

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Los trasplantes de órganos son hoy día una terapéutica bien consolidada de elección para pacientes con insuficiencia renal, cardíaca, hepática, pulmonar, etc. Los trasplantes tienen una característica singular: precisan del concurso indispensable de la población con sus donaciones de órganos.

Los trasplantes plantean un triángulo ciudadano-donante, aparato sanitario, enfermo receptor. Además la comunicación y sus medios constituyen herramientas imprescindibles para el logro de esta noble y completa misión.

Surgen aquí importantes preguntas:

- ¿Cuál es la actitud del público en lo que se refiere a la donación de órganos?, ¿cuáles son las causas de una actitud negativa?
- ¿Cómo llegar a la población en general?
- ¿Cuál es el papel de los medios de comunicación?
- ¿Cuál es la realidad de la experiencia española?
- ¿Existe tráfico de órganos?, ¿hay compraventa de riñones?
- ¿Cuáles son las estrategias básicas de comunicación y las sugerencias para facilitarlas?

La respuesta a éstas y a muchas otras preguntas se encuentran en esta obra, única en su género, producto del vasto conocimiento y bien lograda experiencia de sus 15 autores principales. Su estilo, claro, directo, preciso y factual le da un atractivo especial para profesionales del cuidado de salud, para profesionales responsables de los medios de comunicación social y para el público en su triple capacidad de donante, de receptor y de familiar de ambos.



Escuela Andaluza
de Salud Pública



MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS



Escuela Andaluza
de Salud Pública



Joan Carles March
Rafael Burgos
Editores

MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

Editores:

Joan Carles March
Coordinador de Investigación
Escuela Andaluza de Salud Pública

Rafael Burgos
Coordinador Autonómico de Trasplantes de Andalucía

1997





Catalogación por la Biblioteca de la EASP

MEDIOS de comunicación y trasplante de órganos/ Editores Joan Carles March y Rafael Burgos -Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997. - (Monografías de la EASP; 21)

1. Medios de comunicación. 2. Trasplante. I. March, Joan Carles.
II. Burgos, Rafael
NLM Classification WO 660

Edita:

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada España

ISBN: 84-87385-21-4

Depósito Legal: Gr-1.216/97

Edición técnica y maquetación: Giulia Fernández.
Unidad Técnica de Publicaciones EASP

Cubierta: Miguel Salvatierra

Imprime:

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las publicaciones de la Escuela Andaluza de Salud Pública están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

Autores:

Manuel Alonso

Adjunto Coordinación Autonómica de Trasplantes del S.A.S.

Joaquín Arozamena

Periodista, Radiotelevisión Española

Rafael Cremades

Periodista, Canal Sur Radio y Televisión

Inmaculada González

Directora Programa "Mira quién habla", Canal Sur Radio

José Bejarano

Delegado de La Vanguardia en Andalucía

Redactor de la Revista Salud entre todos

Rafael Burgos

Coordinador Autonómico de Trasplantes de Andalucía

Profesor Asociado Escuela Andaluza de Salud Pública

Miguel Ángel Frutos

Coordinador Trasplantes Renales

Hospital Carlos Haya

Joan Carles March

Coordinador de Investigación

Escuela Andaluza de Salud Pública

Rafael Matesanz

Director de Asistencia Sanitaria del INSALUD

Blanca Miranda

Coordinadora Nacional de Trasplantes de la O.N.T.

Pedro Navarrete

Coordinador Sectorial de Trasplantes, Jefe Sección Urgencias

Hospital de Traumatología Virgen de las Nieves

M^a Angeles Prieto

Docente Área de Gestión

Escuela Andaluza de Salud Pública

Ramón Vilalta

Secretario Técnico

Hospital Vall d'Hebron

ÍNDICE

Prólogo.....	9
<i>Joaquín Arozamena</i>	
A. Trasplante y medios de comunicación	
<i>Blanca Miranda, Rafael Matesanz</i>	
1. Sociedad y donación de órganos	11
2. Cómo llegar a la población en general	13
3. Importancia de los medios de comunicación en la donación y el trasplante	15
4. Experiencia española.....	15
5. Conclusiones	19
B. Sobre los trasplantes y los ciudadanos	
<i>Inmaculada González, Rafael Cremades</i>	
1. Conveniencia de la donación	21
2. Causas de una actitud negativa.....	21
3. Experiencia de los trasplantados.....	22
4. Compra-venta de órganos	22
5. Trato veraz y amable	22
C. Donación y trasplante de órganos: utilidad de la comunicación y el marketing	
<i>Joan Carles March, M^a Ángeles Prieto</i>	
1. Imagen de la donación y trasplante de órganos: prepararse y actuar con antelación	23
2. Lecciones aprendidas	24
3. Utilización adecuada de la comunicación, bajo una perspectiva de marketing	25
4. Programas de comunicación	26
5. Ideas básicas para mejorar la donación	27
6. Siete «C» básicas	27
7. Estrategias para un programa de comunicación	28
8. Profesionales de la comunicación como agentes de cambio	29

D. Silencio no rentable	33
<i>Ramón Vilalta</i>	
E. Medios de comunicación y su papel en la promoción de la donación de órganos	
<i>José Bejarano</i>	
1. Concordancia de intereses	37
2. Acercamiento a los medios.....	38
3. Papel del periodista	40
4. Medios de comunicación como intermediarios	41
5. Adaptación a la actualidad	42
6. Estructura del mensaje.....	43
7. Condicionantes de los medios de comunicación	45
F. Razonamiento argumental	
<i>Joan Carles March</i>	
1. Crisis y argumentación	47
2. Modelos para construir argumentos	48
3. Esquema de intervención.....	48
4. Elementos ante un debate	49
G. Tráfico de órganos: hechos, ficciones y rumores	
<i>Rafael Matesanz</i>	
1. Escenario de los trasplantes.....	51
2. Compraventa de riñones	54
3. Obtención criminal de órganos.....	58
4. Impacto popular del tráfico de órganos.....	63
5. Tráfico de tejidos.....	66
H. Donación y trasplante de órganos. <i>Argumentario</i>	
<i>Joan Carles March, Pedro Navarrete, Rafael Burgos, Miguel Ángel Frutos, Manuel Alonso y Colaboradores</i>	
1. Muerte cerebral: aspectos legales y de diagnóstico	69
2. Calificaciones para ser donante.....	70
3. Respiración y latido cardíaco en donante potencial.....	70
4. Tipos de donantes y modalidades de donación	71
5. Aspectos legales	73
6. Consentimiento y donación	74

7. Decisión de hacerse donante	74
8. Anonimato del donante con respecto al receptor	75
9. Trasplante y lista de espera	75
10. Impacto del trasplante de órganos y tejidos	76
11. Xenotrasplantes	76
12. Coste de un trasplante	76
13. Supervivencia del enfermo trasplantado	77
14. Calidad de vida del paciente trasplantado	78
15. Conceptos y términos a sustituir	78
16. Aclaración terminológica	79
16. Aspectos y palabras a reforzar.....	82
 Apéndice I: Fichas de comunicación	 83
<i>Joan Carles March</i>	
 Apéndice II: "La historia de un niño que pudo seguir viviendo gracias a un corazón regalado"	 103
<i>M^a Dolores Sánchez</i>	
 Listado de Colaboradores	 107

PRÓLOGO

Hacerle preguntas al pasado sobre el presente apenas tiene otro valor que el de juego retórico porque el dichoso pasado acostumbra a no responder por otra boca que la nuestra de hoy. Pero como jugar no es mala cosa, preguntamos ¿habrían corrido la misma suerte planetaria los trasplantes de haber debutado con menos aparato mediático del que lo hicieron?, ¿se habrían seguido con igual interés los avatares postoperatorios del ciudadano de Sudáfrica que recibió un corazón de haber tenido el cirujano menos planta (y hechos) de *play boy* que Christian Barnard?

A efectos científicos, clínicos y estadísticos no hay duda de que las preguntas son tan irrelevantes como las posibles respuestas y se aludiría a las cosas que importan (rechazos, cefalosporinas, conservación de órganos, organización...) para establecer la cadena causal que lleva a la dinámica actual de los trasplantes. Si quien responde se mueve en la industria mediática tendrá otras respuestas más acordes con sus intereses y llegará a decir, si le apuran, aquello tan terrible y tan verdad de que hoy lo que no sale en televisión no existe. Si buscamos al equidistante en el supuesto de que tal sujeto y situación exista nos vendrá a decir que los trasplantes plantean un triángulo donante-aparato sanitario-receptor que nació escaleno, quizá ya sea isósceles y aspira a equilátero. También nos dirá que ese equilibrio ideal necesita sintonía de voluntades, y el corolario nos llevará a la comunicación y sus medios como herramientas imprescindibles en nuestro mundo para cualquier tarea que implica a muchos y necesita de todos.

Casi nadie discutirá esta modesta conclusión inicial del equidistante. Habrá otras. El equidistante nos dirá que para comunicar a la sociedad no basta con comunicar a la sociedad y solventará la paradoja con la evidencia de que cualquier comunicación compite con muchas otras para hacerse un sitio en las concesiones y los cerebros (bastante limitados los dos) de todos nosotros. Las «buenas causas» no gozan por su presunta bondad de una receptividad más fácil que las bellaquerías. Si acaso, bien puede ocurrir al revés. Ocurre que cualquier vacío informativo que una actividad social y socializada provoque será llenado por alguien y sus intereses. Quien renuncia a llenar los vacíos informativos que crea incorpora sumandos al caos y escupe al cielo. Bertold Brecht decía en un hermoso poema en el que definía a las buenas personas que éstas «saben explicar el porqué de sus regalos». Si en el mundo de los

trasplantes los tres lados del triángulo saben explicar el porqué de su actuación, si los donantes nos explicamos hasta la médula (también trasplantable) por qué donamos, el triángulo se hará equilátero. Sin comunicación será imposible. Con una mala comunicación será imposible y frustrante. Sin tener en cuenta a los medios de comunicación será imposible, frustrante y pueril. Por cierto, las organizaciones de trasplantes ¿han dicho algo a los ciudadanos sobre esos cerdos transgénicos que nos abastecerán las vísceras a los humanos en un futuro próximo? ¿Quién me ha dicho eso? Los medios. Y les creo.

Joaquín Arozamena

A. TRASPLANTE Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Blanca Miranda, Rafael Matesanz

Los trasplantes son hoy día una terapéutica bien consolidada, de aplicación a aquellos pacientes con insuficiencia renal, hepática, cardíaca, pulmonar, etc., terminal e irreversible. Ya no se trata de un procedimiento en fase experimental, tras cuatro décadas de andadura, los resultados obtenidos con los trasplantes de órganos sólidos nos permiten afirmar que se trata de la terapéutica de elección para determinados pacientes. Hay algo que caracteriza los trasplantes y los transforma en un procedimiento médico singular, y es que no pueden progresar tan sólo con incrementos en los recursos humanos o materiales; precisan, para su desarrollo, del concurso de toda la sociedad. La población, con sus donaciones, posibilita el desarrollo de los trasplantes ^{1, 2}.

1. SOCIEDAD Y DONACIÓN DE ÓRGANOS

La actitud del público en lo que se refiere a la donación de órganos como tema genérico es buena, en general. En España, como en otros países, el público manifiesta una actitud favorable: entre el 85 y el 95% de las personas encuestadas en diferentes trabajos publicados piensan que la donación de órganos es algo bueno. Sin embargo, cuando se les pregunta sobre la posibilidad de donar en un futuro los órganos propios entre el 18 y el 25% no los dona-

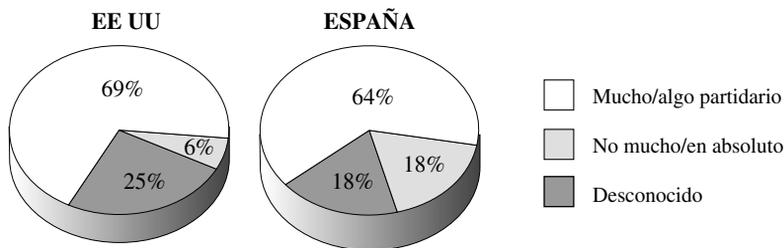


Figura 1. Público en general partidario de donar sus propios órganos

¹ Roy M. First transplantation in the nineties. *Transplantation*, 1992; 53:1-11.

² Miranda B, Matesanz R, Fernández Lucas M, Felipe C, Naya MT. Integrated ways to improve organ donation. *Transplant Proc*, 1996; 28:96-97.

ría y entre un 6 y un 18% no han tomado su decisión. A la hora de la verdad, es decir, cuando se pregunta a los familiares sobre la opinión real de donar o no donar los órganos del ser querido fallecido, las cosas ya no funcionan tan bien, y entre un 23 y un 60% de las familias de potenciales donantes niegan la autorización para la extracción de órganos³. Hay muchas y muy diferentes razones para esta negativa⁴; pero siempre subyace la desconfianza hacia el procedimiento o el sistema, probablemente por desinformación o por falta de información.

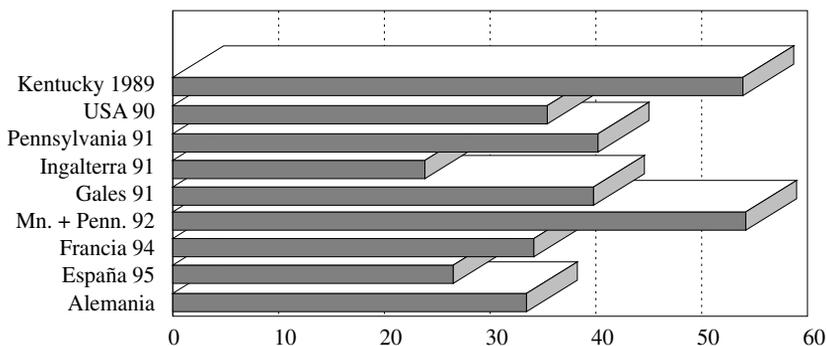


Figura 2. Negativas familiares en distintas áreas o países

Si la percepción que las personas tienen de los trasplantes es buena, su predisposición a donar es positiva y la inversa también es cierta: si la percepción que se tienen de los trasplantes es mala, la predisposición a donar y a colaborar con un sistema del que desconfían no será positiva, con seguridad⁵.

Es nuestra obligación como profesionales y como responsables de los procedimientos de donación y trasplantes, mantener informada a la población, transmitir la suficiente cantidad de información como para que puedan tomar una decisión sobre la base de hechos reales y no de rumores. Es importante

³ Miranda B, Matesanz R. The potencial organ donor pool. International Figures. En: *Organ donation for transplantation. The Spanish model*. Matesanz R, Miranda B, eds. Madrid: Grupo Aula Médica, 1996.

⁴ Santiago C, Gómez P, Moñino A. The donation interview. En: *Organ donation for transplantation. The Spanish model*. Matesanz R, Miranda B, eds. Madrid: Grupo Aula Médica, 1996.

⁵ Martín A, Martínez JM, López JS. La donación en España. Un estudio sobre los aspectos psicosociales. En: *Coordinación y trasplantes. El modelo español*. Matesanz R, Miranda B, eds. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995.

que las personas tomen su decisión libremente y la transmitan a sus familiares o allegados, para que éstos, llegado el momento, sepan con seguridad a qué atenerse.

Las principales razones que aducen los familiares para denegar la autorización a la extracción de órganos son o bien el desconocimiento del deseo del fallecido, o bien la negativa en vida del fallecido. Pues bien, éstos son dos factores que es preciso corregir. Obviamente, si se desconoce el deseo de la persona fallecida, es difícil tomar una decisión y máxime en un momento de crisis bruta, marcado por la pérdida inesperada y brusca de un ser querido. Diferentes estudios han puesto de manifiesto que cuando se sabe que la persona allegada es favorable a la donación, el 95% de las personas firmarían la autorización, pero si se desconoce esta actitud, este porcentaje desciende al 50%⁶. Sabemos que en nuestro país tan sólo la mitad de la población ha transmitido a sus allegados su opinión con respecto a la donación.

De todo lo dicho hasta ahora, podemos deducir que hay que llegar a la población para informarla correcta y claramente acerca del proceso de donación/trasplante, y hay que procurar que tome una decisión al respecto y lo transmita a sus familiares. Obviamente queremos que la decisión sea favorable; por lo tanto el mensaje transmitido debe ser positivo, infundir confianza, ya que cuanto mejor sea la percepción que las personas tengan de su sistema de trasplantes, más favorable será su disposición hacia la donación.

2. CÓMO LLEGAR A LA POBLACIÓN GENERAL

Podemos iniciar nuestra tarea con transmisiones directas de información, pero con ello llegaremos a colectivos muy reducidos; no es posible que de viva voz nos escuche mucha gente, podríamos ser muy eficaces en la forma de transmitir los mensajes, pero no seríamos nada efectivos en lo que respecta al número de personas que nos escucharía; es importante que tratemos de llegar a cuantas más personas mejor.

Podemos hacer campañas de divulgación mediante los sistemas habituales de publicidad. Esto es algo que hay que hacer, pero no debemos olvidar que

⁶ Fernández M, Miranda B, Matesanz R. Society's and professional attitudes towards organ donation. En: *Organ donation for transplantation. The Spanish model*. Matesanz R, Miranda B, eds. Madrid: Grupo Aula Médica, 1996.

los recursos materiales de que disponen organizaciones y sistemas como los nuestros son muy limitados y no podemos competir con las grandes máquinas publicitarias. Por otro lado, no existen razones para pensar que las campañas publicitarias directas van a tener un gran impacto en la población general. En el Reino Unido se llevó a cabo una intensa campaña publicitaria en televisión que coincidió con un descenso en las negativas familiares del 30 al 22%, durante el periodo de publicidad intensa, pero tras desaparecer los anuncios, las tasas de negativas volvieron a los niveles precampaña. En 1987 se llevó a cabo en Australia una encuesta para evaluar la predisposición a la donación; dos años más tarde y tras doce meses de campaña televisiva se observó un incremento en la cantidad de personas que habían transmitido a sus familiares su decisión, pero la predisposición general a la donación no se modificó ⁷.

En nuestra experiencia, el disponer de un teléfono de 24 horas, como herramienta para transmitir información directamente al público, ha resultado de gran ayuda. Una línea telefónica, para un país o una región, que facilita el acceso a una organización de trasplantes con profesionales entrenados, nos permite transmitir cualquier tipo de información al público en general o a los profesionales de los medios de comunicación. Cualquiera puede tener acceso a informarse sobre la donación y el trasplante y los medios de comunicación pueden contrastar cualquier noticia que llegue a sus redacciones o tener acceso a los más significativos desarrollo técnicos en el campo de los trasplantes. En

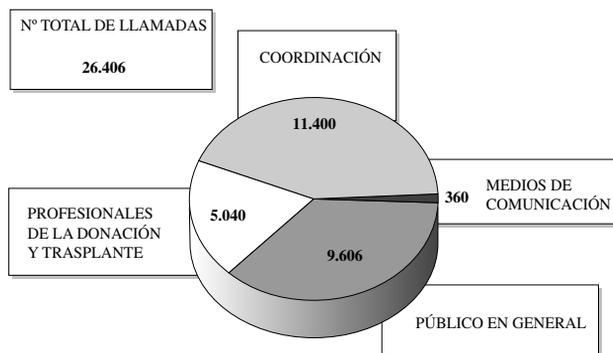


Figura 3. Llamadas a la ONT: Procedencia 1996

⁷ Cuzin B, Dubernard JM. The media and organ shortage. En: *Organ shortage: the solutions*. Tourraine et al., eds. New York: Klumer Ace Demic Pub., 1995.

nuestra organización, en 1996 se recibieron más de 15.000 llamadas solicitando información; el 64% del público en general, el 33% de los profesionales sanitarios y el 3% de los profesionales de los medios de comunicación. Aunque este porcentaje de llamadas procedentes de los medios parece pequeño, su importancia es enorme ya que el efecto multiplicativo del mensaje no es nada desdeñable. Hay que tener en cuenta que es nuestro puente de contacto más directo con la población en sentido amplio.

3. IMPORTANCIA DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN EN LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE

Numerosos especialistas den trasplantes han denunciado el efecto pernicioso que, sobre la opinión pública, hacen las noticias negativas que aparecen en los medios de comunicación, como una de las principales causas de degradación de la imagen de los trasplantes; incrementan las tasas de rechazo a la donación, especialmente entre la población general y entre aquellos profesionales sanitarios que no están específicamente relacionados con el mundo de la donación y el trasplante. Es cierto que existen numerosos ejemplos que nos muestran este efecto. En 1980, después de un programa de televisión en el que se cuestionaba la validez de los criterios clínicos de muerte cerebral (Panorama, BBC), se necesitaron 15 meses para recuperar las tasas de donación de órganos. Francia y Bélgica, ambos países con una tradicional elevada tasa de donación, han experimentado recientemente una caída, atribuible al menos en parte a casos de publicidad negativa. En Francia se cuestionaba públicamente la información que se facilitaba a los familiares de los donantes acerca de los procedimientos de extracción y trasplante; en el caso de Bélgica la publicación del elevado número de ciudadanos no residentes en el país que estaban en las listas de espera nacionales.

4. EXPERIENCIA ESPAÑOLA

En España tenemos ejemplos muy recientes que nos hablan del efecto que las noticias negativas sobre trasplantes tienen en las tasas de donación y trasplantes. Así, la polémica sobre el tráfico de órganos que suscitó el premio de periodismo Juan Carlos I, provocó un importante descenso en las tasas de trasplante hepático durante 1996⁸. Las noticias aparecidas en los diarios loca-

⁸ Matesanz, R. The panoram effect on altruistic organ donation. *Transplantation*, 1996; 62:1.

les sobre el juicio que en Cádiz analizaba la posible implicación de los médicos de la unidad de trasplantes en la transmisión de una enfermedad maligna a dos receptores renales, tuvieron así mismo un efecto pernicioso en las tasas de donación en Andalucía durante el último trimestre de 1995⁹. No existen razones, sin embargo, para pensar que las discusiones polémicas sobre el trasplante hayan sido una «invención» de los periodistas exclusivamente para promover el sensacionalismo o el escándalo, lo cierto es que se hacen preguntas reales, preguntas que están en la calle, y con frecuencia reciben contestaciones incorrectas, evasivas o imprecisas.

La experiencia española durante los últimos años ha sido relevante en este sentido. Se ha dedicado un gran esfuerzo a tratar de transmitir la información lo más correctamente posible a los medios de comunicación sobre la donación y el trasplante⁹. Se han desarrollado diferentes estrategias para aprovechar el importante peso de los medios de comunicación y tratar de mejorar el nivel de información de la población española sobre estos temas. Los objetivos de todas estas iniciativas son que deben ser claras y estar bien definidas:

- a. Manejar cualquier tipo de publicidad adversa y tratar de transformar la tendencia negativa de los medios de comunicación en una actitud positiva o al menos receptiva hacia la donación de órganos y los trasplantes.
- b. Crear una atmósfera favorable hacia la donación a base de la difusión de noticias positivas en los medios de comunicación.
- c. Los mensajes deben ser claros y concisos, transmitidos sin intermediarios y lo más explícito posible:
 - Los trasplantes son una terapéutica eficaz y perfectamente establecida.
 - Los trasplantes salvan vidas, otorgan una importante supervivencia y una rehabilitación absoluta a largo plazo, a pacientes que de otra manera no tendrían ninguna esperanza de curación.
 - La escasez de órganos es la principal limitación para salvar la vida de los pacientes.
 - La donación de órganos es la única vía para salvar estas vidas.

⁹ Matesanz, R. El trasplante y los medios de comunicación. En: *Coordinación y trasplantes. El modelo español*. Matesanz R, Miranda B, eds. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995.

d. Evitar noticias y mensajes negativos que de ninguna manera van a contribuir a nuestro objetivo final: incrementar la donación de órganos. Los trasplantes no son:

- Una terapéutica experimental cuyo objetivo confesado o inconfesado es el incremento de la reputación, la fama o el ego de la localidad, la institución o el equipo médico.
- Un procedimiento al alcance de los más ricos y poderosos. Cualquier discriminación positiva o negativa, real o imaginada tendrá consecuencias funestas.

Cualquier clase de noticias que, aunque no sea negativa en sí misma, pueda reflejar este tipo de mensajes, es manera de crear una atmósfera adversa para la donación de órganos.

e. Tanto los profesionales del trasplante como los responsables sanitarios necesitan moverse en un modelo que goce de la confianza del público y esto sólo puede conseguirse mediante la transmisión de mensajes claros y positivos por parte de las personas directamente involucradas en el proceso de donación y trasplante.

Dentro de esta política informativa es fundamental, para asegurarse la confianza del público, disponer de un buen capital de credibilidad. Si somos capaces de transmitir lo que hacemos, y que lo que hacemos y nuestro sistema es útil, bueno y equitativo para todos, dispondremos de una especie de cuenta corriente de credibilidad saneada y las noticias negativas afectarán menos a nuestro sistema.

f. Algunos de los aspectos relacionados con la donación de órganos y los trasplantes son muy delicados, y los hay especialmente conflictivos. El hecho de que la diferencia entre la oferta y la demanda de órganos sea grande y marcada hace que las sospechas de comercialización o tráfico germinen con facilidad. Las dudas sobre la muerte cerebral -bien porque no se asume que la muerte cerebral equivale a la muerte del individuo o bien porque se dude de la ausencia de errores diagnósticos- así como por las dudas sobre la equidad en el acceso al trasplante o acerca de la distribución de los órganos donados, si no se abordan correctamente, pueden tener efectos catastróficos en las tasas de donación.

g. Existen directrices para abordar estos temas ¹⁰, que deben transmitirse a los profesionales sanitarios, habrán de explicarlo a los medios de comunicación y el público en general. En principio estos temas sólo deben ser mencionados en respuesta a un requerimiento y no por iniciativa propia. No deben abordarse espontáneamente por mucha confianza que se tenga en la propia capacidad docente o en el propio poder de convicción. En general resultan válidos los siguientes principios:

- Tener siempre la respuesta bien preparada y estructurada.
- Utilizar frases cortas.
- Tener siempre argumentos sólidos.
- Utilizar un mensaje claro y sin tecnicismos.
- Resultar creíble.
- Utilizar un tono enérgico sin atisbo de duda.

(Resultará útil recordar la máxima de Eugenio D'Ors «Entre dos ideas, la más clara; entre dos frases la más breve; entre dos palabras, la más corta».)

h. Transmitir que el sistema de obtención y trasplante de órganos está bien estructurado, que los criterios de distribución son públicos y transparente, que conocemos el origen y destino de los órganos, que estamos en disposición de defender cualquier decisión tomada con respecto a la elección del receptor más adecuado en la lista de espera, porque nunca será una decisión arbitraria.

La administración sanitarias española aporta los medios necesario para que el sistema funcione, ofrece una cobertura universal y a la globalidad de los ciudadanos, lo que nos permite apoyar claramente la igualdad de oportunidades de todos.

i. Hablar de muerte cerebral, que ya ha demostrado que puede causar estragos en las tasas de donación (Inglaterra, Dinamarca, Alemania, son ejemplos de países que han sufrido los efectos de este problema) y que, por lo tanto, ha demostrado ser el aspecto potencialmente más grave y más delicado de tratar. Es importante establecer claramente que no existe ningún esquivio de duda acerca de que la muerte cerebral es desde el punto de vista científico, técnico, moral, legar y ético, la muerte del individuo. Debe-

¹⁰ Matesanz, R. La política informativa de la O.N.T. En: *Coordinación y trasplantes. El modelo español*. Matesanz R, Miranda B, eds. Madrid: Grupo Aula Médica, 1995.

mos ser capaces de explicar con palabras muy sencillas cómo se llega a la destrucción del sistema nervioso central, donde radica la vida. En ocasiones resulta útil tener memorizada una frase concreta que lo explique. Utilizar terminología correcta: el donante es un cadáver, nunca un enfermo, independientemente de que done o no sus órganos.

- j. Evitar la palabra coma y en caso de ser mencionada debe ir acompañada del término «irreversible».

Con respecto al tráfico de órganos, tercer tema tremendamente conflictivo, encontrará el lector un capítulo completo dedicado al tema en esta misma monografía, y asimismo numerosas publicaciones despejarán las dudas de los interesados ^{11, 12, 13, 14}.

5. CONCLUSIONES

- a. Los medios de comunicación tienen una enorme labor de formación y debemos contar con ellos como puente continuo con la sociedad; pero debemos ser conscientes en todo momento del daño que una determinada polémica puede hacer a la donación. De ahí la necesidad de salir a la palestra con rapidez y eficacia, dando una respuesta adecuada a cualquier manifestación agresiva en contra de los trasplantes. La respuesta debe ser rápida y de intensidad adecuada a la noticia, no tiene sentido responder con una gran polémica o algo que no ha tenido prácticamente repercusión.
- b. La forma de transmitir los mensajes debe obedecer a las técnicas generales de comunicación que han sido ampliamente expuestas en este curso. El contenido de los mismos debe ser positivo, e interesar al oyente en el tema, a ganar un oyente dispuesto a cooperar con su sistema de trasplantes al que considere esencialmente útil, a coparticipar en la empresa común que son los trasplantes en nuestro país.

¹¹ Matesanz R, Miranda B. Organ donation. The role of the media and the public opinion. *Nephrol Dial & Transplant*, 1996; 11:2127-2128.

¹² Englert Y, ed. Organ and tissue transplantation in the European Union. Managements and difficulties and health risks linked to donors. New York: Martinus Nijhoff Publishers. Dordrecht, 1995.

¹³ Matesanz, R. Tráfico de órganos. Hechos, ficciones y rumores. *Nefrología*, 1994; 14:7-15.

¹⁴ Leventhal, T. *El rumor del tráfico de órganos de niños: una leyenda urbana moderna*. Servicio informativo y cultural de EE UU, diciembre, 1994.

- c. Quizá un rotativo italiano no iba muy descaminado cuando afirmó que «la información es la clave del éxito del programa de donación en nuestro país». Al menos es una parte del éxito, la otra es la excelente infraestructura de profesionales puestos al servicio de los programas de donación y trasplante que le dan la solidez, la eficacia y la transparencia necesarias.

B. SOBRE LOS TRASPLANTES Y LOS CIUDADANOS

Inmaculada González, Rafael Cremades

1. CONVENIENCIA DE LA DONACIÓN

El porqué es conveniente donar nuestros órganos es una pregunta aparentemente formulada en sentido propio, y no -como quizás se entienda en la calle- en servicio de los demás. Pero tiene su explicación. A lo largo de cuatro años de nuestro programa en Canal Sur Radio, «Mira quien habla», hemos abordado el tema de las donaciones en muchas ocasiones. Una de las revelaciones más significativas de nuestros oyentes ha sido esta: «nunca pude imaginar ni pensar que algún día pudiera necesitar un trasplante». Lo dijo un ciudadano recientemente trasplantado. Para convencernos, por tanto, de la necesidad o conveniencia de ser donante debemos asumir incluso desde una perspectiva egoísta que hoy salvamos una vida pero mañana esa vida puede ser la nuestra. Si efectivamente todo el mundo es consciente de esa realidad, la donación de órganos se convierte en un seguro de vida. En la medida en que nadie está exento de necesitar con urgencia un trasplante, esta es la mejor explicación para convencer a los remisos.

2. CAUSAS DE UNA ACTITUD NEGATIVA

Hay dos causas fundamentales por las que algunas personas se cierran en banda o, en el mejor de los casos, dudan sobre hacerse donantes: a) la religiosa, y b) la incertidumbre en torno a la muerte real, es decir, ¿cómo sé yo que está muerta una persona? Algunos se preguntan incluso, si es posible que -por algún milagro de la ciencia-, el azar del más allá una vez muerto, a los pocos minutos alguien «resucite».

Los sanitarios deberían tener en cuenta estos factores a la hora de explicar en palabras llanas, con ejemplos si hace falta, cómo y cuándo se procede a la extracción de órganos de una persona y cuál es el procedimiento para certificar la muerte de alguien, refrendada por el protocolo establecido, sin el cual, lo primero es imposible. Por tanto, la información es imprescindible, siempre de una manera clara y sencilla, al alcance de todos. En este aspecto, es bueno extender el hecho de que nuestro país es ejemplar en la donación de órganos y que Andalucía, particularmente, es una comunidad con un profundo sentido

solidario. No es malo aprovechar esta circunstancia para aclarar cuantas veces sea necesario que no hace falta recurrir a la buena voluntad de los conciudadanos para realizar campañas económicas de viajes a otros países donde hacer un trasplante. Los hospitales públicos españoles pueden hacerlo con todas las garantías, incluso la de trasladar a un enfermo a otro país en el caso de que fuera necesario, sin coste alguno para el enfermo.

3. EXPERIENCIA DE LOS TRASPLANTADOS

Hay un grupo de personas, los trasplantados, con un enorme deseo de compartir la experiencia que, en buena parte, es desaprovechada si no se mantiene un contacto posterior. Sería una buena idea que pudiera establecerse algún compromiso mediante el cual fuera posible canalizar este deseo del paciente, en pro de ciertas campañas informativas para la donación de órganos. En ese compromiso tendríamos que tener en cuenta también las limitaciones del «carné de donantes», que en muchas ocasiones es papel mojado, en la medida en que son siempre los familiares del fallecido los que tienen la última palabra. ¿Cómo respetar, pues, la voluntad del donante, fundamentalmente en los últimos minutos de su vida? Es una cuestión difícil de resolver, aunque hay algunas propuestas como la del llamado «testamento vital», que se debate en nuestro país en estos momentos, en cuanto a que pudiera tener carácter jurídicamente vinculante.

4. COMPRA-VENTA DE ÓRGANOS

No es conveniente, por tanto, bajar la guardia ante ciertas informaciones que hablan de compra-venta de órganos, que siembran la duda y acaban por disminuir las donaciones. Los médicos deben hacer un esfuerzo siempre que surjan estas polémicas, manteniendo una comunicación fluida con los periodistas y haciendo hincapié en que en nuestro sistema sanitario es absolutamente inviable que pueda comerciarse con órganos.

5. TRATO VERAZ Y AMABLE

Hay una última cuestión que los médicos deberían tener en cuenta. Aunque nos consta que lo hacen, no debe olvidarse nunca, que del trato veraz y amable, incluso el esfuerzo de ser cariñoso con los familiares del donante, en momentos tan difíciles, puede depender el éxito de la petición.

C. DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS: UTILIDAD DE LA COMUNICACIÓN Y EL MARKETING

Joan Carles March , M^a Ángeles Prieto

1. IMAGEN DE LA DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS: PREPARARSE Y ACTUAR CON ANTELACIÓN

Proteger la reputación de la donación y trasplante de órganos es un elemento fundamental para que el número de trasplantes aumente y el rechazo a la donación disminuya.

Valorar la donación y el trasplante de órganos o intentar asignarles un valor adecuado en el mercado, se ha convertido en un elemento fundamental para conseguir que cada día más personas consigan un órgano.

El valor de todos los negocios reside en su reputación, ya sea en la fama de la empresa o servicio en sí o en la de sus servicios o productos. La fama es un activo.

La reputación, a pesar de no ser la única consideración a tener en cuenta, es condición necesaria para que la marca tenga algún valor. Por tanto, si se ha perdido la reputación de una marca es porque fracasaron las condiciones necesarias para mantenerla.

Además de tomar medidas para establecer el valor de la reputación, también necesitamos tener cierta idea sobre la probabilidad del riesgo.

Calcular la probabilidad de que la fama corra peligro implica realizar un programa efectivo de gestión de riesgo en una línea de actuar para la evaluación preventiva de riesgos.

La reputación precisa protección, porque la reputación es igual a la percepción del público, por lo que es preciso mantenerla para que no sea susceptible de devaluación; hay que luchar para que no haya malos entendidos ni falsas informaciones: la realidad puede convertirse en irrelevante si circula gran cantidad de información errónea.

La reputación es vulnerable a las amenazas reales e imaginarias; ambas son igualmente peligrosas.

La gestión del riesgo de la reputación sería:

- Identificar y atajar las amenazas evitables.
- Controlar y minimizar las amenazas inevitables.

Si lo comparamos con el fútbol, vemos que los buenos guardametas realizan a menudo grandes paradas. Sin embargo, los grandes porteros organizan la defensa, analizan e interpretan las jugadas del equipo contrario, detectan con rapidez los fallos y problemas, y, anticipándose, actúan de «salvagoles» en vez de «paragoles». Por supuesto también realizan grandes paradas en caso de necesidad.

La buena gestión de la crisis es como el gran portero. Por tanto hay que identificar los riesgos y tomar la decisión y acción adecuada para evitar tales riesgos. Un sistema de alarma es sin duda un *argumentario*. Y es que prevenir es mejor que curar.

2. LECCIONES APRENDIDAS

- a. Debe existir un plan de comunicación para situaciones de crisis.
 - Hay que saber responder a gran velocidad, teniendo en cuenta que las noticias se difunden rápidamente a sitios lejanos.
 - Hay que establecer los hechos, decir la verdad y ¡tener cuidado!
 - Hay que tratar con las personas y sus emociones, junto a sus valores y sus beneficios.
 - Hay que prepararse para actuar con antelación. Esto implica tomar la iniciativa.
- b. Para ello es preciso «estar en la brecha», en estado de alerta. Además han probado ser útiles los manuales de crisis que abarquen:
 - El contexto.
 - Las prioridades.
 - La asignación de responsabilidades.
 - Los procedimientos.
 - Las afirmaciones de las posiciones preparadas.
 - Tomar la iniciativa tan rápido como sea posible.

- No hacer promesas que no se puedan cumplir.
- Hacer hincapié en la información importante y no en fanfarronadas o cosas sin importancia.
- No suspender la práctica normal y adecuada en relación con los medios.
- Difundir la información rápidamente.
- No aturdirse y caer en acciones guiadas por el pánico.

- Pero los medios no son ni dejan ser el único canal de la estrategia informativa.

- Hay que hacer llegar mensajes directamente a sectores clave, porque depender de los medios puede ser una temeridad.

Y además hay que estar entrenados y preparados ante situaciones hostiles y para responder a algunos tipos de llamadas particularmente difíciles.

La fortaleza de una marca tiene sus palabras clave en:

- Liderazgo
- Estabilidad
- Mercado
- Tendencia
- Apoyo
- Protección

3. UTILIZACIÓN ADECUADA DE LA COMUNICACIÓN, BAJO UNA PERSPECTIVA DE MARKETING

Ello exige:

- La visión y dirección de lo que se quiere conseguir (propósito).
- La consecución de resultados.
- La propiedad conjunta de toda la población, a través de la participación de todos los actores implicados.
- El conocimiento del proceso a través de un apoyo a las acciones que se realicen a lo largo del mismo.

La comunicación es un elemento clave explicativo del comportamiento de las organizaciones; por eso la información encierra un gran valor como ins-

trumento de cambio y de resultados, cuantitativos y cualitativos, de la donación y trasplante de órganos.

El compartir y dar a conocer las cosas que se hacen desde el sector sanitario resulta un reto, ya que la comunicación facilita la comprensión de las innovaciones y hace posible el acuerdo con los distintos actores implicados alrededor de la donación y el trasplante de órganos.

La comunicación debe incorporarse como un componente más de los programas de donación y trasplante, dentro de una política global y simultáneamente en diversos frentes.

4. PROGRAMAS DE COMUNICACIÓN

Los programas de comunicación en salud pueden informar, convencer, fortalecer y educar. El secreto de usarlos con efectividad reside en identificar los medios apropiados, el mensaje y la audiencia a la que se dirige para resolver el problema de la falta de órganos para la gente que necesita un trasplante.

Los programas de comunicación en salud deben estar basados en la comprensión de las necesidades y las percepciones de las audiencias seleccionadas, ya que no existe una política de comunicación modelo; sin embargo hay diversas estrategias posibles de abordaje, determinadas por la naturaleza, características y objetivos de la estructura y sistemas actuales, y de la definición sobre lo que la organización de trasplantes quiere comunicar.

Elaborar una política de comunicación comporta llevar a cabo tanto programas de relaciones públicas en los que los medios de comunicación deben jugar un papel relevante al igual que los programas de comunicación publicitarios, como actuaciones dirigidas al público interno.

Las diversas actuaciones a poner en marcha en comunicación deben realizarse de una forma ordenada, sistemática y planificada para que mensajes de especial relevancia e interés del trabajo sirvan para el avance del mismo, propiciando la consecución de objetivos.

Estos puntos son los que debe pretender como filosofía las líneas de comunicación de los programas con el fin de hacer saber las cosas que se hacen.

5. IDEAS BÁSICAS PARA MEJORAR LA DONACIÓN

Las ideas básicas de la comunicación que *pivotarían* todo proyecto de mejora de la donación de órganos:

- a. Lo verdadero no es lo que dice el emisor sino lo que entiende el receptor. Ello implica que la responsabilidad de una correcta comunicación es del emisor.
- b. La clave de entender que hay una gran cantidad de mensajes que se pierden entre lo que se dice y lo que la gente entiende, retiene o cuenta a otra persona: es la ley del embudo.
- c. Uno de los instrumentos para una mejor comunicación es la idea basada en el Kiss: *Keep It Short and Simple*. Los mensajes deben ser relevantes, definidos, estructurados, repetidos, comparados, contrastados y enfatizados. Es importante que en los mensajes se refuerce lo importante, lo relevante, y se deje de un lado lo accesorio, lo secundario.
- d. Los mensajes deben ser adaptados a las condiciones de los distintos receptores, adecuando en cada momento los mensajes a cada público.
- e. Los elementos facilitadores de la comunicación interpersonal son: escoger el lugar y el momento adecuado, preguntar sin dar nada por supuesto, escuchar activamente, empatizar concretamente. Además pedir opinión, declarar deseos, agrado y desagrado, manifestar acuerdo parcial con argumentos del otro, dar la información en positivo y reforzar, utilizar un lenguaje adecuado con mensajes consistentes, a través de la utilización del condicional, del plural, de la pregunta, del «creo que», del «sin embargo».
- f. Se consideran enemigos de la comunicación interpersonal: acusar, amenazar, exigir, juzgar, menospreciar, utilizar el sarcasmo y la ironía, etiquetar, generalizar, dar excesiva información, utilizar términos vagos, dar la información en negativo.

6. SIETE «C» BÁSICAS

Las siete «C» básicas para toda estrategia de comunicación son: credibilidad de los portavoces; contexto de participación y diálogo con las personas a las que se quiere llegar; contenido, que tenga un significado claro para el recep-

tor; claridad para que los mensajes sean fácilmente entendibles; continuidad, ya que lo importante no es abrir un canal de comunicación, sino mantenerlo abierto; canales de comunicación, que para que la comunicación sea eficaz es mejor actuar en varios frentes y en varios canales; capacidad del oyente, porque un mensaje será más efectivo cuanto menor esfuerzo requiera del receptor. Todo ello hecho con coherencia.

En las reuniones y charlas de grupo, será necesario tener en cuenta:

- Que exista una comunicación libre y espontánea, y que esté previamente preparada en función del grupo a que se va a dirigir la comunicación. La comunicación al grupo tendrá una estructura de una introducción de alrededor un 15% del tiempo total, un cuerpo del mensaje que oscilará en un 75% del tiempo, y un cierre con el resto del tiempo (10%) en el que se tratarán las recomendaciones y conclusiones.
- Que el proceso del grupo debe ayudar a progresar a sus miembros en el contexto del problema que se pretende abordar con cada uno de ellos. No olvidar que aparecerán reacciones, ansiedades, inhibiciones, diversidad de opiniones y estrategias para resolver las cuestiones con diferente enfoque, según la persona.

7. ESTRATEGIAS PARA UN PROGRAMA DE COMUNICACIÓN

En la estrategia para un mejor desarrollo de los programas de comunicación, se debe facilitar o alentar:

- Conocer las características, expectativas, actitudes, conductas, preferencias, nivel de conocimientos y experiencias de los públicos objetivo. Para ello es fundamental definir con precisión el mercado, preguntando y escuchando a los ciudadanos y a los profesionales.
- Usar dichos conocimientos como luces para transformar, cambiar y mejorar los programas. La finalidad es la acción, destacando más las ventajas y las utilidades que las características. Hay que tener en cuenta las expectativas y hacer las promesas con prudencia.
- Plantear estrategias diferentes en función de los distintos segmentos poblacionales, teniendo en cuenta la consistencia de la oferta basada en soluciones a los problemas. Para ello, es importante incluir en el plan los problemas a fin de eliminar lo negativo, más que centrar las accio-

nes sólo en lo positivo. Además, es importante decir al público el por qué, con respuestas directas y sinceras: no se permite lo falso.

- Investigar el proceso por el que pasa el usuario y también las formas de trabajo del profesional. Es importante conocer las opiniones de los profesionales, al mismo tiempo que a la hora de desarrollar innovaciones hay que despertar el interés, buscar el consenso, para responsabilizar y definir objetivos.
- Usar recursos locales. Las estrategias deben basarse en el *micromarketing*, en contra del marketing chillón. Ello implica flexibilidad, con el posicionamiento adecuado, en el momento adecuado y en el público adecuado.
- Personalización de la relación en busca de la satisfacción, que no debe basarse en lo inmediato, sino en el ingenio y en la constancia. Es importante hacer que el ciudadano se sienta importante.
- Mantenimiento de las acciones, la supervisión, la búsqueda de aliados y el cambiar con los cambios buscando acciones mejores son claves para el éxito. Para conseguir los objetivos sociales con algunos segmentos o grupos de usuarios, será preciso hacerlo accesible mediante la introducción de intermediarios que sirvan de agentes de cambio.

8. PROFESIONALES DE LA COMUNICACIÓN COMO AGENTES DE CAMBIO

Los profesionales de los medios de comunicación pueden convertirse en agentes favorecedores de cambios en las actitudes y conductas de la población al ser un vehículo de transmisión de información a una gran audiencia a través de las noticias y reportajes aparecidos en prensa, radio y TV.

- Algunas recomendaciones podrían ser útiles para aumentar la colaboración entre estos dos mundos. Las más importantes son: primero, conocer las prioridades de los medios de comunicación; segundo, buscar la cooperación a todos los niveles; tercero, conocer los líderes y gestores de los medios de comunicación; cuarto, planificar la incorporación y reiteración de los mensajes de salud; quinto, aumentar el conocimiento sobre las necesidades y prioridades del sector salud entre los periodistas; sexto, fomentar que los profesionales de la salud y de los medios de comunicación trabajen juntos; séptimo, investigar los efectos producidos por los mensajes de salud, y por los anuncios publicitarios; y octa-

vo, tener una actitud de respeto y no de crítica para con los medios y sus profesionales.

- Al escribir algo para los medios de comunicación hay que tener en cuenta que éstos trabajan con noticias. Además, hay que estructurar el mensaje resaltando primero lo más importante, lo más novedoso o lo más llamativo.
- Todo ello no debe realizarse con actos puntuales, sino que hay que desarrollar planes de comunicación para todo el año, en circunstancias favorables y desfavorables, a iniciativa de los medios o propia, que es lo que permite, a la larga, ser fuente creíble ante los medios de comunicación. Además, se deben utilizar varios frentes y diversos enfoques (reportajes, noticias, entrevistas, informes).
- Es preciso realizar estrategias de varios frentes (comunicación individual en la consulta y en el centro, comunicación selectiva con grupos y asociaciones, comunicación de masas con folletos y uso de la radio, prensa y TV), y con diversos enfoques (hay que diversificar los géneros tales como noticias, reportajes, entrevistas, informes...).
- Es importante estructurar el mensaje de lo concreto a lo abstracto, de lo cercano a lo lejano, y del ejemplo a la noción. Eso facilitará la no desvirtuación de los escritos, al comprimirlos o reducirlos. Es importante tener claro el mensaje que se quiere transmitir, para poder transmitirlo. Eso implica no enrollarse, ni andarse por las ramas. Igualmente no conviene mezclar temas. Pocas ideas, claras y repetidas.
- Tener en cuenta que la comunicación es una actitud, donde no basta transmitir mensajes o divulgar, sino que es preciso el contacto, el contraste, la cercanía para conseguir la eficacia de los mensajes.

Algunas sugerencias para facilitar la comunicación

Si quieres decir algo a alguien, repíteselo en voz baja.
Si son varios, dilo al más distante o al más contrario a tus ideas
Si son muchos, busca un micro o vete a la radio o la tele.

Si con el que quieres hablar está lejos, utiliza el teléfono.
Si es importante, visítalo.
Si te interesa mucho, búscale.
Si quieres seguridad, confírmalo con una carta o un fax.

Si pasan del tema todo el día, pon un cartel.
Si se encuentran dispersos, haz un folleto.
Si quieres que te lean, añade dibujos.
Si quieres que te crean, ponle una foto.
Si quieres impresionar, a todo color.
Si quieres calidad, en blanco y negro.

Si quieres que te entiendan, di tres cosas.
Si quieres que te retengan, una sola.

Si quieres que te sigan, acércate.
Si quieres enganchar, pregúntales qué les interesa.

Si quieres aburrirles, léeles.
Si quieres comunicarte, háblales.
Si quieres que te atiendan, escúchales.

Si quieres que te odien, monologa.
Si quieres convencerles, dialoga.

Dos estrellas finales para avanzar: sin duda la salud es transmisible; comunicar puede ser incluso saludable.

D. SILENCIO NO RENTABLE

Ramón Vilalta

En algunos casos, la estrategia de las empresas en general y de las sanitarias en particular es pasar desapercibidas; sin embargo la regla general parece ser intentar influir en los medios de comunicación. Si tomamos partido por esta opción, parece interesante conocer un conjunto de habilidades y lances para poder moverse bien en este terreno defendiendo al usuario y a la propia compañía (hospital, centro de salud, sistema sanitario) , y lo que es muy importante también para el buen fin de lo expuesto ,respetando el trabajo del informador.

Si se acepta la importancia de las relaciones con la prensa , puede decirse lo mismo o más de las cadenas de televisión. Al haber entre ambos medios diferencias notables, se ve claro que tanto en unas como en otras se necesitan técnicas sofisticadas para defender y ejercitar una presencia que resulte apta para la difusión de los intereses de la organización.

Siguiendo a Herb Schmertz, un teórico de la comunicación corporativa, «si se acepta una política consistente en subestimar los conocimientos del público, lo que nunca debe hacerse es subestimar su inteligencia». Ello es tanto más cierto cuanto que la posición del consumidor es cada vez más informada y éste, cada vez más también, escoge en términos de lo que le es más ventajoso.

El consumidor tiene cada vez más clara la noción de calidad total ,en la que cuenta la calidad técnica pero también de manera principal el contacto humano.

En la hipótesis más favorable, la empresa sanitaria no sólo ha de encajar en la realidad de su mercado , sino también en las reacciones de éste. Las empresas han de satisfacer y crear nuevos espacios para la demanda , en el contexto de esta calidad total que ya es percibida como una exigencia legítima por parte del usuario.

El tema principal de estas consideraciones es reflexionar frente a una realidad ya existente: el mundo sanitario ya no sigue aferrado al silencio aunque sí a la discreción y también naturalmente a los intereses del enfermo entre los que destaca una constante: su derecho a la privacidad.

En este contexto podemos considerar que para vender un buen producto, es necesaria también la publicidad, y por lo tanto las empresas sanitarias deben informar. Hasta cierto punto podríamos decir que posiblemente nadie hablará mejor de por ejemplo nuestro hospital, que los periodistas, cuando éstos quieren hacerlo.

En la década de los sesenta, las grandes empresas americanas ,como por ejemplo Mobil Oil , iniciaron los anuncios *op-ed*. En estos se trataba de utilizar la segunda página de periódicos de gran tirada como el New York Times, para tratar asuntos indirectamente relacionados con esta corporación energética y a veces hasta en conflicto con ella; información sobre aspectos que concernían e interesaban a toda la población y que serían temas estrella de las próximas décadas:

- información sobre el medio ambiente,
- sobre las energías alternativas o
- sobre métodos para disminuir el consumo energético.

Poniendo un paralelismo con el mundo de la salud, existen ya diferentes temas de información permanente que condicionan la estrategia y la táctica del sistema sanitario :

- la contención presupuestaria para gastar lo mismo, no menos, de una manera más eficiente,
- la saturación de los servicios de urgencias y las listas de espera,
- la mala práctica y los derechos del enfermo,
- la investigación, como un bien que puede dar beneficios a medio y largo plazo,
- diferentes «temas estrella» que son de interés para el gran público: cáncer, sida , enfermedades cardiovasculares.

Todo ello implica para el directivo de la empresa sanitaria y para todo aquel que tiene responsabilidades organizativas un conjunto de actitudes prácticas:

- Atender a los periodistas con claridad, prontitud y una cierta dosis de confianza.
- Lanzar periódicamente informaciones favorables no ya directamente para el centro «hemos inaugurado una nueva unidad de neonatología sofisticada y ultramoderna», sino directamente favorables para el usuario «en

la nueva unidad de neonatología se prestará especial atención al tratamiento y profilaxis del dolor que puedan experimentar los neonatos».

- Hacer una prevención de las situaciones de crisis abordándolas fragmentariamente: el tratamiento periódico de los temas apuntados más arriba son un ejemplo.

Este conjunto de observaciones puede contribuir al «software» que necesita una actividad del sector de los servicios como es la actividad sanitaria.

E. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SU PAPEL EN LA PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS

José Bejarano

1. CONCORDANCIA DE INTERESES

Es frecuente que los sanitarios planteen la dificultad para transmitir mensajes a través de los medios de comunicación. Una rueda de prensa largamente preparada y pensada durante días para abordar detalles sobre la necesidad de la donación y trasplante de órganos se convierte después en un sentimiento de frustración al ver que las ideas más importantes no están reflejadas con el relieve que merecen y que los informadores se han quedado en la anécdota. Lo mismo puede suceder con una conversación detallada con un informador sobre cualquier tema de salud que preocupa a la población.

¿Qué ha ocurrido? Lo más frecuente y más cómodo para el sanitario es echarle la culpa al periodista o al medio para el que trabaja. Siempre es cómodo recurrir a la consabida falta de rigor del periodista, a la existencia de intereses económicos o políticos ocultos. Los más benevolentes excusarán el hecho y argumentarán la falta de especialización del informador, el poco tiempo de que dispone o los criterios de algún jefe con intereses aviesos.

Puede que a veces se acierte en el juicio. No es ningún secreto que los medios de comunicación, como cualesquiera otras empresas, tienen una dependencia económica, a la que hay que añadir intereses políticos en muchos casos. Pero también es posible que no tenga la culpa el informador o su empresa. La simple duda debería hacer reflexionar al sanitario que pretenda hacer llegar a la población mensajes de salud a través de los medios de comunicación.

Habría que empezar por hacer dos apartados claros al abordar el problema planteado. Por un lado, estarán las dificultades debidas a los propios medios de comunicación, a su filosofía periodística, a sus intereses económicos y a sus limitaciones técnicas. Por otro lado, estarán las dificultades que plantea el acercamiento a los periodistas, sus carencias de especialización o su falta de tiempo para trabajar reposadamente las informaciones, entre otras.

Los medios de comunicación y los periodistas pueden ser agentes de promoción de la donación si se consigue el acercamiento entre los sanitarios y los

medios de comunicación. No sólo es posible que estos medios sirvan para transmitir informaciones y opiniones a la población, sino que pueden ser útiles para influir en los responsables políticos de las tomas de decisiones importantes para la promoción de la donación. Sin el concurso de los medios, será muy difícil transmitir a la población, la idea de que las donaciones son imprescindibles para la política de trasplantes.

Quizás esta «doble dirección» haya sido poco tenida en cuenta hasta ahora en nuestro país por los profesionales de la salud, al contrario de lo que hacen (con resultados excelentes) sectores económicos con claros intereses contrarios a la salud. Cualquier grupo de presión sabe de la importancia de una estrategia combinada en distintos frentes en aras de sus intereses, acompañada de una serie de noticias o reportajes publicados simultáneamente en los medios de comunicación.

A este respecto, y quizás exagerando un poco, podría traerse aquí aquella máxima que afirma que algo no existe hasta que aparece en éste o aquél periódico influyente. En otras palabras, una noticia no es noticia hasta que se ve reflejada en las páginas de un periódico o difundida por una emisora de radio o televisión. Concienciar a la población o a los políticos de un problema de salud, implica, por tanto, conseguir que adquiriera la categoría de «noticia».

La utilización «hacia arriba» de los medios de comunicación no es algo insignificante si se tiene en cuenta que los responsables de la toma de decisiones actúan las más de las veces a remolque de la demanda social o por presiones que puedan traer consigo una pérdida de apoyo electoral. Los medios de comunicación son, por otro lado, un reflejo de las preocupaciones y expectativas que existen en una sociedad, por lo que los políticos suelen mirarlos con cierta atención.

2. ACERCAMIENTO A LOS MEDIOS

El acercamiento entre los medios de comunicación y los profesionales de la salud, presenta barreras con los esquemas actualmente vigentes. Tiene que partir, entre otras cosas, del conocimiento de las propias limitaciones de cada medio de comunicación, del respeto mutuo por la profesionalidad de los periodistas y de una delimitación del papel de cada cual en la promoción de la salud.

No se le puede pedir a un informador, o a su empresa que asuma una función distinta a la de informar, que no es poco. La empresa no atenderá, probablemente, a más razones que las económicas. Ejemplos que ilustren esta afirmación pueden encontrarse todos los días en cualquier emisora de radio, televisión, revista o periódico. No hay que decir nombres para creer que cualquier publicación o emisora intentará «congelar» un reportaje o artículo que desagrade a sus anunciantes.

La dependencia de los medios de comunicación respecto a la publicidad es un hecho que no niegan más que los hipócritas. Otra cosa es que esa dependencia sea igual en todos los medios y hacia todos los anunciantes. Es cierto que mientras más potente es un medio, menos depende de sus anunciantes, entre otras razones porque tiene más diversificada su publicidad y porque, al final, los publicitarios tienen que acudir a los medios que les garanticen una mayor cobertura e impacto.

Las presiones pueden ser más o menos explícitas, más o menos burdas; cualquiera que haya vivido por dentro un medio de comunicación conoce ejemplos claros. Sin embargo, a pesar de esos condicionantes económicos e ideológicos de los medios de comunicación, que conviene no olvidar pero tampoco sobrevalorar, hay una amplia franja de intereses comunes que pueden facilitar la colaboración. Será difícil, por ejemplo, conseguir la publicación de un reportaje sobre los efectos nocivos del azúcar para la salud coincidiendo con los anuncios de la industria azucarera para aumentar su consumo.

Pero puede ser relativamente fácil explicar a los periodistas unas semanas antes o después de la campaña, esos efectos. Estos profesionales podrían no tener muchos problemas para publicar en sus medios las opiniones de los profesionales de la salud pública respecto al azúcar. En otras palabras, sería bueno tener en cuenta las circunstancias del momento antes de abordar un tema con los medios de comunicación.

Lo mismo vale para considerar la idoneidad de «poner de actualidad» determinados aspectos de la salud relacionados con épocas concretas del año. Los medios de comunicación tienen por norma intentar responder a las necesidades de información de sus lectores. Esto hace que determinadas informaciones sanitarias sean más propicias en unas épocas del año. Son ya «de cajón» los reportajes sobre quemaduras solares o la obesidad en verano, la gripe en invierno, la alergia en primavera y la depresión en otoño.

Esa tendencia natural debería ser aprovechada por los profesionales de la salud pública para empezar a modificar determinados «errores» de enfoque, muchas veces bastante interesados. Detrás de esos reportajes o noticias suele haber una marca de crema solar, un medicamento o un producto adelgazante, que «acompañan» al artículo desde la página de al lado. Desde esa misma perspectiva, pero desde un claro interés de salud pública, los sanitarios pueden adelantarse y conseguir «colocar» sus puntos de vista en los medios de comunicación. A veces es sólo cuestión de programar un calendario de iniciativas a lo largo del año.

3. PAPEL DEL PERIODISTA

Es frecuente que los periodistas reciban peticiones para que tomen un papel activo en esta o aquella cuestión. Sin rechazar la posibilidad de que cada periodista, como persona individual, pueda o incluso deba asumir una «militancia» saludable, como colectivo es poco recomendable una petición en ese sentido y bastante improbable su viabilidad.

Existe, por lo general, una imagen del periodista bastante deformada. Unas veces demasiado idealizada y otras demasiado denostada. En pocas ocasiones se tiene conciencia clara de su realidad cotidiana, quizá porque se toma como referencia a unos profesionales fuera de lo común. La imagen social del periodista suele ser la de una persona que arriesga su integridad por conseguir una información, un personaje influyente en la vida pública o un individuo sin escrúpulos para meterse en la vida privada de los famosos.

Todo eso es cierto, pero sólo en una pequeña parte. La mayoría de los periodistas viven cogidos entre la rutina del suceso, el discurso monocorde de la rueda de prensa, el refrito de una noticia de agencia, el apremio del jefe que tiene que cerrar páginas, las limitaciones del espacio o del tiempo para explicar lo sucedido y las presiones de quienes quieren que escriba de una u otra forma. Si acaso, le queda el «privilegio» de asistir a acontecimientos vedados al común de los mortales o de «codearse» con personajes famosos.

Los profesionales de la salud que pretendan acercarse a los medios de comunicación deben tener en cuenta que el periodista al que van a hablar no es ni un héroe de película americana ni un ignorante al que hay que decirle cómo tiene que elaborar su trabajo. Antes al contrario, deberían tenerse en cuenta

sus limitaciones de todo tipo e intentar facilitarle un tratamiento adecuado a la información. Esto lleva, de forma irremediable, a una cuestión crucial. No se puede pretender un acercamiento a los medios de comunicación, o a sus trabajadores, sin tener un mínimo conocimiento de los mismos.

4. MEDIOS DE COMUNICACIÓN COMO INTERMEDIARIOS

Todo medio de comunicación es precisamente eso, un intermediario entre el hecho y el público. Pero como todo intermediario, el medio no es neutro, no se limita a transmitir lo sucedido tal como fue. Los medios, por su propia naturaleza, interpretan la realidad para sus lectores, oyentes o espectadores, y lo hacen con unas técnicas específicas.

Esa afirmación es algo que hoy en día casi nadie discute, salvo los ingenuos, que creen aún en la objetividad y en el mensaje aséptico, o los malintencionados, que se escudan en una supuesta objetividad para perpetrar sus desafueros. El medio reescribe la realidad y, por ello, la modifica, sin entrar en el debate de posibles manipulaciones intencionadas.

La primera modificación de la realidad acontece con la delimitación del espacio disponible en la página de un periódico o con tiempo en un informativo de radio o televisión. Una amplia y detallada disertación sobre aspectos cruciales del cáncer, por ejemplo, se ve reducida a treinta líneas de periódico o a 75 segundos de radio.

Por tanto, el primer problema que se plantea el informador cuando se sienta ante su mesa es cómo comprimir sin desvirtuar. Misión imposible. Descartada esa posibilidad de fidelidad, la segunda duda que surge es qué puede ser lo más destacable de la noticia, lo más novedoso y lo que más interesa al receptor. Estos aspectos pueden, y deben, prevalecer en la elaboración de la noticia. Pero no son los únicos. Con frecuencia, el redactor jefe o el director del medio le preguntará a su redactor por el contenido de la información que va a escribir. Esta pregunta tiene la primera finalidad de sopesar su importancia relativa, dentro del conjunto de las informaciones del día para indicarle la extensión de que dispone para elaborarla. Pero también suele tener una segunda intención: la de orientarle, a veces con la mejor intención, a la hora de destacar determinados aspectos de la misma y minimizar otros.

5. ADAPTACIÓN A LA ACTUALIDAD

Teniendo en cuenta esas circunstancias habría que hacer algunas recomendaciones prácticas. En primer lugar, cuando se quiera transmitir un mensaje de salud a través de los medios de comunicación, debe pensarse que ese mensaje va a competir con otros muchos por hacerse un hueco en el reducido espacio de un periódico o en el tiempo de un informador de radio o televisión.

Por ello es recomendable elegir bien el momento. No tendría sentido, por ejemplo convocar una rueda de prensa para hablar de las donaciones el mismo día del cierre de una campaña electoral o cuando se disputa un partido trascendental para la liga del fútbol. Sería mejor dejarlo para otro momento porque el espacio disponible está reservado para esas informaciones.

Y ese momento puede buscarse de forma consciente. Por seguir con el mismo ejemplo, quizás haya alguna información de actualidad que ponga sobre la mesa dicha cuestión. Esto requiere sentido de oportunidad e imaginación.

Ese recurso de echar mano de algún acontecimiento de actualidad para abordar de forma global un problema existente tiene un nombre en los ambientes periodísticos. Se llama «buscar una percha» de la que colgar el reportaje o el artículo, algo que justifique la dedicación de espacio y tiempo, ya que por si solo a lo mejor quedaría relegado a un segundo plano.

Una vez elegido el momento oportuno, quizás convenga tomar precauciones para evitar confusiones y malentendidos. ¿El tema del que se va a hablar merece la convocatoria de una rueda de prensa o es mejor una entrevista individual con un informador seleccionado? ¿Será más conveniente elaborar un comunicado y distribuirlo a todos los medios de comunicación?

Son preguntas que tendrán respuestas distintas dependiendo de las circunstancias. Si se intenta la máxima difusión no tiene sentido una entrevista individual, por ejemplo. Si, por el contrario, lo que se pretende es influir en una toma de decisión política, quizás sea más indicada la entrevista, que garantiza una mayor fidelidad en el contenido. Hay que apuntar aquí que la entrevista no tiene por qué ser reproducida como tal, sino que puede pedirse al periodista que no cite la fuente de información. En estos casos el sanitario es un mero emisor de datos e informaciones sin tener que asumir un protagonismo quizá no deseado.

Las ruedas de prensa deben estar justificadas. De lo contrario al abusar de ellas se conseguirá que cuando el tema sea trascendente no acuda nadie. A veces por criterios políticos, por afanes de protagonismo o por simple torpeza, se convocan ruedas de prensa que no tienen razón de ser. Quizás con sólo hacer tres o cuatro llamadas telefónicas a periodistas seleccionados para explicarles unos datos que antes se les ha hecho llegar por medio de un comunicado, tendrá el mismo o mejor efecto. Esto obliga a disponer de una serie de buenos contactos en los medios de comunicación, cuestión esencial para cualquier profesional sanitario.

6. ESTRUCTURA DEL MENSAJE

Conviene tener en cuenta también que la transmisión de cualquier mensaje exige unas reglas elementales. Eso significa que hay que prepararse bien, y que conviene tener claras las ideas antes de sentarse frente al periodista o a los periodistas. Es difícil transmitir datos e ideas claras cuando no las tiene claras uno mismo. También debe tenerse estructurada la información, partiendo de lo que en periodismo se llama la pirámide invertida. Es decir, resaltando primero lo más importante desde un punto de vista informativo, lo más novedoso, lo más llamativo para el gran público, y desgranar luego de mayor a menor importancia el resto de los datos.

No conviene mezclar varios temas en un solo comunicado, entrevista o rueda de prensa. Pocas ideas y claritas. Lo mismo sucede con el número de intervinientes. Más vale que hablen una o dos personas y no dar paso a la confusión. Uno de los fallos más frecuentes es querer que hablen demasiadas personas y demasiados temas a la vez. En las facultades de periodismo se insiste con tozudez a los alumnos para que las informaciones sean claras, concretas y concisas.

Otra cuestión es el tiempo. En el mundo periodístico nadie dispone de horas para perderlas plácidamente escuchando largas disertaciones sobre un tema, por importante que éste sea. La profesión de informador se caracteriza, entre otras cosas, por la férrea competencia para ver quién da antes la información; entre dar antes una noticia y darla mejor, la mayoría de los medios eligen lo primero.

La noticia tiene que ir de lo concreto a lo abstracto y de lo cercano a lo lejano. La mayoría de las noticias pierden interés cuando se alejan de su lugar

de procedencia. Una maceta caída sobre la cabeza de un vecino atrae más la atención de los habitantes de un pueblo que una matanza de seres humanos producida a miles de kilómetros de distancia.

La disquisición de un técnico sobre la filosofía de la promoción de la salud para explicar que la falta de vacunación y de higiene han propiciado la aparición de un brote de polio no interesa probablemente más que a otros técnicos como él. Sería conveniente que le diera la vuelta a su discurso y empezara por describir la situación ofreciendo datos concretos, y luego añadiera sus consideraciones globales.

Convendría también pensar un poco con «mentalidad de periodista», es decir, buscar el asunto que se quiere abordar su lado más novedoso, de mayor impacto. Los políticos suelen tener cierta práctica en esto. Recuérdense las frases que han hecho más fortuna en las últimas contiendas electorales. A eso se le llama «dar un titular». Consiste en prepararse un par de afirmaciones contundentes con la idea de que alguna de ellas va a ser titular de los periódicos del día siguiente.

Los datos importantes ofrecidos de cualquier manera pueden sufrir una devaluación considerable. Por eso es necesario «vestir» el dato, arrojárselo si es posible con rostros humanos. Hay casos concretos con anécdotas curiosas. Las estadísticas caben mal en los periódicos. Una emisora de radio no emitirá más de cinco cifras seguidas, porque sabe que el grado de atención del oyente decrece de forma vertiginosa. Y de ahí a cambiar de emisora hay sólo un paso.

Sí convendría hacer algunas reflexiones sobre la posibilidad real que tienen los profesionales de la salud pública de acercarse a los medios de comunicación sin despertar temores políticos o celos de protagonismo. Esta es una cuestión delicada, que tendrá que calibrar cada cual en su lugar de trabajo. Las dificultades que se planteen a este respecto podrían superarse ofreciendo las informaciones a través de organizaciones interpuestas, tales como organizaciones profesionales, asociaciones vecinales, etcétera.

Por otro lado, siempre queda el recurso al secreto profesional del periodista. Estos tienen cierto hábito en recibir informaciones con la condición de que no revelen la fuente. Suele funcionar bien, aunque habrá que tomar precauciones.

7. CONDICIONANTES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Todo lo dicho hasta aquí es válido para los medios de comunicación en general. Sin embargo, no todos los medios tienen los mismos condicionantes. Desde un punto de vista comunicativo, debemos ser conscientes de que cualquier emisor de información u opinión es que el medio utilizado para hacer llegar los contenidos va a condicionar al propio mensaje.

Junto a esa «tiranía del medio», que impone sus reglas, el emisor ha de considerar también que la actitud del receptor cambia según el medio a través del que le llegan los mensajes. Esos son principios elementales de cualquier manual sobre comunicación.

Esas dos vertientes, las características del medio y la actitud del receptor, han de hacer reflexionar al profesional de la salud pública antes de ponerse delante del periodista. No será lo mismo hablar para un redactor de un periódico, que aceptará de buen grado todas las explicaciones que hagan falta, que hacerlo ante un micrófono en directo para miles de oyentes de una emisora de radio.

Las diferencias son abismales. Había que ver la cara de estupor de aquel gran especialista en tabaquismo cuando le dieron las gracias y le despidieron tras hablar durante un minuto y medio por la emisora de radio. ¡Toda la mañana preparando la intervención para luego no decir nada! Es difícil sintetizar en un minuto y medio todo el saber científico acumulado de años, pero ¡es que el oyente no quiere que le «sermoneen» durante largas parrafadas!

Cualquier alumno de primero de periodismo sabe, o debe saber, que el umbral de atención de un oyente tiene unos límites muy pequeños. De ahí que los periodistas radiofónicas echen mano de numerosos recursos y trucos para retomar la atención del oyente siempre que la «tensión» decae. Cuando se vaya a hablar por radio o televisión son fundamentales dos cuestiones: no querer decirlo todo y no querer decirlo de golpe. Hay que aceptar las reglas del medio. La información en la radio y la televisión se da como en píldoras, porque de otra forma el receptor se atraganta.

El otro aspecto a considerar es la actitud más o menos receptiva del público. Los medios de comunicación se diferencian entre sí por el distinto grado de atención que exigen a sus audiencias. El periódico o la revista no permiten a sus lectores realizar otra actividad simultánea. La radio, en cambio, sí. Es poco frecuente que la gente se siente en un sillón sólo a escuchar la radio.

Con la televisión sucede algo intermedio. Normalmente la gente se sienta a ver la televisión, pero también es frecuente que haga algo más, que se levante para ir a la cocina, que se distraiga de vez en cuando con otra cosa. El grado de atención es muy distinto. Por lo tanto, también habrá que adaptar el mensaje a esa circunstancia.

Las peculiaridades de cada medio de comunicación hacen, al mismo tiempo, que aparezcan en cada uno ventajas y desventajas. Los medios audiovisuales ofrecen la ventaja de la mayor amplitud de audiencia. La televisión permite ver y oír al emisor del mensaje, controlar sus gestos, verle los ojos... Esto enriquece enormemente las posibilidades comunicativas. Sin embargo, tanto la radio como la televisión emiten mensajes que se pierden en el momento de la emisión, a no ser que el receptor se tome la molestia de grabarlos, cosa poco frecuente por lo general.

El ritmo de los mensajes, su cadencia, son impuestos por el medio, lo que lleva a considerar que una parte importante de los contenidos se pierden. A esas pérdidas de contenido originadas por el ritmo quizás discordante con la capacidad de seguimiento del oyente telespectador, hay que unir las que se producen por el «ruido» propio de cada medio (interferencias, cortes, sonido defectuoso...) o por el que puede haber en el entorno de la audiencia (interrupciones del teléfono, llamadas a la puerta, comentarios en la sala...).

En cambio los medios impresos tienen un público más reducido pero las «exigencias» de atención mejoran las posibilidades de transmitir el mensaje con mayor intensidad. El lector puede detenerse en cualquier momento, sin que ello signifique la pérdida de datos. Retomará la lectura donde la dejó o, incluso, volverá a empezar desde el principio. Es el receptor el que marca el ritmo de la lectura y puede guardar los mensajes para el momento que considere adecuado.

Llegados a este punto, en el que el espacio disponible impone su tiranía, conviene terminar recordando la idea inicial: es necesario revisar los frecuentes esquemas de desconfianza hacia los medios informativos y hacerlo con la suficiente dosis de humildad para tener en cuenta también posibles errores propios en la dificultad de comunicación. Aquí se ha intentado, sin ánimo de exhaustividad ni intención de agotar el debate, ofrecer unas pocas ideas útiles para facilitar el entendimiento.

F. RAZONAMIENTO ARGUMENTAL

Joan Carles March

1. CRISIS Y ARGUMENTACIÓN

Entre los innumerables aspectos primordiales que los responsables de un programa de donación y trasplante de órganos debería tener marcados en su manual de decisiones es el de una crisis o situación que desborda la normalidad.

La realidad de una crisis está presente día a día en nuestra sociedad. Aunque cada crisis es distinta, todas tienen elementos comunes que necesitan argumentos comunicables que sirvan para avanzar.

Una acción traumática debe emprenderse con medidas analizadas y planeadas profesionalmente; de lo contrario puede dejar una sombra perjudicial para la imagen de un programa de donación y trasplante de órganos.

Previa a la posibilidad de una crisis se debe establecer un programa preventivo que permita dar a conocer argumentos adecuados ante determinadas situaciones.

La argumentación es un razonamiento que persigue la aceptación o rechazo de una cuestión propuesta. Trata, en consecuencia, de influir a las personas por medio de hechos y de lógica.

Para argumentar con éxito es necesario cumplir ciertos requisitos:

- a. Señalar claramente la diferencia entre lo que está probado y lo que falta por probar.
- b. Precisar el significado de los conceptos con a fin de evitar malentendidos.
- c. Diferenciar entre las opiniones y los hechos.
- d. Apoyar algunas afirmaciones con ejemplos concretos.
- e. Considerar y prever la contra-argumentación.

2. MODELOS PARA CONSTRUIR ARGUMENTOS

Existen varios modelos para construir los argumentos:

- a. Estadístico: Las fuentes de información, en base a datos estadísticos, han de ser solventes y comunmente aceptadas por todos.
- b. Comparación: al analizar dos casos cuya semejanza es reconocida, la argumentación consiste en llegar a la conclusión de lo que es cierto en uno de los casos puede serlo también en el otro.
- c. Autoridad: apoya nuestra idea basándose en la opinión de algún personaje de reconocido prestigio.
- d. Alternativa: se construye limitando las posibilidades de discusión a dos, determinando así la elección de una de las dos alternativas.
- e. Condicional: consiste en argumentar, comparando dos partes de una proposición, deduciendo una de la otra («si... entonces...»)

Para argumentar es necesario destacar la línea principal de argumentación y cuidar los desarrollos secundarios de cada argumento parcial, teniendo en cuenta la importancia que tiene el relacionar la propuesta con ideas generalmente aceptadas. Siempre será importante mantener el control de uno mismo y no dejarse llevar por las emociones, ya que el calor desbarata las argumentaciones.

3. ESQUEMA DE INTERVENCIÓN

Lo ideal es ordenar cualquier intervención pensando en el siguiente esquema:

- Tema
- Objetivo
- Propósito
- Ventajas
- Desventajas
- Propuesta
- Medidas a desarrollar

4. ELEMENTOS ANTE UN DEBATE

El debate es una lucha de argumentos. Se trata de una «lucha» entre participantes en la que los participantes sostienen en principio posturas diferentes y tratan de hacer prevalecer la propia mediante la fuerza de sus razones. La argumentación es la base del debate.

Es importante en un debate:

- a. Adaptarse a las circunstancias.
- b. Actitud receptiva a escuchar y atender las otras razones.
- c. No dejarse influir por un ambiente hostil.
- d. Centrar el tema inicialmente.
- e. Conocer el «equilibrio de fuerzas».
- f. Centrar la atención en un aspecto y encauzar por ahí el debate.
- g. Prepararse, valorando de cada uno de los participantes, la descripción de la tesis sobre el tema, los puntos fuertes que interesa destacar, los puntos débiles que interesa eludir o reforzar en la tesis, los puntos en que hay acuerdo y que merece destacar y los puntos que no interesa destacar. Diseñar la estrategia y ensayar el debate.
- h. Anotar todo lo que vaya ocurriendo y organizar las anotaciones.

G. TRÁFICO DE ÓRGANOS: HECHOS, FICCIONES Y RUMORES

Rafael Matesanz

1. ESCENARIO DE LOS TRASPLANTES

La especie humana es capaz de cometer las mayores atrocidades. No creo necesario argumentar demasiado esta afirmación. Basta conocer someramente la historia de cualquiera de los pueblos que habitan el planeta para constatarlo y un simple vistazo a un periódico o a un informativo de televisión para corroborar que no parece que hayamos adelantado demasiado en las últimas décadas, ni siquiera en los últimos siglos. Las diferencias económicas, raciales, religiosas, políticas; las diferencias de poder o de supervivencia, en suma, se siguen dirimiendo con las armas más o menos sofisticadas hasta conseguir el sometimiento, la destrucción, la sumisión del enemigo que pasa a ser el vencido a todos los efectos, incluso los más degradantes.

Desde esta perspectiva histórica, ciertamente no muy halagüeña, difícilmente puede sorprender a nadie que el último cuarto del siglo XX haya contribuido a la historia de los horrores de la humanidad con una nueva forma de explotación del hombre por el hombre: el tráfico de órganos. En realidad, la compra-venta de parte del cuerpo humano a cambio de dinero u otra forma de pago más sutil, o bien directamente en contra de la voluntad de la persona «dadora», tan sólo plantea unas diferencias de matiz (que no de fondo) con lacras seculares de la humanidad como la esclavitud, la prostitución o la explotación sexual en cualquiera de sus formas. Más sofisticado sin duda, pero en el fondo con una base muy primaria que quien tiene poder o dinero puede acabar obteniendo de los que no lo tienen hasta lo más íntimo para su provecho, su placer o para asegurar su salud.

No es ajeno a este panorama el hecho, no por más repetido menos dramático, de que el 20% de la humanidad disponga del 80% de los recursos del planeta y viceversa. La dialéctica norte-sur condiciona inexorablemente todos los aspectos de la vida cotidiana en el mundo y éste de los trasplantes no podía ser menos.

Hasta aquí el escenario en el que nos guste o no, vamos a tener que movernos. Toda un serie de hechos y circunstancias que nada tienen de coyuntura-

les sino que están ampliamente arraigadas en el devenir histórico de la humanidad y en el contexto general en que se mueve el mundo actual han hecho que algo tan positivo como los trasplantes de órganos y tejidos, verdadera revolución de la medicina de finales de siglo traigan como detestable acompañante el tráfico y la venta de los mismos.

A esta altura del desarrollo creemos conveniente el describir someramente las causas, efectos y delimitación de los términos.

Aparte la maldad del hecho mismo de mercadear con el cuerpo humano, el tráfico de órganos constituye una lacra que está minando muy seriamente la globalidad del proceso de donación altruista y trasplante. Una razón más para que el tema no nos deje indiferentes.

Pese a la imagen de espectacularidad y omnipotencia que para el ciudadano de a pie conllevan los trasplantes y sin que ello cuestione su tremenda eficacia, lo cierto es que estas terapéuticas se asientan sobre unas bases susceptibles de venirse abajo en ausencia de una política adecuada. En efecto, el número de enfermos susceptibles de ser trasplantados va a depender de la disposición de la sociedad a donar sus órganos de forma altruista por un lado y a afrontar los elevados costes que implica su generalización por otro. Por desgracia todo parece indicar que esa predisposición de la población a donar sus órganos se encuentra en el plano internacional, con excepción de España^{1, 2, 3, 4, 5} y poco más, en uno de sus momentos más bajos. Descensos de los índices de donación en toda la zona de Eurotransplant⁶ calificados de «desastrosos» por el propio director de esta organización. En Francia, de verdadera caída libre que ha llevado a la sustitución de una entidad del peso de France Transplant⁷, la peren-

¹ Matesanz, R. Diferencias geográficas en el acceso a los tratamientos sustitutivos: diálisis t trasplante, *Nefrología*, 1994; 14: 93-110

² Matesanz, R. Organ Procurement in Spain. *Lancet*, 1992; 340:733.

³ Matesanz, R. Organ Procurement in Spain. The importance of a transplant coordinating network. *Transplant Proc.*, 1993; 25:3132-3135.

⁴ Matesanz R, Miranda B, Felipe C. Organ Procurement and renal transplantation in Spain: The impact of transplant coordination. *Nephrol. Dial Transplant*, 1994; 9:475-478.

⁵ Matesanz R, Miranda B, Felipe C. Organ Procurement in Spain: Impact of transplant coordination. *Clin Transplantation*, 1994; 8: 281-287.

⁶ Cohen, B. Editorial Comment. *Eurotransplant newsletter*, 1994; 115:1.

⁷ *Rapport 1993: L'Evolution vers l'établissement public*. París: France Transplant, 1994.

ne catástrofe trasplantadora de Italia ⁸, o en fin las disminuciones o estancamientos en la mayoría de los países desarrollados, únicos donde existen programas de trasplante de cadáver dignos de tal nombre, que contrastan de forma dramática con el cada vez mayor número de enfermos que pueden salvar su vida o mejorar la calidad de la misma gracias a un trasplante.

Esta sangrante paradoja y la creciente desproporción entre oferta y demanda acaba curiosamente estando tanto en el origen como en las consecuencias colaterales del tráfico de órganos. No hay órganos para todos, luego los ricos hacen todo lo posible por conseguirlos a costa de lo que sea. A su vez, la mala imagen que destilan todos estos mercadeos y su conocimiento por parte de la opinión pública retrae a la población de donarlos puesto que perciben que el mayor acto de generosidad de un ser humano (la donación de su cuerpo) va a contribuir al mantenimiento de un sistema injusto, inhumano y hasta macabro. Encuestas recientes de nuestro país señalan como el principal factor predisponente para la donación de órganos la percepción de los trasplantes, por parte de la población, como una buena prestación sanitaria, con todo lo que ello implica de limpieza y equidad en todo el proceso ⁹.

De lo expuesto hasta ahora se infiere lo absurdo que sería a estas alturas negar en abstracto la existencia de tráfico de órganos. Ahora bien, bajo este nombre genérico se agrupan hechos reales y ficticios que ni conceptual, ni técnicamente tienen casi nada en común pero que han sido mezclados a veces de una forma irresponsable, fruto del desconocimiento. Otras veces en cambio se ha hecho a sabiendas de la falsedad de lo que se estaba difundiendo en un claro ejemplo de autojustificación de los medios empleados en aras de un fin definido aunque muchas veces inconfesable.

Curiosamente, esta mezcla de hechos fácilmente demostrables, ficciones sin fundamento y rumores nunca confirmados, adoptando formas de pesadilla, ha pasado a formar parte del acerbo cultural de la sociedad actual. Muy probablemente entroncan con una serie de mitos, creencias y terrores seculares omnipresentes a lo largo de la historia de la humanidad que tan sólo van variando en su forma según el grado de desarrollo tecnológico (por desgracia no tanto del cultural).

⁸ Ponticelli C, Pellini F, D'Amico G. Renal transplantation, the dilemma in Italy. *Nephrol. Dial Transplant*, 1994; 9:746-748.

⁹ Martínez García, J.M. *Análisis psicosocial de la donación de órganos. Hacia el diseño de programas de información educativa*. (Tesis Doctoral). Madrid: Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid, 1994.

Para conseguir un enfoque racional del asunto es imprescindible una definición de términos que nos permita saber al menos de qué estamos hablando. Aunque en inglés se ha querido delimitar el problema con unas palabras tan pegadizas como *selling-stealing and killing* (venta, robo y asesinato), parece más exacto en castellano la división del concepto vulgarmente conocido como «tráfico de órganos» en: 1) compraventa de riñones (y en el futuro de segmentos de otros órganos sólidos); 2) obtención criminal de órganos; 3) tráfico de tejidos.

2. COMPRAVENTA DE RIÑONES

El riñón como órgano par puede cederse a otra persona con un riesgo calculado y en principio aceptable bajo determinadas condiciones¹⁰. La disponibilidad de inmunosupresores más potentes y/o selectivos relativiza la necesidad estricta de conseguir una cierta semejanza inmunológica entre donante y receptor en los años ochenta. Como consecuencia abrió de par en par las puertas a la donación de vivo no emparentado y con más o menos eufemismos¹¹,¹² a la compraventa de riñones; casi con toda seguridad en un futuro muy cercano, de segmentos de otros órganos como el hígado y el pulmón susceptibles de ser obtenidos en vivo y trasplantados con éxito.

La compraventa de riñones constituye una práctica generalizada (en modo alguno una situación aislada o puntual) en la India, Medio y Extremo Oriente, norte de África, Europa del Este y en diversos países de Latinoamérica¹³,¹⁴. En muchos de estos estados ni siquiera es ilegal y en otros, entre los que se incluyen los Estados Unidos se admiten con sorprendente credulidad donaciones espontáneas de personas sin el más mínimo parentesco genético en las que no hace falta ser muy agudo para sospechar que se trata de una simple transacción económica. En Egipto se pueden encontrar anuncios de venta de riñones en la prensa local. En las ciudades fronterizas de México con Estados Unidos existe una insólita profusión de clínicas urológicas donde es más que probable

¹⁰ Ortuño, J. Ventajas e inconvenientes del trasplante renal de vivo. *Nefrología*, 1994; 14:272-279.

¹¹ Abouna, GM. Commercialization in human organs. *Rev. Esp. Trasp.* 1993; 2 (supl. 1):68-70.

¹² Daar, AS. Rampant commercialism and «rewarded gifting»: defining the acceptable. *Nefrología*, 1994; 14 (supl 1):74-77.

¹³ Salahuddin AK, Woods HF, Pingle A, Nurelhunda Suleyman M, Shakuntala K, Nandakumas M, Yahya TM, Daar PS. High mortality among recipients of bought, living unrelated donor kidneys. *Lancet*, 1990; 336:725-728.

¹⁴ Daar, AS. Transplantation in developing countries. En: *Kidney Transplantation Principles and Practice* Morris P.J. ed. Philadelphia: WB Saunders, 1993.

que se hayan cambiado esperanzas de una vida mejor al otro lado del Río Grande por una nefrectomía ¹⁵.

Si bien el contexto general viene a ser el mismo: «persona necesitada vende riñón a otra persona enferma pero con dinero» existen dos situaciones genéricas que dan lugar también a dos tipos de discursos argumentales:

- a. Por un lado, para la mayoría de países del Tercer Mundo, la posibilidad de mantener un número significativo de insuficientes renales en tratamiento con diálisis es sencillamente ilusoria; su infraestructura sanitaria difícilmente les permite obtener donantes en muerte cerebral por simple precariedad o inexistencia de cuidados intensivos ¹⁶. La consecuencia es que cuando cualquier enfermedad renal lleva a la uremia terminal sólo queda la muerte o el trasplante de vivo. A veces es un familiar quien dona el riñón pero otras pasa a ser un tercero quien vende el órgano consiguiéndose así una nueva situación que para sus defensores implica salvar a dos personas de la muerte (una por hambre y la otra por uremia). El prototipo de este caso es la India y Medio Oriente aunque no es muy distinto lo que ocurre en algunos puntos de Latinoamérica. De hecho se ha acuñado la expresión «donación recompensada» (*rewarded gifting*) para referirse a este intercambio al tiempo que se advierte a los occidentales de la improcedencia de juzgar esta conducta desde una situación de opulencia sanitaria ¹⁷. Existen pueblos cercanos a Bombay y Madras donde la gran mayoría de la población es monorrena y se ha dicho como «boutade» desafortunada que de seguir así las cosas, grandes zonas de la India quedarían con un solo riñón.
- b. El otro apartado de compraventa de riñones tiene incluso más difícil justificación teórica. Se trata del desplazamiento de enfermos renales del llamado primer mundo a países como la India, Extremo Oriente o algunos de Latinoamérica con legislaciones permisivas, donde por cantidades ni siquiera muy elevadas encuentran múltiples candidatos a venderles un riñón y desgraciadamente cirujanos expertos dispuestos a efectuar la intervención. Existen incluso una serie de caminos prefijados para enfermos de distintas

¹⁵ Semprún, A. El rumor del rapto de niños para trasplantes aterroriza Centroamérica. *ABC*, 10-4-94.

¹⁶ Caplan, AL. Problems in the policies and criteria used to allocate organs for transplantation in the United States. *Transplant Proc.* 1989; 21:3381-3387.

¹⁷ Reddy RC. Organ donation for consideration: an indian view point. En: *Organ replacement therapy: ethics, justice and commerce*. Berlin: Springer Verlag, 1990.

nacionalidades donde llevar a cabo este macabro comercio. Los italianos suelen desplazarse a la India de donde a menudo vuelven con riñones trasplantados sin excesivas garantías y con enfermedades infecciosas como el sida o cualquier otra transmitidas a través del injerto¹⁸, de transfusiones o de otra forma que en no pocas ocasiones acaban con la vida del enfermo o les hacen perder el injerto. Es de sentido común que quien vende una parte de su cuerpo, al igual que ocurría antes en nuestro medio con la hemodonación retribuida, además de no estar en buena situación económica con frecuencia tampoco disfruta de buena salud y por descontado no tiene el más mínimo interés ni motivo alguno para declarar que padece determinada enfermedad en el supuesto de que conozca su existencia.

No queda aquí el asunto. Los enfermos japoneses superan la coyuntura religiosa budista y sintoísta que les deja fuera del mundo del trasplante de cadáver viajando a Hong-Kong, Filipinas y más recientemente a la República Popular China, donde la venta de riñones florece como una pujante fuente de ingresos. Verdadero escalofrío produce al llegar a este punto la utilización por parte de los chinos de órganos procedentes de reos ejecutados por la justicia. Una vez más, el tremendo choque cultural se pone de manifiesto ante hechos como estos que por aquellas latitudes se practican de la forma más natural del mundo e incluso se comunican los resultados en congresos internacionales¹⁹.

Siguiendo con las peregrinaciones en busca del tan ansiado riñón, los centroeuropeos, alemanes fundamentalmente, viajan también a Extremo Oriente y en los últimos años a Europa del Este²⁰. Los norteamericanos parecen más centrados en donantes de Latinoamérica. Al parecer ha habido igualmente algún caso aislado de enfermos españoles trasplantados en Latinoamérica con donante vivo local. Enfermos de países árabes son trasplantados en algunos emiratos con donantes locales o más directamente hindúes.

Resulta imposible cuantificar el número anual de casos encuadrables en este apartado pero todo hace pensar que se trata de una actividad creciente y de muy difícil control. La simplicidad técnica del trasplante renal y la permisividad de muchas legislaciones junto con la facilidad de comunicaciones aéreas a cualquier lugar del mundo y sobre todo el caldo de cultivo que suponen las desi-

¹⁸ Les scandalos des greffes. *Le Nouvel Observateur*, (Dossier); 20-6-92.

¹⁹ Guttman, R.D. On the use of organs from executed prisoners. *Transplant Reviews*, 1992; 6:189-193.

²⁰ Tulfs, A. Germany: Kidneys from Moscow. *Lancet*, 1991; 337:419.

gualdades sociales constituyen una mezcla perfecta para el florecimiento de este lamentable comercio.

Hoy por hoy, sólo dentro de la Europa Occidental puede decirse que físicamente no se produce la compraventa de riñones aunque ya hemos visto que en realidad se trata de un puro eufemismo ya que los ciudadanos de los países de mayor pujanza económica compran riñones fuera de sus fronteras. En este contexto se entiende lo absurdo de la pregunta tan a menudo realizada sobre si existe o no venta de riñones en España o en Europa. En primer lugar los requisitos legales son francamente rigurosos y el control de los sistemas sanitarios relativamente sencillo lo cual permitiría detectar cualquier transgresión. De hecho, en la última década se han producido dos casos en Holanda y Reino Unido,^{21,22} en su día motivo de fuerte escándalo y polémica en la prensa y en la comunidad científica internacional. Con todo lo expuesto se puede afirmar que la compraventa de riñones en territorio español o de otros países de la Unión Europea es absurdo e inverosímil dadas las posibilidades de obviar todas las dificultades legales con tan sólo unas horas de vuelo y a un precio mucho más barato.

La situación no puede decirse que sea muy edificante. Tan sólo una acción legal coordinada de los países que considerase delito el tráfico de órganos aun llevado a cabo fuera de sus fronteras (lo que ya existe en Alemania respecto a la prostitución infantil en viajes a Tailandia o Filipinas) podría poner un cierto coto a estas tropelías. Se evitaría así que, como ocurre con la droga, haya países que venden fundamentalmente porque otros la compran y no a la inversa. Por supuesto unas relaciones Norte-Sur más igualitarias serían la mejor medicina, pero ello resulta hoy por hoy una simple quimera.

Al llegar a este punto es preciso señalar que España en general y la O.N.T. en particular, a través del Proyecto Siembra, han intentado contribuir de la única manera razonable a solventar este problema en la naciones hermanas de Latinoamérica: ayudándoles a desarrollar un programa de obtención de órganos de cadáver adecuado a su situación y a sus necesidades que vaya eliminando el problema al menos desde la vertiente de la necesidad imperiosa para atender a su propia población²³.

²¹ General Medical Council of Great Britain. Comunicado de prensa, 1990. Case concerning Dr. Raoumond Crockett, Mr. Michael Joyce and Mr. Maichel Bewick. London: WIN GAE.

²² Ferrer, I. Polémica europea por el tráfico de órganos. *El País*, 23-10-89.

²³ Justificación del Proyecto Siembra. *Rev Esp Trasp*, 1993; 2: 173-176.

3. OBTENCIÓN CRIMINAL DE ÓRGANOS

Bajo este epígrafe se agrupan toda una serie de mitos, temores ancestrales, rumores sin confirmar, manifiestas falsedades y en fin toda una barahunda de horrores a cual más nauseabundo que sin duda han conseguido calar en la opinión pública internacional y crear un estado de alarma generalizada que en nada favorece la donación altruista. Visto con una cierta perspectiva la verdad es que la situación creada en los últimos años es un vivo ejemplo de lo que ya señalara Séneca hace un par de milenios: «El temor a la guerra es peor que la guerra misma».

La denuncia más repetida es el rapto de niños para su posterior sacrificio y trasplante de sus órganos (casi nunca se suele decir de cuales). El origen suele ser cualquier país de Latinoamérica y el destino señalado con el dedo acusador los países ricos: Europa y Estados Unidos. Lo cierto es que estas denuncias caen sobre un terreno propicio que las dota de una cierta credibilidad. Cientos de miles de niños en todo el mundo desaparecen de su entorno familiar o vital bien con métodos violentos o tras una simple «compra» a sus padres para ser posteriormente vendidos en adopción (los más afortunados), explotados laboral o sexualmente o simplemente eliminados a tiros de las calles de Brasil o de Colombia por su potencial peligrosidad social.

La importancia cuantitativa del problema es enorme aunque, a decir verdad, la opinión pública occidental saturada de estas noticias se conmueve mucho más por un solo caso con nombre y apellidos de niño desaparecido en su entorno europeo que por unos cuantos miles en Rumania o Brasil. En esta saturación informativa y esta pasividad de la opinión pública se basó precisamente hace ya unos años un suizo cooperante de los organismos internacionales para cambiar cualitativamente el tono de las denuncias y aducir que en realidad una buena parte de estos niños eran sacrificados y sus órganos enviados a Europa y Estados Unidos. Sin duda el promotor de la idea de cuyo nombre prefiero no acordarme encontró la piedra filosofal. En pocos días todas las agencias internacionales de prensa encontraron materia propicia de que hablar; muchos hallaron un motivo más para rasgarse las vestiduras, los columnistas encontraron un filón inagotable (además era verano y ya se sabe que la canícula no da para muchas informaciones) y lo que es peor, algunos críticos implacables y de buena fe de tamaña explotación de la especie humana acabaron inconscientemente sacando provecho de la misma.

Efectivamente, más de un personaje en varios países ha pasado a adquirir un cierto protagonismo dando charlas, conferencias, verdaderas giras o escribiendo libros y artículos^{24, 25}. En ellos, pese a acabar reconociendo la inexistencia de pruebas de lo que afirman y el hecho de que el verdadero drama estriba en los otros miles de niños explotados o exterminados brutalmente de forma comprobable día a día, se utiliza como titular, como instantánea de informativos lo que realmente vende: el tráfico de órganos. Hasta alguna orden de misioneros se anuncia periódicamente en la prensa española solicitando donativos, se supone que para evitar estos hechos aunque no se especifica en qué se va a invertir el dinero así recogido.

Pero quizás el ejemplo más palpable de sublimación de una vida contra el tráfico de órganos (lo que está muy bien) y la adquisición de una notoriedad pública a costa del asunto con un total y profundo desprecio a la veracidad de los argumentos y por supuesto a los efectos producidos por sus aseveraciones (lo que ya no está tan bien) lo proporciona el europarlamentario francés Leo Schwartzberg. Médico especialista en oncología y profundo detractor de los trasplantes, por razones que desconozco, es autor de un pintoresco informe al Parlamento Europeo en el que tras una extraña mezcolanza entre órganos, tejidos, donación de vivo y de cadáver, abortos, hemodonación y unos cuantos tópicos más, tratados de forma inconexa acaba dando por demostrado un tráfico a escala industrial de bebés de Latinoamérica a Europa con el «probado» fin de ser convertidos en órganos para trasplante²⁶. En concreto el documento alude oficialmente a Italia como país receptor de un envío de 3.000 niños brasileños destinados a este macabro fin. A las argumentaciones técnicas con que se rebatió este informe, el señor Schwartzberg contestó que negar lo que el decía era como desdecir la existencia de los campos de exterminio nazis. Tan sólida argumentación sin duda contribuyó a convencer al Parlamento Europeo para aprobar una decidida resolución en contra del tráfico de órganos, pero dando por demostradas todas las monstruosidades expuestas en la introducción²⁷.

²⁴ Argos, L. Las escalofriantes cifras del informe Sottas. *El País*, 9-3-94.

²⁵ Traficantes de Bolivia raptan a niños de la calle los engordan y venden sus órganos. *La Verdad* (Murcia), 24-11-93.

²⁶ Schwartzberg, L. Parlement Europeen: Rapport de la commission de l'environnement, de la santé publique et de la protection des consommateurs sur l'interdiction du commerce des organes á transplantes, *PE* 202.666, 8-12-92.

²⁷ Resolución Aÿ3-0074/93 sobre la prohibición del comercio de órganos destinados al trasplante. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, C 268/26-29, 4-10-93.

La frivolidad con que una institución supuestamente sería como el Parlamento Europeo ha abordado este tema, aparte de poner los pelos de punta por una mera extrapolación a lo que pueden hacer con otros asuntos más cotidianos, ha influido muy negativamente en la opinión pública europea que ha dado por descontado la veracidad de las acusaciones tras ser avalada por este organismo. Otras instituciones europeas no se sienten tan convencidas. La Comisión de Expertos en Trasplante del Consejo de Europa manifestó públicamente su desacuerdo con las argumentaciones resaltando lo absurdo de las mismas, aun cuando obviamente coincidiera con la condena final a todo tipo de tráfico de órganos²⁸. Personalmente tuve ocasión de vivir en Italia los efectos de la publicación de este documento acusatorio y la verdad es que supuso una fuerte conmoción que se sumó a las muchas agresiones que periódicamente recibe la donación de órganos en este país y cuyos resultados están a la vista de todos. Una vez más la prensa y la opinión pública española dieron muestras de bastante más sensatez que sus eurorepresentantes, se informaron adecuadamente y en general otorgaron una nula credibilidad a estas historias.

En cuanto a la investigación del problema y argumentación técnica, cuando se registraron las primeras denuncias de tráfico de niños para trasplantes se produjo un gran revuelo internacional a todos los niveles. Grandes figuras de la medicina y no sólo del campo de los trasplantes alzaron sus voces pidiendo una investigación a fondo, actitud que fue refrendada por los gobiernos de países como los Estados Unidos, directamente acusados de ser receptores de este tráfico y de los que incluso se había dicho que poseían unas macabras «granjas de engorde» donde se podría elegir el «donante» más adecuado. Lo cierto es que nunca, en ningún lugar del mundo ha podido demostrarse un solo caso ejemplificador del asunto concreto que estamos tratando ahora. Ni uno solo, lo cual obviamente no excluye que haya ocurrido o que pueda suceder en el futuro. Como decíamos al principio, la especie humana no conoce ninguna barrera en cuanto a la generación de horrores pero realmente resulta muy extraño que en un proceso que se adivina complejo y subsidiario de la colaboración de muchas personas, no se haya podido detectar jamás el más pequeño eslabón.

Por desagradable que sea el tema, si se quiere abordar con un mínimo de seriedad son necesarias unas cuantas consideraciones técnicas que apuntan hacia la improbabilidad del proceso:

²⁸ Select Committee of Experts on the Organizational Aspects of Cooperation in Organ Transplantation. *XI Meeting Report*, Paris November 1993.

- a. El grupo de edad que con más frecuencia se invoca como objeto del tráfico de órganos es el de los recién nacidos (casi siempre dirigidos hacia la adopción). Quienes así lo denuncian probablemente desconozcan la inviabilidad con los criterios actuales del hígado (inmaduro) y riñones (sólo en algún centro aislado y con carácter experimental y resultados subestándar) para ser trasplantados.
- b. La anterior limitaría al corazón para trasplante de neonatos, una actividad muy restringida, con demanda muy limitada y desde luego lo suficientemente sofisticada como para necesitar una estructura impensable fuera de un gran hospital.
- c. El dilema fundamental que nadie hasta ahora ha logrado argumentar adecuadamente es el hecho que un trasplantado es un paciente que precisa medicación y cuidados especializados (ingresos hospitalarios, biopsias, exploraciones y tratamientos especiales de todo tipo) de por vida. ¿Dónde están entonces todos esos receptores procedentes del tráfico masivo de órganos que denuncian algunos? ¿Cómo es que no se ha podido detectar un solo caso? ¿Cuántos médicos, personal de enfermería, técnicos de todo tipo tendrían que estar involucrados? ¿En qué hospitales clandestinos se realizan y se sigue su evolución? ¿De dónde sale la medicación inmunosupresora (selectiva, cara y fácilmente controlable)?

Si el fenómeno se centra en un país como Italia con los 3.000 niños brasileños del doctor Schwartzberg, el disparate adquiere proporciones mayores. Suponiendo que los receptores fueran lógicamente infantiles el número de trasplantes hepáticos, cardíacos o renales en este solo país representarían varias veces el número de los que se realizan anualmente en todo el mundo; ¡y todo sin que nadie haya encontrado jamás a uno de estos enfermos!

- d. La gran complejidad del proceso del trasplante y el hecho de que éste no se acabe en el quirófano sino que requiera un seguimiento de por vida, constituye quizás el mejor seguro contra estas prácticas macabras por hacerlas irrentables y muy arriesgadas para las grandes mafias que prefieren dirigir sus miras hacia intereses menos complicados.
- e. Casi no merecen comentarios las primeras denuncias de las personas interesadas que enunciábamos antes hace ya unos cuantos años. Apuntaban hacia

un extraño envío de los órganos (no de los niños) hacia Europa y Estados Unidos, no se sabe muy bien por qué medio, pero desde luego con total desprecio de los limitados tiempos de isquemia entre extracción e implante de los órganos. Las hemerotecas españolas e internacionales tienen testimonios periodísticos antológicos aparecidos con titulares bien visibles y de forma repetida en diversos diarios de gran tirada²⁹.

Curiosamente estas denuncias primarias y las fantasmagóricas «granjas de engorde» (privativas de Estados Unidos en la mitología popular) fueron ubicadas a posteriori en el contexto de la sección propagandística de la extinta guerra fría entre la antigua Unión Soviética y Estados Unidos. Parece ser que la KGB encontró en el tráfico de órganos un insólito filón para atacar al sistema capitalista. No es probable que entonces sospecharan que en pocos años iba a ser Rusia uno de los centros mundiales de muy diversas formas de compraventa de órganos y tejidos³⁰.

- f. Analizando las cosas desde un punto de vista técnico y puestos a raptar a alguien, la verdad es que es más que dudoso que la víctima elegida fuera un niño. Sólo la imaginación popular y los temores ancestrales de que hablaríamos luego podrían justificar la fijación en este segmento poblacional. Lógicamente la elección de adultos complica aún más la aventura y la hace afortunadamente más y más improbable. Todo el proceso criminal supondría implicar a varias docenas de personas e instalaciones complejas, fáciles de detectar y desde luego irrentables.
- g. Esa falta de rentabilidad actúa igualmente en contra de la violencia en el órgano para el que existe una mayor demanda: el riñón. Como veíamos antes, se pueden comprar en más de medio mundo riñones a precios irrisorios (aunque el enfermo pague varios millones de pesetas el pobre hombre que aporta la materia prima puede recibir entre 100 y 1.000 dólares)^{31, 32, 33}. ¿Que necesidad hay por tanto de recurrir a otras prácticas criminales si la alternativa es legal en estos países y más barata?

²⁹ Tena Benjumea, T. Roban niños para vender sus órganos en EEUU y España. *ABC*, 31-3-90.

³⁰ Cuerpos en venta. *Documentos TV*, TVE2, 4-5-94.

³¹ Ferrero, J. Riñones egipcios a precio de saldo. *ABC*, 10-4-94.

³² Europe Today. Comercio de órganos humanos. Referido en *Diario Médico*, 5-4-93.

³³ Rosales, S. Sin solidaridad no hay trasplantes. *La Vanguardia*, 22-4-94.

- h. Este argumento desmonta igualmente por absurda una grotesca historia que casi todo el mundo habrá oído referir «de buena tinta» como sucedido a un conocido de un amigo y ubicado en cualquier hospital de cualquier ciudad del mundo. Se trata del presunto rapto de una persona adulta, habitualmente varón, que tras una noche de juerga es narcotizado, pierde la consciencia y la recupera 24-48 horas después descubriéndose entonces que le falta un riñón.

Personalmente he oído esta historia referida con pleno convencimiento por parte de las más variadas personas, en al menos 6 ciudades españolas (en algunas hasta refieren el hospital donde se ha hecho el trasplante). En otras ocasiones el escenario se traslada a Nueva York u otros destinos turísticos más o menos exóticos aunque los protagonistas suelen ser siempre aborígenes del país donde se cuenta la anécdota. Como curiosidad diré que en la comisión de Trasplantes del Consejo de Europa de marzo de 1994 se comentó el asunto y sin excepción los representantes de todos los países miembros habían oído la historia referida a su entorno.

Por supuesto nadie ha llegado a ver nunca de primera mano a una de estas víctimas, jamás se ha puesto una denuncia, lo que sin duda es una pena porque habría sido muy fácil verificar una nefrectomía reciente y no muy complicado seguir la pista al riñón desaparecido. Tampoco se explica por qué una vez dormido y raptado sólo se le extirpa un riñón y no los dos, ni por qué se le deja en libertad al día siguiente tras un milagroso postoperatorio de menos de 24 horas (que haría las delicias de cualquier gestor sanitario) para poner así en peligro toda la trama.

Han sido bastantes los periodistas en todo el mundo que han efectuado una labor detectivesca en pos de estos bulos sin encontrar nunca el más mínimo indicio de que se haya podido cometer tal acto³⁴. Como decíamos antes, el escaso valor que se da a la vida humana en gran parte del planeta torna ridículas estas historias policíacas aunque desgraciadamente sea por poco rentables a las distintas mafias que viven de lo prohibido.

4. IMPACTO POPULAR DEL TRÁFICO DE ÓRGANOS

¿Por qué todos estos rumores sobre tráfico de órganos, sin entrar ya en su falsedad o verosimilitud, tienen tanto impacto popular? Es un hecho objetivo

³⁴ Madariaga, L. Sin pedir nada a cambio. *El Mundo*, 15-7-93.

que todo el mundo ha oído hablar de ellos y se puede decir que han pasado a formar parte del subconsciente de la sociedad de finales del siglo XX en casi todos los países del mundo muy por encima de la difusión del conocimiento de los propios trasplantes.

Se podría decir que existe una cierta tendencia de la mente humana a interesarse por los temas macabros y los detalles escabrosos lo que probablemente sea cierto a la vista del impacto de determinados «reality shows» en todo el mundo, pero se antoja una explicación muy simplista y sobre todo parcial. Algo parecido puede decirse de un hecho que aparece con una cierta frecuencia en la comunicación y que hace ya muchos años, Georges Pickering trasladó a las ciencias médicas (y más concretamente a la delimitación de la normalidad para la presión arterial) como la «misteriosa viabilidad de lo falso»: basta que una noticia o una idea sea falsa para que tenga una difusión y una aceptación muy superior a si fuera cierta³⁵. Necesariamente tiene que haber algo más.

El temor al rapto de personas, preferentemente niños o doncellas para fines perversos es algo muy arraigado en todas las culturas desde los albores de la humanidad. Está en todas las mitologías, desde las sagas escandivavas a los ogros o criaturas similares de diversas culturas pasando por las leyendas precolombinas. Vargas Llosa³⁶ establece un perfecto paralelismo entre los «pish-tacos», sacramantecas de los pueblos preincaicos de los Andes y los rumores de los «sacajos» en la Lima actual. A lo largo de la historia el miedo colectivo a la existencia de estas aberraciones ha sido utilizado con fines bastardos contra determinadas etnias como los judíos a los que en tiempos de la Inquisición se acusó de secuestrar a recién nacidos para su posterior sacrificio, lo mismo que posteriormente a los acusados de brujería se les implicaba en rituales satánicos con sacrificio de víctimas humanas. No es misión de estas líneas analizar las verdaderas razones y los grandes intereses que se movieron tras estas falsas imputaciones pero no es difícil encontrar lugares comunes con la situación actual.

Más modernamente, los cuentos de los «sacamentecas» o del «hombre del saco» sin duda jalonan la infancia de muchos de los que leen estas líneas. Cuando era niño se me quedó grabada una curiosa historia según la cual el mal que

³⁵ Pickering, G. Normotension and hypertension: The mysterious viability of the false. *Am J Med* 65:561-563, 1978.

³⁶ Vargas Llosa, M. *Lituma en los Andes*. Barcelona: Editorial Planeta, 1993.

entonces hacía estragos, la tuberculosis, era tratada por las personas pudientes a base de la sangre de niños pequeños raptados al efecto, no se sabe muy bien si trasfundida o por vía digestiva. Ni qué decir tiene que por entonces creí a pies juntillas esta historia y otras similares. Lo cierto es que el paralelismo de este «vampirismo explotador» con lo que se denuncia hoy en día con los trasplantes es bien patente.

Se ha producido un «aggiornamento» de todos los mitos seculares adaptándolos a la tecnología de finales del siglo XX. De ahí que la opinión pública lo haya recibido sin grandes extrañezas, como algo «ya visto - ya oído» y por tanto fácilmente asimilable por el inconsciente colectivo.

Tampoco puede decirse que los «fines bastardos» históricamente funcionantes para difundir estos rumores hayan variado demasiado. Ya hemos dicho que algunas personas, quiero creer que de buena fe e inconscientemente, han hecho de la denuncia su «modus vivendi» total o parcial. En otros casos el tema es mucho más grave. Sólo algunos ejemplos aparte del de la KGB que se citó anteriormente. En el verano de 1993 se anuncia a bombo y platillo por parte de un alto cargo de la policía de Río de Janeiro la desarticulación de una banda organizada de traficantes de órganos infantiles con destino a Alemania e Israel³⁷. Conmoción internacional, una cierta sorna de las policías de los presuntos países destinatarios ante lo absurdo y repetido del tema y una semana después³⁸ se descubre que el mando policial que presuntamente había desarticulado la trama en realidad lo que había hecho era encabezar una matanza callejera a tiros de los «niños de la calle» como forma de obtener un sobreesuelo en sus ratos libres y no se le ocurrió mejor argumento para desviar la atención de la opinión pública que la historia del tráfico de órganos.

Más reciente, la revista *Time* aportaba perfectamente documentado bajo el título de *Rumores peligrosos*³⁹ el caso de una turista norteamericana linchada en plena ciudad de Guatemala por una muchedumbre encolerizada tras haberse extraviado un niño en un mercado de la capital (apareció sano y salvo media hora después), en el seno de una serie de rumores interesados difundidos

³⁷ Wurgaft, R. Desmantelada en Brasil una red de tráfico de niños para venta de órganos. *El Mundo*, 15-8-93.

³⁸ Wurgaft, R. Bazar criminal de niños. *El Mundo*, 22-8-93.

³⁹ López, L. Dangerous Rumors. *Time*, 18-4-94.

dos por el gobierno ultraderechista y bandas paramilitares molestos con la presencia de observadores internacionales para velar por el respeto a los derechos humanos. Bastó decir que había «gringos» que habían venido a raptar niños para trasplantes y lanzar una serie de rumores sobre cadáveres sin ojos u órganos vitales para que la locura colectiva se apoderara de la población con las consecuencias ya referidas.

Aparte de ello y sin tanta espectacularidad, lo cierto es que existe un cierto consenso internacional en señalar a las noticias sobre tráfico de órganos como uno de los máximos responsables de la pérdida generalizada de imagen de todo cuanto rodea a los trasplantes e indirectamente del descenso generalizado de las tasas de donación que asola a casi toda Europa. Personalmente creo que se trata tan sólo de una verdad a medias y que con ella se intentan encubrir numerosas ineptitudes y no pocas tropelías e insensateces llevadas a cabo por algunos divos del trasplante^{40, 41}. Por decirlo de otra forma, algunos de los ejemplos más llamativos en cuanto a descensos de la donación se refiere han sido ganados a pulso y echar la culpa a unas noticias por falsas que sean no se corresponde demasiado bien con la verdad o por lo menos con toda la verdad. De todas formas es más que probable que detrás de no pocas negativas familiares o incluso de un no excesivo entusiasmo de algún profesional sanitario o de la sociedad en general subyagan las reticencias de estar contribuyendo a algo genéricamente poco claro. Estas actitudes cuestan vidas con nombres y apellidos de enfermos que no van a poder recibir un trasplante por todo lo que acabamos de exponer. Quizás no vendría mal por tanto, un poco de prudencia al abordar estos temas^{42, 43}.

5. TRÁFICO DE TEJIDOS

Aquellos que hayan seguido hasta estas líneas y conozcan más o menos a fondo el problema, probablemente hayan echado de menos en la exposición una serie de macabros hallazgos y testimonios procedentes de Latinoamérica que han sido recientemente aireados por diversas cadenas internacionales de tele-

⁴⁰ Mateu, V. El turista accidental. *El Mundo*, 4-3-93.

⁴¹ Poncin, J. De moins en moins de dons d'organes. *Le Soir* (Bruselas), 5-7-94.

⁴² Matesanz, R. El trasplante y los medios de comunicación. *Rev Esp Traspl*, 1993; 2:179-183.

⁴³ Matesanz, R. La política informativa de la Organización Nacional de Trasplantes. *Rev Esp Traspl*, 1993; 2:184-189.

visión y presentados como pruebas irrefutables del tráfico de órganos. Curiosamente incluso alguna autoridad local lo ha entendido así sin preocuparse nadie de pedir un asesoramiento técnico que clarificase el asunto. Me estoy refiriendo a las fosas comunes del psiquiátrico Montes de Oca en Argentina y de Barranquilla en Colombia, con cadáveres a los que faltaban piezas anatómicas tales como corazones, globos oculares y huesos fundamentalmente. Las investigaciones periodísticas y judiciales han clamado por la existencia de un tráfico de órganos de una forma instintiva y bastante primaria olvidándose de algo fundamental: ¿dónde están las instalaciones para efectuar *in situ* los trasplantes cardíacos o de otros órganos, o al menos las extracciones con un mínimo cuidado quirúrgico?, ¿dónde están los misteriosos enfermos trasplantados y todos los equipos médicos y quirúrgicos capaces de realizar estos delitos? Porque lo que cualquier experto conoce son las condiciones técnicas para obtener un órgano sólido y los requisitos de envío y tiempos de isquemia máximos.

Nada de esto pudo ser detectado jamás, y nada hace pensar que nadie fuera sacrificado para trasplantar sus órganos. La cosa es mucho más simple y desde luego menos sofisticada aunque mucho menos conocida por el gran público: el tráfico de tejidos⁴⁴. Lo que subyace en estos y otros muchos casos detectados en Latinoamérica o Europa del Este es simplemente una profanación de cadáveres para obtener piezas anatómicas susceptibles de ser convertidas en tejidos implantables en fresco (córneas) o tras su criopreservación o liofilización (válvulas cardíacas, huesos, ligamentos, duramadre, etc...).

Los responsables por inducción de estos actos de pillaje, obviamente reprochables, pero cualitativamente muy lejos de la pretendida obtención criminal de órganos son los «brokers» internacionales que abastecen a la poderosa industria de tejidos humanos fundamentalmente norteamericana, aunque también centroeuropea, poco escrupulosas en cuanto a la forma y los lugares de obtención de la materia prima.

El consumo de tejidos por parte de la moderna medicina es ya masivo y lo va a ser más aún en el futuro. Se puede decir sin temor a equivocarnos que la verdadera batalla de los trasplantes en cuanto a difusión e innovación tecnológica se refiere, se va a librar en los tejidos y no en los órganos. Sin embargo, la diferencia fundamental con éstos es la inexistencia de una dinámica de

⁴⁴ Argos, L. El comercio de tejido humanos ha sustituido al tráfico de órganos. *El País*, 9-3-94.

escasez y de desproporción oferta-demanda, salvo quizás en las válvulas cardíacas si aumentara mucho su utilización en el futuro. Cualquier otro déficit puntual de córneas, huesos, etc., es un estricto problema organizativo y de dedicación de una cantidad mayor o menor de medios personales e interés por conseguirlos.

En este contexto la utilización fraudulenta de cadáveres en países como Rusia, Rumania, Colombia o Argentina, aparte los problemas éticos y legales en los que no hace falta insistir, suponen un riesgo enorme de difusión de enfermedades no detectables por procedimientos serológicos estándares, además de un elemento distorsionador potencialmente muy peligroso para la donación altruista de órganos al comercializarse posteriormente estos productos en terceros países.

En este sentido hay que decir que pese a las muchas presiones ejercidas por parte de las multinacionales americanas con ansias de implantación europea, la decidida acción de las administraciones sanitarias españolas y británica, fundamentalmente, con el apoyo de expertos de los distintos países incluidos en el Consejo de Europa han conseguido frenar un intento de directiva de la Unión Europea por el que determinados tejidos como los huesos perdían poco menos que su consideración como parte del cuerpo humano y pasaban a depender de las leyes del mercado como un producto sanitario más.

Como se ve los conatos de comercialización del cuerpo humano pueden adquirir las formas más variadas y unas apariencias que van desde la sutileza administrativa a las formas más brutales de explotación del hombre por el hombre. Aunque todo tiene sus matices lo cierto es que en un tema como éste es tan fácil pasar de un escalón al siguiente. Por ello es preciso ser totalmente inflexibles. El cuerpo humano no puede, no debe ser objeto de ninguna transacción comercial. Así se recoge como Principio Rector nº 5 en la 44 Asamblea de la Organización Mundial de la Salud de 13 de mayo de 1991, mientras que en el nº 6 recomienda la prohibición de toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de órganos cuyo fin sea ofrecer o recabar un precio. Es deber y responsabilidad de todos que así sea y que así siga siendo; nos va en ello más de lo que a primera vista pueda pensarse.

H. DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS.

ARGUMENTARIO

Joan Carles March, Pedro Navarrete, Rafael Burgos, Miguel Ángel Frutos, Manuel Alonso y Colaboradores

1. MUERTE CEREBRAL: ASPECTOS LEGALES Y DE DIAGNÓSTICO

La Ley Española especifica los pasos legales para el diagnóstico de la muerte cerebral que desde el punto de vista científico, ético y legal equivale a la muerte del individuo. (Desmentido categórico de cualquier duda sobre el tema sin dejar siquiera el más mínimo resquicio para la duda o la discusión).

La muerte cerebral es la muerte del individuo. El cese de la vida se origina por una lesión que destruye el cerebro, el sistema nervioso central, donde radica la vida. Por tanto, el diagnóstico de la muerte cerebral está basado en la ausencia de la actividad cerebral

Se debe hablar de que el familiar ha muerto o ha fallecido. Nunca se debe decir que está prácticamente muerto.

En un hospital, casi siempre en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), la muerte cerebral se diagnostica mediante la exploración clínica de un médico. Se confirma por la costatación y persistencia durante 30 minutos de ausencia de respuesta cerebral. Se realiza otra exploración completa al cabo de 6 horas.

Junto a la exploración clínica se realizan estudios instrumentales que permitan un diagnóstico exacto y precoz con un electroencefalograma (EEG), que mide si hay actividad cerebral; también otras pruebas que muestran la ausencia de flujo o circulación cerebral (doppler transcraneal, gammagrafía cerebral, potenciales evocados, arteriografía, etc.). Además, se debe descartar que el fallecido no padecía ninguna enfermedad susceptible de transmitirse a los receptores.

El certificado médico suelen firmarlo por tres médicos, uno de ellos neurólogo o neurocirujano. Ninguno de los médicos encargado del paciente o del diagnóstico de muerte cerebral está integrado en los equipos de extracción de órganos y trasplante de los hospitales.

En los casos que interviene la autoridad judicial podrá figurar un médico forense designado por la misma.

2. CALIFICACIONES PARA SER DONANTE

En la donación, no hay límites, no existen fronteras ya que la vida de muchas personas está pendiente de un trasplante. Todos podemos ser donantes. Todas las personas pueden encontrarse a lo largo de su vida en cualquiera de «los dos lados». Por tanto, la voluntad de las personas que en vida decidan que después de su muerte sus órganos y tejidos salven o mejoren la vida de otros y hayan transmitido a sus familiares más directos dicha voluntad, ésta deberá ser respetada. Cuantos más donantes existan, mayor probabilidad de trasplante habrá para una persona que se encuentra en situación de espera.

En España existen más de 5.000 enfermos que necesitan un trasplante. Por ello, es importante que comuniquemos nuestra decisión de ser donantes a nuestras familias, para que cuando fallezcamos se pueda cumplir la donación y el o los trasplantes subsecuentes.

Los donantes fallecidos contribuyen con el mayor número de órganos y tejidos para otros pacientes; una persona fallecida en una UCI de un hospital, al estar conectado a un respirador, sus órganos se siguen oxigenando y por tanto funcionando de forma artificial, por lo cual pueden ser válidos para trasplantes y así salvar la vida de otras personas. No obstante, también los donantes a corazón parado y los donantes vivos son una fuente de órganos y tejidos para trasplantes.

Los órganos y tejidos no deben ser comprados o vendidos o generar cualquier ganancia financiera a la persona a quien se le han extraído o a un tercero, sea un individuo o una corporación como un hospital.

3. RESPIRACIÓN Y LATIDO CARDÍACO EN DONANTE POTENCIAL

En un donante potencial no hay respiración, sino que una máquina le sigue introduciendo aire a la persona fallecida para oxigenar los órganos. Si paramos la máquina, cesaría la oxigenación de los órganos y por tanto no serían útiles para ser trasplantados.

Respecto al latido del corazón, durante unas horas se puede mantener la circulación espontáneamente, ayudado por las sustancias o fármacos que se le administran.

4. TIPOS DE DONANTES Y MODALIDADES DE DONACIÓN

a. Donante vivo

Un donante vivo es la persona que dona altruista y voluntariamente para ser trasplantado a otra persona un tejido que se puede regenerar (médula ósea o piel), o un órgano completo (riñón) o parcialmente (hígado, pulmón, páncreas). El donante vivo se ha utilizado en el trasplante renal desde los años cincuenta, antes que el donante cadáver.

En España es posible que existan donantes vivos siempre que se cumplan todos los requisitos previstos en la ley. La donación de órganos de donantes vivos sólo se lleva a cabo cuando el donante y el receptor están emparentados (círculo familiar directo). Un requisito clínico importante es obtener la mayor compatibilidad entre donante y receptor. Hay que destacar que la extracción de órganos y tejidos de donantes vivos siempre representa un riesgo para los donantes, aunque sólo sea por la anestesia a la que a veces tienen que someterse. Esto implica que los órganos de personas vivas no deben usarse cuando se disponga de un órgano adecuado procedente de una persona muerta.

Los requisitos para ser donante en vida son: ser mayor de edad, gozar de plenas facultades mentales, haber sido informado de las consecuencias de la decisión, otorgar su consentimiento de forma expresa, libre y consciente, por escrito y que el destino del órgano extraído sea su trasplante a una persona determinada.

En el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, elaborado por el Consejo de Europa y firmado en Oviedo en abril de 1997, se dice que la extracción de órganos de donantes vivos se supedita a la falta de disponibilidad de los procedentes de personas fallecidas y a que no exista un método terapéutico alternativo de eficacia comparable. Además, es necesario un consentimiento expreso y específico del donante, otorgado en forma escrita o ante una institución oficial.

En cuanto a la extracción de órganos y tejidos de personas incapaces de dar consentimiento, el principio es que esta práctica está prohibida. Sólo en cir-

cunstances muy excepcionales (si se dispone de un donante compatible capaz de prestar su consentimiento; si el receptor es hermano o hermana del donante; si la donación es para preservar la vida del receptor; si el donante potencial no expresa su rechazo a la misma) pueden admitirse excepciones a esta regla, y sólo en el caso de tejido regenerable.

b. Donante de tejido

Las córneas, los vasos sanguíneos (válvulas cardíacas y segmentos vasculares), los huesos, los tendones y otros tejidos como la piel se pueden extraer en una persona que ha fallecido por parada cardiorespiratoria.

Cualquier tejido extraído durante una intervención, sólo se podrá destinar a otros enfermos con consentimiento del paciente. Por tanto, todos podemos ser donantes de córneas, huesos u otros tejidos. Los tejidos pueden ser almacenados en bancos de tejidos para necesidades futuras.

c. Donantes en su domicilio

Sólo podrían serlo de tejidos como córnea u otros, y en el caso de que antes de tres horas del fallecimiento se extraiga sangre de la persona fallecida para descartar enfermedades transmisibles, como se hace ante cualquier trasplante.

d. Donante real o válido

Persona fallecida a la que se le extraen sus órganos y/o tejidos para ser trasplantados a otras personas, y con ello salvar vidas.

e. Donante multiorgánico

Persona fallecida que dona sus órganos y tejidos para su posterior trasplante: sus riñones, hígado, páncreas, corazón, pulmón son trasplantados en varios receptores.

Las técnicas de extracción multiorgánica se lleva a cabo por equipos independientes para cada órgano: equipo de cirugía cardíaca, equipo de cirugía hepática, equipo de cirugía urológica, equipo de cirugía pulmonar y equipo de cirugía pancreática. Por tanto, en el caso de una extracción multiorgánica, es necesario

analizar los medios materiales para la extracción multiorgánica (necesidades y localización de personal que interviene), preparación de extracción multiorgánica, coordinación intrahospitalaria en el momento de la extracción multiorgánica y por último, preparación de comunicación de resultados y agradecimientos.

f. Donación a corazón parado

La generación de órganos y tejidos se produce fundamentalmente a través de cuatro tipos de donantes potenciales: pacientes en muerte cerebral, donantes vivos de órganos y tejidos, los tejidos obtenidos de donantes fallecidos y un cuarto grupo constituido por pacientes en parada cardiorespiratoria irrecuperable que permita la extracción de órganos aptos para trasplante.

El documento de consenso realizado en España sobre donación a corazón parado adoptó la definición que recomendó en 1981 la Comisión Médica a la que el Presidente de Estados Unidos encomendó una serie de consultas sobre aspectos éticos en medicina junto con otras sociedades científicas nacionales e internacionales para la definición de muerte, según la cual se considera muerta a toda persona que presente «cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria o cese irreversible de las funciones del cerebro completo, incluyendo la del tronco del encéfalo». Ello significa que la muerte puede ser determinada por criterios cardiopulmonares o por criterios neurológicos.

Por tanto, sólo cuando el equipo de reanimación haya certificado la muerte por criterios cardiopulmonares podrán iniciarse las técnicas encaminadas a la obtención de órganos. La inclusión de los donantes a corazón parado en el grupo de donantes aptos para trasplante puede suponer un incremento en el número total de donantes entre un 7 y un 20%. La viabilidad de los riñones obtenidos es similar a la de los órganos procedentes de los donantes en muerte cerebral.

5. ASPECTOS LEGALES

Según la Ley española, todos somos donantes si no hemos expresado en vida lo contrario. En España, la donación y el trasplante de órganos están regulados por la Ley de Extracción y Trasplante de Órganos (30/1979) que asegura el altruismo de la donación y el acceso al trasplante. En ella, se dice que el órgano donado es trasplantado gratuitamente sin coste alguno y sin que influya la condición social y económica del paciente que lo recibe. El desarrollo posterior de la Ley no especifica cómo se debe expresar la negativa a la donación.

El proceso de la donación engloba una larga y diversa serie de conocimientos que, bien coordinados, comprenden desde la detección del donante y su mantenimiento, la obtención del consentimiento familiar, la autorización legal la extracción de órganos y selección de receptores y el trasplante.

6. CONSENTIMIENTO Y DONACIÓN

Se reconoce a la familia como depositaria de la voluntad de la persona fallecida, por lo que siempre se solicita a la familia el testimonio o la opinión del fallecido sobre el tema; si no la conocen, se pide su consentimiento. Se solicita siempre la autorización del familiar responsable más próximo, ya que se pretende que el acto sea aceptado por la familia nunca impuesto aunque no lo exige la ley

El duelo de las familias que han perdido un ser querido es motivo aparente para que muchos profesionales piensen que solicitar la donación, incrementa el dolor de la familia. Sin embargo, diversos estudios sociológicos ponen de relieve datos que rebaten estos argumentos. Según un estudio, el 86% de las familias que han perdido un ser querido han visto en la donación lo único positivo en su dolor. Otro estudio pone de relieve que en las familias que se negaron a la donación influye la formación de los profesionales en las entrevistas de donación.

7. DECISIÓN DE HACERSE DONANTE

Es importante recordar que cada vez es mayor el número de enfermedades que pueden ser tratadas mediante trasplante. Por tanto, toda persona que en vida decida que después de su muerte, sus órganos y tejidos salven o mejoren la vida de otros, debe transmitir a sus familiares más directos dicha voluntad para que sea respetada. El proceso, una vez ha ocurrido el fallecimiento, consiste en que el equipo médico valora de la persona fallecida qué órganos son válidos para el trasplante e informa a los familiares del proceso irreversible, solicitando posteriormente la autorización para efectuar la extracción de órganos y tejidos.

Una persona puede hacerse donante a través de la Organización Nacional de Trasplantes, las asociaciones de pacientes y los coordinadores de trasplante de los hospitales públicos y coordinadores autonómicos (Consejerías de Salud).

Los coordinadores de trasplantes tiene una función principal: la obtención de órganos, mediante la detección de donantes potenciales de órganos y la petición del consentimiento familiar; y además, la supervisión de la logística hospitalaria.

La solidaridad es el motivo que impulsa a las personas a hacerse donantes: el pensar que un día puede tocarle a él, pero sobre todo, la disponibilidad de información sobre el proceso de donación y la forma de hacerse donante, son las razones que más impulsan a las personas a convertirse en donantes.

El carné de donante sirve de difusión de la donación entre los amigos y familiares. Facilita a la familia la decisión en un momento tan duro como es la muerte; no obstante no tiene valor legal.

8. ANONIMATO DEL DONANTE CON RESPECTO AL RECEPTOR

- a. No es bueno que ambas familias se pongan en contacto, ya que se podrían derivar situaciones o «sentimiento de deuda» por parte de los receptores y de «pertenencia» por parte de los donantes.
- b. De todas formas, hay familias que han buscado el conocerse y mantienen relación de buena amistad.
- c. La Ley exige el anonimato.

9. TRASPLANTE Y LISTA DE ESPERA

En 1996, en España se produjeron 1707 trasplantes de riñón, 282 de corazón, 76 de pulmón, 2033 de córnea, 700 de hígado y 2093 de médula ósea; esto significa un alto porcentaje de donaciones.

Sin embargo las listas de espera para trasplante siguen siendo elevadas: en la actualidad en España existen más de 5.000 pacientes que esperan una donación. Por tanto, cuanto más donantes, mayores probabilidades de recepción.

Además, hay que señalar que hasta un 25% de todas aquellas personas que se encuentran en lista de espera para el trasplante de un riñón van a por el segundo intento.

10. IMPACTO DEL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

Los trasplantes de órganos son técnicas médicas que ayudan a salvar, prolongar o hacer mucho más fácil la vida de personas que sufre trastornos graves.

- a. Supone la única solución actual ante el proceso irreversible de determinados órganos y evitar una muerte segura a corto plazo.
- b. Aumenta la calidad de vida de miles de enfermos que se encuentran a la espera de esta solución.
- c. Posibilita que un mayor número de enfermedades puedan ser tratadas mediante el trasplante.

España es una de la primeros países del mundo en donación y trasplante de órganos a través de la Organización Nacional de Trasplantes (O.N.T.) que potencia la donación a todos los niveles a través de la colaboración con todas las personas y entidades tendente a lograr dicho objetivo.

11. XENOTRASPLANTES

Dado que las indicaciones de trasplante aumentan progresivamente, se hace necesario investigar nuevas alternativas para trasplante. El término xenotrasplante significa el trasplante de un órgano entre especies diferentes. El objetivo es poder trasplantar órganos de un animal al hombre.

Las investigaciones van dirigidas a la cría de cerdos específicamente para trasplante.

12. COSTE DE UN TRASPLANTE

Es preciso destacar que el trasplante renal es el mejor tratamiento para la insuficiencia renal crónica y además es el más económico.

El coste de un trasplante renal equivale al tratamiento con diálisis en el primer año. A partir del primer año su coste es menos de la mitad, estimándose que por cada trasplante se produce un ahorro de 6 millones de pesetas al no tenerse que continuar con el tratamiento de diálisis. La diferencia entre el coste de dializar al paciente y el coste de trasplantarlo a los cinco años del

trasplante oscila en diversos trabajos de 2,3 millones a 17 millones. Por tanto, los trasplantes de riñón que se realizan todos los años en España ahorran miles de millones al Sistema Nacional de Salud, junto con la mayor supervivencia y calidad de vida para los pacientes.

El trasplante de un hígado vale unos 11 millones, mientras que el trasplante de corazón varía entre cuatro y cinco millones de pesetas. No tiene comparación alguna con lo que vale una vida.

Un paciente ciego que precisa un trasplante de córnea puede recuperar la vista por menos de 300.000 pesetas.

El coste de un trasplante de médula ósea oscila entre uno y cuatro millones de pesetas, dependiendo del tipo de trasplante de médula ósea que se trate: autotrasplante, alotrasplante emparentado o no emparentado.

13. SUPERVIVENCIA DEL ENFERMO TRASPLANTADO

Un órgano trasplantado no dura toda la vida.

- a. Cuatro de cada cinco pacientes trasplantados de riñón a los 5 años continúan viviendo sin precisar tratamiento con diálisis. Por término medio, un riñón trasplantado puede funcionar unos 10 años, si bien hay trasplantados en el mundo que llevan más de 30 años sin problemas (el que mayor tiempo lleva es 33 años). En el caso del trasplante de riñón, los datos indican una supervivencia del injerto a los 10 años de más del 55% de los casos. Un número importante de pacientes requieren un segundo y hasta un tercer trasplante de riñón. En los últimos años, hasta un 15% fueron segundos y terceros. Desde 1950 se han realizado más de 380.000 trasplantes de riñón en el mundo. En España, los primeros trasplantes de riñón se realizaron en 1965.
- b. Cuatro de cada cinco pacientes que han sido trasplantados de corazón o hígado viven a los 5 años del trasplante. Entre un 3% y un 4% de los trasplantados de corazón o hígado, han requerido un segundo o tercer trasplante. Desde 1950, se han realizado unos 40.000 trasplantes de corazón. Hay trasplantados de corazón en el mundo que han vivido más de 20 años. La supervivencia de un corazón trasplantado a los 10 años es de alrededor de un 54%.

- c. Se han realizado unos 50.000 trasplantes de hígado, siendo 26 el número de años de supervivencia de una persona con un trasplante hepático. A los 10 años, la supervivencia de un trasplantado hepático es del 65%, la más alta de todos.

Múltiples motivos influyen en la supervivencia de un órgano como la edad, la enfermedad de base, etc. Sin embargo, los pacientes se aferran a un trasplante, por la posibilidad de vida que ello supone.

14. CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE TRASPLANTADO

El trasplante es un tratamiento eficaz que devuelve al enfermo transplantado una vida completamente normal en el 80% de los casos, pudiendo recuperar su actividad física, laboral, sexual, etc. Sin embargo hay que decir que una persona que ha recibido un órgano, tomará fármacos toda su vida.

En las personas que fallan los órganos trasplantados, esto sucede en su gran mayoría por la reacción del sistema de defensas (el sistema inmunológico) ante un cuerpo extraño, en este caso el órgano trasplantado. Existen rechazos agudos, a los pocos días de la intervención, y crónicos, que van disminuyendo con el tiempo las funciones del órgano trasplantado. Un porcentaje menor de trasplantes falla porque persiste la enfermedad que hizo fallar el órgano propio del enfermo. Hoy en día, se investiga para desarrollar medicamentos que disminuyan el número de rechazos.

15. CONCEPTOS Y TÉRMINOS A SUSTITUIR

- a. Cadáver / Donante

Se debe de hablar de donante como persona ya fallecida, como persona que ha muerto. Nunca hay que hablar de enfermo. No hablar de coma para evitar confusiones con otras situaciones, o en todo caso añadir la palabra «irreversible». A la familia siempre se le debe hablar de fallecido o muerto.

- b. Muerte cerebral

Se hablará siempre de fallecido o muerto. Si la familia pronuncia la expresión «clínicamente muerto» se debe decir «sí, está muerto».

La Ley 30/1979 de 27 de octubre regula la extracción y trasplante de órganos y el Real Decreto 426/1980 de 22 de febrero desarrolla dicha ley que

en su artículo diez especifica los pasos legales para el diagnóstico de muerte cerebral que desde el punto de vista científico, ético y legal equivale a la muerte del individuo.

16. ACLARACIÓN TERMINOLÓGICA

a. EEG plano y muerte

La exploración clínica, unida a un EEG que demuestra una ausencia total de actividad cerebral, demuestran sin ninguna duda la muerte o el fallecimiento de la persona.

b. El corazón está latiendo artificialmente

Se debe decir que la circulación de la sangre y la respiración se están manteniendo artificialmente.

Por tanto una persona no puede respirar espontáneamente con muerte cerebral. Uno de los criterios básicos para el diagnóstico de muerte cerebral es la confirmación de la ausencia de respiración espontánea. Para intentar salvar la vida, se le conecta a una máquina (respirador) que desempeña las funciones de los pulmones, y por ello, puede parecer que está respirando.

En personas que están muertas podemos observar la existencia de unos latidos cardíacos autónomos durante un cierto tiempo, sobre todo si se le ha administrado una serie de fármacos.

c. Está muerto

Los donantes, excepto los donantes vivos, son personas que han fallecido. Es decir, sólo se extraen órganos a cadáveres. El principal fin de los profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, etc.) es velar por la vida de los pacientes. Este derecho a la vida también lo protege la ley de trasplantes en España que exige que la muerte cerebral sea certificada por tres médicos y que ninguno de ellos esté relacionado con el trasplante.

d. Tráfico de órganos

No hay tráfico de órganos en España: no es posible el tráfico de órganos en España, no sólo por imposibilidad legal, sino por que en España se conoce y controla el origen y destino de todos los órganos implantados en España, que además deben hacerse en hospitales específicamente autoriza-

dos para ello por las Consejerías de Salud o Sanidad correspondientes y dentro del Sistema Nacional de Salud.

Lo que sí es cierto es que en algunos países subdesarrollados del Tercer Mundo, está permitida la donación retribuida de riñones de donantes vivos. En estos países la donación, aunque sea retribuida, y el posterior trasplante, se realiza de forma controlada en hospitales conocidos. En los casos aislados que pueda haber habido fuera de España, poco es lo que se puede hacer salvo condenarlo con rotundidad, valorándolo como una lacra social. De todas formas no existe un solo caso demostrado de raptos de niños u otras cosas por el estilo para traficar con los órganos. Además técnicamente no es posible.

A diferencia de la situación del párrafo anterior, en España y en toda Europa Occidental la donación y el trasplante son altruistas y gratuitos. Afortunadamente, el Sistema Nacional de Salud español, de financiación pública y cobertura universal permite el establecimiento de unas bases claras sobre las que apoyar esta igualdad de oportunidades de recibir un órgano sin discriminaciones positivas ni negativas sobre la base de la situación económica, raza, sexo o posición social.

e. Donación de órganos en España

La donación de órganos en España se guía por el altruismo y la generosidad. En España no hay tráfico ni comercio de órganos. Hay varios argumentos que apoyan esta afirmación: el proceso de trasplante es transparente, en cada uno intervienen más de 50 personas, existe un registro oficial donde se sabe quién dará y a quién se implantan los órganos, y además existe un grupo de profesionales sanitarios que garantizan su funcionamiento. No se han descrito nunca casos de posible comercio en España.

Por tanto, en España, la existencia de un sistema estructurado de obtención y distribución de órganos con criterios clínicos y territoriales bien delimitados y controlados, da confianza en un sistema público que por su limpieza y fiabilidad en todo el proceso de obtención y distribución de órganos, está al servicio de los ciudadanos y no al de intereses económicos o de otra índole no suficientemente aclarados.

En la sociedad española se están haciendo esfuerzos importantes para atender a las necesidades de personas con diálisis o con fallo hepático o cardíaco,

con unos profesionales sanitarios y no sanitarios capacitados para llevar a cabo todos los procedimientos de utilidad clínica demostrada.

Ante los casos de personas que se van fuera de España para realizarse un trasplante, es preciso comentar que España es el país con la tasa de donantes por millón de habitantes más alta del mundo. Un ciudadano que lo necesite tiene más posibilidades de ser trasplantado que otro ciudadano de cualquier otro país. Por lo tanto, no existe ninguna razón para irse a trasplantar al extranjero a cargo de la sanidad pública.

Además, cuando una persona necesita un trasplante de médula ósea y no tiene donante emparentado, se lleva a cabo la búsqueda de donante compatible a nivel mundial, conectando entre sí los registros de donantes de médula ósea de cada país. Una persona que se vaya a trasplantar de médula ósea a otro país, va a tener las mismas posibilidades de ser trasplantada que en España.

f. Distribución

Siempre que se realiza algún tipo de selección, ésta se debe basar en criterios objetivos. Los criterios en los que se basa la asignación de un órgano determinado a un receptor son criterios médicos científicamente consensuados (inmunológicos, antropométricos, compatibilidad, etc.) criterios de urgencia vital y criterios de eficacia. Todos ellos están claramente establecidos y son de conocimiento público. Además existe un Comité que vela por esta claridad y transparencia (Comité de Transparencia).

Se pueden poner ejemplos de urgencia vital como es el caso de una hepatitis fulminante, en la que el primer órgano que aparezca será para esta persona.

g. Transmisión

A los donantes se les realizan múltiples análisis y exploraciones radiológicas para garantizar que no son portadores de enfermedades transmisibles. Sin embargo, algunas enfermedades en fase muy inicial, pueden pasar desapercibidas ya que no alteran las pruebas diagnósticas. Esta posibilidad es excepcional y el riesgo de transmisión de enfermedades es mínimo y excepcional, pero existe. A pesar de ello, la relación riesgo/beneficio es muy favorable al trasplante.

17. ASPECTOS Y PALABRAS A REFORZAR

- a. Solidaridad
- b. Equidad
- c. Ayuda a enfermos gracias a la donación
- d. Diálogo para aclarar dudas

Los profesionales sanitarios influyen de forma importante en el proceso de donación. Los profesionales que intervienen en la terapéutica del trasplante tienen que estar disponibles en el momento que se les avisa 24 horas al día, 365 días al año; de no ser así los órganos para trasplantarse podrían perderse.

APÉNDICE I

FICHAS DE COMUNICACIÓN

Hablar en TV y en Radio



Autor:

Joan Carles March

Edición Gráfica:

Juan Ortega

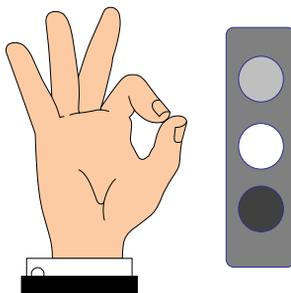
Cómo estar ante un micrófono y una cámara

- Frases cortas
- Ser útil
- Acercar el lenguaje a la gente
- Reiterar los conceptos clave
(decirlo-volver a decirlo y repetirlo...)
- Hablar más al corazón que a la cabeza
No ser ambiciosos (1 ó 2 conceptos)
- Buscar titulares
- Poner ejemplos
- Utilización cuidadosa de
anécdotas, chistes, citas, ...
- No "mirarse al ombligo"
- Adecuación del discurso al auditorio



Características de las intervenciones:

- Vivas
- Con vocabulario: directo, simple, familiar
- Sin lenguaje ni actitud intelectual
- Habiendo sabido mantener la atención al principio
- Atractivas
- Sin andarse por las ramas
- Comenzar por lo chocante
- Con palabras de uso diario
- Hacer comprender las ideas a través de los hechos, y éstos a través de las personas

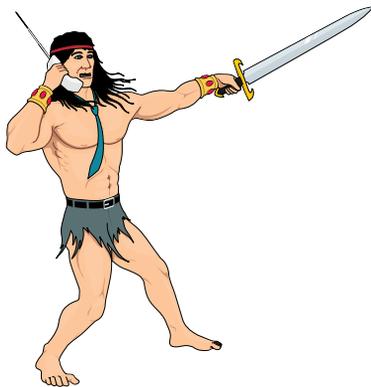


Actitud en la entrevista



- Mirar al entrevistador
- Utilizar el cuerpo y las manos
- Cambiar de posición
- Hacer pausas
- Impactar en la presentación
- Utilizar mensajes positivos más que negativos

Estrategia en varios frentes



Respeto con los profesionales

Considerar las circunstancias:

del MOMENTO (buscar conscientemente "perchas")

el ESPACIO

el TIEMPO

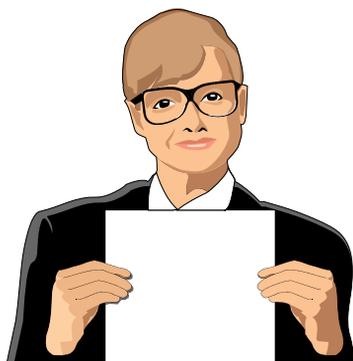
la FORMA

los CONTACTOS

Los medios de comunicación trabajan con noticias

Pocas ideas, claras y repetidas; evitar los sobrentendidos

Requisitos de la presentación



- AJUSTE a las condiciones de receptor
- PRESENTACIÓN del dato con rostro humano
- Poner énfasis en la RELEVANCIA del tema
- CONSISTENCIA y COHERENCIA de las IDEAS-FUERZA
- ADECUACIÓN del tono
- Imagen de SEGURIDAD
- Coherencia entre contenido del MENSAJE y ESTILO

Requisitos de la información

- Transparencia informativa
- Flujos constantes de información
- Rigor
- Buscar la oportunidad
- Ser previsor: programar la información
- Ser equitativo: tratar bien a todos
- Adelantar las buenas noticias:
PROVOCARLAS



- Criticar a los medios de comunicación
- Usar el oscurantismo informativo
- Mentir
- Ambigüedades
- Meter la pata: mejor callar
- Ver a los periodistas como enemigos
- Flatus vocis*
- Mezclar temas
- Decirlo todo y de golpe

Relaciones con los periodistas I

La entrevista:

- Espontaneidad
- Distinguir lo importante
- Evitar lo marginal

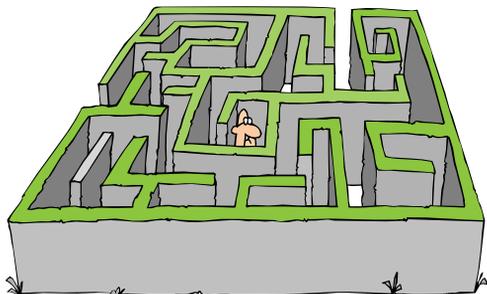
Ruedas de prensa:

- Temas de gran trascendencia
- No discutir, ni divagar
- No improvisar

Comunicados y Notas de prensa:

- Breve
- Interesante
- Actual
- Veraz

Relaciones con los periodistas II



- A.- Complementariedad de acciones
- B.- Planificación de una red de canales
- C.- Estar basado en los valores de la gente a quien va dirigida
- D.- Segmentación de la población
- E.- Mensajes Concretos
Convincentes
Llamativos
Espectaculares
Continuos
Soluciones-esperanzas

Estructura de una nota de prensa I

LO MÁS IMPORTANTE
NOVEDOSO
INTERESANTE

Lo menos
interesante

Estructura de una nota de prensa II

Lo principal del cuerpo informativo:
1^{er} párrafo (60 palabras)

No debe ser un resumen de toda la nota

Ha de ser suficientemente
completa para
interesar al
periodista

Estructura de una nota de prensa III



Cada párrafo debe escribirse como si fuera el último.

Al término de cada párrafo la noticia debe tener unidad en sí misma.

Esto permite mantener el interés hasta el final.

Para ello hay que unir con suavidad, mediante las partículas apropiadas las ideas afines.

Cada parte de una nota, un artículo o un reportaje ha de ser consecuencia lógica de la parte anterior.

Ningún párrafo debe contar con más de 100 palabras.

Estructura de una nota de prensa IV



Más que describir los hechos, hay que destacar las consecuencias de los mismos.

Una información no debe comenzar con un adverbio o locución adverbial, ni un complemento circunstancial, ya que dificulta el "enganche" a la nota de prensa.

En el cuerpo de la nota de prensa deben incluirse los datos que no aparecen en la entrada, explicar los antecedentes y apuntar las posibles consecuencias.

Lo ideal es no superar las 900 palabras.

Para la narración de los datos y de los hechos debe existir una cadencia, no contándolo todo a la vez, ni dando la sensación de barullo.

Estructura de una nota de prensa V



Hay que escribir con mentalidad de explicar lo que ocurre, sin olvidar describir detalles importantes para la correcta comprensión de quienes no conocen directamente el tema.

Un texto informativo debe explicarse en sí mismo.

Hay que ofrecer todos los datos necesarios para que se comprenda el entorno de los hechos.

El rigor del dato es fundamental.

Las informaciones deben personalizarse a ser posible. Hay que buscar protagonistas de las noticias con nombres y apellidos.

Si se usan anécdotas, hay que usar las que tengan valor simbólico.

Estructura de una nota de prensa VI



El escrito debe presentarse a doble espacio y una sólo cara.

Dar número de teléfono.

No a última hora (a no ser muy importante).

Planificar los envíos.

Llamar a los periodistas por su nombre.

Contactar con varios en un periódico.

Una rueda de prensa

Hora de la celebración entre las 11:30 y las 12:00 horas.

Líneas generales de actuación:

-Dos o tres días antes de la rueda de prensa

- * Envío de convocatoria a los medios de comunicación
- * Seguimiento telefónico para confirmar asistencia

-Celebración de rueda de prensa

- * Entrega de la carpeta de prensa el mismo día de la Rueda de Prensa a periodistas asistentes.
- * Envío de carpeta de prensa a periodistas que no hayan asistido,
EL MISMO DÍA DE LA RUEDA DE PRENSA

La carpeta de prensa incluye:

Nota de prensa
Resumen de los fundamentos de la rueda de prensa
Información adicional

El mejor momento de la comunicación



- 1.- Averiguar
- 2.- Anticipar
- 3.- Asociar
- 4.- Argumentar
- 5.- Ambientar

Para un mensaje eficaz

- 1.- Debe ser **RELEVANTE** (apropiado a las condiciones del receptor) (adaptado al contexto).
- 2.- Debe ser **SIMPLE** (sencillo, con el menor número de palabras).
- 3.- Debe ser **DEFINIDO** (explicar antes de ampliar, definir antes de desarrollar).
- 4.- Debe ser **ESTRUCTURADO**, en una serie de etapas sin sobrecarga, de una en una, sin pasar a una nueva mientras no se capte la anterior.
- 5.- Debe ser **REPETIDO** (insistiendo en los conceptos clave)
Importante volver a repetir aquello que no queremos que se pierda, no todo.
 - Utilizar ejemplos
 - Hacer resúmenes
 - Hablar pausadamente de las ideas difíciles
- 6.- Debe ser **COMPARADO** y **CONTRASTADO**.
 - Las ideas nuevas con las viejas
 - Lo desconocido con lo conocido
 - Destacando lo parecido
 - Destacando la diferencia
- 7.- Debe ser **ENFATIZADO**
REMARcado
DESTACADO
(hablando más alto, con diferente tono, utilizando pausas...)

Para que la comunicación sea eficiente

A.- CLARIDAD

HACER RESALTAR EL CONTENIDO

Presentar el contenido y hacerlo con estilo

CONCRECIÓN

B.- DESPERTAR INTERÉS

Atraer la ATENCIÓN

Mantener el INTERÉS



CON MENSAJES:

- con titulares
- dirigiéndose a una sola persona
- de CALIDAD, de algo nuevo, de actualidad
- de FACILIDAD
- de CONSEJOS y de TESTIMONIOS
- concretos, párrafos, frases y palabras cortas

C.- HACERLO TODO EN EL MOMENTO OPORTUNO

Todos los momentos no son iguales

Y la ESTRELLA no es la imagen, es SU OFERTA

- Sorprender con el mensaje
- Ser claro en la VENTAJA fundamental
- Implicar al usuario
- Inducir a la ACCIÓN
- No ser fanfarrón
- Ser CREÍBLE, haciendo de lo pequeño bello



APÉNDICE II

"LA HISTORIA DE UN NIÑO QUE PUDO SEGUIR VIVIENDO GRACIAS A UN CORAZON REGALADO"

Cuaderno de salud "Donaciones y trasplantes"
Centro de Salud Medina Sidonia

Autores:

M^a Dolores Sánchez

Antonio José Pineda

Manuel Castañeda

Concepción García

Esto que tenéis entre manos es un cuaderno fácil de utilizar y muy divertido para trabajar con él, porque no corresponde a una asignatura como a las que estáis acostumbrados, sino que lo que enseña es a compartir y a ser generosos con los demás, ayudando a otras personas, que por su estado de salud, no pueden vivir normalmente.

Queremos que mientras lees y trabajas este cuaderno, compartas con este protagonista su problema, que compruebes que la necesidad de obtener órganos es importante para que su vida continúe con las mismas posibilidades que cualquier niño.

Sin embargo, para que esto se lleve a cabo con el máximo cuidado y orden, necesitamos una gran Organización a nivel de todo el Estado. La «O.N.T.» o lo que es igual Organización Nacional de Trasplante, está en contacto con la Comunidad Andaluza y el resto de Comunidades a través de sus hospitales, de las personas responsables de cada uno de ellos, formando un gran circuito. Es lo que conocemos como Red Intrahospitalaria.

Todos ellos mantienen estrecha relación, encargándose de que cada órgano llegue al que más lo necesita en el menor tiempo. Es muy importante su trabajo y forman un gran equipo con un objetivo: «dar vida».

Queremos que ayudes; para ello tú tienes un papel importante, el de contarles a tu familia y tus amigos, todo lo que aprendas en este cuaderno, y animarles a que, como tú, sean solidarios.

Mis queridos amigos:

Os quiero contar una historia. Como en todas las que conocéis, en esta también tenemos un protagonista, se llama Juan, tiene diez años y está enfermo. Su corazón no funciona bien, está estropeado a causa de una enfermedad.

En la mayoría de los niños y personas mayores, cuando aparece este gran enemigo, nuestros grandes soldados: corazón, hígado, pulmones, riñones, comienzan una batalla contra los malos (microbios, virus...) que son los que producen las enfermedades, siendo el final la victoria y volviendo a estar sanos.

En el caso de nuestro amigo Juan, uno de sus grandes soldados, el corazón, ha caído en combate, y debe admitir su derrota, no puede jugar como todos los niños porque casi siempre está cansado y mucho más cuando hace algún esfuerzo.

Sin embargo no todo está perdido, las personas mayores han estudiado la posibilidad de poner recambios, al igual que cuando se nos rompe la rueda de la bici y nuestro papá o nuestro abuelo nos coloca una nueva.

¡Qué estupendo sería que a Juan le pudiesen poner un corazón de recambio!

A este recambio, en esta historia le llamamos:

Trasplante

Hay personas que mueren a diario, en muchas de ellas, los grandes soldados, corazón, hígado, pulmones, riñón, si están en buen estado, van a seguir viviendo unas horas.

Durante unas horas, la familia, los padres, hermanos, abuelos, dan permiso a los médicos para que utilicen estos órganos pudiendo ayudar a otros niños o mayores a cambiar sus órganos enfermos por los de la persona que murió, dándole así el recambio que necesita para poder tener una vida como los demás.

En esta historia, dar los órganos de una persona que no los va a necesitar porque ya murió, para otra que está enferma le llamamos:

Donación

Nuestro amigo Juan espera que alguien le dé un corazón, es muy importante para él, pero los días pasan y él sigue esperando.

Por fin llega la noticia esperada, una familia ha dado permiso al médico para que pueda disponer del corazón de alguien que ya no lo necesita porque ha muerto.

Empieza una carrera de obstáculos hasta conseguir que este gran soldado (¿os acordáis de cuáles eran los grandes soldados de nuestro cuerpo, verdad?) pueda colocarse como pieza de recambio en otra persona.

Desde el hospital han llamado a la madre de Juan que corre al colegio para darle la noticia a su hijo: «¡Han donado un corazón! Tenemos que irnos al hospital», Juan se pone nervioso y se pregunta una y otra vez: «¿Me servirá ese corazón a mí?».

Los médicos y enfermos comienzan el trabajo. Es muy importante que todo salga bien. Para esto, lo primero que se hace es conservar el corazón en una nevera para poder trasladarlo sin que se estropee, igual que hace mamá con la comida cuando vamos al campo o a la playa.

Juan cuenta los minutos, le han dicho que el corazón viaja en avión y en poco tiempo estará en el hospital. Todos sus amigos: médicos y enfermeras le han hecho muchas pruebas, análisis de sangre, radiografías, todo debe estar bajo control para saber si el gran soldado corazón se encontrará cómodo en el nuevo cuerpo.

Si esto es así, en esta historia diremos que el corazón que le han dado a Juan es:

Compatible

Sin embargo nos asusta la duda de que no lo sea y Juan tenga que seguir esperando, entonces en esta historia diremos que el corazón que le han dado a Juan ha sido:

Rechazado

¡Es lo peor que puede pasar!

Por suerte para Juan, la donación que hizo la familia de María, sin ellos saberlo, ha sido un éxito, el nuevo corazón sano y fuerte es compatible y Juan, des-

pués de unos días se da cuenta de que se cansa menos, que puede subir escaleras y cuando sale del hospital puede montar en bici, correr con sus amigos, jugar al fútbol, y se pone muy contento cuando no tiene que dejar de jugar al poco tiempo de empezar un partido.

Es un niño nuevo; y todo gracias a que un día la familia de María donó un corazón. Éste es el regalo más bonito que jamás le han hecho.

A esto en esta historia le llamamos:

Solidaridad

¿Os ha gustado la historia? Esperamos que sí. Es muy importante que sepáis que hay muchos niños y personas mayores como Juan, es decir, enfermos que esperan a los grandes soldados, para poder ganar la batalla de la enfermedad.

Sin embargo, si no hay personas como la familia de María, nunca llegarán a conseguirlo.

Es muy bonito dar y recibir regalos, pero lo es mucho, mucho más cuando esos regalos pueden

dar vida

LISTADO DE COLABORADORES*

M^a Isabel Álvarez Dieguez, médico, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Servicio Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Arquitecto Marcide-Novoa Santos, Ferrol (La Coruña).

Joaquín Álvarez Rodríguez, médico, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Servicio Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

Amparo Ballesteros Gil, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital La Paz, Madrid.

M^a del Rosario Barrio Yesa, enfermera, Coordinación de Trasplantes, Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

Lourdes Benítez Ruiz, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Servicio Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Miguel Casares Fernández-Alves, médico, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Servicio Nefrología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe (Madrid).

Encarnación Castillo Lorente, médico, Unidad Cuidados Intensivos, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital General de Especialidades Ciudad de Jaén, Jaén.

M^a Paz Cebrián Espejo, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital Doce de Octubre, Madrid.

Manuel de la Concepción, médico, Facultativo Especialista de Área de Traumatología, C. Ortopédica, Director Programa de Trasplantes de la Comunitat Valenciana, Conselleria de Sanitat i Consum, Valencia.

Marisol D'Luis Solano, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital General Universitario, Gregorio Marañón, Madrid.

Valter Duro García, médico, Proyecto SIEMBRA, Coordinador de Trasplantes, Hospital de Rio Grande Do Sul, Brasil.

José Luis Escalante Cobo, médico, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes de Madrid, Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes de Madrid, Hospital General Gregorio Marañón, Madrid.

* Algunos cargos de los colaboradores corresponden al momento de su participación en el Taller de Comunicación.

M^a Adela Getino Melián, médico, Coordinadora Autónoma de Trasplantes de Canarias, Dirección General de Asistencia Sanitaria, Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, Gobierno Autónomo de Canarias, Santa Cruz de Tenerife.

Purificación Girones Guillém, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital General Universitario La Fe, Hospital Infantil La Fe, Valencia.

Purificación Gómez Marinero, Servicio Nefrología, Coordinación Trasplantes, Hospital General d'Alacant, Alicante.

Julio González Cotarruelo, médico, Coordinador Autónomo de Trasplantes de Cantabria, Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Gumersindo González Díaz, médico, Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos, Coordinador de Trasplantes, Hospital Morales Meseguer, Murcia.

Carlota González Segura, médico, Adjunto Servicio Nefrología, Coordinación de Trasplantes, Hospital de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona).

Javier Guach Pomes, médico, Servicio Medicina Interna, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Hospital General de Castellón, Castellón.

M^a José Jiménez Tejera, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital de Rehabilitación y Traumatología, Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves, Granada.

Daryanaj Kumar Arjandas, Servicio Nefrología, Hospital de la Cruz Roja, INSALUD, Ceuta.

Trinidad Lara Pérez, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital General de Especialidades Ciudad de Jaén, Jaén.

Jesús Leal Cebrecos, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Cuidados Intensivos, Hospital San Pablo, Barcelona.

Jaime Lloret Rondon, médico, Servicio Medicina Intensiva, Servicio Unidad Vigilancia Intensiva, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Hospital Punta de Europa, Cádiz.

M^a Jesús López Cambra, médico, Adjunta Unidad Cuidados Intensivos, Hospital General, Segovia.

Moreno Marcucci, Vicedirector Médico, Hospital Provincial de Lucca, Región Toscana, Lucca, Italia.

Gema Marmiza Gazo, enfermera, Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes, Madrid.

Carmen Martín Delagebasala, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital de Rehabilitación y Traumatología, Ciudad Sanitaria Virgen de las Nieves, Granada.

Pilar Martínez García, médico, Facultativo Especialista de Área de Medicina Intensiva, Servicio Unidad de Cuidados Intensivos, Coordinación Trasplantes, Hospital Comarcal Universitario, Puerto Real, (Cádiz).

Gerard Maté Benito, médico, Servicio Nefrología, Coordinación Trasplantes, Hospital Universitario de Girona Doctor Josep Trueta, Girona.

José Luis Medina Almansa, enfermero, Servicio Quirófano, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Concepción Mosácula María, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Centro Especial Ramón y Cajal, Madrid.

Albino Navarro Izquierdo, médico, Coordinador Autonómico de Trasplantes de Madrid, Organización Nacional de Trasplantes, Madrid.

Rafael Navidad Vera, médico, Adjunto de Urgencias, Hospital Regional Carlos Haya, Málaga.

M^a Rosario Ortuño Moreno, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital del SAS de Torrecárdenas, Almería.

Ana Otero Terrón, psicóloga, Adjunta Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía, Servicios Centrales, Servicio Andaluz de Salud, Sevilla.

Graziella di Quirico, médico, Servicio de Radiología, Hospital Provincial de Lucca, Región Toscana, Lucca, Italia.

Mercedes Pascual Turrión, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Sabina Ramón Fernández, enfermera, Coordinadora Intrahospitalaria de Trasplantes, Hospital General de Especialidades Ciudad de Jaén, Jaén.

Juan Carlos Robles Arista, médico, Servicio Medicina Intensiva, Servicio Unidad de Cuidados Intensivos, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Manuel Rodríguez Carvajal, médico, Servicio Medicina Intensiva, Servicio Unidad de Cuidados Intensivos, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Pedro Rodríguez Villasonte González, médico, Adjunto de Urgencias, Hospital Regional Carlos Haya, Málaga.

José Rubio Quiñones, médico, Jefe de Sección, Unidad de Cuidados Intensivos Urgencias, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.

Encarnación Sagredo Sagredo, enfermera, Coordinadora, Organización Nacional de Trasplantes, Madrid.

Francisco Sánchez Bueno, médico, Coordinación Autonómica de Trasplantes, Murcia.

Carlos Santiago Guervós, médico, Coordinador Intrahospitalario de Trasplantes, Hospital General, Alicante.

Carmen Segovia Gómez, enfermera, Coordinadora, Organización Nacional de Trasplantes, Madrid.

Manuel Serrano Gamo, enfermero, Organización Nacional de Trasplantes, Madrid.

M^a Carmen Serrano Troya, enfermera, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Puerta del Mar, Cádiz.