



REAL ACADEMIA
GALEGA DE CIENCIAS

DOAZÓN DE ÓRGANOS

Factores sociais e propostas de acción

Antonio Álvarez Sousa

Discurso de Ingreso na Real Academia Galega de Ciencias

Santiago de Compostela, 25 de abril de 2017

ÍNDICE

Limiar

1. Introducción

1.1. O problema da escaseza de órganos para realizar transplantes e a negativa á doazón

1.2. Obxectivos

2. Distintos paradigmas sociolóxicos para analizar a doazón de órganos

3. Metodoloxía de análise das ciencias sociais aplicadas ao comportamento sobre a doazón de órganos

4. A acción social de doar

4.1 Doantes e non doantes: Factores individuais, grupais e contextuais que os condicionan

4.2. Motivacións dos doantes. Tipos de altruísmo

4.3. Razóns para non doar: Morte, medos, mitos, rumores, lendas urbanas. A construción social da realidade e a profecía autocumprida

5. Socialización e sensibilización na doazón de órganos

5.1. Coñecemento das leis sobre a doazón e postura sobre a creación de leis europeas para protexer os doantes e para promover a doazón

5.2. Coñecemento de receptores de órganos

5.3. Accións de sensibilización

5.4. Participación en comentarios, foros, redes e rexistros de doazón

6. Conclusións e propostas de acción

Epílogo

Referencias

Excmo. Sr. Presidente da Real Academia Galega de Ciencias,
Excmas. e Excmos. Sras. e Sres. Académicos,
Autoridades,
Compañeiros, amigas e amigos,
Señoras e señores,

LIMIAR

Quero comezar este discurso de ingreso agradecéndolles, de todo corazón, aos membros da Real Academia Galega de Ciencias que me elixisen para ingresar nesta importante Institución. Desexo recoñecérllelo a todos eles, e de xeito especial ao seu Presidente, Prof. Dr. D. Miguel Ángel Ríos Fernández.

Para min é unha grande honra. Desde que me comunicaron a dita elección sentín unha grande alegría e meirande ilusión. Espero, por tanto, poder corresponder esta confianza que en min depositaron, contribuír aos obxectivos da investigación científica en colaboración coas outras ramas do coñecemento e, xuntos, traballar polo desenvolvemento integral da sociedade galega e da humanidade en xeral.

Antes de comezar co tema do meu discurso, quérolles agradecer ás persoas e institucións que me axudaran ao longo da miña andaina. Foron moitas, e brindáronme axuda de distinta natureza, no humano e no científico. Non as vou a nomear a todas elas, pero si facer referencia a algunhas que me axudaron no persoal e afectivo, no intelectual e académico, no laboral e profesional.

Nos meus estudos de licenciatura (en Filosofía e Ciencias da Educación, en Socioloxía e Ciencias Políticas e en Comunicación Audiovisual) e doutoramento estoulles agradecido á Universidade de Santiago de Compostela e á Universidade Complutense de Madrid. Foron moitos os profesores que me ensinaron e que dedicaron parte do seu tempo e do seu saber a que eu medrase intelectualmente. Pero, entre eles, quero sinalar de xeito especial os meus directores de tese de doutoramento Lorenzo Navarrete Moreno, Juan Luis Pintos e o presidente do tribunal Luis González Seara, quen fora ministro de Universidades e Investigación e tan ben nos acollía os galegos que iamos estudar a Madrid.

Xa fóra de España teño que agradecer as ensinanzas de dous grandes mestres da socioloxía, os profesores Pierre Bourdieu do Colexio de Francia en París e Inmanuel Wallerstein da Universidade de Binghamton-Nueva York.

En todo este labor teño que agradecer a acollida que tiveren en distintas universidades para exercer labores de docencia e investigación. A primeira, a de Santiago de Compostela, onde comecei a miña andaina; logo a Universidade da Coruña, a que me trasladei no ano 1992, onde estaba como decano José Luis Veira Veira con quen sempre mantiven unha excelente relación e sempre me brindou apoio; a Escola Universitaria de Turismo da Coruña-Centro Español de Novas Profesións; a Universidade Nacional de Educación a Distancia; e a moitas outras Universidades de España e de distintos países de Europa e América.

Nestes agradecementos non podo esquecer as grandes institucións de socioloxía de España que en todo momento me prestaron apoio, como son, o Centro de Investigacións Sociolóxicas e o seu actual director, don Cristóbal Torres Alberó, a Federación Española de Socioloxía e o seu actual presidente, don Manuel Fernández Esquinas, o Ilustre Colexio Nacional de Doutores e Licenciados en Ciencias Políticas e Socioloxía e o seu decano, don Miguel Ángel Ruiz de Azúa, e o seu secretario don Lorenzo Navarrete Moreno.

O que eu son, a achega que podo facer ao progreso das ciencias sociais para o avance do coñecemento teórico e metodolóxico, así como para a contribución ao desenvolvemento da sociedade cara a unha Galicia con mellor nivel e calidade de vida, unha sociedade cada vez máis humana, débollelo a todos eles. O que eu son e podo achegar é a suma de beber de todas esas fontes que me foron brindando cada unha das institucións e cada unha das persoas, o seu coñecemento acumulado e a súa reflexión crítica a prol da rixidez científica e do progreso da humanidade.

Quero rematar estes agradecementos facendo referencia a María Andrade, intelixente alumna e gran colaboradora, a distintas persoas que traballaron comigo en equipos facendo plans de desenvolvemento, investigando e, sobre todo, dedicando parte do seu tempo e saber a labores de dirección como coordinadores de grao, encargadas de PAT, vicedecanas, secretarías. Aos compañeiros do GET. Ao meu secretario Federico Durán Bouza que desde hai vinte anos me axuda en todo.

No afectivo a meu tío, a quen tanto amei, a miña nai, aos meus irmáns Julia, Manolo, Serafín. Á miña dona María Jesús que representa a sensatez da vida. Aos meus fillos, Diego e Xurxo dos que aprendo cada día. Diego que me

sorprende a cotío coa interpretación científica da sociedade seguindo os modelos da ciencia médica. Xurxo, coa súa finura na odontoloxía, procura a máxima perfección nos detalles máis minúsculos.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. O PROBLEMA DA ESCASEZA DE ÓRGANOS PARA REALIZAR TRANSPLANTES E A NEGATIVA Á DOAZÓN

O tema que hoxe imos tratar, Sr. Presidente, é un tema fundamental dentro da ciencia, un tema que afecta ás nosas vidas, ás vidas de centos de milleiros de persoas que todos os anos poden recuperar a súa saúde e seguen vivindo, traballando, coidando dos seus fillos, das súas familias, levando a cabo tarefas científicas, políticas, produtivas, humanitarias, grazas a que outras persoas doaron unha parte do seu corpo para que elas sigan vivas.

Para levar a cabo esta práctica, a máis loable da ciencia, que é dar vida a persoas que estaban a piques de a perder –e pérdena moitos milleiros de persoas cada ano por non ter quen doe–, os especialistas da medicina necesitan da colaboración da sociedade. A ciencia ten coñecementos dabondo para poder actuar e darlles vida a persoas a quen lles deixa de funcionar un órgano vital, pero falta o outro elemento: que existan persoas que doen un órgano propio en vida, ou de familiares mortos.

Moitas persoas doan, pero outras dan a negativa como resposta. Ante este problema, o noso labor de sociólogos é estudar como proceder para que o comportamento das persoas sexa favorable á doazón e así poder levar cabo transplantes e dar vida anualmente a centos de miles de persoas en todo mundo. Se logramos pór de manifesto as motivacións da doazón e as razóns polas que certas persoas non son favorables e non doan, para facer propostas éticas e axeitadas aos seus motivos e cambiar o seu comportamento, entón estamos facendo un gran labor científico e humano.

Isto é o que esperaban de nós os membros da Oficina de Coordinación de Transplantes do CHUAC (Complejo Universitario Hospitalario A Coruña) cando nos chamaron para levar a cabo o estudo, e o que seguen esperando na actualidade: que a ciencia sociolóxica descubra o comportamento das persoas e contribúa a difundir a cultura da doazón entre a poboación. Así, eles poderán levar a cabo o seu traballo e salvar vidas humanas.

Segundo os datos da Organización Nacional de Transplantes (ONT, 2016a, 2016b), no ano 2015 transplantáronse 119 873 órganos en todo mundo, os

cales foron posibles grazas a 27 397 doantes. Se se realiza unha análise lonxitudinal, pódese apreciar un incremento constante. Nos últimos cinco anos o dito incremento foi dunha media do 3 % anual¹. Con todo, «Pese a este aumento, tanto a OMS como a ONT estiman que estas cifras representan unicamente o 10 % da necesidade mundial de transplantes» (ONT, 2016, p. 1).

Referíndonos en concreto á Unión Europea, en 2015, os datos que nos proporciona *Newsletter Transplant* son que se doaron os órganos de 10 495 persoas despois da súa morte. Isto representa 20,8 doantes por millón de habitantes (pmp), pero hai grandes diferenzas entre países, sendo España un país punteiro coa cifra de 40,2 pmp e Grecia un dos últimos con 3,5 pmp. Aínda que houbo moitos doantes, tamén existen familias que rexeitaron a doazón. As cifras de rexeitamento poden variar entre países, e ao longo do tempo. Na nosa investigación ímonos basear na *intención de doar*, pois sabemos que se unha persoa ten a intención e o comunica polas canles persoais e institucionais, entón levarase a cabo a doazón se se presentase a situación.

Segundo as enquisas do Eurobarómetro 72.3, en que entrevistaron a 24 652 persoas de distintas características sociais dos diferentes países da Unión Europea, un 66.3 % da poboación está disposta a doar os seus órganos ou os dun familiar falecido –ponderado un 68.3. Porén, se lle preguntamos pola doazón de tecidos concretos (ósos, pel, córnea, válvulas do corazón...) e non de doazón en xeral, segundo o eurobarómetro 82.2 que entrevistaron a 27 868 persoas, a porcentaxe baixa ata o 54.9 % -ponderado un 58.1. Preocupados por descubrir as razóns desta diferenza, indagamos entre a poboación e descubrimos que a diferenza vén dada pola rememoración desagradable dun conxunto de emocións incontrolables (Toits, 1989) que produce pensar na mutilación que lle causaría ao seu corpo o feito de lle extraer tecidos concretos.²

A necesidade de realizar transplantes, cun elevado número de pacientes que morren todos os anos por falta dun órgano, en principio é un *problema médico*, pero a solución é un *problema social*. Depende do comportamento das persoas para doar órganos en vida, ser ou non partidario de que se doen os

¹ Estes datos están tomados de *Newsletter Transplant* (2016), que edita a ONT e recolle os datos de 112 países.

² En todo caso, esta é unha hipótese de traballo a que chegamos logo de aplicar técnicas cualitativa. Resulta necesario comprobar dita hipótese con outro tipo de técnicas.

seus órganos despois de falecer, ou conceder ou non permiso para doar os órganos dun familiar que xa non pode volver á vida.

A explicación das actitudes e do comportamento das persoas ante a doazón de órganos, lonxe de ser un tema individual é un tema social. Simmel considera que «o individuo é só o lugar en que se enlazan os fíos sociais» (Simmel, 1977).

1.2. OBXECTIVOS

As preguntas que nos facemos, por tanto, ante este problema refírense ás características das persoas con actitudes favorables ou contrarias á doazón, os motivos que levan a doar e as razóns que levan a non doar; como levar a cabo accións de socialización para que todos os partidarios de doar deixen constancia, como variar as condicións sociais de existencia dos non partidarios para que muden a súa actitude.

- a) Existen diferenzas *nas condicións sociais de existencia* entre as persoas que son partidarias de doar e as que non o son?. Se existen, entón podemos actuar sobre as características que as diferencian para así poder mudar a súa actitude e comportamento e converter a todos en doantes potenciais.
- b) Cales son as *motivacións* que levan as persoas a ter actitudes positivas para doar?. Podemos ser doantes debido a uns valores altruístas, pero existen distintos tipos de altruísmo, podendo algúns estar preto do egoísmo. A división histórica entre os pensadores que defenden que a natureza humana é fundamentalmente egoísta ou altruísta debe de ser tida en conta para dar explicación das motivacións de doazón.
- c) Cales son as *razóns* que levan a determinadas persoas a manifestar actitudes negativas cara á doazón?. Existen *rumores, mitos, lendas urbanas* que son construídos socialmente (Berger e Luckmann, 1986) pero inflúen nas persoas para tomar decisións sobre a doazón. Os organismos oficiais emiten comunicados para desmentir tales mitos. A pregunta que nos facernos é se tales percepcións subxectivas teñen algún fundamento obxectivo. Os rumores teñen un gran poder, como sabemos xa desde os pensadores gregos Sócrates ou Platón. De existir fundamentos para rumores, cal sería o xeito de os erradicar?.
- d) Existe un *proceso de socialización na acción social de doar* ben definido con actores e funcións para estender a cultura da doazón?. Resulta necesario que as persoas coñezan as leis, as recomendacións, as institucións encargadas de velar polo seu cumprimento. Que coñezan outras persoas

partidarias da doazón, que coñezan doantes. Pero, ademais, no proceso de socialización, saben as persoas cal é o xeito de comunicar a súa postura e de a poñer en práctica?. Por que existen moitas persoas que son partidarias de doar e non deixan constancia?, sendo posible que logo non se cumpra a súa vontade e os seus familiares, de ser o caso, non doen. Existen distintas canles de comunicación. Cada momento na evolución da sociedade ten as súas propias: oral, rexistros oficiais, redes sociais etc. Certo que existen rexistros oficiais, pero é necesario chegar a esas persoas para que o saiban, e que sexan áxiles para que fagan o trámite, e que se fíen delas para que saiban que non se vai a facer un mal uso. Ademais dos rexistros oficiais hai que introducir o tema nas familias e nas redes sociais.

2. DISTINTOS PARADIGMAS SOCIOLÓXICOS PARA ANALIZAR A DOAZÓN DE ÓRGANOS

A socioloxía, como ciencia, parte de distintos paradigmas teóricos para observar o comportamento humano, explicalo e facer propostas de acción. Estes paradigmas poden estruturarse a partir de tres grandes dimensións (Ritzer, 1996) que son: micro-meso-macro, subxectivo-obxectivo, consenso-conflito. Destes paradigmas temos importantes reflexións adaptadas á socioloxía da medicina (Clarke, 1981; Conrad, 2009).

As *visións micro* defenden que o posible comportamento ante a doazón de órganos depende de factores individuais. As *visións macro* consideran que o comportamento depende das construcións que o sistema exerce sobre as persoas. As *visións meso* relacionan os aspectos individuais e os comportamentos como froito do grupo social a que pertence a persoa segundo as súas condicións sociais de existencia. A postura que aquí defendemos é unha conxunción de ambas, pois o sistema é creado polas accións das persoas e das institucións, pero ao mesmo tempo as persoas están condicionadas moral e legalmente por este e polas desigualdades sociais entre os grupos. Pero o sistema non é tan ríxido que non admita a vontade das persoas e o cambio. Sen caer no puro voluntarismo individualista, tampouco somos partidarios dun estruturalismo que leva á inmovilidade: É posible levar a cabo accións de cambio desde as institucións, tendo en conta a forma de pensar e sentir dos cidadáns, para que as persoas se socialicen na doazón e sexan doantes.

Pero non só é necesario analizar o individual e o estrutural, senón que dentro de, por exemplo, as teorías microsociolóxicas é necesario diferenciar con precisión entre elas e como están influíndo na explicación do comportamento

sobre a doazón de órganos. Para os teóricos do intercambio a conduta dos posibles doantes depende de factores externos ao individuo, das funcións de reforzo proporcionadas por outras persoas na interacción co equipo de transplantes (as recompensas das que máis adiante falaremos). Non obstante, para o interaccionismo simbólico e a socioloxía fenomenolóxica, o máis importantes son os significados que as persoas lles dan a esas accións, de xeito que ás veces ofrecer algunha recompensa pola doazón pode levar consigo un resultado negativo porque é mal interpretado. É dicir, temos que diferenciar entre os aspectos *obxectivos-subxectivos* e a relación entre ambos.

As visións subxectivas consideran que a realidade é froito dunha vontade subxectiva das persoas, que existe unha construción social da realidade que unha vez feita funciona de forma autónoma e se impón ao noso comportamento. A visión obxectiva parte dunha realidade obxectiva á marxe da conciencia das persoas. A nosa postura é a defensa dunha mestura de ambas as dúas. Existe unha construción social da realidade sobre a doazón de órganos que afecta ao noso comportamento, e uns valores de altruísmo-egoísmo. Tamén existe unha realidade obxectiva que se aparta das ditas imaxes, así como das versións oficiais sobre o tema e que pode ser determinante a hora de dar crédito a rumores e mitos sobre a doazón. Temos que ver a realidade sempre cunha ollada crítica, sobre todo ante declaracións por parte de distintos actores que son contraditorias.

As *visións do consenso* baséanse nas accións sociais que intentan manter o sistema e o comportamento tal e como está, xustificando á súa vez a estrutura social dominante existente. As *visións do conflito* poñen o acento nas desigualdades de comportamento que proceden de desigualdades ante o sistema que trata de xeito distinto as persoas. Intentan descubrir a lóxica da acción social existente e poñela en comparación con outra estrutura social que consideran máis axeitada, máis moral con outros principios, sinalando as accións para facer o cambio social (Habermas, 1982). Na doazón de órganos hai que recoñecer os logros do sistema –sobre todo en España, país modelo a nivel mundial–, pero tamén hai que escoitar os que non queren doar, *os que critican* certos aspectos da doazón para así poder facer os cambios de fondo ou ás veces mesmo de imaxe³, e chegar a unha situación en que, como ideal, todas as persoas sexan partidarias da doazón e non existan negativas cando se produce o caso da doazón dos órganos dun familiar. Haberá que cambiar

³ Moitas veces, como veremos coa análise dos rumores, a maioría non teñen ningún fundamento, pero é necesario cambiar a imaxe pública sobre a doazón e o comportamento que iso leva consigo.

mentalidades egoístas por outras altruístas, haberá que desmentir determinadas imaxes negativas sobre a doazón que non son verdadeiras, pero tamén haberá que corrixir determinados aspectos do sistema que non son adecuados como é o mal denominado turismo de transplantes⁴.

Desde a socioloxía relacional considérase que o comportamento das persoas ante as distintas circunstancias que lle afectan na vida é diferente baseándose nas súas *condicións sociais de existencia*. Condicións de existencia que veñen dadas por factores individuais, grupais e contextuais (Bourdieu, 1979). Cando se trata de temas relacionados co noso corpo e coa morte, eses factores entran en xogo condicionando as nosas decisións de xeito distinto segundo a nosa posición no sistema social. Nos estudos de *socioloxía da saúde*, a medición das *desigualdades entre os grupos sociais* é fundamental, así como os aspectos contextuais dos países onde se vive (Arcaya et al., 2015; Braverman & Tarimo, 2002; Globardes et al. 2007). É importante como lles afectan aos diferentes grupos sociais as distintas enfermidades e o sistema sanitario, pero tamén é importante como responden os distintos grupos sociais ás necesidades do sistema sanitario como é a doazón de órganos.

As condicións sociais de existencia supoñen distintos estilos de vida. O estilo de vida pode medirse en tres indicadores que representan distintos ámbitos que se poden relacionar coa doazón: nivel de vida (indicador obxectivo), satisfacción coa vida (indicador subxectivo), participación social (indicador relacional). Pero tamén debemos ter en conta as estruturas do país onde viven, como son o sistema de doazón, a imaxe de corrupción do sistema, os valores altruístas etc. Ademais das desigualdades entre os grupos sociais, tamén debemos ter en conta as desigualdades entre países (Wallerstein, 1989) que explican diferenzas ante a doazón, así como accións de dependencia que levan a viaxes para transplantes e dan fundamento a certos mitos negativos sobre a doazón.

Só tendo en conta as condicións sociais de existencia, relacionadas co estilo de vida e co contexto, vistos desde unha perspectiva crítica pero tentando darlle solución dentro do sistema existente, podemos entender os motivos da doazón ou a negativa a doar, e facer propostas axeitadas que melloren o sistema e os resultados da doazón.

⁴ Dicimos mal denominado porque non é turismo, e as institucións do turismo están en contra da dita práctica. O turismo é unha viaxe que ten como obxectivo o lecer e non o tráfico e transplante de órganos.

3. METODOLOXÍAS DE ANÁLISE DAS CIENCIAS SOCIAIS APLICADAS AO COMPORTAMENTO SOBRE A DOAZÓN DE ÓRGANOS

En socioloxía empréganse dúas grandes metodoloxías que son a cuantitativa e a cualitativa. Aínda que a maioría dos estudos se fan con metodoloxía cuantitativa, medran cada vez máis aqueles estudos que empregan unha combinación de ambas. Coa metodoloxía cualitativa afóndase no significado das accións e coa cuantitativa mídese o alcance destas.

No tema da doazón de órganos é imprescindible entender as motivacións para a doazón e as razóns para non doar empregando metodoloxías cualitativas, que afonden no significado que para poboación ten a doazón e a súa postura a favor ou en contra. A metodoloxía cuantitativa é imprescindible para coñecer a socialización da poboación na doazón de órganos, o alcance das decisións de doar ou non doar, a que porcentaxe de poboación representa, que peso teñen as distintas motivacións para doar, que peso teñen as distintas razóns aducidas para non doar.

Ambas metodoloxías son importantes, pois do significado profundo que teñan as ditas motivacións para doar e razóns para non doar, así haberá que enfocar as accións para levar a cabo polos responsables da doazón para chegar a combater a causa dos problemas. Só podemos cambiar comportamentos incorrectos se coñecemos a causa que os provocan. Pero a metodoloxía cuantitativa tamén é imprescindible, pois dependendo do peso que teñan os distintos motivos e razóns, así haberá que se centrar con maior ou menor número de accións, e destinar recursos humanos e materiais.

Para a análise cuantitativa tomamos os datos fundamentalmente dos Eurobarómetros 72.3 (doazón de órganos) e 82.2 (doazón de tecidos). Pero tamén tomamos datos doutros eurobarómetros (66.1 datos sobre relixión, 79.2 datos de opinión sobre a ciencia e a tecnoloxía, 79.1 datos sobre corrupción do sistema sanitario) e do European Value Survey 2008. Aplicamos a análise mediante ecuacións estruturais xeneralizadas (GSEM) para determinar o peso das distintas variables que inflúen na doazón, as motivacións para doar, as razóns para non doar e a decisión de comunicar a intención persoal. A análise mediante ecuacións estruturais combinouse nalgúns casos con análise multinivel realizada de forma conxunta. Empregamos o programa STATA.

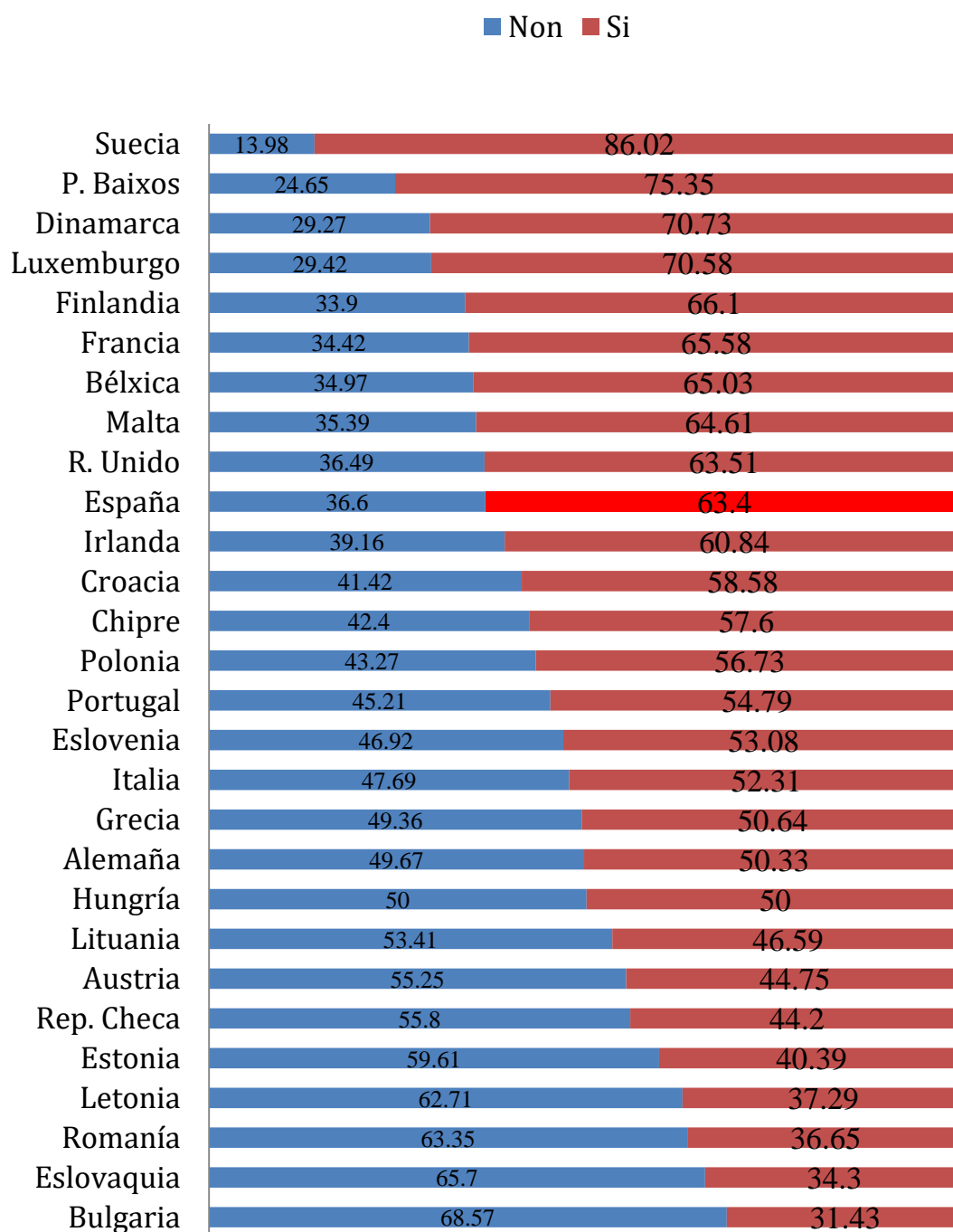
4. A ACCIÓN SOCIAL DE DOAR

4.1. DOANTES E NON DOANTES: FACTORES INDIVIDUAIS, GRUPAIS E CONTEXTUAIS QUE OS CONDICIONAN

A decisión de doar ou non doar é algo individual, pero está influenciada polas condicións sociais de existencia das persoas. As ditas condicións sociais de existencia están conformadas por factores *individuais, grupais e contextuais* que se corresponden con visións micro, meso e macro. A satisfacción coa vida das persoas, a formación, a idade, o nivel social, o capital social. Tamén existen estudos que demostran a influencia doutros factores contextuais como son o sistema de valores da sociedade onde vive, a relixión, a consideración da importancia da ciencia e a tecnoloxía, a crenza de que existe corrupción social e do sistema sanitario, o desenvolvemento do Estado de Benestar. Existen dous grandes sistemas de doazón, un baseado no consentimento informado e outro no presunto, os cales tamén poden estar influíndo nas actitudes da poboación. Ademais, hai unha cultura da doazón que pode ser distinta en diferentes países.

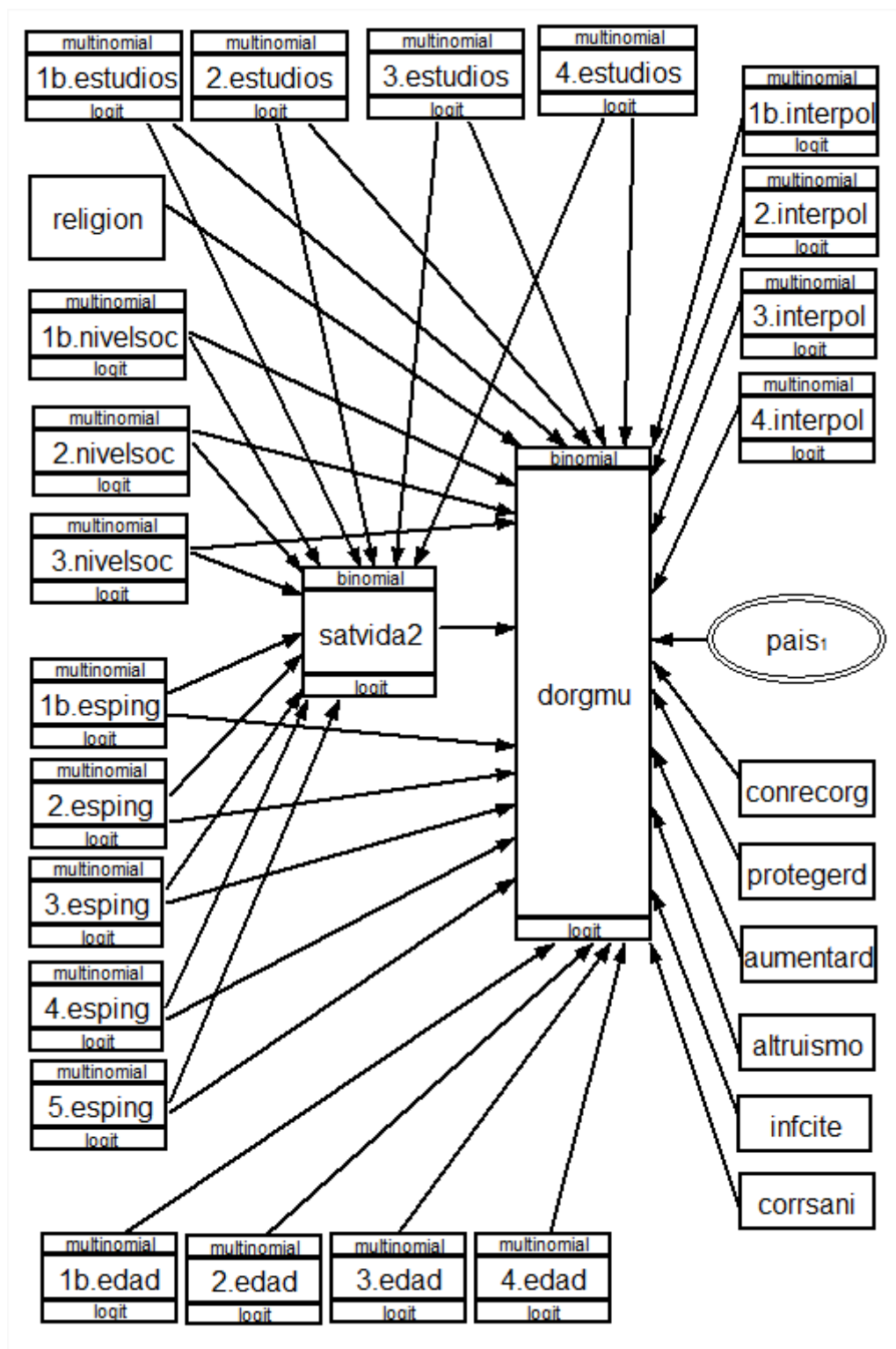
Se lles preguntamos aos cidadáns da Unión Europea pola actitude cara á doazón de tecidos (ósos, pel, córnea, válvulas...) tras o falecemento, un 45 % di que non está a favor de os doar despois de morrer. Si facemos a ponderación a cifra dos non dispostos é do 42%. Pero existen grandes diferenzas entre os países, sendo Suecia, Holanda e Dinamarca aqueles en que está disposta a doar unha maior porcentaxe de cidadáns. Pola contra, Bulgaria, Eslovaquia e Romanía son os tres países en que existe unha menor porcentaxe de partidarios. España ocupa o décimo posto entre os países mellor posicionados a doar (véxase o gráfico 1).

Gráfico 1: Disposición á doazón de tecidos tras o falecemento



Para analizar os factores que condicionan a disposición a doar partirmos da figura 1, en que se recolle a influencia dos factores mediante un sistema de ecuacións estruturais xeneralizadas con inclusión do factor multinivel do país onde viven.

Figura 1: disposición a doar órganos segundo as condicións sociais de existencia



No esquema 1 pódense ver os resultados. As persoas que teñen menor probabilidade de ter actitudes positivas cara á doazón son as que non están satisfeitas coa vida, de baixo nivel social, con baixa formación, escaso interese pola política, maiores, non coñecen transplantados, non son partidarias de elaborar leis europeas sobre doazón de órganos. Tamén inflúe o contexto onde viven, sendo menos partidarios os que viven en países da ex Unión Soviética, con baixo grao de altruísmo, baixa importancia da relixión na sociedade, baixa consideración da ciencia e a tecnoloxía e con sistemas sanitarios que consideran corruptos.

Esquema 1: ACTITUDE POSITIVA/NEGATIVA A DOAR SEGUNDO A INFLUENCIA DAS CONDICIÓNS SOCIAIS DE EXISTENCIA		
	ACTITUDE POSITIVA	ACTITUDE NEGATIVA
VARIABLES INDIVIDUAIS-GRUPAIS		
Satisfacción coa vida	Elevada	Baixa
Nivel social	Elevado	Incrementátese a medida que descende o nivel social
Estudos	Superiores	Aumenta a medida que descende o nivel de estudos
Interese pola política	Elevado	Aumenta a medida que descende o interese pola política
Idade	Novos	Aumenta a medida que aumenta a idade
Coñece transplantados	Si	Non
Partidario de leis europeas para protexer doantes	Si	Non
Partidario de leis europeas para aumentar doantes	Si	Non
VARIABLES CONTEXTUAIS		
Tipo de país en que vive segundo o modelo de Estado de Benestar	Son máis favorables os que viven en países socioaldemócratas, seguidos de continentais, meridionais e liberais	Ex Unión Soviética

Altruísmo	Elevado	Aumenta a medida que descende a porcentaxe de poboación que considera que no seu país existen valores altruístas
Importancia da relixión na sociedade	Elevado	Aumenta a medida que descende a importancia da relixión na sociedade
Consideración da influencia da ciencia e a tecnoloxía na sociedade	Elevada	Aumenta a medida que descende a consideración da importancia da ciencia e a tecnoloxía na sociedade
Corrupción do sistema sanitario	Baixa	Elévase a medida que se incrementa a consideración de que existe corrupción no sistema sanitario do seu país
Elaboración propia a partir dos datos Eb 82.2, aplicando Generalized Structural Equation Modeling (GSEM)		

4.2. MOTIVACIÓNS DOS DOANTES: TIPOS DE ALTRUÍSMO

Cando as persoas deciden doar órganos, están mostrando unha disposición altruísta. Pero existen distintos tipos de altruísmo, desde un altruísmo puro totalmente desinteresado, a un altruísmo que podemos denominar egoísta ou interesado. Ademais, o altruísmo puro pode estar baseado en distintos valores, desde unha postura puramente humanista, ata unha postura máis materialista ou outra de corte científico.

O concepto de altruísmo relacionado co desenvolvemento da sociedade xa foi analizado polos clásicos da socioloxía como Comte (1912). No fondo podemos considerar que o doante cumpre cunha norma, pero o dito cumprimento pode estar baseado en fundamentos morais ou sociais (Elster, 2005, 2006, 2007; Rodríguez-López, 2013). A división que Elster realiza entre distintas normas en sociais, case morais e morais é apropiada para diferenciar entre distintos tipos de motivos para ser doante.

- a) O doante altruísta puro cumpre unha norma moral, cumpre a norma de doar de forma incondicional: é doante por axudar os demais, sen saber a quen.
- b) O doante altruísta social, case-moral, cumpre a norma porque existe un sistema en que todos colaboramos, científicos e cidadáns e requírese a

colaboración para que non exista escaseza e o sistema poida seguir funcionando.

- c) O doante altruísta-egoísta doa para que a súa familia e amigos estean ben, porque sabe que tamén recibirá el o mesmo trato se o necesita (Elster, 2005, 2006, 2007). Así, algunhas condutas cualificadas de altruístas, no fondo obedecen a motivos egoístas (privatismo familiar) e só se cumpren se hai reciprocidade. Máis que altruístas son persoas egoístas, astutas, con posturas estratéxicas para conseguir algo (só é doante a cambio de algo para si ou a súa familia).

Nunha liña similar ao desenvolvemento de Elster está a proposta de Bar-Tal (1986) e Bowles et al. (2003), para quen o altruísmo puro debe consistir en que as accións sexan voluntarias, intencionais e incondicionais. Débense facer (Siefken, 2008):

- Mirando polo ben dos outros, non dun mesmo ou dos seus achegados
- Sen esperar nada a cambio, ningunha retribución
- Ademais, se é preciso, fágoo aínda que iso supoña certo malestar para min
- Debe engadirse o concepto de intencionalidade, buscar o ben dos demais (nisto diferénciase o benestar actual de certas formas de comportamento tradicional). Aínda que non se consiga o fin, o importante é a intención.

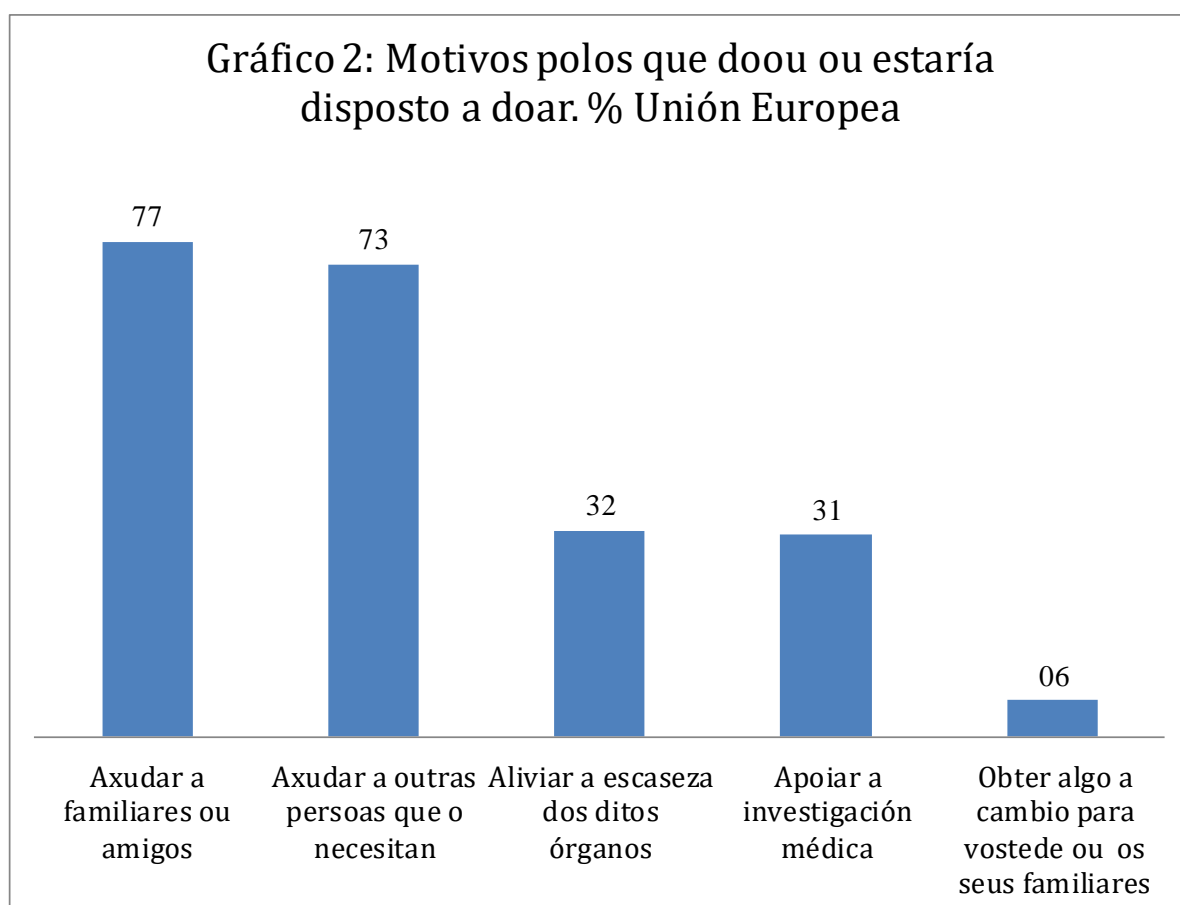
No outro extremo atópase un altruísmo que nós identificamos co altruísmo egoísta debido a que coa acción lles está dando algo a outros no sistema, pero a cambio de recibir algo:

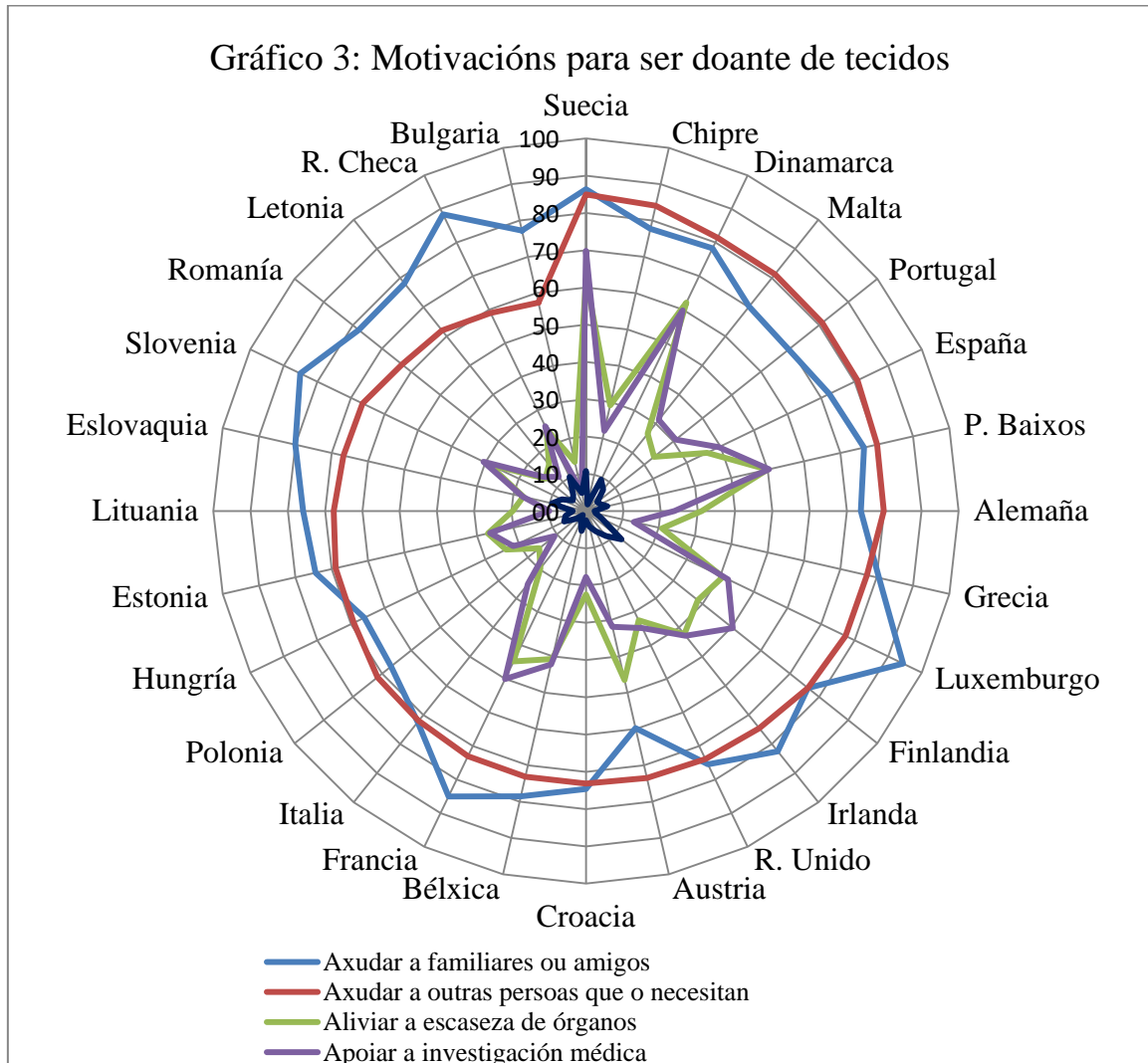
- Recibir a aprobación dos outros, buscando ou non algo material
- Non só busca o benestar dos outros, senón que o fai como medio na procura do seu propio .

Podemos así considerar que aínda que o importante é que exista doazón, o ideal sería que a dita doazón se realizase debido a motivacións altruístas puras e non por motivos de reciprocidade de altruísmo egoísta.

Para analizar os motivos polos que unha persoa doou ou estaría disposta a doar órganos, fíxoselles aos cidadáns europeos unha pregunta en que se inclúen posibles respostas múltiples: a) para obter algo a cambio para vostede ou os seus familiares, b) para axudar a un familiar ou amigo, c) para aliviar a escaseza das ditas substancias, d) para apoiar a investigación médica, e) para axudar a outras persoas que o necesitan.

Polos datos do gráfico 2 podemos ver que entre os doantes actuais ou potenciais, existe unha situación en que as persoas son ao mesmo tempo altruístas e egoístas. Doan polo ben dos demais (73 %), pero tamén están pensando nos familiares e nos amigos (77 %). No outro extremo da porcentaxe están os que doan para obter algo a cambio, un altruísmo egoísta que representa un 6 % da poboación doante. Altruístas casemorais temos aqueles que son doantes para aliviar a escaseza das substancias (32 %) ou para apoiar a investigación médica (31 %).





Segundo os datos da táboa 1 e o gráfico 3, os países en que predomina un altruísmo puro (superan o 80% dos que son partidarios de doar) son Suecia, Chipre, Dinamarca, Malta, Portugal, España e Holanda. No caso contrario con cifras que incluso baixan do 60 % están República Checa e Bulgaria. A situación de España é claramente dun baixo altruísmo egoísta –en comparación cos outros países está un 4 % por debaixo da media da UE–, e dun elevado altruísmo puro –está un 7,4 % por encima da media da UE. Pero, aínda no caso dos países con máis baixo altruísmo egoísta (se os comparamos cos outros países) as porcentaxes son elevadas en todos eles, e sería favorable para o sistema que descendese o altruísmo egoísta en beneficio do altruísmo puro.

Táboa 1: Motivacións para ser doante segundo o país					
	Axudar a familiares ou amigos	Axudar a outras persoas que o necesitan	Aliviar a escaseza das ditas substancias	Apoiar a investigación médica	Obter algo a cambio para vostede ou os seus familiares
Italia	72.4	72.0	19.7	25.1	1.4
Chipre	77.7	84.0	29.1	22.1	1.8
Alemaña	73.8	79.9	31.1	23.7	2.3
Croacia	74.6	73.2	22.4	17.7	2.5
Grecia	80.7	77.3	20.9	13.1	2.7
Francia	85.0	73.0	44.8	50.1	3.2
Polonia	66.9	71.6	16.0	10.8	3.4
Lituania	75.9	67.7	19.7	9.8	3.6
Portugal	69.5	81.1	23.3	30.8	3.9
España	72.5	80.8	36.1	39.5	4.3
Austria	59.8	73.5	46.5	31.9	4.3
Romanía	78.0	63.1	14.0	14.7	4.5
Luxemburgo	94.4	77.3	40.8	42.3	4.8
Bulgaria	77.2	57.4	13.6	5.3	5.0
Bélxica	78.5	73.1	40.7	42.2	5.5
Letonia	78.2	62.0	15.9	11.7	5.5
Estonia	74.4	68.9	27.0	26.4	5.6
Total	76.9	73.4	32.0	31.4	5.6
P. Baixos	76.5	80.1	50.0	50.4	5.9
R. Unido	75.5	73.9	32.6	34.9	6.0
Hungría	66.0	69.1	23.9	21.7	6.5
Eslovenia	85.1	66.5	28.9	30.5	7.2
Malta	70.2	81.3	26.5	31.3	7.4
Irlanda	82.5	74.6	42.3	42.8	8.6
Eslovaquia	80.0	66.8	17.3	17.4	9.3
Dinamarca	78.3	81.4	62.1	59.8	9.4
R. Checa	88.4	59.0	24.5	25.3	10.2
Suecia	86.4	85.0	62.3	69.9	10.7
Finlandia	76.2	76.2	38.4	50.4	12.2

4.3. RAZÓNS PARA NON DOAR: MORTE, MEDOS, MITOS, RUMORES, LENDAS URBANAS. A CONSTRUCCIÓN SOCIAL DA REALIDADE E A PROFECÍA AUTOCUMPRIDA

As persoas que non queren doar manifestan distintos tipo de razóns e argumentos, pero detrás do manifestado, en todas elas están latentes⁵ distintos motivos que se poden relacionar co medo á morte e o significado que ten a morte na nosa sociedade: biolóxico, social, relacións humanas, relixioso, legal, médico-técnico, económico, poder, estético (Byock, 2002; Hernández Arellano, 2006; Muriá Vila, 2000; Sherr, 1992). A persoa é vista nunha integridade de corpo, sentimentos, alma, imaxe. A morte supón o final do corpo, o aspecto biolóxico, pero as persoas non separan facilmente o corpo dos outros compoñentes. Ademais teñen medo de que o sistema se queira aproveitar do seu corpo para fins puramente económicos e de poder, que anulen o seu ser, as normas e crenzas morais existentes na súa sociedade e no seu entorno. Outros consideran que no fondo sería como privar o seu propio corpo de todo proceso de separación dos seres queridos, da sociedade, do velorio, das súas crenzas relixiosas de resurrección. Dálles medo que manipulen intencionadamente o seu corpo.

Estes medos foron aproveitados por tradicións populares para alimentar lendas, rumores, mitos que afondan nesta desconfianza ante a doazón. Estes rumores e lendas, teñan ou no fundamento, acaban converténdose en profecías que se autocumpren, e así inflúen no comportamento sobre a doazón ou non de órganos.

Para explicar o efecto dos rumores é axeitado o teorema de Thomas, segundo o cal «Se as persoas definen as situacións como reais, estas son reais nas súas consecuencias». (Thomas, 1928, 571-572). Este teorema foi difundido na socioloxía por Merton (1980, 1995) e serve de grande utilidade para coñecer como funcionan os mitos e rumores no comportamento humano e na construción social da realidade a partir dunha irrealidade, pero que ten efectos reais. Un grupo de persoas, ou unha persoa que non quere doar os órganos, lanza rumores, mitos contrarios á doazón. Na actualidade teno moi fácil mediante as novas tecnoloxías da información e da comunicación. Son situacións irrealas, pero eses mitos constrúen unha realidade (Berger e Luckmann, 1986) que inflúe no comportamento sobre a doazón de órganos (Cortazar, 2012, 2014) ao adecuar os cidadáns as actitudes e os

⁵ Sobre a diferenza entre o manifesto e o latente, véxase Merton (1980).

comportamentos á dita situación. Nisto baséase a teoría da profecía autocumprida.

Existen moitos mitos e rumores sobre a doazón de órganos. Na súa maioría non existen fundamentos para tales rumores, pero desde que se emiten causan efecto. «O rumor é un esforzo colectivo por interpretar unha situación problemática e evocativa. O estudo de casos do rumor demostra que cando un público está interesado nun tema, tende a elaborar e a diversificar expectativas contrarias ás oficiais elaboradas baseándose en experimentos de laboratorio-investigación» (Peterson& Gist, 1951, 159-167).

Despois dun exame das web en que se recollen os rumores sobre a doazón de órganos, algunhas delas de persoas a título individual (as cales están pensadas para advertir dos posibles perigos de facerse doante) e outras de importantes institucións médicas (que están pensadas para contrastar a realidade con eses rumores e xustificar precisamente o contrario, que non hai perigo en facerse doante), os rumores existentes pódense resumir no esquema 2, onde incluímos o rumor-mito-lenda, a realidade segundo as alegacións das institucións oficiais e a institución que recolle o devandito mito e realidade. Nós agrupamos os ditos rumores en catro grandes grupos segundo o motivo que alegan para non doar: relixiosos, desconfianza institucional, temor á manipulación de corpo, outros (idade, estado dos órganos, problemas legais).

Esquema 2: RUMORES-MITOS-LENDAS, REALIDADES E ORGANIZACIÓNS QUE ALEGAN		
MITO-RUMOR-LENDA URBANA	REALIDADE ALEGADA POLAS INSTITUCIÓNS PARA DESMENTIR O MITO	INSTITUCIÓN QUE ALEGA
RELIXIOSOS		
Doar os órganos está en contra da doutrina da miña <i>relixión</i>	A maioría das principais relixións do mundo (como poden ser o catolicismo, o islamismo, xudaísmo, protestantismo etc.) apoian a doazón de órganos. É máis, moitas consideran que o acto de doar é un acto de amor e xenerosidade cara aos outros. Ademais en caso de dúbida pódese consultar cos clérigos.	Clínica Mayo Goberno de EE.UU. Goberno de Australia Universidade de Michigan
DESCONFIANZA INSTITUCIONAL		
Se son doante de órganos e teño un accidente, as persoas do <i>hospital non traballarán a conciencia para salvar a miña vida</i>	Cando se vai a un hospital as persoas sempre traballan duro para salvar a vida. Despois de fallar todos os intentos por lle salvar a vida, existe a posibilidade de ser doante.	Clínica Mayo Goberno de EE.UU. Goberno de Australia Universidade de Michigan
Se saben que son doante pódennme sacar os órganos cando estou en	Aos pacientes para lle poder sacar os órganos hai que lles declarar a morte cerebral, e esta é	Goberno de EE.UU.

<i>coma</i>	irreversible e distinta do estado de coma.	
Se saben que son doante poden <i>certificar a miña defunción</i> cando aínda estea vivo.	Cando unha persoa é doante mesmo se realizan máis probas para certificar a defunción que se non se é doante.	Clínica Mayo
As persoas con <i>poder</i> (ricos, famosos...) non entran na lista de espera e son transplantados máis rápido.	Existe un sistema informático para verificar a compatibilidade dos órganos doados e os posibles beneficiarios. Compatibilidade que se mide por varios parámetros como grupo sanguíneo, tempo de espera, gravidade, localización xeográfica etc. O transplante de órganos non se decide por razóns económicas nin de poder, senón que se fai con base en criterios de lista de espera e de urxencia porque periga a vida. O que ocorre é que cando unha persoa rica ou famosa é transplantada pronto é noticia nos medios de comunicación e iso pode facer crer ás persoas que os poderosos teñen preferencia.	Clínica Mayo Goberno de EE.UU. Universidade de Michigan
Se doo os órganos cargaránlle á miña familia <i>os gastos médico-hospitalarios</i>	Os gastos médicos e hospitalarios relacionados coa extracción dos órganos non se cargan á familia. Á familia cárganse os últimos esforzos por salvar a vida do paciente. Ás veces, as persoas confunden ambos os gastos. Os custos de extracción son a cargo do sistema sanitario na sanidade pública e a cargo do receptor na sanidade privada.	Clínica Mayo Goberno de EE.UU. Universidade de Michigan
Poden <i>traficar</i> cos meus órganos. Outras persoas poden tomalos e vendelos	As leis de case todos os países do mundo prohiben a comercialización de órganos. Se alguén o fai é condenado severamente pola xustiza	Goberno de EE.UU.
Existen secuestros para lles sacare ás persoas os órganos e facer negocio. O rumor máis coñecido é o dunha persoa que foi drogada e secuestrada. Cando espertou á mañá seguinte nunha bañeira con xeo, non tiña riles, sacáranllos para vender no mercado negro.	Son rumores que non se confirmaron, algúns dos cales foron perseguidos pola policía e foron desmentidos.	Universidade de Michigan
Se son doante os receptores poden descubrir a miña identidade e causar pena á miña familia	Non é posible, o sistema de doazón fai que non se saiba pola familia do doante nin polo receptor ou a súa familia, a onde van nin de quen proveñen os órganos	Universidade de Michigan
MUTILACIÓN DO CORPO		
Non se pode facer un funeral co féretro aberto se se doan os órganos porque o corpo queda mutilado, maltratado e desfigurado	Durante o proceso de extracción de órganos o corpo recibe un tratamento respectuoso. En xeral, os doantes poden ser velados no seu funeral co féretro aberto.	Goberno de EE.UU. Goberno de Australia Universidade de Michigan
OUTROS (IDADE, ESTADO DOS ÓRGANOS, PROBLEMAS LEGAIS...)		
Ao ser <i>novo</i> non se poden doar órganos	Legalmente, ata a maioría de idade non se pode decidir, pero os pais ou tutores si poden tomar a decisión. En todo caso, os menores poden opinar sobre a súa decisión e deixar constancia diso aos pais ou tutores. Ademais, moitos nenos tamén necesitan órganos e polo	Clínica Mayo

	seu tamaño moitas veces non valen os de persoas maiores. Por tanto, o que un neno doe órganos pode salvar a vida doutros nenos.	
Ao ser demasiado <i>vello</i> non se pode doar, ninguén quere os órganos dun vello	Non existe ningunha idade límite para doar órganos e se os ditos órganos son adecuados decídese por criterios médicos. Isto fai que non nos debamos descualificar nós mesmos, senón que son os médicos os que han de dicir se son ou non son aptos.	Clínica Mayo Goberno de EE.UU. Goberno de Australia Universidade de Michigan
Estou enfermo, teño mala saúde e ninguén quererá os meus órganos ou tecidos	Aínda que unha persoa estea enferma de certos órganos que poden non ser válidos para o transplante, poden ser válidos outros órganos. Esta cualificación ou descualificación decídese con base en estritos criterios médicos. Só algunhas condicións evitarían que unha persoa fose doante como infección por VIH, cancro activo etc.	Clínica Mayo Goberno de EE.UU. Goberno de Australia Universidade de Michigan
Os membros da comunidade de lesbianas, gais, bisexuais e persoas transxénero (LGBT) non poden doar	Non existe ningunha norma que prohiba doar pola condición sexual das persoas	Goberno de EE.UU.
É mellor que a miña familia decida sobre a doazón se chega o momento	Se es partidario da doazón é mellor dicirlllo previamente á familia, pois ás veces non se doan porque a familia di que non sabe a intención do defunto.	Goberno de Australia
Xa hai moitos doantes e non debo pensar neste tema	Hai poucos doantes, pois só o 1 % dos que morren nun hospital permiten por cuestións técnicas que se practique a doazón de órganos	Goberno de Australia
Quero doar un dos meus riles, pero só o podo facer se un dos membros da miña familia o necesita	Aínda que no caso da maioría dos doantes en vida de riles, estes son para un membro da familia, pódese doar sen ser explicitamente destinado o ril para un familiar. Se se quere doar un ril en vida para salvar outras vidas pódese facer. Para iso hai que pasar un interrogatorio e unhas probas médicas para comprobar que os riles están en boa forma e que a persoa pode vivir unha vida sa cun só. Ademais non se pode doar por motivos económicos.	Clínica Mayo
Fonte: elaboración propia a partir das páxinas web de Clínica Mayo, Goberno de EE.UU., Universidade de Michigan, Goberno de Australia.		

Pero a realidade foi máis aló dos rumores e baseándose neles desenvolveuse un mundo de ficción que fixo partícipes das súas emocións a millóns de persoas en todo o mundo que visionaron as ditas películas. Isto sen dúbida está a ter unha grande influencia no comportamento ante a doazón de órganos

Sobre algúns dos rumores existen certos fundamentos baseados en datos e doutrinas. Na alegación de non doar por motivos relixiosos, aínda que as distintas relixións maioritarias na UE (católica, protestante, ortodoxa,

musulmán) son favorables a doazón de órganos, e no caso da relixión maioritaria, a católica, os máximos responsables da igrexa se pronuncien a favor da doazón (Xoán Paulo II, 1991), o certo é que moitas relixións teñen doutrinas que ás veces son metáforas que, interpretadas de forma literal, parecen inducir comportamentos contrarios á doazón. Como exemplo a doutrina católica, no credo en dous dos seus doce artigos (no 5 e no 12) recolle explicitamente a resurrección da carne. Isto fai que para moitas persoas crentes manipular o seu corpo despois da morte sexa algo que vai en contra dos seus principios relixiosos. A boa predisposición que ten a igrexa católica debe conducir a que se lles aclare aos crentes este tema.

Dos rumores sobre secuestro e extracción de órganos, a policía investigou algúns casos, por exemplo en EEUU, demostrando que eran falsos. Pero existe unha oferta de viaxes baseada nos transplantes (Turner, 2011; European Parliament's Subcommittee on Human Rights, 2015) que leva as persoas a mostrar desconfianza de onde saen eses órganos. Tamén existen acusacións de casos en África sobre desaparición de nenos para lles extraer órganos, que chegaron ás institucións internacionais. Conscientes desta problemática elaborouse a declaración de Istambul, sendo necesario vixiar pola súa aplicación (Sociedade de Transplantes e Sociedade Internacional de Nefroloxía, 2008).

Se analizamos os motivos indicados polos cidadáns europeos para non doar, (gráfico 4) o medo á manipulación do corpo é o máis importante, sendo sinalado polo 36 % dos entrevistados que non queren doar. Séguese en importancia a desconfianza no sistema (29 %), outros (25 %) e finalmente os motivos relixiosos (10 %).

Gráfico 4: Motivos para non querer doar, total UE
(Eb. 72.3)

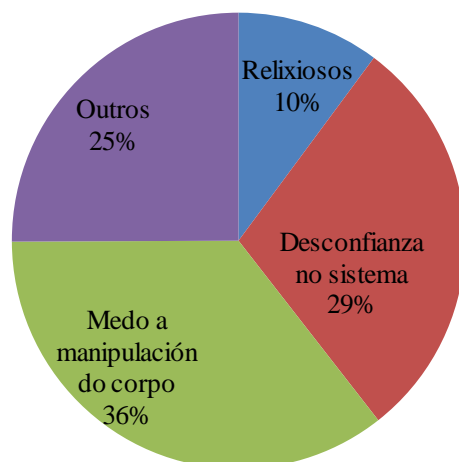
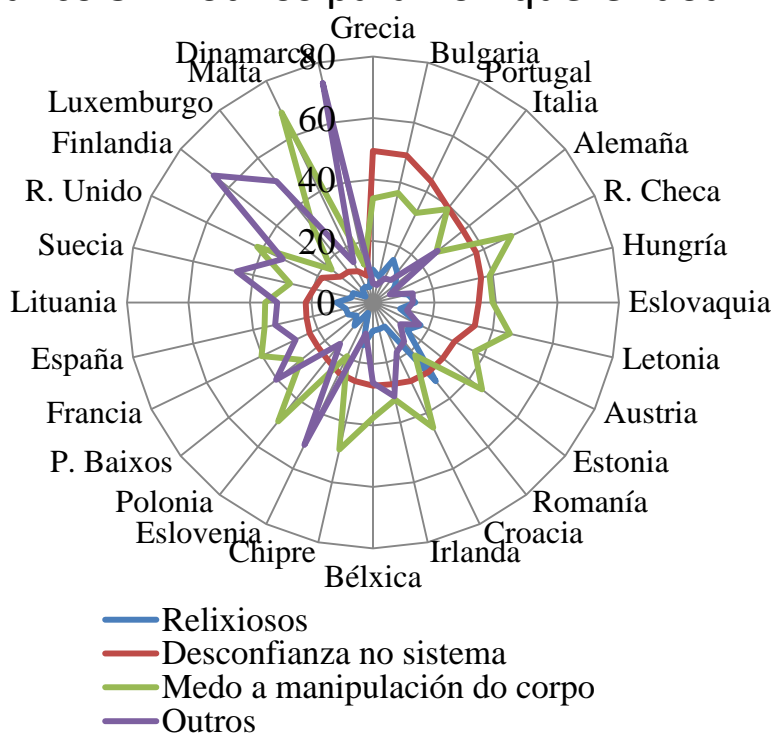


Gráfico 5: Motivos para non querer doar



Nos motivos para non ser partidario de doar existen grandes diferenzas entre os países da UE (gráfico 5 e táboa 2). A desconfianza no sistema é máis elevada en Grecia, Bulgaria, Portugal e Italia, Alemaña e República Checa. Nos

países onde é mais baixa a dita desconfianza son Dinamarca, Malta, Luxemburgo, Finlandia, Reino Unido, Suecia, Lituania, España e Francia.

	Motivos para non ser partidario de doar os órganos ordenados por desconfianza no sistema				Total
	Relixiosos	Desconfianza no sistema	Medo á manipulación do corpo	Outros	
Grecia	10.69	49.29	33.81	6.22	100
Bulgaria	8.61	49.06	36.52	5.81	100
Portugal	15.37	43.68	32.27	8.68	100
Italia	12.55	39.31	38.8	9.35	100
Alemaña	9.2	37.51	26.33	26.96	100
R. Checa	6.75	37.28	49.95	6.02	100
Hungría	11.73	36.05	38.91	13.3	100
Eslovaquia	13.77	34.37	38.92	12.93	100
Letonia	9.04	33.98	45.61	11.37	100
Austria	17.2	29.39	36.8	16.61	100
Estonia	14.23	29.07	45.36	11.34	100
Romanía	32.76	28.93	22.03	16.28	100
Croacia	8.66	28.35	45.16	17.83	100
Irlanda	8.92	27.3	32.43	31.35	100
Bélxica	9.23	27.05	37.58	26.14	100
Chipre	14.33	26.22	49.09	10.37	100
Eslovenia	3.76	25.47	19.37	51.41	100
Polonia	9.64	23.74	49.44	17.18	100
P. Baixos	6.82	22.97	29.92	40.29	100
Francia	8.97	22.87	40.21	27.95	100
Epaña	9.04	22.16	36.15	32.65	100
Lituania	11.9	21.9	35.06	31.14	100
Suecia	7.15	19.71	27.66	45.47	100
R. Unido	7.14	18.5	41.8	32.55	100
Finlandia	3.11	13.46	17.18	66.25	100
Luxemburgo	5.48	12.79	31.28	50.46	100
Malta	5.65	11.29	68.55	14.52	100
Dinamarca	5.15	9.05	12.64	73.17	100
Total	10.19	29.24	35.51	25.07	100

5. A SOCIALIZACIÓN E SENSIBILIZACIÓN NA DOAZÓN DE ÓRGANOS

A socialización é o proceso mediante o cal os individuos en interacción con outros individuos e coas institucións van desenvolvendo a súa forma de sentir, de pensar e de comportarse, que han de ser funcionais para a sociedade. Pero, ao mesmo tempo, visto desde unha perspectiva dinámica, as persoas en canto seres pensantes non asumen todo de xeito puramente reprodutivo, senón que tamén van impregnando na sociedade e nas estruturas novas dinámicas, novos procesos (Rocher, 1990; Berger e Luckmann, 1986). Pola socialización aprenden os individuos a relacionarse co resto da sociedade, interiorizan os valores, os costumes, as normas que van a guiar as súas actitudes e os seus comportamentos.

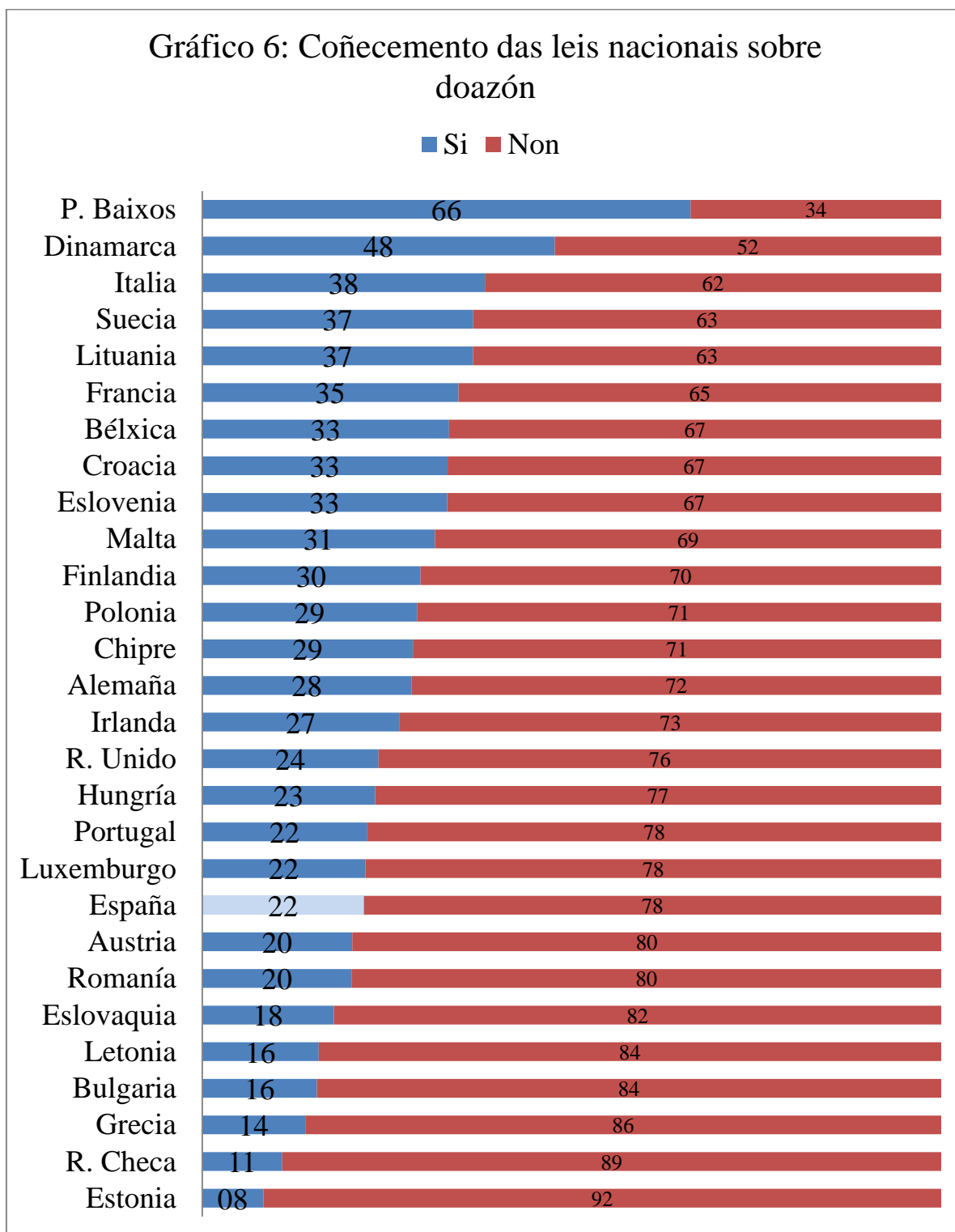
Esta interiorización prodúcese tanto a través de institucións formais-oficiais como doutras mensaxes e grupos informais. Por nomear as máis importantes temos a familia (Parsons & Bales, 1956) e a escola, que é o lugar onde se están centrando unha gran maioría das accións de socialización (Luque Vadillo et al., 2006).

Xa no tocante á doazón transmiten mensaxes os propios centros hospitalarios que se reúnen continuamente cos familiares e introducen o tema da doazón (Santiago Guervós e Gómez Marinero http://donacion.organos.ua.es/submenu2_2/articulo_negativas.asp), os organismos oficiais de transplantes cos seus rexistros de tarxetas de doantes dos distintos países, as redes sociais en que as persoas se unen por afinidades e comentan temas, fan rexistros etc. (Cameron et al. 2013), as institucións relixiosas, o sistema legal (Teijeira, 2006) e as asociacións de transplantados e doadores que forman o capital social da sociedade civil.

O individuo tamén recibe a influencia de mensaxes informais como os rumores, os mitos, as lendas urbanas que son transmitidos de boca a oído por outros individuos, ou polos medios de comunicación (Cortázar Rodríguez, 2012, 2014), sendo na actualidade de especial importancia Internet.

Ás veces, as mensaxes que a persoa recibe polos distintos medios poden ser contraditorias e o individuo non necesariamente presta máis atención para o seu comportamento ás procedentes das fontes oficiais, senón que, en certos casos, pesan máis as procedentes de fontes informais, opóndose no seu comportamento ás mensaxes oficiais que emite o sistema.

5.1.COÑECEMENTO DAS LEIS SOBRE DOAZÓN E POSTURA SOBRE A CREACIÓN DE LEIS EUROPEAS PARA PROTEXER OS DOANTES E PARA PROMOVER A DOAZÓN



A maioría da poboación dos países da Unión Europea (72.5 %) descoñece as leis dos seus países sobre a doazón de órganos. Só en Holanda son máis as persoas que declaran coñecela (66 %) que as que declaran non a coñecer (34 %). En España só declaran que a coñecen o 22 %.

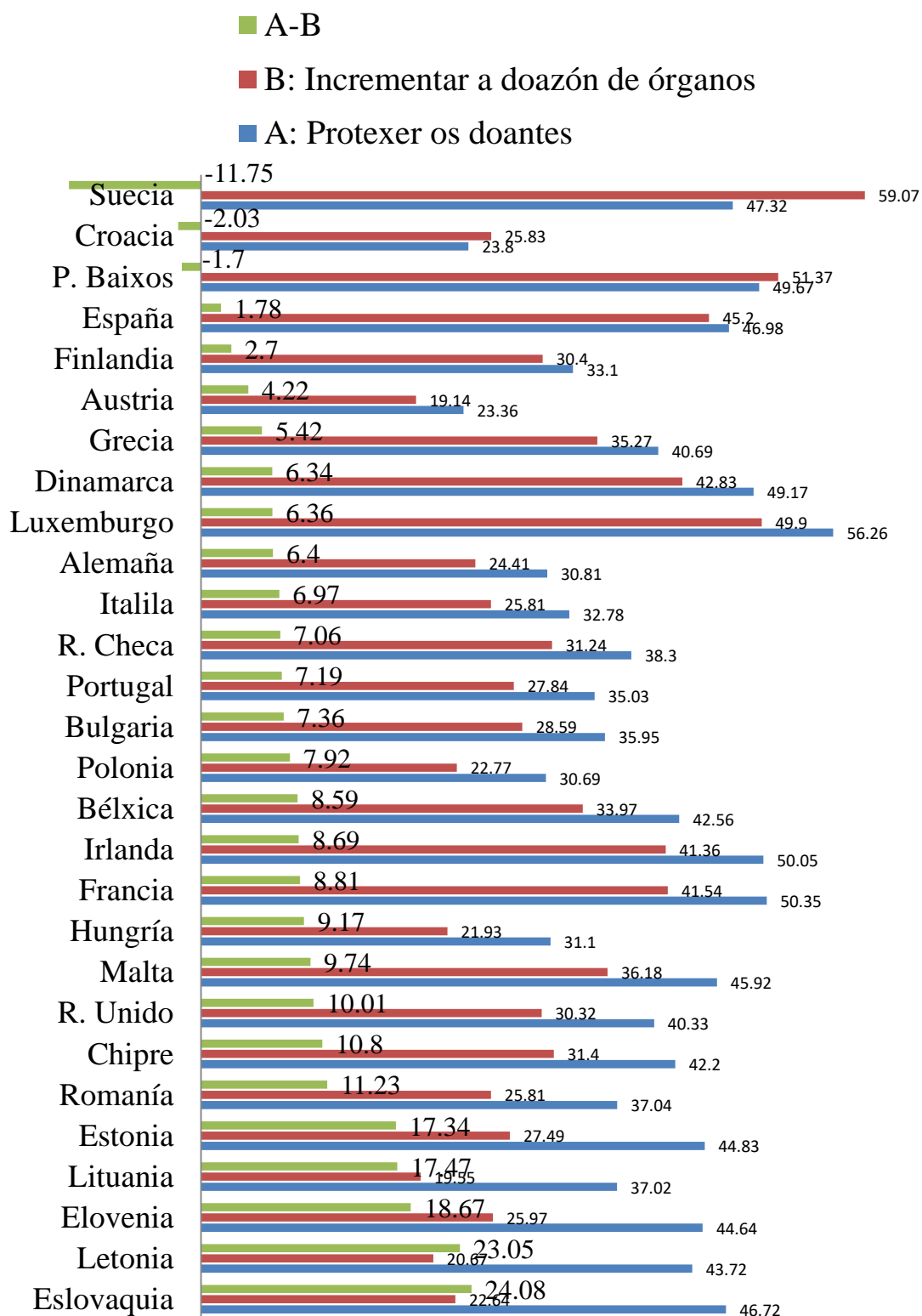
As condicións sociais de existencia están influíndo de xeito significativo no coñecemento das leis do país sobre a doazón de órganos. As mulleres, as persoas con estudos superiores, os que viven nas grandes cidades, os que non teñen dificultades para pagar facturas a fin de mes e que son de nivel social elevado son os que máis as coñecen. Á súa vez, tamén inflúe positivamente vivir en países con elevado estado de benestar e con valores altruístas.

Esquema 3: COÑECEMENTO DAS LEIS DO SEU PAÍS SOBRE DOAZÓN, SEGUNDO A INFLUENCIA DAS CONDICIÓNS SOCIAIS DE EXISTENCIA		
	Positiva (coñecemento)	Negativa (descoñecemento)
VARIABLES INDIVIDUAIS		
Sexo	Mulleres	Homes
Estudos	Superiores	Aumenta o descoñecemento a medida que descende o nivel de estudos
Dificultades para pagar facturas a fin de mes	Non ten dificultades	Ten dificultades
Hábitat	Grandes cidades	Aumenta o descoñecemento a medida que as poboacións son máis pequenas
Nivel social	Alto	Aumenta o descoñecemento a medida que se descende no nivel social
VARIABLES CONTEXTUAIS		
Tipo de país en que vive segundo o modelo de estado de benestar	Socialdemócratas e continentais	Ex Unión Soviética e liberais
Altruísmo	Elevado	Aumenta o descoñecemento a medida que descende a porcentaxe de poboación que considera que no seu país existen valores altruístas
Elaboración propia a partir datos Eb 82.2, aplicando GSEM		

Pero na actualidade a UE está preocupada pola doazón de órganos. Falta, porén, o desenvolvemento de toda unha normativa común. Esta normativa pode cumprir distintas funcións, e os cidadáns poden estar máis preocupados por unhas que por outras. Pode que prime protexer os cidadáns, pero pode que sexa para incrementar a doazón. Se nunha sociedade primase incrementar as doazóns sobre protexer os cidadáns, estaríamos ante un caso claro de altruísmo a nivel europeo.

No conxunto da UE os que queren leis para protexer os doantes son un 39,7 % e para incrementar a doazón son un 31,49 %. A diferenza entre ambos é de un 8,24 %. Pero existen grandes diferenzas entre os países (gráfico 7). Os tres únicos países onde os cidadáns están máis preocupados por incrementar a doazón que por protexer os cidadáns son Suecia, Croacia e Holanda. Os casos contrarios son Eslovaquia, Letonia, Eslovenia, Lituania, Estonia e Romanía. España atópase ben cualificada na relación, sendo a seguinte despois de Holanda na cabeza da táboa.

Gráfico 7: Motivacións para apoiar as leis europeas sobre doazón

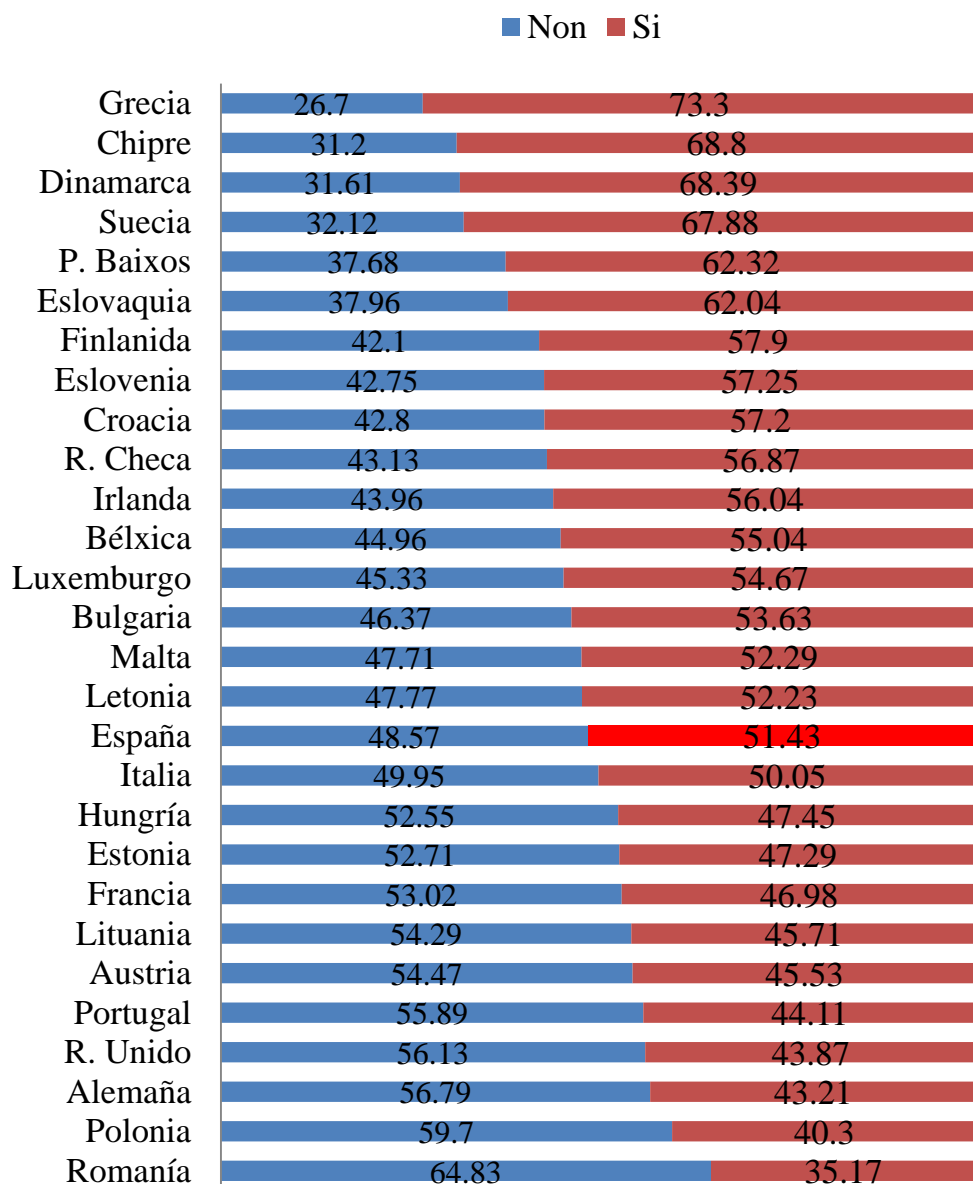


5.2. COÑECEMENTO DE PERSOAS TRANSPLANTADAS

Coñecer outras persoas que recibisen substancias ou órganos por doazón é importante para concienciarse da importancia e da necesidade de doar. O mellor xeito de socializarse na doazón é ver a outros que son receptores e coñecer a outros que sexan doantes.

Na Unión Europea un 52,9 % dos cidadáns manifesta que coñecen persoas transplantadas. As cifras varían moito de país en país (gráfico 8). Grecia e Chipre son os países onde existe maior coñecemento. Pola contra, Alemaña, Polonia e Romanía é onde menos coñecemento existe. España, cun 51.3 % atópase nunha posición 17 dos 28 países, sendo así posible mellorar neste coñecemento, sobre todo se temos en conta o elevado número de transplantes que se consegue realizar en España.

Gráfico 8: Coñece persoas transplantadas



Esquema 4: COÑECEMENTO DE PERSOAS TRANSPLANTADAS, SEGUNDO A INFLUENCIA DAS CONDICIÓNS SOCIAIS DE EXISTENCIA		
	Positiva (coñecemento)	Negativa (descoñecemento)
VARIABLES INDIVIDUAIS		
Sexo	Mulleres	Homes
Estudos	Superiores	Básicos ou sen estudos
Idade	Mediana idade	Novos
Nivel social	Alto, medio	Aumenta o descoñecemento a medida que se descende no nivel social
Interese pola política	Elévase a medida que se eleva o interese pola política	Baixo
VARIABLES CONTEXTUAIS		
Valoración da influencia da ciencia e da tecnoloxía na sociedade	Elévase a medida que se eleva a consideración da influencia da ciencia e da tecnoloxía na sociedade	Baixa
Elaboración propia a partir de datos Eb 72.3, aplicando GSEM		

O xénero, os estudos, o nivel social, o interese pola política, a idade e a consideración de influencia que a ciencia e a tecnoloxía teñen para a sociedade inflúen no coñecemento de persoas transplantadas. As que teñen maiores posibilidades de as coñecer son as mulleres, as persoas de mediana idade e as persoas con máis estudos. Incrementa a medida que aumenta o nivel social e o interese pola política. Tamén se incrementa o coñecemento naqueles países en que se lle dá importancia á ciencia e a tecnoloxía.

5.3. ACCIÓNS DE SENSIBILIZACIÓN

Desde hai anos lévanse a cabo distintas accións de socialización baseadas no coñecemento e a sensibilización, informando as persoas sobre a escaseza de órganos para salvar vidas, sobre a necesidade de doar, sobre o proceso para ser doante. Para estas accións empréganse distintos materiais. Nós mesmos fixemos un estudo experimental para a Fundación Novoa Santos do CHUAC. Estas campañas xa foron obxecto de análise por distintos especialistas (Cantarovich & Cantarovich, 2012; Cantarovich 2013).

As canles a través das que se transmite a información poden ser orgánicas ou inducidas (Gunn, 1988), tamén denominadas informais e formais (Mansfeld, 1992). Na doazón de órganos, as fontes orgánicas ou informais teñen moito peso nas actitudes e no comportamento. En todo caso, dedicáremos a analizar as fontes formais. Se facemos unha análise de contido das imaxes empregadas para as campañas podemos ver que fan referencia a aspectos cognitivos, afectivos e conativos. Á súa vez é importante analizar o tipo de altruísmo que se transmite nestas imaxes, sendo o máis axeitado que se transmita un altruísmo puro. Non obstante, a realidade é que ás veces se insiste no altruísmo egoísta, o cal pode ser máis rendible a curto prazo, pero non é o máis desexable para a socialización nos valores da doazón a longo prazo⁶.

As conclusións máis compartidas das campañas de educación e doazón de órganos son que debe seguir como unha «parte integral dos dereitos humanos e das obrigas cara a sociedade» (Cantarovich & Cantarovich 2012, 53.). Sobre os distintos aspectos que se deben incluír nese programa considérase que han de estar adaptados á idade, aos costumes, relixión, e características socioeconómicas e psicolóxicas (Cantarovich & Cantarovich 2012, 2013).

Pero, cal é a influencia dos ditos programas?. Se ben os distintos estudos realizados coinciden en que teñen unha función positiva, son algo que vai calando nos valores da poboación ao longo do tempo, pero non son un milagre que teña repercusións positivas globais dun día para outro. Por pór un exemplo na Comunidade de Murcia fíxose unha medición de impacto. Os resultados (táboa 3) son un incremento do 63 % ao 78 % a favor da doazón. Os autores chegan á conclusión de que os labores de sensibilización con obras de teatro, concursos etc. para os nenos son importantes, pero que teñen que se reforzar con outras vías.

⁶ Un exemplo de altruísmo egoísta é o do seguinte cartel:



Táboa 3: diferenzas de opinión cara á doazón de órganos entre as poboacións sometidas e non sometidas a campañas educativas sobre doazón de órganos				
	A favor da doazón de órganos	En contra da doazón de órganos	NS/NC	Total
Non información en campañas escolares	205 (63 %)	601 (31 %)	106 (6 %)	1912
Información en campañas escolares	69 (78 %)	12 (14 %)	7 (8 %)	88
Total	1274	613	113	2000
Fonte: Conesa et al., 2003				

Sobre o impacto de campañas a través dos medios de comunicación existe unha ampla literatura, pero os resultados a que se chega son similares. Por poñer un exemplo do efecto das campañas na poboación de Suecia, os datos do estudo levado a cabo por Krekula et al. (2009) pódense resumir nas tres conclusións seguintes:

- «Que a campaña a longo prazo tivo éxito en chegar á opinión pública e tivo efectos positivos sobre o *coñecemento e a conciencia*».
- «Con todo, en xeral, a xente non cambiou o seu comportamento dando o paso para dar a coñecer formalmente a súa decisión».
- «Que o impacto da campaña varía substancialmente entre os subgrupos.
 - Os efectos máis importantes observáronse entre as mulleres de idade media e os menos entre os homes e os anciáns.
 - Por tanto, deberíanse deseñar futuras campañas para chegar a diferentes subgrupos, centrándose na xente motivadora para dar a coñecer a súa decisión sobre a doazón de órganos e así... deste xeito das palabras á acción” (Krekula et al, 2009, 350)

5.4. PARTICIPACIÓN EN COMENTARIOS, FOROS, REDES E REXISTROS DE DOAZÓN

Para deixar constancia das súas ideas sobre a doazón, as persoas poden levar a cabo distintas accións: falar coas familias, participar en redes sociais, facer tarxetas de doante. Todos elas son importantes e non son excluíntes. A aquelas persoas que mostran predisposición á doazón, preguntóuselles polas accións que levaron a cabo para dar a coñecer a súa postura. Máis da metade das persoas que son partidarias de doar non deixan constancia por ningún medio, nin llelo comunican á familia nin aos amigos, nin acoden a un rexistro oficial, nin o publican nas redes sociais (gráfico 9).

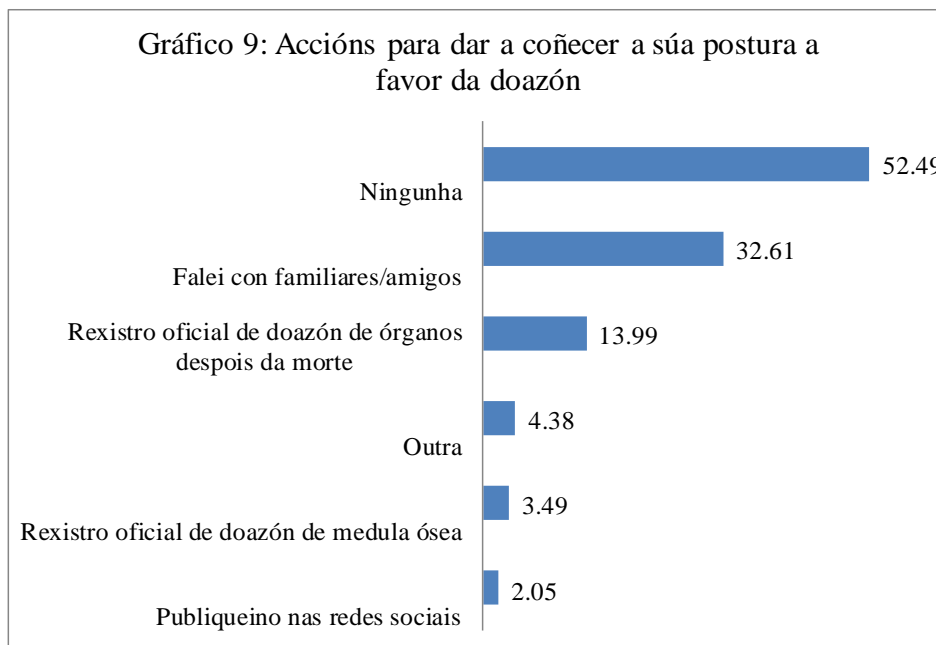
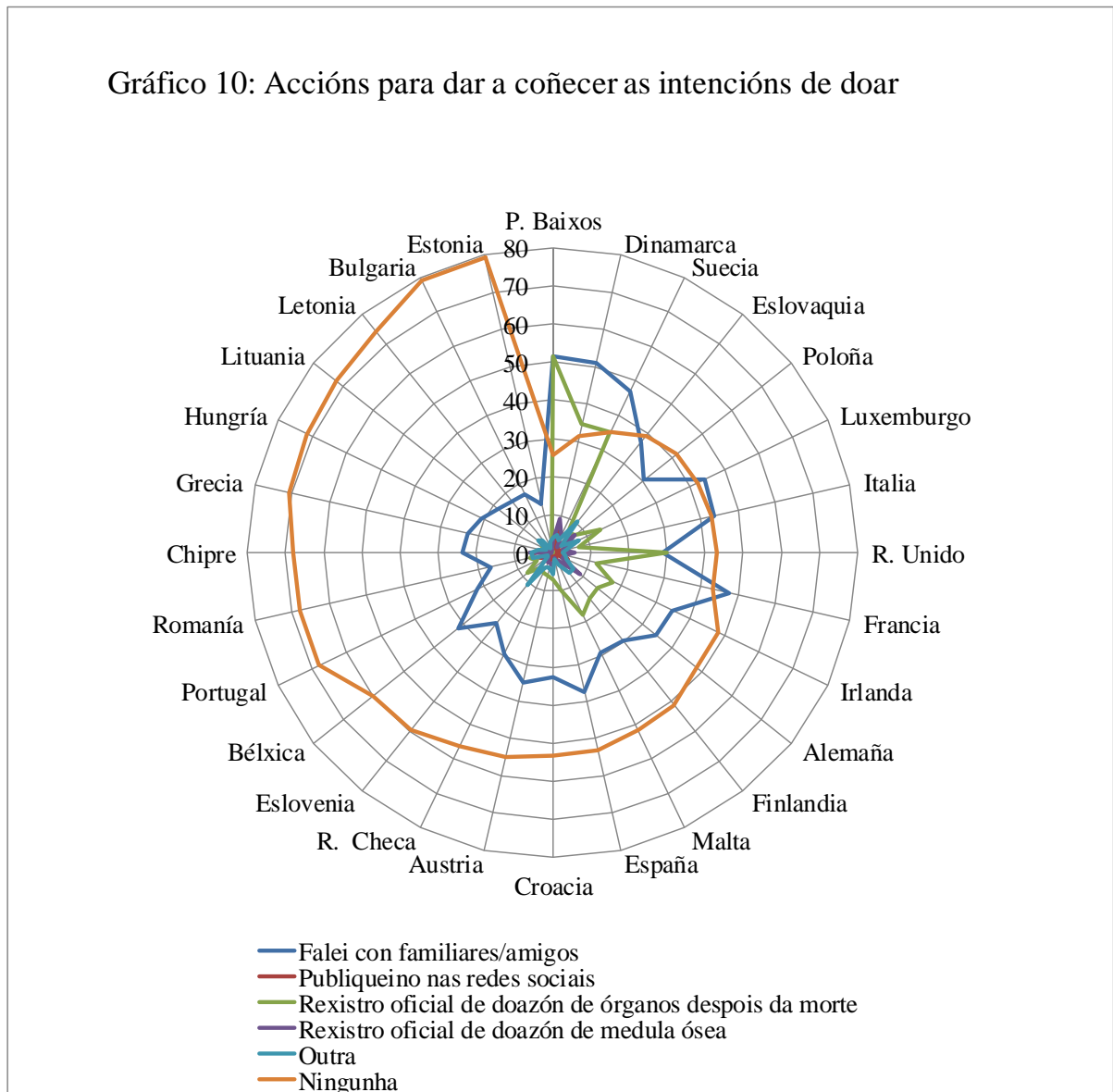


Gráfico 10: Accións para dar a coñecer as intencións de doar



En todo caso existe unha elevada variación entre países (gráfico 10, táboa 4). En Estonia, Bulgaria, Letonia, Lituania, Hungría, Grecia, Chipre, Romanía, Portugal, as persoas partidarias de doar que non o comunicaron supera o 60 %. Noutros países como Holanda, Dinamarca, Suecia, Eslovaquia, a porcentaxe non chega ao 40 %. En España atopámonos un pouco por arriba da media da UE, cun 53.17 % de persoas que son partidarias de doar e non o comunican.

Táboa 4: Accións para dar a coñecer a intención de doar segundo os países						
	Accións para dar a coñecer a intención de doar					
	Falei con familiares/amigos	Publiqueino nas redes sociais	Rexistro oficial de doazón de órganos despois da morte	Rexistro oficial de doazón de medula ósea	Outra	Ningunha
P. Baixos	51.38	2.41	51.61	3.21	3.78	25.69
Dinamarca	50.98	6.25	34.56	9.19	4.78	31.5
Suecia	46.82	2.95	35	5.34	3.64	35.23
Eslovaquia	36.98	1.63	6.74	2.09	10.47	39.3
Polonia	30.8	2.12	7.59	7.28	2.88	41.58
Luxemburgo	44.17	0.97	13.83	3.64	7.77	42.23
Italia	43.44	3.89	7.13	2.76	4.21	42.79
R. Unido	28.75	2.41	30.12	5.88	2.62	43.13
Francia	47.4	1.78	11.78	2.88	3.42	43.15
Irlanda	34.73	4.34	17.51	2.84	4.19	48.2
Alemaña	34.59	0.73	14.94	9.09	7	48.48
Finlandia	29.54	1.27	15.47	2.67	6.89	51.05
Malta	28.99	2.32	17.97	2.9	3.48	51.59
Total	32.61	2.05	13.99	3.49	4.38	52.49
España	37.47	1.1	10.06	1.52	1.93	53.17
Croacia	32.59	1.69	7.04	3.52	5.48	53.19
Austria	34.73	1.85	6.21	3.02	4.03	55.03
R. Checa	29.45	2.12	5.82	2.65	4.23	56.44
Eslovenia	23.75	0.94	5.16	1.41	10.78	59.38
Bélxica	31.66	1.76	8.53	2.71	1.76	60.22
Portugal	21.86	3.38	4.66	2.73	1.61	67.85
Romanía	16.67	2.74	5.97	0.25	5.47	67.91
Chipre	23.76	0.83	4.42	6.08	5.52	67.96
Grecia	22.67	0.16	2.89	0.64	3.7	70.9
Hungría	20.62	1.55	3.09	1.37	1.72	71.48
Lituania	18.4	1.28	3.28	0.36	4.92	72.31
Letonia	17.11	0.88	1.75	0.44	4.17	74.12
Bulgaria	17.02	0.52	0	0.52	1.31	79.06
Estonia	13.25	0.62	1.24	0.83	3.11	79.3

O perfil das persoas partidarias de doar e que non o comunican son as que están menos satisfeitas coa vida, as que teñen baixos estudos, baixo nivel social, baixo interese pola vida pública, as de máis idade, as que menos coñecen as leis do seu país sobre doazón e as que non son partidarias de leis europeas para regular a doazón. Como variables contextuais están as das persoas que viven en países con sistema de consentimento presunto, onde se considera que existe corrupción do sistema sanitario e onde se considera que a relixión ten pouca importancia.

Esquema 5: PARTIDARIOS DE DOAR QUE NON O COMUNICAN, SEGUNDO A INFLUENCIA DAS CONDICIÓNS SOCIAIS DE EXISTENCIA		
	Maior probabilidade de o comunicar	Maior probabilidade de NON o comunicar
VARIABLES INDIVIDUAIS		
Estudos	Superiores	Básicos ou sen estudos
Idade	Novos, mediana idade	Maiores
Nivel social	Alto, medio	Aumenta o descoñecemento a medida que se descende no nivel social
Satisfacción coa vida	Alta	Aumenta a medida que descende a satisfacción coa vida
Interese pola política	Elévase a medida que se eleva o interese pola política	Baixo
Coñece as leis do país sobre a doazón	Si	Non
Partidario de leis da UE para protexer os doantes e para incrementar a doazón	Si	Non
VARIABLES CONTEXTUAIS		
Modelo de sistema de doazón	Informado	Presunto
Consideración da importancia da relixión na sociedade	Importante	Incrementa a medida que descende a importancia da relixión
Consideración da corrupción do sistema sanitario	Baixa	Incrementa a medida que se incrementa a consideración de que existe corrupción
Elaboración propia a partir de datos Eb 72.3, aplicando GSEM		

6. CONCLUSIÓNS E PROPOSTAS DE ACCIÓN

Desde as teorías sociolóxicas demos conta dos distintos factores que inflúen en ser ou non donante, nos motivos para doar, nas razóns para non doar, na socialización e sensibilización coa doazón. Comprobouse, coa análise dos datos, a necesidade de ter en conta os distintos paradigmas sociolóxicos. A nivel micro temos, por exemplo, a satisfacción coa vida, unha variable fundamental para entender a doazón de órganos. A nivel meso temos os grupos sociais de pertenza como o estrato social, a formación etc. A nivel macro temos o tipo de país en que vivimos segundo o desenvolvemento do estado de benestar, a importancia da relixión, a imaxe de corrupción do sistema.

Pero tamén é fundamental o paradigma subxectivo-obxectivo. Entender a doazón de órganos pasa por entender tanto o que as persoas creen sobre a doazón –os distintos mitos– como o que as institucións oficiais transmiten. Pero máis alá desas consideracións, existe unha realidade que ás veces non coincide con ningunha das dúas visións. Esta realidade obxectiva é necesario estudala, pero a realidade subxectiva aínda que non se corresponda coa obxectiva, ten influencia sobre o comportamento humano ante a doazón. Existe unha construción social da realidade que se converte nunha autopredición facendo que se cumpra a si mesma.

O paradigma do consenso-conflito resulta imprescindible para estudar a doazón de órganos. Existen unhas institucións cunhas estruturas e un funcionamento que debemos manter. Existe un proceso de doazón e unhas accións conducentes á socialización e sensibilización para doar. Pero tamén existen críticas ante o fenómeno do tráfico de órganos que non podemos ocultar (European Parliament's Subcommittee on Human Rights, 2015; Scheper-Hughes, 2000). A teoría crítica fai referencia á súa vez ás desigualdades sociais –en que tanto insiste a socioloxía da medicina– que repercuten na desigualdade do comportamento ante a doazón de órganos.

Despois de analizar eses aspectos e de coñecer o comportamento das persoas, vén o momento de facer propostas de acción a un cuádruplo nivel: das persoas, dos grupos, das institucións, e do sistema mundial. Estes cambios hai que os propor desde teorías que comprendan as persoas na súa integridade como actores sociais dentro dun sistema que os condiciona, pero que poden non o obedecer se non cren na súa bondade, aínda que este intento

recompensalos. As persoas non obedecen a pautas puramente condutistas, senón que existe un voluntarismo relacionado co significado das accións de doar que está por riba dos valores materialistas.

Os cambios a nivel de sistema poden encadrarse dentro de dúas perspectivas, unha delas viría recomendada pola teoría crítica, a teoría do conflito. Dentro da teoría do consenso, algúns autores tamén son partidarios de admitir a disfuncionalidade de certas prácticas institucionais e, por tanto, facer cambios en desaxustes e disfuncións das institucións (Merton, 1980). Non podemos propor cambios radicais do sistema, van máis alá do que se pode facer desde as institucións sanitarias, pero si podemos estudar as disfuncións e propor medidas para as corrixir.

6.1. Os familiares mais propensos a doar

Os equipos de coordinación de transplantes teñen unha formación e eficiencia moi elevadas en Europa e en concreto en España, país líder en doazón e transplantes. Inda que a poboación de España non é a máis proclive de Europa a doar, a excelente actuación dos equipos de Coordinación de Transplantes fai que se consigan os mellores resultados do mundo. Porén, desde os estudos sociolóxicos podemoslles indicar cales son os perfís das persoas que teñen maior probabilidade de ser partidarias da doazón, o cal lles pode axudar na súa toma de decisión.

Da análise dos datos obsérvase que as persoas que teñen maior probabilidade de doar son as persoas con formación elevada, con nivel social alto, xente nova e de mediana idade, e as coñecedoras da norma legal sobre a doazón. Durante o proceso da entrevista, aínda que se deben escoitar todos os membros, se dentro da familia se observa que existen diferenzas entre os compoñentes, é importante na medida do posible darlles a palabra ás persoas que máis se aproximen ás características indicadas, pois son as que máis van favorecer a doazón.

6.2. A actuación dos políticos e os equipos encargados da toma de decisións sobre as accións a prol da doazón

A política de actuacións encamiñadas á poboación para que sexa partidaria da doazón e para que o comunique polas distintas canles está dando grandes froitos. Pero como se extrae dos estudos que se levaron a cabo, xa non se trata soamente de facer campañas, senón que se trata de as orientar cara a públicos específicos. Das nosas análises despréndese que as persoas que xa son partidarias da doazón, pero que non o comunican acadan unha porcentaxe moi elevada e que teñen como perfil fundamental o seguinte: baixos estudos,

maiores, descoñecen as leis sobre doazón, unha baixa satisfacción coa vida, un baixo interese pola política, baixa importancia da relixión e consideración de que existe corrupción no sistema sanitario.

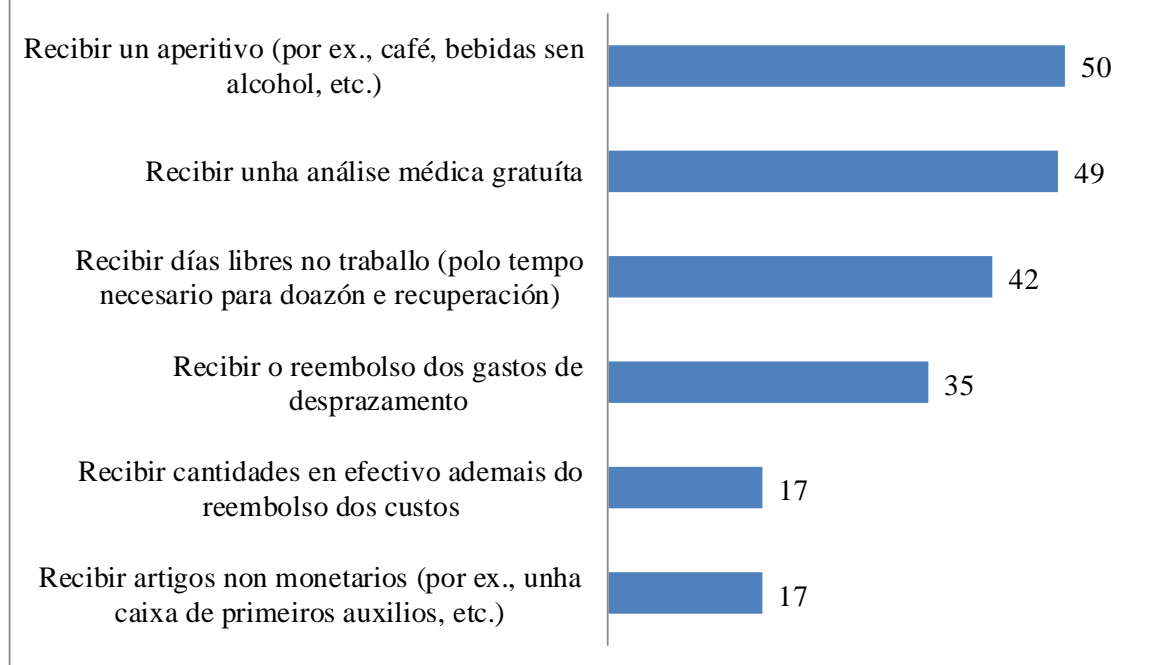
O xeito de comunicar, de deixar constancia de que se quere ser doante ten que ser adaptado a estes públicos específicos, pois como se desprende de estudos como os feitos en Suecia sobre a influencia das campañas, é imprescindible ter en conta as características dos grupos sociais para que as campañas teñan éxito (Krekula et al, 2009).

6.3. Recompensas aos donantes

Aínda que as normas internacionais prohiben o pago polos órganos –tanto polas implicación morais como económicas–, si existe a posibilidade de certas recompensas. Desde a teoría do condutismo e os valores materialistas poderíase pensar que introducir un sistema de recompensas materiais aos posibles doantes levaría consigo que todos aceptasen a doazón de órganos. Pero a realidade é máis complexa. Como nos explican os teóricos da Escola de Chicago, as accións das persoas non se poden interpretar por un puro mecanicismo, senón que entra en xogo o voluntarismo. As accións das persoas non son o resultado dunha reacción mecánica aos estímulos, senón que están mediadas pola conciencia e o significado. As correntes do interaccionismo simbólico e a socioloxía fenomenolóxica poñen o acento no significado que as persoas atribúen ás accións. Podemos conseguir que as persoas reaccionen máis negativamente á doazón de órganos se camiñamos cara a un sistema de recompensas materiais. Niso baséanse precisamente as indicacións da ONT, na súa recomendación 24.3 di que «Se existisen axudas para a familia, recoméndase non as utilizar como argumento para obter a doazón ou reverter unha negativa» (ONT, 2011, 61).

Non temos datos sobre como reaccionarían as persoas ante a doazón de órganos de familiares falecidos, pero si temos datos sobre como reaccionarían ante as axudas para a doazón en vida de medula ósea, sangue do cordón umbilical, esperma ou óvulos. Dos datos pódese apreciar que as recompensas materiais son as menos aceptadas (cantidades en efectivo, ademais do reembolso dous custos, artigos non monetarios como unha caixa de primeiros auxilios, o reembolso dos gastos de desprazamento). O que si aceptan de mellor grado son recompensas non materiais relacionadas coa cortesía, o lecer e o control sanitario (un aperitivo que ven como algo de cortesía, tempo libre –días libres no traballo–).

Gráfico 11: Compensacións que se consideran aceptables por doar medula ósea, sangue do cordón umbilical, esperma ou óvulos (%)



6.4. Socialización e sensibilización para erradicar falsos mitos

Cando un mito ou un rumor se estende na sociedade é difícil de erradicar. Desde o pensamento clásico, con Sócrates e Platón transmitíusenos o poder dos rumores. Os rumores que se nos presentan na actualidade son máis difíciles de descartar aínda polo efecto de Internet, esténdense e causan efectos negativos para a doazón de órganos. O combate dos rumores é difícil, con todo, como se recolle na *Apoloxía*, pódese facer. Iso implica entrar de cheo no rumor, enfrontarse a eles, e tentar demostrar que son falsos, despois de pasar todas as probas (García, 2006).

Cando un amigo lle ía contar un rumor a Sócrates, o mestre dicíalle: antes de que me digas o que che contaron, dime ti a min:

–Estás seguro de que é certo? –Resposta: non, acaban de mo contar

–É bo o que me vas dicir? –Resposta: non

–É proveitoso para alguén? –Resposta: non

Entón dille Sócrates ao amigo: «Quéresme contar algo que non sabes se é certo, non é bo, e non é proveitoso para ninguén. Entón marcha e non mo contes».

Pero non todos somos filósofos que nos cuestionamos os rumores como Sócrates. Mais podemos dar unha formación para que as persoas reflexionen sobre a vida e non sexan escravas de Internet sen reflexión. Gran función da filosofía.

O combate dos rumores que tanto dano lle fan á doazón, pódese facer desde o proceso de socialización, no cal teñen que intervir distintas institucións que son as encargadas do proceso de socialización na vida e ante a morte: a familia, a escola, a igrexa, a policía –investigou rumores de secuestros e doazón e desmentiuunos–, as institucións médicas perseguindo todo tipo de corrupción que, despois, de forma derivada pode afectar á doazón.

A policía pode colaborar de xeito moi importante, e de feito xa se fixo en EEUU cando ante rumores de desaparición relacionados co tráfico de órganos, investigou o caso e o desmentiu. Os responsables relixiosos tamén poden colaborar. Se existen metáforas na súa doutrina e nos seus textos -como por exemplo no Credo da relixión católica- que poidan ser interpretadas de xeito literal e con iso estar prexudicando unha práctica aceptada pola igrexa e a súa xerarquía, pódese cambiar ese texto para que sexa ben interpretado. No caso da relixión católica, o Papa xa deu mostras da súa implicación neste tema⁷.

Os medios de comunicación tamén poden colaborar, pois sen ocultar posibles rumores con algún fundamento, deben transmitir información tendente á doazón. Sabemos polas experiencias realizadas que as mensaxes dos medios condicionan o comportamento das persoas (Wolf, 1994). En todo caso, é difícil cortar cos estereotipos consistentes en reducións da realidade que serven para transmitir imaxes preconcebidas e prefabricadas que levan consigo o prexuízo de persoas e institucións (McMahon e Quin, 1997) e poden afectar á doazón de órganos. Ademais, se iso se xunta co medo que existe ante todo o que rodea a morte, a erradicación total é case imposible, pero debemos de tentar minoralo.

Cos actores de socialización que temos é, por tanto, fundamental non só proporcionar información sobre as normas, datos de doazón, coñecemento de casos de doazón, senón que se deben afrontar de xeito directo os rumores existentes e intentar desmentilos con datos e o razoamento.

⁷ Di precisamente Xoán Paulo II: «Debemos alegrarnos de que a *medicina, no seu servizo á vida, encontrara no transplante de órganos un novo modo de servir á familia humana, precisamente salvaguardando o ben fundamental da persoa*».

6.5. Sobre o coñecemento das leis

Para que as persoas sexan partidarias de doar e se inscriban nos rexistros é moi importante que coñezan as leis do país sobre doazón de órganos. O grao de descoñecemento é moi elevado. Urxe levar a cabo accións para as dar a coñecer, tendo en conta que a dita transmisión ha de ir dirixida de xeito máis fundamental cara á poboación que máis as descoñece, que son homes, con baixa formación, escasos medios, nivel social baixo, que viven en países con baixo estado de benestar e baixos valores altruístas. Se a información que se lles transmite non é axeitada a persoas destas características, entón non estamos chegando ao público receptor que necesita o dito coñecemento e temos probabilidade de fracasar.

6.6. Difundir un altruísmo puro, lonxe do altruísmo egoísta

Debemos ser coidadosos na información que transmitimos no proceso de socialización e apostar pola defensa dun altruísmo puro, fronte a un altruísmo egoísta. Fixemos experimentos con nenos de colexios e vimos que segundo o modelo de información que lles damos, así van defender a doazón por uns ou por outros motivos. Pero tamén inflúen os valores éticos que xa tiñan interiorizados, de aí a importancia dos valores transmitidos á marxe das campañas de doazón e na formación en xeral.

6.7. Cambios na estrutura social

Se a satisfacción coa vida e ter unhas condicións sociais de existencia positivas son elementos claves para ser partidario de doar, debemos camiñar cara a un sistema de benestar, onde en vez de primar soamente o privatismo familiar, tamén nos preocupen as outras persoas e vivamos nun medio onde todos se sintan satisfeitos coa vida. Isto favorecería grandemente a doazón.

A nivel macro, mentres haxa grandes desigualdades mundiais e situacións inxustas entre os países, con persoas de elevado poder económico que poden viaxar a outros países para facer transplantes de órganos, entón haberá corrupción e non podemos acabar cos fundamentos de certos mitos. Urxe seguir traballando para descartar este tipo de prácticas que a OMS cifra no 10% dos transplantes mundiais, e pór en funcionamento mecanismos para que se cumpran os acordos internacionais (Declaración de Istambul). É necesario erradicar todos os casos de corrupción e dependencia (Wallerstein, 1989). E máis aló dos transplantes é necesario acabar co tráfico de seres humanos que leva as persoas a desconfiar dos transplantes (Eurostat, 2014).

Tamén é necesario perseguir as posibles situacións de corrupción das institucións e en concreto do sistema sanitario que algúns cidadáns dos distintos países europeos consideran que existe. Innda que sexan feitos de corrupción que acontecen á marxe dos servizos de doazón, afectan á confianza en todo sistema e tamén á doazón de órganos.

6.8. Accións de investigación futuras

Lonxe de ser un tema acabado, seguimos a traballar xunto cos organismos encargados da Coordinación de Transplantes para seguir afondando mediante metodoloxías cualitativas nas motivacións da doazón e nas razóns dos que non queren doar, así como as propostas de cambio que nos fan de xeito ético para poder variar as actitudes negativas. Deste xeito incrementaremos no futuro os doantes, pero sabendo que a sociedade é algo vivo, en que xorden temas a diario que é necesario estar atento e formular estratexias de actuación novas.

A nivel cuantitativo é necesario seguir sondando a poboación para ver como evolucionan as súas crenzas, actitudes e cultura altruísta conducente á doazón. Tamén temos que seguir estudando as cifras de doazón nos distintos países do mundo –datos lonxitudinais– e relacionar estes datos cos parámetros da estrutura social para poder sacar conclusións sobre o modelo máis axeitado que debemos seguir, o que máis favorece a doazón e transplante de órganos. España, o seu sistema de doazón e transplantes está na dianteira, sendo un exemplo, un faro para todo mundo.

EPÍLOGO

Espero, Excmo. Sr. Presidente, Excmos. Sres. e Sras. Académicos da RAGC, que con esta conferencia quedase demostrada a importancia que ten a socioloxía para o progreso da ciencia e da sociedade. A ciencia sen a colaboración da sociedade non se pode levar a cabo, e a sociedade necesita do desenvolvemento da ciencia para o seu progreso.

A socioloxía, ao estudar o comportamento da poboación ante os problemas, e propor accións de solución, contribúe a que se cumpra o gran obxectivo da RAGC: «inducir un cambio cultural en que a sociedade galega sinta e proclame o valor que hoxe ten o coñecemento para o seu desenvolvemento».

Parte dese cambio cultural, Sr. Presidente, será o de introducir a *cultura da doazón de órganos*, para que os nosos médicos poidan facer eses milleiros de transplantes que con grande éxito levan practicando nos últimos lustros, pondo en evidencia o enorme poder e avance da ciencia. Teña por seguro que *desde a socioloxía colaboraremos con rigorosidade científica con esta Real Academia Galega de Ciencias* no desenvolvemento e benestar da sociedade.

Moitas grazas.

REFERENCIAS

- Akoh, J. A. (2012). Key issues in transplant tourism. *World Journal of Transplantation*, 2(1), 9-18.
- Arcaya, M. C., Arcaya, A. L. e Subramanian, S. V. (2015). Desigualdades sociales en salud: definiciones, conceptos y teorías. *Pan American Journal of Public Health*, 38(4), 261-271.
- Bar-Tal, D. (1986). Altruistic motivation to help: Definition, utility and operationalization. *Humboldt Journal of Social Relations*, 13, 3-14
- Berger, P. e Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bourdieu, P. (1979). *La distinction*. Paris: Minuit
- Bowles, S., Gintis, H., Boyd, R. e Fehr, E. (2003). Explaining altruistic behavior in humans. *Evolution and Human Behavior*, 24, 153-172.
- Braveman, P. e Tarimo, E. (2002). Social inequalities in health within countries: not only an issue for affluent nations. *Social Science e Medicine*, 54:1621-35.
- Budiani-Saberi, D. A. e Delmonico, F. L. (2008). Organ Trafficking and Transplant tourism: A Commentary on the Global Realities. *Am J Transplant*, 8(5), 925-929.
- Byock, I. (2002). The Meaning and Value of Death. *Journal of Palliative Medicine*, 5(2), 279-288.
- Cameron, A. M. et al. (2013). Social Media and Organ Donor Registration: The Facebook Effect. *American Journal of Transplantation*, 13, 2059-2065.
- Cantarovich M. et al. (2013). First global forum on education on organ donation and transplantation for schools. *Pediatric Transplantation*, 17: 12-18
- Cantarovich, F. e Cantarovich D. (2012). Education and organ donation: the unfinished symphony. *Transplant International*, 25, 52-53.
- Clarke, J. N. (1981). A multiple paradigm approach to the sociology of medicine, health and illness. *Sociology of Health and Illness*, 3(1), 89-103.

- Comte, A. (1912). *Système de politique positive, ou, traité de sociologie*. Paris: Cres, <http://anthropomada.com/bibliotheque/COMTE-auguste-Systeme-de-politique-positive.pdf>
- Conesa Bernal, C. et al. (2003). Efectividad a medio y largo plazo de las campañas escolares a favor de la donación de órganos. *Aten Primaria*, 32(5), 312-313
- Conrad, P. (2009). *The Sociology of Health e Illness. Critical Perspectives*. New York: Worth Publishers.
- Cortazar Rodríguez, F. J. (2012). La leyenda del robo de órganos. *Comunicación y Sociedad*, 17, 151-177.
- Cortazar Rodríguez, F. J. (2014). Imágenes rumorales, memes y selfies: elementos comunes y significados. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 77, 191-214.
- Elster, J.(2005). Fehr on altruism, emotion, and norms. *Analyse e Kritik*, 27, 197-211.
- Elster, J. (2006). Fairness and norms. *Social Research: An International Quarterly*, 73, 365-376.
- Elster, J. (2007). *Explaining Social Behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- European Parliament's Subcommittee on Human Rights (2015). Trafficking in human organs. [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/549055/EXP_0_STU\(2015\)549055_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/549055/EXP_0_STU(2015)549055_EN.pdf)
- Eurostat (2014). *Statistical working papers: Trafficking in human beings*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Galobardes, B.; Lynch, J. e Smith GD.(2007) Measuring socioeconomic position in health research. *Br Med Bull*. 2007;81-82: 21-37.
- García, R. (2006). La Apología de Sócrates como Teoría del Rumor. *Eikasía. Revista de Filosofía*, 2, 1-32. <http://www.revistadefilosofia.org/apologiarumor.pdf>
- Gunn, C. (1988). *Vacationscape: Designing Tourist Regions*. New York: Van Nostrand.
- Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.
- Hernández Arellano, F. (2006). El significado de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 7(8), http://www.revista.unam.mx/vol.7/num8/art66/ago_art66.pdf
- Juan Pablo II (1991). Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un congreso sobre trasplantes de órganos.

https://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/speeches/1991/june/documents/hf_jp-ii_spe_19910620_trapianti.html

Krekula L. G., et al. (2009). From words to action – influence of two organ donation campaigns on knowledge and formal decision making. *Clinical Transplantation*, 23: 343-350.

Kumar, K. et al. (2016). A Smartphone App for Increasing Live Organ Donation. *American Journal of Transplantation*, 16, 3548-3553.

Luque Vadillo, E. et al. (2006). Evaluación de un programa educativo sobre la donación de órganos dirigido a escolares. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol*, 9(3), 177-181.

Mansfeld, Y. (1992). From Motivation to Actual Travel. *Annals of Tourism Research*, 19, 399-419.

McMahon, B. e Quin, R. (1997). *Historia y estereotipos*. Madrid: Ediciones de la Torre.

Merton, R. K. (1980). *Teoría y estructura social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Merton, R. K., (1995). The Thomas Theorem and The Matthew Effect. *Social Forces*, 74(2): 379-424

Muriá Vila, I. (2000). La concepción religiosa de la muerte. *Revista Digital Universitaria*, 1(1) <http://www.revista.unam.mx/>

Organización Nacional de Trasplantes (ONT) (2011). *Guía de buenas prácticas en el proceso de la donación de órganos*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Organización Nacional de Trasplantes (ONT) (2016a). Datos registro mundial de trasplantes. <http://www.ont.es/Documents/23.08.2016%20NP%20Datos%20Registro%20Mundial%20de%20Trasplantes.pdf>.

Organización Nacional de Trasplantes (ONT) (2016b). *Newsletter Transplant*. <https://www.edqm.eu/en/news/2016-issue-newsletter-transplant-now-available>

Parsons, T., e Bales, R. (1956). *Family, socialization and interaction process*. London:Routledge and Kegan Paul

Peterson, W. A. e Gist, N.P. (1951). Rumor and public opinion. *American Journal of Sociology*, 57(2), 159-167

Ritzer, G. (1996). *Teoría sociológica contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill

Rocher, G. (1990). *Introducción a la sociología general*. Barcelona: Herder

Rodríguez-López, B. (2013). Por qué ser justos. ¿Son las normas de justicia sociales o morales?. *Revista Internacional de Sociología*, 72(2), 261-280.

Santiago Guervós, C. e Gómez Marinero, P. Estudio multicéntrico sobre negativas familiares a la donación. http://donacion.organos.ua.es/submenu2_2/articulo_negativas.asp.

Scheper-Hughes, N. (2000). The Global Traffic in Human Organs. *Current Anthropology*, 41(2), 191-224.

Sherr, L. (1992). *Agonía, muerte y duelo*. México: Manual Moderno.

Simmel, G. (1908). *Sociología. Estudio sobre las formas de socialización*. Madrid: Revista de Occidente, 1977.

Sociedad de Trasplantes y Sociedad Internacional de Nefrología (2008). Declaración de Estambul sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes. http://www.declarationofistanbul.org/images/stories/translations/DOI_Spanish.pdf

Stiefken, J. P. (2008). Altruismo y solidaridad en el Estado de Bienestar. Tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Sociologia.

Teijeira, R. (2006). Aspectos legales del trasplante y la donación. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 29(2), 25-34

Thomas, W. I. (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. New York: Knopf.

Toits, P. A. (1989). The Sociology of emotions. *Annu. Rev. Sociol.*, 15: 317-42

Turner, Leigh (2011). Canadian medical tourism companies that have exited the Marketplace: Content analysis of websites used to market transnational medical travel. *Globalization and Health*, 7:40. <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/40>

Wallerstein, I. (1989). *The Modern World System*. San Diego: Academic Press.

Wolf, M. (1994). *Los efectos sociales de los media*. Barcelona: Paidós.

Webs sobre mitos da doazón

Gobierno de Australia: <http://www.donatelife.gov.au/myths-and-misconceptions>

Gobierno de EE.UU.: <https://donaciondeorganos.gov/sobre/datos-terminos/2an5/mitos-y-realidades-sobre-la-donacion.html>

Mayoclinic: <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/consumer-health/in-depth/organ-donation/art-20047529>

Universidade de Michigan, Centro de Transplantes: <http://www.transweb.org/myths/myths.shtml>