

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

FACULTAD DE CONTADURÍA Y ADMINISTRACIÓN

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

“ La Mercadotecnia Social en la Donación Voluntaria de Órganos “

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN ADMINISTRACIÓN
ESPECIALIDAD MERCADOTECNIA

PRESENTA

Esperanza Clara Isla Borja

ASESOR

M. en C. Miguel A. Hernández Velázquez

Santiago de Querétaro, Qro., Mayo de 2000.

BIBLIOTECA CENTRAL UAQ
"ROBERTO RUIZ OBREGON"

No Adq. 1165806
No. Título _____
Clas. IS
380.102
I 82 m
Eja I

Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Contaduría y Administración
Maestría en Administración

"La Mercadotecnia Social en la Donación Voluntaria de Órganos"

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el grado de
Maestro en Administración
Especialidad Mercadotecnia

Presenta:

Esperanza Clara Isla Borja

Dirigido por:

M.C. Miguel Hernández Velázquez

SINODALES

M.C. Miguel A. Hernández Velázquez
Presidente

M.C. Jorge Ramos Martínez
Secretario

M.C. Cesar Augusto Lachira Saézn
Vocal

Dr. Javier Islas Domínguez
Suplente

M.C. Fernando Barragán Naranjo
Suplente

M. en C. José Antonio Inclán Montes
Nombre y firma del Director de la Facultad
de Contaduría y Administración



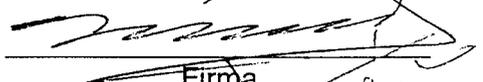
Firma



Firma



Firma



Firma



Firma

Dr. Sergio Quesada Aldana
Nombre y firma del Director de
Estudios de Posgrado e Investigación

RESUMEN

Durante los últimos años, la medicina ha tenido un gran avance en el conocimiento para trasplantar órganos en los seres humanos, desgraciadamente este avance médico no ha tenido el impacto deseado en la vida de nuestra sociedad debido a la falta de donadores de órganos en nuestro País. Es lamentable el hecho que México cuente con recursos suficientes para llevar a cabo un gran número de trasplantes para satisfacer la demanda existente y sin embargo la escasez de donadores de órganos provoque que varios miles de mexicanos mueran en etapas productivas de su vida. Es una realidad que en nuestro país, las campañas de donación de órganos han sido escasas y no han tenido continuidad. Esta investigación tiene un objetivo eminentemente social, pretendiendo ser una ayuda a la donación voluntaria de órganos, demostrando que las herramientas disponibles por la mercadotecnia con el fin de promover la donación voluntaria de órganos no han sido utilizadas adecuadamente bajo un concepto social en México. Este estudio está enfocado principalmente al trasplante de riñón y córneas, por ser estos los más recurrentes en el estado. Para satisfacer la demanda de trasplantes de éstos órganos, sería necesario realizar de seis a siete veces más trasplantes que los que se realizan actualmente. Esta tesis pretende usar las herramientas de la mercadotecnia para crear una cultura de donación de órganos en México, propone la creación de una campaña de donación que permita a la ciudadanía enterarse y considerar la donación de alguno de sus órganos, así como la creación de un comité interdisciplinario que usando las herramientas de la mercadotecnia alivie la situación de la falta de donadores voluntarios. Esta investigación demuestra que la sociedad mexicana sí está dispuesta a donar sus órganos después de haber muerto; sin embargo no conocen la forma de hacerlo y el procedimiento que se deba seguir para que sus órganos puedan ser donados. En esta tesis pretendo abrir un nuevo camino para aumentar el número de donadores.

Palabras clave: órganos, trasplante, donación, mercadotecnia social.

SUMMARY

Over the last few years, medicine has had a great advance in the knowledge of organ transplants in human beings. Unfortunately this medical advance has not had the wished impact on the life of our society due to the lack of donors in our country. It is very sad that Mexico has enough resources to make a great number of transplants in order to satisfy the existing demand; however, the lack of organ donors means that thousands of mexicans die in productive stages of their lives. It is a reality that in our country the organ-doning campaigns have not been succesfull and not have had continuity. This investigation has a purely social objective; to be a helpful tool in the donation of organs, by proving that the available marketing tools have not been properly used a mexican social background. This study is focused mainly on the kidney and cornea transplants, since they are the most recurrent in the State. In order to satisfy the demand of transplants, it will be necessary to make from six to seven times more transplants than the ones that are currently made. This thesis pretends to use the tools of marketing to create a culture of organ-doning in Mexico. And It proposes the creation of a capaign that alows the community to be aware and consider the donation of one of their organs as well as the creation of an interdisciplinary committee using marketing tools to help solve the situation of the lack of cadaveric organs; This investigation reveals that the mexican society is willing to donate their organs; however, they don't understand the way to do it and the procedure that should be followed in order to donate their organs. This thesis pretends to open a new path in order to achieve the number of donors

Key words: Organs, Transplants, donation, social marketing.

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el resultado del apoyo y colaboración de muchas personas, a las cuales agradezco su ayuda, sin la cual hubiera sido imposible la realización de este trabajo.

Agradezco a la Universidad Autónoma de Querétaro la oportunidad que me brindó para poder realizar mis estudios.

A todos mis profesores, especialmente al M. en C. Miguel Angel Hernández Velázquez, quien con sus conocimientos, dedicación y paciencia me ayudó a la elaboración de este tesis.

A mi esposo, a mis hijos y
a todas aquellas personas que con su ejemplo
supieron siempre guiarme por el camino de la verdad

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1: LA MERCADOTECNIA SOCIAL	8
1.1 Diferentes definiciones de mercadotecnia social	8
1.2 Diferencias entre mercadotecnia comercial y mercadotecnia social	10
1.3 Historia y naturaleza de las compañías de cambio social	13
1.4 Breve historia de las campañas de donación voluntaria de órganos que han existido en nuestro país	14
1.5 Herramientas que utiliza la mercadotecnia para lograr su misión	18
CAPITULO 2: LOS TRASPLANTES	20
2.1 Información General sobre trasplantes	20
2.1.1 Tipos de trasplantes	20
2.1.2 Justificación de los trasplantes	20
2.1.3 Proceso de un trasplante	21
2.2 Reseña Histórica de los Trasplantes	22
2.2.1 Antecedentes legendarios	22
2.2.2 Antecedentes científicos tempranos	22
2.3 Muerte cerebral	25
CAPITULO 3: CONSIDERACIONES JURÍDICAS SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS	29
3.1 Impacto del trasplante ante la Ley	29
3.2 La propiedad del cuerpo humano	29
3.3 Criterios de varios países respecto a la muerte	31
3.4 Criterios en México para certificar la pérdida de la vida	34
3.5 Disposiciones legales existentes en México respecto a la donación voluntaria de órganos	35
3.6 Ley General de Salud	35
3.7 Norma técnica numero 323 para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos	38
3.8 La religión ante la donación de órganos	40
CAPITULO 4: INVESTIGACIÓN DE MERCADOS SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS	43
4.1 Necesidad de información	43
4.2 Objetivos de la investigación y necesidades de información	44
4.3 Fuentes de datos y diseño de la investigación	44
4.4 Procedimiento para la recolección de datos	45
4.5 Diseño de la muestra	47
4.6 Recopilación de datos	48
4.7 Procesamiento y análisis de datos	48
4.8 Presentación de los resultados	57

CONCLUSIONES GENERALES		58
BIBLIOGRAFÍA		59
ANEXOS		
Anexo No. 1	Carta de reconocimiento	61
Anexo No. 2	Propuesta	62
Anexo No. 3	Diseño del logotipo de la campaña	74
Anexo No. 4	Diseño del poster de la campaña	75
Anexo No. 5	Diseño del folleto de la campaña	76
Anexo No. 6	Diseño de la tarjeta para donante de la campaña	77
Anexo No. 7	Diseño de la hoja membretada	78
Anexo No. 8	Estadística de trasplantes de riñón	79
Anexo No. 9	Estadísticas de trasplantes de córneas	82
Anexo No. 10	Estadísticas de trasplantes de corazón	84
Anexo No. 11	Estadísticas de trasplantes de hígado	85
Anexo No. 12	Estadísticas de trasplantes de páncreas	86
Anexo No. 13	Estadísticas de trasplantes de pulmón	87
Anexo No. 14	Estadísticas de trasplantes de páncreas en L.A.	88
Anexo No. 15	Estadísticas de trasplantes de páncreas en L.A.	89
Anexo No. 16	Estadísticas de trasplantes renales totales en L.A.	90
Anexo No. 17	Entrevista a la Dra. Ma. de la Luz Meléndez M.	91
Anexo No. 18	Entrevista al Dr. Juan Manuel Sandoval Cuéllar	93
Anexo No. 19	Entrevista al Dr. Rigoberto Hernández García	95
Anexo No. 20	Respuesta de los encuestados parte B	97
Anexo No. 21	Tendencia definida de la media parte B	98

INTRODUCCIÓN

A lo largo de mi carrera académica y profesional he podido palpar la necesidad de utilizar los recursos que la mercadotecnia nos ofrece, no sólo para tratar de obtener una utilidad pecuniaria, sino también con el propósito de lograr una utilidad social. Conforme he avanzado en mi desarrollo escolar, ésta necesidad de ayudar con mis conocimientos ha ido en aumento. Ahora que termino la maestría en administración de empresas con especialización en mercadotecnia, me resulta obligado el emplear mis esfuerzos de investigación en un trabajo que tenga alguna trascendencia social.

Antes de decidirme por el tema escogido hice una investigación a nivel local sobre las condiciones en que se operaba la donación voluntaria de órganos. Fué evidente la ausencia del uso de herramientas mercadotécnicas, lo que limitaba en gran forma los resultados obtenidos con el esfuerzo aislado de personas con buena voluntad. Los programas enfocados a la donación voluntaria de órganos han sido escasos y ha sido notoria su falta de continuidad.

La presente tesis sigue rigurosamente las etapas del proceso de investigación con el objeto de dar el apoyo científico a esta obra de investigación que tengo la esperanza pueda ser llevada a la práctica.

Asimismo, presento detalladamente aspectos de organización que podrían ser perfeccionados en su aplicación, pero que sirven de columna vertebral para su mejor desempeño.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, actualmente se realizan alrededor de 800 trasplantes de riñón y 1100 trasplantes de córneas cada año (número aproximado de trasplantes de córnea

y riñón que se realizaron en México durante 1998. (Ver anexos 8 y 9). Sin embargo para dar satisfacción a las necesidades nacionales sería necesario realizar de 6 a 7 veces más la cantidad actual.¹

Si bien la información estadística disponible no permite, a la fecha, estimar con precisión la demanda potencial de los diversos tipos de trasplantes, la revisión de las principales causas de mortalidad general de la población mexicana, orienta sobre la importancia creciente de los padecimientos susceptibles de ser resueltos mediante el trasplante de órganos y tejidos. (Ver tabla No. 1)

Tabla No. 1: Causas de mortalidad general de la población mexicana en afecciones susceptibles de trasplante de órganos.

ORDEN*	CAUSA	DEFUNCIONES	**
1	Enfermedades del corazón	68 040	Corazón
3	Diabetes Mellitus	36 027	Páncreas
6	Cirrosis y otras hepatopatías	22 865	Hígado
10	Nefritis, Sind. Nefrótico y Nefrosis	13 558	Riñón
13	Bronquitis crónica, enfisema y asma	8 550	Pulmón

FUENTE DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA SSA DE 1997.

* Por orden de aparición entre las principales causas de mortalidad general

** Posible órgano trasplantado

Con relación a la demanda de córneas en México, el promedio anual de éste trasplante asciende a 739 (tomando en cuenta los últimos 10 años de 1989 a 1998. Ver anexo No. 9); En 1998 se realizaron 1,127 trasplantes, sin embargo, la demanda anual de córneas se estima en 6,800 pacientes oftalmológicos candidatos a trasplante².

Así mismo, en cuanto a la demanda potencial de riñones para trasplante, se estima que la incidencia de la insuficiencia renal asciende al año a 100 casos nuevos

¹ Información estadística proporcionada por el Registro Nacional de Trasplantes

² Información estadística proporcionada por el Registro Nacional de Trasplantes

por cada millón de habitantes³, si conservadoramente se calculara que el 50% llegase a ser candidato a trasplante, esto significa que para satisfacer esta demanda potencial en la población actual de la República Mexicana (considerando que sea de 100 millones de habitantes), se harían necesarios 5,000 trasplantes renales al año.

Esta cifra hace conveniente enfatizar la importancia de la Cultura de Donación, toda vez que a la luz del conocimiento actual, muchos de los casos de insuficiencia renal crónica pueden ser trasplantados a partir de donadores cadavéricos.

Sólo el 30% de los casos de pacientes con insuficiencia renal candidatos a trasplante llegan a obtener el beneficio de este procedimiento⁴, obteniéndose el riñón a partir de donador vivo relacionado o cadavérico, predominando los primeros; éste déficit es preocupante puesto que representa que en promedio el 70% de los casos de insuficientes renales crónicos sólo podrían acceder a diálisis peritoneal o a hemodiálisis.

Cabe destacar que si bien el 70% de urópatas no son trasplantados, en los casos en que se requiere de trasplante de corazón, hígado, páncreas o pulmón, los no trasplantados asciende casi al 100%⁵ (ver anexos 10, 11, 12 y 13), lo cual viene a demostrar una vez más la nobleza del procedimiento del trasplante renal.

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

³ Información proporcionada por el Registro Nacional de trasplantes

⁴ Información proporcionada por el Registro Nacional de trasplantes

⁵ Información proporcionada por el Registro Nacional de trasplantes

El alivio en el dolor, no sólo de una persona, sino de todas las personas queridas que la rodean en primera instancia, es para mí motivo suficiente para exponer como obligación esta tesis, que espero ayude en algo a promover con el uso de esta bella y utilísima materia de estudio que es la mercadotecnia, el interés de aquéllos que asumiendo su responsabilidad social tengan la oportunidad por su cargo o desempeño público de utilizar este instrumento, la mercadotecnia para el bienestar del individuo, de la familia, de nuestro estado y de una forma entusiasta y vigorosa a responder al llamado a que nuestra educación nos obliga.

La donación voluntaria de órganos, es considerada habitualmente como una actitud filantrópica de una persona próxima a fallecer o que lo disponga así en su testamento, así como de los parientes de ésta.

La mercadotecnia en su parte social irrumpe también en el ámbito filantrópico, en su más estricto y sublime sentido, pues se utilizan las mejores herramientas e instrumentos de esta materia eminentemente social para lograr un bien que repercuta directamente en los individuos de esta sociedad.

La percepción que la mayoría de los miembros de la sociedad tenemos de la donación de órganos nos obliga a verla como una cuestión externa a nuestros intereses.

El solo planteamiento de esta tesis sería inconclusa de no tener alguna trascendencia. La responsabilidad a que nuestra preparación académica nos obliga nos debe llevar como elemento social obligado a responder con un elevado sentido humanitario a la aplicación de nuestros conocimientos para el bienestar de la sociedad en que vivimos y con mucha mayor razón a defender los sentimientos hipocráticos a que nuestra primaria naturaleza humana nos lleva.

La tecnología para trasplantes de órganos ha encontrado en México un campo fecundo en donde gracias a la excelente preparación en el campo médico y a la cercanía con países de mayor tecnología ha logrado sobresalir en Latinoamérica.

En enero de 1989 se realizó el primer trasplante de pulmón exitoso en México y en toda Latinoamérica.

En el año de 1996 ocupó 2º lugar en Latinoamérica en número de trasplantes de riñón por donadores vivos y 3º lugar en trasplantes de riñón por donadores cadavéricos. En 1997 logró ocupar el 1º lugar en toda Latinoamérica en número de trasplantes hechos por medio de donadores vivos. (*Ver anexo No. 14*).

En lo que a trasplantes de páncreas se refiere, México en 1998 ocupó 1º lugar en toda Latinoamérica en el número de trasplantes efectuados hasta esa fecha. (*Ver anexo No. 15*).

En trasplantes renales de todo tipo (donadores vivos y donadores cadavéricos), desde el principio de éstos, México ocupa 2º lugar en número de trasplantes realizados en toda Latinoamérica, estando debajo de Brasil, que lleva el mayor número de trasplantes renales efectuados hasta la fecha. (*Ver anexo No. 16*).

DELIMITACIÓN DEL TEMA

Este estudio ha sido desarrollado dentro de los límites muestrales que nos proporciona la Ciudad de Querétaro, aunque he conseguido información de carácter nacional como consecuencia natural de este trabajo de investigación.

Debido a la regionalización del estudio me he enfocado principalmente al trasplante de riñón y córneas, por ser éstos los mas recurrentes en la zona.

Las encuestas y entrevistas han sido efectuadas todas por mi persona así como la labor de campo necesaria para llevarlas a cabo.

HIPÓTESIS A COMPROBAR

“Las herramientas disponibles por la mercadotecnia con el fin de promover la donación voluntaria de órganos no han sido utilizadas adecuadamente bajo un concepto social en México”

OBJETIVO GENERAL

Siendo la vida humana el bien jurídico por excelencia, nos corresponde a los profesionistas especializados en la materia de mercadotecnia, aportar la parte alícuota necesaria para satisfacer esa necesidad que nuestra sensibilidad social nos permite percibir.

En la consideración del ser humano como el animal político ya planteado en la antigüedad, la integración de las ciencias sociales al propósito de Hipócrates, se hace ya de una utilidad incuestionable.

No baste a la mercadotecnia el fin rastrero de la utilidad pecuniaria. Elevando nuestra mirada hacia fines más altos encontraremos en ella la parte integrada de un propósito social común, que nos haga satisfacer nuestros más caros ideales de hacer lo que en nuestra capacidad sea posible para responder con ánimo solidario a la obligación que nuestra preparación académica nos exige.

El objetivo de esta investigación es eminentemente social y pretende ser una ayuda a una labor humanitaria tan loable como es la donación voluntaria de órganos, demostrando que las herramientas disponibles por la mercadotecnia

con el fin de promover la donación voluntaria de órganos no han sido utilizadas adecuadamente bajo un concepto social en México.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Estoy convencida de los efectos positivos que tendrá la consecución de este estudio, bastando para esto el hacer sentir esa necesidad de comunicación en las estructuras sociales de las empresas de la salud, ya sean estas públicas o privadas.

Además de ser este estudio una parte obligada para la culminación de mis estudios en la maestría de administración de empresas, expongo como un objetivo específico de esta tesis el proponer la **creación de un comité interdisciplinario que usando las herramientas de la mercadotecnia alivie la situación de la falta de donadores voluntarios.**

CONTENIDO DE LA OBRA

La presente obra se compone de cuatro capítulos además de los anexos de referencia.

Los primeros tres capítulos proporcionan al lector información general sobre la mercadotecnia social, los trasplantes y las consideraciones jurídicas sobre las donaciones de órganos.

El cuarto capítulo expone el desarrollo del proceso científico que va desde la fijación de la hipótesis hasta su aceptación o rechazo.

En los anexos se incluye la propuesta general del uso de las herramientas de la mercadotecnia con los propósitos señalados y una propuesta específica.

CAPITULO 1: LA MERCADOTECNIA SOCIAL

La mercadotecnia nació para organizaciones de lucro que pueden o no considerar el beneficio social como un fin prioritario, sin embargo la **mercadotecnia social** podrá o no considerar un fin de lucro, pero indefectiblemente tendrá por fin principal el beneficio social.

La mercadotecnia social nace con el objetivo primordial de brindar un beneficio a la sociedad.

Debemos recordar que éste es un concepto verdaderamente de vanguardia, ya que la mercadotecnia por ser una función que ha tenido una evolución muy dinámica puede ser observada desde muy diversas ópticas. Éstas se dan según el grado de desarrollo de las organizaciones en relación directa con su entorno legal, político, sociocultural y tecnológico.

1.1 DIFERENTES DEFINICIONES DE MERCADOTECNIA SOCIAL

Entre algunas de las definiciones de mercadotecnia social encontramos las siguientes:

- "La **mercadotecnia social** es el desarrollo de programas orientados a influir sobre la aceptabilidad de ideas sociales"⁶

El autor J. Whyte limita la definición de mercadotecnia social al mero desarrollo de programas, lo cual me parece inapropiado pues la mercadotecnia es un proceso con un espectro de actividades de mucho mayor amplitud.

⁶ J. WHYTE. "Organization, Person and Idea Marketing as Exchange". York-Reino Unido. Quarterly Review of Marketing U.K., January 1985. p. 25

- "La **mercadotecnia social** es una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoques tradicionales al cambio social en un marco integrado de planeación y acción"⁷

En este caso los autores Philip Kotler y Roberto L. Eduardo equiparan la mercadotecnia social con una estrategia, y la mercadotecnia social es mucho más que una estrategia, es un proceso completo en donde la estrategia es solo una de las herramientas a utilizar.

- "La **mercadotecnia social** es el diseño, realización y control de programas que buscan mejorar la aceptación de una idea social, una causa o una costumbre en un grupo meta."⁸

La definición anterior aunque cierta, no es completa, pues la restringe a el manejo de programas, cuando en realidad la mercadotecnia social tiene un campo de acción mucho más amplio, pues va desde la detección de necesidades hasta la evaluación final de las acciones emprendidas.

Definición personal:

La mercadotecnia social es la rama de la mercadotecnia dedicada a la satisfacción de necesidades sociales.

Ampliando esta definición con la definición tradicional de mercadotecnia, tenemos que: **La mercadotecnia social es el proceso de crear, distribuir, promover y fijar un valor de intercambio a bienes, servicios e ideas para facilitar la satisfacción de las necesidades sociales en un entorno determinado.**

⁷ KOTLER, Philip y Roberto L. Eduardo. *"Mercadotecnia Social: estrategias para cambiar el comportamiento del público"*. México. Ed. Diana. 1992. p. 33

⁸ KOTLER, Philip. *"Mercadotecnia"*. México. Ed. Prentice Hall Hispanoamericana. 1991. p. 668

Es determinante que la mercadotecnia social necesita utilizar los métodos y técnicas de la mercadotecnia comercial para obtener sus objetivos particulares. Las cuatro variables de la mercadotecnia se aplican en todos los casos en que se utilice la mercadotecnia social, adaptándolas desde luego, a cada situación en particular.

La mercadotecnia social es una estrategia para el cambio de la conducta y combina los mejores elementos de los enfoques tradicionales al cambio social en un marco integrado de planeación y acción, al tiempo que utiliza avances en la tecnología de las comunicaciones y en las técnicas de comercialización.

El término de “mercadotecnia social” apareció por primera vez en 1971, para describir el uso de los principios y técnicas de la comercialización encaminada al apoyo de una causa, idea o conducta sociales. Desde entonces, el término ha venido a significar una tecnología administrativa de cambio social que implica el diseño, la puesta en práctica y el control de programas cuyo objetivo era la mayor aceptabilidad de una idea o práctica social en uno o varios grupos de destinatarios de los programas.

1.2 DIFERENCIAS ENTRE MERCADOTECNIA COMERCIAL Y MERCADOTECNIA SOCIAL

La diferencia básica entre la mercadotecnia comercial y mercadotecnia social radica en el objetivo que persiguen. A continuación se señalarán las tres diferencias fundamentales y se presentará una diferenciación entre la mercadotecnia comercial y la mercadotecnia social separada por cada una de las variables controlables de la empresa.

Tabla No. 2: Diferencias entre Mercadotecnia Comercial y Mercadotecnia Social. ⁹

Mercadotecnia comercial	Mercadotecnia social
<p>1. Su mayor interés es la obtención de utilidades económicas a través de los intereses del mercado o sociedad escogido.</p> <p>2. Tiene interés en identificar las actitudes y deseos del mercado escogido sin promover cambios.</p> <p>3. Tiene interés en vender sus productos o servicios a través de ideas.</p>	<p>1. Su mayor interés está en servir a las necesidades del mercado o sociedad escogida, sin obtener beneficio económico personal.</p> <p>2. Tiene interés en lograr un cambio en las actitudes o el comportamiento del mercado escogido, cuando éstos puedan resultar dañinos.</p> <p>3. Tiene interés en vender ideas y nuevas actitudes, en vez de productos y servicios.</p>

Tabla No. 3: Diferencias entre mercadotecnia social y comercial por variables controlables. ¹⁰

Mercadotecnia Comercial	Mercadotecnia Social
<p>Producto: Se pregunta si el producto o servicio que ofrece es acorde con las necesidades del consumidor.</p> <p>Precio: Considera y estudia el precio que el consumidor quiere o puede pagar por el artículo o servicio.</p> <p>Distribución: Se hace cargo de que sus productos sean puestos a la disposición de los clientes en el lugar y momento oportunos.</p> <p>Publicidad y promoción: Es diestro en persuadir al consumidor para que com-</p>	<p>Producto: Diseña frecuentemente servicios sociales, que se supone necesitan los usuarios, en vez de preguntarle cuál servicio espera.</p> <p>Precio: La gente pobre es a menudo inducida a utilizar o recibir los servicios sociales, de una manera grosera e insultante, teniendo que perder su dignidad y autorrespeto.</p> <p>Distribución: Los servicios sociales difícilmente están a la mano de los usuarios que lo necesitan. Con frecuencia están lejos de su hogar, en horarios inadecuados o simplemente son deficientes y lentos. Tal es el caso de algunos servicios en México como bomberos, Cruz Roja, Cruz Verde, patrullas, etc.</p> <p>Publicidad y promoción: Algunas veces existen campañas sociales acertadas y</p>

⁹ FISHER, Laura. "Mercadotecnia". 2ª. Edición. México. Ed. McGraw-Hill. 1997. p. 423

¹⁰ FISHER, Laura. "Mercadotecnia". 2ª. Edición. México. Ed. McGraw-Hill. 1997. p. 423-424

pre sus productos, aunque no los necesite.

Investigación de mercado: Está acostumbrado por necesidad a utilizar la investigación de los deseos e inquietudes de su mercado.

oportunas; sin embargo, en realidad casi siempre falta información para efectuar los trámites o solicitudes de servicio social.

Investigación de mercado: Puede considerarse nula, ya que el burócrata encargado de los servicios sociales presupone desde su oficina las necesidades, deseos y quejas de sus usuarios. Supone que las personas aceptarán gustosamente cualquier servicio que se le ocurra brindar.

La Mercadotecnia social es utilizada en todo el mundo, todos los países tienen problemas sociales que tienen que resolver tanto los ciudadanos como los diferentes gobiernos. La solución de los problemas sociales implica un cambio social: el cambio de la forma en que los individuos y grupos lleven sus vidas transformando prácticas adversas o perjudiciales en productivas, cambiando actitudes y valores en las comunidades y sociedades enteras y creando nuevas tecnologías sociales que eleven la calidad de vida en todas las personas.

En México, los resultados de los trasplantes que se practican son comparables a los de los mejores programas de todo el mundo, sin embargo necesitamos crear una cultura de donación voluntaria de órganos, ya que los donadores no son suficientes para cubrir las necesidades de nuestra población. En lo referente a trasplantes renales, ni siquiera se cubre el 30% de las necesidades del país.

Es necesaria la aplicación de la mercadotecnia social y se incurre en ella con la esperanza de obtener un cambio social en nuestro país para abrir las fronteras de nuestra cultura hacia la aceptación de este concepto tan humano como es el dar algo que los demás necesitan, donar voluntariamente órganos que otras personas necesitan para vivir o para mejorar su calidad de vida.

Al finalizar este milenio, un gran número de personas de las más diversas sociedades esperan y ansían más que nunca un cambio social que favorezca el incremento de las donaciones de órganos, ya que mediante esto tendrán un remedio en su dolor al mejorar su calidad de vida. Las personas anhelan estos cambios en forma voluntaria para no ver sufrir a sus seres queridos.

Mientras la mercadotecnia comercial busca satisfacer necesidades y deseos mediante la adquisición de un producto para el consumidor, la mercadotecnia social intenta la aceptación de una idea social, causa o costumbre para un grupo determinado.

1.3 HISTORIA Y NATURALEZA DE LAS CAMPAÑAS DE CAMBIO SOCIAL

Las campañas para el cambio social han sido emprendidas desde tiempos inmemoriales. En la Grecia Antigua y en Roma, se lanzaron campañas para liberar a los esclavos. En Inglaterra, durante la Revolución Industrial, se realizaron campañas para abolir el encarcelamiento de los deudores, otorgar derechos de voto a las mujeres y suprimir el trabajo de los niños.

En la actualidad, existen dos tipos de campañas de cambio social:

1).- Las que tienen el objetivo limitado de proporcionar nueva información a las personas y hacerlas conscientes de alguna meta deseada produciendo un cambio cognoscitivo en ellas. Estas campañas de información pública o de educación pública incluyen aquellas que explican el valor nutricional de los alimentos, informan a las personas sobre cómo evitar la exposición al virus del SIDA e instruyen a jóvenes sobre el beneficio de tener una educación más elevada.

2).- Las que tratan de convencer al mayor número de personas para que realicen un acto o práctica específicos en un tiempo determinado. Ejemplos de este segundo tipo son las campañas para convencer a la gente de que se vacune contra

una enfermedad en un programa de inmunización masiva o para la donación de sangre. A esta categoría corresponden las campañas para la donación voluntaria de órganos ya que lo que se pretende es que la gente al morir realice el acto de donación de sus órganos y así, poder salvar muchas vidas que están en espera de ese órgano. Este cambio conductual es más difícil de alcanzar que el cambio en el conocimiento de una acción concreta. La gente tiene que dejar viejos hábitos, aprender nuevos y mantener el nuevo patrón de conducta.

1.4 BREVE HISTORIA DE LAS CAMPAÑAS DE DONACION VOLUNTARIA DE ÓRGANOS QUE HAN EXISTIDO EN NUESTRO PAÍS.

En México a nivel nacional se han lanzado tres campañas de donación de órganos: “Yo soy un donador de todo corazón”, “Done vida después de la vida” y “Existe vida después de la muerte”.

“Yo soy un donador de todo corazón”: Esta campaña fué coordinada por la Lic. Beatriz Mansur en el año de 1990. Los objetivos principales de la campaña fueron:

1. Sistematizar la información pertinente del proceso enfermedad, donación, trasplante, con el fin de utilizarla en acciones de sensibilización de la población implicada en dicho proceso.
2. Identificar las condiciones de hecho que representan facilidades u obstáculos para promover la aceptación de la donación altruista de órganos.
3. Desarrollar una campaña de comunicación para informar y orientar a la población en general sobre las necesidades que existen y los beneficios que puede proporcionar la donación altruista de órganos.¹¹

La dirección y financiamiento de la campaña fué realizada por la Fundación Mexicana para la Salud y por el Comité de Diálisis y Trasplantes.

Una de las conclusiones a las que se llegó Beatriz Mansur mediante la realización de esta campaña fué la necesidad de una mayor divulgación y difusión de la información precisa sobre los lineamientos legales que existen en nuestro país para la donación, procuración y disposición de órganos, tanto en el público en general como entre el personal de salud y el judicial, sobre todo los casos relacionados con la donación de cadáver o de paciente con diagnóstico de muerte cerebral.

Durante la realización de esta campaña se emitieron folletos y también "tarjetas de donante". El slogan que identificó a la campaña fue el de "Yo soy un donador de todo corazón".

La tarjeta de donante que se emitió consistió en un formato que contiene la manifestación del consentimiento del titular de sus órganos. Incluye dos opciones, la primera que se refiere a la disposición de cualquier órgano que sea útil o la segunda opción que da al donante la opción de escoger cuáles son los órganos sobre los cuales da su consentimiento para donarlos. Tal y como lo considera la ley, debe de ir firmada por dos testigos para su validez.

Los folletos y carteles fueron distribuidos a lo largo del territorio nacional en los principales centros de salud, y dentro de éstos se incluía el teléfono de locatel en caso de necesitar mayor información.

La publicidad de esta campaña mostraba a un señor que se veía muy triste por la muerte de su esposa, y dentro del folleto que se ofrecía al público, aparecía una leyenda que decía: "Mi esposa decidió donar sus órganos porque ella amaba la vida"....."Ahora sé que fue lo mejor porque ayudamos a salvar la vida de quien

¹¹ Mansur, Beatriz. *Donación de órganos en México*. (México: Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1990) p. 11

espera un órgano sano para vivir”. Los folletos fueron distribuidos en los principales centros de salud del país.

La investigación de mercados no es únicamente la recopilación sistemática de datos, sino que es mucho más amplia. La investigación de mercados va desde la detección de la necesidad hasta los factores psicológicos que puedan afectar a un proceso.

No se puede decir que con utilizar posters y folletos se esté haciendo un uso adecuado de las herramientas de la mercadotecnia. En esta campaña, utilizando solo mi percepción directa y mi juicio objetivo, deduzco que faltaron elementos de sensibilización y de empatía a la vez que utilizaron conceptos negativos que inducen al receptor a tener aversión hacia el programa. Tal es el caso de un poster en donde se muestra en forma trágica a una persona que perdió a su esposa.

“Done vida después de la vida”: Esta fué una campaña que se realizó internamente en los principales hospitales en los que se realizan donaciones de órganos.

La campaña se componía de un folleto en el que se explicaba brevemente en que consistía la donación de órganos e incluía una especie de tarjeta para la donación voluntaria de órganos, la cual era necesario recortar de la misma. Este folleto contenía información sobre dónde acudir en caso de conocer la existencia de un donador de órganos, así como también información legal en cuanto a la donación en caso de fallecimiento de un familiar que no haya especificado su voluntad para donar sus órganos, dejando así la opción de que cualquier familiar pudiera dar su consentimiento para la donación. En una parte del folleto se presentaba el teléfono de Locatel para aclarar cualquier duda al respecto.

En esta campaña se utilizaron recursos de publicidad y promoción pero en forma incompleta, dejando sin culminar el esfuerzo publicitario en una acción determinante en donde el posible donador acepte ser donador voluntario (La tarjeta de donante en esta campaña se tenía que recortar del folleto, no se dio en forma separada para ser llenada y tenerla en todo momento en el bolsillo). Aquí se revela lo que en ventas se podría decir que falta el cierre de la venta.

“Existe la vida después de la muerte”: Esta campaña fué realizada en parte por la Cruz Roja Mexicana en un programa que se llamó Programa Nacional de Captación de órganos y Tejidos para Trasplante. Esta idea de la campaña fue tomada de otra campaña realizada por el Consejo Publicitario Argentino junto con la Asociación para el futuro del Niño. Esta campaña fue lanzada en todos los medios: en cine, televisión, radio, vía pública, diarios, revistas. Esta campaña tuvo como objetivo fundamental despertar inquietud, hacer recapacitar, provocar el análisis individual, el diálogo familiar, la consulta profesional y finalmente; la toma de decisiones para la donación de órganos. Esta ha sido la campaña que más difusión a tenido en México.

La difusión mediante la televisión consistió en cinco mensajes, cada uno dedicado a un órgano específico: corazón, sistema auditivo, ojo (córneas), pulmones y riñones. Estos mensajes fue estructurada en base a finales felices, en ningún momento se apeló a la tragedia o a la tristeza.

Algunos de los anuncios que se promocionaron fueron los siguientes:

- “Los riñones de María se ríen de la muerte”.
- “El corazón de don Luis volvió a enamorarse”.
- “Los ojos del ingeniero Pérez cumplen tres años”.
- “los pulmones de María Teresa jugaron noventa minutos”.

- "Los oídos que se emocionaban con Gardel hoy se copan (emocionan) con Madonna".

En México se distribuyó un cartel que decía lo siguiente: "El tiene los ojos de su madre, la sonrisa de su padre y un riñón trasplantado..." e incluía una nota que decía. "Recuerde: donar un órgano es ayudar a vivir. Usted y su familia también pueden". Esta campaña también incluía el teléfono de Locatel como un medio para informarse sobre la donación de órganos.

En esta campaña no se ofreció un pánorama fúnebre acerca de la donación de órganos, aquí se presenta otra perspectiva totalmente distinta. Se mostraron imágenes de las personas que han sido beneficiadas por la donación de órganos. De esta manera, las personas tomaron una actitud más positiva para donar un órgano, viendo los beneficios que se obtienen de su decisión.

Sin embargo, tomando en cuenta mi apreciación directa, objetivamente he deducido que esta campaña adoleció de los mismos elementos de la campaña anterior, los elementos utilizados son dirigidos únicamente hacia la publicidad y promoción de una necesidad, así como la empatía hacia este programa, logrando su cometido de dar a conocer el programa pero dejando sin concluir el proceso mercadotécnico completo. Se logró que se conociera el programa pero no se logró que la gente se ofreciera como donador voluntario por la misma razón de la campaña anterior, faltó el cierre de la venta.

1.5 HERRAMIENTAS QUE UTILIZA LA MERCADOTECNIA PARA LOGRAR SU MISIÓN

Las herramientas de la mercadotecnia a que nos referiremos en el desarrollo de esta tesis serán: **la investigación de mercados y la mezcla de mercadotecnia (4 P's).**

Mediante las respuestas a las preguntas que se harán posteriormente a los entrevistados y encuestados, comprobaré que tanto la investigación de mercados como la mezcla de mercadotecnia que se han realizado bajo un concepto social en México, no han sido utilizadas correctamente en lo que a la Donación Voluntaria de Órganos se refiere.

CAPITULO 2: LOS TRASPLANTES

2.1 INFORMACIÓN GENERAL SOBRE TRASPLANTES

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

2.1.1 Tipos de trasplantes

Dependiendo de la relación genética entre el donador y el receptor, de un trasplante, pueden ser:

Autotrasplante.- Cuando el donador y el receptor son la misma persona, es el caso de una persona que sufre un injerto de su propia piel.

Isotrasplante.- Cuando el donador y el receptor son genéticamente idénticos, como en el caso de los gemelos univitelinos, (gemelos idénticos).

Alotrasplante.- Cuando el donador y el receptor, son de la misma especie, pero genéticamente diferentes, entre dos seres humanos.

Xenotrasplante.- Cuando el donador y el receptor son de diferente especie, por ejemplo de cerdo a humano; o de mono a humano.

2.1.2 Justificación de los trasplantes

Los avances médicos y el éxito de algunas medidas preventivas, como las vacunas, así como una mejor higiene y alimentación, han traído consigo un

incremento en la edad promedio de supervivencia. Sin embargo, hay enfermedades crónico-degenerativas y padecimientos que actualmente no tienen ninguna alternativa de tratamiento, excepto el trasplante del órgano o tejido respectivo.

Además de ser en algunos casos la única esperanza de vida, en todos ellos el trasplante es una alternativa menos costosa, y ofrece una mejor calidad de vida que los tratamientos alternativos; un ejemplo, es la insuficiencia renal, cuyo tratamiento habitual son los procedimientos dialíticos (hemodiálisis o diálisis peritoneal). El trasplante renal tiene la ventaja de ser siete veces menos costoso y lo más importante es que reintegra al 100% la calidad de vida.

2.1.3 Proceso de un trasplante¹²

1. Se selecciona a los receptores que tienen un tipo de tejido y de grupo sanguíneos más parecidos al del órgano donado.
2. Se extraen los órganos del donador con el debido respeto mediante un procedimiento quirúrgico.
3. En el caso de tratarse de un donador cadavérico, los órganos son preservados y preparados para ser transportados a los lugares en donde se encuentran los receptores.
4. Se prepara a los receptores para la cirugía, mientras se transportan los órganos. El equipo de trasplante extrae el órgano que no funciona y lo reemplaza por el del donador.
5. Inicia un proceso de recuperación del paciente bajo estricta supervisión, tras lo cual recupera casi al 100% su calidad de vida.

Todos son donados por seres humanos, algunos como en el caso del riñón o la médula ósea, pueden ser tomados de donadores vivos (generalmente familiares directos de los enfermos que requieren el trasplante), en otros casos como el mismo

¹² Información proporcionada por el Registro Nacional de Trasplantes

riñón, el corazón, los pulmones, el hígado, el páncreas, los huesos, la piel, válvulas cardíacas y vasos sanguíneos, son obtenidos de humanos cuando estos fallecen, es decir provienen de un donador cadavérico.

2.2 RESEÑA HISTÓRICA DE LOS TRASPLANTES

2.2.1 Antecedentes legendarios.

Aunque algunos autores ven en las quimeras de la mitología; antecedentes figurados del xenotrasplante, por ejemplo el monotauró (hombre con cabeza de buey) o la esfinge (león con cabeza de mujer), lo cierto es que quizá el antecedente más antiguo sea el del cirujano Hua-To, en China, (136-208 D.C.), de quien se dice realizó trasplantes sustituyendo órganos enfermos por sanos, señalando perfectamente el propósito terapéutico del procedimiento.

Poco tiempo después, se refiere el Milagro de San Cosme y San Damián, en el año 280, cuando según la leyenda, realizaron un trasplante de una pierna, a partir de un donador cadavérico; este milagro es muy conocido, gracias al gran número de pinturas y esculturas que se hicieron con este tema.

2.2.1 Antecedentes científicos tempranos

En nuestro mundo actual podemos darnos cuenta de que la medicina ha tenido avances sorprendentes. Hace apenas unos cuantos años, quién se iba a poder imaginar que hoy en día se pudieran hacer trasplantes de órganos tales como son: córneas, riñón, hígado, páncreas, médula ósea y corazón, etc...

Los trasplantes de órganos y tejidos constituyen el avance terapéutico más importante en los últimos 50 años en el campo de la ciencia de la salud. Su logro ha involucrado prácticamente a todas las especialidades modernas de la medicina.

En la era moderna, el siglo de los trasplantes se inicia en 1901, cuando Alexis Carrel lleva a cabo trasplantes de diversos órganos entre animales y que le valieron el Premio Nobel de Medicina en 1912.

En 1954, en el Hospital de Brigham de Boston, se realizó el primer trasplante renal exitoso, utilizando un enfermo receptor de un donante gemelo idéntico, con lo que se evitó el problema del rechazo inmunológico.

Es hasta el año de 1963 cuando se realiza el primer trasplante de riñón exitoso en México, en el Centro Médico Nacional por los doctores Quijano, Flores Izquierdo y Ortiz Quezada; apenas dos años después que se había realizado con éxito en Estados Unidos usando un donador cadavérico.

El doctor Tomás Starzi, realiza el 1o. de marzo de 1963, en la Universidad de Colorado, el primer trasplante de hígado en seres humanos.

Otro año de gran importancia es 1967, cuando se inicia en la Ciudad de México el Programa de Trasplantes en la Secretaría de Salud en el Instituto Nacional de la Nutrición, con los doctores Chávez Peón, Campuzano y Bravo, quienes lograron la conformación de la primera Unidad Clínica de Trasplantes en el Instituto en 1971, a cargo del doctor Chávez Peón. También en el mismo año, el doctor Christian Barnard realizó el trasplante cardiaco, dando lugar al acto más importante en materia de trasplantes.

En 1985 se efectúa el primer trasplante de hígado, en el Instituto Nacional de Nutrición, por el doctor Héctor Orozco. En marzo de 1987 se realiza el primer trasplante de páncreas, efectuado por el doctor Dib Kuri y un grupo de colaboradores en el Instituto Nacional de la Nutrición y también es realizado el primer trasplante

doble en México, implantando páncreas y riñón simultáneamente en una misma paciente.

Para 1987 ya había 22 hospitales realizando trasplantes de órganos, principalmente de riñón, cuando un grupo de médicos de la Secretaría de Salud, encabezados por el doctor Soberón, en aquel entonces Secretario de Salud, el doctor Kumate, que era subsecretario de Servicios de Salud, y muy especialmente el doctor Pacheco, que era coordinador de Asesores, deciden que era el momento de que el Registro Nacional de Trasplantes se incorporase como un órgano propio de la Secretaría de Salud.

El 21 de julio de 1988 se realiza el primer trasplante de corazón en el Centro Médico La Raza, por el doctor Rubén Argüero. En cuanto a pulmones, el primer trasplante de pulmón se efectuó en enero de 1989, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por los doctores Villalba y Santillán, siendo el primer trasplante de pulmón exitoso en México y en Latinoamérica. Otro logro en ese mismo año es que se realizan los primeros trasplantes de médula ósea, de tejido suprarrenal a cerebro y de tejido nerviosos en los que el doctor Madrazo, en el Centro Médico del Seguro Social, también es pionero e iniciador de una nueva época de investigación clínica.¹³¹⁴

En nuestra Ciudad de Querétaro, el primer trasplante de córnea fué el 17 de diciembre de 1990, y el primer trasplante del riñón fue en abril de 1991. Ambos trasplantes realizados en el I.M.S.S.

En la actualidad, los trasplantes de órganos han dejado de ser objeto de investigación en los laboratorios para pasar a ser parte de una práctica médica constante e ininterrumpida en el ámbito mundial.

¹³ “La Donación de Órganos” Suplemento especial. *El Nacional*. México D.F. 24 de junio de 1994 p. 27 y 28

Nuestro México, ha sido uno de los países que ha tenido mucho éxito al realizar trasplantes de órganos. Aunque la tecnología ha sido adoptada del extranjero, hemos aprendido mediante estudios y experiencias internas, aportando nuestra propia particularidad, a que sea una realidad el que en nuestro país se realicen trasplantes de vanguardia a nivel mundial.

El reto en la actualidad, es el lograr una donación suficiente para cubrir las necesidades de nuestra sociedad; la solución radica, según ha sido la experiencia en otros países, en la concientización de diferentes sectores de la sociedad,

En la Ciudad de México se realizan trasplantes de corazón, hígado, pulmón, páncreas, médula ósea, riñón, córnea, piel y hueso.

En Querétaro solamente se realizan 4 tipos de trasplantes: de riñón, de córnea, de piel y de hueso en las siguientes instituciones: Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.S.S.), en el DIF y en el Hospital General.

Los órganos de los cuales se han realizado mayor cantidad de trasplantes en todo México, son los de córnea (7,627) seguidos por los de riñón (7,013). (*Ver anexos No. 8 y 9*).

2.3 MUERTE CEREBRAL

Se le llama donador cadavérico a una persona que, en vida, tomó la decisión de donar sus órganos; o que sus familiares lo decidieron a la hora de su muerte. En México, así como en otros países, para que la donación de órganos se haga efectiva en este caso, resulta necesario que se haga la certificación de la pérdida de la vida, y lo realiza un equipo médico completamente distinto al equipo médico encargado de la recuperación y trasplante de órganos, y se llega a él después de pruebas muy

estrictas, de tal forma que la decisión de ser donador no cambia el esfuerzo que harán los médicos para salvar la vida.

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

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

Algunas de las causas de la muerte cerebral son golpes en la cabeza por accidentes de automóviles, caídas, lesiones por arma de fuego, hemorragias internas producidas por aneurismas, tumores cerebrales, sobredosis de medicamentos, dopaje y envenenamiento.

Para cerciorarse de que un individuo tiene muerte cerebral se requiere de un examen médico para hacer el diagnóstico de muerte cerebral, este examen está basado en una conocida y legalmente aceptada guía médica. Además de otras cosas la prueba puede incluir un examen clínico que demuestre que la persona no tiene reflejos cerebrales y no puede respirar por sí mismo. En la mayoría de los casos esta prueba es realizada en repetidas ocasiones, con un lapso de varias horas, para asegurarse de la veracidad de los resultados. Además debe de haberse realizado un encefalograma.

Algunos de los signos que nos indican que una persona, sin estar bajo efecto del alcohol o drogas, tiene muerte cerebral son:

- Las pupilas no reaccionan a la luz
- No hay contracciones cuando un abatelenguas se coloca detrás de la lengua
- Los ojos no parpadean cuando los tocan

Además de estos signos, en el examen se incluyen otras evidencias obtenidas por medio de pruebas como el encefalograma o el angiograma cerebral que confirman la ausencia de flujo sanguíneo y actividad cerebral. Es posible que aunque no exista actividad cerebral, haya reflejos en la espina dorsal causados por impulsos reflejos remanentes en la columna vertebral, sin embargo eso no quiere decir que la persona no haya muerto.

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

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

Cuando una persona tiene muerte cerebral el corazón puede seguir trabajando mientras tiene oxígeno. El ventilador provee suficiente oxígeno para mantener los latidos del corazón por varias horas. Sin ayuda artificial el corazón

dejaría de latir, por lo tanto la persona, aunque su corazón esté latiendo, ya no está viva.

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

Antes de hacer el diagnóstico de muerte cerebral, ya se ha hecho todo lo posible por salvar a la persona y para ese momento ya no existe posibilidad alguna de recuperación. Desafortunadamente no hay un milagro médico que pueda revertir la muerte cerebral.

Cuando se ha diagnosticado muerte cerebral a una persona, se le ha declarado legalmente muerta. Este es el momento en que se realiza un certificado de defunción.

Una persona con muerte cerebral está muerta y no siente dolor ni sufre, aunque es muy importante entender que está muerto desde ese momento. En ese momento el equipo médico preguntará acerca de la decisión que se debe de tomar, una posibilidad es decidir donar sus órganos y tejidos para ayudar a otras personas.¹⁵

¹⁴ Información médica proporcionada por el Registro Nacional de Trasplantes

CAPITULO 3: CONSIDERACIONES JURÍDICAS SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

3.1 IMPACTO DEL TRASPLANTE ANTE LA LEY (Historia)

Durante todo este siglo XX, ha surgido la problemática planteada por el trasplante. El acto de remover un órgano vivo, de un ser vivo voluntario o de un cadáver recién muerto, ha forzado a la civilización moderna a mirar desde muchas perspectivas la parte moral, el concepto de donación voluntaria, el concepto de qué es la muerte, y quién es el dueño del cuerpo después de la muerte.

La donación de parte del cuerpo de un ser vivo a otro es un acto de proporciones heroicas que dice mucho del altruismo en la sociedad.

3.2 LA PROPIEDAD DEL CUERPO HUMANO

A través de la Historia y de las diferentes culturas y civilizaciones, el cuerpo humano ha pertenecido al Estado, a la comunidad, a la familia, a la sociedad, a los padres, a los hijos, a la Iglesia o al propio individuo como tal. Estas situaciones han varjado, dependiendo de las creencias, actitudes y religiones de las distintas sociedades.

En nuestros días, el trasplante de riñón ha obligado a la sociedad a formular opiniones y leyes, que permitan al individuo hacer una donación de su cuerpo o de las partes de él, para propósitos de trasplante.

En Inglaterra, la Iglesia tuvo por muchos años el dominio absoluto sobre el cadáver, pero con la separación del Estado de la Iglesia en el siglo XVII, las leyes comenzaron a reconocer la privacidad del cuerpo humano y a aseverar que éste no era propiedad de nadie, o era un tipo de propiedad que no podía venderse ni

comprarse. El miedo a la comercialización en el uso y disposición del cuerpo y partes humanas, permitió que se continuara con esa actitud legal. Casi siempre por costumbre, el pariente más cercano solía tener un derecho limitado de control sobre el cadáver para asegurarse de su pronto y pacífico reposo. Fué en Norteamérica donde surgió la idea de que un individuo podía disponer de sus restos mortales principalmente para propósitos de educación.

El trasplante forzó a que se legislara más específicamente, poniendo en manos de la propia persona o de su familia la disposición de su cuerpo.

Surge en Estados Unidos en 1968, la Ley Universal de Donaciones Anatómicas, la cual indica que cualquier individuo, libre de coerción y mayor de 18 años de edad, puede donar todo o parte de su cuerpo para estudio, investigación, terapia o trasplante; la donación hecha en estas condiciones, tendría efecto válido en el momento de la muerte. Aquí se entiende la formalización de que el hombre es dueño único de su propio cuerpo, aun después de la muerte, y que puede utilizarlo como legado, como herencia, como regalo o como cualquier otra posesión material.

En países como E.U., Argentina, Bélgica, Canadá, etc..., la donación en vida debe de hacerse mediante un documento fehaciente escrito ante testigos y algunas veces ante un notario. Esta evidencia se lleva consigo a modo de tarjeta la cual adquiere el carácter legal de un documento testamentario.

Hay países que dan por supuesto un “consentimiento presunto” de todos sus habitantes a modo que se sobreentiende que hay una base legal para remover los órganos para trasplante, como es el caso de Austria, Checoslovaquia, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Israel, Italia, Noruega, Polonia, España Suecia, y Suiza. En estos países la Ley permite el consentimiento automático para remover órganos para trasplante, a menos que exista una contraindicación familiar. En Finlandia, Grecia, Italia, Noruega, España y Suecia, se consulta a la familia para cerciorarsè de

que no existe objeción alguna de parte de ellos para la donación. En Francia, Israel, Polonia y Suiza, el facultativo procede a la remoción de órganos, aun sin notificar a la familia, ni obtener información sobre posibles objeciones. La posición implícita en la legislación es que el Estado es el dueño del cuerpo y sus partes después de la muerte.

Se supone que en estos países en donde la donación de órganos procede en forma "automática" se llega a cubrir la cuota necesaria de órganos para tratar a toda la población trasplantable, y la realidad es que no es así, aun en estos países existe una larga lista de espera, y el problema de procurar y recibir órganos viables sigue siendo grande.¹⁶

3.3 CRITERIOS DE VARIOS PAÍSES RESPECTO A LA MUERTE

"En algo tan serio como es el pronunciamiento de la muerte, con las repercusiones morales, religiosas, éticas y legales que tiene, lo fundamental es establecer criterios absolutos donde el margen de error, sobre todo de un pronunciamiento falso de la muerte, sea cero. Así mismo estos criterios tendrán que ser lo más simples posibles, de manera que no sean tan restrictivos que impidan el pronunciamiento de la muerte, y, por lo tanto, no se puedan obtener los posibles beneficios en cuanto a la donación de órganos se refiere."¹⁷

A continuación mencionaremos algunos criterios que algunos países, regiones e instituciones, tienen sobre el pronunciamiento de la muerte. Podremos notar que algunos de ellos tienen criterios similares pero hay variación en la importancia y en el orden de los criterios.

¹⁶ SANTIAGO DELPIN, Eduardo A. y J. Octavio Ruiz-Speare. "*Trasplante de Órganos*". México. Ed. Salvat Mexicana de Editores, S.A. de C.V. 1987. p. 98

¹⁷ Ibidem. p. 100

Criterios del comité *ad hoc* de Harvard para definir el coma irreversible:¹⁸

1. Ausencia de recepción y de respuesta: ausencia de respuesta aun a estímulos intensamente dolorosos.
2. Ausencia de movimiento o de respiraciones espontáneas, por tres minutos fuera de un respirador.
3. Ausencia de reflejos: pupilas dilatadas, fijas y sin respuesta: ausencia de movimientos oculares, rotar la cabeza e irrigar los oídos con agua helada, ausencia de parpadeo; ninguna actividad posturada, ausencia de reflejos corneales o faríngeos; ausencia de tragar, bostezar, vocalizar; ausencia de reflejos bíceps, tríceps, pronador, cuadríceps o gastronemio, y ausencia de respuesta plantar.
4. Electroencefalograma isoelectrico por lo menos por 10 minutos, durante una toma técnicamente adecuada; ninguna respuesta a ruido o a estímulo doloroso. Esto es una prueba de gran valor confirmatorio.
5. Ningún cambio al repetir estas pruebas 24 horas después.
6. Ninguna evidencia de hipotermia o de depresores del sistema nervioso central.

Criterios de Minnesota para el coma irreversible:¹⁹

1. Ningún movimiento espontáneo.
2. Ninguna respiración espontánea probada durante 4 minutos.
3. Ausencia de reflejos del tallo espinal; pupilas fijas y dilatadas; ausencia de reflejos corneales, ciliospinal, fenómeno de cabeza de muñeca, reflejo faríngeo, respuesta vestibular a estímulo calórico y reflejo cervical tónico.
4. ningún cambio por lo menos por 12 horas.
5. La muerte cerebral sólo puede ser pronunciada si los procesos patológicos responsables por la ausencia de estas respuestas, son irreparables por los métodos terapéuticos conocidos en el momento.

Criterios alemanes para el coma irreversible:²⁰

¹⁸ Ibidem.

1. Muerte cerebral clínica: coma completo, arreflexia cerebral (los reflejos espinales y el tono muscular pueden persistir); pérdida de respiración espontánea.
2. Electroencefalograma isoelectrico.
3. La angiografía seriada, incluyendo ambas carótidas y basilares, demostrarán obstrucción completa de flujo sanguíneo intracerebral.

Criterios de la Marina de los Estados Unidos para el coma irreversible:²¹

1. Naturaleza y duración del coma: la etiología del coma presupone daño permanente al cerebro; exclusión absoluta de drogas que depriman el sistema nervioso central, e hipotermia; el coma debe ser observado por lo menos 13 horas.
2. Ausencia de función cortical: el paciente no responderá a ningún estímulo externo con excepción de reflejos espinales sencillos. Cuando sea posible, el electroencefalograma deberá ser usado para confirmar la ausencia de función cortical durante períodos de 30 minutos, repetidos por lo menos 12 horas más tarde.
3. Ausencia de función del tallo: las pupilas estarán fijas en un punto medio o dilatadas, y no responderán a luz brillante; ausencia de reflejo oculo-vestibular; ausencia de respiración durante un período de 3 minutos fuera del respirador, y esto observado en dos ocasiones, por lo menos con una hora de separación.
4. Tiempo mínimo requerido para determinar la muerte: 13 horas.

Criterios japoneses para el coma irreversible.²²

1. El tiempo para identificar muerte: 6 horas.
2. Apnea, arreflexia, electroencefalograma isoelectrico, hipotensión.

Criterios escandinavos para el coma irreversible.²³

¹⁹ Ibidem. p. 101

²⁰ Ibidem.

²¹ Ibidem.

²² Ibidem.

²³ Ibidem.

1. Tiempo: 25 minutos.
2. Apnea, arreflexia, electroencefalograma isoelectrico y angiograma con ausencia de circulación.

3.4 CRITERIOS EN MÉXICO PARA CERTIFICAR LA PÉRDIDA DE LA VIDA

Como se había mencionado antes, el diagnóstico de muerte cerebral está perfectamente descrito en los artículos 317 y 318 del Título Decimocuarto de la Ley General de Salud emitida por la Secretaría de Salud.

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

- I. La ausencia completa y permanente de conciencia.
- II. La ausencia permanente de respiración espontánea.
- III. La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos.
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneanos y de los reflejos medulares.
- V. La atonía de todos los músculos.
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
- VII. El paro cardiaco irreversible; y
- VIII. Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

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

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

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

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

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

3.5 DISPOSICIONES LEGALES EXISTENTES EN MÉXICO RESPECTO A LA DONACIÓN VOLUNTARIA DE ÓRGANOS

La normatividad jurídica relativa a la donación voluntaria de órganos está dada por la **Ley General de Salud** en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos y particularizada en la **Norma técnica número 323** para la disposición de órganos y tejidos de seres humanos con fines terapéuticos.

3.6 LEY GENERAL DE SALUD

La Ley General de Salud consta de 472 artículos, así como de siete artículos transitorios, donde encontramos en el Título Décimo Cuarto relativo al “Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos” todo lo correspondiente a la donación de órganos. Entre los artículos más importantes en materia de donación encontramos los siguientes:

Art. 313.- Compete a la Secretaría de Salud ejercer el control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres

humanos. Al efecto la Secretaría de Salud, tendrá a su cargo el Registro Nacional de Trasplantes y al Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea.

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

Art. 316.- Serán donantes secundarios:

- I. El cónyuge, el concubino, la concubina, los ascendientes, descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del donante originario;
- II. A falta de los anteriores, la Autoridad sanitaria, y
- III. Los demás a quienes esta ley y otras disposiciones generales aplicables les confieran tal carácter, con las condiciones y requisitos que se señalen en las mismas.

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

- I. La ausencia completa y permanente de la conciencia;
- II. La ausencia permanente de respiración espontánea;
- III. La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos;
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares;
- V. La anatonía de todos los músculos;
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal;
- VII. El paro cardiaco irreversible y
- VIII. Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

Art. 318.- La disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, podrá realizarse de cadáveres en los que se haya certificado pérdida de la vida en los términos del artículo 317, y aquellos en que se compruebe la persistencia por seis

horas de los signos a que se refieren las fracciones I, II, III y IV, del mismo artículo y además las siguientes circunstancias:

- I. Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado y,
- II. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central o hipotermia.

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

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

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

Art. 322.- La obtención de órganos o tejidos de seres humanos vivos para trasplante, sólo podrá realizarse cuando no sea posible utilizar órganos o tejidos obtenidos de cadáveres. Queda prohibido realizar el trasplante de un órgano único esencial para la vida y no regenerable, de un cuerpo humano vivo a otro cuerpo humano vivo.

Art. 323.- La selección del disponente originario y del receptor de órganos, tejidos y sus componentes y células, para trasplante o transfusión, se hará siempre

por prescripción y bajo control médico, en los términos que fije la Secretaría de Salud.

Art. 324.- Para efectuar la toma de tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o documento expedido ante dos testigos idóneos, y con las demás formalidades que al efecto señalen las disposiciones aplicables. En el caso de la sangre no será necesario que el consentimiento sea manifestado por escrito.

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

Art. 325.- Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos y tejidos de su cadáver, se requiera el consentimiento o autorización de los disponentes a que se refiere el artículo 316 de esta ley, excepto cuando esté legalmente indicada la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos y tejidos no requerirá de autorización o consentimiento alguno.

Las disposiciones reglamentarias señalarán los requisitos a que se sujeta la obtención de órganos y tejidos en los casos a que se refiere este artículo.

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

- I. Menores de edad;
- II. Incapaces, o
- III. Personas que por cualquier circunstancia no puedan expresarlo libremente.²⁴

²⁴ *Ley General de Salud*. México. Ediciones Andrade, S.A. de C.V. 1995. p. 159 a 163

3.7 NORMA TÉCNICA NUMERO 323 PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE SERES HUMANOS CON FINES TERAPÉUTICOS

Esta Norma Técnica contiene 46 artículos organizados en 8 capítulos²⁵, a saber:

CAPITULO I

Disposiciones generales (artículo 1o. al 8o.)

CAPITULO II

Del Registro Nacional de Trasplantes (artículo 9o.)

CAPITULO III

De los disponibles y de la obtención de órganos y tejidos (artículo 10 al 19)

CAPITULO IV

De los receptores (artículo 20, 21 y 22)

CAPITULO V

De los bancos de órganos y tejidos (artículo 23 al 27)

CAPITULO VI

De los establecimientos de salud que realizan actos de disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos (artículo 28 al 32)

CAPITULO VII

Órganos susceptibles de ser trasplantados que requieren anastomosis vascular (artículo 33 al 36)

²⁵

Diario Oficial de la Federación publicada con fecha de 14 de noviembre de 1988.

CAPITULO VIII

Órganos y tejidos susceptibles de ser trasplantados, que no requieren anastomosis vascular (artículo 37 al 46)

3.8 LA RELIGIÓN ANTE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

La mayoría de las principales religiones aceptan y celebran la donación de órganos y tejidos considerándola como un acto de generosidad, la siguiente lista es una prueba de ello.²⁶

RELIGIÓN	OPINIÓN SOBRE TRASPLANTES	OPINIÓN SOBRE DONACIÓN
Amish	Aceptable	En relación al pronóstico
Baha'í	Aceptable	Permite la donación
Iglesia Budista de América	Decisión individual	Decisión individual
Científico Cristiano	Decisión individual	Decisión individual
Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días	Decisión individual	Decisión individual
Iglesia Episcopal	No hay objeción	Favorece y fomenta la donación en nombre de Cristo
Iglesia Evangélica	Aceptable	Aceptable

²⁶

Información proporcionada por el Registro Nacional de Trasplantes

Ortodoxa Griega	No hay objeción	Donación solo con trasplantes
Gitanos	Se oponen	Se oponen
Hinduístas	Aceptable	Aceptable
Islam	Aceptable	Aceptable
Judaísmo	Aceptable	Aceptable
Protestantismo	Decisión individual	Decisión individual
La Sociedad Religiosa de Amigos (Los Cuáqueros)	Aceptación sin restricción	Aceptación sin restricción
Iglesia Católica, Apostólica y Romana	Deseable	Deseable
Iglesia Unitaria Universalista	Aceptable y Recomendable	Aceptable (sin dañar al donante)

Tomando en cuenta que la Religión Católica en México es la más importante respecto al número de fieles seguidores a ella, es importante señalar que no se opone a la donación voluntaria de órganos, incluso la promueve deseable.

El papa Juan Pablo II expresó 21 de junio de 1991:²⁷

²⁷ *L'Osservatore Romano*. Ciudad del Vaticano. 20 de junio de 1991

.... “Entre los muchos e importantes logros de la medicina moderna, son los avances en la inmunología y en la tecnología quirúrgica los que han hecho posible el uso terapéutico de trasplantes de órganos y tejidos. Debe ser motivo de regocijo para todos el que la medicina, con su servicio a la vida ha descubierto en el trasplante de órganos una nueva manera de servir a la familia humana”.....”Con el advenimiento del trasplante de órganos que comenzó en realidad con las transfusiones de sangre, el hombre ha encontrado una manera de dar de sí mismo, de su sangre y de su cuerpo para que otros puedan vivir. Gracias a la ciencia y al entrenamiento y compromiso de los doctores y otros profesionales de la salud cuya colaboración es menos obvia pero no menos indispensable para el beneficio de estas operaciones complicadas, se han presentado nuevos y maravillosos retos”..... En conclusión, recordaremos estas palabras de Jesús narradas por el evangelista y médico Lucas: “da y te será dado en buena medida, apretado, desbordándose, será puesto en tu regazo” Lucas 6:38. Recibiremos una recompensa suprema de Dios de acuerdo al amor genuino y efectivo que hayamos demostrado hacia nuestro prójimo”.....

CAPITULO 4: INVESTIGACIÓN DE MERCADOS SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

La fijación de la hipótesis, columna vertebral de este estudio es la siguiente:

“Las herramientas disponibles por la mercadotecnia con el fin de promover la donación voluntaria de órganos no han sido utilizadas adecuadamente bajo un concepto social en México”.

Para efectuar esta investigación de mercados seguiremos el siguiente proceso:²⁸

- Establecer la necesidad de información
- Especificar los objetivos de la investigación y las necesidades de información
- Determinar el diseño de la investigación y las fuentes de datos
- Desarrollar el procedimiento de recolección de datos
- Diseñar la muestra
- Recolectar los datos
- Procesar los datos
- Analizar los datos
- Presentar los resultados de la investigación

4.1 NECESIDAD DE INFORMACIÓN

Ya que el planteamiento de la hipótesis fue generado por la percepción directa, no deja de tener por si sola un carácter subjetivo de apreciación. Para pasar de la subjetividad de la apreciación a la objetividad de los hechos es necesario

²⁸ KINNEAR Thomas C. y James R. Taylor. "Investigación de Mercados". 4ª. Edición. México. Ed. McGraw-Hill. 1995. p. 60

recabar en forma sistemática y ordenada los datos e información relativa con el fin de aceptar la hipótesis de una forma ordenada y científica.

4.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN Y NECESIDADES DE INFORMACIÓN

El objetivo de esta investigación será el de evaluar la forma en que se está aplicando la mercadotecnia social en la donación voluntaria de órganos.

La información requerida tanto en las encuestas como en las entrevistas es aquella que nos lleva a confirmar o a rechazar nuestra hipótesis en una forma clara y objetiva; de tal forma que cuantitativamente podamos llegar a un resultado que podamos después comparar con nuestros parámetros de aceptación o rechazo y llegar así a nuestra conclusión.

4.3 FUENTES DE DATOS Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Las fuentes de datos apropiadas para este estudio serán:

- a) Los representantes más calificados y conocedores de la problemática de la donación voluntaria de órganos en la entidad, y
- b) Un universo poblacional de carácter aleatorio.

El diseño de la investigación se llevará a cabo mediante los siguientes pasos:

1. Clasificar a las personas que puedan tener influencia en un mejor logro de la Donación Voluntaria de Órganos.
2. Elaborar los cuestionarios y los formatos de encuesta de acuerdo a la clasificación antes establecida.
3. Los datos se recopilarán por medio de entrevistas y de encuestas de las personas que puedan tener influencia en la Donación Voluntaria de Órganos.

4.4 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

Para recopilar los datos necesarios para esta investigación de mercado se recurrirá a un sistema híbrido en donde se logrará conjuntar la información obtenida por medio de entrevistas y la obtenida por medio de encuestas.

El sistema se dividirá en dos grupos:

A) Entrevistas a ejecutivos de instituciones médicas relacionadas con la donación de órganos.

B) Encuestas a un universo poblacional de carácter aleatorio.

GRUPO A: Preguntas formuladas a los ejecutivos de instituciones médicas.

- 1) ¿Existe una política de promoción para la donación voluntaria de órganos?
- 2) ¿Se mantiene actualizada una base de datos con las necesidades de órganos?
- 3) ¿Se puede cuantificar la forma en que esta campaña logra los resultados propuestos?
- 4) ¿Se tienen reuniones periódicas de evaluación para analizar la información obtenida?
- 5) ¿Se plantean nuevas alternativas para obtener nuevos donadores?'
- 6) ¿Se tiene una evaluación de los avances tecnológicos empleados en Querétaro, comparándolos con los medios disponibles para trasplantes en otras ciudades del país y del mundo?
- 7) ¿La asistencia social es suficiente para cubrir los gastos necesarios para llevar a buen término un trasplante?
- 8) ¿Es posible interactuar con otras entidades geográficas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la donación de órganos?
- 9) ¿Existe la promoción adecuada para impulsar las donaciones voluntarias?

10) ¿Existe un responsable directo del funcionamiento de este programa?

11) ¿Existe un órgano colegiado que se encargue de dar seguimiento a las distintas cuestiones y planteamientos?

12) ¿Existe asesoría especializada en mercadotecnia?

GRUPO B: Preguntas formuladas al universo poblacional de carácter aleatorio.

1) ¿Si Ud. muriera estaría dispuesto a donar un órgano que otra persona necesite?

2) ¿Sabe Ud. de alguna campaña que solicite donadores de órganos?

3) ¿Sabe a dónde dirigirse en caso de querer donar un órgano cuando Ud. fallezca?

4) ¿Donaría en vida un órgano a un familiar?

5) ¿Estaría de acuerdo en que existiera una campaña de donadores voluntarios de órganos?

La condición para la aceptación de esta hipótesis depende de dos elementos coincidentes:

1) **La unanimidad de criterios en las entrevistas del grupo A**, formado por ejecutivos de instituciones médicas, en lo referente a las opiniones vertidas en un cuestionario enfocado a denotar la ausencia o ineficiencia de instrumentos mercadológicos empleados para la promoción y buen efecto de la donación de órganos. Debido a lo reducido de la muestra, ya que sólo son 3 representantes, se pide para la aceptación de la hipótesis, como lo hemos mencionado antes, la unanimidad inequívoca en el sentido de la orientación de las respuestas ante la hipótesis planteada.

2) **Una tendencia bien definida en las respuestas del grupo B**, marcada por una media superior al 85%.

4.5 DISEÑO DE LA MUESTRA

Para el grupo A en lo referente a las entrevistas a ejecutivos de instituciones médicas relacionadas con la donación de órganos en Querétaro, el tamaño de la muestra es de carácter cualitativo, escogiendo a los tres representantes más calificados y conocedores de la problemática de la donación voluntaria de órganos en la entidad, los mismos que representan a cada una de las tres instituciones en donde se llevan a cabo los trasplantes de órganos en la ciudad de Querétaro, y son las siguientes personas:

Dra. Ma. de la Luz Meléndez
Coordinadora Delegacional de Educación Médica del IMSS en el Estado de Qro.

Dr. Juan Manuel Sandoval Cuéllar
Jefe de Cirugía de Hospital General del Edo. de Qro.

Dr. Rigoberto Hernández García
Coordinador de Asistencia Social y Servicios Médicos del DIF Estatal del Edo. de Qro.

Para el grupo B en lo referente a las encuestas a un universo poblacional de carácter aleatorio, el tamaño de la muestra es de 100 por considerarla suficiente para un muestreo dado lo definido de las preguntas y por rebasar el número de encuestas por amplio margen al número exigido por el estudio estadístico de la campana de Gauss para trabajar con un sesgo minimizado que es de 30-

Las 100 encuestas se aplicaron de la siguiente forma:

NUMERO DE ENCUESTAS	CLASE SOCIAL	SEXO
30	Clase baja y media baja	Masculino
30	Clase baja y media baja	Femenino
15	Media alta	Masculino
15	Media alta	Femenino
5	Alta	Masculino

4.6 RECOPIACIÓN DE DATOS

Las encuestas y las entrevistas fueron efectuadas todas por mi persona así como la labor de campo necesaria para llevarlas a cabo.

4.7 PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

PARTE A: Referente al personal médico con jerarquía dentro de instituciones relacionadas con la donación de órganos.

(La entrevistas en forma individual se encuentran en los anexos 17, 18 y 19)

1) **¿Existe una política de promoción para la Donación Voluntaria de Órganos?**

A esta pregunta, el 100% de los entrevistados respondieron en forma negativa. Esta negativa inmediata la debemos tomar como una calificación al esfuerzo realizado para la campaña de órganos, pues en las respuestas mencionaron un organismo dedicado a esta finalidad que es el Comité Estatal de Trasplantes y otros laterales como el APAREQ (Asociación de Pacientes Renales Crónicos de Querétaro). Debemos de interpretar la negativa a esta pregunta como un “no se está haciendo una promoción adecuada para la donación voluntaria de órganos”, lo cual es distinto al sentido original de la pregunta.

De esta respuesta podemos concluir que:

- Se han hecho esfuerzos con anterioridad para dar cauce a esta necesidad social.
- Existe un comité creado a tal efecto.
- Existen organizaciones laterales de ayuda.

- Las organizaciones y comité existentes no dan actualmente el servicio de promoción necesaria para la D.V.O.

2) ¿Se mantiene actualizada una base de datos con las necesidades de órganos?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados respondieron de manera positiva, pero manifestaron que existen distintas bases de datos, una por cada institución.

De esta respuesta podemos concluir que:

- Sí existen bases de datos con las necesidades de órganos.
- Cada institución tiene su propia base de datos.

3) ¿Se puede cuantificar la forma en que esta campaña logra sus resultados propuestos?

El 100% de los encuestados se manifestaron en forma negativa, e incluso el 66.6% de ellos manifestaron la ausencia total de esta campaña.

De esta respuesta podemos concluir que:

- No se cuenta con la organización para evaluar los resultados de una posible campaña o esfuerzos de una institución promotora de la Donación Voluntaria de Órganos.
- Se confirma con esta pregunta la ineficiencia de los esfuerzos efectuados para la Donación Voluntaria de Órganos.

4) ¿Se tienen reuniones periódicas de evaluación para analizar la evaluación obtenida?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados respondieron que SI se mantienen reuniones periódicas de evaluación, y que cuentan con la obligación de reportar todas las operaciones al Comité Nacional de Trasplantes.

Esta pregunta está cruzada con las anteriores y en sus respuestas se entrevé que si existe una estructura de información a nivel nacional. Esta información es analizada únicamente con carácter histórico y no con el propósito de promover directamente la Donación Voluntaria de Órganos.

De esta respuesta podemos concluir que:

- Si existen organizaciones encargadas de promover la Donación Voluntaria de Órganos.
- Si existe a nivel local la voluntad de promover este esfuerzo.
- **No existe la organización necesaria de apoyo a nivel mercadotecnia para apoyar estos esfuerzos**

5) ¿Se plantean nuevas alternativas para obtener nuevos donadores?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados manifestaron que si existen esfuerzos pero son de carácter aislado y con poca eficacia, lo que hacen es proporcionar una tarjeta de donación altruista a algunos pacientes y esfuerzos de carácter voluntario a nivel personal.

De esta respuesta podemos concluir que:

- Si se plantean nuevas ideas en las reuniones periódicas

- Los resultados de estos planteamientos han sido a nivel operativo pero de ninguna forma promocional

6) ¿Se tiene una evaluación de los avances tecnológicos empleados en Querétaro, comparándolos con los medios disponibles para trasplantes en otras ciudades del país y de mundo?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados respondieron en forma positiva mencionando:

- La Reunión Anual Nacional de Trasplantes
- El Informe Mensual al Comité Nacional de Trasplantes
- La renovación anual de licencia al hospital para efectuar trasplantes

Los entrevistados no respondieron la pregunta referida a la evaluación de avances tecnológicos, hicieron más bien referencia las fuentes posibles de información de los avances tecnológicos, que resultan de un carácter distinto.

De esta respuesta podemos concluir que:

- No existe una evaluación de los avances tecnológicos
- Existen fuentes en donde se puede conseguir información de los avances tecnológicos

7) ¿La asistencia social es suficiente para cubrir los gastos necesarios para llevar a buen término un trasplante?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados respondieron en forma negativa, mencionando la ausencia de presupuesto directo y la ausencia de los medicamentos

necesarios para el tratamiento postoperatorio en algunas de estas instituciones, a pesar de estar autorizadas para hacer este tipo de operaciones.

El esfuerzo que a nivel operativo se realiza para poder suplir estas deficiencias, como ejemplo mencionaremos el caso de los trasplantes de riñón y córnea, en donde el hospital general y el DIF estatal mantienen un acuerdo informal con el I.M.S.S., en donde los primeros comparten un órgano del donante a cambio de las medicinas necesarias para el tratamiento postoperatorio de su paciente.

De esta respuesta podemos concluir que:

- Existe una clara voluntad altruista de parte de las personas encargadas de las donaciones de órganos.
- Hay una vergonzosa falta de medicamentos necesarios para el tratamiento postoperatorio de los pacientes.
- Existe una inexplicable falta de presupuesto para este renglón tan importante para la conservación de la vida humana.

Como comentario adicional quisiera agregar el comentario a nivel personal del 33.3% de los entrevistados en que refiere que tiene un costo económico mucho mayor sostener a un paciente en condición de tratamiento de diálisis que someterlo a el tratamiento definitivo que sería el trasplante del riñón. De lo que se denota la necesidad de un estudio de costeabilidad para comprobar esta hipótesis con los evidentes resultados positivos en caso de resultar cierta.

8) ¿Es posible interactuar con otras entidades geográficas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la Donación Voluntaria de Órganos?

A esta pregunta el 100% de nuestros entrevistados manifestaron:

- Si se mantiene una interacción con otras entidades como son el Centro Médico Nacional y otras instituciones en León, Gto. y Torreón, Coah., principalmente para participar de los órganos disponibles que no son aprovechables en esta plaza, como son corazón y páncreas.

De esta respuesta podemos concluir:

- Se reitera la disposición altruista de las personas relacionadas con las donaciones de órganos.
- El contacto con otras instituciones del país.
- La necesidad de un estudio de viabilidad para el trasplante de otros órganos que no se efectúan actualmente en esta ciudad.

9) ¿Existe la promoción adecuada para impulsar la Donación Voluntaria de Órganos?

A esta pregunta el 100% de nuestros entrevistados manifestaron:

- Definitivamente NO existe una campaña adecuada para la promoción de la Donación Voluntaria de Órganos, los esfuerzos a este efecto son aislados y raquíticos, limitándose a unos cuantos folletos informativos y a unos cuantos posters.

De esta respuesta podemos concluir:

- Por el carácter cruzado de esta pregunta, se llega a la conclusión inequívoca de que no existe una campaña de promoción adecuada para la Donación Voluntaria de Órganos.

10) ¿Existe un responsable directo del funcionamiento de este programa?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados se manifestaron en forma positiva.

De esta respuesta podemos concluir que:

- Existe una persona responsable en cada institución de la Donación Voluntaria de Órganos.

11) ¿Existe un órgano colegiado que se encargue de dar seguimiento a las distintas cuestiones y planteamientos?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados manifestaron lo siguiente:

- En cada hospital existen dos comités, uno de carácter técnico en donde se evalúan los aspectos médicos y otro de carácter ético, compuesto éste por personal no médico con el propósito de evaluar las circunstancias éticas de los trasplantes.

De esta respuesta podemos concluir que:

- Existen órganos colegiados en cada institución con propósitos operativos para la Donación Voluntaria de Órganos.

12) ¿Existe asesoría especializada en mercadotecnia?

A esta pregunta el 100% de los entrevistados se manifestaron negativamente.

De esta respuesta podemos concluir lo siguiente:

- No existe la asesoría especializada en mercadotecnia.

Como comentario adicional, el 100% de los entrevistados al responder esta pregunta hicieron un gesto en donde denotaba la ausencia siquiera del planteamiento de esta necesidad.

PARTE B: Referente al universo poblacional de carácter aleatorio.

(Las respuestas a las 100 personas encuestadas verlas en anexo No. 20)

1) ¿Si Ud. muriera estaría dispuesto a donar un órgano que otra persona necesita?

A esta pregunta el 97% de las personas respondieron en forma positiva, esto nos lleva a un optimismo natural sobre el carácter altruista de la población en general. Esta primera pregunta tiene el mayor peso específico del cuestionario, por ser la más directa y por ser la más viable para el aprovechamiento de órganos a personas no familiares del donador. Es de llamar la atención que a pesar de las diferentes muestras de clases sociales encuestadas todas las respuestas fueron en carácter positivo a la donación de un órgano post mortem.

De esta respuesta podemos concluir que:

Es esta la parte de la oferta de donadores en donde detectamos la total ausencia de medios mercadológicos que lleven a unir la necesidad de órganos vitales con la capacidad de donadores en potencia.

2) ¿Sabe Ud. de alguna campaña que solicite donadores de órganos?

El 95% de los encuestados respondió no saber de ninguna campaña, incluso los dos que respondieron en forma distinta no se acordaban del nombre de la campaña ni cuando había sido.

De esta respuesta podemos concluir que:

No se tiene conocimiento de ninguna campaña al respecto, estas respuestas son particularmente graves pues abarcan los entrevistados un amplio espectro de clases sociales y sobre todo están abiertas en el tiempo a cualquier campaña efectuada con anterioridad, a pesar de esto fué rotundo el desconocimiento de una campaña relativa a la donación voluntaria de órganos.

3) ¿Sabe Ud. a donde dirigirse en caso de querer donar un órgano cuando Ud. fallezca?

A esta pregunta el 92% de los encuestados respondieron ignorar el medio adecuado para esta donación altruista, y los que respondieron afirmativamente sólo tenían una idea vaga de instituciones médicas de carácter público.

De esta respuesta podemos concluir que:

La población no sabe a donde dirigirse para ofrecer una donación voluntaria de órganos.

4) ¿Donaría en vida un órgano a un familiar?

A esta respuesta el 92% de los entrevistados contestaron afirmativamente, los 9 casos de negativa se dieron en clases sociales en donde el grado de educación formal era baja.

De esta respuesta podemos concluir que:

Prácticamente todos los entrevistados tienen la disponibilidad de donar un órgano a un familiar, mostrando una tendencia negativa en las personas que tienen menor educación formal.

5) ¿Estaría de acuerdo en que existiera una campaña de donadores voluntarios de órganos?

A esta pregunta el 99 % de los encuestados respondieron afirmativamente.

De esta respuesta podemos concluir que:

Los encuestados manifestaron una definitiva conformidad con la idea de promover la donación de órganos mediante una campaña.

4.8 PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

El resultado obtenido por la investigación efectuada fué el siguiente:

A) Se obtuvo la unanimidad en criterios en las encuestas al grupo A, formado por ejecutivos de alta jerarquía, y

B) Se obtuvo una tendencia bien definida, correspondiente al 95% en las respuestas del público en general.

CONCLUSIONES GENERALES

Nuestra hipótesis definitivamente es aceptada al cumplirse plenamente los requisitos planteados previamente que recordamos son:

A) **La unanimidad de criterios en las encuestas al grupo A**, formado por ejecutivos de alta jerarquía dentro de las instituciones médicas de la ciudad, en lo referente a las opiniones vertidas en un cuestionario enfocado a denotar la ausencia o ineficiencia de instrumentos mercadológicos empleados para la promoción y buen efecto de la donación de órganos.

B) **Una tendencia bien definida**, marcada al menos por una media mayor al 85%.
(Ver gráfica en anexo No. 21)

La primera condición es definitiva en las encuestas al grupo de médicos encuestados en donde se denota clara y unánimemente la ausencia o grave deficiencia en su caso de instrumentos mercadológicos empleados para la promoción de la donación voluntaria de órganos.

La segunda condición es también definitiva y muestra una tendencia perfectamente definida muy superior al 90% exigido para su aceptación en la disponibilidad de ofrecer los órganos propios como disponibles para una donación post mortem.

Por lo que, dado el cumplimiento de las dos condiciones de aceptación de nuestra hipótesis la declaramos cierta y la repetimos como fué primero propuesta.

“ Las herramientas disponibles por la mercadotecnia con el fin de promover la donación voluntaria de órganos no han sido utilizadas adecuadamente bajo un concepto social en México”.

BIBLIOGRAFÍA:

FISHER, Laura. *"Mercadotecnia"*. 2a. ed. México. Ed. McGraw-Hill. 1997.

KINNEAR, Thomas C. y James R. Taylor. *"Investigación de Mercados"*. México. Ed. McGraw-Hill. 1995.

KOTLER, Phillip. *"Dirección de la Mercadotecnia: análisis, planeación, implementación y control"*. México. Ed. Prentice-Hall. 1983.

KOTLER, Phillip y Roberto, C. Eduardo. *"Mercadotecnia Social: estrategias para cambiar el comportamiento del público"*. México. Ed. Diana. 1982.

MANSUR, Beatriz. *"Donación de órganos en México"*. México. Fundación Mexicana para la Salud, A.C.. 1990.

MEXICO: *"Ley General de Salud"*. 1995.

MEXICO: "La Donación de Órganos", suplemento especial *EL Nacional*, México, D.F. Junio de 1994.

NAGHI M. e Ibarreche S., Santiago. *"Mercadotecnia Social"*. México. Ed. Limusa. 1983.

PRIDE, William M. y O.C. Ferrell. *"Marketing, Conceptos y Estrategias"*. 9a. ed. México. Ed. McGraw-Hill. 1997.

SANTIAGO-DELPIN, Eduardo A. y J. Octavio Ruiz-Speare. *"Trasplante de Órganos"*. México. Ed. Salvat Mexicana de Editores, S.A. de C.V., 1987.

SCHEWE, Charles D. y Reuben M. Smith. "*Mercadotecnia, conceptos y aplicaciones*". México. Ed. McGraw-Hill, 1998.

STANTON, William J - Michael J. Etzel - Bruce J. Walker. "*Fundamentos de Marketing*". 10a. ed. México. Ed. McGraw-Hill. 1997.

WHYTE J. "*Organization, Person and Idea Marketing as Exchange*". York-Reino Unido. Quarterly Review of Marketing U.K. January 1985.

ANEXOS

ANEXO No. 1

CARTA DE RECONOCIMIENTO



Santiago de Querétaro, Qro., 14 de Septiembre de 1999.

LIC. ESPERANZA CLARA ISLA BORJA
P R E S E N T E

Por este medio envío un cordial saludo, así mismo me permito comentar a usted que se analizo con detenimiento su propuesta para la campaña de donación de órganos del Estado de Querétaro, por lo que me permito comentarle que considera el Comité de Transplantes del Sistema Estatal DIF que reúne todos los requisitos para transmitir una información completa y precisa a la población del estado de Querétaro.

Así mismo me permito felicitarle por este valioso esfuerzo que estamos seguros redituará beneficios al paciente en programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis así como a su núcleo familiar.

Sin más por el momento, le reitero mi consideración distinguida y respetuosos saludos.

A T E N T A M E N T E
"UNIDOS POR QUERETARO"

DR. RIGOBERTO HERNANDEZ GARCIA
RESPONSABLE DEL PROGRAMA
DE TRANSPLANTES DEL
SISTEMA ESTATAL DIF

c.c.p. - Minutario
RHG/rmmv.

PROPUESTA:

ANEXO No. 2

PROPUESTA GENERAL

Utilizar las herramientas de la mercadotecnia (Investigación de mercado y mezcla comercial) con el propósito de disminuir la diferencia entre la necesidad de órganos y la disponibilidad de éstos mediante la donación voluntaria.

PROPUESTA ESPECÍFICA

Creación de un órgano colegiado compuesto por funcionarios del sector salud y otras personalidades relevantes con poder de decisión sobre materias relativas a la donación voluntaria de órganos.

Dentro de esta propuesta específica detallaré los siguientes

1. Aspectos Operativos
2. Aspectos Económicos
3. Aspectos Técnicos
4. Aspectos Promocionales

1. ASPECTOS OPERATIVOS

Dentro de estas condiciones operativas subdividiremos la problemática en:

a) Facilidades estrictamente operativas

a.1) Creación propiamente dicha de un organismo colegiado compuesto por funcionarios del sector salud y otras personalidades relevantes con poder de decisión sobre materias relativas a la donación voluntaria de órganos.

a.2) Este organismo colegiado contratará a un equipo de especialistas en mercadotecnia con el propósito de encargarse del aspecto operativo de este programa.

b) Facilidades legales

b.1) Condiciones actuales; el sistema legal en general, presenta las lógicas limitaciones a la libre operación del intercambio de órganos, por la protección del bien jurídico máximo que es la vida humana. Dentro de los ordenamientos legales existen lagunas que son en la práctica llenadas por la interpretación jurídica de diversos magistrados, estas interpretaciones pueden estar sesgadas por la desinformación médico jurídica que rodea la problemática de los trasplantes.

Un ejemplo de esto puede ser la falta de reglamentación en cuanto a los tiempos procesales, pues aun dentro del marco legal ciertos trámites pueden tardar tanto tiempo que hacen a los órganos inservibles para su trasplante.

b.2) Programas de información y concientización; se hace necesario la instauración de un sistema permanente de información a los diversos ambientes jurídicos involucrados en las donaciones de órganos, este sistema de información deberá proporcionar claramente las condiciones operativas de los trasplantes, sus excepciones y posibles complicaciones jurídicas, sería recomendable un trabajo conjunto con entidades de salud a nivel federal y comunicación continua con organismos similares que pudieran resultar beneficiados con esta información o ser fuente a su vez de situaciones jurídicas que puedan hacer más claro el marco legal necesario a este efecto.

b.3) Planteamiento legislativo de nuevas opciones; inevitablemente se establecerán situaciones que dejen ver las lagunas jurídicas existentes alrededor de

tan compleja casuística, y situaciones que por desconocimiento técnico de los legisladores han prevalecido jurídicamente sobre nuestra realidad social.

Es por eso que se hace imperativo el planteamiento de reformas y adiciones al marco legal existente para dejar el camino libre a una operatividad médica ética y eficiente.

c) Programas de control y evaluación

c.1) Para lograr una evaluación cierta de los efectos de las decisiones tomadas, es necesario un programa de evaluación continua de las distintas variables afectadas por los programas, éste programa de evaluación deberá contar con las siguientes características:

- Actualización constante y permanente.
- Medición cuantitativa con herramientas estadístico-matemáticas.
- Retroalimentación con las personas encargadas de tomar decisiones.
- Utilización de medios de control para hacer una autoevaluación de este sistema de actualización.
- Fijación de metas y objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- Evaluación de resultados con respecto a estas metas y objetivos.

c.2) Los sistemas de control y evaluación deberán permanecer independientes a la operatividad del sistema, con el propósito de mantener su independencia en el criterio.

c.3) Las evaluaciones deberán de tener un carácter periódico y tener amplia difusión entre las personas con capacidad de decisión.

d) Propuestas de nuevas alternativas

d.1) El sistema de propuestas deberá ser de una naturaleza totalmente abierta en donde cada nueva idea o propuesta pueda y deba ser evaluada suficientemente con el fin de no discriminar ninguna por depender de uno u otro niveles de mando dentro de la estructura institucional.

d.2) Se deberá de dar respuesta por escrito a cada una de estas propuestas o nuevas ideas y explicar la razón por la cual se rechaza o se acepta, en caso de ser conducente se indicará al proponente la persona a entrevistarse con el fin de dar seguimiento a su propuesta o idea.

d.3) En el caso de propuestas o ideas que se consideren viables se deberá dar un seguimiento escrito y mencionado en cada una de las reuniones de las personas encargadas.

2. ASPECTOS ECONÓMICOS

a) Estudio de Costos

a.1) En las entrevistas se puede entrever una ausencia de información financiera por parte de las personas encargadas de tomar decisiones a primer nivel en los centros de salud respecto a los costos de las donaciones y a su factibilidad económica comparándolos con otras opciones, lo que nos lleva a plantear un programa general de costos y alternativas compuesto de personas profesionales en tales actividades con el fin de proporcionar a los diversos interesados información actual, veraz y oportuna y plantear así mismo alternativas financieras convenientes y viables.

a.2) Los estudios de costos deberán de dividirse en tres partes:

- Estudios históricos.- Esta información será recopilada sistemáticamente con el fin de observar tendencias y posibles circunstancias repetitivas de planteamientos y circunstancias ocurridas en el pasado.
- Información dinámica.- Esta información deberá de ser permanentemente actualizada con el fin de proporcionar a los diversos interesados la información veraz y oportuna para una mejor toma de decisiones.
- Información propositiva.- Será frecuente que al efectuar los estudios, los profesionales en esta materia noten alguna circunstancia que pueda ser desconocida por la persona encargada de tomar las decisiones, por lo que será normal que presente propuestas de uso alternativo de los recursos para conseguir un mejor resultado. Esta información deberá tener un cauce formal y destinarse al encargado de mayor nivel en el proyecto.

b) Estudios de Factibilidad

b.1) A cada nueva propuesta deberá corresponder un estudio asesorado por los profesionales en esta materia de la factibilidad financiera necesaria para su consecución.

b.2) En caso de no considerarse viable financieramente se deberá de especificar la cantidad pecuniaria faltante para el proyecto y ofrecer fuentes alternativas de financiamiento.

b.3) Se deberá dar un reporte de los estudios de factibilidad de cada uno de los proyectos propuestos al encargado de mayor nivel en el proyecto con el propósito de que este haga las evaluaciones necesarias y las inclusiones dentro del presupuesto para el ejercicio en su periodo siguiente.

c) Manejo de Presupuestos

c.1) La necesidad de un manejo adecuado por proyecto de un ordenamiento presupuestal se hace evidente para evaluar comparativamente los logros de dicho proyecto.

c.2) La aceptación de estos presupuestos deberá de ser por un periodo tal que permita flexibilidad y a la vez facilite su manejo contable.

c.3) Al terminar el periodo se deberá presentar un estado contable del origen y aplicación de los recursos de cada proyecto.

c.4) Anualmente se hará un informe claro y concreto de esta información, para que a nivel colegiado se estimen reformas, cancelaciones y adiciones a este presupuesto.

d) Obtención de Recursos

Una de las principales tareas de los encargados de primer nivel en este proyecto será la obtención de una asignación en el presupuesto suficiente para lograr la consecución de sus fines. A este efecto deberá promover las asignaciones con las distintas entidades federativas, estatales y municipales que puedan tener algún renglón presupuestario a este efecto.

3. ASPECTOS TÉCNICOS

a) Programas de actualización médico-tecnológicos

a.1) Actualización constante del padrón de médicos capacitados para hacer trasplantes; Es importante contar con una base de datos actualizada del personal

médico disponible con información relativa a sus especialidades y grado de capacitación y experiencia. Es deseable que esta información esté disponible a través de internet.

a.2) Programa de capacitación y actualización para los médicos registrados en el padrón; Debido al constante desarrollo de nuevas técnicas y avances en instrumentos electrónicos se hace imperativo la existencia de un sistema constante de capacitación, no solo para los médicos que actualmente estén capacitados para lograr trasplantes sino para aquéllos que deseen capacitarse a tal efecto.

a.3) Asistencia sistemática a congresos relacionados; la asistencia institucional de los integrantes del primer nivel del proyecto a los congresos mundiales más importantes se hace totalmente necesario con el propósito de estar al tanto de los últimos avances y poder aprovecharlos en el menor tiempo posible.

a.4) Investigación y desarrollo; se deberá distinguir en dos aspectos operativos:

a.4.1) Investigación y desarrollo a nivel interno, en donde las investigaciones y estudios se realizarán por cuenta de personal dependiente de la institución encargada.

a.4.2) Investigación colegiada, en donde científicos encargados a este propósito interactuarán con investigadores y científicos de otras instituciones, tanto médicas como universitarias con el fin de lograr un perfeccionamiento en las técnicas ya conocidas.

b) Implementación de sistemas informáticos avanzados

La disponibilidad de medios electrónicos nos presenta un horizonte nunca antes imaginado, en donde podemos obtener información con prontitud y exactitud. Dividiremos los sistemas informáticos en dos partes:

b.1) Sistemas internos de información; la implementación de un sistema interno de información requiere mucho más que la mera compra de un software y la puesta en operación del mismo, requiere de todo un sistema de captura y proceso con continuidad y sistemas de control para lograr que la información sea de utilidad, para este efecto resultaría útil la contratación de un despacho externo de asesoría y la adquisición de equipo de cómputo dedicado a este proyecto. Convendría la creación de un sistema de páginas web para proporcionar a los diversos interesados la información necesaria para atender a sus necesidades de trasplantes y ayuda filantrópica. Esta serie de páginas web también tendría un efecto promocional que mencionaremos más adelante.

b.2) Sistemas externos de información; Actualmente existen forums en el sistema web en donde científicos de primer nivel discuten temas concretos a primer nivel de consulta, así mismo existe una gran cantidad de información disponible para consultar en páginas especializadas. La consulta de esta información no siempre resulta asequible a médicos que no estén familiarizados con los sistemas de computación, por lo que se hace necesario la ayuda de dos maneras distintas:

b.2.1) Asistencia y capacitación en el uso del sistema internet a los diversos interesados en el proyecto con enfoque al elemento científico de investigación, consulta y desarrollo.

b.2.2) Creación de un comité de consulta, en donde junto con los métodos de investigación tradicionales se logre conjuntar un resumen de la información médico-técnica asequible por internet, incluyendo directorio de páginas web, directorio de

forums especializados y directorio de direcciones electrónicas de científicos e instituciones relacionados con trasplantes a nivel mundial.

4. ASPECTOS PROMOCIONALES

a) Evaluación de condiciones actuales

Una de las primeras funciones del organismo creado para este proyecto será la evaluación de las condiciones prevalecientes en la actualidad para nuestra referida necesidad. Una de las condiciones con que deberá contar este sistema de evaluación será la de mensurabilidad de los eventos y calidad de los mismos, para lograr establecer parámetros, metas y objetivos en forma objetiva y cuantificable.

Se estima necesaria la asistencia de profesionales en las materias de estadística y actuaría para los correctos logros en la implantación de este sistema de evaluación.

b) Elaboración de un programa general

La elaboración de un programa general de promoción es una tarea compleja que requiere de un estudio previo de las condiciones actuales y de las necesidades de información y de la investigación que en forma cuantitativa nos permita presentar el mejor programa de promoción.

Las características generales que deberá cubrir este programa son:

b.1) Programa de concientización altruista de donadores; este programa de concientización a su vez deberá de contener distintos elementos de comunicación, citando entre ellos:

b.1.1) Medios publicitarios masivos; la sola utilización de los medios publicitarios masivos como la televisión, radio, periódico, y medios impresos requieren una planeación estratégica previa que en forma sistemática vincule y oriente todos los esfuerzos de promoción en dirección a un objetivo en forma coherente y comprensible. Dentro de una estrategia previamente definida son claros los beneficios que dan las campañas de concientización a nivel general, pero debemos de tener en cuenta que son campañas a largo plazo, y que por su naturaleza no reportan beneficios inmediatos, ni siquiera directos, sino que sirven de base psicológica a la predisposición para un posible donador altruista.

Anexo a esta propuesta un diseño de medios impresos que incluye:

- Diseño de logotipo de la campaña. *(Ver anexo No. 3)*
- Diseño de poster de la campaña. *(Ver anexo No. 4)*
- Diseño de folleto informativo de la campaña. *(Ver anexo No. 5)*
- Diseño de la tarjeta de donante de la campaña. *(Ver anexo No. 6)*
- Diseño de hoja membretada correspondiente a papelería interna de la campaña. *(Ver anexo No. 7)*

Estos diseños de medios impresos se realizaron como proposición inicial para un posterior análisis realizado con mas profundidad.

b.1.2) Medios promocionales personales indirectos; este esfuerzo promocional va dirigido hacia las instituciones médicas en general con el propósito de generar una buena disposición para la Donación Voluntaria de Órganos.

b.2) Promoción “ in situ”; la promoción más directa y efectiva es la lograda por el personal médico que atiende directamente al posible donante o a los familiares de éste, moviendo el afán filantrópico en forma personal.

b.3) El cierre de la venta, o sea, donde la persona acepta formalmente ser donador voluntario de órganos, es el momento en que se debe prestar especial atención, ya que es el factor determinante para lograr la donación de órganos. Se tendría que hacer un esfuerzo geoméricamente mayor para lograr siguiera una parte de lo que se logra con una labor personal y directa en el momento adecuado por el personal médico que atiende al posible donante o a sus familiares. Esta labor, por ser compleja y altruista implica diversas complicaciones, pero logrando establecer bien cuales pueden ser los móviles o impedimentos para lograr este buen efecto mediante encuestas y otro tipo de requerimientos similares se logrará resultados a corto plazo sin invertir mayores cantidades de presupuesto.

c) Sistemas de evaluación cuantitativo y cualitativo de resultados

c.1) Sistema de evaluación cuantitativo de resultados; el establecimiento y aplicación de un sistema de información que nos provea de forma oportuna y veraz de los elementos necesarios para hacer una evaluación en forma cuantitativa de nuestros logros se hace indispensable como herramienta mercadológica para medir y comparar las acciones con las metas y objetivos deseados. Este sistema de evaluación cuantitativa deberá de contar con los siguientes requisitos generales:

c.1.1) Ser sistemático; esto quiere decir que en forma recurrente y controlable se recopilará la información de las diversas fuentes con sistemas de autocontrol que imposibilitan los errores u omisiones en la captura de los datos fuente.

c.1.2) Ser cuantitativo; los logros deberán de tener la cualidad de ser medibles en forma sencilla y mediante el sistema de índices, fijando éstos de acuerdo a parámetros establecidos por los especialistas.

c.1.3) Ser periódico; el sistema deberá de proporcionar la información en una forma recurrente y en días preestablecidos marcando claramente los periodos

comprendidos de tal forma que el consultante pueda aprovechar la información sin necesidad de complejas interpretaciones.

c.1.4) Ser oportuno; las personas encargadas del proyecto deberán de vigilar por la disciplina de este sistema de información, pues de su oportunidad y confiabilidad dependen en buena parte el logro de los objetivos de este proyecto.

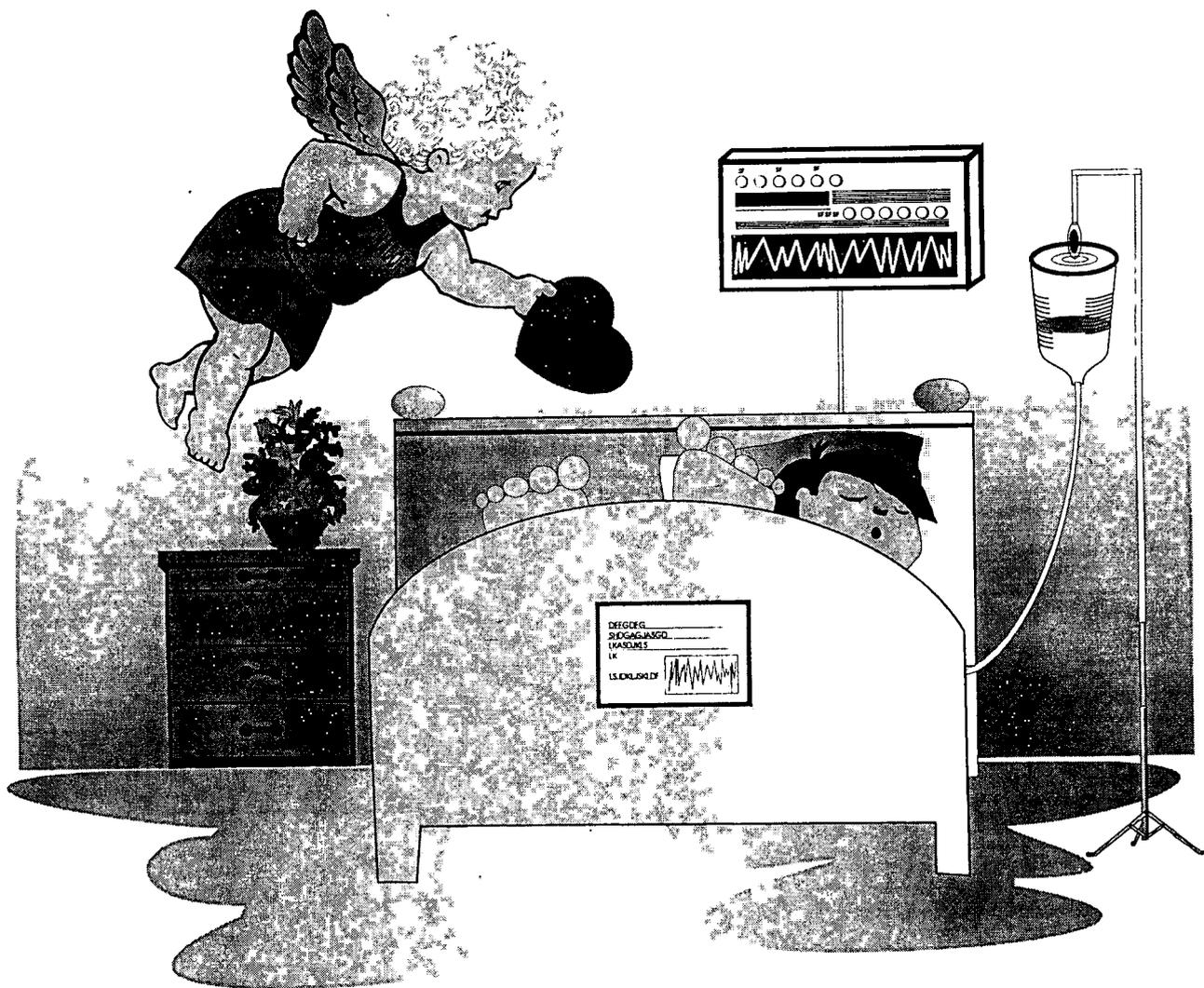


**DONACION VOLUNTARIA
DE ORGANOS DEL EDO. DE QUERETARO**

¿HAY ALGO DE TI QUE LOS
DEMÁS NECESITAN

DVO

DONACION VOLUNTARIA
DE ORGANOS DEL EDO. DE QUERETARO



Campaña de Donación de Órganos

PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNICARSE A:
DONACIÓN VOLUNTARIA DE ÓRGANOS (DVO)

 (4) 20001
20001
20001

DVO

DONACION VOLUNTARIA
DE ORGANOS DEL EDO. DE QUERETARO

PARA DAR VIDA EN VIDA

¿COMO AFECTARA MI VIDA EL TENER UN SOLO RIÑÓN?

El riñón que te quede compensará y funcionará tan bien como los dos riñones originales. Podrás hacer casi todo lo que hacías antes de la cirugía. Una excepción sin embargo, es la necesidad de evitar

¿CUALES SON LOS RIESGOS DE LA DONACIÓN?

Uno de cada diez donantes vivos tendrá algún problema menor como una infección de las vías urinarias. Por lo general no hay complicaciones a largo plazo. Sin embargo, cualquier tipo de cirugía, y aún algunas de las pruebas de evaluación de donantes, tienen algún grado de riesgo; tus cirujanos discutirán estos riesgos contigo antes de empezar la evaluación y

¿DÓNDE SE HACE LA INCISIÓN EN EL DONADOR PARA EL TRASPLANTE DEL RIÑÓN?

Esto dependerá del cirujano. La mayoría de los cirujanos hacen la incisión en el costado o en la parte

¿QUE PUEDO ESPERAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

Estarás en la sala de recuperación, estarás conectado a varios tubos, entre ellos un tubo nasogástrico (NG), introducido por la nariz y una sonda foley en la vejiga. El tubo nasogástrico será quitado a las pocas horas de la cirugía, y la sonda a la mañana siguiente. Puedes pedir un medicamento para el dolor si lo necesitas. A la mañana siguiente a tu cirugía, alguien te ayudará a levantarte de la cama, y se te

¿CUÁNDO PODRÉ COMER O BEBER DESPUÉS DE LA CIRUGÍA?

Estarás recibiendo líquidos intravenosos por unos días. Podrás empezar a comer alimentos sólidos en cuanto pases gas o tengas una evacuación

¿CUÁNDO PODRÉ TENER RELACIONES SEXUALES?

Podrás tener relaciones sexuales nuevamente dos semanas después de ser dado de alta del hospital, según como te sientas. La donación de un riñón no tendrá ningún efecto sobre tu deseo sexual ni tu

¿QUIÉN PAGARÁ LOS COSTOS DE LA CIRUGÍA?

En el IMSS, DIF y Hospital General del Estado de Querétaro, la cirugía y lo que se derive como medicamentos, curación y la atención médica, será

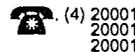
CONTROL MÉDICO DEL TRASPLANTE

El paciente egresa del hospital una semana o 10 días después de la cirugía y tendrá evaluaciones médicas cada semana durante los primeros meses después del trasplante, posteriormente se efectuará un control mensual durante el primer año del trasplante; los medicamentos prescritos no deberán suspenderse por ninguna razón, excepto por indicaciones de su médico



Campaña de Donación de Órganos

PARA MAYOR INFORMACION COMUNICARSE A:
DONACION VOLUNTARIA DE ORGANOS (DVO)



DVO

DONACION VOLUNTARIA
DE ORGANOS DEL EDO. DE QUERETARO

HAY ALGO DE TI QUE LOS DEMAS NECESITAN



DVO
DONACION VOLUNTARIA
DE ORGANOS DEL EDO. DE QUERETARO

**TARJETA DE DONACION
VOLUNTARIA DE ORGANOS**

Yo _____

Dono mis 6rganos con fines de trasplante al momento de mi muerte, con la esperanza de ayudar a salvar una vida. Dono:

Cualquier Organo:

Solo los siguientes 6rganos: _____

(ESPECIFIQUE LOS ORGANOS)
LLEVE LA SIEMPRE CONSIGO

TESTIGO: _____
Nombre y firma

TESTIGO: _____
Nombre y firma

Tipo de sangre: _____

En caso de accidente avisar a: _____

Lugar Fecha: _____

**HAY ALGO DE MI QUE LOS
DEMÁS NECESITAN**

  **DIF**

 (4) 20001
20001
20001



DONACION VOLUNTARIA
ORGANOS DEL EDO. DE QUERETARO

 (4) 20001
20001
20001

DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE RINON DE 1989 A 1999

ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC. 89	TX. 90	AC. 90	TX. 91	AC. 91	TX. 92	AC. 92	TX. 93	AC. 93	TX. 94	AC. 94	TX. 95	AC. 95	TX. 96	AC. 96	TX. 97	AC. 97	TX. 98	AC. 98	TX. 99	AC. 99	
H. ESP. N° 71 CMN TORREON-	IMSS	COAH.	28	28	17	45	27	72	13	85	11	96	24	120	43	163	77	240	40	280	82	362		362	
H. GRAL. REG. N° 1	IMSS	CHIH.													2	2	6	8	3	11	2	13		13	
H. ESP. CMN SIGLO XXI	IMSS	D.F.	96	96	21	117	32	149	41	190	58	248	62	310	66	376	80	456	93	549	109	658	25	683	
H. ESP. CMN "LA RAZA"	IMSS	D.F.	219	219	21	240		240	15	255	3	258	17	275	26	301	28	329	22	351		351		351	
H. GRAL. CMN LA RAZA "DR. GAUDENCIO	IMSS	D.F.			72	72	14	86	20	106	16	122	4	126	37	163	59	222	53	275	43	318	11	329	
H. DE PEDIATRIA DEL CMN SIGLO XXI	IMSS	D.F.											18	18	28	46	29	75	30	105	41	146	22	168	
H. GRAL. REG. N° 1 "GABRIEL MANCERA"	IMSS	D.F.																	3					3	
H. DE ESP. N°1 CM LEON	IMSS	GTO	10	10	7	17	16	33	3	36	7	43	8	51	9	60	11	71	27	98	20	118		118	
H. DE ESP. CM DE OCCIDENTE	IMSS	JAL.			37	37	36	73		73	163	236		236	61	297	101	398	69	467	53	520	22	542	
H. DE PEDIATRIA CMN DE OCCIDENTE	IMSS	JAL.	1	1	12	13	14	27	16	43	15	58	15	73	20	93	37	130	45	175	45	220	11	231	
H. REG. ESP. # 25 CM DEL NOROESTE	IMSS	N.L.	126	126	9	135	32	167	21	188	23	211	35	246	35	281	44	325	64	389	57	446	8	454	
H. GRAL DE ZONA N° 1 "DR. D. MAYORAL P.	IMSS	OAX													2	2	0	2	0	2				2	
H. ESP. CMN "M. AVILA C. " PUEBLA	IMSS	PUE	5	5	6	11	7	18	9	27	7	34	6	40	10	50	17	67	18	85	24	109		109	
H. GRAL. REG. N° 1 (GRO)	IMSS	QRO					8	8	4	12	5	17	2	19	0	19	4	23	6	29	1	30		30	
H. GRAL. REG. N° 1	IMSS	SIN								20	20	2	22	0	22	0	22	21	43		43		43		43
H. DE ESP. CMN NOROESTE	IMSS	SON	1	1	4	5	9	14	12	26	5	31	4	35	35	35	35	17	52	14	66		66		66
H. GRAL. DE HERMOSILLO N° 2	IMSS	SON	3	3	4	7	3	10		10		10		10	10	5	15	1	16		16		16		16
H. DE ESP. N°14 CMN "A. RUIZ C. "	IMSS	VER	16	16	12	28	12	40		40	18	58		58	5	63	10	73	12	85	6	91		91	
H. DE ESP. CMN "EL FENIX"	IMSS	YUC					14	14	0	14	0	14	11	25	8	33	6	39	8	47	6	53		53	
H. GRAL. REG. N° 25	IMSS	D.F.																	4	4	1	5		5	
H. GRAL DE ZONA N° 1 "DR. JOSE L. AVILA	IMSS	AGS							1	1	1	2	1	3		3	2	5	6	11	3	14		14	
H. GRAL. REG. N° 20	IMSS	B.C.							1	1	1	2	1	3		3	2	5	6	11	3	14		14	
CENTRO HOSP. " 20 DE NOVIEMBRE "	ISSSTE	D.F.					2	2	33	35		35	375	410	22	432	36	468	25	493		493		493	
H. REG. " 1° DE OCTUBRE "	ISSSTE	D.F.	9	9	8	17	3	20		20		20	19	39		39		39	39	32	71	5	76		76
H. REG. "IGNACIO ZARAGOZA"	ISSSTE	D.F.															1	1	1	2	2	2		2	
H. GRAL "DR. SANTIAGO RAMON CAJAL "	ISSSTE	DGO.																	1	1		1	3		4
H. GRAL "DR. V. GOMEZ FARIAS "	ISSSTE	JAL.															10	10	6	16	3	19	4	23	
H. FRAY JUNIPERO SERRA	ISSSTE	B.C.																		2	2	2	1	3	
H. GRAL " 5 DE DICIEMBRE "	ISSSTE	BC.																	1	1	5	6	1	7	
H. ISSSTECALI	ISSTECAL	B.C.	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	1	2	1	3		3		3	
H. DE ESP. ISSEMYM	ISSEMYM	E.M.						8	8	4	12	1	13	3	16	4	20	7	27	3	30		30		
H. ESP. ISSSTEP, PUEBLA	ISSSTEP	PUE	3	3	2	5	2	7		7	4	11	2	13	1	14	2	16	2	18	2	20	0	20	
H. CENTRAL UNIVERSITARIO	I.C.H.S	CHIH.					1	1	3	4	3	7	5	12	0	12	0	12	0	12	2	14		14	
H. GRAL DE CD. JUAREZ	I.C.H.S	CHIH.			1	1	2	3	1	4	1	5		5		5		5	1	6	1	7		7	
SUBTOTAL			518	518	233	751	234	985	200	1183	364	1549	611	2160	378	2538	570	3108	588	3696	557	4253	113	4366	

**DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE RINON DE 1989 A 1999**

ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC. 89	TX. 90	AC. 90	TX. 91	AC. 91	TX. 92	AC. 92	TX. 93	AC. 93	TX. 94	AC. 94	TX. 95	AC. 95	TX. 96	AC. 96	TX. 97	AC. 97	TX. 98	AC. 98	TX. 99	AC. 99	
H. CENTRAL SUR	PEMEX	D.F.	11	11	9	20	3	23	7	30	11	41	9	50		50		50		50	24	74		74	
C. M. QUIRURG. DE AGUASCALIENTES	PRIVADO	AGS													18	18	21	39	24	63	16	79	5	84	
H. ALMATER	PRIVADO	B.C.N														1	1	0	1	3	4			4	
H. LAS AMERICAS	PRIVADO	B.C.N						2	2	1	3		3			3		3		3	3			3	
H. MUGUERZA DE SALTILLO	PRIVADO	COAH.														1	1	0	1	2	3	2		5	
CLINICA DEL PARQUE	PRIVADO	CHIH.									7	7	6	13	11	24	2	26	1	2	9	35	1		36
H. MOCEL	PRIVADO	D.F.			6	6	4	10	6	16	1	17	3	20	1	21	1	22		22	5	27	2		29
H. METROPOLITANO	PRIVADO	D.F.					0	0		0		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0		0
H. ANGELES DEL PEDREGAL	PRIVADO	D.F.											9	9		9		9		9	4	13	3		16
H. AMERICAN BRITISH COWDRAY	PRIVADO	D.F.			7	7	3	10	2	12	12	24	6	30	6	36	6	42	9	51	2	53			53
CLINICA LONDRES	PRIVADO	D.F.	4	4	2	6	1	7	2	9	2	11	1	12		12		12	2	14		14			14
SANATORIO DURANGO	PRIVADO	D.F.							2	2	4	6	6	0	6	0	6	0	6	0	6	6			6
H. DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA	PRIVADO	D.F.	45	45	4	49	6	55	5	60	7	67	7	74	2	76	4	80	5	85	11	96			96
H. INFANTIL PRIVADO	PRIVADO	D.F.							2	2	0	2	0	2		2	3	5	1	6	0	6			6
H. MEDICA SUR	PRIVADO	D.F.													2	2		2		2	2				2
H. SANTA FÉ S.A. DE C.V.	PRIVADO	D.F.													3	3		3		3	3		1		7
CENTRO MEDICO DE TOLUCA	PRIVADO	E.M.											1	1		1		1		1	1		1		1
H. CD. SATELITE	PRIVADO	E.M.			3	3	4	7	6	13	11	24	0	24	5	29	6	35	0	35	7	42	1		43
NUEVO SANATORIO ARBOLEDAS	PRIVADO	JAL.														1		1		1	1		1		1
H. MEXICO - AMERICANO	PRIVADO	JAL.			4	4	2	6	0	6	1	7	1	8	2	10		10	1	11	5	16	1		17
H. JOSE A. MUGUERZA S.A.	PRIVADO	N.L.	2	2	6	8	2	10	2	12	4	16	3	19	5	24	5	29	2	31	0	31			31
H. SAN JOSE DE MONTERREY S.A.	PRIVADO	N.L.	42	42	3	45	5	50	3	53	7	60	8	68	8	76	6	82	5	87	2	89	8		97
H. Y CLINICA OCA S.A.	PRIVADO	N.L.														1	1	1	1	2	8	10			10
H. DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA	PRIVADO	PUE					2	2	1	3	2	5	1	6		6	0	6	1	7	2	9			9
H. PARA EL NIÑO POBLANO	PRIVADO	PUE													5	5	5	10	3	13	3	16	1		17
SANATORIO BETANIA FUNDAC. TAMARIS	PRIVADO	PUE																1	1	1	1		1		1
CENTRO MEDICO DEL POTOSI S.A. DE C.V.	PRIVADO	S.L.P.			6	6	0	6	29	33	3	38	16	54	7	61	1	62	2	64		64			64
H. DE LA BENEFICENCIA ESPAÑOLA	PRIVADO	S.L.P.					2	2	0	2	0	2	0	2	0	2	0	2		2		2			2
H. DE NTRA SRA. DE LA SALUD	PRIVADO	S.L.P.					1	1	0	1	2	3	0	3	0	3	7	10	5	15	5	20	6		26
C. ESPAÑOL DE TAMPICO A.C.	PRIVADO	TAMP.	1	1	0	1	1	2	1	3	0	3	1	4	1	5	1	6	1	7	0	7			7
CENTRO MEDICO DEL NOROESTE	PRIVADO	SON.	33	33	8	43		43	1	44	7	51	1	52	3	55	1	56	1	57		57			57
SERV. MEDICO QUIRURGICOS DE TOLUC.	PRIVADO	E.M.																		5	5				5
CENTRO MEDICO SUR SONORA S.A.	PRIVADO	SON.											1	1	1	2	1	3	3	3	4	7			7
SUBTOTAL			140	140	58	198	36	234	71	305	82	337	74	461	80	541	74	615	69	684	115	799	31	830	

DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE RINON DE 1989 A 1999

ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC.89	TX.90	AC.90	TX.91	AC.91	TX.92	AC.92	TX.93	AC.93	TX.94	AC.94	TX.95	AC.95	TX.96	AC.96	TX.97	AC.97	TX.98	AC.98	TX.99	AC.99
H. ARANDA DE LA PARRA S.A DE C.V	PRIVADO	GTO															1	1	1	2	2	4	1	5
H. PRIVADO HERMOSILLO S.A DE C.V	PRIVADO	SON.							1	1	0	1	1	2	3	5	1	6	1	7	0	7		7
SANATORIO STA CATARINA S.A DE C.V	PRIVADO	DGO.																	1	1		1		1
H. SAN JAVIER SA DE C.V	PRIVADO	JAL.													6	6	13	19		19		19	3	22
HVO. SANATORIO ARBOLEDAS SA DE C.	PRIVADO	JAL.															1	1		1		1		1
H. CENTRAL MILITAR	SON	D.F			7	7		7	4	11	14	25	24	49	14	63	31	94	17	111	19	130		130
INST. NAL. DE LA NUTRICION	S.S.A	D.F	35	35	31	66	26	92	23	115	21	136	16	152	22	174	20	194	30	224	38	262	14	276
INST. NAL. DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CH"	S.S.A	D.F	137	137	15	152	21	173	29	202	17	219	21	240	23	263	28	291	43	334	41	375	20	395
INST. NAL. DE PEDIATRIA	S.S.A	D.F	78	78	7	85	10	95	16	111	12	123	15	138	8	146	12	158	0	158		158		158
H. INFANTIL DE MEXICO	S.S.A	D.F	111	111	15	126	10	136	13	149	8	157	10	167	7	174	12	186	18	204	23	227	15	242
H. GRAL DEL ESTADO DE SONORA	S.S.A	SON	26	26	6	32	8	40	6	46	5	51	2	53	7	60	3	63	6	69	7	76	4	80
H. GRAL DE MEXICO	S.S.A	D.F	5	5	4	9	1	10	2	12		12		12	3	15	2	17	0	17		17		17
H. JUAREZ DE MEXICO	S.S.A	D.F			1	1	3	4	7	11	16	27	22	49	9	58	21	79	8	87	7	94	3	97
H. GRAL. "DR. BERNARDO J.GASTELUM"	S.S.A	SIN	6	6	10	16	9	25	13	38	17	55	17	72	12	84	8	92	9	101	7	108		108
H. MIGUEL HIDALGO	S.S.A	AGS			1	1	5	6	11	17	13	30	20	50	3	53		53		53		53		53
H. CIVIL DE GUADAJAJARA	S.S.A	JAL.			1	1	1	2	5	7	2	9	7	16	7	23	2	25	4	29	4	33		33
H. CENTRAL "IGNACIO MORONES P."	S.S.A	S.L.P													0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRO DE ESP. MEDICAS "DR. LUCIO"	S.S.A	VER.													1	1	0	1	0	1	1	1		1
H. GRAL. "DR. MIGUEL SILVA"	S.S.A	MICH			1	1		1		1	2	3		3		3		3		3		3		3
H. GRAL DE QUERETARO	S.S.A	QRO															4	4	2	6		6		6
H. GRAL DE PUEBLA	S.S.A	PUE											0	0	5	5	1	6	5	11	9	20	2	22
H. GRAL. "LA VILLA"	SMDDF	D.															0	0	0	0	0	0		0
H. UNIVERSITARIO DE SALTILLO	UAC	COAH.					0	0	0	0	0	0		0		0		0		0		0		0
H. UNIVERSITARIO	U.A.P	PUE.											0	0		0		0		0		0		0
H. UNIVERSITARIO DE MONTERREY	UANL.	N.L	124	124	4	128	3	131	6	137	11	148	4	152	4	156	4	160		160		160		160
SUBTOTAL			522	522	103	625	97	722	136	858	138	996	159	1155	134	1289	164	1453	145	1598	157	1755	62	1817
TOTAL			1180	1180	394	1574	367	1941	407	2348	584	2932	844	3776	592	4368	808	5176	802	5978	829	6807	206	7013
REPORTES PRESENTADOS EN CEROS EN EL AÑO: 0																								
SIN NUNGUN REPORTE EN EL AÑO: ESPACIO VACIO																								

ANEXO No. 9

DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE CORNEAS																								
ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC. 89	TX. 90	AC. 90	TX. 91	AC. 91	TX. 92	AC. 92	TX. 93	AC. 93	TX. 94	AC. 94	TX. 95	AC. 95	TX. 96	AC. 96	TX. 97	AC. 97	TX. 98	AC. 98	TX. 99	AC. 99
H. GRAL DIF TOLUCA	DIF	E.M	7	7	6	13	12	25	16	41	8	49	20	69	16	85	23	108	18	126	13	139	8	147
CLINICA MEDICO-QUIRURGICA	DIF	E.M													3	3	2	5	6	11	11	3	14	
H. ESP. N° 71 CMN TORREON	IMSS	COAH.					9	9	14	23		23	2	23	4	29	0	29	0	29	0	29		29
H. ESP. CMN SIGLO XXI	IMSS	D.F									51	54	54	54	54	38	92	8	100	8	108	4	112	
H. GRAL. CMN LA RAZA "DR. GAUDENCIO GLEZ"	IMSS	D.F	62	62	97	159	91	250	91	341	50	391	34	425	56	481	33	514	59	573	39	612	4	616
H. DE ESP. CMN. DE OCCIDENTE	IMSS	JAL.					15	15	15	15		15		15	15	15	15	15	15	15	15		15	
H. REG. ESP. # 25 CM DEL NOROESTE	IMSS	N.L	80	80	8	83	9	97	16	113	37	150	43	193	43	236	43	279	35	314	37	351		351
H. GRAL. DE ZONA N° 1 "DR. D.MAYORAL P"	IMSS	OAX												1	1	0	1	0	1	0	1		1	
H. ESP. CMN "M. AVILA C. " PUEBLA	IMSS	PUE					5	5	2	7	0	7	4	11	2	13	2	15	2	17	2	19		19
H. GRAL. REG. N° 1 (QRO)	IMSS	QRO			2		8	10	6	16	6	22	0	22	0	22	1	23		23		23		23
H. DE ESP. CMN NOROESTE	IMSS	SON.							1	1	1			2	2	2	2	2	2	2	2		2	
CENTRO MEDICO "20 DE NOVIEMBRE"	ISSSTE	D.F							23	23		23	152	175		175		175	2	177	0	177	0	177
H. GRAL "DR. GONZALO CASTAÑEDA"	ISSSTE	D.F																	1	1	8	8	8	
H. GRAL "5 DE DICIEMBRE"	ISSSTE	B.C																		5	6	1	7	
H. DE ESP. ISSEMYM TOLUCA	ISSEMYM	E.M																	2	2	2	4	6	
H. GRAL DE CD. JUAREZ	I.C.H.S	COAH.							1	1		1	1	2		2	1	3		3		3		3
CLINICA RANDOLPH (AGS)	PRIVADO	AGS					4	4	6	10	14	24	38	62	29	91	16	107		107	13	120	3	123
CRUZ ROJA MEXICANA (AGS)	PRIVADO	AGS					3	3	6	9	14	23	38	61	27	88	16	104	22	126	34	160	24	184
UNIDAD. ESP. QUIRUR. AGUASCALIENTES	PRIVADO	AGS											2	2	4	6	5	11	16	27	3	30	3	33
UNIDAD OFTALMOLOGICA DEL VALLE S.C	PRIVADO	D.F									44	44	30	74	46	120	33	153	31	184	16	200	27	227
H. METROPOLITANO	PRIVADO	D.F			2	2	1	3	1	4	1	5	2	7	7	0	7	0	7	0	7	1	8	8
H. AMERICAN BRITISH COWDRAY	PRIVADO	D.F	1	1	0	1	0	1	1	2	0	2	1	3	0	3	2	5	6	11	11	11	11	
SANATORIO DURANGO	PRIVADO	D.F	32	32	4	36	2	38	1	39	1	40	1	40	0	40	1	41	3	44		44		44
H. G. BARROSO CRUZ ROJA MEXICANA	PRIVADO	D.F									4	4	4	8	32	80	99	159	131	290	28	318		318
INST. DE OFTALMOL. CONDE DE LA VALENCIAN	PRIVADO	D.F					11	11	24	35	48	83	83	83	33	83	33	83	83	23	106		106	
ASOC. PARA EVITAR LA CEGUERA EN MEXICO	PRIVADO	D.F					59	59	200	259	163	422	444	866		866	494	1360	521	1881	474	2355		2355
H. OFTALMOL. NTRA. SRA. DE LA LUZ	PRIVADO	D.F	10	10	11	21	9	30	7	37	2	39	4	43	1	44	2	46	1	47	2	49		49
SANATORIO OFTALMOL. MERIDA	PRIVADO	D.F			68	68	15	83	41	124	4	128	23	151	13	164		164		164		164		164
CENTRO OFTALMOL. PRO- VISION	PRIVADO	D.F			5	5	24	29	22	51	10	61	3	64	5	69	4	73	7	80	4	84		84
CLINICA OFTALMOL. "DR. J. MENDOZA M"	PRIVADO	D.F									2	2	11	13	0	13	16	29	10	39	10	49		49
CENTRO MEDICO DE TOLUCA	PRIVADO	E.M															4	4	1	5		5		5
H. CD. SATELITE	PRIVADO	E.M																	59	59	115	174	0	174
SANATORIO " LA LUZ "	PRIVADO	MICH.										12	12	2	14	1	15		15		15		15	
UNIDAD DE ESP. MEDICO- QUIRUR. "MANUEL M	PRIVADO	AGS.											2	2	4	6	5	11	16	27	3	30	3	33
CLINICA DE ENFERMEDADES DE LOS OJOS	PRIVADO	E.M									3	3	4	7	1	8	4	12	4	16	2	18	2	20
CENTRO MEDICO QUIRUR. "SR. DEL HOSPITAL	PRIVADO	GTO.															7	7	9	16		16	4	20
SANAT. MED. QUIRUR. DE LOS ALTOS S.A DE C.	PRIVADO	JAL.													7	7	2	9		9		9		9
SUBTOTAL			192	192	203	395	277	672	279	1151	466	1617	874	2491	316	2807	854	3661	970	4631	840	5471	90	5561

**DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES
ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE CORNEAS**

ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC.89	TX.90	AC.90	TX.91	AC.91	TX.92	AC.92	TX.93	AC.93	TX.94	AC.94	TX.95	AC.95	TX.96	AC.96	TX.97	AC.97	TX.98	AC.98	TX.99	AC.99	
CLINICA OFTALMOLOGICA DURANGO S.A DE C	PRIVADO	DGO.															1	1		1	1	1	9	10	
H. DEL CARMEN	PRIVADO	JAL.																							
H. OFTALMOL SAN JOSE	PRIVADO	JAL.			4		4		12	16	2	18	0	18	5	23	2	25	0	25	0	25	0	25	
CLINICA SANTA LUCIA	PRIVADO	JAL.													13	13	16	29	14	43		43	5	48	
FUNDACION OFTALMOL DE OCCIDENTE	PRIVADO	JAL.																			15	15	4	19	
CLINICA DE OJOS RUIZ- MONTENEGRO	PRIVADO	MICH															8	8	20	28	6	34	7	41	
H. CLINICA DE FATIMA	PRIVADO	MICH													8	8	3	11		11		11		11	
CLINICA OFTALMOL DAVID	PRIVADO	MICH.											4	4	5	9	1	10	1	11		11		11	
H. FRAY J. DE SAN MIGUEL	PRIVADO	MICH.											0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	2	2	
H. JOSE A. MUGUERZA SA	PRIVADO	N.L.			17	17	3	20	10	30	6	36	14	50	10	60	6	66	2	68	11	79		79	
H. SAN JOSE DE MONTERREY SA	PRIVADO	N.L.			9	9	26	35	23	58	14	72	28	100	23	123	24	147	33	180	28	208	10	218	
GRUPO OFTALMOL. CIR. AMB. DE MONTERREY	PRIVADO	N.L.										10	10	10	10	10	10	10	10	10		10		10	
CLINICA OFTALMOL. DE LA GARZA VIEJO	PRIVADO	N.L.			0		0		0		31	31	14	45	15	60	10	70		70		70		70	
CRUZ ROJA MEXICANA	PRIVADO	N.L.									96	96	94	190	109	299	0	299	0	299	0	299		299	
HOSPITAL Y CLINICA OCA S.A	PRIVADO	N.L.													0	0	0	0	0	0	3	3		3	
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE BENEFICENCIA	PRIVADO	PUE	5	5	10	15	11	26	23	49	23	72	15	87	22	109	0	109	0	109	0	109		109	
C. DE CORNEAS CRUZ ROJA MEXICANA	PRIVADO	PUE															6	6	55	61	61	122	12	134	
H. GUADALUPE DE PUEBLA	PRIVADO	PUE																	0	0		0		0	
CENTRO OFTALMOLOGICO LAZCANO	PRIVADO	PUE																	41	41	50	91	32	123	
H. NTRA SRA. DE LA SALUD	PRIVADO	S.LP							4	4	0	4	0	4	0	4	0	4		4		4		4	
CRUZ ROJA MEXICANA	PRIVADO	MOR																							
H. GRAL XOCO	SMODF	D.F.	11	11	17	28	11	39	11	50	3	53	7	60		60	3	63	10	73	8	81		81	
H. METROPOLITANO "DR. BERNARDO SEPULVE	SEDS	N.L.									1	1	1	2		2	1	3		3		3	6	9	
H. GRAL DE TIJUANA	S.S.A	B.C.N			18	18		18		18		18		18		18		18		18		18		18	
H. GRAL DE MEXICO	S.S.A	D.F.	31	31	16	47	12	59	29	88	8	96	21	117	10	127	13	140	3	143		143		143	
H. INFANTIL DE MEXICO	S.S.A	D.F.									3	3	104	107	18	125	50	175	42	217	44	261		261	
H. JUAREZ DE MEXICO	S.S.A	D.F.											26	87	26	113	14	127	4	131	0	131		131	
H. REG. DE LEON (GTO)	S.S.A	GTO.				27	27	27	54	7	61	26	87	26		26	26	4	30		30	2	32		
H. CIVIL DE GUADALAJARA	S.S.A	JAL.			4	4	12	16	9	25	1	26		26		26	2	2	0	2	31	33	11	44	
H. CIVIL DE GUADALAJARA "DR. JUAN L.MENCH	S.S.A	JAL.							4	4	17	21	12	33	17	50	12	62	6	68	14	82		82	
H. GRAL "DR. MIGUEL SILVA"	S.S.A	MICH.																			12	12	0	12	
H. GRAL DE PUEBLA	S.S.A	PUE													6	6	1	7	5	12	1	13		13	
H. GRAL DE QUERETARO	S.S.A	QRO.																			1	1		1	
H. GRAL DEL ESTADO DE SONORA	S.S.A	SON				7	7	4	11		11		11		11		11		11		17		4	21	
SUBTOTAL				47	87	134	105	239	159	398	230	628	341	969	289	1257	173	1430	24	1675	287	1962	104	2066	
TOTAL				192	239	290	529	382	911	638	1349	696	2245	1215	3460	604	4064	1027	5091	1215	6306	1127	7933	194	7627

ANEXO No. 10

DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES																									
ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE CORAZON DE 1989 A 1999																									
ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC. 89	TX. 90	AC. 90	TX. 91	AC. 91	TX. 92	AC. 92	TX. 93	AC. 93	TX. 94	AC. 94	TX. 95	AC. 95	TX. 96	AC. 96	TX. 97	AC. 97	TX. 98	AC. 98	TX. 99	AC. 99	
H. DE CARDIOLOGIA "L. MENDEZ" CMN.	IMSS	D.F.	4	4	1	5	3	8	0	8	2	10	1	11	3	14	2	16	0	16	1	17		17	
H. DE PEDIATRIA DE CMN SIGLO XXI	IMSS	D.F.																	1	1		1		1	
H. ESP. CMN "LA RAZA"	IMSS	D.F.	1	1		1		1		1		1	1	2		2		2		2		2		2	
H. GRAL. CMN LA RAZA "DR. GAUDENCIO GLEZ"	IMSS	D.F.								2	2	5	7	7	14	1	15	3	18	1	19		19		
H. REG. ESP. # 25 CM DEL NOROESTE	IMSS	N.L.																	1	1		1		1	
CENTRO HOSP. "20 DE NOVIEMBRE"	ISSSTE	D.F.						1	1		1	1	2	1	3		3	2	5		5		5		
H. DEL CARMEN	PRIVADO	JAL.								3	3		3		3		3		3		3		3		
TOTAL			5	5	1	6	3	9	1	10	7	17	8	25	11	36	3	39	7	46	2	48		48	
ESTADISTICAS DE TRASPLANTE DE CORAZON - PULMON DE 1989 A 1999																									
H. DE CARDIOLOGIA "L. MENDEZ" CMN.	IMSS	D.F.													1	1	0	1	0	1	0	1		1	
H. GRAL. CMN LA RAZA "DR. GAUDENCIO GLEZ"	IMSS	D.F.													1	1		1		0		1		1	
H. REG. ESP. # 25 CM DEL NOROESTE	IMSS	N.L.																	1	1		1		1	
CENTRO HOSP. "20 DE NOVIEMBRE"	ISSSTE	D.F.																	1	1		1		1	
H. DEL CARMEN	PRIVADO	JAL.						1	1		1		1		1		1		1		1		1		
TOTAL								1	1		1		1		2	3	1	4	1	5	0	5		5	
ESTADISTICA DE TRASPLANTE DE CORAZON - RINON DE 1989 A 1999																									
H. GRAL. CMN LA RAZA "DR. GAUDENCIO GLEZ"	IMSS	D.F.																			1	1		1	
TOTAL																					1	1		1	

ANEXO No. 11

DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE HIGADO DE 1989 A 1999																								
ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC. 89	TX. 90	AC. 90	TX. 91	AC. 91	TX. 92	AC. 92	TX. 93	AC. 93	TX. 94	AC. 94	TX. 95	AC. 95	TX. 96	AC. 96	TX. 97	AC. 97	TX. 98	AC. 98	TX. 99	AC. 99
H. ESP. CMN SIGLO XXI	IMSS	D.F.															1	1		1		1		1
H. ESP. CMN "LA RAZA"	IMSS	D.F.	1	1		1		1		1		1		1		1		1		1		1		1
H. GRAL. CMN LA RAZA "DR. GAUDENCIO GLE"	IMSS	D.F.															4	4	1	5	1	6		6
H. DE PEDIATRIA DEL CMN SIGLO XXI	IMSS	D.F.											3	3		3	3	6	1	7	2	9	2	11
H. ESP. N° 71 CMN TORREON	IMSS	COAH.													2	2	3	5	0	5	5	10		10
H. ESP. CMN "M. AVILA CAMACHO"	IMSS	PUE.															1	1		1		1		1
H. INFANTIL PRIVADO	PRIVADO	D.F.																	1	1	0	1		1
H. MEXICO-AMERICANO	PRIVADO	JAL.																			0	1		1
H. CENTRAL MILITAR	SDN	D.F.															2	2		2		2		2
H. INFANTIL DE MEXICO	SSA	D.F.																					3	3
H. UNIV. DE MONTERREY "DR. JOSE E. GONZAL"	UANL	JAL.					1	1	1	2	2	4		4		4		4		4		4		4
TOTAL			1	1	1	1	2	1	3	2	5	3	8	2	10	13	23	4	27	11	39	6	44	

ANEXO No. 12

DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE PANCREAS DE 1989 A 1999																								
ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC.89	TX.90	AC.90	TX.91	AC.91	TX.92	AC.92	TX.93	AC.93	TX.94	AC.94	TX.95	AC.95	TX.96	AC.96	TX.97	AC.97	TX.98	AC.98	TX.99	AC.99
H. ESP. N° 71 CMN TORREON	IMSS	COAH.	3	3	1	4	0	4	0	4	1	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	5	
H. ESP. CMN SIGLO XXI	IMSS	D.F.															7	7	1	8		8	8	
H. ESP. CMN "LA RAZA"	IMSS	D.F.	1	1	1		1		1		1		1						1	1		1	1	
H. GRAL. CMN LA RAZA "DR. GAUDENCIO GLEZ"	IMSS	D.F.													1		1		1		0	1	1	
H. DE ESP. CMN "EL FENIX"	IMSS	YUC.					1	1		1		1		1		1		1		1		1	1	
H. CENTRAL MILITAR	SON	D.F.													1		4	3		5		5	5	
INST. NAL DE LA NUTRICION	S.S.A	D.F.					1	1		1		1		1		1		1		1		1	1	
TOTAL			4	4	1	5	2	7	0	7	1	8	0	8	2	10	11	21	1	22	0	22	0	22

DIRECCION DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES ESTADISTICAS DE TRASPLANTES DE PANCREAS - RINON DE 19989 A 1999																							
H. ESP. CMN "LA RAZA"	IMSS	D.F.											1	1		1		1		1		1	1
H. DE ESP. N° 71 CMN DE TORREON	IMSS	D.F.	1	1	1	2		2		2	1	3	0	3	0	3	1	4	0	4	0	4	4
TOTAL			1	1	1	2	0	2	0	2	1	3	0	3	0	3	1	4	0	4	0	4	4

ANEXO No. 13

DIRECCIÓN DEL REGISTRO NACIONAL DE TRASPLANTES ESTADÍSTICAS DE TRASPLANTES DE PULMÓN																									
ESTABLECIMIENTO	INST.	ENT. FED.	TX. 89	AC. 89	TX. 90	AC. 90	TX. 91	AC. 91	TX. 92	AC. 92	TX. 93	AC. 93	TX. 94	AC. 94	TX. 95	AC. 95	TX. 96	AC. 96	TX. 97	AC. 97	TX. 98	AC. 98	TX. 99	AC. 99	
H. DE CARDIOLOGIA "L. MENDEZ" CMN.	IMSS	DF													1	1	0	1	0	1	0			1	
H. GRAL. CMN LA RAZA DR. GAUDENCIO GLEZ	IMSS	DF													1	1		1		1			1		1
INST. NAL. DE ENFERM. RESPIRATORIAS	S.S.A	DF	1	1	0	1	1	2	0	2		2		2			2		2			2		2	
H. SAN JOSE DE MONTERREY S.A DE C.V	PRIVADO	N.L.											1	1			1		1			1		1	
TOTAL			1	1	0	1	1	2	0	2	0	2	0	2	2	4	0	4	0	4	0	4	0	4	4

 Renal Transplantation in Latin America
 1996 and 1997

Country	1996		1997	
	CD	LD	CD	LD
Argentina	379	147	335	127
Brazil	846	881	939	771
Chile	183	40	163	35
Colombia	94	134	175	151
Costa Rica	5	46	8	70
Cuba	104	28	86	10
Dominican Rep.	0	14	0	20
Ecuador	6	26	0	35
El Salvador	0	30	0	30
Honduras	0	7	0	3
Mexico	205	779	192	783
Panama	0	25	0	14
Paraguay	4	16	2	16
Peru	102	84	81	66
Puerto Rico	7	18	15	26
Uruguay	40	11	26	6
Venezuela	36	41	31	57
Totals	2,011	2,280	2,053	2,220

FUENTE: **LATIN AMERICAN TRANSPLANTE REGISTER 1999**. NINTH REPORT. Pan-American Society for DDialysis and Transplantation. Latin American Transplantation Society.

 Pancreas Transplantation in Latin America
 1996 and 1997

Country	1996	1997	Total since beginning
Argentina	5	4	9
Brazil	5	8	21
Chile	0	3	7
Colombia	8	0	20
Costa Rica	0	0	1
Cuba	0	0	21
Ecuador	0	0	2
Mexico	4	3	25
Peru	0	0	0
Venezuela	0	0	2
Totals	22	18	108

FUENTE: LATIN AMERICAN TRANSPLANTE REGISTER 1999. NINTH REPORT. Pan-American Society for DDialysis and Transplantation. Latin American Transplantation Society.

 Renal Transplantation in Latin America
 Country Totals for 1970-1997

Country	Total since beginning
Argentina	4,610
Bolivia	141
Brazil	20,914
Chile	2,485
Colombia	2,624
Costa Rica	1,040
Cuba	2,493
Dominican Republic	117
Ecuador	263
El Salvador	112
Guatemala	51
Honduras	26
Mexico	7,926
Panama	63
Paraguay	115
Peru	1,004
Puerto Rico	610
Uruguay	410
Venezuela	1,693
Totals	46,697

FUENTE: LATIN AMERICAN TRANSPLANTE REGISTER 1999. NINTH REPORT. Pan-American Society for DDialysis and Transplantation. Latin American Transplantation Society.

Entrevista a la Dra. Ma. de la Luz Meléndez Medina
Coordinadora Delegacional de Educación Médica

1) ¿Existe una política de promoción para la donación voluntaria de órganos?

No, solamente se está trabajando paulatinamente en el Consejo Estatal de Trasplante que está integrado por miembros del DIF y los institutos que participan en el sector salud.

También existe una asociación llamada APAREQ (Asociación de Pacientes Renales Crónicos de Querétaro).

2) ¿Se mantiene actualizada una base de datos con las necesidades de órganos?

Si, existe una por cada institución

3) ¿Se puede cuantificar la forma en que esta campaña logra los resultados propuestos?

No

4) ¿Se tienen reuniones periódicas de evaluación para analizar la información obtenida?

Si, en la Comisión Estatal de Trasplantes

5) ¿Se plantean nuevas alternativas para obtener nuevos donadores?

Si

6) ¿Se tiene una evaluación de los avances tecnológicos empleados en Querétaro, comparándolos con los medios disponibles para trasplantes en otras ciudades del país?

Si, tenemos la Reunión Nacional de Trasplantes que se lleva a cabo anualmente.

7) ¿La asistencia social es suficiente para cubrir los gastos necesarios para llevar a buen término un trasplante?

No, porque la asistencia social depende de la Secretaría de Salud, nosotros proporcionamos seguridad social al derechohabiente.

8) ¿Es posible interactuar con otras entidades geográficas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la donación de órganos?

Si, regularmente interactuamos con el Centro Médico Nacional, y en los lugares de: León, Gto. y Torreón.

9) ¿Existe la promoción adecuada para impulsar las donaciones voluntarias?

No, solamente existen unos posters en algunas instituciones y unas tarjetas de donadores, pero en si no hay promoción.

10) ¿Existe un responsable directo del funcionamiento de este programa?

Si

11) ¿Existe un órgano colegiado que se encargue de dar seguimiento a las distintas cuestiones y planteamientos?

No

12) ¿Existe asesoría especializada en mercadotecnia?

No

ANEXO No. 18

Entrevista al Dr. Juan Manuel Sandoval Cuéllar
Jefe de Cirugía de Hospital General

1) ¿Existe una política de promoción para la donación voluntaria de órganos?

Política de promoción propiamente dicha, No. Se trabaja con el Consejo Estatal de Trasplantes y con el APAREQ (Asociación de Pacientes Renales Crónicos de Querétaro), el cual se encarga del abasto de medicamentos, proporcionar recursos y fomentar los trasplantes de las personas con insuficiencia renal.

2) ¿Se mantiene actualizada una base de datos con las necesidades de órganos?

Si, cada institución tiene su propia lista

3) ¿Se puede cuantificar la forma en que esta campaña logra los resultados propuestos?

No, porque no hay campaña como tal.

4) ¿Se tienen reuniones periódicas de evaluación para analizar la información obtenida?

Si

5) ¿Se plantean nuevas alternativas para obtener nuevos donadores?

Si, actualmente los pacientes tienen una tarjeta de donación altruista.

6) ¿Se tiene una evaluación de los avances tecnológicos empleados en Querétaro, comparándolos con los medios disponibles para trasplantes en otras ciudades del país?

Si, se tiene que informar mensualmente a México al Comité Nacional de Trasplantes. Además cada año se actualiza la licencia al hospital y el presidente del comité de trasplantes de cada hospital.

7) ¿La asistencia social es suficiente para cubrir los gastos necesarios para llevar a buen término un trasplante?

No, porque no se tiene capacidad económica para los medicamentos. En algunos casos cuando tenemos pacientes con muerte cerebral se le da uno de los dos riñones al I.M.S.S. o una de las dos córneas, y el I.M.S.S. abastece al paciente nuestro con medicamentos a cambio.

8) ¿Es posible interactuar con otras entidades geográficas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la donación de órganos?

Si, tenemos contacto con México. Hay casos en que tenemos pacientes con muerte cerebral y como sólo aquí en Querétaro se hacen trasplantes de riñón y de córnea, se avisa rápidamente a México para que también se puedan donar otros órganos, como el pulmón, corazón, etc...

9) ¿Existe la promoción adecuada para impulsar las donaciones voluntarias?

No.

10) ¿Existe un responsable directo del funcionamiento de este programa?

Si, en cada institución hay un responsable

11) ¿Existe un órgano colegiado que se encargue de dar seguimiento a las distintas cuestiones y planteamientos?

Un órgano colegiado No. Existen en cada hospital dos comités: uno técnico, formado por personal médico, y otro ético, formado por personal no médico.

12) ¿Existe asesoría especializada en mercadotecnia?

No

Entrevista al Dr. Rigoberto Hernández García
Coordinador de Asistencia Social y Servicios Médicos del DIF Estatal

1) ¿Existe una política de promoción para la donación voluntaria de órganos?

No existe una política de promoción. La política interna del DIF en cuanto a trasplantes se refiere es: facilitar, simplificar y unificar los criterios para trasplante.

2) ¿Se mantiene actualizada una base de datos con las necesidades de órganos?

Si.

3) ¿Se puede cuantificar la forma en que esta campaña logra los resultados propuestos?

No.

4) ¿Se tienen reuniones periódicas de evaluación para analizar la información obtenida?

Si.

5) ¿Se plantean nuevas alternativas para obtener nuevos donadores?

Si, estamos estructurando actividades para tener mejores resultados e incorporación de donadores.

6) ¿Se tiene una evaluación de los avances tecnológicos empleados en Querétaro, comparándolos con los medios disponibles para trasplantes en otras ciudades del país?

Si, además estos avances tecnológicos que se tienen en Querétaro van acordes con el avance nacional.

7) ¿La asistencia social es suficiente para cubrir los gastos necesarios para llevar a buen término un trasplante?

Hasta el momento actual para los pacientes sujetos a bienestar social, Si, para toda la población de Querétaro, no.

8) ¿Es posible interactuar con otras entidades geográficas con el fin de lograr una mayor eficiencia en la donación de órganos?

Si.

9) ¿Existe la promoción adecuada para impulsar las donaciones voluntarias?

En el DIF, si, fuera del DIF no hay nada.

10) ¿Existe un responsable directo del funcionamiento de este programa?

Si.

11) ¿Existe un órgano colegiado que se encargue de dar seguimiento a las distintas cuestiones y planteamientos?

Un órgano colegiado No, pero si se tienen que dar seguimiento a las cuestiones y planteamientos e informar a la Dirección Nacional de Trasplantes y al Consejo Estatal de Trasplantes.

12) ¿Existe asesoría especializada en mercadotecnia?

No

RESPUESTA DE LOS ENCUESTADOS PARTE B. ANEXO No. 20

PREGUNTAS:

- 1.- ¿Si Ud. muriera estaría dispuesto a donar un órgano que otra persona necesita?
- 2.- ¿Sabe Ud. de alguna campaña que solicite donadores de órganos?
- 3.- ¿Sabe Ud. a donde dirigirse en caso de querer donar un órgano cuando Ud. fallezca?
- 4.- ¿Donaría en vida un órgano a un familiar?
- 5.- ¿Estaría de acuerdo en que existiera una campaña de donadores voluntarios de órganos?

*	1	2	3	4	5
1	S	N	N	S	S
2	S	N	N	S	S
3	S	N	N	S	S
4	S	N	N	N	S
5	S	N	N	S	S
6	S	N	N	S	S
7	S	N	N	S	S
8	S	N	N	S	S
9	S	N	N	S	S
10	S	N	N	S	S
11	N	N	N	N	N
12	S	N	N	S	S
13	S	N	N	S	S
14	S	N	N	S	S
15	S	S	S	S	S
16	S	N	N	S	S
17	S	N	N	S	S
18	S	N	N	S	S
19	N	N	N	N	S
20	S	N	N	S	S
21	S	N	N	S	S
22	S	N	N	S	S
23	S	S	S	S	S
24	S	N	N	S	S
25	S	N	N	S	S

*	1	2	3	4	5
26	S	N	N	S	S
27	S	N	N	S	S
28	S	N	N	S	S
29	S	N	N	S	S
30	S	N	N	S	S
31	S	N	N	S	S
32	S	N	N	S	S
33	S	N	N	N	S
34	S	N	N	S	S
35	S	N	N	S	S
36	S	N	N	S	S
37	S	N	N	S	S
38	S	S	S	S	S
39	S	N	N	S	S
40	S	N	N	S	S
41	S	N	N	S	S
42	S	N	N	S	S
43	S	N	N	S	S
44	S	N	N	S	S
45	S	N	N	S	S
46	S	N	N	S	S
47	S	N	N	S	S
48	S	N	N	S	S
49	S	N	N	N	S
50	S	N	N	S	S

*	1	2	3	4	5
51	S	N	N	N	S
52	S	N	N	S	S
53	S	N	N	S	S
54	S	N	N	S	S
55	S	N	N	S	S
56	S	N	S	S	S
57	S	N	N	S	S
58	S	S	N	S	S
59	S	N	N	S	S
60	S	N	N	S	S
61	S	N	N	S	S
62	S	N	N	S	S
63	S	N	N	N	S
64	S	N	N	S	S
65	S	N	S	S	S
66	S	N	N	S	S
67	S	N	N	S	S
68	S	N	N	S	S
69	S	N	N	S	S
70	S	N	N	S	S
71	S	N	N	S	S
72	S	N	N	S	S
73	S	N	N	S	S
74	S	S	S	S	S
75	S	N	N	S	S

*	1	2	3	4	5
76	S	N	N	S	S
77	S	N	N	S	S
78	S	N	N	S	S
79	S	N	S	S	S
80	S	N	N	S	S
81	S	N	N	S	S
82	S	N	N	S	S
83	S	N	N	S	S
84	S	N	N	S	S
85	S	N	N	S	S
86	S	N	N	S	S
87	S	N	N	S	S
88	N	N	S	N	S
89	S	N	N	S	S
90	S	N	N	S	S
91	S	N	N	S	S
92	S	N	N	S	S
93	S	N	N	S	S
94	S	N	N	S	S
95	S	N	N	S	S
96	S	N	N	S	S
97	S	N	N	S	S
98	S	N	N	S	S
99	S	N	N	S	S
100	S	N	N	S	S

* No. de personas encuestadas

ANEXO No. 21

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	10	8	10	10	10	10	10	10	9	10	= 97
2	10	9	9	9	10	9	10	9	10	10	= 95
3	10	9	9	9	10	9	9	8	9	10	= 92
4	9	8	10	9	9	9	9	10	9	10	= 92
5	10	9	10	10	10	10	10	10	10	10	= 99

$$\bar{X} = 475 / 5 = 95$$