

# **La Declaración de Estambul**

## **sobre el tráfico de órganos y el turismo de trasplantes**

*Participantes en la Cumbre internacional sobre turismo de trasplantes y tráfico de órganos convocada por la Sociedad de trasplantes y la Sociedad internacional de nefrología en Estambul, Turquía, del 30 de abril al 2 de mayo de 2008\**

### **Preámbulo**

El trasplante de órganos, uno de los milagros médicos del siglo XX, ha alargado y mejorado la vida de cientos de miles de pacientes a nivel mundial. Los grandes avances científicos y clínicos de entregados profesionales de la salud, así como los numerosos actos de generosidad de los donantes de órganos y sus familias, han hecho que los trasplantes ya no sean solo una terapia que salva vidas sino también un brillante símbolo de solidaridad humana. Aún así, estos logros han estado manchados por numerosos informes sobre el tráfico con seres humanos que se utilizan para extraer órganos y sobre pacientes-turistas de países ricos que viajan al extranjero para comprar órganos a la gente con menos recursos. En 2004, la Organización Mundial de la Salud hizo un llamamiento a los Estados miembros para que «tomasen medidas para proteger a los grupos más pobres y vulnerables del turismo de trasplantes y la venta de tejidos y órganos, y abordasen el problema más amplio del tráfico internacional de tejidos y órganos humanos» (1).

Para tratar los urgentes y cada vez mayores problemas de la venta de órganos, el turismo de trasplantes y el tráfico de los donantes de órganos ante la escasez mundial de órganos, se celebró en Estambul, del 30 de abril al 2 de mayo de 2008, una Cumbre en la que se reunieron más de 150 representantes de organismos médicos y científicos de todo el mundo, oficiales de gobierno, científicos sociales y eticistas. Un Comité Directivo, convocado en Dubai en diciembre de 2007 por la Sociedad de Trasplantes (TTS, por sus siglas en inglés) y la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN, por sus siglas en inglés), se hizo cargo del trabajo preparatorio para la reunión. El borrador de declaración de dicho comité se divulgó ampliamente y revisó a continuación de acuerdo con los comentarios recibidos. En la Cumbre, el borrador revisado fue examinado por grupos de trabajo y finalizado en deliberaciones plenarias.

La presente Declaración representa el consenso de los participantes de la Cumbre. Todos los países necesitan un marco jurídico y profesional para administrar la donación de órganos y las actividades de trasplantes, así como un sistema normativo de supervisión transparente que garantice la seguridad del donante y del receptor y la aplicación de normas y prohibiciones sobre prácticas no éticas.

Las prácticas no éticas son, en parte, una consecuencia no deseada de la escasez mundial de órganos para trasplantes. Por lo tanto, cada país debería luchar tanto para garantizar la aplicación de programas que prevengan la carencia de órganos como para ofrecer órganos que satisfagan las necesidades de trasplantes de sus residentes a partir de donantes de su propia población o a través de la cooperación regional. El potencial terapéutico de la donación de órganos de personas fallecidas debería maximizarse no solo para los riñones sino también para otros órganos, según las necesidades de cada país. La lucha por iniciar o mejorar los trasplantes de donantes fallecidos es esencial para minimizar la carga de los donantes vivos. Los programas educativos son útiles para hacer frente a las barreras, ideas falsas y desconfianza que impiden actualmente el desarrollo suficiente de la donación de órganos de personas fallecidas; para que los programas de trasplantes tengan éxito, también es esencial que exista una infraestructura de sistema sanitario pertinente.

El acceso a la asistencia sanitaria es un derecho humano pero a menudo no una realidad. La proporción de cuidados a los donantes vivos antes, durante y después de la intervención — tal y como se describe en los informes de foros internacionales organizados por la TTS en Ámsterdam y Vancouver (2-4)— no es menos importante que cuidar al receptor del trasplante. Un resultado positivo para un receptor nunca puede justificar el daño a un donante vivo; al contrario, para que el trasplante con donante vivo se considere un éxito, tiene que salir bien tanto para el receptor como para el donante.

La presente Declaración se basa en los principios de la Declaración Universal de Derechos Humanos (5). La amplia representación en la Cumbre de Estambul refleja la importancia de la colaboración internacional y el consenso mundial para mejorar las prácticas de donación y trasplantes. La Declaración se enviará a organizaciones profesionales pertinentes y a autoridades sanitarias de todos los países para su consideración. Las víctimas empobrecidas del tráfico de órganos y el turismo de trasplantes no deben ser el legado de los trasplantes sino más bien una celebración del obsequio de la salud de una persona a otra.

### **Definiciones**

**El tráfico de órganos** es la obtención, transporte, transferencia, encubrimiento o recepción de personas vivas o fallecidas o sus órganos mediante una amenaza, uso de la fuerza u otras formas de coacción, secuestro, fraude, engaño o abuso de poder o de posición vulnerable, o la entrega o recepción de pagos o beneficios por parte un tercero para obtener el traspaso de control sobre el donante potencial, dirigido a la explotación mediante la extracción de órganos para trasplante (6).

**La comercialización de trasplantes** es una política o práctica en la que un órgano se trata como una mercancía, incluida la compra, venta o utilización para conseguir beneficios materiales.

**El viaje para trasplantes** es el traslado de órganos, donantes, receptores o profesionales del trasplante fuera de las fronteras jurisdiccionales dirigido a realizar un trasplante. El viaje para trasplantes se convierte en **turismo de trasplantes** si implica el tráfico de órganos o la comercialización de trasplantes, o si los recursos (órganos, profesionales y centros de trasplantes) dedicados a suministrar trasplantes a pacientes de otro país debilitan la capacidad del país de ofrecer servicios de trasplantes a su propia población.

### **Principios**

1. Los gobiernos nacionales, que trabajan en colaboración con organizaciones internacionales y no gubernamentales, deberían desarrollar e implementar programas integrales para la revisión, prevención y tratamiento de la insuficiencia orgánica, que incluyan:

- a. El avance de la investigación clínica y científica básica;
- b. Programas eficaces, basados en pautas internacionales, para tratar y mantener a pacientes con enfermedades terminales —como programas de diálisis para pacientes con problemas renales— con el fin de minimizar la morbilidad y la mortalidad, junto con programas de trasplantes para dichas enfermedades;
- c. El trasplante de órganos como el mejor tratamiento de insuficiencias orgánicas para receptores adecuados desde el punto de vista médico.

2. Cada país o jurisdicción debería desarrollar e implementar legislación que regule la recuperación de órganos de donantes vivos y fallecidos y la práctica del trasplante, de acuerdo con la normativa internacional.

- a. Se deberían desarrollar e implementar políticas y procedimientos para maximizar el número de órganos disponibles para trasplantes, de acuerdo con estos principios;
- b. Las donaciones y los trasplantes requieren la supervisión y responsabilidad de las autoridades sanitarias de cada país para garantizar transparencia y seguridad;
- c. Para la supervisión es necesario un registro nacional o regional que registre los trasplantes de donantes vivos y fallecidos;
- d. Entre los componentes clave de programas eficaces se incluye la educación y la conciencia pública, la educación y formación de profesionales de la salud, y las responsabilidades definidas de todos los participantes en el sistema nacional de trasplantes y donación de órganos.

3. Los órganos para trasplantes deberían estar repartidos equitativamente en los países o jurisdicciones para los receptores adecuados, independientemente del sexo, el grupo étnico, la religión o la posición social o económica.

- a. Las compensaciones económicas o ganancias materiales de cualquiera de las partes no deben afectar al cumplimiento de las reglas de distribución pertinentes.

4. Los cuidados médicos óptimos a corto y largo plazo deberían ser el objetivo principal de las políticas y programas de trasplantes para garantizar la salud de los donantes y los receptores.

- a. Las compensaciones económicas o ganancias materiales de cualquiera de las partes no debe anular la importancia primaria del bienestar y salud de los donantes y receptores.

5. Las jurisdicciones, los países y las regiones deberían luchar por conseguir la autosuficiencia en la donación de órganos suministrando un número suficiente de órganos procedentes del país a los residentes que lo necesiten o a través de la cooperación regional.

- a. La colaboración entre países no es incompatible con la autosuficiencia nacional siempre y cuando la colaboración proteja a los vulnerables, promueva la igualdad entre la población de donantes y receptores y no incumpla estos principios;
- b. El tratamiento de pacientes que no pertenecen al país o su jurisdicción se puede aceptar exclusivamente si no perjudica la capacidad de un país de ofrecer servicios de trasplantes a su propia población.

6. El tráfico de órganos y el turismo de trasplantes violan los principios de igualdad, justicia y respeto de la dignidad humana y deberían prohibirse. Puesto que los donantes con menos recursos económicos o más vulnerables son el blanco de la comercialización de trasplantes, se produce inexorablemente una injusticia y debería prohibirse. En la Resolución 44.25, la Asamblea de la OMS hizo un llamamiento a los países para evitar la compra y venta de órganos humanos para trasplantes.

- a. Entre las prohibiciones de estas prácticas, se debería incluir la prohibición de todo tipo de anuncios (incluido el soporte electrónico e impreso), solicitudes o mediaciones que se dirijan a la comercialización de trasplantes, el tráfico de órganos o el turismo de trasplantes.

- b. Dichas prohibiciones también deberían penar las actuaciones —como las revisiones médicas de donantes, órganos u órganos para trasplantes— que ayuden, alienten o utilicen productos del tráfico de órganos o el turismo de trasplantes.
- c. Las prácticas que induzcan a los grupos o individuos vulnerables (como las personas analfabetas y con pocos recursos económicos, los inmigrantes indocumentados, los presos y los refugiados políticos o económicos) a ser donantes vivos son incompatibles con el objetivo de combatir el tráfico de órganos y el turismo y la comercialización de trasplantes.

## **Propuestas**

De acuerdo con estos principios, los participantes en la Cumbre de Estambul sugieren las siguientes estrategias para aumentar el fondo de donantes y evitar el tráfico de órganos, la comercialización de trasplantes y el turismo de trasplantes y para alentar los programas de trasplantes legítimos que salvan vidas:

### **Para responder a la necesidad de una mayor donación de las personas fallecidas:**

1. Los gobiernos, en colaboración con instituciones sanitarias, profesionales y organizaciones no gubernamentales, deberían tomar las medidas necesarias para aumentar la donación de órganos de personas fallecidas. Se debería luchar por eliminar los obstáculos y la falta de incentivos en la donación de órganos de fallecidos.
2. Aquellos países que carezcan de un sistema establecido de donación o trasplante de órganos de fallecidos deberían promulgar leyes nacionales que inicien la donación de órganos de fallecidos y creen una infraestructura de trasplantes, con el fin de aprovechar el potencial de donantes fallecidos de cada país.
3. En todos los países en los que se ha iniciado la donación de órganos de personas fallecidas, se debería maximizar el potencial terapéutico de la donación o trasplante del órgano.
4. Se anima a los países con programas establecidos para los trasplantes de donantes fallecidos a compartir la información, los conocimientos y la tecnología con países que quieran mejorar sus esfuerzos en la donación de órganos.

### **Para garantizar la protección y seguridad de los donantes vivos y el reconocimiento adecuado de su heroica actuación al tiempo que se lucha contra el turismo de trasplantes, el tráfico de órganos y la comercialización de trasplantes:**

1. Los representantes del gobierno y los organismos de la sociedad civil deberían considerar el acto de la donación heroico y honroso como tal.
2. La determinación de si un donante vivo es apropiado desde el punto de vista psicosocial y médico debería guiarse por las recomendaciones de los Foros de Ámsterdam y Vancouver (2-4).
  - a. Los mecanismos para el consentimiento informado deberían incorporar estipulaciones que evalúen la comprensión del donante; incluida la evaluación del impacto psicológico del proceso;
  - b. Todos los donantes deberían someterse a una evaluación psicosocial de profesionales de la salud mental durante las revisiones.

3. El cuidado de los donantes de órganos, incluido el de las víctimas del tráfico de órganos, la comercialización de trasplantes y el turismo de trasplantes, es una responsabilidad fundamental de todas las jurisdicciones que hayan permitido los trasplantes de órganos realizados con dichas prácticas.
4. Los sistemas y estructuras deberían garantizar la normalización, transparencia y responsabilidad del apoyo a la donación.
  - a. Se deberían establecer seguimientos y mecanismos para conseguir la transparencia del proceso;
  - b. Se debería obtener un consentimiento informado tanto para la donación como para los procesos de seguimiento.
5. El suministro de cuidados incluye las atenciones médicas y psicosociales durante la donación y para cualquier efecto a largo y corto plazo relacionado con la donación de órganos.
  - a. En las jurisdicciones y países que carecen de seguros médicos universales, el suministro de seguros médicos, de vida y de incapacidad relacionados con la donación es un requisito necesario para ofrecer cuidados al donante;
  - b. En aquellas jurisdicciones con seguros médicos universales, los servicios gubernamentales deberían garantizar que los donantes pueden acceder a los cuidados médicos adecuados relacionados con la donación;
  - c. La cobertura de los seguros de vida y/o médicos y las oportunidades laborales de las personas que donan órganos no deberían verse afectadas;
  - d. A todos los donantes se les debería ofrecer servicios psicosociales como un componente estándar de seguimiento;
  - e. En el caso de que falle un órgano del donante, este debería recibir:
    - i. Atención médica de apoyo, incluida la diálisis para los que sufran insuficiencia renal, y
    - ii. Prioridad en el acceso al trasplante, integrado en normas de reparto existentes según correspondan al trasplante de órganos de donantes vivos o fallecidos.
6. El reembolso integral de los gastos documentados reales de donar un órgano no constituye el pago de un órgano, sino más bien es parte de los costes legítimos para tratar al receptor.
  - a. Dicho reembolso de costes normalmente lo realizaría la parte responsable de los gastos del tratamiento del receptor del trasplante (tales como un departamento de sanidad del gobierno o una compañía de seguros médicos);
  - b. Los gastos y costes pertinentes deberían calcularse y administrarse con una metodología transparente, de acuerdo con las normas nacionales;
  - c. El reembolso de los gastos aprobados se debería hacer directamente a la parte que ofrece el servicio (como al hospital que suministró la asistencia médica al donante);
  - d. El reembolso de la pérdida de ingresos y los gastos varios del donante debería administrarlos la agencia que se encargue del trasplante y no que los abone directamente el receptor al donante.
7. Los gastos justificados que pueden reembolsarse si se documentan incluyen:
  - a. el gasto de cualquier evaluación médica y psicológica de los donantes vivos potenciales que no pueden donar (por ejemplo, por problemas médicos o inmunológicos descubiertos durante el proceso de evaluación);

- b. los gastos incurridos en la gestión y realización de las fases pre-, peri- y post-operatorias del proceso de donación (por ejemplo, llamadas telefónicas de larga distancia, viajes, alojamiento y gastos de manutención);
- c. los gastos médicos de la atención médica tras el alta del donante;
- d. la pérdida de ingresos relativa a la donación (de acuerdo con la normativa nacional).

## **Referencias**

1. Resolución 57.18 de la Asamblea de la OMS, Trasplante de órganos y tejidos humanos, 22 de mayo de 2004, [http://www.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA57/A57\\_R18-en.pdf](http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R18-en.pdf)
2. El Comité de ética de la Sociedad de Trasplantes (2004). The Consensus Statement of the Amsterdam Forum on the Care of the Live Kidney Donor. *Transplantation* 78(4):491-92.
3. Barr ML, Belghiti J, Villamil FG, Pomfret EA, Sutherland DS, Gruessner RW, Langnas AN & Delmonico FL (2006). A Report of the Vancouver Forum on the Care of the Life Organ Donor: Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Data and Medical Guidelines. *Transplantation* 81(10):1373-85.
4. Pruett TL, Tibell A, Alabdulkareem A, Bhandari M, Cronon DC, Dew MA, Dib-Kuri A, Gutmann T, Matas A, McMurdo L, Rahmel A, Rizvi SAH, Wright L & Delmonico FL (2006). The Ethics Statement of the Vancouver Forum on the Live Lung, Liver, Pancreas, and Intestine Donor. *Transplantation* 81(10):1386-87.
5. Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 10 de dic 1948, <http://www.un.org/Overview/rights.html>.
6. Basado en el Artículo 3a del Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar tráfico de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de ONU contra la delincuencia organizada transnacional, [http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/finaldocuments2/convention%20traff\\_eng.pdf](http://www.uncjin.org/Documents/Conventions/dcatoc/finaldocuments2/convention%20traff_eng.pdf).

## **Proceso y selección de los participantes**

### **Comité directivo:**

El Comité Directivo fue seleccionado por un Comité de Organización formado por Mona Alrukhami, Jeremy Chapman, Francis Delmonico, Mohamed Sayegh, Faissal Shaheen y Annika Tibell

El Comité Directivo se formó por la dirección de la Sociedad de Trasplantes, incluido el Presidente electo y el Presidente de su Comité de Ética, y la Sociedad Internacional de Nefrología, incluido el Vicepresidente y las personas que forman parte del Consejo. En el Comité Directivo estaban representadas todas las regiones continentales del mundo con programas de trasplante.

El Comité Directivo se encargó de redactar un borrador de Declaración para que lo estudiara un grupo diverso de participantes en la Cumbre de Estambul. Dicho Comité

también era el responsable de crear una lista con los participantes que habría que invitar a la reunión de la Cumbre.

### **Selección de los participantes para la Cumbre de Estambul:**

El Comité Directivo seleccionó a los participantes de la Cumbre de Estambul de acuerdo con las siguientes consideraciones:

- Los vínculos del país con la Sociedad de Trasplantes que representa prácticamente a todos los países con programas de trasplantes;
- Representantes de sociedades internacionales y el Vaticano;
- Personas con cargos directivos en nefrología y trasplantes;
- Participantes en el ámbito de políticas públicas del trasplante de órganos; y
- Eticistas, antropólogos, sociólogos y especialistas en cuestiones jurídicas de prestigio por sus publicaciones sobre la política y la práctica de los trasplantes.

No se preguntó a ninguna persona o grupo su opinión, prácticas o filosofía antes de la selección del Comité Directivo o de la Cumbre de Estambul.

Después de que el Comité Directivo preparase y revisase el grupo de participantes propuesto, se envió una carta de invitación a la Cumbre de Estambul a cada uno de ellos.

De los aproximadamente 170 invitados, 160 aceptaron participar y 152 pudieron asistir a la Cumbre de Estambul del 30 de abril al 2 de mayo de 2008. Para trabajar en la Declaración durante la Cumbre, se tuvo que dividir el borrador en diferentes partes y los invitados fueron asignados a un grupo de trabajo según su respuesta sobre los temas particulares en los que deseaban centrarse antes de la Cumbre y durante la misma.

### **Preparación de la Declaración:**

Se proporcionó el borrador de Declaración preparado por el Comité Directivo a todos los participantes con un margen amplio para valorarlo y tener una respuesta antes de la Cumbre. El Comité directivo revisó los comentarios y sugerencias recibidos por adelantado y se los entregó a los líderes del grupo de trabajo correspondiente en la Cumbre. (Los líderes de los grupos de trabajo los seleccionó y asignó el Comité Directivo.)

La reunión de la Cumbre se organizó de forma que, en las sesiones iniciales, los grupos de trabajo pudieran considerar las respuestas escritas por los participantes recibidas antes de la Cumbre así como los comentarios de cada uno de los miembros de los grupos de trabajo. Los grupos de trabajo elaboraron estas ideas como adiciones propuestas y revisiones del borrador. Cuando la Cumbre se volvió a reunir para la sesión plenaria, los Directores de cada grupo de trabajo presentaron los resultados de su sesión inicial a todos los participantes de la Cumbre para poder debatirlos. Durante este proceso de revisión, se mostró la redacción de cada sección de la Declaración en una pantalla a los participantes de la sesión plenaria y se modificó según sus comentarios antes de llegar a un acuerdo sobre cada punto.

El contenido de la Declaración se basa en el consenso que alcanzaron los participantes en la Cumbre durante las sesiones plenarias que tuvieron lugar el 1 y 2 de mayo de 2008. Inmediatamente después de la Cumbre, se formó un grupo de estilo para tratar las cuestiones de puntuación, gramática, etc. y dejar constancia de la forma definitiva de la Declaración.

## **Participantes en la Cumbre de Estambul**

<b>Apellido</b>	<b>Nombre</b>	<b>País</b>
Abboud	Omar	Sudán
*Abbud-Filho	Mario	Brasil
Abdramanov	Kaldarbek	Kirguizistán
Abdulla	Sadiq	Bahréin
Abraham	Georgi	India
Abueva	Amihan V	Filipinas
Aderibigbe	Ademola	Nigeria
*Al-Mousawi	Mustafa	Kuwait
Alberu	Josefina	México
Allen	Richard D.M.	Australia
Almazan-Gomez	Lynn C.	Filipinas
Alnono	Ibrahim	Yemen
*Alobaidli	Ali Abdulkareem	Emiratos Árabes Unidos
*Alrukhaimi	Mona	Emiratos Árabes Unidos
Álvarez	Inés	Uruguay
Assad	Lina	Arabia Saudí
Assounga	Alain G.	Sudáfrica
Baez	Yenny	Colombia
*Bagheri	Alireza	Irán
*Bakr	Mohamed	Egipto
Bamgboye	Ebun	Nigeria
*Barbari	Antoine	Líbano
Belghiti	Jacques	Francia
Ben Abdallah	Taieb	Túnez
Ben Ammar	Mohamed Salah	Túnez
Bos	Michael	Países Bajos
Britz	Russell	Sudáfrica
Budiani	Debra	Estados Unidos
*Capron	Alexander	Estados Unidos
Castro	Cristina	R. Brasil
*Chapman	Jeremy	Australia
Chen Zhonghua	Klaus	República Popular China
Codreanu	Igor	Moldavia
Cole	Edward	Canadá
Cozzi	Emanuele	Italia
*Danovitch	Gabriel	Estados Unidos
Davids	Razeen	Sudáfrica
De Broe	Marc	Bélgica
*De Castro	Leonardo	Filipinas
*Delmonico	Francis L.	Estados Unidos
Derani	Rania	Siria
Dittmer	Ian	Nueva Zelanda
Domínguez-Gil	Beatriz	España
Duro-Garcia	Valter	Brasil
Ehtuish	Ehtuish	Libia
El-Shoubaki	Hatem	Qatar
Epstein	Miran	Reino Unido
*Fazel	Iraj	Irán
Fernandez Zincke	Eduardo	Bélgica
Garcia-Gallont	Rudolf	Guatemala
Ghods	Ahad J.	Irán
Gill	John	Canadá
Glitz	Denis	Francia
Gopalakrishnan	Ganesh	India



Gracida	Carmen	México
Grinyo	Josep	España
Ha	Jongwon	Corea del Sur
*Haberal	Mehmet A.	Turquía
Hakim	Nadey	Reino Unido
Harmon	William	Estados Unidos
Hasegawa	Tomonori	Japón
Hassan	Ahmed Adel	Egipto
Hickey	David	Irlanda
Hiesse	Christian	Francia
Hongji	Yang	República Popular China
Humar	Ines	Croacia
Hurtado	Abdias	Perú
Ismail	Moustafa Wesam	Egipto
Ivanovski	Ninoslav	República de Macedonia
*Jha	Vivekanand	India
Kahn	Delawir	Sudáfrica
Kamel	Refaat	Egipto
Kirpalani	Ashok	India
Kirste	Guenter	Alemania
*Kobayashi	Eiji	Japón
Koller	Jan	Eslovaquia
Kranenburg	Leonieke	Países Bajos
*Lameire	Norbert	Bélgica
Laouabdia-Sellami	Karim	Francia
Lei	Ruipeng	República Popular China
*Levin	Adeera	Canadá
Lloveras	Josep	España
Lõhmus	Aleksander	Estonia
Luciulli	Esmeralda	Francia
Lundin	Susanne	Suecia
Lye Wai	Choong	Singapur
Lynch	Stephen	Australia
*Maïga	Mahamane	Mali
Mamzer Bruneel	Marie-France	Francia
Maric	Nicole	Austria
*Martin	Dominique	Australia
*Masri	Marwan	Líbano
Matamoros	Maria A.	Costa Rica
Matas	Arthur	Estados Unidos
McNeil	Adrian	Reino Unido
Meiser	Bruno	Alemania
Međi	Enisa	Bosnia y Herzegovina
Moazam	Farhat	Pakistán
Mohsin	Nabil	Omán
Mor	Eytan	Israel
Morales	Jorge	Chile
Munn	Stephen	Nueva Zelanda
Murphy	Mark	Irlanda
*Naicker	Saraladevi	Sudáfrica
Naqvi S.A.	Anwar	Pakistán
*Noël	Luc	OMS
Obrador	Gregorio	México
Oliveros	Yolanda	Filipinas
Ona	Enrique	Filipinas
Oosterlee	Arie	Países Bajos

Oyen	Ole	Noruega
Padilla	Benita	Filipinas
Pratschke	Johann	Alemania
Rahamimov	Ruth	Israel
Rahmel	Axel	Países Bajos
Reznik	Oleg	Rusia
*Rizvi S. Adibul	Hasan	Pakistán
Roberts	Lesley Ann	Trinidad y Tobago
*Rodriguez-Iturbe	Bernardo	Venezuela
Rowinski	Wojciech	Polonia
Saeed	Bassam	Siria
Sarkissian	Ashot	Armenia
*Sayegh	Mohamed H.	Estados Unidos
Scheper-Hughes	Nancy	Estados Unidos
Sever Mehmet	Sukru	Turquía
*Shaheen	Faissal A.	Arabia Saudí
Sharma	Dhananjaya	India
Shinozaki	Naoshi	Japón
Simforoosh	Nasser	Irán
Singh	Harjit	Malasia
Sok Hean	Thong	Camboya
Somerville	Margaret	Canadá
Stadtler	Maria	Estados Unidos
*Stephan	Antoine	Líbano
Suárez	Juliette	Cuba
Suaudeau	Msgr. Jacques	Italia
Sumethkul	Vasant	Tailandia
Takahara	Shiro	Japón
Thiel	Gilbert T.	Suiza
*Tibell	Annika	Suecia
Tomadze	Gia	Georgia
*Tong	Matthew Kwok-Lung	Hong Kong
Tsai	Daniel Fu-Chang	Taiwán
Uriarte	Remedios	Filipinas
Vanrenterghem	Yves F.C.	Bélgica
*Vathsala	A.	Singapur
Weimar	Willem	Países Bajos
Wikler	Daniel	Estados Unidos
Young	Kimberly	Canadá
Yuldashev	Ulugbek	Uzbekistán
Zhao	Minggang	República Popular China

\* = Miembros del Comité Directivo. (William Couser, Estados Unidos, también formaba parte del Comité Directivo pero no pudo asistir a la Cumbre.)