expusieron sus opiniones con respecto a este tipo de tratamiento, el cual se considera de alguna manera, novedoso, ya que dentro de nuestra cultura no se tiene mucho conocimiento sobre ello. De ellos se entrevistó a diez personas.
- El equipo multidisciplinario de la Unidad de Trasplante Renal, aportó información, tanto para la atención de donadores como de receptores, ya que ellos, son los involucrados directamente en el tratamiento de los pacientes, cuyas experiencias se consideran necesarias para ampliar el conocimiento sobre este problema.
- Se platicó con ochenta y cinco personas particulares para conocer su opinión respecto a la donación voluntaria de riñón, detectándose que solo un bajo porcentaje está de acuerdo con ello.
- Para enriquecer nuestro conocimiento con respecto a las situaciones que han vivido los pacientes durante el tiempo pre y post operatorio referente a un

trasplante de riñón, se presentan tres historias de vida, quienes obtuvieron resultados exitosos en cuanto a este tratamiento.

### 3.1 Información Obtenida de Donantes y Receptores

La investigación de campo, se realizó por medio de las técnicas de la entrevista y observación, dirigida a diez personas que se encuentran como donadores voluntarios.

#### CUADRO 1

##### EDAD DE LOS DONANTES (En años)

EDADES	CANTIDAD	PORCENTAJE
18-22	1	10
23-27	2	20
28-32	1	10
33-37	1	10
38-42	2	20
43-47	3	30
Totales	10	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En el presente cuadro, el mayor valor se encuentra en el intervalo de clase 43-47, su valor no es representativo estadísticamente.

Es al adulto a quién deberá dirigirse la información sobre donación, ya que pueden adaptarse fácilmente a los procesos de cambio.



**CUADRO 2**  
**EDAD DE LOS RECEPTORES**  
**(En años)**

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJES
20-24	20	20
25-29	24	24
30-34	16	16
35-39	0	0
40-44	8	8
5-49	16	16
50-54	12	12
55-59	4	4
TOTAL	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

Se observa que el mayor valor se encuentra en el intervalo de clase 25-29, sin embargo, su valor estadístico no es representativo.

Considerando que esta edad corresponde a una población joven, lo que es favorable para desarrollar programas educativos.

**CUADRO 3**  
**SEXO**  
**(De los donantes)**

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Masculino	6	60
Femenino	4	40
Total	10	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En este cuadro el mayor porcentaje recae en el rubro **Masculino**.

En nuestro país aún prevalece la cultura patriarcal en donde el hombre, especialmente los mayores de edad, toman sus propias decisiones sin contar con la anuencia del resto de su familia, este es un factor que influye favorablemente a que participen en mayor porcentaje en la donación voluntaria.

**CUADRO 4**  
**SEXO**  
**(De los receptores)**

<b>SEXO</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Masculino	76	76
Femenino	24	24
Total	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En el presente cuadro la mayor frecuencia se encuentra en el sexo **Masculino**.

Prevalece el sexo masculino tanto en este cuadro como en el de donantes, siendo a quienes se debe dirigir principalmente la información y educación sobre el Programa de Donación Voluntaria de Riñón.

**CUADRO 5**  
**ESCOLARIDAD**  
**(De los donantes)**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Primaria	2	20
Básico	1	10
Diversificado	6	60
Universitario	1	10
Totales	10	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

Los donadores entrevistados se encuentran en el nivel de escolaridad **Diversificado**, como Perito Contador, Bachiller, Secretariado, Maestros (as) de Educación Pre primaria y Primaria.

Lo anterior posibilita la información escrita sobre Trasplantes Renales y la donación de los mismos mediante trifoliales, afiches, y otros documentos.

**CUADRO 6**  
**ESCOLARIDAD**  
**(De los receptores)**

<b>ESCOLARIDAD</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Primaria	8	8
Básico	20	20
Diversificado	52	52
Universitario	20	20
Total	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En este cuadro se observa que el mayor valor se encuentra en el nivel **Diversificado** de estudios. Población que se debe captar y a quién deberá dirigirse la información, educación y capacitación, viabilizando el proceso y aprovechando materiales escritos.

**CUADRO 7**  
**CONDICIONES LABORALES**  
**(De los donantes)**

<b>CONDICIONES LABORALES</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJES</b>
Por contrato	2	20
Horarios flexibles	5	50
Propietarios empresas	3	30
Total	10	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En este cuadro la mayor frecuencia recae en el rubro **Horarios flexibles**, sin embargo, su valor no es representativo estadísticamente.

## CUADRO 8

### ESTRUCTURA DEL GRUPO FAMILIAR (Receptores)

RESIDE CON	NÚMERO	PORCENTAJE
Solo	12	12
Padres	4	4
Madre	8	8
Esposa	16	16
Esposa e hijos	48	48
Otros	12	12
Total	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

La mayor frecuencia, se encuentra en el quinto renglón, pero su valor no es representativo estadísticamente.

Se considera como un factor positivo el hecho que los receptores tienen la compañía de esposa, e hijos. Por lo que es importante fortalecer el nexo familiar que es el apoyo de los pacientes en los momentos difíciles que les toca vivir con un tratamiento alterno mientras consiguen un donador y poderse efectuar un trasplante renal.

## CUADRO 9

### PERÍODO DE TIEMPO UTILIZADO PARA EL TRASLADO A LA UNIDAD MÉDICA (De donantes)

TIEMPO DE LLEGADA	PERSONAS	PORCENTAJE
Quince a sesenta minutos	6	60
Sesenta a ciento ochenta minutos	4	40
Total	10	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En este cuadro la mayor frecuencia la encontramos en el primer renglón.

La mayoría de los donadores residen en el área urbana de la ciudad Capital, por lo que no necesitan más de una hora para trasladarse de sus hogares a la Unidad Hospitalaria, aspecto que puede ser aprovechado por la Institución, para la captación y promoción de donadores.

## CUADRO 10

### EN ESPERA DE DONACIÓN DE RIÑÓN (De receptores)

ESPERA DE DONACION	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	96	96
NO	4	4
TOTALES	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En este cuadro la mayor frecuencia la encontramos en el primer renglón.

Es evidente que la mayoría de la población se encuentran con la esperanza de un donador para mejorar su calidad de vida, por lo que se hace evidente la necesidad de un banco que ofrezca potenciales donadores, lo que hace de manifiesto la promoción, y sensibilización de la población para que participen este proceso.

### CUADRO 11

#### TIEMPO DE ESPERA (De receptores)

TIEMPO DE ESPERA	NÚMERO	PORCENTAJE
Menos de un año	60	60
Más de un año	40	40
TOTALES	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

La mayor frecuencia se encuentra en el primer renglón.

Es un aspecto positivo que contribuye a agilizar los procesos para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

### CUADRO 12

#### SU FAMILIA LO APOYA CON UN TRASPLANTE (De receptores)

APOYO FAMILIAR	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	96	96
NO	4	4
TOTALES	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

La mayor frecuencia recae en el rubro SÍ.

El que la familia del paciente receptor se involucre en el proceso de donación hace que sea más efectiva para el mismo.

### CUADRO 13

#### INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE TRASPLANTE DE RIÑÓN (A los donantes)

INFORMACIÓN	PERSONAS	PORCENTAJE
Suficiente	5	50
Necesitan más información	4	40
No tiene información	1	10
Total	10	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En el presente cuadro el porcentaje más alto se localiza en el primer renglón, pero el mismo no es representativo.

Factor que es favorable para poder realizar proyectos educativos sobre trasplante de riñón.

### CUADRO 14

#### DENTRO DE SU FAMILIA ENCUENTRA DONADOR (De receptores)

TIENE DONADOR EN SU FAMILIA	NÚMERO	PORCENTAJE
SÍ	72	72
NO	28	28
TOTALES	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En el cuadro encontramos que la mayor frecuencia la encontramos en SÍ. Se manifiesta que la familia apoya a sus seres queridos, ofreciéndose como donadores voluntarios de riñón, poniéndose una vez más de relieve la importancia de la comunicación familiar.

En el primer rubro observamos que un porcentaje representativo manifestó necesitar información en cuanto a la donación de riñón.

Este dato es de importancia en la presente investigación ya que con ello podemos darnos cuenta que hace falta efectuar una labor educativa que esté dirigida a la población guatemalteca, sobre la donación voluntaria de riñón.

**CUADRO 15**  
**ACTITUD ANTE LA SOLICITUD DE DONACIÓN DE RIÑÓN**  
**(De donantes)**

<b>RESPUESTA</b>	<b>NÚMERO</b>	<b>PORCENTAJE</b>
Aceptación inmediata	70	70
Dudó	30	30
Total	100	100

Fuente: Investigación de campo, Septiembre 2007.

En el presente cuadro la mayor frecuencia se localiza en la variable **aceptación inmediata**.

Ello permite asumir que las personas mostraron solidaridad para tratar de salvar una vida humana, así mismo se pudo establecer que generalmente son familiares de los pacientes renales, principalmente padres o hermanos.

### **3.2 Opiniones Dadas por Profesionales del Equipo Multidisciplinario**

En la entrevista efectuada a profesionales integrantes del equipo multidisciplinario de la Unidad de Trasplante Renal, (1 Médico, 1 Psicóloga, 1 Enfermera Graduada y 2



Trabajadoras Sociales), se obtuvo la siguiente información: Todos ellos consideran que la falta de donadores es un obstáculo a la atención de pacientes con problemas renales, dado que hay pocos donadores y esto hace que se incremente el número de pacientes en espera de una donación de riñón.

Indican que el factor que influye en que las personas no donen de manera voluntaria es la **indecisión** y ellos proponen que para lograr este cambio de actitud, se deben realizar pláticas educativas, sesiones o reuniones con las personas que potencialmente pueden ser donantes, para disminuir las dudas y temores que puede generar el proceso pre operatorio de trasplante.

En su experiencia, observan que los donadores han encontrado dificultades en su medio de trabajo, pues hay cierto número de donantes que han perdido sus trabajos, pero aún así se han presentado a donar un riñón.

También comentan haber observado que en algunos casos las situaciones familiares influyen en la toma de decisiones del donador y por ello han declinado hacerlo.

Dentro del aspecto religioso opinan, que en sus años de experiencia solamente una religión es la que no está de acuerdo con el trasplante; por ello tanto paciente como donador han declinado su deseo de este tipo de alternativa médica, indicando aceptar la diálisis peritoneal y hemodiálisis como tratamiento a este problema.

### **3.3 Opiniones con Respecto a la Intención de Donar Riñón Voluntariamente**

Opiniones con respecto al deseo de donar voluntariamente, ya sea como donante vivo o donante cadavérico a una persona desconocida (no familiar).

Se realizó una encuesta a ochenta y cinco personas, de las cuales solamente cuatro de ellas respondieron que Sí donarían, lo que corresponde a un 5%; quiere decir que un 95% de los mismos no aceptan en este momento donar un riñón, por falta de información referente al trasplante y recomiendan darle difusión a este tratamiento,

mencionando los beneficios para el receptor y dificultades si estas existen para el donador.

### **3.4 Historias de Vida**

#### **HISTORIA DE VIDA No. 1**

Nombre: Liz

Edad: 26 años

Sexo: Femenino

Estado civil: Soltera

Liz es la segunda de dos hermanos, su hermano es tres años mayor que ella y también presenta problema renal, el cual le fue detectado hace cinco años; ambos residen con sus padres, formando grupo familiar.

Liz, comenzó en el mes de diciembre de 2002 con problemas de la garganta y le fueron recetados antibióticos; posteriormente tuvo seguidas dos infecciones, por lo que en ambas situaciones tomó nuevamente antibióticos, simultáneamente comenzó con dolores de cabeza y solicitó cita médica en el IGSS, para que la atendieran. El Médico que la había atendido con anterioridad, no le prescribió en esta oportunidad ningún medicamento, sino la envió al laboratorio para efectuarle una serie de exámenes. En la siguiente consulta el médico revisó los resultados de laboratorios, e indicó a Liz que el examen de orina tenía problemas; por lo que la enviaría con una hoja de traslado al Hospital General de Enfermedades, y que ya ahí la viera un especialista de riñón. Preocupada, con una serie de interrogantes, sin saber la magnitud de su problema, el mismo día se presentó en el Hospital de Enfermedades, solicitando la cita para lo que la habían enviado y la misma se la dieron la semana siguiente.

En la consulta externa de Nefrología, fue recibida Liz, en donde un médico la entrevistó, le tomaron antecedentes familiares y le efectuaron nuevamente una serie

de exámenes; y confirmaron diagnóstico. En cita posterior, el médico le explicó, su problema de salud indicándole, que era necesario que lo antes posible iniciara su tratamiento de hemodiálisis, ya que de eso dependía su bienestar de ahí en adelante, mientras no tuviera un donador para trasplante.

Liz, contó a su familia, la gravedad de su problema, que se unía prácticamente con la de su hermano, quien se encontraba desde hacía años en el mismo tratamiento, sin poder hacer nada más, sino seguir adelante ya que no estaba dentro de sus posibilidades, el poder remediarlo. La paciente consideró que su padre, aparentemente sano, no podía ser su donador debido a que era la cabeza de la familia y el proveedor económico; con su trabajo, se hacía cargo de todos los gastos económicos de la familia, porque si perdía su trabajo representaría para la familia otro problema mayor. La madre, manifestó desde un principio ser la donadora de riñón, pero al comenzar a efectuarle exámenes, se le detectó presión alta; por lo que no llenó requisitos para ser considerada donadora. Tal situación afectó a la familia profundamente, ya que la madre era la esperanza y el problema de salud que le detectaron se lo impidió. Manifestó sentirse responsable de su salud y sintió temor que su hija no pudiera ser trasplantada, y que perdiera la vida; ya que la lista para donadores cadavéricos daba pocas esperanzas. Por ello, los padres y amigos se unieron con ellos y se pusieron en oración; comenzaron a pedir ayuda en la iglesia, a amigos y familiares, pero las personas estaban temerosas y dudaban de cómo sería su futuro, para poder sostener a sus familias; por lo que pasaron dos años sin tener ninguna respuesta.

En tanto le fue colocado a Liz, un primer catéter en el cuello, el 5 de febrero de 2003 e inició su tratamiento de hemodiálisis en el Sanatorio Cedros de Líbano; lugar en donde a partir de la fecha tendría que efectuarse el tratamiento tres días a la semana; al mismo tiempo, le recomendaron que no dejara de seguir la dieta señalada.

Pasaron seis meses de tratamiento orinando bien y normal, pero poco a poco la orina comenzó a disminuir a pesar de su tratamiento. Le fue revisado el catéter, y el

mismo no le estaba funcionando; por lo que le pusieron un catéter en la pierna, el cual le funcionó solamente seis meses más. Habiendo tenido problema con catéter, el médico indicó que debía colocarse una fístula en la pierna y continuó con su tratamiento de hemodiálisis.

Durante el tiempo que estuvo en tratamiento, se encontraba laborando como operaria en una empresa; en donde trabajaba dos turnos, una semana de día y otra de noche, turnos que continuó sin problema. En la empresa contaba con los permisos, para sus hemodiálisis y sus citas, pero como éstas habían sido frecuentes, se sentía con pena y vergüenza de tener que continuarlas pidiendo, por no contar con un donador de riñón. Decidió solicitar pensionamiento al IGSS, por el riesgo de invalidez, en el año 2005; trámite que se resolvió favorablemente hasta en el mes de junio del 2006.

Agradeció a la empresa su apoyo y ayuda en su tratamiento, ya que siempre contó con la misma en forma incondicional, se retiró de la misma.

Estaba despidiéndose de la empresa, cuando un compañero del turno nocturno a quien ella no conocía, se ofreció voluntariamente para donarle un riñón. Su sorpresa fue grande, ya que en cierto modo había perdido las esperanzas de un trasplante y se había anotado en la lista de espera para donadores cadavéricos, a sabiendas que esta es larga y las esperanzas son pocas.

Agradeció el ofrecimiento a su compañero de trabajo y se presentaron ambos a la Unidad de Trasplante Renal, para que les efectuaran los exámenes pertinentes y les dieran respuesta a todas sus dudas, fueron informados; gracias a Dios los resultados de exámenes indicaron que eran compatibles y que el donante estaba sano y podía darle un riñón.

Tanto el donador como la receptora se reunieron con la psicóloga de la Unidad, quien les dio la información del trasplante, efectuó las evaluaciones correspondientes; la Trabajadora Social, por su parte, efectuó visitas domiciliarias a ambas viviendas y

entrevistó a las familias involucradas; posteriormente efectuaron la presentación del caso, cada uno de los profesionales del equipo multidisciplinario y fijaron las fechas de hospitalización para llevar a cabo el trasplante, el cual fue llevado a cabo el seis de febrero de 2007.

Por otro lado el donador de riñón es un hombre cabeza de familia, trabajador de la misma empresa donde laboraba Liz, en turno nocturno, personas que pocas oportunidades habían tenido contacto como compañeros; no los unía ningún lazo sentimental y tampoco familiar. Al compañero de trabajo de Liz, lo vamos a conocer como Rodolfo; hombre de cuarenta y tres años de edad, casado desde hacía 20 años, con cuatro hijos, de los cuales tres menores de edad y uno que acaba de cumplir 18 años y está terminando sus estudios diversificados. La esposa de cuarenta años de edad, quien en un principio si puso reparos a la decisión de su esposo, trató de persuadirlo, por el bien de su grupo familiar. Pero Rodolfo a pesar que en un momento tuvo miedo y dudó pero decidió seguir con su deseo inicial; que era ayudar, puso a su familia, a su persona y a Liz en manos de Dios y de los médicos que los atenderían.

Los hospitalizaron a ambos un fin de semana y los operaron el siguiente martes por la mañana.

Mientras la operación se llevaba a cabo ambas familias se acompañaron y apoyaron, esperando con ansias, ver salir a alguno de los médicos que les informara sobre la vida de sus familiares; estuvieron a la expectativa de la información y resultados, por horas; hasta que salió el Cirujano y el Nefrólogo informando sobre el éxito de la operación, y que ambos pacientes se encontraban en sala de recuperación, pendientes para pasarlos a sus respectivos dormitorios.

El jueves siguiente a la operación fue dado de alta el donador, quién partió a su domicilio acompañado de su familia suspenso por treinta días con cita, para su control posterior y con sus recetas de medicamentos necesarios.

Liz mientras tanto quedó interna en el hospital, porque presentó problema para orinar, el cual le fue resuelto, en su momento; pero a los 45 días postoperatorios fue programada de nuevo para una segunda intervención, de la cual al día de hoy, se siente bien.

El tratamiento médico continúa, así mismo sus citas en la Unidad de Nefrología de consulta externa.

En cuanto a Rodolfo, tuvo su tratamiento de medicamentos el tiempo necesario, le dieron de alta y a la fecha manifestó sentirse igual que antes, en cuanto a su salud y a su situación de pareja y le da Gracias a Dios por haber salvado la vida de su compañera de trabajo. Ambas familias mantienen una estrecha comunicación y guardan además de una buena amistad un agradecimiento infinito por la vida de Liz.

Así finalizamos el primer relato de vida, el cual podemos definir como un acto de amor de persona a persona, sin que mediara una relación de amistad o familiar, el cual tuvo un final feliz tanto para el donador como para el receptor.

## **HISTORIA DE VIDA No. 2**

Nombre: Lucia

Edad: 40 años

Sexo: femenino

Estado civil: casada

Inició su relato indicando que da gracias a Dios de estar viva al lado de sus hijos que son menores de edad y de sentirse bien de salud, a pesar de mantener tratamiento médico.

“Cuando me detectaron el problema de riñones, me desesperé y pasé por una época de depresión, de la cual me costó salir, a pesar de tener mi hogar y mis dos hijos, en esa época de dos y cuatro años respectivamente. Mi esposo trabajaba mucho y

viajaba por lo que fue poca la atención que me prestó, pero si me apoyaba, para que yo consiguiera un donador y mejor si me hacía un trasplante, esa era su forma de apoyarme”.

“Tuve que comenzar por diálisis peritoneal, la cual yo me ponía en casa y no abandonaba a mis hijos; duré con este tratamiento seis meses, pero yo no me sentía bien, esto me limitaba en varias funciones y mi depresión continuaba; por lo que hablé con mis hermanos y ellos me dieron su apoyo, Juan Carlos, fue el primero que se ofreció y comenzamos con pedir toda la información pertinente nos documentamos lo más que pudimos, no nos quedamos con la información y exámenes del IGSS., pedimos ayuda a médicos privados que también visitamos y todos coincidieron con el diagnóstico inicial que me habían dado y la necesidad de que me efectuara un trasplante”.

“Mi hermano y yo nos hicimos las pruebas y salimos compatibles, como es mi hermano menor y tiene su hogar con tres niños; que en ese entonces también eran pequeños; hablé con mi cuñada, ya que a pesar de contar con su apoyo yo me sentía culpable de que su esposo, fuera mi donador y que ella pudiera dudar del éxito de la operación y de los posibles riesgos de la intervención que en el futuro le quedaran a mi hermano, eso yo lo sentía y estaba segura que ella también ya que con mi hermano tenían un matrimonio estable y de mucha comunicación. En todo momento, ella nos acompañó y participó de todo lo que nos informaban y de los exámenes que nos practicaban, por lo que, su respuesta fue que ambas nos encomendáramos a Dios y que se hiciera su voluntad, ya que sabía cuánto mi hermano me quería y que no me dejaría seguir pasando por el sufrimiento que yo mantenía, y estaba segura que eso tenía una recompensa y esa iba a ser mi salud”.

“Un diez de diciembre de 1998, nos efectuaron la operación y gracias a Dios, los dos salimos bien. Mi hermano abandonó primero el hospital y posteriormente yo, no tuve ninguna complicación y mi hermano tampoco. Yo continúo con mi tratamiento médico en el IGSS y asisto a mis citas”.

“Por los problemas depresivos que tuve, y mi recuperación después de la operación dejé de trabajar aproximadamente un año; inicié mi relación laboral y ahora solo con las citas pido permiso, en cuanto a mi operación y problema con los riñones siento haberlo superado, pero con los problemas de mi hogar no”.

“Mi problema, es de pareja, ya que mi esposo después de la operación me habló y me hizo ver que yo como mujer ya no le interesaba y que deseaba que nos divorciáramos; le pedí que buscáramos ayuda profesional, pero no estuvo de acuerdo; le pedí que me permitiera recuperarme, pero fue inútil. Comenzó a viajar con su trabajo y se ausentaba cada vez más, un fin de semana estuvo en casa, después de casi seis meses, me propuso que por nuestros hijos a quién él no quería dejar, mantendríamos nuestra aparente vida de matrimonio, pero que él ya tenía una nueva compañera con la que iba a rehacer su vida y pensando que tal vez era algo temporal, yo lo acepté. Ahora me arrepiento ya que yo estoy bien en todo sentido y me hace falta la vida que teníamos. Insisto en decir que de la operación estoy bien y quedé sin ningún problema”.

“Mis hermanos están siempre al tanto mío y yo de ellos; con Juan Carlos, nuestra relación es más estrecha, tenemos en común los riñones, nuestras alegrías y tristezas, y tantos momentos tan estrechos que nos tocó pasar juntos; espiritualmente nos entendemos más. Mi hermano me ha aconsejado con relación a mi situación de hogar y él habló con mi esposo ya que decidí que era mejor para mí y mis hijos que de una vez nos divorciáramos, pero ahora él no quiere, y ya desde hace seis meses que ya no ha vuelto a la casa”. “Yo me he refugiado en la atención de mis hijos y de mi trabajo, pero se que necesito ayuda y la voy a pedir”.

### **HISTORIA DE VIDA No. 3**

Nombre: Evelyn

Edad: 26 años

Sexo: femenino

Estado civil: soltera



Evelyn es la menor de tres hermanos. Estudiante universitaria. Conformar grupo familiar con sus padres. Los hermanos son casados, con vida independiente y aparentemente sanos.

Evelyn desde los cuatro años de edad manifestó problemas de salud, como consecuencia de infecciones urinarias. En ese entonces, su médico pediatra la refirió con un Nefrólogo, quién la evaluó y le indicó tratamiento y dieta, la cual llevó desde los cinco años de edad.

Debido a su estado de salud, cuando Evelyn contaba con nueve años de edad, los padres se vieron en la necesidad de solicitar atención médica al IGSS, la Junta Directiva, autorizó el tratamiento y trasplante de la menor, si esto era necesario.

La menor continuó con su tratamiento medicamentoso hasta los catorce años de edad, en que fue evaluada para el trasplante. Su médico tratante consideró oportuno hasta esa edad, iniciar con la serie de exámenes de laboratorio y compatibilidad con los padres, para intervenirla quirúrgicamente; ambos padres resultados compatibles.

Con los resultados en mano, los médicos preguntaron a la menor, a quién elegía como donador y ella decidió que fuera su madre, descartando al padre por el hecho de que él era el proveedor económico de la familia.

El once de mayo de 1994, se llevó a cabo la intervención quirúrgica, la cual tuvo el éxito esperado tanto para la madre como para la hija, actualmente ambas presentan un estado de salud adecuado.

Evelyn continúa con su tratamiento médico, asiste a sus citas médicas en el Hospital General de Enfermedades y continúa con sus estudios universitarios; a la fecha se encuentra cerrando su carrera y la madre trabaja fuera del hogar sin complicación alguna.

Cada día que pasa, indicaron ambas dan gracias a Dios de que Evelyn se haya curado y tenga una vida normal.

## **CAPÍTULO 4**

### **PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL**

#### **PROYECTO: CAPTACIÓN PARA DONADORES DE RIÑÓN**

##### **4.1 Justificación**

Es necesario que las Instituciones que se dedican a la salud, coordinen acciones específicas que beneficien la salud y bienestar de la población, tal es el caso de los pacientes que sufren de insuficiencia renal; estos pacientes tienen la esperanza de recibir un riñón, para mejorar su calidad de vida y así continuar con su vida familiar y productiva sin tener que depender de una diálisis.

Donar en nuestro país, es tomado como un mito o tabú, no tenemos cultura de donación.

Día con día, crece el número de pacientes que se acercan a la Unidad de Nefrología del Hospital General de Enfermedades del IGSS, solicitando atención médica; y según sea la situación de su caso inician un tratamiento paliativo de hemodiálisis o diálisis peritoneal, pero en muchos de los casos los pacientes se deterioran rápidamente; y son remitidos a la Unidad de Trasplante Renal, considerándose que su única alternativa es el trasplante. Si el paciente cuenta con un donador voluntario dentro de su familia, se iniciarán los exámenes para establecer la compatibilidad de ambos y la intervención quirúrgica se llevará a cabo en el menor tiempo posible y con menores inconvenientes. Pero hay otros casos en los que sus familiares tienen temor y no se atreven a ser donadores, priorizan a sus familias, no son compatibles o presentan problemas de salud, aspectos que no los hace aptos para donar; estos pacientes no encuentran otra solución más que permanecer en sus tratamientos paliativos de diálisis y medicamentos, en espera de un donador cadavérico que sea compatible con ellos. Esta esperanza es real, en los pacientes, pero al no existir en

nuestro país un banco de riñones este problema va creciendo y se va haciendo cada vez más grande para la población.

El Trabajador Social como integrante del equipo multidisciplinario de la Unidad de Trasplante Renal, debe jugar un rol de participación activa generando procesos de captación unido a los de capacitación e información, a la población de nuestro país.

## **4.2 Planteamiento del Problema**

El Hospital General de Enfermedades, del IGSS, en el servicio de consulta externa de Nefrología, recibe de 30 a 40 pacientes nuevos al mes, esto ha repercutido en la demanda de los trasplantes renales que también han aumentado; pero la misma no puede ser satisfecha por falta de un donador.

Contamos en el país, con la Ley para la Disposición de Órganos y Tejidos, Decreto 91-96 del Congreso de la República; sin embargo el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, se maneja con sus Reglamentos internos, por lo que con el Acuerdo 780 de Junta Directiva norma el “Programa de Trasplante Real Vivo Relacionado Familiarmente”, publicado en el mes de junio de 1987. Posteriormente se hace necesario el emitir en Acuerdo 19-2006 del 16 de junio del 2006, que norma el Trasplante de Donador Cadavérico, pero la Institución no cuenta con un banco de órganos, que le permita apoyar en dicho tratamiento a sus pacientes en forma urgente, por lo que se hace necesaria la divulgación de dicho programa a todo nivel, y lograr la captación de donadores voluntarios.

## **4.3 Objetivos**

### **4.3.1 Objetivos Generales**

- Informar a través de los medios de comunicación, tanto orales como escritos sobre la necesidad de la donación de riñón para la captación de un número

significativo de donantes que coadyuven a mejorar la calidad de vida de pacientes que presentan este problema.

- Presentar a la Unidad de Trasplante Renal un listado de donadores potenciales captados a través de los procesos divulgativos utilizados por Trabajo Social.

#### **4.4 Metas**

- Elaborar tres cuñas radiales en el período de una semana y solicitar que sea difundida en quince estaciones radiales ubicadas en la ciudad capital, que tengan mayor audiencia, con el fin de que se transmitan tres veces al día.
- Elaborar tres espacios televisivos en el período de una semana y solicitar que sea transmitido en seis canales de televisión ubicados en la ciudad capital, a efecto de que se difundida tres veces al día.
- Elaborar tres publicaciones en el período de una semana y solicitar que sea publicado en dos periódicos escritos que circulan en la ciudad capital, a efecto de que aparezcan dos veces a la semana.
- Elaborar tres tipos de afiches para solicitar una impresión de seis mil ejemplares para colocarlos en dos mil lugares.
- Elaborar tres tipos de trifoliales para solicitar una impresión de diez mil ejemplares para entregarlos a diez mil

#### 4.5 Calendarización de Actividades

No.	Objetivos Específicos	Actividades	Lugar	Fecha	Responsable	Recurso Humano	Recursos Materiales
1	Informar a través de los medios de comunicación oral y escritos sobre la necesidad de la donación de riñón.	Elaborar cuñas radiales	Oficina de Trabajo social	2 al 7 enero	Trabajadora Social	Comunicador Social	Computadora Papel Grabadora, Cassette y/o CD
		Elaborar espacios televisivos	Unidad de Trasplante Renal	8 al 13 de enero	Trabajadora Social	Equipo de publicidad	Video
		Elaborar afiches referentes al tema	Oficina de Trabajo Social	14 al 19 de enero	Trabajadora Social	Diagramador/ publicista	Cartulina Marcadores
		Elaborar trifoliales informativos	Oficina de Trabajo Social	20 al 26 enero	Trabajadora Social	Programador de Cómputo	Computadora Papel Impresora
		Elaborar publicaciones de prensa	Oficina de Trabajo Social	27 al 31 de enero	Trabajadora Social	Publicista	Computadora Impresora

		Contactar con estaciones de radios y televisión para difusión	Estaciones de radio de mayor audiencia y canales de televisión.	1 al 28 de febrero	Trabajadora Social	Asistente de servicios varios	Engrapadora Grapas Maskintape	
		Colocar afiches en lugares de mayor afluencia.	Escuelas Iglesias Hospitales Universidades Transporte público Centros comerciales Empresas	1 al 28 de febrero	Trabajadora Social			
		Repartir trifoliales	Centros de atención médica públicos y privados.	1 al 28 de febrero	Trabajadora Social			Mobiliario y equipo de oficina
		Acondicionar lugar y línea telefónica.	Anexo a Oficina de Trabajo social	1 al 5 de marzo	Secretaria de Trabajo Social			Teléfono

2	Desarrollar el proceso de reclutamiento para la captación de donantes.	Atención de interesados.	Anexo a oficina de Trabajo Social	5 de marzo al 31 de dic.	Secretaria de Trabajo Social		
		Convocar a primera reunión a personas interesadas.	Oficina de Trabajo Social	1 al 3 de: abril Junio Agosto Octubre Dic.	Trabajadora Social		Teléfono y/o Invitaciones escritas
		Realizar primera reunión con personas interesadas	Auditórium de Hospital General de Enfermedades.	4 al 10 de: Abril Junio Agosto Octubre Diciembre al 30 de cada mes	Trabajadora Social		Película Trifoliales Afiches Manuales de trasplante.
		Inscribir a personas que manifiestan interés en ser donantes.	Auditórium de Hospital General de Enfermedades	30 de cada mes	Trabajadora Social		Ficha de inscripción.
	Convocar a segunda	Auditórium de Hospital			Trabajadora Social		Cañonera Computadora

		reunión con presencia de Equipo multidisciplinario institucional y personas voluntarias.	General de Enfermedades	30 de cada mes			Retro proyector
<b>3</b>	Presentación de grupo donadores potenciales a Unidad de Trasplante.	Entrega de listado a Jefe de Unidad de Trasplante.	Auditórium de Hospital General de Enfermedades	30 de cada mes	Trabajadora Social		Listado de potenciales donadores.
		Entrega de grupo a Trabajadora Social de hospitalizados.	Auditórium de Hospital General de Enfermedades		Trabajadora Social		Listado de potenciales donadores.



#### 4.6 Evaluación

Se llevará a cabo una evaluación conjunta con los asistentes, en cada actividad para medir el grado de aprendizaje que adquirieron respecto a la donación voluntaria, se efectuará un listado de asistencia y de participación a las actividades. Y un aspecto importante el número de personas que se ofrecen como donadores voluntarios.

Al finalizar la captación de donadores la Trabajadora Social responsable del proyecto efectuará una evaluación del mismo.

#### 4.7 Metodología

El desarrollo de cada una de las actividades que se realicen para la captación de donadores estará a cargo del Trabajador Social, responsable de dicho proyecto en coordinación y apoyado por el equipo de Comunicadores Sociales, Publicistas y Programadores de cómputo.

#### 4.8 Financiamiento

Las diferentes actividades, que conlleva el programa de educación y captación de donantes voluntarios, serán gestionadas y proporcionadas por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, quién cubrirá el siguiente presupuesto:

- Material de oficina	Q. 5,000.00
- Actividades de capacitación	Q. 10,000.00
- Honorarios profesionales	Q.240,000.00
- Transporte	Q. 4,000.00
- Material impreso	Q. 40,000.00
- Varios	Q. 15,000.00
	<hr/>
TOTAL	Q.314,000.00

#### **4.9 Contenido Básico de la Capacitación sobre Donación Voluntaria de Riñón**

El ser humano es un ente eminentemente social, que necesita comunicarse, dando así a conocer sus sentimientos, sus necesidades, sus alegrías y sus tristezas. Por lo que la comunicación es una herramienta del Trabajador Social, que permite el desarrollo de un trabajo grupal, en donde exista cambio a nivel individual como de una comunidad; por lo que la comunicación juega un papel importante para el cambio, siendo una de las técnicas esenciales para disminuir la resistencia al mismo. Cuanto más persuasiva sea la comunicación, mejor cumplirá su función como herramienta de cambio.

El Trabajador Social, para la formación de grupos de donación voluntaria de riñón, debe iniciar su actividad científica y metodológica con una investigación previa, la cual ayudará a conocer a qué grupo de la población deberá dirigirse la actividad; dentro de la fase de preparación de la comunidad, y posterior a la investigación debe iniciarse la utilización de medios de comunicación alternativos como son los carteles, afiches, trifoliales, volantes promocionando la donación voluntaria. Así como boletas de inscripción, con datos tales como: edad, escolaridad, nombre completo, dirección, teléfonos, su deseo de obtener información sobre la donación voluntaria de riñón, tiempo que puede dedicar a la misma, días etc., tales datos servirán al Trabajador Social, para poder iniciar la organización de grupos. Es el momento en que se iniciará la fase de reclutamiento, en donde el Trabajador Social debe efectuar las invitaciones a sus posibles donantes, para darles una capacitación específica la cual estará a cargo de un equipo multidisciplinario, aquí el Trabajador Social utilizará los testimonios de donantes ya operados, los cuales serán la clave para poder captar donantes.

Cumplida la capacitación, se confirmará el deseo de los participantes a donar o no en forma voluntaria y se elaborará un listado de los mismos, para que se lleven a cabo entrevistas específicas y visitas domiciliarias en donde se involucrará a la familia del mismo.

Iniciando el Trabajador Social con un encuesta de sondeo, conocerá este dato que debe tomarse en cuenta para el reclutamiento y capacitación de las personas, sabremos qué cantidad de personas debemos entrevistar, de qué edades y sexo para iniciar la etapa de reclutamiento; la cual se inicia desde que el Trabajador Social siente la necesidad de intervenir ayudando a sus semejantes y aportando sus conocimientos ante un problema específico.

Mientras tanto el profesional iniciará sus contactos con organismos gubernamentales, de la iniciativa privada y extranjeros, a fin de solicitar material respecto a la donación de riñón, y así colocarlo en las Unidades Hospitalarias del IGSS, Unidad de Trasplante Renal y Periféricas del IGSS, si fueren carteles o afiches, y todo el material escrito que pueda ser proporcionado, en forma escrita; para que exista en cada unidad una amplitud de programación.

Posteriormente el Trabajador Social deberá entrevistar a cada uno de los donantes, que aparentemente estén sanos y se encuentren entre las edades de 33 a 47 años de edad, sean de sexo masculino y se encuentren entre el nivel de estudios diversificados; con esta información dará en T.S inicio al proceso de divulgación, elaborará un listado de información, tal como horario en que los entrevistados desean su reunión, días de la semana, lugar etc., los cuales deben tomarse muy en cuenta para que el Trabajador Social, pueda después de un análisis lograr diferentes grupos, horarios y días para los mismos, etc.

Se organizarán los grupos dependiendo del número de personas participantes utilizando la metodología de Trabajo Social de Grupos, en lo que compete a organización y capacitación.

Se realizarán cinco reuniones y un taller por cada uno de los grupos utilizando material educativo que permita abordar el contenido de la capacitación sobre donación de riñón, de una manera sencilla y práctica.

## CONCLUSIONES

1. La población de 33 a 47 económicamente activa, presentan más problemas renales, por lo que es necesario atenderla, considerando que su esperanza de vida es importante fortalecer.
2. Para el paciente renal, la alternativa de tener una mejor calidad de vida, se encuentra en el trasplante renal, lo que constituye un tratamiento de menor costo Institucional.
3. El 100 % de los entrevistados manifestó que donarían un riñón en forma voluntaria ya que con ello estarían contribuyendo al bienestar de otra persona tales como familiares, amigos y compañeros, ya que los unen a ellos sentimientos de humanidad y solidaridad.
4. En el nivel de estudios Diversificado se encuentra el mayor porcentaje de donadores, constituyéndose en un factor positivo ya que es un grupo focalizado.
5. Los pacientes entrevistados en un 84% de los casos, manifestaron estar satisfechos con sus consultas médicas que les da el IGSS, ya que los atiende bien médicamente, les envían a que se hagan sus exámenes de laboratorio y exámenes físicos cuando ellos los solicitan, por otra parte consultan con el médico si tienen otro problema de salud y él los refiere a las instancias pertinentes.
6. Dentro de la investigación de campo se pudo establecer que el grupo de 28-37 años de edad, correspondiente al sexo femenino, no participa en la donación de riñón; considerándose que esta situación está influida por factores tales como ser amas de casa, madres de familia o tener responsabilidades profesionales.

## RECOMENDACIONES

1. Solicitar a las Autoridades Institucionales su apoyo material y logístico para poder llevar a cabo el presente proyecto para la captación de donadores de riñón.
2. El Trabajador Social debe trabajar con la población adolescente y adulta joven, localizados en un nivel de estudios Diversificado, Universitarios y del Estado con programas de capacitación e informativos en cuanto al reclutamiento y capacitación de los mismos.
3. Es necesario que el Trabajador Social trabaje el grupo con un promedio de 15 miembros, por el tipo de problema de salud que presentan, para poder con los mismos, individualizar, utilizando las Técnicas Testimoniales y Motivacionales.
4. Involucrar directamente a la Dirección del Hospital General de Enfermedades, para que brinde todo el apoyo necesario al equipo multidisciplinario de la Unidad de Trasplante Renal y participen en las actividades programadas con los grupos terapéuticos.
5. Las instituciones que se dedican a la salud deben coordinar acciones específicas que beneficien la salud y bienestar de la población.
6. El Trabajador Social es el profesional idóneo para que lleve a cabo el **Proyecto de Captación de Personas como Posibles Donadores de Riñón**, lo que conlleva la reducción en el número de demandantes insatisfechos por el incremento de los mismos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo I9/2006 de Gerencia del IGSS. "Manual de Normas y Procedimientos para el Trasplante Renal de Donador Cadavérico".
2. Acuerdo 780 de Junta Directiva, Reglamento sobre el "Proceso de Donación de Riñón en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social". Norma el " Programa de Trasplante Renal de Donador Vivo Relacionado Familiarmente." Publicado en el Diario de Centro América Número 15 del 24 de septiembre de 1,987.
3. Acuerdo Gubernativo Número 740-86. Reglamento para la Disposición de Órganos y Tejidos de Seres Humanos o Cadáveres. Publicado en el Diario Oficial de fecha 7 de octubre de 1,986.
4. Acuerdo Gubernativo Número 741-86. Reglamento para los Bancos de Riñones. Publicado en el Diario Oficial de fecha 7 de octubre de 1,986.
5. Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario del Trabajo Social. Segunda Edición Editorial Lumen. Buenos Aires, Argentina. 1995.
6. Cartel de Unidad de Transplante Renal del IGSS. Sin Autores, 2006
7. Contreras de Wilhelm, Yolanda. Trabajo Social de Grupos. Editorial Pax. México 6ta Edición Revisada y Ampliada. 1989.
8. Decreto Número 52-72 del Congreso de la República de Guatemala. Recopilación de Leyes. Publicado en el Diario Oficial de fecha 17 de agosto de 1972.
9. Decreto Legislativo 91-96 del Congreso de la República de Guatemala. Diario de Centroamérica No. 28. 1996.

10. Diccionario de Medicina OCEANO MOSBY. Traducida y adaptada de la 4ta. Edición de la obra original en inglés MOSBY'S MEDICAL, NURSING AND ALLIED HEALTH DICTIONARY. MCMXCIV by Mosby-Year Book, Inc. St. Louis, Missouri (USA). Impreso en España. 1994.
11. Donador vivo/ Esmas.com abril 9 2007
12. Ensayo. Folleto de Daisy Lucía Chaparro. S. Docente de la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga. 2003.
13. Eroles, Carlos. Coordinador Glosario de Temas Fundamentales de Trabajo Social. 1ª. Edición. Editorial Espacio, Buenos Aires, Argentina. 2005.
14. Kisnerman, Natalio. Servicio Social de Grupos, Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina. 1era Edición. 1969.
15. Manual de Coordinación de Trasplante. El Nuevo Ciclo Vital, Fundación Bosch Gimpera, Universidad de Barcelona. Varios Autores. S/ Año de publicación.
16. Noriega Castillo, Carlos Federico. "Apuntes sobre Metodología de la Investigación." IIETS. Escuela de Trabajo Social. Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala 2002.
17. Reyes, Elisa. Historias de vida como técnica de Investigación Social. Impresión realizada Redd Barna Guatemala/ Honduras. Guatemala, julio 1992.
18. Trasplante/ De Wikipedia. La Enciclopedia Libre.  
<http://es.wikipedia.org/wiki/trasplante>.
19. Umaña, María Eliana. Servicio Social de Grupos. Primera y Segunda parte, Editorial Universitaria, S.A. Santiago, Chile. 1965.

20. Villagrán Vargas, Juan Carlos. Manual para Pacientes sobre Trasplante Renal. Reproducido por la Sección de Docencia e Investigación. I.G.S.S. y la Organización Panamericana de la Salud. ( O.P.S.) ,Guatemala. enero de 1994.



## **ANEXOS**

- ❖ SPS-912 Donación de Riñón en casos de muerte cerebral.
- ❖ SPS -913 Autorización Familiar de Donación de Riñones de Donador Cadavérico.
- ❖ DGSMH-634. Protocolo de Consentimiento previo al Trasplante Renal con Donador Vivo. Donante.
- ❖ DGSMH-635. Protocolo de Consentimiento previo al Trasplante Renal. Receptor.
- ❖ Protocolo Receptor para Trasplante Renal
- ❖ Protocolo Donador para Trasplante Renal