



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

PROPUESTA DE REDISEÑO ORGANIZACIONAL PARA LAS UNIDADES
ENCARGADAS DE LA DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES EN HOSPITALES

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL INDUSTRIAL

NICOLE ESTEFANÍA ADAROS DÍAZ

PROFESOR GUÍA:
OMAR CERDA INOSTROZA

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
RENÉ ESQUIVEL CABRERA
SEBASTIAN CONDE DONOSO

SANTIAGO DE CHILE
2017

RESUMEN DE LA MEMORIA PARA OPTAR AL
TITULO DE: Ingeniera Civil Industrial
POR: Nicole Estefanía Adaros Díaz
FECHA: 20/10/2017
PROFESOR GUIA: Omar Cerda Inostroza

PROPUESTA DE REDISEÑO ORGANIZACIONAL PARA LAS UNIDADES
ENCARGADAS DE LA DETECCIÓN DE POSIBLES DONANTES EN HOSPITALES

En Chile, aun cuando se han realizado modificaciones para mejorar la tasa de donación de órganos, la realidad es que no se ha logrado tener un aumento significativo ni constante y esto deriva en una larga lista de potenciales receptores que están a la espera de un órgano para poder trasplantarse y de este modo mejorar su calidad e incluso tener la posibilidad de seguir viviendo.

Si bien la baja tasa de donación tiene muchas aristas, este trabajo se enfoca en la baja detección de posibles donantes, lo cual además genera al Estado una pérdida por concepto de los costos de tratamientos alternativos al trasplante, estimado en más de un millón de dólares anuales. La hipótesis principal es que *“Las Unidades de Coordinación Local de Procuramiento no cuentan con una adecuada estructura institucional que las apoye en su labor de detección de posibles donantes”*.

A partir del Modelo de Gestión de Personas del Servicio Civil, complementando con el levantamiento de información secundaria y entrevistas a actores relevantes, se identificarán factores relevantes en la estructura institucional que facilitan o dificultan la labor de estas unidades, entre los cuales está el interés del hospital por el tema de donación de órganos, lo que hace que entreguen los recursos y el apoyo necesario para estas enfermeras de procuramiento.

A partir de lo anterior, se establece un plan estratégico de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, que permita establecer líneas de acción para mejorar la tasa de donación. Una de estas líneas de acción es la definición de un “Programa de Calidad de Donación de Órganos”, el cual busca incentivar a los hospitales a que entreguen los factores y recursos clave para hacer eficiente el proceso de detección de posibles donantes.

Además, se propone realizar una re-estructuración de la unidad a cargo del proceso a nivel ministerial, de modo de crear un cargo nuevo que lidere las estrategias y realice un eficiente control de gestión del programa.

El costo final de esta propuesta queda supeditada a nivel del incentivo que se le quiera dar a los hospitales, pero se estima que con un incentivo de \$20.000.000 por hospital, se lograría tener un costo total equivalente al 50% de los beneficios potenciales, proyectados a 3 años.

Dedicatoria

*“Caminando en verso
Con mis emociones en luto
Voy despertando en cada escritura
Que sanar es un proceso
Que la evolución toma tiempo
Que las transformaciones son caóticas
Fueras de mi control y mi tiempo
Caminando en verso entiendo
Lo que es fusionarte en mi alma
Integrarte a mi historia
Perdonarte a ti tu falta
Continuar con mi vida
Escribiendo mi propio destino
Y recitando mis propios logros ...”*

-Adaptación de poema “Caminando en Verso” de José Miguel Adaros Díaz

Agradecimientos

Primero que todo quiero agradecer a mi familia, por todo el apoyo que me han entregado estos años, la tranquilidad de tener que dedicarme a mis estudios y el amor infinito en incontables situaciones. Gracias Papá, Mamá, José Miguel y Juanita. Parte de mi familia son también mis amigas: Vale, Caro, Fran, Carla y Panchi, son un pilar fundamental en mi vida y las amo por ser parte de mí.

Agradezco de corazón el conocimiento que me ha entregado la Universidad de Chile, tanto en las instancias dentro de la sala de clases y por tener maestros maravillosos que me cambiaron la perspectiva de la vida. Principalmente agradezco a la profesora Vivien Villagran y al profesor Sebastián Conde, por confiar en mí tanto como alumna como auxiliar, expandiendo mis conocimientos en muchísimos niveles. También agradezco a la universidad por generar los espacios fuera del aula que me hicieron crecer aún más.

El camino en la universidad estuvo lleno de alegrías y aprendizajes, quiero agradecer a todos los que me han marcado en este camino. Gracias Coloro y Pivo por ser un pilar de apoyo en los primeros semestres. Gracias Ricardo por ser un apoyo incondicional en el peor momento de mi vida. Gracias Meili, Ana Luisa y Martina por las hermosas aventuras y ser mis cómplices en más de una locura, las amo. Gracias Sebastián, por entregarme motivación, por la paciencia y por tus eternas horas de profesor particular. Gracias Maca por ser un pilar y un clave a tierra en mi locura.

En especial quiero agradecer al CEIN 2014, por el eterno aprendizaje que me han entregado, le agradezco a cada uno de ustedes: Pivo, Maca, Leo, Waio, Diego, Sofi, Martín y Perrín. Con ustedes crecí mucho y se volvieron en una familia para mí.

Agradecer de manera especial, a quienes he conocido en el WIC y me han apoyado sobre todo en este último tiempo, me han entregado su alegría y han hecho de este proceso de cierre más fácil: Rocío, Kathy, Alberto, Caro, Claudia. Gracias por su alegría y por su apoyo constante.

A quienes quiero agradecer de manera más especial es a Martín, Fran y Caro, mi ChileVive. Han sido un apoyo incondicional en estos últimos años, me aguantan mis momentos de mañosa y mi locura. Mi amor por ustedes es infinito y le agradezco a la vida por ponerlos en mi camino y trabajar con ustedes día a día. A ustedes les agradezco su amor, su comprensión, todo lo que me entregan.

Finalmente, quiero agradecer a mi hermana, Alejandra. Gracias por ser parte de mi vida. Por ti soy quien soy, por ti soy Ingeniera Civil Industrial.

Gracias, a cada uno de ustedes por marcar mi vida, por enseñarme y por quererme.

A todos ustedes los amo con todo mi corazón.

Tabla de contenido

Parte I: Presentación del Proyecto	1
1. Introducción.....	1
2. Justificación del tema	6
3. Hipótesis diagnóstica y preguntas de investigación	8
4. Objetivos	9
5. Marco Conceptual	10
6. Metodología	18
Parte II: Desarrollo del proyecto.....	24
7. Antecedentes Generales de la Donación de Órganos	24
8. Análisis de datos	41
9. Análisis de Entrevistas.....	45
10. Síntesis	56
Parte III: Propuesta de solución	62
11. Propuesta de Solución.....	62
Parte IV: Conclusiones	68
Parte V: Referencias y Bibliografía	69
Glosario	69
Bibliografía	70
Anexos	77

Índice de Tablas

Tabla 1: Componentes e Indicadores del Ciclo Transversal o de Planificación y Soporte de la Estrategia de Personas – Modelo de Gestión de Personas	15
Tabla 2: Componentes e Indicadores del Ciclo Corto Plazo o Gestión del Desempeño ...	16
Tabla 3: Componentes e Indicadores del Ciclo Mediano Plazo o Gestión del Desarrollo	17
Tabla 4: Componentes e Indicadores del Ciclo Largo Plazo o Gestión del Cambio.....	17
Tabla 5: Estructura de la Investigación	19
Tabla 6: Características de los hospitales a estudiados	21
Tabla 7: Donantes efectivos en los últimos años y su promedio	44
Tabla 8: Síntesis diagnóstica.....	57
Tabla 9: Beneficio potencial.....	67

Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Demanda de órganos a enero 2017.....	2
Ilustración 2: Evolución de lista de espera 2002 - 2016	2
Ilustración 3: Evolución de la negativa familiar 2000-2016 [%].....	3
Ilustración 4: Evolución de donantes efectivos 2000 - 2016	3
Ilustración 5: Evolución de trasplantes realizados 2000-2016.....	4
Ilustración 6: Evolución de tasa de donación efectiva en 2000-2016 [donantes p.m.p] ...	5
Ilustración 7: Tasa de donación efectiva en el mundo 2014 [donantes p.m.p]	5
Ilustración 8: Procesos y componentes del modelo de gestión de personas	14
Ilustración 9: Organigrama de Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante .	28
Ilustración 10: Distribución presupuesto de Coordinadora Nacional	29
Ilustración 11: Mapa de Unidades de Procuramiento públicas en Chile.....	30
Ilustración 12: Proceso de procuramiento	33
Ilustración 13: Disposición de las Coordinaciones Locales de Procuramiento en su propio hospital	41
Ilustración 14: Tipo de unidades de procuramiento y/o trasplante de órganos	41
Ilustración 15: Distribución de los grados jerárquicos de las coordinadoras	42
Ilustración 16: Formato de contratación de las enfermeras de procuramiento	43
Ilustración 17: Propuesta de Organigrama de Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante.....	65

Parte I: Presentación del Proyecto

1. Introducción

Desde el siglo XX, los trasplantes de órganos han dado la posibilidad de mejorar la esperanza y calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas o agudas. Este tratamiento consiste en la extracción y reemplazo de un órgano vital que presenta una falla irreversible de tal magnitud que no es posible utilizar otros procedimientos para recuperarlo. Anualmente, son más de cien mil personas alrededor del mundo las que se someten a este procedimiento quirúrgico, permitiendo una sobrevivencia global del 80%.

Existen 2 tipos de donación de órganos, los cuales se clasifican según su procedencia si es donante vivo o donante fallecido. En el primer caso, se puede donar uno de los riñones, tejidos o células; y en el segundo caso, de donante fallecido, se pueden donar ambos riñones, hígado, corazón, páncreas, pulmón y tejidos.

A nivel mundial la demanda por un órgano es mayor a 250.000 y se espera que siga aumentando dado el perfil epidemiológico de la población, donde influyen características como el envejecimiento y el aumento de enfermedades crónicas como la hipertensión y la diabetes [1]. Lo anterior, deriva en largas esperas para poder recibir un órgano, el cuál si no llega a tiempo se puede traducir en muerte.

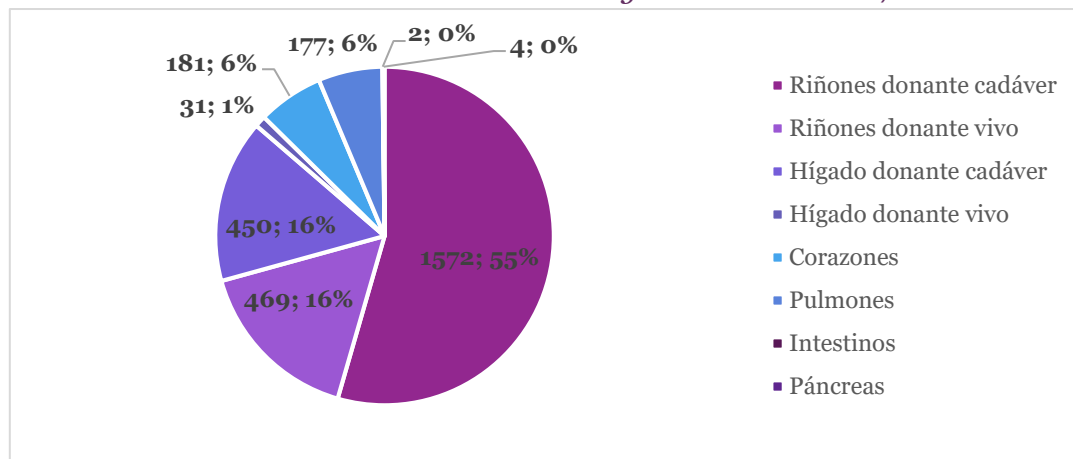
Muchos países han mejorado los procedimientos y sistemas para aumentar la oferta de órganos [2]. El mejor ejemplo de esto es el “Modelo Español de Coordinación y Trasplante” (desde ahora “Modelo Español”), que logró en 25 años cuadruplicar el número de donantes en España, transformándose en el líder mundial por más de 20 años consecutivos. Esta estrategia se basa en una nueva organización tanto a nivel nacional, como regional y hospitalario. Son muchos los países que han adaptado este modelo, buscando mejorar sus tasas de donantes efectivos.

En Chile, en el 2010, se realizó la institucionalización del sistema de donación de órganos, buscando adaptar el “Modelo Español” a la realidad chilena, creándose así la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplantes de Órganos y Tejidos en el Ministerio de Salud, la cual se hace cargo de la coordinación de la detección de posibles donantes, el procuramiento y trasplante de órganos. Al igual que en España, esta coordinadora se divide en 3 niveles: nacional, central y local. Este último nivel, las Unidades de Coordinación Local de Procuramiento (CLP), son las que se encuentran instaladas en determinados hospitales y son las responsables del proceso mismo de detección y mantención del potencial donante.

1.1. Evolución de las donaciones de órganos y trasplantes

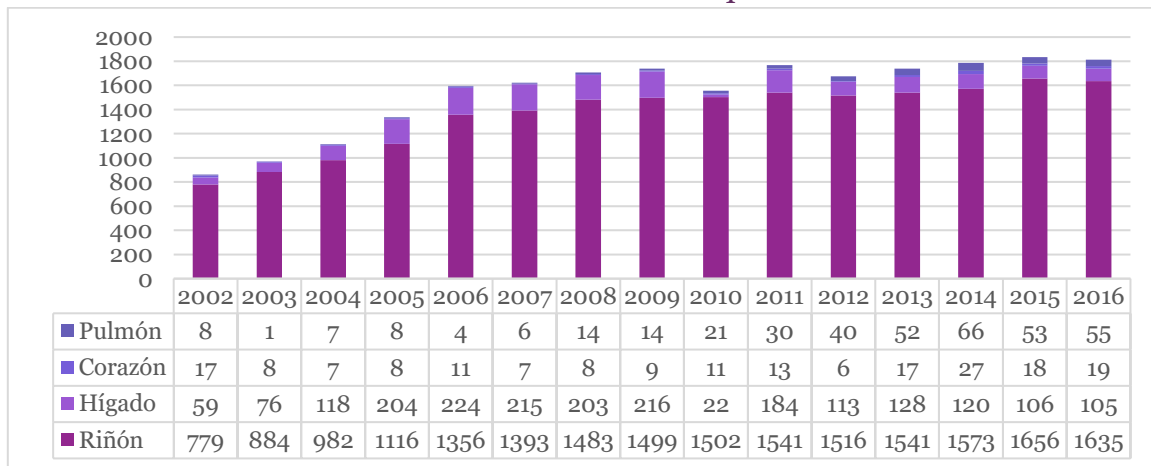
La demanda de órganos, al 31 de enero del 2017, supera las 2000 personas en la Lista de Espera, de las cuales 52 de ellas requieren trasplante combinado [3]. La distribución de la cantidad de órganos necesarios para cubrir la demanda actual se muestra en Ilustración 1. En donde es posible observar que aproximadamente el 71% de la lista requiere trasplante de riñones, seguido por el hígado con 17%, luego corazón y pulmones con un 6% cada uno de ellos. Además, en la Ilustración 2, se puede observar la evolución de la lista de espera de los principales 4 órganos más demandados.

Ilustración 1: Demanda de órganos a enero 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de información de Biobío [3].

Ilustración 2: Evolución de lista de espera 2002 - 2016



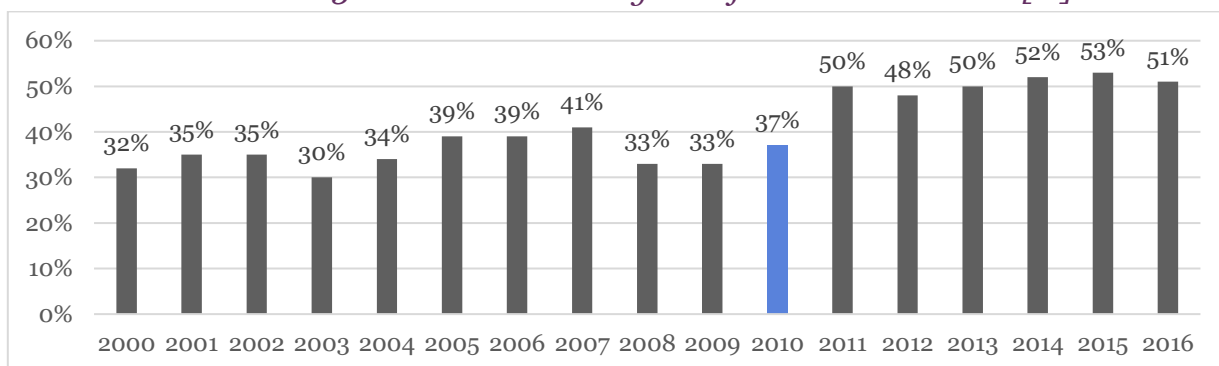
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del MinSal [4]

La necesidad por órganos, ha ido aumentando progresivamente y dado el perfil epidemiológico, es de esperar que con el tiempo ésta siga creciendo. Esta lista se va modificando con la entrada de nuevos pacientes con la necesidad de un trasplante y la salida de este listado, puede ser por la realización de la operación o por muerte a la espera

de un órgano. En los últimos 3 años se ha registrado la muerte de 413 pacientes a la espera, y sólo durante el primer mes del año 2017, ya se registraban 10 casos [3].

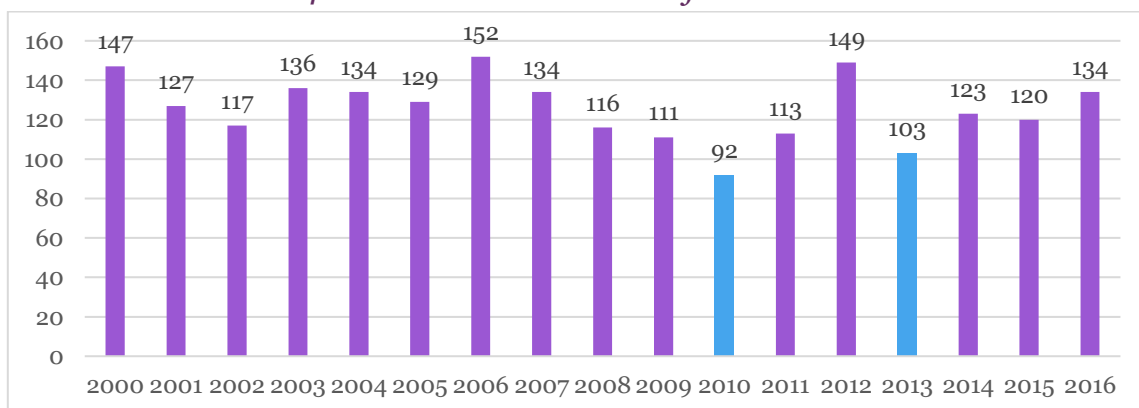
En cuanto a la “oferta” de órganos, un porcentaje no menor de los posibles donantes no se concreta como donantes efectivos porque la familia se niega a la donación de los órganos de su familiar fallecido. Al observar la Ilustración 3, es posible notar un gran cambio posterior al 2010, año de la modificación de la ley. Antes de este hito, el promedio de la negativa familiar era en promedio 35% de los casos y posteriormente, el promedio bordea el 51%. Según el Coordinador Nacional, Dr. José Luis Rojas, esta gran diferencia se debe a que antes del cambio de ley, no era obligatorio para los hospitales que dieran cuentas sobre los procesos relacionados a los posibles donantes, por lo que era común sub-declarar la cantidad de entrevistas realizadas con resultado negativo. Al cambiar la ley, la cual se puso en marcha en el 2011, era necesario dar cuenta de las negativas familiares en las entrevistas por lo que desde ese momento se logra llevar un mejor registro de estos datos.

Ilustración 3: Evolución de la negativa familiar 2000-2016 [%]



Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal [5]

Ilustración 4: Evolución de donantes efectivos 2000 - 2016



Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal [5]

En la Ilustración 4, es posible observar que la cantidad de donantes no muestra una tendencia al aumento. El promedio de los últimos 17 años es de 125 donantes por año, con una desviación estándar de 16,3. Se destacan en otro color los años de promulgación de

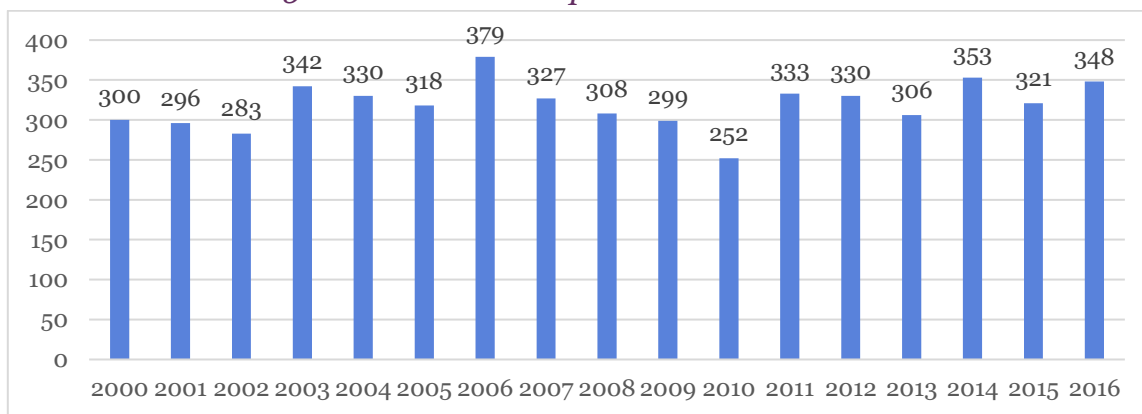
los cambios a la ley, donde se pueden observar las mayores bajas. Por otro lado, se observa que los 3 años máximos son cada 6 años; en 2000, 2006 y 2012; lo que pudiese dar cuenta de procesos cíclicos a nivel país que puede ser materia de otro estudio.

En el año 2016, de los 134 donantes efectivos:

- 55 se generaron en la Región Metropolitana, donde los Servicios de Salud que más donantes generaron fueron Central con 20 y Oriente con 11, todos los otros servicios generaron menos de 10 donantes cada uno.
- 59 se generaron en Regiones, donde destaca el Servicio de Salud de Viña del Mar y el de Concepción, con 11 donantes cada uno.
- 20 donantes se generaron en centros privados de salud, en donde destacan la Clínica las Condes, Hospital Clínico de Universidad de Chile y la Clínica Alemana con 5 donantes cada uno. Además, aportaron con 2 donantes la Clínica Bicentenario y con 1, la Clínica Santa María y la Clínica Dávila respectivamente.

Por otra parte, es importante notar que por cada donante efectivo se dona más de un órgano, con un máximo de 7 órganos sólidos. Antes del 2010, el promedio era de 2,4 órganos donados por donante efectivo, y posterior a eso la cifra aumentó a 2,7. Con la Ilustración 5, se puede hacer el contraste entre los donantes efectivos y la cantidad de trasplante por año, notando que para el 2014, si bien hubo menos donantes que en el año 2016, hubo más trasplantes y esto se debe a la cantidad de órganos donados por cada donante efectivo.

Ilustración 5: Evolución de trasplantes realizados 2000-2016



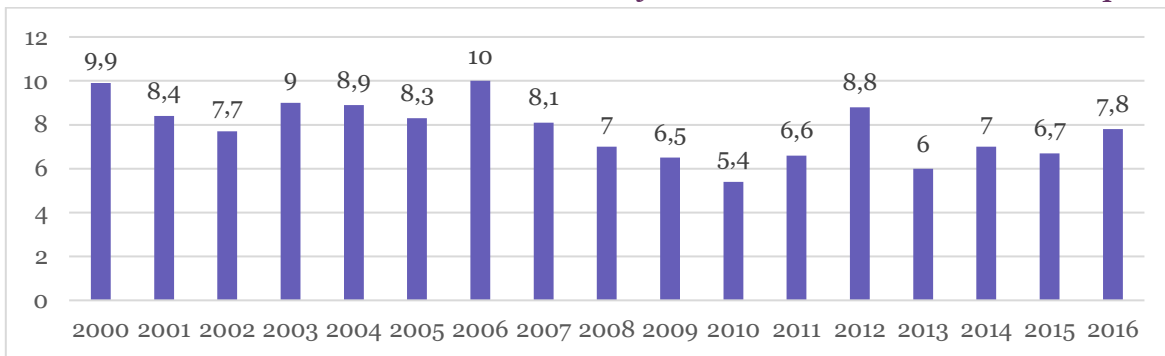
Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal [5]

Para poder comparar con otros países, mundialmente se establece la “Tasa de donantes efectivos por millón de habitantes” [donantes p.m.p], el cual es una tasa que compara la cantidad de donantes efectivos según la cantidad de población total del país. En la Ilustración 6, es posible observar la evolución de la tasa de donación en Chile.

Si se compara el año 2014 y 2015, es posible evidenciar que a pesar de que en el año 2014 hubo más donantes que en el siguiente año, su tasa es menor pues la cantidad de

población del país utilizada para ese año es de más de 17,5 millones de habitantes, mientras que para el año 2015 se utilizó una cifra cercana a los 15,3 millones.

Ilustración 6: Evolución de tasa de donación efectiva en 2000-2016 [donantes p.m.p]

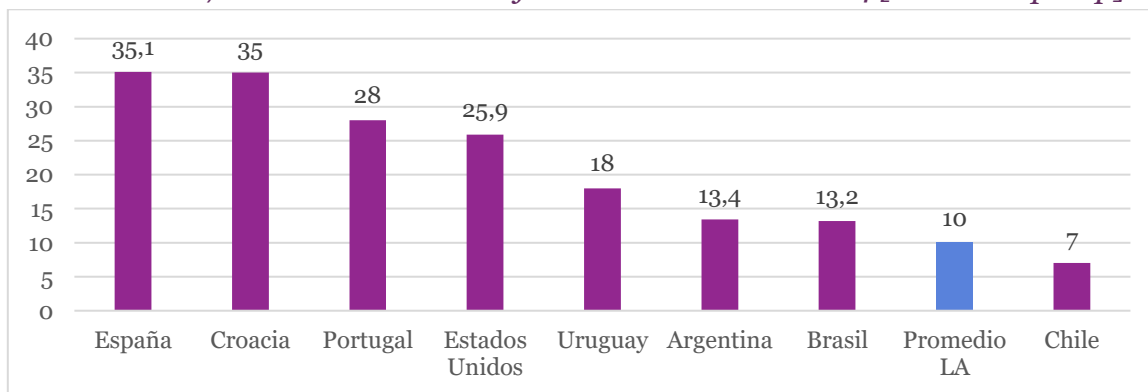


Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal [5]

1.2. Comparación con líderes a nivel mundial y regional

Si se compara la tasa de donación efectiva de órganos de Chile con otros países, se evidencia el bajo nivel de donación que se tiene en el país. En la Ilustración 7, es posible hacer dicha comparación con las tasas del año 2014. Si se compara con países de la región, Chile tiene una tasa menor a la mitad de Uruguay, que es el líder latinoamericano.

Ilustración 7: Tasa de donación efectiva en el mundo 2014 [donantes p.m.p]



Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal [5]

Si se compara con datos más actuales, para el año 2016, España tuvo una tasa mayor de 43 donantes p.m.p [6], Uruguay tiene una tasa de 20 donantes p.m.p. y Chile alcanzó una tasa estimada de 8,7 donantes p.m.p. [7]. En ambas comparaciones, Chile está por debajo de países que se encuentran en un desarrollo similar como lo son Uruguay y Argentina. Incluso estaríamos por debajo del promedio de Latinoamérica, el cual se estima que bordea los 10 donantes p.m.p.

2. Justificación del tema

En Chile, si bien existen mejoras en el control y mantención de los posibles donantes, aún no se ha logrado una mejora significativa ni sostenible en la tasa de donantes, como es posible observar en la Ilustración 6. De este modo, se identifica que el principal problema en la donación de órganos es la baja tasa de donantes efectivos, lo que se traduce en una tasa nacional insatisfactoria de 6,7 donantes por millón de habitantes para el año 2015.

Esto limita el número de trasplantes que son posibles de realizar, lo que significa que la cantidad de pacientes que necesitan un órgano y su tiempo de espera va aumentando, lo que deriva en el deterioro de su condición, siendo el peor escenario posible la muerte.

Según una estimación realizada por el ministerio, sólo se detecta el 40% de los potenciales donantes, por lo que un alto porcentaje de ellos no son detectados como tal y no entran en el proceso para poder convertirse en un donante efectivo. Para poder hacer una estimación de la cantidad de “donantes efectivos perdidos”, se trabajará con el supuesto de que la negativa familiar y cantidad de órganos por donante se mantienen en el mismo año. Para el año 2015, si hubo 120 donantes efectivos que equivalen al 47% de las entrevistas familiares del 40% de los potenciales donantes que son detectados, esto quiere decir que hay 180 donantes extras que podrían haber sido efectivos, si se hubiese detectado el 100% de los potenciales donantes en los hospitales¹. Además, en ese año por cada donante efectivo se donaron promedio 2,7 órganos, esto significa que se podrían haber realizado 486 trasplantes más.

Por otra parte, si las personas no se realizan un trasplante le significa un alto costo al Estado o al paciente, dependiendo de la patología y la previsión de salud que posea. Según la estimación de Domínguez; Harrison; y Atal, el Estado se ahorra US\$28.000 dólares al realizar un trasplante de riñón por sobre un tratamiento de diálisis de por vida, y por conceptos de calidad de vida, el Estado se ahorraría US\$74.500 dólares, lo que se traduce en un ahorro total de US\$102.500 dólares por trasplante de riñón realizado [8]. Si este costo relacionado al trasplante de riñón lo extrapolamos a todos los trasplantes, significaría que los 486 trasplantes que no se realizaron por no ser detectados, tendrían un costo no ahorrado de US\$13.608.000 dólares por tratamientos alternativos y US\$36.207.000 dólares por concepto de calidad de vida, siendo un costo total de US\$50.815.000 dólares al año.

A través de un diagnóstico previo, se identifican 2 principales causas para esta baja tasa de donación de órganos, las cuales están relacionadas con la negativa familiar y el nivel de detección de posibles donantes.

¹ Para mayor presión, en la sección Anexos se adjuntan los cálculos.

La primera de las causas mencionadas, deriva de la implementación de la donación presunta con el consentimiento familiar, lo que le entrega al grupo familiar la responsabilidad de declarar la última voluntad del paciente y esta puede ser negativa por no tener claridad de la voluntad del fallecido o porque la familia toma la decisión de modo personal. Según la Ilustración 3, la negativa familiar en 2016 fue del 51%, la cual puede ser explicada principalmente por los mitos y el bajo conocimiento sobre la donación de órganos. Se podría esperar que para el presente año esta tasa disminuyera dada una campaña televisiva sobre el tema, sin embargo, según expertos españoles, las campañas televisivas no son continuas en el tiempo, tienen un alto costo y no son efectivas pues sólo convencen a la persona que ya es donante [9], por lo que el efecto que tenga la mencionada campaña televisiva puede ser temporal.

La causa relacionada con el bajo nivel de detección de posibles donantes nace a partir de estimaciones del MinSal a raíz de un estudio realizado en 2 hospitales con Unidades de Procuramiento y Unidades de Trasplante. La estimación es que el 60% de los posibles donantes no son detectados en los hospitales, por lo que sólo se estaría trabajando con el 40% de la capacidad disponible de los potenciales donantes. Es importante mencionar que solo los hospitales y clínicas de alta complejidad son los que tienen la capacidad de generar donantes dado la gravedad de la condición necesaria que tiene que tener el paciente. Esto centros de salud son auto-gestionados, es decir, son administrativamente independientes del Ministerio de Salud, el cual sólo les entrega un marco sobre los requerimientos y prioridades nacionales. Por lo que, esta causa está relacionada con la gestión hospitalaria de los procesos, protocolos y recursos clínicos; y la estructura institucional² que apoya la labor de las CLP, tanto a nivel hospitalario como ministerial.

El presente estudio, se focaliza en la segunda causa identificada dado que significa una mayor pérdida de posibles donantes y además tiene más espacios de mejora a partir de los conocimientos de la ingeniería. Dentro de las sub-causas relacionadas, es importante destacar que, para el estudio de procesos, protocolos y recursos hospitalarios es necesario tener orientaciones clínicas médicas, las cuales no son parte del presente trabajo. Por otra parte, la sub-causa sobre la estructura institucional es posible abordarla desde la ingeniería a través de la gestión de personas y es relevante de estudiar, ya que la detección de posibles donantes involucra a muchas unidades, tanto al interior de los hospitales como fuera de estos, que son autónomas de las Unidades de Procuramiento y su apoyo es fundamental para el desarrollo óptimo del proceso de detección de posibles donantes.

Las estructuras institucionales a estudiar son a nivel hospitalario, donde es posible evidenciar ciertas carencias en la gestión de personas que abarcan desde la selección del personal, asignación real de las tareas, el grado de prioridad dentro del hospital, lugar en el organigrama, incentivos, entre otros. Además, al ser hospitales auto-gestionados el ministerio se ve limitado a sólo entregar lineamientos, sin controlar si estos son

² Se entenderá “estructura institucional” como el conjunto de relaciones y el modo de organizar las unidades institucionales relacionadas para entregar el soporte necesario para la actividad en cuestión

implementados o no, lo que no permite asegurar que las coordinaciones locales cuenten con una estructura institucional que las soporte en su labor.

Por otra parte, la labor de estas unidades es coordinar los recursos hospitalarios para lograr que se detecte un posible donante y hacer todos los procedimientos necesarios para que éste sea efectivamente un donador. Su labor es externa a las unidades involucradas, pero utilizando sus recursos internos, tanto humanos como clínicos, y esto limita su gestión a la disposición y a la voluntad de facilitar dichos medios por parte de los involucrados en el proceso.

Además, al estudiar y mejorar la estructura organizacional en torno a estas unidades, es posible entregar una base institucional sólida para mejorar los procesos, protocolos y mejorar la asignación de recursos, tanto hospitalarios como financieros. Una muestra de esto es España, el cual, al cambiar su estructura al instalar el actual Modelo Español, logró en sus primeros 6 años de implementación un aumento del 88,8% de la tasa de donantes efectivos p.m.p., resultados que no ha sido posible de replicar en Chile desde la adaptación de dicho modelo.

3. Hipótesis diagnóstica y preguntas de investigación

3.1. Hipótesis principal:

Las unidades de Coordinación Local de Procuramiento no cuentan con una adecuada estructura institucional que las apoye en su labor de detección de posibles donantes.

3.2. Hipótesis secundarias:

- Hipótesis 1: La estructura y organización de las Unidades de Coordinación Local de Procuramiento, influyen en su labor de detección de posibles donantes.
- Hipótesis 2: Los hospitales con interés en el procuramiento de órganos, establecen estructuras institucionales más adecuadas para apoyar a las CLP.
- Hipótesis 3: El Ministerio de Salud no controla ni fiscaliza que las Unidades de Coordinación Local de Procuramiento tengan una estructura institucional adecuada en los hospitales.

3.3. Preguntas de Investigación:

¿Cuáles son los factores clave que potencian las relaciones y la organización institucional para apoyar adecuadamente la labor de las Unidades de Procuramiento?

De existir estos factores clave, ¿El Ministerio de Salud, puede asegurar y/o potenciar que los hospitales entreguen dichos factores clave a estas unidades?

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

“Identificar los factores clave y proponer mejoras en la estructura institucional que soporta a las Unidades de Coordinación de Procuramiento Local que permitan aumentar la efectividad del proceso que tienen a cargo”.

4.2. Objetivos Específicos

- a) Describir el sistema de donación de órganos en Chile, con la finalidad de tener un contexto general sobre este proceso.
- b) Estudiar la estructura organizacional que sustenta a las Unidades de Coordinación Local de Procuramiento, para identificar factores clave que influyen en la detección de posibles donantes.
- c) Indagar en los factores clave para que los hospitales establezcan estructuras institucionales que potencian la labor de las CLP.
- d) Analizar las acciones que toma la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante para asegurar que las coordinadoras locales tengan una estructura adecuada.
- e) Diseñar una propuesta de solución factible y su modo de implementación, que permita mejorar la estructura institucional que entrega soporte a las Unidades de Procuramiento en su labor.

4.3. Alcance

Con la finalidad de cumplir con el objetivo establecido, es que se delimitan los alcances de este trabajo como los siguientes:

- El levantamiento de información y datos es a partir de la disponibilidad en medios digitales.
- Las entrevistas se realizan según la disposición y disponibilidad de los entrevistados.
- La propuesta de rediseño organizacional sólo se acotará a la legislación y normativa vigente, sin abarcar cambios en estos ámbitos.

5. Marco Conceptual

El marco conceptual está construido a partir de una mirada general de la *Nueva gestión pública*, de la cual se desprende la corriente de implementar instrumentos típicamente del sector empresarial en instituciones del Estado, para posteriormente presentar dos herramientas necesarias para el presente trabajo. La primera de ellas es la *planificación estratégica*, que permite definir los objetivos generales, estrategias para cumplirlas y cómo se medir resultados; y la segunda, es la *gestión de personas*, en la cual se presenta su importancia, su impacto en el sector de salud y el modelo general utilizado.

5.1. Nueva Gestión Pública

Los servicios públicos son la base del Estado para entregar los bienes y servicios de uso público que garanticen las necesidades y demandas ciudadanas. De este modo, “la gestión pública cumple un rol fundamental de implementación de políticas públicas y de la agenda gubernamental, acortando la brecha entre los objetivos propuestos y las demandas ciudadanas, generando valor en la sociedad mediante la forma en cómo se hacen las cosas” [10].

Según Waissbluth, una de las principales dificultades que presenta la gestión de organizaciones es que son complejas, lo que quiere decir, que son sistemas de muchas partes, que interactúan entre sí y con su entorno por multiplicidad de canales, en interacciones de corto alcance, evolucionan en el tiempo y con tendencias a la auto-gestión en grupos locales [11]. Sumado lo anterior, existen complicaciones propias del sector público: “multiplicidad de stakeholders³ con agendas distintas, estructuras de poder difusas, dificultades en la evaluación de desempeño, presiones políticas y de los medios, así como un rudo conjunto de normas y restricciones burocráticas” [12]. Dado lo anterior, se hace necesario contar con modelos de gestión que permitan el cumplimiento de los objetivos de la institución y asegurar su viabilidad de largo plazo.

Uno de los modelos de gestión pública tradicional y que ha perdurado en América Latina es el propuesto por Max Weber, a partir del concepto de la burocracia racional. La “Burocracia Weberiana”, tiene como principio básico la jerarquización del trabajo, a través de cadenas de mando y reglas formales de responsabilidad. Sin embargo, la rigidez de este modelo y un nuevo rol que toman los ciudadanos a exigirle resultados al Estado, permiten la irrupción de nuevas perspectivas que buscan mejorar la efectividad, eficiencia y eficacia del aparato estatal.

De este modo nace la Nueva Gestión Pública (NGP), con diferentes modelos de gestión, que buscan “mayores grados de flexibilidad, innovación continua, polifuncionalidad, instancias participativas, operaciones en redes institucionales, coordinación horizontal,

³ Stakeholder: “Actor que puede poner en juego el futuro de la institución para bien o para mal” [11], similar a un actor relevante, pero con mayor poder.

descentralización, coordinación de redes informáticas, y mayores grados de autonomía institucional e individual” [11]. Las principales corrientes de la NGP son: desregulación, agencialización, gerencialización, privatización, externalización, ética en la gestión pública, la participación ciudadana, entre otros.

Los modelos más influyentes y con mayor literatura son los que se basan en corrientes neo-empresariales. Uno de los más adoptados por las instituciones públicas, es el gerencialismo o “management”, el cual tiene énfasis en la economía, la eficacia y la eficiencia de la administración pública [13], lo cual se logra a través de una mayor flexibilidad, autonomía y aplicando mecanismos de control e incentivos al desempeño en los servicios públicos, con la finalidad de reestablecer las capacidades gerenciales y promover la competencia [14].

5.2. Planificación Estratégica

Uno de los procesos relacionados al gerencialismo e implementado en el sector público, es la definición de una planificación estratégica que “consiste en la formulación de y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción para alcanzar dicho objetivos” [15]. Esta herramienta permite alinear los objetivos de todas las áreas o unidades de una organización para lograr el futuro deseado, definiendo indicadores y metas que permitan realizar una evaluación de los resultados esperados, permitiendo gestionar los diferentes recursos internos como los humanos, financieros, organizativos, marketing, entre otros.

Los componentes que integran una planificación estratégica son:

- **Visión:** Corresponde al futuro deseado de la organización y representa los valores con los cuales se fundamentan sus acciones. En ella, se comprometen públicamente las aspiraciones institucionales y visualizar la intervención gubernamental. Principalmente busca responder el cómo se quiere ser reconocidos por la población en un largo plazo.
- **Misión:** busca responder a preguntas de la índole “¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Para quiénes lo hacemos? ¿Por qué lo hacemos?”. Es una descripción de la razón de ser de la organización, los servicios que entrega, las funciones que desempeña y justifican su existencia. En el caso de unidades dentro de una organización mayor, la misión del área o departamento debe estar alineada con la misión general de la institución. Su enfoque está en el mediano plazo, es decir, en 5 a 6 años.
- **Objetivos Estratégicos:** Son los logros que se esperan concretar en 2 o 3 años para lograr el cumplimiento de la misión de forma eficiente y eficaz. Esta altamente vinculada a la misión y orientada a definir resultados esperados. Los objetivos estratégicos son el principal instrumento para definir líneas de acción, con resultados esperados que puedan ser monitoreados y evaluados a través de

indicadores. En una organización compleja, se pueden definir objetivos a nivel institucional y a nivel de programas o de unidades.

- Estrategias: Herramienta que permite definir las directrices que guían las acciones para alcanzar los objetivos o resultados esperados definidos en los objetivos estratégicos.

La definición de un plan estratégico, guía a una organización hacia una meta concreta, el camino para lograrlo y la forma de recorrerlo. Una institución al tener estas definiciones claras, puede establecer para cada área o departamento una planificación estratégica que le permita lograrlo.

5.3. Gestión de Personas

Según Longo, la gestión de recursos humanos es “un sistema integrado de gestión, cuya finalidad básica o razón de ser es la adecuación de las personas a la estrategia de una organización” [16], es decir, los modelos buscan gestionar a las personas de manera de poder cumplir con la estrategia planteada. Para lo cual es necesario tener en cuenta la estrategia que se plantea; la regulación legal, el mercado laboral y otros aspectos del entorno externo; y el contexto interno como la estructura y cultura propia de la organización, logrando una perspectiva panorámica de la realidad de la organización.

Dado lo anterior y con la finalidad de incentivar la modernización de los sistemas nacionales de función pública, el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), publica “La Carta Iberoamericana de la Función Pública” en 2003. En esta declaración se establece que, para construir un mejor Estado, es necesaria la profesionalización de la función pública, lo que se traduce en la posesión de “atributos como el mérito, la capacidad, la vocación de servicio, la eficiencia y la adhesión a los principios y valores de la democracia” [17]. Estos lineamientos, dan el punto de partida para que en Latinoamérica se establezcan instituciones a cargo de la profesionalización de los funcionarios públicos.

En el caso de Chile, y a partir de la Política de Modernización del Estado, se crea la Dirección Nacional del Servicio Civil en 2003, entidad que busca “fortalecer la función pública y contribuir a la modernización del Estado, a través de la implementación de políticas de gestión y desarrollo de personas y altos directivos, para promover un mejor empleo público y un Estado al servicio de los ciudadanos” [18].

Estudios en instituciones públicas del país, muestran que un buen clima laboral está altamente correlacionado con el consenso estratégico, procesos más eficientes, buena coordinación interna y externa, lo que lleva a mejores resultados institucionales [12]. De esta forma la gestión de personas toma un papel relevante en la gestión pública del país.

5.3.1. Gestión de Personas en Salud

La salud pública, como entorno laboral, se caracteriza por un alto nivel de estrés, tensiones emocionales y una sobrecarga laboral dada la falta de personal especializado. Es por esto que organismos internacionales como la Organización Panamericana de la Salud, promueve espacios como el Observatorio Regional de Recursos Humanos de Salud, para “generación, análisis, acceso e intercambio de información, conocimiento y experiencias que respalda la toma de decisiones y la formulación e implementación de políticas públicas, en respuesta a prioridades nacionales y a las metas regionales de recursos humanos en salud” [19].

Existen diversos estudios y literatura a nivel mundial respecto a la importancia de contar con un buen clima laboral en instituciones sanitarias públicas, constituyéndose como una “herramienta estratégica que contribuye al mejoramiento continuo de la organización” [20]. Un buen clima laboral se logra a través de una buena gestión de personas, pues al diagnosticar, identificar y gestionar elementos clave que elevan la calidad de vida laboral, se logra impactar en la motivación y el desempeño del personal sanitario y de este modo se mejora la calidad del servicio, la productividad, satisfacción y compromiso.

Según lo mencionado por los autores Segredo y Reyes (2004) y Arredondo (2008), en sus respectivos estudios, existen 9 dimensiones relacionadas con la institución pública de salud que definen el clima organizacional, los cuales son [20]:

1. Estructura: Las reglas, procedimientos, trámites, jerarquías y regulaciones.
2. Responsabilidad: Autonomía percibida que se le brinda para tomar sus decisiones.
3. Recompensa: En qué medida la organización recompensa por el trabajo bien hecho.
4. Riesgo: Sentimiento sobre los desafíos que impone la realización de sus actividades.
5. Calidez: La existencia de buenas relaciones sociales entre jefes y subordinados.
6. Apoyo: Nivel de ayuda de directivos y compañeros para enfrentar los problemas.
7. Normas: Relevancia de recibir metas y normas de desempeño para el rendimiento.
8. Conflicto: Grado de aceptación de otras opiniones, aunque sean divergentes.
9. Identidad: es el sentimiento de pertenencia de las personas hacia la organización.”

Estas dimensiones inciden directamente en la satisfacción de los usuarios en la calidad de servicios sanitarios, específicamente inciden en la percepción sobre la capacidad de respuesta, empatía del personal, confiabilidad del servicio y la seguridad en los procesos de salud [20].

5.3.2. Modelo de Gestión de Personas del Servicio Civil

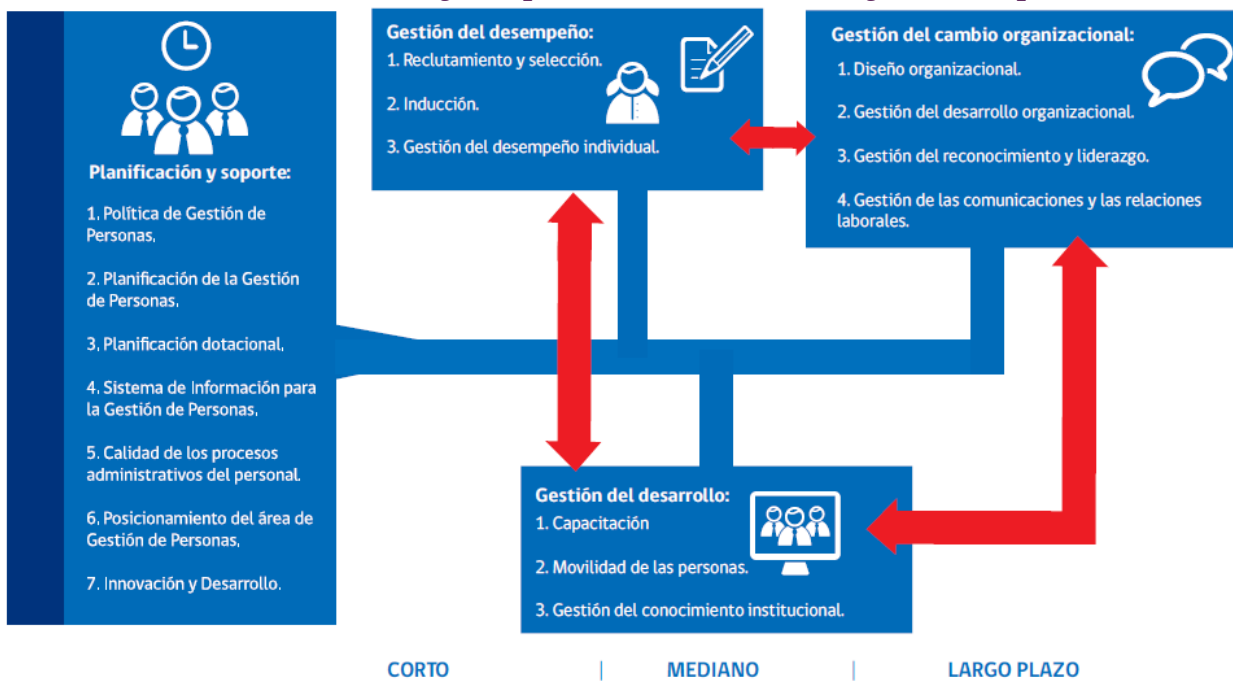
El *Modelo de Gestión de Personas*, que promueve el Servicio Civil. Es un modelo que “ofrece una guía de contenidos y procesos relevantes para la definición de prioridades de gestión y para la toma de decisiones de intervención que contribuya a cumplir la estrategia institucional” [21]. En este sentido, este modelo es que consolida en los servicios públicos del país, y es por esta razón es que se toma como referencia para el presente trabajo.

Además, este modelo ya ha sido implementado en al menos dos ocasiones a nivel regional y a nivel de servicios centrales. Su primera implementación, se realiza a partir de un convenio del Servicio Civil con la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, donde se crea un Modelo de Gestión de Personas para los Gobiernos Regionales. Posteriormente, este modelo fue la base teórica para el “Barómetro de gestión de Personas 2013”, iniciativa realizada en 171 servicios de públicos que buscaba medir la calidad y resultados de la gestión de personas en la Administración Central del Estado [22].

El Modelo de Gestión de Personas que promueve el Servicio Civil, se basa en el “Modelo Teórico de Gestión de Personas de Ciclos Temporales” de Abarzua E. y en el “Marco analítico para el diagnóstico institucional de sistemas de Servicio Civil” del académico Francisco Longo, que ha sido difundido a través del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). El primer modelo propone una forma de ordenar la gestión del personal en una organización en 4 ciclos, pero sin considerar estrategias de implementación de dicho modelo; el segundo de ellos, propone un modelo integrado de gestión del empleo y recursos humanos, pero que no contempla temporalidades.

Este modelo es una propuesta de los resultados que cada servicio público debe lograr respecto a sus integrantes y a toda la institución. Este modelo se divide en 4 ciclos con sus respectivos componentes y temporalidades, como se observa en la Ilustración 8 y los cuales se detallan posteriormente.

Ilustración 8: Procesos y componentes del modelo de gestión de personas



Fuente: Barómetro de Gestión de Personas, Servicio Civil, 2013 [22].

5.3.2.1. Ciclo transversal o de planificación y soporte de la estrategia de personas

Ciclo que está orientado al corto, mediano y largo plazo, buscando dar soluciones administrativas para dar soporte al resto de los ciclos. Para lograr el objetivo, en este ciclo se analiza y gestiona las capacidades, posicionamiento e influencia del área encargada de la gestión de personas dentro de una institución.

Tabla 1: Componentes e Indicadores del Ciclo Transversal o de Planificación y Soporte de la Estrategia de Personas – Modelo de Gestión de Personas

Componente	Indicador
Políticas de gestión de personas	Política de gestión del desempeño
	Política de gestión del desarrollo.
	Política de gestión del cambio organizacional
	Plan estratégico de gestión de personas.
Planificación de la gestión de personas	Metas del área
	Inclusión de los desafíos de gestión de personas en la planificación institucional
	Monitoreo de la planificación
	Definición de requerimientos dotacionales
Planificación dotacional	Identificación de los perfiles requeridos para afrontar las necesidades futuras de la institución
	Perfiles de cargos actualizados
	Optimización del presupuesto asignado para la contratación a honorarios
	Accesibilidad de la información sobre las personas.
Sistemas de información para la gestión de personas	Actualización de la información sobre las personas.
	Ámbitos de gestión que cuentan con información agregada y personas
	Reportes de gestión
	Calidad del proceso de cálculo y pago de remuneraciones
Calidad de procesos administrativos del personal	Calidad del proceso de registro de asistencia
	Calidad del proceso de feriados legales y días administrativos
	Calidad del proceso de licencias médicas
	Calidad del proceso de cometidos funcionarios y pago de viáticos
Posicionamiento del área de gestión de personas	Influencia del área
	Presupuesto del área
	Calidad de la infraestructura del área
Innovación y desarrollo	Innovación
	Investigación y Desarrollo

Fuente: Elaborado por Jessica Fuentes en base al Modelo de Gestión de Personas (DNSC) [10]

5.3.2.2. Ciclo de Corto Plazo o Gestión del Desempeño:

Busca analizar si las metas organizacionales alinean a los equipos y a las personas, por lo que se centra en que los puestos de trabajo y la organización tengan individuos idóneos, con metas de desempeño definidas y recompensadas. Es por esto que analiza el reclutamiento y selección del personal idóneo; la inducción y capacitación que se le entrega; y cómo se gestiona el desempeño individual, a través de la definición de metas, su seguimiento y la retroalimentación.

Tabla 2: Componentes e Indicadores del Ciclo Corto Plazo o Gestión del Desempeño

Componente	Indicador
Reclutamiento y selección	Reclutamiento y selección de honorarios
	Reclutamiento y selección de contratistas
	Concursabilidad de ingreso de plantas
Inducción	Inducción al personal nuevo
	Inducción nuevos directivos
	Utilización de los perfiles de cargo en inducción del personal
Gestión del desempeño individual	Planificación del desempeño: definición de roles y metas individuales vinculadas con los desafíos institucionales
	Seguimiento y retroalimentación sobre tareas a desarrollar y metas
	Fundamentación de decisiones de gestión asociadas a personas, basadas en resultados de desempeño
	Utilización de los perfiles de cargo en definición, retroalimentación y calificación de cumplimiento de metas

Fuente: Elaborado por Jessica Fuentes en base al Modelo de Gestión de Personas (DNSC) [10]

5.3.2.3. Ciclo de Mediano Plazo o Gestión del Desarrollo:

Se centra en analizar cómo la organización está preparada, en términos de capacidades, para ser eficaz en el futuro cumpliendo su misión. Está orientado a la preparación de las personas con competencias requeridas para desarrollarse en los escenarios posibles y contemplados en la estrategia. Este ciclo está orientado a articular en el mediano plazo para un éxito futuro. Sus componentes que aborda son el plan de capacitaciones, la posibilidad de movilidad de personas y la gestión del conocimiento de la institución.

Tabla 3: Componentes e Indicadores del Ciclo Mediano Plazo o Gestión del Desarrollo

Componente	Indicador
Capacitación	Carácter estratégico de la capacitación para la institución
	Participación del proceso de capacitación
	Metodologías de diagnóstico de necesidades de capacitación
	Metodología de elaboración del Plan de Capacitación
	Metodología de diseño instruccional
	Metodología de evaluación y/o impacto en la capacitación
Movilidad de las personas	Oportunidad de los concursos de promoción
	Oportunidad de concursos de Jefaturas de Departamento
	Movilidad de las contratadas
Gestión del conocimiento institucional	Identificación de conocimientos clave por proceso/trabajo
	Sistematización y actualización de los aprendizajes en los procesos de trabajo y buenas prácticas institucionales

Fuente: Elaborado por Jessica Fuentes en base al Modelo de Gestión de Personas (DNSC) [10]

5.3.2.4. Ciclo de Largo Plazo o Gestión del Cambio Organizacional:

Permite analizar las acciones y sistemas para anticiparse a los cambios organizacionales necesarios en el largo plazo vinculados a la misión institucional y a la adaptación y/o influir en los cambios mayores del entorno. Son temas relevantes la gestión del clima laboral, por lo que se estudian las estrategias utilizadas para gestionar las relaciones laborales, como la fuerza necesaria para realizar los cambios necesarios para hacer frente a escenarios de transformación organizacional.

Tabla 4: Componentes e Indicadores del Ciclo Largo Plazo o Gestión del Cambio

Componente	Indicador
Diseño organizacional	Estructura organizacional y procesos de trabajo
	Formalización de procesos de trabajo
	Requerimientos dotacionales para afrontar las necesidades futuras de la institución
	Identificación de desafíos de desarrollo y cambio
Gestión del desarrollo organizacional	Medición y gestión de las condiciones de trabajo
	Medición y gestión de clima organizacional
	Prevención del maltrato, acoso laboral y sexual
Gestión del reconocimiento y liderazgo	Denuncia e investigación del maltrato y acoso
	Programas de reconocimiento
Gestión de las comunicaciones y las relaciones	Desarrollo de habilidades de liderazgo en jefaturas intermedias
	Plan y medios de comunicación interna
	Canales de comunicación ascendente
	Gestión de las relaciones laborales y condiciones de trabajo

Fuente: Elaborado por Jessica Fuentes en base al Modelo de Gestión de Personas (DNSC) [10]

6. Metodología

Para lograr los objetivos planteados se utiliza un enfoque de metodología mixta, con la finalidad de tener una perspectiva amplia y profunda de un fenómeno complejo. Específicamente se utiliza el diseño anidado concurrente de modelo dominante (DIAC), el cual colecta simultáneamente datos cuantitativos [CUAN] y los cualitativos [CUAL], con el predominio de uno de los métodos [23].

Para este estudio, el modelo dominante es el cualitativo, dado que es útil en casos de investigaciones exploratorias desde la perspectiva de los participantes en relación con su contexto. El modelo anidado es el cuantitativo, a través del análisis de datos e información. La dificultad de esta metodología es lograr integrar ambos análisis por lo cual es necesario realizar un proceso de revisión bibliográfica [23].

Dado lo anterior, el estudio se divide en 4 fases no consecutivas, la primera de ellas consta en la definición de la estructura de investigación a partir del marco conceptual, lo cual incluye la Planificación Estratégica y el Modelo de Gestión de Personas del Servicio Civil; la segunda, es el proceso de levantamiento de información secundaria sobre el modelo de donación en Chile, para lo cual se realizará revisión bibliográfica; la tercera, la parte CUAN, consta del análisis de las cifras de donación y trasplante en Chile; finalmente, la parte CUAL, se recopila información de los actores relevantes en este proceso, a través de entrevistas semi-estructuradas. Cada una de las fases, se detallan más adelante.

6.1. Estructura de la investigación

Para poder estructurar la investigación, se acota el marco conceptual con la finalidad de abarcar los aspectos que son más relevantes en esta primera instancia de investigación.

Primero que todo es necesario realizar un análisis de la planificación estratégica que guía a la entidad ministerial a cargo de la donación de órganos y su lineamiento con la planificación estratégica de las unidades de Coordinación Local de Procuramiento, específicamente se analizan las misiones y objetivos estratégicos de ambos. Este análisis permite tener una guía de la dirección que busca tener la donación de órganos en los próximos años en Chile.

A partir de esta sección de la investigación es posible analizar la planificación estratégica de la gestión de personas, el cual es ciclo transversal del modelo de Gestión de Personas. Además, dada la amplitud de componentes e indicadores que presenta el modelo, se realiza una selección de estos para su análisis en este estudio. Esta selección se realiza posterior a tener un conocimiento general del sistema de donación, a través de la revisión documental.

El principal foco para la selección de los componentes e indicadores es que en este estudio se considera que el “Ciclo de planificación y soporte de la estrategia de personas”, que generalmente está a cargo de las áreas de recursos humanos en las organizaciones, está o debería estar a cargo de la unidad ministerial que se encarga de la donación de

órganos, es decir, la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos. Esto principalmente porque como se menciona más adelante, es esta área la encargada de la creación de cupos para los Coordinadores Locales de Procuramiento y son “traspasadas” a los hospitales para que sean parte de su orgánica y las gestionen.

A partir de los anterior, se plantea que es esta unidad la encargada de este ciclo que entrega soporte al resto de los ciclos del modelo. Para los otros ciclos, se evaluará las condiciones actuales de cada uno de los componentes e indicadores que gestionan a los coordinadores, considerando que puede entregárselo tanto el hospital como la unidad ministerial o ambas.

A modo de resumen, la selección de los componentes e indicadores que estructuran toda la investigación se observan en la Tabla 5.

Tabla 5: Estructura de la Investigación

Ciclo	Componente	Indicador
Planificación Estratégica	Ministerial	Misión.
		Objetivos estratégicos.
	Coordinaciones locales Procuramiento	Misión.
		Objetivos estratégicos
Planificación y Soporte	Planificación de la Gestión de Personas	Plan estratégico de gestión de personas.
	Planificación dotacional	Definición de requerimientos dotacionales. Identificación de los perfiles requeridos.
Gestión del Desempeño	Reclutamiento y Selección	Reclutamiento y selección de contratistas.
	Inducción	Inducción al personal nuevo.
	Gestión del Desempeño Individual	Definición de roles y metas individuales.
		Seguimiento y retroalimentación.
Gestión del Desarrollo	Capacitación	Carácter estratégico de la capacitación.
	Gestión del Conocimiento Institucional	Identificación de conocimientos clave.
		Sistematización y actualización de los aprendizajes en los procesos de trabajo y buenas prácticas institucionales.
Gestión del Cambio Organizacional	Diseño organizacional	Estructura organizacional y procesos de trabajo.
	Gestión de las Comunicaciones y las Relaciones	Plan y medios de comunicación interna.
		Gestión de las relaciones laborales y condiciones de trabajo.

Fuente: Elaboración propia.

6.2. Revisión documental

Proceso en el cual se recopila y analiza la información importante de fuentes secundarias, como es la revisión de leyes, información pública de instituciones, memorias, literatura académica, exposiciones en congresos, documentación facilitada por el ministerio a través de José Luis Rojas para el proyecto ChileVive, etc. Se busca entender el sistema chileno de donación en general, a través de su historia, las instituciones relacionadas, el proceso general de la donación y las leyes que las rigen.

Además, en este proceso de revisión bibliográfica, se realiza un levantamiento de información sobre sistemas de donación en otros países, particularmente de España, por ser el líder a nivel mundial; y de Argentina y Uruguay, países que son considerados líderes de la región y que tienen una realidad sanitaria similar a la de Chile.

Esta etapa busca definir un panorama general sobre la donación de órganos en Chile y que permita entender el contexto en cual se desenvuelven los Coordinadores de Procuramiento Local, lo cual queda plasmado en la sección de Antecedentes Generales de la Donación de Órganos

6.3. Análisis de datos

En esta fase se realiza la recolección y análisis de datos disponibles sobre la estructura que entregan los hospitales a las CLP.

Proceso en el cual se recopilan y analizan datos disponibles sobre la estructura que entregan los hospitales a las CLP y su eficiencia. La principal fuente de esta información es la plataforma de “Gobierno Transparente” de la red salud⁴, la cual son datos auto-declarados por los propios hospitales.

Los datos a analizar son:

- Disposición de la unidad en el organigrama.
- Dotación de personal de la unidad:
 - Grado institucional: Confiere nivel de jerarquía dentro de su estamento en la institución y la remuneración asociada. La escala de grados para los cargos profesionales va de 23 a 05. A menor grado numérico, mayor es el nivel jerárquico, siendo mayor el sueldo y la valoración de la hora extraordinaria.
 - Formato de contratación (plata, contrata u honorarios).
- Eficiencia de la unidad:
 - Donantes detectados.
 - Negativa familiar.
 - Estimación de la capacidad de generar donantes.

⁴ Plataforma disponible en: <http://transparencia.redsalud.gov.cl/transparencia/>

6.4. Entrevistas semi-estructuradas

Las entrevistas semi-estructuradas son la herramienta para recopilar información más sensible sobre las apreciaciones y con la finalidad de identificar los factores claves en la estructura institucional.

La muestra definida para la investigación cualitativa busca representar la complejidad del fenómeno estudiado, identificando diferencias y patrones comunes, es decir, se define una muestra diversa [23]. De este modo se identifican 3 grupos de actores relevantes a los cuales se buscará abordar: las Coordinadoras Locales de Procuramiento Local; la Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos; y planta directiva de hospitales.

Para cada uno de los grupos de actores relevantes se establecen entrevistas distintas con la finalidad de extraer información relevante desde su visión. La muestra para cada tipo de entrevista se establece según su nivel de relevancia en el proceso y la población total de cada grupo. La lógica de las entrevistas es preguntar cosas generales sobre la labor de procuramiento, el proceso y las relaciones establecida en el hospital.

En términos generales, se trabaja principalmente en un hospital de alta complejidad de Santiago: el Hospital del Salvador (HS), el cual tiene altas tasas de donantes históricas. En este hospital, se realizan entrevistas a los coordinadores locales de procuramiento y a ciertas unidades específicas que son importantes en el proceso para detectar y mantener un potencial donante. Esta información se complementará con la visión de los procuradores pertenecientes a hospitales con características distintas a las del HS. Dichos hospitales son: Hospital de Urgencia y Asistencia Pública (HUAP), Complejo asistencial Hospital Barros Luco (BL), Hospital Sótero del Río (SdR) y Hospital de Coquimbo San Pablo (COQ), y sus correspondientes características diferenciadoras son las que se presentan en la Tabla 6

Tabla 6: Características de los hospitales a estudiados

<i>Característica</i>	HS	HUAP	BL	SdR	COQ
Región	RM	RM	RM	RM	Coquimbo
Programa Trasplante	Sí	No	Si	Sí	No
Unidad de Procuramiento y trasplante unidas	No	-	No	Sí	-
Unida bajo subdirección	Médica	Médica	Médica	Gestión del cuidado	Médica
Cantidad de Personal	4	3	3	3	4
- Médicos	1	0	1	0	1
- Enfermeras	3	3	2	3	2
- Profesional	0	0	0	0	Psicólogo

Fuente: Elaboración propia.

Finalmente, los instrumentos para las entrevistas se diseñaron como parte del proyecto ChileVive y fueron aprobadas por los comités de ética de HS y BL.

6.4.1. Entrevistas a Coordinadoras de Procuramiento Local

Al ser las principales involucradas en el proceso, se les realiza una entrevista orientada a conocer el rol, el proceso que gestionan, la relación con unidades clínicas involucradas en el proceso y la percepción de interés del hospital, tanto desde la dirección como de los funcionarios. La herramienta para las entrevistas de procuramiento, se encuentra en el Anexo 2.

Dado a su relevancia en el proceso, se entrevista al 92,3% de los profesionales de enfermería y 33,3% de los médicos dedicados a procuramiento. Esto se debe, principalmente a la disponibilidad del personal sanitario, donde los enfermeros están contratados a tiempo completo y los médicos le dedican media jornada o menos a la unidad. El universo de las entrevistas está compuesta por:

- Hospital del Salvador:
 - 1 médico, jefe de unidad.
 - 3 enfermeras de procuramiento.
- Hospital de Urgencia y Asistencia Pública:
 - 2 enfermeras y 1 enfermero de procuramiento.
- Complejo asistencial Hospital Barros Luco:
 - 2 enfermeras de procuramiento.
- Hospital Sótero del Río:
 - 2 enfermeras de procuramiento y trasplante.
- Hospital de Coquimbo San Pablo:
 - 2 enfermeras de procuramiento.

6.4.2. Entrevistas a directivos de hospitales

Para contrarrestar la información y perspectiva de los coordinadores locales de procuramiento, se realizan entrevistas a los jefes de las unidades involucradas en el proceso de detección y mantención de un potencial donante. El foco de estas entrevistas se realiza en el Hospital del Salvador y los servicios entrevistados son: Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), Unidad de trasplantes, Laboratorio de microbiología y Unidad de medicina transfusional (antiguamente Banco de sangre). La herramienta para las entrevistas de los jefes de servicios se encuentra en el Anexo 3.

Además, se entrevistó a la subdirección de gestión del cuidado del hospital. Esta subdirección tiene a su cargo las enfermeras que atienden el cuidado y busca que el trabajo de medicina y enfermería sea un trabajo conjunto y a la par. Si bien, la unidad de procuramiento está bajo la subdirección de medicina, no fue posible concretar una entrevista con el subdirector. De igual modo, es importante ver la visión de la subdirección de gestión del cuidado, ya que, si bien la unidad responde a la otra subdirección, las enfermeras por estamento, deben estar bajo la subdirección del cuidado. Las preguntas

para la entrevista a la enfermera encargada de la Gestión del Cuidado. La herramienta la encuentra en el Anexo 4.

6.4.3. Entrevistas a Coordinación Central de Procuramiento y Trasplante

Con la finalidad de tener una perspectiva desde la estrategia ministerial y de la realidad nacional, se realizan entrevistas a diferentes niveles de la unidad encargada de la donación de órganos. Cada integrante de esta unidad tiene diferentes funciones asociadas, por lo que para cada uno de ellos se elaboró una herramienta especial para la entrevista, de modo de adquirir la mayor información posible, al hacerlas menos estructurada. Las herramientas se encuentran del Anexo 5 al Anexo 8.

La muestra seleccionada para este grupo relevante, se define a partir de la relevancia e injerencia en la labor de las CLP y en el caso de la Coordinación Central, ya que la labor es estándar para todos los coordinadores, sólo se entrevista a uno de ellos. Dado lo anterior, se entrevista a:

- Coordinación Nacional:
 - Médico jefe de unidad.
 - Enfermera encargada de tejidos.
 - Enfermera, ex-encargada de órganos (cargo aun sin profesional).
- Coordinación Central:
 - 1 médico, encargado de coordinar la Coordinación Central.

Parte II: Desarrollo del proyecto

7. Antecedentes Generales de la Donación de Órganos

7.1. Historia de la donación y trasplante en Chile

En Chile, el primer trasplante de riñón fue en 1966 en el Hospital J.J. Aguirre; el primer trasplante de corazón, fue en 1968 en el Hospital Naval Almirante, en Viña de Mar; y en 1985, se realiza el primer trasplante de hígado en el país, en el hospital Militar de Santiago [24]. En todos los casos, la supervivencia fue menor a un año.

En 1990, nace la Corporación Nacional de Fomento de Trasplantes (CNFT), organización privada, sin fines de lucro que trabajaba independiente del Ministerio de Salud (MinSal) pero sí estaba bajo su supervisión [25]. La CNFT “fue por 20 años la entidad que en Chile coordinó a nivel nacional los equipos médicos encargados de la pesquisa y procuramiento de órganos para trasplante” [26]. En 1995 esta organización es reconocida por el Ministerio de Salud, como la entidad responsable de este proceso a nivel nacional [25].

En 1996, se promulga la actual ley que regula la donación y trasplante de órganos, en la cual se establece el modelo de “Respuesta Requerida”, en donde se especifica que el donante debe decidir y manifestar por escrito si quieren o no ser donante. Con la justificación de que los mecanismos para manifestar la voluntad de donar no eran eficaces, se realiza un cambio a la ley en el año 2010. Cuya finalidad era cambiar a un modelo de “Consentimiento presunto”, lo que significa que el sistema presume que todos son donantes a menos que se exprese lo contrario [27], lo cual se podía manifestar en el Registro Civil al renovar el documento de identidad, pero de igual modo al momento de la donación se le pregunta a la familia por la última voluntad del paciente fallecido, pues se puede haber arrepentido de su decisión.

En este último cambio de ley, se crea la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplantes de Órganos y Tejidos en el Ministerio de Salud, la cual se hace cargo de la coordinación nacional de pesquisa, procuramiento y trasplante de órganos, dejando a la CNFT un rol más de fomento, seguimiento y educación.

Con la justificación de la facilidad de la renuncia a ser donante es que en 2013 se introduce un nuevo cambio de ley, pues para septiembre de dicho año ya se contaban con aproximadamente 3,8 millones de personas inscritas en el registro de no donantes [28]. De este modo se promulga la Ley 20.673, cuya modificación fue la necesidad de presentación de “documentación fidedigna, otorgada ante notario público, en la que conste que el donante en vida manifestó su voluntad de no serlo” [29].

7.2. Ley en Chile

En 1996 se promulga la Ley 19.451, destinada a la regulación de donación y trasplante de órganos, la cual se sintetiza en los siguientes extractos y resúmenes [30]:

- “Art. 1°. - Los trasplantes de órganos sólo podrán realizarse con fines terapéuticos.”
- “Art. 2°. - Las extracciones y trasplantes de órganos sólo podrán realizarse en hospitales y clínicas que acrediten cumplir con las condiciones y requisitos [...]”
- “Art. 3°. - La donación de órganos sólo podrá realizarse a título gratuito [...]”
- Sobre donante vivo: Es necesario que el donante sea legalmente y físicamente capaz. Además, debe manifestar el consentimiento de donar de manera libre, expreso e informado. (Art. 4° - 6°)
- Sobre donante cadavérico: Para que se disponga de su cuerpo, es necesario que manifieste su voluntad en una declaración jurada ante notario o al renovar la cédula de identidad y/o licencia de conducir. Si no se pronunció al respecto o es menor de edad o es legalmente incapaz, es necesario la autorización del cónyuge o representante legal; a falta de ambos, la autorización la da la mayoría de los parientes co-sanguíneos. (Art. 7° - 10°)
- Forma de acreditar muerte cerebral: Es entregada por el equipo médico, con al menos un neurólogo o neurocirujano y no pueden formar parte del equipo trasplantador. (Art. 11°)
- Muerte en proceso penal: Es necesaria la autorización del Director del Servicio Médico Legal para que el cuerpo sea donado. (Art. 12°)
- Sanciones: Se sancionará quien entregue a otro un órgano propio o de un tercero, con fines lucrativos. También se sancionará a quien entregue u ofrezca dinero o prestaciones económicas, para obtener un órgano. (Art. 13°)
- Importaciones y exportaciones: Se pueden realizar sólo por hospitales y clínicas autorizadas y a título gratuito. (Art. 14)
- Registro de potenciales receptores: Es responsabilidad del Instituto de Salud Pública, y está regido su organización, funcionamiento y priorización (Art. 15°)
- “Comisión Nacional de Trasplante de Órganos”: Creación de la comisión asesora de la Secretaría de Estado, y sus respectivos miembros. (Art. 16°)

Esta ley impulsa el modelo de “Respuesta Requerida” para la donación de órganos. Este modelo especifica que el donador debe decidir y manifestar por escrito su deseo de ser o no donante. Esta decisión tendría peso legal y no podría ser inhabilitado por la decisión de la familia [27], cuyo principal foco es eliminar el estrés a la familia en un momento difícil. En la práctica, la forma de manifestar ser donante era a través de la renovación de documentos legales, como los son la cédula de identidad o licencia de conducir, entregadas por el Servicio de Registro Civil e Identificación. Pero se descubrió que en muchos casos los funcionarios de dichas instituciones asignaban la voluntad de ser o no donante sin preguntar, quedando registrado en el documento legal.

Bajo la justificación de que los mecanismos para manifestar la voluntad de donar no eran eficaces, se promulga en el 2010 la Ley 20.413, que modifica parcialmente la ley de 1996. Con estas modificaciones se busca, por un lado, establecer el modelo de “Consentimiento presunto”, lo que significa que el sistema presume que todos los ciudadanos son donantes a menos que se expresé lo contrario [27], y por el otro, establecer una institucionalidad propia de Estado que vele por la donación y trasplante de órganos. De este modo, los cambios más importantes realizados por esta ley son [31]:

- “Art. 2° bis. - Las personas cuyo estado de salud lo requiera tendrán derecho a ser receptoras de órganos. Toda persona mayor de 18 años será considerada, [...], donante de sus órganos una vez fallecida, a menos que en vida haya manifestado su voluntad de no serlo en alguna de las formas establecidas por esta ley.”
- Confidencialidad de los datos: No se dará a conocer la identidad del donante a la familia del receptor, ni el receptor podrá saber la identidad del donante. (Art. 3°)
- Renuncia a ser donante: a través del Servicio de Registro Civil e Identificación, al obtener o renovar la cédula de identidad o la licencia de conducir. (Art. 9°)
- Art. 9°. - “En caso de duda fundada sobre la renuncia de su condición de donante o vigencia de ésta, deberá requerirse a las siguientes personas [...] para que den testimonio sobre la última voluntad del causante [...]”.
- Art. 14° bis. – “El Ministerio de Salud, por intermedio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, deberá garantizar la existencia de una coordinación nacional de trasplantes [...]”.

Implementada esta ley y con este proceso de renuncia a ser donante se generó un registro de aproximadamente 3,8 millones de personas “no donantes” [28]. Para contener la creciente renuncia se promulga la Ley 20.673, cuya principal modificación de la ley fue la necesidad de presentación de “documentación fidedigna, otorgada ante notario público, en la que conste que el donante en vida manifestó su voluntad de no serlo” [29].

Finalmente, en inicios del 2017 se promulga la Ley 20.988, que modifica la Ley 19.451, incorporando la posibilidad de donación cruzada de órganos entre donantes vivos [32].

Es necesario hacer hincapié que, si bien en la ley vigente se estipula que se consultará a la familia en caso de duda sobre la última voluntad del paciente fallecido. En la realidad, se le solicita a la familia que tome la decisión de donar o no los órganos, aun cuando el modelo de “Consentimiento Presunto” se establece para evitar que la familia tome dicha decisión en un momento de duelo.

7.3. Instituciones en donación de órganos en Chile

Como se estipula en la ley en 2010, el Ministerio de Salud debe asegurar la coordinación nacional de trasplantes, a través de subsecretaría a cargo de la red asistencial de salud. La Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene a cargo los 29 Servicios de Salud⁵, que se encuentran a lo largo de todo el país y que son administrados por la División Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) dentro de la subsecretaría. Bajo esta división, se encuentra el Departamento de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (GES), y es en este departamento que se encuentra la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos.

Esta unidad se divide en 3 niveles: un primer nivel central y administrativo con la Coordinación Nacional (CNPT); un segundo nivel central y operativo con la Coordinación Central; y finalmente, el nivel local y operativo con las unidades de Coordinación de Procuramiento Local (desde ahora Unidades de Procuramiento o CLP).

7.3.1. Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante

La CNPT es el organismo técnico encargado del programa de donación y trasplante tanto en el sector público como en el privado. Tiene como misión “[...] *La implementación de una política nacional en el marco de las normas, objetivos y principios establecidos en esta ley y que será aplicable tanto a la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud, como a los prestadores institucionales de salud privados y públicos que no pertenezcan a dicha Red*” [31].

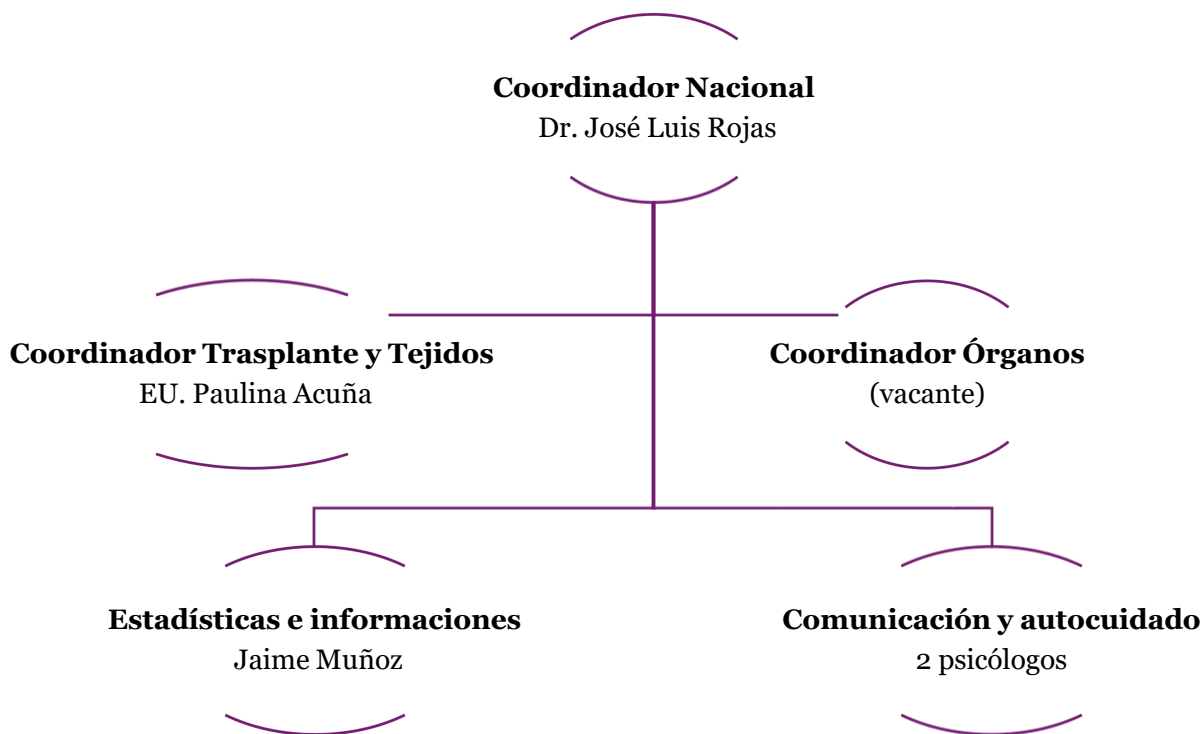
Su principal objetivo es “implementar un modelo sanitario donde la generación de donantes fuera prioritaria” [33], esto significa que queda a cargo de la creación de normas y protocolos sobre los aspectos técnicos y administrativos de los procesos relacionados a la donación y trasplante de órganos. Además, busca generar un aumento progresivo en la tasa de donación, de este modo aumentar la cantidad de órganos disponibles y así asegurar un trasplante oportuno. Para cumplir lo anterior se define como sus funciones [34]:

- Implementar de una red nacional de procuramiento.
- Coordinar actividades relacionadas con procuramiento de órganos y tejidos.
- Llevar registro, monitorización y seguimiento de la actividad nacional de donación y trasplante.
- Supervisar los procesos asistenciales asociados al programa, con el objetivo de asegurar la calidad de atención.
- Desarrollar de orientaciones técnicas de los procesos asociados a procuramiento.
- Capacitación continua a coordinadores de procuramiento.
- Difusión de la actividad e información asociada.

⁵ Glosario

La estructura interna y los profesionales asignados para cada cargo, se pueden observar en la Ilustración 9.

Ilustración 9: Organigrama de Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante

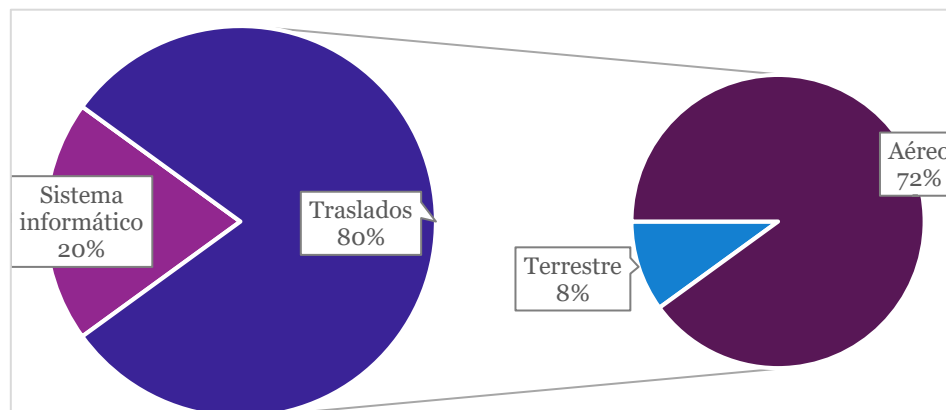


Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal.

El cargo de Coordinador de Órganos estuvo vacante desde mediados de diciembre de 2016. Anterior a eso, el cargo era de la EU. Dunja Roje, quién ahora trabaja en la Unidad de Oncología que, al igual que la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante, es parte del Departamento de GES en la Sub-secretaría de Redes Asistenciales.

El ministerio de Salud definió en 2011 un presupuesto asignado de 250 millones para la Coordinación Nacional, considerando un promedio de 130 donantes al año. Se estima que históricamente el presupuesto se distribuye según se muestra en la *Ilustración 10*. En el cual se considera un promedio de 20 a 25 vuelos al año, de los cuales el 70% de ellos son generados entre la cuarta y la octava región. Además, se considera que si el donante es multi-orgánico⁷ es necesario que viaje más de un equipo que extrae los órganos. Los traslados aéreos son a través de dos proveedores especializados: Los Cedros y ATA.

Ilustración 10: Distribución presupuesto de Coordinadora Nacional



Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal.

Es importante notar que frente al aumento de donantes como el del presente año es necesario el aumento de dicho presupuesto. Para el 31 de mayo ya se habían utilizado el 83,17% del presupuesto anual para traslados aéreos, por lo que la Coordinación Nacional está solicitando un aumento del 156% del presupuesto actual.

7.3.2. Coordinación Central

En un segundo nivel, se encuentra la Coordinación Central que tiene un carácter nacional y depende de la CNPT. Sus funciones son [34]:

- Coordinar los procesos extra-hospitalarios de la donación y trasplante.
- Orientar a nivel operativo y técnico a las CLP.
- Supervisar el cumplimiento de los protocolos asociados a los procesos.
- Coordinar la distribución de los órganos y tejidos donados.
- Organizar la participación de instituciones de colaboración: Instituto de Salud Pública, empresas de traslado aéreo, Carabineros de Chile, etc.

Además, se hacen cargo de los procuramientos en los recintos hospitalarios privados que no poseen Unidades de Coordinación de Procuramiento Locales, como por ejemplo en la Clínica Bicentenario.

Esta unidad está conformada por cuatro enfermeros que están en un turno de llamada⁶ de 24 horas y luego 3 días libres, los cuales se van rotando, y con un cargo de coordinador de la unidad, labor que cumple el Dr. Juan Andrés Sánchez.

⁶ Glosario

7.3.3. Unidades de Coordinación de Procuramiento Locales

Estas unidades deben hacerse cargo del proceso que abarca la detección activa y precoz de posibles donantes; seguimientos de estos hasta que sean donantes efectivos; y coordinar el proceso de extracción y trasplante de órganos de todos los hospitales del Servicio de Salud al cual pertenecen.

Ilustración 11: Mapa de Unidades de Procuramiento públicas en Chile



Fuente: Elaboración propia a partir de información del MinSal.

El 93% de los Servicios de Salud del país cuentan con su propia Unidad de Procuramiento, cuya distribución por región es posible observar en la Ilustración 11, en donde no se consideran las unidades instaladas en clínicas privadas del país. Además, en la sección Anexos, se encuentra la lista de los Servicios de Salud del país con los respectivos hospitales en donde se encuentran las Unidades de Procuramiento y de la cantidad de cargos para cada unidad.

Estas unidades se instalan en los hospitales que entregan prestaciones de alta complejidad y tienen la capacidad de generar donantes, es decir, cuentan con:

- Unidad de cuidados intensivos y/o unidad de reanimación, con el equipo necesario para la mantención del posible donante.
- Pabellón quirúrgico.
- Laboratorio clínico.
- Disponibilidad de apoyo neurológico o neuroquirúrgico
- Equipamiento para certificar la muerte encefálica.

Desde el mundo privado, también es posible encontrar unidades o programas a cargo del proceso de procuramiento y estas instituciones son: Hospital Clínico de la Universidad Católica, Hospital Dipreca, Clínica las Condes, Hospital Militar, Hospital Clínico de la Universidad de Chile, Clínica Alemana, Clínica Dávila y Clínica Santa María.

Si una institución de salud en región, ya sea pública o privada, no cuenta con su propia unidad para la detección de posibles donantes se le asigna alguna CLP por cercanía territorial [35].

Estos cargos son creados por el ministerio y “entregados” al hospital para la ejecución del programa de procuramiento, por lo que estas unidades son parte de los hospitales, responden a su organización y dependen de sus recursos. Es responsabilidad del hospital entregar los recursos necesarios, como son: oficina; cama de cuidados crítico para la mantención de posible donante; acceso a pabellón; materiales de oficina y clínicos; y los recursos humanos necesarios para la colaboración en el proceso de procuramiento. Además, es función de la dirección del hospital promover la fidelización de las unidades involucradas en el proceso [34].

Estas unidades “deben contar con profesionales capaces de dar cobertura 24/7 a la actividad de procuramiento, por lo que se recomienda un mínimo de dos presionales de dedicación exclusiva al programa” [34]. Actualmente, se cuenta con 59 cargos a lo largo de todo Chile para profesionales de la unidad de procuramiento, de los cuales 89,8% de los cargos son para enfermería y el resto para médicos.

Según los lineamientos por el MinSal, se recomienda la siguiente descripción del cargo de coordinador local de procuramiento son:

- **“Funciones clínicas:** Detectar posibles donantes; Seguimiento de posibles y potenciales donantes; Apoyo técnico de la mantención de posibles y potenciales donantes; Supervisión y colaboración en la certificación de muerte encefálica; Solicitud de testimonio de última voluntad, Solicitud de autorización a fiscal en casos médico legales; Coordinación con servicios de apoyo; Coordinación de pabellón quirúrgico para extracción; Información del proceso a familiares del donantes; y Supervisión de la entrega del cuerpo del donante a familiares.
- **Funciones administrativas:** Mantener registro y estadísticas de la actividad local; Elaborar documentos de referencia para el funcionamiento local; Implementar un programa de garantía de calidad en el proceso de donación; Establecer redes de comunicación efectivas con todas las unidades involucradas; y Mantener el abastecimiento de los insumos necesarios para Procuramiento y revisar su estado y caducidad.
- **Funciones docentes asistenciales:** Capacitación a los distintos profesionales involucrados en el proceso de procuramiento; Educación a paciente y familiares respecto de donación y trasplante; y Participar en las actividades nacionales de capacitación.” [34]

7.3.4. Otras instituciones de apoyo

7.3.4.1. Instituto de Salud Pública de Chile (ISP)

Es responsabilidad del ISP mantener una lista de espera única y nacional de pacientes que se encuentran aguardando de un órgano. Esta “Lista de Espera” posee toda la información actualizada necesaria para poder asignar un órgano al receptor más adecuado, considerando los requerimientos y características biológicas de cada paciente,

por ejemplo, se considera tipo de sangre, edad del receptor, corporalidad del donante y receptor, entre otros. Esta lista se va priorizando según la antigüedad en la lista y la gravedad del paciente que se encuentra a la espera, y cuando dado la gravedad del paciente es necesario que se trasplante en las próximas horas, pasa a ser prioridad nacional [36].

7.3.4.2. Carabineros de Chile y la Fuerza Aérea

Ambas instituciones, permiten mantener el funcionamiento de la red, aun en casos de contingencia. En ese sentido, Carabineros de Chile ayuda al traslado terrestre de órganos y la Fuerza Aérea, en el traslado de equipos clínicos de procuramiento vía aérea.

7.3.4.3. Corporación del Trasplante

Si bien la Corporación fue la encargada por más de 20 años de la coordinación a nivel nacional para la pesquisa y procuramiento de órganos para los trasplantes, con la institucionalización de esta labor en 2010 en el Ministerio de Salud, quedó relegada a otras labores. Actualmente sus objetivos son: “Fomentar la donación; Crear y fortalecer grupos de apoyo de trasplantados con el objetivo de optimizar los índices de sobrevivencia; Dar apoyo emocional y contención a los familiares de donantes a través de los grupos de apoyo de familiares de donantes; y Realizar actividades de difusión, educación y sensibilización de opinión pública.” [26]

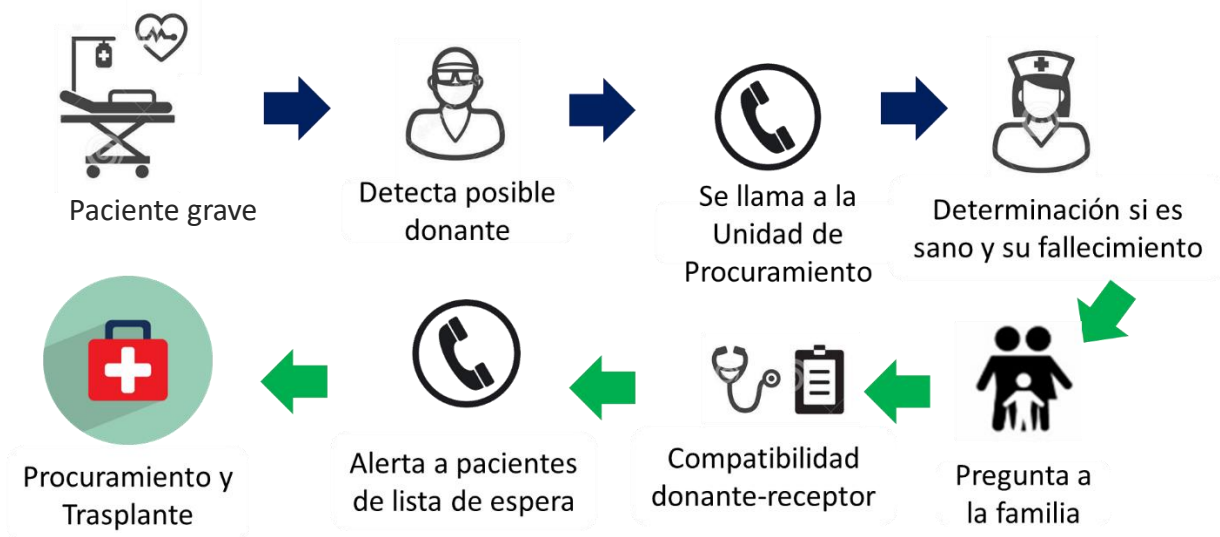
7.3.4.4. Sociedad Chilena del Trasplante

Fundada en 1981, la Sociedad Chilena del Trasplante es una organización de carácter científico y docente, cuyos objetivos son “promover, organizar, canalizar y difundir todos los aspectos científicos relativos a la actividad de trasplantes a nivel nacional, así como relacionarse con las sociedades similares a nivel internacional y representar a los especialistas nacionales” [37]. Entre las actividades que organizan, se encuentran: reuniones, congresos, cursos, publicación de boletines, premios y becas a trabajos científicos; y elaboración de informe anual de procuramiento y trasplante.

7.4. Proceso de donación de órganos

El proceso general de procuramiento y trasplante de órganos, consta de 4 macro-procesos: Registro nacional de receptores; Procuramiento, Trasplante; y Seguimiento y Monitoreo [38]. Para efectos de este trabajo, solo se observa el proceso de procuramiento, el cual comienza con la detección de un posible donante hasta que finalmente se realiza el o los trasplantes, a modo general este macro-proceso se divide en las siguientes etapas:

Ilustración 12: Proceso de procuramiento



Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Salud e investigación propia.

- i. **Paciente llega urgencia:** Al llegar un paciente a la urgencia de un hospital o clínica, éste debe ser revisado y se establece si tiene una alteración de conciencia, es decir que no responde a los estímulos ambientales con apertura de ojos, respuestas verbales y motoras, lo cual se registra en una escala clínica llamada Glasgow⁷.
- ii. **Detecta posible donante:** Si se establece compromiso de conciencia, se llama a un doctor especialista, ya sea neurocirujano o neurólogo, para que analice el caso y vea si es posible operarlo. Si se establece que esta fuera de alcance neuroquirúrgico, se pasa a la siguiente fase.
- iii. **Se llama a la Unidad de Procuramiento:** Se establece que cuando el paciente se encuentra en un Glasgow igual o menor a 7, y sin posibilidades de recuperación el médico a cargo debe llamar a la enfermera de procuramiento, la cual debe constatar que cumple con los requisitos de posible donante y hacer las gestiones para el paciente entre a la Unidad de Paciente Crítico (UPC), específicamente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- iv. **Determinación de su condición y su fallecimiento:** Es en UCI donde se deben tomar los cuidados necesarios para mantener estable al posible donante y realizar las pruebas necesarias para constatar que puede ser donante (ejemplo: no tener VIH, Hepatitis B o C, entre otros). Finalmente, un neurólogo o neurocirujano certifica la defunción, al constatarse el fallecimiento del paciente con un examen especial.
- v. **Entrevista a familia de potencial donante:** El coordinador de procuramiento (distinto al médico tratante de la UCI o Urgencia) pregunta a la familia por la última voluntad de ser donante del fallecido, y deciden si donar o no. En el caso de que la familia decida donar, pueden elegir qué órganos y tejidos donar.

⁷ Escala Glasgow: Es una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico. Esta medida va del 3 al 15, siendo este último el mejor valor.

- vi. **Compatibilidad donante-receptor:** El Instituto de Salud Pública hace recepción de los antecedentes del posible donante, y los cruza con los datos de los posibles receptores en la lista de espera, para asignar el o los órganos a los receptores con mayor compatibilidad y a través de la Coordinación Central, se les da aviso a las unidades de trasplante correspondientes a los receptores seleccionados.
- vii. **Alerta a pacientes que podrían ser trasplantados:** Doctores de trasplante informan a su paciente que será trasplantado y le da instrucciones para que se aliste para la operación.
- viii. **Procuramiento y Trasplante de órganos:** En el hospital donde se generó el donante se realiza la extracción de los órganos por los equipos extractores de los hospitales que realizarán el o los trasplantes.

La duración del proceso puede prolongarse por días, ya que desde que se detecta al posible donante hasta que cumple con los criterios médicos para certificar la muerte pueden pasar días. Pero desde la certificación de la muerte hasta entrar a pabellón para la extracción de órganos los procesos se demoran aproximadamente 5 horas, dependiendo de la capacidad y disponibilidad de recursos de cada hospital.

En algunos casos, cuando involucra un suicidio, accidente vehicular o algún crimen, el proceso tiene ciertas modificaciones pues involucra a otras unidades extra-hospitalarias, como lo son la Fiscalía correspondiente, la Brigada de Homicidios de la Policía de Investigaciones si es solicitado, el Servicio Médico Legal e incluso el Instituto de Salud Pública, que debe enviar a un médico especialista para que la donación no interfiera con posibles pruebas para la investigación. En estos casos el proceso desde la certificación de muerte encefálica hasta que ingresa a pabellón para la extracción puede llegar a demorar el doble, entre 8 a 10 horas.

Otros casos especiales, son cuando el donante se generó en alguna región no central, para cual es necesario el traslado de los equipos extractores vía avión. En estos casos el componente distancia, clima y disponibilidad de traslado, juegan un rol determinante en la duración del proceso. En algunos casos, puede durar hasta más de 20 horas desde la certificación de la muerte.

7.4.1. Unidades o Servicios Involucrados

Durante todo el proceso se ven involucrados muchos actores y de diferentes servicios o unidades, tanto internas como externas del hospital generador del donante.

- **Urgencias:** Generalmente donde se detecta el posible donante.
- **Unidad de Cuidado Intensivo (UCI):** Labor de mantención del posible donante hasta que se le certifica la muerte encefálica y dependiendo de si es efectivamente donante, es si se mantiene en UCI hasta que vaya a pabellón para la extracción, y si no es donante se le lleva a Anatomía Patológica, antiguamente conocido como morgue.

- Unidad de Procuramiento: A cargo de coordinar todo este proceso y de velar porque el posible donante sea efectivo.
- Laboratorios, microbiología, imagenología y banco de sangre: Para la toma de muestras y exámenes necesarios para analizar que el posible donante cumpla con los criterios necesarios, para analizar muestras necesarias para hacer el cruce con los posibles donantes y para obtener imágenes de los órganos a donar.
- Pabellones: Tanto en el hospital generador del órgano, como en el hospital trasplantador, es necesario coordinar las horas de pabellón, los cuales son a veces un recurso escaso.
- Coordinación Central: Coordina el cruce de la información para que el ISP pueda realizar las pruebas para ver la compatibilidad y coordinar el traslado de equipos y órganos, especialmente cuando se genera un donante en regiones lejanas y es necesario el traslado de equipos extractores en avión. En el caso de que se genere un posible donante en un centro de salud que no posea Unidad de Procuramiento, el coordinador central debe realizar dicha labor.
- Instituto de Salud Pública: Realiza el cruce de información para definir los receptores aptos.
- Unidades de extracción y trasplante de órganos: Son médicos cirujanos especialistas en el órgano que irán a extraer y posteriormente a trasplantar en el receptor. Es importante notar que si el donante es multi-orgánico, es decir, dona más de un órgano, se tendrá en el pabellón del hospital generador a un equipo extractor por cada órgano donado, lo que incluye al menos un médico y una enfermera por equipo.

Si, el órgano se genera en una región alejada, a la cual es necesario viajar en avión o vía terrestre, el centro de salud que cuenta con el mejor receptor para cada órgano asignado debe decidir si tienen los recursos clínicos y humanos para viajar, si no los poseen, pasan a preguntar al siguiente centro de salud que cuenta con el segundo mejor receptor, si cuenta con equipo extractor, y así sucesivamente. En el caso de los riñones, uno de ellos se asigna según una lista de rotativa nacional, que se explicará más adelante.

7.4.2. Distribución de órganos

A partir de un donante es posible la extracción de hasta 7 órganos: 2 riñones, pulmones (considerados como uno, ya que generalmente son necesarios trasplantes bi-pulmonares), corazón, hígado, páncreas e intestinos. Cada órgano tiene sus propios criterios para asignarle un receptor, siendo el principal órgano que se trasplanta el riñón, pues su lista de espera es mayor, de cada donante es posible extraer dos y tiene criterios menos complejos para asignarle un receptor, como sucede en el caso de pulmón donde es relevante que el peso y tamaño de la caja torácica del donante y receptor sea similar.

Paralelamente a lo anterior, existe un incentivo asociado a la generación de donantes y la distribución de órganos, a partir de uno de los riñones que se extraen, el cual es

llamado “Riñón Casa”. Cuando un hospital que generó un donante, también posee un programa de trasplante renal, uno de los dos riñones pasa directamente a ser parte de su unidad de trasplante y es distribuido al mejor receptor dentro de su lista de espera local de riñón. El otro riñón pasa a ser parte del “pool”, el cual es distribuido dentro de toda la lista nacional de espera de riñón para el mejor candidato, que en el caso de que se encuentre en el mismo hospital que generó el donante, se le asigna de igual forma a este.

En el caso de un hospital que no cuenta con unidad de trasplante renal, que generalmente es el caso de las regiones, se les consulta a los centros de salud si tienen equipos extractores para enviar a procurar según una lista de rotativa nacional y que no está relacionada según si es el mejor receptor disponible. En este caso, el hospital que tiene un equipo extractor disponible para enviar, realiza el procuramiento de ambos riñones y se queda con el “Riñón Casa” y el otro va al “pool”.

7.4.3. Soporte tecnológico del proceso

El proceso antes mencionado tiene como soporte tecnológico a la plataforma: Sistema Integral de Donación y Trasplantes, desde ahora SIDOT. Este es un sistema en tiempo real que cuenta con 8 módulos para el registro completo del proceso de donación-trasplante: Donantes, Receptores, Trasplantes, Seguimiento, Informes, Documentos, Preferencias y Seguridad.

Cada unidad de procuramiento tiene que proporcionar la información sobre el posible donante a través del SIDOT, de esta forma tanto la Coordinadora, la Coordinación Central y el ISP, pueden visualizar la información en tiempo real. Además, para los hospitales trasplantadores se les da acceso para visualizar a sus pacientes que están en la Lista de Espera y ver su posición, de este modo se pueden anticipar al traslado del posible receptor si se genera una opción de donante.

El sistema permite “la trazabilidad, consolidación de estadísticas, mejorar la calidad y transparencia del sistema”. Además, “proporciona seguridad y rapidez en la entrega de información acerca del donante efectivo lo que sin duda es de gran importancia al momento de realizar la oferta de los órganos donados a los centros trasplantadores, disminuyendo así los tiempos de validación y con ello, los de ingreso de pabellón” [39].

7.5. Experiencia Internacional

Para el análisis, se comparará la realidad chilena con la de España, ya que de este país proviene el modelo original. Además, dada la cercanía tanto geográfica y cultural; por su similitud en la realidad económica y por su éxito a nivel regional en temas de donación, se eligen para comparar a los países de Uruguay y Argentina. Cuya comparación en diferentes dimensiones es posible de observar en la sección Anexos.

7.5.1. Modelo de España

El Modelo Español [40] nace en 1989 con la creación de la Organización Nacional del Trasplante (ONT) encargada de la donación y trasplante de órganos y tejidos, y cuyos puntos básicos se resumen en:

- Red de coordinadores de trasplantes en 3 niveles: nacional, autonómico y hospitalario.
- Los primeros niveles son financiados por la administración sanitaria nacional y constituyen una interfaz entre los niveles políticos/administrativos y los profesionales.
- El nivel autonómico se distribuye en las 17 comunidades autónomas en las que está dividido el país. En todas las comunidades autónomas se realizan procuramientos y los trasplantes, pero dependiendo la comunidad es la lista de programas de trasplante que posea con requisito básico de tener uno para riñón.
- Los coordinadores hospitalarios debe ser un médico que trabaja casi siempre en la coordinación a tiempo parcial, situado dentro del hospital, y depende de la dirección del mismo, aun cuando dependa de la coordinación autonómica y nacional en términos funcionales. La mayoría de los coordinadores son intensivistas.
- Una auditoria continua de muerte encefálica en las unidades de vigilancia intensiva, permite establecer las capacidades de los hospitales para generar donantes.
- La oficina central de la ONT actúa como agencia de servicios en apoyo del sistema. Encargado de la distribución de órganos, la organización de los transportes, el manejo de la lista de espera, las estadísticas, la información general y especializada.
- Formación continua, para coordinadores y parte del personal sanitario, con cursos generales y específicos de cada uno de los procesos.
- Mucha dedicación a los medios de comunicación
- Legislación adecuada.

Parte importante del modelo radica en las coordinaciones hospitalarias, las cuales son los responsables de potenciar la donación de órganos los hospitales. Entrenados específicamente para esta labor y con un alto grado de motivación, se les define un perfil específico que consta de:

- La composición de los equipos de coordinación varía según el tamaño del hospital
 - Grandes hospitales con equipos de trasplantes activos: Un médico y una enfermera por cada programa de trasplante (órganos).
 - Hospitales pequeños o medianos sin equipos de trasplante, pero con unidad de vigilancia intensiva: Un médico a tiempo parcial, ayudado o no por una enfermera dependiendo de la capacidad generadora de donantes.

- Hospitales sin unidad de vigilancia intensiva: no es necesario un coordinador.
- La dedicación para los coordinadores es parcial para que traten de igual a igual con médicos responsables de la atención médica al donante, por la necesidad de establecer un sistema proactivo de detección de posibles donantes, por un tema económico de no poder tenerlos a tiempo completo y para evitar el “Burnout⁸”, por la dureza física y psicológica de este trabajo.
- En su mayoría, los coordinadores son:
 - Nefrólogo, por su interés en la donación de órganos
 - Intensivista, por su cercanía a la generación de donantes
- El coordinador es un colaborador directo del director del hospital en materia de trasplantes. Es importante la no dependencia jerárquica.
- Principal misión: Obtención de órganos. Para lo que se debe tener establecidos los protocolos de todos los pasos del proceso de donación.

Además, en el 2011 la ONT lanzó una guía de buenas prácticas [41], a partir de las conclusiones obtenidas de un estudio realizado durante 5 años a 104 hospitales (68% de los hospitales autorizados para la donación en el país), de las cuales se destacan las referidas al equipo de coordinación hospitalaria:

- i. Equipo sea estable en el tiempo. En la mayoría de los equipos hay un profesional con más de 10 años de experiencia, pues la experiencia juega un rol fundamental en las fases del proceso de donación.
- ii. Estén personas con responsabilidad jerárquica en el hospital. En los hospitales de excelencia en el proceso, tienen jefes de sección/servicio entre el personal médico que compone el equipo.
- iii. Dedicación parcial a las tareas de coordinación: Para que se convine con trabajo realizado en Unidad Crítica. Si se tiene personas de dedicación exclusiva, es por la carga extra que supone el trabajo con equipos de trasplantes.
- iv. Turnos, deben basarse según disponibilidad, asumiendo la responsabilidad ante la aparición de un donante, más que estar de manera presencial en el lugar.
- v. Es conveniente que se sientan correctamente compensados y reconocidos profesionalmente, dada la gran carga de trabajo que significa la coordinación. Es importante que las administraciones reconozcan las labores en términos económicos y como mérito en la carrera profesional.
- vi. El equipo debe construir y mantener una buena relación con todo el personal hospitalario y ser reconocidos como referentes en el tema de donación.

⁸ Burnout: Hace referencia a “estar quemado laboralmente”, lo que significa un alto nivel de estrés en el trabajador y que deriva en problemas de salud que se manifiestan de manera psicosomáticas.

7.5.2. Modelo de Uruguay

La ley establece que las donaciones pueden realizarse con fines terapéuticos o científicos; es posible realizar trasplante de órganos y tejido de origen no humanos; la donación de donante cadáver es presunta con la posibilidad de expresar su consentimiento u oposición a través de vías establecidas; entre otros. Tienen una baja negativa familiar y con el consentimiento u oposición en vida, permite a la familia conocer la posición puntual de la persona sobre el tema.

Además, en 2005 se crea el Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Células (INDT), Tejidos y Órganos, antiguamente el Banco Nacional de Órganos y Tejidos. El INDT es un organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública, pero el ministerio en conjunto con la Universidad de la República tiene obligaciones y competencias en el instituto, con el fin de asegurar su funcionamiento. El sector de procuración – coordinación de trasplantes del instituto tiene como funciones principales [42]:

- i. Detección de donantes, mediante la revisión de ingresos y visitas a las unidades generadoras
- ii. Valoración del donante con antecedentes y datos clínicos, solicitud de exámenes.
- iii. Colaborar en el mantenimiento del donante durante el diagnóstico de muerte cerebral y registro de su metodología
- iv. Puesta en marcha del protocolo de muerte cerebral
- v. Relaciones con la familia del donante: entrevista cuando corresponda, apoyo en los trámites derivados del fallecimiento, información sobre extracción, agradecimiento del tiempo de espera y ofrecer la información necesaria.
- vi. Solicitud de autorización judicial, cuando sea necesario.
- vii. Preparación de la extracción de los órganos, coordinar equipos, horarios pabellón quirúrgico y preparar materiales para el traslado.

Esta unidad está a cargo de un médico nefrólogo y está constituido por 10 médicos y 4 psicólogas. A partir del 2015, se plantea la incorporación de Unidades de Donación y Trasplante (UDT) y se categorizaran según la complejidad del establecimiento de salud donde se instalen. No existe mayor información disponible sobre estas unidades y su nivel de instalación en el sistema, pero se da a entender que se busca descentralizar la labor de procuramiento, ya que tienen un alto grado de disparidad entre regiones.

7.5.3. Modelo de Argentina

El organismo descentralizado dependiente del Ministerio de Salud que impulsa, normaliza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y sangre es El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI). Para asegurar el acceso de la población transparente y equitativo al trasplante, se cuenta con 27 organismos que actúan en las provincias del país.

El INCUCAI, posee 9 lineamientos estratégicos que van desde contribuir en la prevención de enfermedades que necesitan un trasplante, garantía de la libertad de elección a expresar no ser donante, garantías de la calidad en los servicios y aumento de la donación, entre otros.

Es en esta última línea de trabajo, se establece el Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos creado en 2003, con la finalidad de aumentar la actividad de procuración, aumentar la obtención de tejidos, optimizar el proceso de procuración y optimizar la utilización de órganos donados. Con este programa se busca pasar desde una organización extra-hospitalaria para la tarea de procuramiento a una organización intrahospitalaria. Así se implementa la figura de Coordinador Hospitalario de Trasplante, perteneciente a la institución de salud y a cargo del proceso de procuramiento. Este rol es ocupado principalmente por médicos intensivistas, aunque también pueden ser enfermeros o técnicos en neurofisiología o psicólogos. Los coordinadores hospitalarios cuentan con un equipo de más de 100 profesionales distribuidos en los hospitales de mayor complejidad de Argentina.

En el año 2005, se aprueba la Ley 26.066 que establece la donación presunta y esto permitió el aumento del procuramiento. En 2010, se implementa la Estrategia Hospital Donante, al identificar a la comunidad hospitalaria como un actor determinante en la donación y trasplante de órganos, dada su capacidad de generar donantes. Esta estrategia busca apoyar a los establecimientos sanitarios a incorporar la actividad de procuramiento como parte de las estrategias del hospital, al suscribirse en un compromiso de gestión. Esto significa que el hospital realiza un diagnóstico de la situación, fija metas y define un plan de acción para cumplirlas, aplicando los protocolos vigentes y monitoreando, y el INCUCAI entrega coordinación, capacitación y asistencia financiera al hospital proveniente de un fondo solidario de trasplante de cada provincia.

En esta estrategia, también se establecen especificidades con respecto al cargo de Coordinador Hospitalario de Trasplante:

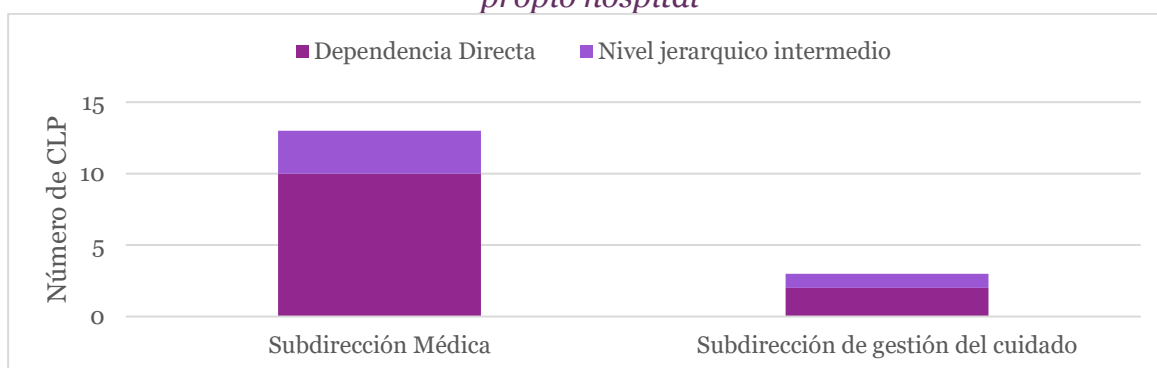
- Perfil del profesional: independiente de cualquier equipo de trasplante, con capacidad de identificar posibles donantes, idealmente médicos que trabajen en áreas críticas y con alta capacitación.
- Funciones: coordinar etapas del proceso, toma de decisiones, actividad docente, acciones de comunicación y elaboración de informes para detectar oportunidades de mejora.
- Retribución: por contrato con INCUCAI si la dirección del hospital lo solicita, y pueden recibir otras retribuciones por parte del hospital o la jurisdicción, si adquiere mayores responsabilidades.

8. Análisis de datos

8.1. Disposición de la unidad en el organigrama.

Del total de 27 unidades de procuramiento en el país se obtuvo la información del 59,24% de ellas, es decir, se obtuvo la disposición en el organigrama de la Coordinación Local de Procuramiento de 16 hospitales. La subdirección médica es la que rige a los médicos y la subdirección de gestión del cuidado, es la que está a cargo de todos los profesionales de la salud que provisionan cuidados a los pacientes del hospital, comandado principalmente por hospitales. En el 81,25% de las unidades vistas, responden en el organigrama a la subdirección médica y en el 76,92% de estos casos, su relación jerárquica es directa.

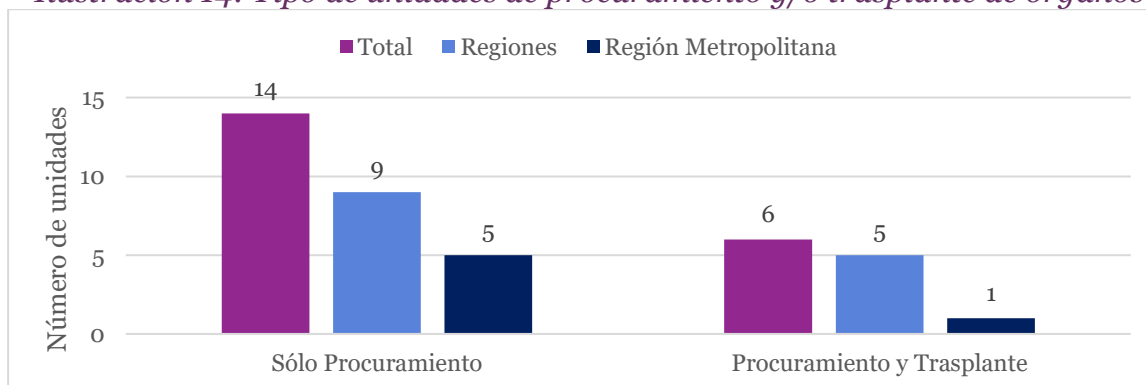
Ilustración 13: Disposición de las Coordinaciones Locales de Procuramiento en su propio hospital



Fuente: Elaboración propia.

Por otra parte, se obtiene la información del 66,66% de las unidades de procuramiento con respecto a la naturaleza de su unidad, es decir, si son unidades enfocadas sólo a procuramiento de órganos o también realizan labores de coordinación de trasplante de órganos. Según el tipo de unidad de procuramiento, son las responsabilidades y actividades que deben realizar, pues son responsabilidades distintas.

Ilustración 14: Tipo de unidades de procuramiento y/o trasplante de órganos



Fuente: Elaboración propia.

Es necesario recalcar que los programas de trasplantes se concentran en la Región Metropolitana, por lo que al observar la Ilustración 14, es necesario tener en cuenta que en regiones solo se cuenta con 7 programas de trasplantes, por lo que 5 unidades tengan responsabilidades compartidas con procuramiento, significa el 71,42%.

8.2. Dotación de personal de la unidad:

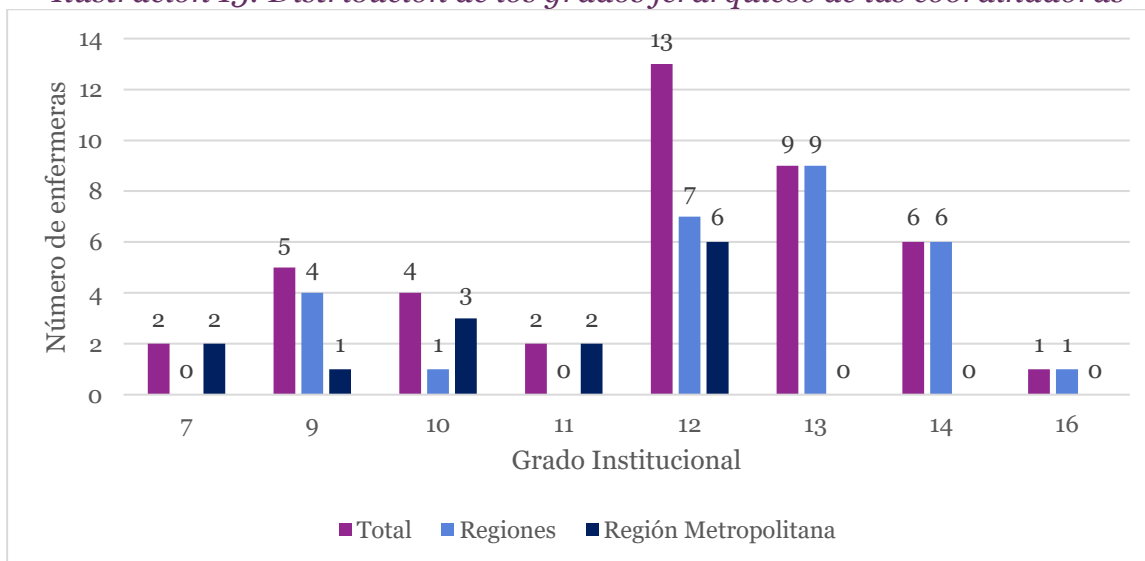
A excepción del Servicio de Salud de Aysén, se obtiene la información del 79,24% de los profesionales de enfermería de las unidades de procuramiento del país, que a su vez representan 71,18% de los profesionales totales que trabajan en estas áreas. La información restante, no se logra levantar ya que no se contaba con los nombres de los profesionales y se tuvo que realizar una búsqueda por información en línea.

8.2.1. Grado institucional:

Recordando que el grado entrega jerarquía dentro de la institución y determina la remuneración del profesional, es decir, a menor grado numérico, mayor es el nivel jerárquico, siendo mayor el sueldo y la valoración de la hora extraordinaria.

En la Ilustración 15, se observa la distribución de la cantidad de cargos en su totalidad y según si pertenece a Región Metropolitana o a Regiones. En este sentido, es necesario observar que en Región Metropolitana se alcanzan los grados menores, lo que significa una mayor remuneración y que no hay enfermeras con un grado menor a 12.

Ilustración 15: Distribución de los grados jerárquicos de las coordinadoras



Fuente: Elaboración propia.

Según el la Coordinadora Nacional, quien crea los cargos para los hospitales, los cargos se crean con financiamiento asociado para un cargo de grado 12. Esta distribución permite 2 posibles lecturas que no son excluyentes entre ellas: se puede suponer un menor grado se logra a través de una mejor negociación por parte del profesional en el cargo o esto puede reflejar el interés por el tema por parte de los hospitales. En este último caso, la

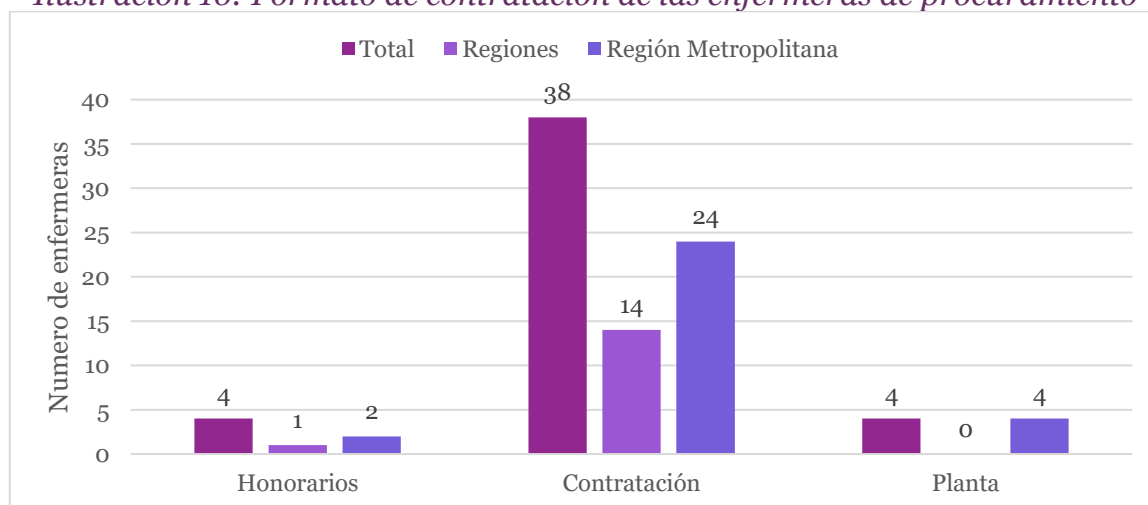
lectura sería que, a un menor grado, más interés tiene el hospital por la donación, mientras que a un grado menor a 12, significaría un desinterés por el cargo.

8.2.2. Formato de contratación

Existen 3 tipos de contratación en el Estado de Chile, los cuales se diferencian en la remuneración asociada al grado, duración del contrato y la estabilidad que significan para el profesional. En este sentido, los tipos de contratación son:

- Honorarios: Donde se emiten boletas de honorarios, cuyo monto se acuerda con anterioridad, sin existir los grados asociados, y su duración se establece a través de convenios que no pueden durar más de un año.
- Contratación: Donde se le contrata al trabajador, la remuneración está asociada al grado del cargo y se tiene una mayor estabilidad en la institución.
- Planta: Se le contrata al trabajador por plazo indefinido, por lo que se le asegura el trabajo de por vida. Tiene otra escala asociada al grado del cargo. Generalmente, es necesario que uno pase tiempo con contratación para poder optar a ser planta.

Ilustración 16: Formato de contratación de las enfermeras de procuramiento



Fuente: Elaboración propia.

En el caso de los tipos de contratación, es común que en un primer periodo se someta al profesional a un periodo de prueba en formato de honorario, lo que podría explicar los valores de ese tipo de contratación. Por otra parte, llama la atención la cantidad de personas en planta y su concentración en la Región Metropolitana, pero hay que tener en cuenta que la red de coordinaciones locales en regiones se estableció posteriormente al cambio de ley de 2010, dada la centralización del proceso.

Por otra parte, al momento de recopilar la información, a través de la plataforma de transparencia del gobierno, la mayoría de las enfermeras estaban asignadas al cargo de “enfermera”, lo que dificulta el control y seguimiento de su cargo. Al estar asignadas como enfermera, sus tareas son más fáciles de modificar que el cargo.

8.3. Eficiencia de la unidad:

8.3.1. Donantes efectivos

Para el análisis de la cantidad de donantes efectivos generados por región, la Región Metropolitana mostraba un liderazgo esperable, por lo que en esta región se divide en sus servicios de salud para el análisis. Además, se usa la cantidad de donantes por sobre la tasa de donantes por millón de habitantes, pues esta última está muy determinada por la cantidad de población, es decir, se puede obtener una buena tasa con pocos donantes y baja población, por lo que es engañosa la comparación.

Al analizar la cantidad de donantes que ha generado cada Región/Servicio de Salud en los últimos 4 años y los primeros 7 meses del presente año, es posible observar que en general no siguen una tendencia sostenida al aumento.]Al promediar los últimos años y dividirlos en quintiles, es posible observar que las regiones que se ubican en el primer quintil, que incluye Arica y Parinacota; Aysén; Magallanes; y Tarapacá, son las regiones extremas del país, lo que explicaría su baja tasa por falta de especialistas o las distancias a centros trasplantadores por el tiempo de isquemia de los órganos.

Tabla 7: Donantes efectivos en los últimos años y su promedio

Q	Reg.	Región o Servicio de Salud	2013	2014	2015	2016	2017	Prom
I	XI	Aysén	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	XII	Magallanes	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,4
	XV	Arica y Parinacota	1,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,6
	I	Tarapacá	0,0	1,0	2,0	0,0	1,0	0,8
II	VII	Maule	0,0	2,0	1,0	4,0	0,0	1,6
	X	Los Lagos	0,0	1,0	4,0	1,0	1,0	1,8
	II	Antofagasta	1,0	2,0	2,0	1,0	5,0	2,2
	III	Atacama	5,0	2,0	3,0	2,0	3,0	2,4
III	IV	Coquimbo	3,0	2,0	6,0	2,0	4,0	3,4
	XIII	Metropolitana Norte	1,0	5,0	3,0	3,0	6,0	3,6
	IX	Araucanía	2,0	5,0	6,0	6,0	0,0	3,8
	XIV	Los Ríos	3,0	5,0	5,0	6,0	5,0	4,8
IV	XIII	Metropolitana Sur	5,0	5,0	7,0	6,0	4,0	5,4
	VII	Libertador Bernardo O'Higgins	5,0	4,0	11,0	2,0	6,0	5,8
	XIII	Metropolitana Suroriente	6,0	11,0	1,0	7,0	12,0	7,2
	XIII	Metropolitana Occidente	7,0	7,0	6,0	8,0	11,0	7,8
V	XIII	Metropolitana Centro	12,0	13,0	6,0	20,0	4,0	11,0
	XIII	Metropolitana Oriente	13,0	14,0	13,0	11,0	12,0	12,6
	V	Valparaíso	8,0	16,0	16,0	13,0	11,0	13,0
	VIII	Biobío	14,0	13,0	14,0	21,0	6,0	13,4

Fuente: Elaboración propia con datos hasta Julio de 2017.

9. Análisis de Entrevistas

A partir de las entrevistas aplicadas y se analizan los componentes definidos en la estructura de la investigación.

9.1. Planificación estratégica

9.1.1. Ministerial

El nivel de influencia dentro del ministerio, depende totalmente del nivel de interés del gobierno a cargo. En este sentido, el coordinador jefe de CNPT cuenta que en un gobierno, él era parte del gabinete del ministro, por lo que se reunía constantemente con él y le entregaba la potestad de llamar a los directores de los hospitales en su nombre, cuando no querían cumplir con los lineamientos establecidos. En esa época, tenía un mayor grado de jerarquía en la institución y la CNPT, era considerada en un rango de división y no como una unidad, como lo es actualmente. En este sentido, se logró tener un mayor nivel de influencia tanto dentro como fuera del ministerio, pero al igual que en los hospitales, la relevancia del tema de donación queda supeditado a director de la secretaría de estado en salud.

9.1.1.1. Misión

La misión de la coordinadora nacional, como se vio en el levantamiento de información, está definida en la ley. Sin embargo, las definiciones estratégicas de la CNPT, según Dunja, es:

“El principal rol es definir el cómo se desarrolla la estrategia de procuramiento y trasplante a nivel de la red de salud, tanto pública como privada. Es decir, cuántas unidades de procuramiento deben existir en la red público privada; dependiendo de la capacidad hospitalaria que exista para ello, nosotros teníamos unidades de procuración en todos los hospitales de alta complejidad que son capaces de generar donantes.”

Por otra parte, el plan a largo plazo, según Paulina es “Siempre siempre aumentar la tasa”, refiriéndose a la tasa de donación. Según lo anterior, se identifican los objetivos estratégicos.

9.1.1.2. Objetivos estratégicos

Para Paulina, los objetivos estratégicos son llegar a los 10 donantes p.m.p. y bajar la negativa familiar, además de establecer el programa de generación de tejidos en las unidades de procuramiento establecidas. Sin embargo, no existen estrategias a largo plazo formalizadas y difundidas.

Por otra parte, según el coordinador general de la CNPT el primer objetivo macro es llevar a la región metropolitana a 20 donantes p.m.p. y que las regiones crezcan todo lo que puedan. También hace hincapié en que hay que ser cuidadosos, pues el sistema

sanitario no se encuentra preparado para un crecimiento exponencial y sostenido en el tiempo de la cantidad de donantes.

De esta manera, se evidencia que no existe claridad dentro de la propia CNPT sobre las definiciones estratégicas que debe cumplir.

9.1.2. Coordinaciones Locales Procuramiento

9.1.2.1. Misión

En todas las entrevistas realizadas, sólo una coordinación estableció la disposición de una misión y visión de la coordinación local, y sin profundizar en los detalles de esta. De igual modo, no existe una definición única y transversal de la misión de estas unidades y esto se condice con la baja definición por parte de la coordinación nacional en esta materia.

9.1.2.2. Objetivos estratégicos

Si bien, no existe una misión única para las CLP, si existe la definición de objetivos estratégicos anuales, los cuales se establecen en una jornada anual en donde se reúnen todas las coordinaciones locales. En estas jornadas se establece si ese año se realizará hincapié, pero según comenta Paulina, “los objetivos no varían mucho, siempre es subir la tasa de donación a 10 donantes por millón y bajar la tasa de negativa a algo menos que 50]%. Eso es lo que nos rige”.

Sin embargo, al consultar a las coordinaciones locales, en ningún momento se mencionó formalmente la existencia y claridad de estos objetivos estratégicos. Por otra parte, si se identifican objetivos estratégicos definidos por cada CLP y generalmente se centran en aumentar las capacitaciones al personal, como actividad complementaria.

9.2. Proceso de planificación y soporte de la estrategia de personas

Dado que los cargos para las unidades de procuramiento son generados por la Coordinadora Nacional y son entregados a los hospitales, es la unidad ministerial la encargada de la planificación y soporte de la estrategia de personas.

9.2.1. Planificación de la gestión de personas:

9.2.1.1. *Plan estratégico de gestión de personas*

El rol del ministerio dentro de la planificación de la gestión de personas se encuentra limitado por el hecho de que los hospitales son auto-gestionados, por lo que se limitan a la creación de cargos de coordinadoras locales y éstas se las entregan a los hospitales para que ellos las gestionen. En este sentido no se menciona como la red de unidades locales se harán cargo de sostener esa tasa, aun cuando hoy se siguen identificando altas tasas de carga laboral y un amplio espectro de actividades y tareas que deben realizar.

El problema surge cuando la donación de órganos no es interés de la institución de salud, en estos casos, los cargos y los profesionales quedan a la deriva. La definición de un plan de gestión de personas, permite modificar y entregar todas las herramientas para lograr que el trabajador cumpla con el rol y tareas que se le asigna y de esa manera lograr el objetivo. De este modo, actualmente es responsabilidad del hospital entregar estas herramientas, pero queda supeditados al interés del director sobre el tema y eso le deja poco control a la CNPT.

Todo lo anterior, se traduce en cargas de trabajo dispares, con regiones con baja actividad de procuramiento y regiones con sobrecarga. Además, queda un sentimiento de inequidad en el sistema de gestión de personas, si a un hospital le interesa el tema de la donación, el grado de su coordinador puede ser mejor, recibiendo una mejor remuneración, lo cual se ve que sucede principalmente en la Región Metropolitana, no pasa lo mismo cuando los hospitales no muestran interés o derechamente no les interesa el tema, donde se les mantiene el grado 12 con las cuales fueron asignadas las enfermeras de procuramiento, o las disminuyen hasta un grado 16.

Finalmente, esta lógica no permite realizar acabadamente gestión del cambio, gestión de desarrollo o gestión del cambio organizacional de los coordinadores. En el peor de los casos, si el día de mañana existe un explosivo aumento en la tasa de donantes, la CNPT no podrá gestionar recursos ni definir estrategias inmediatas para poder abarcar la oferta, lo que podría derivar en una pérdida de donantes, en tal caso, el costo para el sistema es alto.

9.2.2. Planificación dotacional:

9.2.2.1. *Definición de requerimientos dotacionales*

En 2011, existía una marcada planificación estratégica en cuanto a las Unidades de Procuramiento, la cual era la instalación de estas en los Servicios de Salud con capacidad para generar donantes y contar con al menos 2 profesionales por unidad, para poder realizar rotaciones en los turnos de llamada y disminuir los niveles de carga laboral. Hoy en día, se logró esta instalación y no se vislumbran una nueva estrategia en términos organizacionales, aun cuando teniendo una tasa de 7 donantes por millón de habitantes genera un alto nivel de estrés. Lo anterior, no necesariamente se soluciona con una mayor dotación de personal, sino que con su optima gestión.

Se menciona, que estas unidades tienen un alto índice de rotación de enfermeras, donde varias profesionales se van al cumplir el año o año y medio. Estos índices de rotación son más altos en la Región Metropolitana, pues son unidades más complejas y con mayor carga poblacional. La rotación en regiones, se debe a la baja generación de donantes por lo que se le asigna otras labores no asociadas al cargo. En este sentido, no se observa la definición de requerimientos dotacionales por parte del ministerio o del hospital para la unidad.

En este sentido, existen dos tipos de requerimientos dotacionales para afrontar las necesidades futuras, por una parte, se encuentran los coordinadores locales y, por otra parte, son necesarios especialistas para poder llevar a cabo de buena manera el proceso de detección de posibles donantes.

La necesidad de coordinadoras locales de procuramiento, dependerá de la capacidad de gestión que tengan, la capacidad de generar donantes por parte del hospital y la cantidad de tareas que se les asignen a las coordinadoras. Actualmente, las coordinadoras se hacen cargo de la educación tanto del personal como de la población que atiende el hospital en temas de donación de órganos, y si bien esta labor la realizan como una herramienta facilitadora de su labor, no necesariamente es su responsabilidad como enfermeras ya que no cuentan con habilidades docentes como parte de su perfil de profesional y al momento de aumentar la cantidad de donantes, como ya ha sucedido el presente año, es una actividad que se deja de lado.

Además, es necesario contar con la disponibilidad de especialistas en el hospital, que no es parte de procuramiento, que faciliten su labor. Principalmente se requiere de un neurólogo que pueda realizar exámenes y determine el test de apnea, como la actividad de procuramiento es 24/7, puede ser que sea necesario realizar un examen en horario inhábil, para lo cual es necesario un neurólogo o neurocirujano disponible.

En el caso de las regiones, son necesario neurólogos y también especialistas para poder determinar la viabilidad de los órganos, para que no se utilicen recursos innecesarios para el traslado de equipos extractores para procurar órganos que no podrán ser trasplantados.

Uno de los principales problemas que declaran las CLP, es la rotación de personal, principalmente del servicio de urgencia. Ya que, al rotar, se pierde todo lo que se ha avanzado en las relaciones con el profesional que se desvincula de la institución y es necesario comenzar a construir, nuevamente, las relaciones con el profesional que llega.

Por último, se podría contar con el apoyo de profesionales en salud mental como es en el caso del Hospital Regional de Coquimbo, que se hagan cargo de contener a las familias y a las enfermeras de procuramiento, para alivianar la carga emocional que esta labor conlleva. Ya que ellos saben manejar de mejor manera el duelo familiar y la contención.

9.2.2.2. Identificación de los perfiles requeridos para afrontar las necesidades futuras

Perfiles de cargo poco atractivos pues no son buenos horarios, baja remuneración y es un trabajo desgastante y de alto costo emocional. En el Hospital del Salvador se realizó un diagnóstico por la Unidad de Recursos Humanos y Clima Laboral, el cual llevo a la conclusión que el turno de llamada y el paso de este turno, generaba altos roces entre las enfermeras de la unidad.

Generalmente, estas unidades están lideradas o cargos de un médico que dedica entre 7 y 22 horas semanales a la coordinación de procuramiento, dejando la principal labor a

los profesionales de enfermería. Sin embargo, este cargo no es atractivo para los médicos por su baja remuneración, pero es un cargo necesario en la unidad dada la cultura jerarquizada de los estamentos de salud, donde el médico se considera o es considerado como un superior al rol de enfermería, por lo que es necesario tener este cargo para que medie con los médicos más reacios a la donación.

En términos del cargo de la enfermera, el ministerio tiene unos lineamientos sobre el perfil de estos profesionales, pero nuevamente queda supeditado al interés del hospital. En este sentido, no se vislumbra la posibilidad de requerir de otro tipo de profesionales para facilitar la labor de los coordinadores, como lo pueden ser administrativos, técnicos o profesionales de salud mental para el manejo de entrevistas.

A nivel ministerial no se encuentra con una información detallada al respecto a las profesionales a cargo. Tampoco se cuenta con la información sobre las CLP que trabajen a jornada completa o parcial o si tienen labores ajenas. A nivel de Estado, se constató la dificultad para encontrar dicha información para el levantamiento de datos a través del portal de transparencia.

El trato tan directo entre las CLP y la coordinación, podré justificar que no se hace necesario tener la información centralizada en sistemas de información. Pero, no se vislumbra el cambio de personas en los cargos de la propia CNPT, como sucedió con Dunja Roje. En ese sentido, cuando llegué la nueva persona a ese cargo, deberá recorrer un camino más largo para poder integrarse a la dinámica de la oficina y no contará con la información para su facilidad.

Al no contar con la accesibilidad de la información sobre las personas, se dificulta su capacidad para poder generar reportes de gestión de personas, es decir no gestiona que se cuente con todo el personal necesario, como es posible observar en el caso de la unidad del HSdR, donde en todo el periodo de pre y post natal de una enfermera de la unidad, no se tuvo reemplazante, lo que significa un alto desgaste para el equipo. De igual manera pasa con viajes planificados o vacaciones. Se tiene un proceso de calidad para el cálculo y pago de remuneraciones, para el registro de asistencia, para la gestión de feriados legales y días administrativos, para las licencias médicas y para los cometidos funcionarios y pago de viáticos.

9.3. Ciclo de gestión del desempeño

Dado que los hospitales son los encargados de las Unidades de Procuramiento, dado que encuentran dentro de su organigrama, pero se analizará desde tanto la perspectiva de las acciones del hospital como del ministerio a través de la Coordinadora Nacional.

9.3.1. Reclutamiento y selección:

Antiguamente y según enfermeras que llevan años trabajando en procuramiento, cuando llegaban lo hacían sin saber sobre la unidad y del cargo, lo cual se ha tratado de cambiar. Pero es posible observar que estos esfuerzos no están dando resultado, con una enfermera que lleva menos de mes en la unidad y aun cuando viene de la unidad de trasplante del mismo hospital, ella manifiesta tener bajo conocimiento sobre el cargo antes de entrar.

Por otra parte, el ministerio tiene bajo control sobre el perfil de selección, si contratan a una nutricionista para el cargo o si las contratan bajo el nombre del cargo, pero le definen tareas diferentes, es poco lo que puede gestionar la coordinadora. Esta situación les ha sucedido en más de una ocasión, para lo cual ha tenido que mediar con el director del hospital para poder contar con un profesional con las tareas que le corresponde.

Lo anterior significa, según José Luis Rojas, *“Pasa en los hospitales que pasan 3 cargos, pero 1 lo usan para pabellón, y yo perdí nomás”*, o él mismo ha querido analizar el nivel de seguimiento a los programas de trasplantes y una institución de salud, se lo negó a través de los abogados. Según Rojas, esto está muy relacionado al interés del ministro que se encuentre ejerciendo, lo que nos lleva al segundo punto sobre el poder de influencia en el propio ministerio.

9.3.2. Inducción:

Por parte del ministerio, se realiza una inducción de una semana en la cual se realizan visitas al ministerio, a Unidades de Procuramiento con experticias y al ISP. El problema que presenta estas inducciones, es que no son sistemáticas, por lo que puede pasar que pasen meses en el puesto de trabajo antes de recibir la inducción. De esta situación se dio cuenta con 2 del total de los entrevistados, un médico y una enfermera. En el primer caso, no parece estar incluido dentro de las inducciones y en el segundo caso, la enfermera llegó a la unidad a modo de reemplazo de una vacante, pero en un proceso interno, por lo que ella aun no tenía el cargo oficialmente y sin eso, no se podía realizar la inducción.

Por parte del hospital, no se realiza ningún tipo de inducción a nivel general. Algunas unidades de procuramiento han creado sus propios sistemas de inducción dentro de la unidad. En el caso del Hospital del Salvador, la inducción consistía en estar de turno de llamada durante el primer mes, y en el caso de Coquimbo, se logró que una de las enfermeras realizara una semana de trabajo en la unidad de UCI, de manera de conocer a las personas del área y el trabajo que realizan. Además, uno de los coordinadores manifestó que aprendió más viendo a sus compañeros de trabajo, ya que cada unidad trabaja de manera independiente y cada una de ellas crea mecanismos para cumplir con las labores del cargo.

9.3.3. Gestión del desempeño individual:

9.3.3.1. Planificación del desempeño: Definición de roles y metas individuales

Los hospitales, a las unidades de procuramiento sólo define un rol siempre el cual es la enfermera coordinadora de la unidad, la cual tienen un grado menor y un mayor sueldo, generalmente este rol se le confiere al profesional con más años de experiencia en procuramiento. El resto de los roles y metas, se definen al interior de cada CLP, predominando una distribución pareja de la labor de procuramiento, donde todos cumplen con el mismo turno de llamada, independiente si es enfermera coordinadora o enfermero.

En este sentido, el médico generalmente cumple un rol de apoyo para poder gestionar a la par con los médicos de las diferentes unidades, ya que la cultura hospitalaria sitúa a los médicos en una “esfera superior” que el resto de los profesionales sanitarios, por lo que con algunos médicos puede ser complicado que una enfermera lo coordine. En estos casos, entre el rol del médico de la unidad, en poder gestionar a la par.

Por parte del ministerio, antiguamente se establecían metas según la capacidad de generar donantes, pero por las unidades era percibido como la asignación de una meta aleatoria sin fundamento y que dificultaba su labor, ya que consideran que existe un alto grado de aleatoriedad en la cantidad de muertes encefálicas que se producen en un hospital.

9.3.3.2. Seguimiento y retroalimentación sobre tareas a desarrollar y metas

El hospital no realiza un seguimiento de las tareas y metas a las unidades. Pero, cada hospital tiene su forma de registrar el nivel de desempeño de la unidad, lo cual generalmente son informaciones generales como cantidad de donantes y/ o trasplantes. Con los desempeños de todas las unidades se analiza el nivel de desempeño del hospital y si es satisfactorio, todos los funcionarios del hospital reciben un bono que es equivalente a 1,5 sueldos del funcionario si su desempeño fue satisfactorio. Esta medición se realiza cada 3 meses y generalmente se obtienen resultados satisfactorios.

Se identifica que la Coordinadora actualmente tiene una mejor influencia en los hospitales, principalmente a la instalación de un indicador de gestión nuevo. Este indicador la notificación a los coordinadores sobre posibles donantes en los servicios de urgencias, él cuál si no se cumple significa un castigo en la remuneración en el director y jefe del servicio de urgencia. Pero este indicador es del proceso mismo de detección de posibles donantes, por lo que no se tiene ninguna influencia sobre la gestión de personas.

9.4. Ciclo de gestión del desarrollo

La principal acción realizada sobre la gestión del desarrollo, es sobre la capacitación. Es nulo lo realizado en termino de movilidad de personas, lo cual es conveniente dado el alto grado de rotación de las enfermeras; y sobre la gestión del conocimiento institucional, lo cual puede ser abarcado desde la perspectiva de capacitación.

9.4.1. Capacitación:

9.4.1.1. *Carácter estratégico de la capacitación*

Las unidades de procuramiento reciben alto nivel de capacitación por parte de la CNT, la cual cuenta con:

- Convenio con la Agencia de Cooperación Internacional, donde mandan a capacitar a Uruguay.
- Curso de 120 horas a distancia para procuramiento en TELEDUC, para el año 2016 se capacitó a 140 profesionales de UCI, Urgencia y procuramiento.
- Se creó un curso de “Comunicación de Malas Noticias” con psicólogas de la coordinadora para el manejo de entrevistas y orientaciones prácticas para la comunicación de malas noticias

Por parte del hospital, estos entregan facilidades para la asistencia de esto congresos o cursos cuando son cortos. Lo que significa un permiso para asistir, pero es pagado por ellas si es necesario. Principalmente, asistir a cursos o capacitaciones son iniciativas propias de los coordinadores, y todos manifestaron la realización incluso de cursos en el extranjero como Argentina o España.

Además, reciben apoyo directo desde la Coordinadora para la realización de capacitaciones intra-hospitalarias, las cuales deben realizar al menos una vez al año. Por otra parte, unidades como la del Hospital del Salvador, cuentan con actividades de difusión en la materia como lo es la semana del donante, donde se acercan a hablar y sensibilizar tanto a pacientes como al personal del hospital.

En general, las capacitaciones tanto las que reciben los coordinadores como las que ellos organizan, tienen un carácter estratégico para aumentar su conocimiento tanto en procuramiento como en temas sanitarios complementarios como lo podrían ser el VIH, histocompatibilidad o manejo de malas noticias. En el caso de las capacitaciones que ellas realizan, su foco es darse a conocer al personal del hospital y entregar herramientas a las unidades vinculadas a su trabajo para facilitar el manejo y detección de posibles donantes.

En este sentido, el Modelo Español presenta que una de las buenas prácticas para tener unidades de procuramiento locales exitosas, es contar con al menos un profesional con 10 o más años de experiencia.

9.4.2. Gestión del Conocimiento Institucional

9.4.2.1. Identificación de conocimientos claves de la organización por proceso de trabajo

Si bien los hospitales no lo gestionan, las unidades de procuramiento han levantado y generado sus propios conocimientos y técnicas para la realización del trabajo. Es así, como algunas han creado fichas de seguimiento a pacientes que le son útiles o han generado proyectos para la compra de equipos propios de procuramiento. Han generado protocolos,

En general, cada unidad de procuramiento entrevistada tiene su forma de hacer las cosas y han logrado optimizar el uso de los recursos que disponen.

9.4.2.2. Sistematización y actualización de los aprendizajes en los procesos de trabajo y buenas prácticas institucionales

Actualmente, cuentan con dos instancias para la sistematización y actualización de los aprendizajes. El primero se implementó este año y consta de la organización de comisiones de revisión y actualización de protocolos, actualmente se trabaja en protocolos de procesos y la gestión de las capacitaciones. Estas mesas de trabajo, están compuesta por coordinadores de diferentes unidades y por personal de la CNPT, tanto a nivel nacional como a nivel central.

La segunda instancia, que no es tan formal, son los Encuentros de las Coordinaciones, instancia anual organizado por Cordinación Central y Nacional, con la finalidad de establecer y compartir experiencias en los procesos y buenas prácticas, entre otras cosas.

9.5. Ciclo de gestión del cambio organizacional:

9.5.1. Diseño organizacional:

9.5.1.1. Estructura organizacional y procesos de trabajo

Las coordinadoras de procuramiento, ocupan cargos que son creado por el ministerio por el interés de la coordinadora, son entregados a un hospital de alta complejidad capaz de generar donantes, para que realice su labor en todos los hospitales del Servicio de Salud al cual responden. En ese sentido, el diseño de la estructura complica su labor en el sentido de que tienen que cumplir metas de desempeño en el hospital, con las directrices del ministerio en hospitales diferentes en lógica y en el personal.

En términos de organigrama, es necesario observar la doble dependencia a 2 subdirecciones de los hospitales, por una parte, como generalmente tienen un médico como referente técnico como jefe de unidad, esta se encuentra bajo la dirección médica, pero las profesionales que realizan el procedimiento y hacen gran parte de la labor de

procuramiento, son enfermeras por lo que se sienten dependientes de la subdirección de gestión del cuidado.

Es fundamental que el hospital entregue una estructura organizacional, esto quiere decir, el nivel de autonomía que tiene la unidad, la disponibilidad de camas UCI, la priorización de posibles donantes tanto en el ingreso a camas UCI como en el procesamiento de exámenes. Además, que se cuenten con los insumos necesarios para mantener al posible donante y para el proceso de extracción y traslado de órganos. Incluso en la entrega de reconocimiento de las horas extras en procesos de procuramiento.

Tanto la planta directiva superior como los jefes de unidades involucradas son relevantes a la hora de facilitar los recursos, tanto físicos como humanos para desarrollar la labor. Lo que se logra observar en las entrevistas, ya que es considerado un aspecto relevante a la hora de poder realizar su labor.

Por otra parte, es necesario revisar si la estructura de los turnos que actualmente se posee es la óptima, dado a las problemáticas descritas por los entrevistados. El turno de llamada, las limita en su horario inhábil en su semana de turno, lo que se suma a que si se recibe un llamado, implica viajar al hospital para coordinar durante más de 24 horas el procuramiento de un posible donante.

Dentro de la revisión del proceso que las procuradoras realizan, es posible identificar muchos factores clave, que facilitan su labor como lo son: poder contar con equipos e insumos médicos especiales, transporte para la visita de hospitales del servicio o para la realización de rotativas, espacio para la realización de actividades administrativas, espacio para la realización de entrevista familiar, contar con teléfono inteligente con plan de datos móviles para el turno de llamada con la finalidad de rellenar el SIDOT en el momento, entre otros. En este sentido, los factores clave identificados, si existen, permiten facilitar su trabajo y hacer más liviana la carga, tanto laboral como emocional, de las procuradoras.

A través de las entrevistas se observó que las condiciones laborales en las instituciones sanitarias, han logrado un nivel satisfactorio. Ya sea para la unidad de procuramiento o en los servicios involucrados en el proceso de procuramiento. Específicamente para las unidades de procuramiento que se visitaron, todas contaban con su espacio, oficinas con espacio para cada integrante, con computadores, lugares limpios, entre otras cosas. No se recibió ningún mal comentario al respecto.

En general, el clima laboral en general es normal, pero en momentos que tienen un posible donante se genera un ambiente tenso, pero más que nada es por los procedimientos clínicos, que son en ambientes tensos como el servicio de urgencia del hospital o en UCI, donde los pacientes están extremadamente graves.

9.5.2. Gestión de las comunicaciones y las relaciones laborales:

9.5.2.1. *Plan y medios de comunicación interna*

Los coordinadores identifican la necesidad de generar un equipo con profesionales de las diferentes áreas involucradas en el proceso de generación de un donante, para ser eficientes en su labor. Con esta finalidad y para hacer sentir parte del proceso a los profesionales que los ayudaron, varias de las unidades de procuramiento establecieron protocolos de agradecimiento al equipo sanitario. En algunos casos, incluso al personal administrativo, guardias y carabineros, para los casos que son médico legal.

Por otra parte, las coordinadoras reconocen sentir y escuchar comentarios alusivos a la comparación de su labor con “aves carroñeras”, proveniente de profesionales de la salud y funcionarios del hospital. Esto, si bien no genera un mal clima organizacional ya que los CLP han aprendido a aguantarlo, se genera un ambiente que no es óptimo para la realización del proceso de detección y mantención de posibles donantes. Además, contribuye a aumentar la carga emocional que ya tiene el cargo. En este sentido, quienes han tomado un rol protagónico en la gestión del clima organizacional, han sido las enfermeras de procuramiento a través de las capacitaciones como vía de comunicación interna, en donde se busca esclarecer su labor, para evitar este tipo de comentarios.

En los hospitales en donde trabajan las unidades entrevistadas, es posible observar que no hay programas de reconocimiento de su labor. Si se les entregan recursos y facilidades para su gestión, pero no se les reconoce como debería. Es una labor con mucha carga emocional y cada una de las unidades han logrado los resultados a partir de un trabajo diario, fidelizando y generando conciencia en el personal sanitario, logrando realizar un trabajo coordinado con al menos 5 servicios de salud del hospital, que no son dependientes de ellas.

Por parte del ministerio, cada año se realiza un reconocimiento a las unidades con mayor número de donantes, donde el reconocimiento está dirigido a los resultados y no a la labor de estas enfermeras.

9.5.2.2. *Gestión de las relaciones laborales y condiciones de trabajo*

Uno de los recursos más importantes para las procuradoras es tener buenas relaciones laborales con los profesionales de las unidades involucradas en el proceso de procuramiento de órganos, lo que permite agilizar procesos, llevar el proceso de manera eficiente y evitar comentarios o actitudes que puedan generar rechazo familiar.

En el Servicio de Urgencia (SU), en general la relación es escueta, dada la carga, estrés y rapidez de los procesos de SU. En ese sentido, como es menor la relación y recién se están considerando como parte importante del proceso, hace que desconozcan mucho más el proceso de procuramiento, por lo que no realizan una buena comunicación con la familia sobre la condición del familiar o limitan los esfuerzos terapéuticos antes de

considerarlo para un procuramiento. Otras veces, no realizan un buen manejo del posible donante, que requiere otro manejo clínico, y el paciente sufre un paro cardiorrespiratorio antes de ser procurado.

En la Unidad de Paciente Crítico (UCI), la relación es buena, ya que es aquí donde se realiza la mantención del posible donante para realizarle todos los exámenes necesarios y certificar la muerte, en ese sentido este proceso puede ser largo, incluso durar días y todo ese tiempo, las coordinadoras y el personal del servicio interactúan y generan lazos. Además, muchas de las coordinadoras son profesionales que trabajan en UCI anteriormente. Cuando las relaciones son tan buenas, la UCI logra manejar de mejor manera al posible donante sin necesidad de la coordinación presencial a la CLP, esto permite aliviar el trabajo y que se le tomen los exámenes y mantenciones antes, y así mantener de mejor manera al paciente, optimizando la pérdida de órganos por mal manejo.

En el caso de los laboratorios y unidades de exámenes, al tener buenas relaciones y mecanismos de trabajo establecido, se logran apurar los resultados de los exámenes. Por ejemplo, en el Hospital del Salvador, las CLP poseen un timbre que dice “posible donante”, cuando llega la solicitud de examen con dicho timbre, en los laboratorios saben que tienen que dar respuesta lo antes posible. Incluso, si el resultado se encuentra disponible pero la procuradora aun no lo va a buscar, la llaman para recordárselo.

Finalmente, la unidad de pabellón ha generado un poco más de problemas para las CLP. Ya que las horas de pabellón son escasas y un procuramiento necesita de un pabellón grande dada la cantidad de equipos que van a extraer los órganos y son muchas horas de operación. Una de las procuradoras comentaba, que una vez tuvo que llamar la directora del hospital para interceder por el procuramiento, ya que en la unidad no querían habilitar el pabellón porque había operaciones programadas, sin entender que el procuramiento es una operación de emergencia.

En síntesis, existen muchos factores que facilitan y algunos que obstaculizan la labor de las procuradoras al momento de gestionar un potencial donante. Existen muchos espacios donde se ha mejorado, principalmente en términos de procesos y medición de resultados, pero aún falta mucho en términos de gestión de personas.

10. Síntesis

10.1. Síntesis diagnóstica

A partir de la información recolectada, tanto en el levantamiento de información como en las entrevistas es importante notar, que el factor humano cumple un rol fundamental en este proceso. Tanto la experiencia internacional como el Modelo de Gestión de Personas, avalan la importancia de gestionar adecuadamente los cargos de las Unidades de Coordinación Local de Procuramiento.

Tabla 8: Síntesis diagnóstica

Indicador	Síntesis diagnóstica
<i>Misión Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de órganos y tejidos.</i>	Definida en la ley de donación, como la implementación de una política nacional. Esta misión no es clara para todos, ni se relaciona con los objetivos, tanto propios como de las CLP. Al estar definida en la ley, es de difícil modificarla de manera legal, pero se puede definir una misión de manera interna. Por otra parte, se identifica que en la CNPT el objetivo a largo plazo es aumentar siempre la tasa de donación, pero no es específico a cuanto y no cumple con responder “¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Para quiénes lo hacemos? ¿Por qué lo hacemos?”. En este sentido se puede terminar viendo como misión, sólo aumentar la tasa de donación y no tener en cuenta el por qué se hace esto y perder de foco que el fin último son los trasplantes de órganos y salvar vidas.
<i>Objetivos estratégicos del Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de órganos y tejidos.</i>	A partir del levantamiento de información es posible observar que cómo objetivo de la unidad se plantea: “implementar un modelo sanitario donde la generación de donantes fuera prioritaria”, lo cual no está alineado con la misión y tampoco da cuenta de cómo logrará aportar en ella. Tampoco da cuenta de un objetivo que se logre a corto plazo. Por parte de los integrantes de la coordinadora, es posible observar objetivos estratégicos más claros, pero no consensuados, donde prima aumentar la tasa de donantes a cierta cifra.
<i>Misión Coordinaciones Locales de Procuramiento</i>	Las coordinaciones locales no tienen definida una misión a partir de la coordinadora nacional, esto significa que en la mayoría de las CLP entrevistadas no cuentan con una misión y de tenerla, no necesariamente está alineada con la misión de la CNPT. Esto no permite un trabajo orientado desde el ministerio para las coordinaciones locales.
<i>Objetivos estratégicos Coordinaciones Locales de Procuramiento</i>	Si bien, se definen objetivos estratégicos anuales en jornadas de coordinación con todas las CLP, estos no son incorporados por las coordinadoras e incluso pueden definir sus propios objetivos estratégicos, generalmente orientados a una mayor capacitación del personal sanitario de otras unidades del hospital.
<i>Plan estratégico de gestión de personas.</i>	Se identifica que el rol sobre la planificación estratégica de la gestión de personas, debería estar a cargo de la unidad ministerial, ya que toma el rol en la creación de los cargos para las unidades locales y los entrega a los hospitales para que sean gestionados por ellos. En este sentido, no se identifica que exista una planificación en la gestión de personas, con la justificación de que la estrategia y su implementación quedan supeditadas a la voluntad de cada hospital y sobre esta materia, es bajo el poder de influencia del área.

Definición de requerimientos dotacionales.

Desde 2011 a la fecha, se planificó tener al menos 2 profesionales por unidad en cada uno de los Servicios de Salud con hospitales con capacidad de generar donantes. Actualmente, se cumplió dicha planificación y no existe una nueva planificación que esté acorde a una planificación estratégica sobre la donación de órganos en un mediano/ largo plazo en Chile ni con una planificación estratégica de gestión de personas. En este sentido, se menciona en algún momento que el sistema sanitario no estaría preparado para un aumento explosivo de donantes, pero tampoco se planifica que eso suceda y cómo gestionarlo desde los recursos humanos disponibles. Por otra parte, no existe un plan dotacional en los periodos como vacaciones o licencias, donde a falta de un profesional, la carga puede quedar sobre un coordinador por largos periodos y que se pueden predecir. La alta rotación del personal, no esta medida ni se gestiona.

Identificación de los perfiles requeridos.

Se identifica lineamientos sobre el cargo de los profesionales, pero como la selección y reclutamiento está a cargo de cada hospital, la unidad ministerial no tiene la capacidad de asegurar que estos perfiles se cumplan. Si bien hay un trato directo entre la coordinadora y las CLP, no se mantiene información actualizada sobre los cargos y su información. En este sentido, Chile es el único país estudiado que cumple con tener coordinaciones compuestas principalmente por enfermeras, estas labores generalmente son cumplidas por médicos.

Reclutamiento y selección de contratas.

Dado que el reclutamiento y selección del personal queda a cargo de los hospitales, no existe un control sobre si los profesionales son los idóneos para el cargo, con situaciones donde se han contratado personas para realizar otras labores. Por otra parte, aún existe un desconocimiento de las labores del cargo, por lo que cuando los profesionales postulan al cargo no existe una total claridad sobre sus funciones.

Inducción al personal nuevo.

Existe una inducción realizada por la CNPT que consta de una semana, pero la cual no es realizada de manera esporádica, por lo que puede suceder que la inducción se realice posterior al inicio de actividades sin cumplir su rol. Además, generalmente en los hospitales no se realizan inducciones, por lo que esta labor queda a cargo de las profesionales más “antiguas” de las coordinaciones locales, ya que cada unidad trabaja de manera independiente y crea los mecanismos de trabajo.

Definición de roles y metas individuales.

Sólo existe el rol de enfermera coordinadora, que cumple el rol de jefa de la unidad a nivel de las enfermeras. La carga se distribuye uniformemente entre las enfermeras de las unidades.

	<p>Por otra parte, los médicos que existen en las unidades cumplen un rol de apoyo en la gestión de las enfermeras en temas burocráticos o de cultura hospitalaria.</p> <p>Desde el ministerio, no existe una definición de metas para la unidad ni en metas individuales.</p>
<p><i>Seguimiento y retroalimentación.</i></p>	<p>Dado que no existen metas, no se realiza un seguimiento ni retroalimentación. A nivel de hospitales, cada uno maneja sus formas de registrar el nivel de desempeño de la unidad, pero generalmente son indicadores generales como cantidad de donantes.</p> <p>Se crea un indicador de gestión en los servicios de urgencia, que mide la cantidad de avisos de donantes a las procuradoras. Pero no tiene relación a la gestión de estas unidades.</p>
<p><i>Carácter estratégico de la capacitación.</i></p>	<p>Existen varias capacitaciones para las coordinadoras, a nivel de conocimientos técnicos no existe un carácter estratégico. Asistir a diferentes tipos de capacitaciones nace por iniciativas propias.</p>
<p><i>Identificación de conocimientos clave.</i></p>	<p>Principalmente gestionado por las unidades de procuramiento, de modo de facilitar su trabajo y optimizar de mejor manera los recursos con los que disponen.</p>
<p><i>Sistematización y actualización de los aprendizajes en los procesos de trabajo y buenas prácticas institucionales.</i></p>	<p>Existen dos instancias organizadas por la CNPT, que son los comités de revisión y actualización de protocolos internos de las coordinaciones; y el Encuentro de las Coordinaciones, evento anual en donde se comparten experiencias locales, entre otras cosas.</p>
<p><i>Estructura organizacional y procesos de trabajo.</i></p>	<p>Estructura que entrega el hospital a estas unidades es fundamental, en este sentido el nivel de autonomía, el poder de coordinación de otras unidades y los recursos de las otras unidades son clave para poder realizar de manera eficiente el proceso que tienen a cargo. De existir los factores clave identificados, permite a las enfermeras ser más eficientes y disminuir su carga laboral y emocional.</p>
<p><i>Plan y medios de comunicación interna.</i></p>	<p>Es clave un plan de comunicación claro con los profesionales de otras unidades, para involucrarlos en el proceso. Además, comentan sobre la carga emocional que trae consigo, los comentarios despectivos sobre la labor que cumplen estas coordinadoras, lo cual es gestionado por las enfermeras a través de las capacitaciones como su medio de comunicación.</p>
<p><i>Gestión de las relaciones laborales y condiciones de trabajo.</i></p>	<p>Dado que la labor de las coordinadoras es gestionar recursos de otras unidades, la gestión de las relaciones laborales es especialmente un factor clave para llevar el proceso de posible donante, de la manera más eficiente posible. De este modo, cuando existen buenas relaciones, el proceso es más expedito y se aliviana carga de las procuradoras.</p>

Fuente: Elaboración propia.

10.2. Factores Clave

A partir de la información recopilada, es posible identificar factores clave para el buen desarrollo de la labor de las procuradoras, que permite coordinar de manera más eficiente el proceso y disminuir la carga, tanto laboral como emocional. Estos factores se agrupan a partir de los niveles de decisión: A nivel Ministerial y de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos; a nivel de los hospitales; y a nivel de las Unidades Locales de Procuramiento.

10.2.1. Ministerial y CNPT

Por parte del Ministerio de Salud, es necesario que la coordinadora se le entregue los atributos para poder mejorar control de gestión tanto a los hospitales como a las coordinaciones locales. De esta manera, la coordinadora nacional podría gestionar de mejor forma los recursos, sin ser pasados a llevar por los hospitales.

Por parte de la coordinadora nacional, es necesario que se definan un plan estratégico sobre la donación de órganos en Chile, para poder tener un horizonte claro de lo que se busca, enfatizando en los trasplantes y las vidas que son recuperadas a través de este tratamiento. A partir de este plan, se puede generar un plan estratégico para la gestión de personas, definición de requerimientos dotacionales y anteponerse a eventuales crecimientos exponenciales en la donación.

Posterior a eso, es necesario que la CNPT junto con las coordinaciones locales, logren bajar el plan estratégico a la realidad que cada una de estas unidades tiene. De este modo sería posible gestionar de mejor forma los roles y las metas esperadas para cada unidad.

Además, es necesario gestionar y monitorear el desempeño de estas unidades para poder tomar acciones oportunas y establecer medidas de control sobre las capacidades humanas en cuestión. Además, es necesario afrontar de manera adecuada las ausencias prolongadas y establecer protocolos dentro de la unidad para la toma de vacaciones coordinadamente.

10.2.2. Hospitales

El principal factor clave por parte del hospital es la motivación o interés que este tiene por el tema de la donación de órganos, pues es a partir de esto es que el hospital entrega los recursos necesarios para que las procuradoras realicen de mejor forma sus labores.

Los recursos mencionados anteriormente, se pueden clasificar según su rango de importancia:

- Muy importante: Buena gestión de personas de las unidades de procuramiento, eligiendo personas idóneas y que cumplan con las tareas de los cargos que fueron creados para estas unidades; y entregándoles respaldo en la coordinación de las otras áreas del hospital. Además, establecer beneficios,

protocolos y facilidades para su labor, como la devolución o pago de horas extras, vías de comunicación clara con el personal, tiempo y espacio para realizar capacitaciones al personal, entre otras.

- Importante: Recursos que facilitan el trabajo de las coordinadoras y hacen los procesos más eficientes, como tener un especialista en neurología en UCI/ Servicio de Urgencias para certificar los criterios que debe cumplir un paciente para ser un posible donantes; disponibilidad de cama UCI; ventiladores mecánicos, insumos necesarios para la mantención del posible donante; equipamiento en laboratorios para el procesamiento veloz de los exámenes necesarios; equipamiento y personal necesario para el diagnóstico de la muerte encefálica; disponibilidad de especialistas para la validación de las funciones de los órganos que se pueden donar; incluso un plan de datos y un celular inteligente para poder gestionar de mejor forma y para llenar el SIDOT; entre otros.

Un factor importante, que es necesario recalcar, es la comunicación que el hospital entrega a todo el personal sanitario sobre la labor de las procuradoras. Ya que la carga emocional que trae consigo el cargo, sumado a la mala perspectiva que aun se tiene sobre su labor, debe gestionado por parte de la dirección en conjunto con las enfermeras de procuramiento.

10.2.3. Unidades Locales de Procuramiento

Finalmente, para estas unidades es necesario que focalicen su trabajo a partir de las definiciones estratégicas que puede generar con la coordinadora nacional y a partir de ahí direccionar sus labores sobre el procuramiento de órganos.

Otro factor clave, que es necesario que gestionen bien estas procuradoras es el manejo y levantamiento de información relevante para poder generar espacios de mejora; establecer bien vías de comunicación interna con todo el personal que es parte del proceso de detección y mantención de un posible y potencial donante para generar un sentimiento de trabajo en equipo; y es vital la gestión de buenas relaciones con las diferentes áreas involucradas en el proceso.

Parte III: Propuesta de solución

11. Propuesta de Solución

Ya identificado los factores clave para que las enfermeras de procuramiento puedan realizar una mejor gestión del proceso que tienen a cargo, es necesario plantearse ¿Cómo incentivar a los hospitales para lograr todo lo anterior?

A partir de esta pregunta se plantea la siguiente solución, que busca mejorar la gestión de las coordinadoras locales de procuramiento en el corto y mediano plazo, para lograr mejorar la eficiencia de los procesos y mejorar la tasa de donación en un mediano a largo plazo. Esta solución nace de lo que se ha realizado en otros países estudiados, donde se define un “Programa o plan de calidad de la donación de órganos”, en donde se busca establecer un estándar para asegurar un proceso de detección, mantención y procuramiento de un donante.

Pero antes de establecer un programa de esta índole es necesario definir el marco estratégico en el cual este se enmarca, por lo que se hace necesario establecer el plan estratégico, tanto de la coordinadora nacional como de las CLP.

11.1. Planificación Estratégica

Para la planificación estratégica se propone que se defina una misión de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos y Tejidos, que abarque a sus tres niveles: la coordinadora nacional, la coordinación central y las coordinadoras locales de procuramiento, con la finalidad de dar una misión común para todas y se refuerce la sensación de unidad y de equipo de trabajo.

Dada que la misión debe responder las siguientes preguntas: “¿Quiénes somos? ¿Qué hacemos? ¿Para quiénes lo hacemos? ¿Por qué lo hacemos?”, la propuesta es que sea:

“Somos una coordinación a nivel nacional, que gestiona la donación de órganos y tejidos en los centros de mayor complejidad en Chile, para lograr que los pacientes cuya única opción de vida es un trasplante de un órgano, logren obtener este tratamiento de manera oportuna y de calidad.”

En este sentido, se logra poner en perspectiva que la donación de órganos tiene un objetivo que trasciende a la mera obtención de órganos.

A partir de esa misión, es posible plantearse dos preguntas claves: ¿Cómo se logra que el paciente obtenga el trasplante de manera oportuna? ¿Cómo se asegura un tratamiento de calidad? Para lo anterior, se plantea disminuir el tiempo en la lista de espera, que se traduce especialmente en el aumento de donantes; y en tener un programa de calidad en el proceso de donación. Para lo anterior, se plantean los siguientes objetivos estratégicos:

- Aumentar sostenidamente la tasa de donantes a 10 p.m.p. al año 2020.

- Aumentar sostenidamente la tasa de donantes a 20 p.m.p. al año 2030.
- Disminuir la tasa de “no detección” de un 60% a un 50% al año 2020.
- Disminuir la tasa de “no detección” de a un 30% al año 2030.
- Disminuir la negativa familiar a un 40% al año 2030.

Para lograr dichos objetivos es necesario crear planificación de los recursos humanos de manera estratégica, ya que, al aumentar la cantidad de donantes, aumentará la carga laboral de estas unidades, las cuales ya se sienten de alguna forma fatigadas.

Además, es necesario que dar autonomía de la CNPT, lo que significa poder ejercer mayor influencia en los hospitales. Se propone presentar a las autoridades ministeriales resultados obtenidos hasta el día de hoy contrarrestando el costo que han significado la implementación de estrategias para mejorar la donación de órganos y los beneficios, tanto en términos económicos como de bien social, para lo cual existen estudios.

Además de presentar resultados es necesario que se muestren un plan de acciones específico de lo que se está solicitando y con qué finalidad se está solicitando. Para lo anterior es necesario tener definido un plan estratégico de la coordinadora, lo cual se abarca más adelante, y un plan lo suficientemente atractivo, con metas a corto, mediano y largo plazo.

Dentro de la misma línea, es necesario la creación de planes de acción para lograr dichos objetivos estratégicos y presentar de manera concreta el plan de acciones a través de un “Programa de calidad de donación de órganos” que se presenta a continuación.

11.2. Programa de calidad de donación de órganos

Dado el diagnóstico y la importancia de que cumple la dirección al momento de movilizar recursos, tanto financieros como humanos, en favor de la labor de la Unidades de Procuramiento, es necesario crear incentivos equitativos para todas las instituciones de salud. Con hospitales incentivados es posible que se establezcan las condiciones necesarias para la instalación correcta de las unidades de procuramiento y así hacer más eficientes los proceso. De este modo se mejora también el proceso de reclutamiento, selección, la inducción intra-hospitalaria y las capacitaciones que se le realiza al personal hospitalario sobre el tema de donación.

En este sentido, es necesario el actual modelo de incentivo hospitalario del “Riñón Casa” que solo motiva a los hospitales con unidades de trasplante y con capacidad de trasladar equipos extractores a diferentes lugares del país, por un modelo de incentivo transversal sobre la detección y procuramiento de órganos.

Si bien, el indicador que se está implementado actualmente, crea incentivos a observar la detección de posibles donantes en urgencias, cuando se logró mantener constante la meta pasará a ser un indicador más que es fácil de cumplir.

Es por esto, que es necesario crear una estrategia que incentive a los hospitales constantemente, de este modo se propone la creación de una estrategia que asegure la calidad del procuramiento y trasplante de órganos, como lo hizo Argentina con la estrategia del “Hospital Donante”.

11.2.1. Objetivo

Se plantea como objetivo del programa de calidad. “Asegurar que el hospital cumpla con los criterios necesarios para poder entregar un servicio de calidad a sus pacientes que cumplen con las condiciones que lo acreditan como posible, potencial y efectivamente donante de órganos, desde su ingreso al hospital hasta su egreso”.

De este modo, se busca posicionar al programa como un garante de que el paciente siempre se le entregará un servicio de calidad en todo momento.

11.2.2. Lineamientos

El programa busca que los hospitales entreguen los insumos necesarios para que sus unidades de procuramiento logren ser más eficientes en la coordinación de los servicios involucrados en este proceso. Dado lo anterior, los lineamientos básicos del programa son:

- Compromiso de los hospitales a potenciar y apoyar las unidades, al incorporar la donación de órganos dentro de los objetivos estratégicos del hospital.
- Gestión del compromiso de las unidades involucradas.
- Entregar garantías de lo que las etapas del proceso para generar un donante de órganos, tiene los estándares definidos. Comprometiendo recursos, tanto humanos como clínicos y de infraestructura necesarios.
- Establecer vía de capacitación y comunicación interna para todo el personal del hospital sobre la donación y trasplante de órganos.

Estos lineamientos deben ser suscritos a través de un compromiso formal entre el ministerio y los hospitales, de manera que sí se cumple con los criterios establecidos el hospital sea acreditado con un nivel de calidad que le permita acceder al incentivo correspondiente.

11.2.3. Incentivo

En este sentido, si bien el incentivo del “riñón casa”, permite aumentar la donación, no es sostenible en un sistema donde no todos los hospitales tienen los mismos recursos para enviar equipo extractor o simplemente no tienen el beneficio del “riñón casa” por no contar con unidad de trasplante. Además, este incentivo está finalmente asociado al pago por el trasplante realizado.

Se propone generar un incentivo que se enfoque en el procuramiento a nivel general, que se traduzca en un monto asignado para cada hospital que cumpla de manera satisfactoria con los requerimientos para ser certificado. Los requerimientos necesarios

para la certificación deben estar orientados a los factores y recursos clave identificados anteriormente, más las definiciones específicas que podría definir la coordinadora posteriormente.

11.2.4. Implementación

Al definir un programa, tanto a nivel general como a nivel de gestión de personas, es necesario tener a un responsable dentro de la coordinadora que velé por su implementación al definir planes de acción, realice seguimiento, controle y gestione el desempeño de las unidades de procuramiento, para lograr la planificación.

Para lo anterior, se propone una reestructuración de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos, que permita gestiona de mejor manera tanto los recursos humanos de la coordinadora como de las Coordinaciones Locales de Procuramiento. El principal cambio es la modificación del “área de comunicación y gestión del cuidado” en el “área de gestión del programa de calidad”, que incluya a ambos psicólogos, a Jaime Muñoz, actual encargado de “estadísticas e información” y a un profesional que lideré este programa.

Ilustración 17: Propuesta de Organigrama de Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante



Fuente: Elaboración propia.

Al transformar el área, se puede incorporar lo que antiguamente realizaban los psicólogos y agregar nuevas labores en cuanto a la gestión de personas, con el apoyo de Jaime Muñoz.

Este mismo cargo, puede tener a cargo las actividades de gestión y monitoreo de desempeño, lo que le permitirá ajustar las estrategias definidas, definir dotación y

coordinar las ausencias prolongadas. De este modo, se establecen las metas y se les hace seguimiento desde el mismo cargo.

Dado que el SIDOT es una herramienta que las unidades ya manejan y al cual se le está constantemente incorporando nuevas funciones, este sistema de información es ideal para agregarle funciones para la gestión del desempeño de las unidades, sobre todo porque ya contiene la información de las capacidades hospitalarias.

Con la información de la gestión del desempeño, será posible proponer posteriormente cambios en las formas de organización dentro de una Coordinación Local, buscando disminuir la cantidad de horas extras trabajadas o definir estrategias de compensación de las horas trabajadas y para el descanso físico y emocional del procurador. En este sentido, es necesario que se evalúe la pertinencia de la distribución de los turnos y la pertinencia de potenciar unidades de procuramiento donde se potencien la donación de tejidos en los tiempos más “libres”.

Con la gestión del desempeño se puede tener mayor control sobre las unidades, pero también permite mostrar diferentes resultados tanto a nivel país como a nivel hospitalario y de este modo mostrar la relevancia del tema al ministerio. Buscando un mayor grado de autonomía por parte de la Coordinadora y logrando crear mecanismos de incentivos para los hospitales.

11.2.5. Involucrar activamente a las unidades

Para involucrar activamente a las unidades es necesario crear estrategias a nivel local para aumentar el nivel de involucramiento de estas. Para lo anterior, se plantean dos acciones concretas.

Por una parte, se deben establecer instancias concretas de comunicación para agradecer la labor de todos los involucrados y que permitan transparentar el final del proceso de procuramiento, que no siempre está asociado a con la entrega de vida. En este sentido se propone comunicar a los equipos involucrados los resultados de los trasplantes, sin transparentar la identidad de ellos, esto permite asociar el procuramiento con vida y sentir la gratificación correspondiente.

Por otra parte, se propone dotar a las Coordinadoras Locales de Procuramiento con herramientas y conocimientos de liderazgo de equipos, a través de capacitaciones formales, con la finalidad de que pueda coordinar y gestionar de mejor manera el equipo que se crea en torno a los procesos de donación de órganos.

11.2.6. Beneficio y costo del programa

Para analizar el programa se establece un horizonte de 3 años, de 2018 a 2020, para lograr aumentar la tasa de 7 a 10 donantes por millón de habitantes. En este sentido el beneficio acumulado sería de \$6.000.000 de dólares en ese periodo, como se puede observar en la Tabla 9.

Tabla 9: Beneficio potencial

Año	Donantes p.m.p.	Ahorro anual [dólares]	Ahorro acumulado [dólares]
2018	8	US\$1.000.000	US\$1.000.000
2019	9	US\$2.000.000	US\$3.000.000
2020	10	US\$3.000.000	US\$6.000.000

Fuente: Elaboración propia.

En este cálculo se considera si cada año aumenta la cifra discretamente y el ahorro anual se calcula a partir de mantener la actual tasa en 7 donantes por millón de habitantes y considerando sólo los ahorros por conceptos de tratamientos, de aumentar la tasa de donantes en un punto. La estimación ocupada es según el análisis realizado por Domínguez, Harrison y Atal, en el 2010 y traído a valor al año actual.

Los costos del programa, son básicamente 2:

- Contratar a un nuevo personal en ministerio de salud, que guíe y gestione el programa lo cual se puede estimar un gasto de entre \$12.000.000 y \$15.000.000 millones de pesos considerando un sueldo mensual entre \$1.000.000 y \$1.500.000 millones de pesos.
- Incentivo que se quiera generar y el costo dependerá del incentivo general que se entregue. Si se considera que los 27 hospitales actuales que tienen unidades de procuramiento se ganan el incentivo, basta que el incentivo sea de \$20.000.000 millones de pesos, para que el costo total del incentivo sea de \$540.000.000 millones de pesos.

En este sentido, el costo anual del incentivo sería menor a \$1.000.000 de dólares anual, y un costo total a 3 años de \$3.000.000 de dólares, que queda justificado frente al beneficio potencial de \$6.000.000 de dólares.

Parte IV: Conclusiones

La donación de órganos es actualmente la única solución para aquellas enfermedades crónicas que no siempre tienen una solución paliativa. Con el aumento en los pacientes en la lista de espera, se hace necesario estudiar los procesos y recursos que apoyan el proceso de donación de órganos.

Actualmente, se tiene una baja tasa de donante de órganos y el foco de este trabajo estudiar los factores clave que potencian las relaciones y la organización institucional para apoyar la labor de las unidades de procuramiento, bajo la hipótesis principal de no contar con una adecuada estructura institucional que las apoye en su labor de detección de posibles donantes.

A partir del Modelo de Gestión de personas, se logra realizar un diagnóstico que permite concluir que las unidades estudiadas, no poseen todas las herramientas de gestión de recursos humanos, lo que genera ineficiencias en el proceso según el modelo planteado.

Se identifican deficiencias en la mayoría de los componentes del modelo de gestión de personas planteado. Lo que deriva en una nula gestión del recurso humano por parte del hospital y de la unidad ministerial encargada del procuramiento, La Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante.

Sin embargo, esta baja gestión del personal por parte de la CNPT, se debe a su baja influencia en el ministerio de salud, lo que deriva en pocos recursos y contar con las mismas problemáticas de la gestión de cargo que viven las CLP.

De esta forma, se identifica que parte importante del proceso de donación de órganos es gestionado por las Unidades Locales de Procuramiento, que dependen de los hospitales y sus recursos para poder gestionar eficientemente el proceso que tienen a cargo. Sin embargo, las coordinadoras de procuramiento, que dan a disposición de los intereses de los directores de los hospitales y el ministerio de salud es poco el control que puede ejercer, dado que son hospitales auto gestionados.

A partir del diagnóstico es posible identificar factores y recursos clave para un eficiente desempeño por parte de las unidades de procuramiento, que deben ser facilitado por los hospitales que las ampara, pero actualmente no existe un incentivo para eso.

Para lograr este incentivo, se plantea la creación de un “Programa de calidad de donación de órganos”, que permita entregar recursos a los hospitales a cambio de que estos se comprometan a entregar estos factores y recursos clave. Siendo el costo de inversión a 3 años de \$3.000.000 de dólares con beneficios de \$6.000.000 de dólares, aumentando la tasa de donación de manera progresiva de 7 a 10 donantes por millón de habitantes.

Parte V: Referencias y Bibliografía

Glosario

Donante vivo: Se le extrae el órgano a donar mientras está vivo, por lo que son órganos o tejidos que no son vitales. Ejemplos de órganos o tejidos: un riñón, sangre, piel, médula ósea y lóbulos del hígado.

Donante cadáver: Para ser este tipo de donante, es necesario que el individuo haya fallecido por muerte encefálica. Se puede donar: riñones, pulmones, corazón, páncreas, hígado, huesos, córneas y válvulas cardíacas.

Donante multi-orgánico: El donante dona más de un órgano.

Inmunosupresión: Inactivación voluntaria del sistema inmunológico con la utilización de medicamentos inmunosupresores. Esto se realiza especialmente en los casos de trasplantes para evitar el riesgo de rechazo del órgano trasplantado [43].

Lista de Espera: Registro único de los pacientes que están a la espera de un órgano y sus datos para poder asignar un órgano disponible al receptor más adecuado, en donde se les prioriza según antigüedad en la lista y estado de gravedad. Esta lista es administrada por el Instituto de Salud Pública.

Perfil Epidemiológico: Estudio de la morbilidad, la mortalidad y los factores de riesgo, teniendo en cuenta las características geográficas, la población y el tiempo.

Pesquisa: [En donación y trasplante de órganos] Proceso de detección de posible donante.

Procuramiento de órganos: Proceso compuesto por actividades clínico-asistenciales y administrativas, que se inicia con la detección de un posible donante y concluye con la extracción de órganos para el trasplante [38].

Servicios de Salud: Organismos estatales descentralizados y les corresponde “la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos” [44].

Sobrevida: Acción de sobrevivir. En términos médicos, se hace referencia al tiempo de sobrevivencia posterior al tratamiento de una enfermedad mortal.

Turno de llamada: Periodo en el cual un profesional tiene la obligación de estar ubicable a través de una llamada. De existir ésta llamada, el profesional debe estar en condiciones y distancias que le permitan concurrir o cumplir la labor establecida a la máxima brevedad [45].

Bibliografía

- [1] M. Bastías G., «Análisis de una política para la donación y trasplante de organos en Chile,» 2015.
- [2] Organización Mundial de la Salud, «Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos,» de *63.ª Asamblea Mundial de la Salud*, 2010.
- [3] M. Polanco M., «Trasplante de órganos: el vacío legal que impide aumentar el número de donantes,» 10 Febrero 2017. [En línea]. Available: <http://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2017/02/10/trasplante-de-organos-el-vacio-legal-que-impide-aumentar-el-numero-de-donantes.shtml>. [Último acceso: 01 Marzo 2017].
- [4] Ministerio de Salud - Instituto de Salud Pública, Registro Nacional de Traplante 2015 - Sección Histocompatibilidad, Santiago, 2016.
- [5] Minsiterio de Salud, Datos Donantes de Órganos y Receptores año 2016, Santiago, 2017.
- [6] Editorial, «Excelencia en trasplantes,» *El País*, 17 Enero 2017.
- [7] L. Leiva, «Trasplantes: Congreso despacha proyecto que permite la donación cruzada,» *La Tercera*, 04 Enero 2017.
- [8] J. Domínguez, R. Harrison y R. Atal, «Cost-Benefit estimation of cadaveric kidney transplantation: The case of a developing country,» *Transplantation proceedings*, vol. 43, pp. 2300-2304, 2010.
- [9] C. de Améstica, «Trasplante de órganos: "En Chile se confió equivocadamente en un cambio de ley",» *La segunda*, p. 15, 19 Septiembre 2016.
- [10] J. Fuentes Retamales, «Gestión del desarrollo de personas: La experiencia del Ministerio de obras públicas,» de *Tesis para optar al grado de magister en gestión y políticas públicas, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile*, Santiago, 2015.
- [11] M. Waissbluth, «Sistemas Complejos y Gestión Pública,» *Documentos de Trabajo: Serie Gestión*, vol. 99, Diciembre 2008.
- [12] E. Acuña, C. Avendaño, J. Inostroza, R. Lagos y M. Waissbluth, «Análisis organizacional de entidades pública en Chile: Lecciones para la gestión y el diseño

de políticas,» *Serie Sistemas Públicos - Centro de sistemas públicos, Ingeniería Industrial. Universidad de Chile*, n° 6, 2012.

- [13] C. Ramió Matas, «Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional,» *CLAD Reformas y Democracia*, n° 21, 2001.
- [14] M. Morales Casetti, «Nueva Gestión Pública en Chile: Orígenes y efectos,» *Revista de ciencia política*, vol. 34, n° 2, 2014.
- [15] D. M. Armijo, Manual de planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público, Área de políticas presupuestarias y gestión pública, ILPES/CEPAL, 2009.
- [16] F. Longo, Marco Analítico para el diagnóstico institucional de sistemas de servicio civil, Barcelona: Banco Interamericano de Desarrollo, 2002.
- [17] Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo; Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, *Carta Iberoamericana de la Función Pública*, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, 2003.
- [18] Servicio Civil, «Servicio Civil, Modernizando la Gestión del Estado,» [En línea]. Available: <https://www.serviciocivil.cl/nuestra-institucion/servicio-civil/>. [Último acceso: Julio 2017].
- [19] Observatorio de Recursos Humanos de Salud, «Observatorio de Recursos Humanos de Salud,» Observatorio de Recursos Humanos de Salud, [En línea]. Available: <http://www.observatoriorh.org/?q=observatorio-de-recursos-humanos-de-salud>. [Último acceso: 2017 agosto 28].
- [20] I. B. González, N. P. Melo y M. S. Limón, «El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico,» *Estudios Gerenciales* 31, pp. 8-19, 2015.
- [21] Servicio Civil, Modelo de gestión de personas: para las administración central del Estado, Santiago: Gobierno de Chile, 2012.
- [22] Servicio Civil, Barómetro de la Gestión de Personas 2013: resultados generales de la primera aplicación a servicios públicos y modelo de gestión de personas 2013, Santiago : Gobierno de Chile, 2013.
- [23] R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado y M. d. P. Baptista Lucio, Metodología de la Investigación, México D.F.: Mc Graw Hill Education, 2014.

- [24] Corporación Nacional de Fomento de Trasplantes, «Historia,» [En línea].
] Available: <http://www.trasplante.cl/nuestra-coporacion/quienes-somos/historia>.
[Último acceso: 23 Marzo 2017].
- [25] J. M. Palacios J., «Procuramiento de órganos: "El modelo chileno",» *Chilena de cirugía*, vol. 54, n° 6, pp. 573-588, 2002.
- [26] Corporación Nacional de Fomento de Trasplantes, «Quienes Somos,» [En línea].
] Available: <http://www.trasplante.cl/nuestra-coporacion/quienes-somos>. [Último
acceso: 24 Marzo 2017].
- [27] D. H. Alvarez M., «Consentimiento presunto y respuesta requerida como
alternativas a la escasez de donantes: un análisis ético,» *Chilena de cirugía*, vol. 59,
n° 3, pp. 244-249, 2007.
- [28] EMOL, «Nueva Ley de Donante Universal: Sólo en notarías se podrá renunciar a
] donar órganos,» 02 Octubre 2013. [En línea]. Available:
[http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/10/01/622363/entra-en-vigencia-
ley-de-donante-universal-solo-en-notarias-se-puede-renunciar-a-no-donar-
organos.html](http://www.emol.com/noticias/nacional/2013/10/01/622363/entra-en-vigencia-ley-de-donante-universal-solo-en-notarias-se-puede-renunciar-a-no-donar-organos.html). [Último acceso: 23 Marzo 2017].
- [29] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, *Ley 20.673: MODIFICA LA
] LEY N° 19.451 RESPECTO A LA DETERMINACIÓN DE QUIÉNES PUEDEN SER
CONSIDERADOS DONANTES DE ÓRGANOS*, Santiago, 2013.
- [30] Ministerio de Salud, *Ley 19.451 : ESTABLECE NORMAS SOBRE TRASPLANTE Y
] DONACION DE ORGANOS*, Santiago, 1996.
- [31] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, *Ley 20.413: MODIFICA LA
LEY N° 19.451, CON EL FIN DE DETERMINAR QUIÉNES PUEDEN SER
CONSIDERADOS DONANTES DE ÓRGANOS Y LA FORMA EN QUE PUEDEN
MANIFESTAR SU VOLUNTAD*, Santiago, 2010.
- [32] Ministerio de Salud, *Ley 20.988: REGULA LA DONACIÓN CRUZADA DE
] ÓRGANOS ENTRE VIVOS*, Santiago, 2017.
- [33] Ministerio de Salud, «Introducción Trasplantes,» 28 Septiembre 2015. [En línea].
] Available: <http://www.minsal.cl/introduccion-trasplantes/>. [Último acceso: 30
Marzo 2017].
- [34] D. Roje F., «Orientaciones técnicas "Proceso de procuramiento de órganos y
] tejidos",» Ministerio de Salud, Santiago, 2015.

- [35] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, *Resolución 784 Exenta: Establece distribución de órganos de donantes por causa de muerte*, Santiago, 2010.
- [36] Ministerio de Salud, «Rol del Instituto de Salud Pública en la Donación y Traslante de órganos,» 28 Septiembre 2015. [En línea]. Available: <http://www.minsal.cl/rol-del-instituto-de-salud-publica-en-la-donacion-y-trasplante-de-organos/>. [Último acceso: 30 Marzo 2017].
- [37] Sociedad Chilena de Trasplante, «Quiénes Somos,» [En línea]. Available: <http://www.sociadaddetrasplante.cl/somos.html>. [Último acceso: 30 Marzo 2017].
- [38] Universidad de Chile y de Procuramiento y Traslante de Órganos y Tejidos, «Proceso donacion de órganos, sangre y tejidos,» Ministerio de Salud, Santiago, 2015.
- [39] Ministerio de Salud, «Sistema nacional de trasplantes alcanza estándares internacionales gracias a SIDOT,» 18 Febrero 2015. [En línea]. Available: <http://www.salud-e.cl/destacados-home/sistema-nacional-de-trasplantes-alcanza-estandares-internacionales-gracias-a-sistema-integrado-sidot/>. [Último acceso: 30 Marzo 2017].
- [40] de los autores, *El modelo español de coordinación y trasplante*, Madrid: Aula Médica editoriales, 2008.
- [41] Organización Nacional de Trasplantes, *Guía de buenas prácticas en el proceso de la donación de órganos*, España: Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, Gobierno de España, 2011.
- [42] INDT, «Procuración - Coordinación de Trasplantes,» INDT, [En línea]. Available: <https://www.indt.gub.uy/?S=procuracion>. [Último acceso: 2017 05 25].
- [43] CCM Salud, «Inmunosupresión - Definición,» Marzo 2017. [En línea]. Available: <http://salud.ccm.net/faq/20511-inmunosupresion-definicion>. [Último acceso: 23 03 2017].
- [44] Ministerio de Salud, «Servicios de Salud,» Minsal, [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/servicios-de-salud/>. [Último acceso: 30 Marzo 2017].
- [45] Ministerio de Salud, Departamento de Asesoría Jurídica, *Norma exenta N°20: Desempeño de los médicos cirujanos para la etapa de destinación y formación en los establecimientos de salud de baja complejidad cuando se encuentran en turno de llamada*, 2008.

- [46] J. Imam, «Órganos humanos cultivados en cerdos podrían ayudar a pacientes en espera de trasplantes,» 09 Junio 2016. [En línea]. Available: <http://cnnespanol.cnn.com/2016/06/09/organos-humanos-cultivados-en-cerdos-podrian-ayudar-a-pacientes-en-espera-de-trasplantes/#0>. [Último acceso: 19 Marzo 2017].
- [47] EFE, «Desarrollan una impresora 3D capaz de fabricar tejido para humanos,» 15 Febrero 2016. [En línea]. Available: <http://www.efe.com/efe/america/tecnologia/desarrollan-una-impresora-3d-capaz-de-fabricar-tejido-para-humanos/20000036-2840220#>. [Último acceso: 2017 Marzo 19].
- [48] A. Alba G. y Buckel G., «Dieciséis años de experiencia de trasplante hepático en clínica las condes,» *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 21, n° 2, pp. 267-272, 2010.
- [49] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, España, «España es líder mundial en trasplantes por 24º año consecutivo, según los datos del Registro Mundial de Trasplantes gestionado por la ONT,» *Gabinete de Prensa*, pp. 1-5, 2016.
- [50] A. Del Valle, «Participación fuerte y cultura de innovación: Una praxis de desarrollo basada en el pensamiento complejo,» Congreso Social "La persona en el corazón del desarrollo", Santiago, 2012.
- [51] L. Contreras A., «Donación de órganos: Análisis Ético de la Situación Chilena,» *Rev. Medicina y Humanidades*, vol. III, n° 1-2, 2011.
- [52] P. Sepulveda G., «50 años del primer trasplante en Chile,» *La Tercera*, 24 11 2016. [En línea]. Available: <http://www.latercera.com/noticia/50-anos-primer-trasplante-chile/>. [Último acceso: 23 03 2017].
- [53] M. Thomas, «Se celebraron 30 años desde el primer trasplante hepático en Chile,» *Clinica Alemana*, 17 Agosto 2015. [En línea]. Available: <https://portal.alemana.cl/wps/wcm/connect/Internet/Home/actualidad/2015/08/Se-celebraron-30-anos-desde-el-primer-trasplante-hepatico-en-Chile>. [Último acceso: 23 Marzo 2017].
- [54] Ministerio de Salud, «Historia del Minsal 1º Parte,» [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/historia-del-minsal-1a-parte/>. [Último acceso: 24 Marzo 2017].
- [55] Ministerio de Salud, «Historia del Minsal 2º Parte,» [En línea]. Available: <http://web.minsal.cl/historia-del-minsal-2a-parte/>. [Último acceso: 24 Marzo 2017].

- [56] D. Roje, *Estadísticas nacional de donación. Tendencias de los últimos años*, 2016.
- [57] J. Domínguez, R. Harrison, R. Atal y L. Larraín, «Cost-effectiveness of Policies Aimed at Increasing Organ Donation, The Case of Chile,» de *Documento de Trabajo N°383*, Santiago, Instituto de Economía, 2010.
- [58] Ministerio de Salud, «Misión y Visión,» minsal, [En línea]. Available:
] <http://web.minsal.cl/mision-y-vision/>. [Último acceso: 30 Marzo 2017].
- [59] Ministerio de Salud, «Funciones Objetivos,» Minsal, [En línea]. Available:
] <http://web.minsal.cl/funciones-objetivos/>. [Último acceso: 30 Marzo 2017].
- [60] Ministerio de Salud, «Historia Ministerio de Salud,» Santiago.
]
- [61] G. Batías S. y G. Valdivia C., «Reforma de Salud en Chile; el plan AUGE o Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su origen y evolución,» *Boletín Escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile*, vol. 32, n° 2, 2007.
- [62] Ministerio de Salud, «Misión y Funciones [Subse. de Salud Pública],» Minsal, [En
] línea]. Available: <http://web.minsal.cl/mision-y-funciones/>. [Último acceso: 30
Marzo 2017].
- [63] Ministerio de Salud, «Misión y Funciones [Subse. de Redes Asistenciales],» [En
] línea]. Available: <http://web.minsal.cl/mision-y-funciones-2/#>. [Último acceso: 30
Marzo 2017].
- [64] Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, *Decreto 35: APRUEBA
] REGLAMENTO DE LA LEY N° 19.451, QUE ESTABLECE NORMAS SOBRE
TRASPLANTE Y DONACIÓN DE ÓRGANOS*, Santiago, 2013.
- [65] S. Robbins y T. Judge, *Comportamiento Organizacional*, México: Pearson, 2013.
- [66] Dirección Nacional del Servicio Civil, *Modelo de Gestión de Personas*, Santiago,
] 2012.
- [67] F. Del Giorgi S., *Benchmarking en el sector publico*, Buenos Aires, 2012.
- [68] M. Waissbluth y J. Inostroza, *Guía metodológica para análisis de organizaciones*,
] Santiago: Programa en Gestión y Políticas Públicas, 2008.
- [69] Datos Macro, «Chile, España, Uruguay, Argentina,» Datos Macro, [En línea].
] Available: www.datosmacro.com/paises.
- [70] Global Observatory on Donation and Trasplantetion, «Summary,» [En línea].
] Available: <http://www.transplant-observatory.org/summary/>.

- [71] C. Ramio Matas, «Management avanzado para directivos públicos,» GIGAPP Estudios/Working Papers, Madrid, 2014.
- [72] G. Treflogi Wong, «Gestión estratégica y creación de valor en el sector público : estudio de caso sobre el desarrollo de evaluaciones de conocimientos en el servicio civil peruano (2008-2012),» Perú, 2013.
- [73] F. Longo, «La gestión de los recursos humanos en el sector público:,» *CLAD Reforma y Democracia*, nº 28, 2004.
- [74] F. Longo, Marco para el diagnóstico de sistemas de servicio civil, Barcelona: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), 2002.

Anexos

Anexo 1: Cálculos de la cantidad de donantes no detectados

	Cantidad actual [40% se detecta]	Cantidad ideal [100% se detecta]
Población que es potencial Donantes	637	637
% se detecta	= $637 * 0,4 = 255$	= $637 * 1 = 637$
53% se pierde por negativa familiar	= $255 * 0,53 = 135$	= $637 * 0,53 = 337$
Donantes efectivos	= $255 - 135 = 120$	= $637 - 337 = 300$
Cantidad de donantes efectivos perdidos	= $300 - 120 = 180$	

Fuente: Elaboración propia

Anexo 2: Herramienta para entrevista a coordinadores de procuramiento

Hospital:	Fecha: ___/___/_____
Profesión:	
Cargo en la unidad:	
¿En qué consiste su trabajo?	
¿Su trabajo es de dedicación exclusiva?	
¿Cómo es la carga laboral?	
¿Cuál es el objetivo de la unidad?	
¿Cuál es la prioridad?	
¿Es unidad sólo de procuramiento?	
¿Cuánto personal hay por turno? ¿Cuántas horas dura un turno? ¿Es normal que la gente realice turnos extras?	
¿Cuántos hospitales/institutos tienen a cargo?	
¿Realizan rotativa nacional?	
¿Con cuántos indicadores cuenta? ¿Cuál es el más importante para usted?	
¿Cómo es la relación con el hospital?: ¿Las conocen en las diferentes áreas?	
¿Cómo es la relación con la unidad Urgencia? ¿UCI? ¿Laboratorio?	
¿Desde qué glasgow usualmente la llaman? ¿De qué unidad llaman?	
¿Cómo es el proceso desde que la llaman? ¿Es diferente si la llaman desde el hospital central, otro o instituto (si corresponde)?	
¿Cómo se comunican con la coordinación central?	
¿En qué momento o momentos se utiliza el SIDOT?	
¿Existe una priorización de las camas para los pacientes? ¿Quién decide a quién se le asigna cada cama?	
¿Ha ocurrido que no puedan ingresar a un donante a UCI?	

¿Existe coordinación con otros hospitales frente a la escasez de camas? ¿Cómo funciona?
¿Dónde termina su labor?
¿Qué problemas ha tenido?
¿Se capacitan frecuentemente? ¿Quién las capacita?
¿Realizan actividades para dar a conocer y/o incentivar la donación en el hospital?
¿Qué tipo de actividades?
¿Qué importancia tiene el tema de la donación dentro del hospital? ¿Ha habido cambios en los últimos años?
¿Cree que al personal le importa la donación?

Fuente: Elaboración propia y proyecto ChileVive.

Anexo 3: Herramienta para entrevista a jefes de unidades involucradas en el proceso

Hospital:	Fecha: ___/___/_____
Profesión:	
Cargo en la unidad:	
¿En qué consiste su trabajo?	
¿Cómo es la carga laboral?	
¿Cuál es el objetivo de la unidad?	
¿Existe una priorización de las (camas/pedidos) para los pacientes? ¿Quién decide a quién se le asigna cada cama?	
¿Existe coordinación con otros hospitales cuando pasan su capacidad? ¿Cómo funciona?	
¿Con cuántos indicadores cuenta? ¿Cuál es el más importante para usted? ¿Tiene alguno relacionado a donación?	
¿Cómo es la relación con la unidad [especificar]?	
¿Ha detectado o estado presente en la detección de un posible donante?	
¿Cómo es el proceso?	
¿Qué rol cumple dentro del proceso?	
¿Qué problemas ha tenido?	
¿Usted sabe lo que pasa con un posible donante, si lo fue o no?	
¿Le gustaría o le sería útil saberlo?	
¿Qué opina de la labor de las procuradoras?	
¿Cree que al personal le importa la donación?	
¿Qué importancia tiene el tema de la donación dentro del hospital? ¿Ha habido cambios en los últimos años?	

Fuente: Elaboración propia y proyecto ChileVive.

Anexo 4: Herramienta para entrevista a jefe de subdirección del cuidado

Hospital:	Fecha: ___/___/_____
Profesión:	
Cargo en la unidad:	
Primero, a grandes rasgos ¿En qué consiste su trabajo?	
Primero, a grandes rasgos ¿En qué consiste su trabajo?	
¿Y esas unidades están abajo de qué subdirección?	
Y acá en el Hospital El Salvador ¿Cuál sería el objetivo del Hospital?	
¿Existe coordinación con otros hospitales frente a los escasos de camas?	
¿Y acá, desde su cargo de Subdirección, se tiene que relacionar con muchas unidades dentro del hospital?	
¿Cuántos indicadores manejan?, Para usted ¿Cuál sería el más importante? ¿Existe alguno relacionado con la donación?	
¿Cómo funciona la asignación de presupuesto para el hospital?	
¿Usted sabe cuáles son las cifras del hospital en materia de donaciones?	
¿Tiene alguna idea de los pasos que se siguen cuando llega un potencial donante?	
¿El Hospital tiene alguna alineación con el Ministerio de Salud respecto a este tema de la donación y el procuramiento?	
¿Usted ve que para el resto de los trabajadores del Hospital sea un tema importante?	
¿Ha ido cambiando a través de los años o se ha mantenido más o menos igual?	
Una consulta sobre estas procuradoras. ¿Cómo se relacionan ellas con el resto del Hospital? ¿Mantienen una buena relación?	
¿Qué opinión tiene usted de la labor de las procuradoras?	

Fuente: Elaboración propia y proyecto ChileVive.

Anexo 5: Herramienta para entrevista a Coordinador Central

Cargo en la unidad: Coordinador de la Coordinación Central.	Fecha: ___/___/_____
¿En qué consiste el modelo de donación en Chile?	
¿Cómo es la CNPT?	
¿Cuál es el rol de un coordinador central?	
¿Cómo es la comunicación con las coordinadoras locales de procuramiento? ¿En regiones es igual?	
¿Cuál es el rol de las coordinadoras locales de procuramiento (CLP)?	
¿Tienen información sobre si las CLP trabajan full time o tienen otras labores ajenas al procuramiento?	
¿Cómo es el proceso de donación?	
¿Cómo son los traslados de los órganos?	
¿En todas las regiones tiene que viajar un equipo de procuramiento para procurar?	

Fuente: Elaboración propia y proyecto ChileVive.

Anexo 6: Herramienta para entrevista a ex-encargada de órganos en el ministerio

Cargo en la unidad: Antigua encargada de órganos en la CNPT. Fecha: __/__/____

- ¿Cuáles eran las funciones asociadas a su cargo?
- ¿Todas estas actividades las realiza usted personalmente o tiene un equipo?
- ¿Cómo eran las relaciones laborales dentro del equipo?
- ¿Cuáles son los objetivos actuales de la coordinadora? ¿Cómo difieren estos objetivos de los que tiene la legislación? ¿Los objetivos son únicamente los de la legislación o tenían otro tipo de objetivos?
- ¿Cuál es el poder político que tiene la Coordinadora? Relevancia dentro del MinSal y relación de poder entre la coordinadora y los hospitales.
- ¿Usted encuentra que para el MinSal es una prioridad el tema de la donación de órganos?
- ¿Cuáles eran los planes a largo plazo para la coordinadora?
- ¿Qué problemas enfrentaba la Coordinadora al momento de realizar su labor?
- ¿Por qué la rotación de procuradoras es tan alto?
- ¿hay alguna diferencia entre la región metropolitana y las regiones?

Fuente: Elaboración propia y proyecto ChileVive.

Anexo 7: Herramienta para entrevista a coordinador de CNPT

Cargo en la unidad: Coordinador de CNPT y de trasplante. Fecha: __/__/____

- ¿Cuál es la actual situación en el ministerio con respecto a la donación de órganos?
- ¿Cuáles son las capacidades que cuenta la coordinadora para realizar su labor?
- A largo plazo, ¿La coordinadora tiene planes y estrategias?
- ¿Se ha pensado incluir esto en la educación escolar?
- ¿Cómo son las auditorías a los hospitales que se han realizado?
- ¿Cómo ha evolucionado la tasa de donación?
- ¿A qué se lo atribuye?
- ¿Cuál es su relación con organizaciones pro-donación?

Fuente: Elaboración propia y proyecto ChileVive.

Anexo 8: Herramienta para entrevista a coordinadora de tejidos y subrogante de órganos en la CNPT

Cargo en la unidad: Coordinadora de Tejidos de CNPT y Subrogantes de órganos.

Fecha: ___/___/____

¿Objetivos de la coordinadora? Actuales y futuros.

¿Problemas que se enfrenta la coordinadora en su labor?

¿Protocolos de comunicación con CLP?

¿Cuál es la relevancia del tema en el Ministerio de Salud?

¿Cuál es su rol como encargada de tejidos?

¿Cómo son las relaciones laborales al interior de la coordinadora?

El SIDOT, ¿Qué datos y estadísticas entrega?

¿Cuántas CLP hay en Chile?

¿Cómo es la carga laboral de ellas?

¿Qué información utilizan para dimensionar la capacidad que tiene el sistema de donación?

¿Qué acciones especiales toma la CNT frente al alza en los donantes de órganos?

¿Cómo impacta esto en el presupuesto de la unidad? ¿Es valorado este aumento por capas superiores del MinSal?

Un aumento en los llamados a las CLP (esperable por el indicador) ¿Ha generado un aumento de carga laboral en las CLP?

¿Existe una planificación estratégica para la CNT? A largo plazo y formalizada. (¿Cómo se incluye a las CLP en esa planificación?)

¿Cómo evalúan el trabajo de cada CLP? ¿Tienen métricas? ¿Llevan control de sobre los cargo que generan sean usados en eso? (otras tareas asignadas)

¿Perfil de los cargos de la CNT? ¿Qué pasará con el puesto de Órganos?

¿Es igual la relación con CLPs de la RM como del resto del país?

Fuente: Elaboración propia y proyecto ChileVive.

Anexo 9: Tabla de Servicios de Salud y las Unidades de Procuramiento a cargo

Región	Servicio de Salud	Unidad de Procuramiento del Servicio Salud	Enfermeras	Médicos
XV- Arica y Parinacota	Arica	Hosp. de Arica Dr. Juan Noé	2	1
I- Tarapacá	Iquique	Hosp. Regional Iquique	2	
II- Antofagasta	Antofagasta	Hosp. Regional Antofagasta	2	
III- Atacama	Atacama	Hosp. Regional de Copiapó San José del Carmen	2	
IV- Coquimbo	Coquimbo	Hosp. Regional Coquimbo	2	1
V- Valparaíso	Valparaíso – San Antonio	Hosp. Van Buren	2	
	Viña del Mar – Quillota	Hosp. Dr. Gustavo Fricke	2	
	Aconcagua	Hosp. San Camilo de San Felipe	2	
XIII- Metropolitana	Norte	Hosp. San José	2	
	Occidente	Hosp. San Juan de Dios	2	
	Central	Hosp. Urgencia y Asistencia Pública	3	
	Oriente	Hosp. del Salvador	3	1
	Sur	Hosp. Barros Luco	2	
	Sur- Oriente	Hosp. Sótero del Río	3	
VI- Bernardo O'Higgins	Bernardo O'Higgins	Hosp. Regional de Rancagua	3	
VII- Maule	Maule	Hosp. Regional de Talca	2	
VIII- Biobío	Ñuble	Hosp. Clínico de Chillán	2	1
	Concepción	Hosp. Regional Concepción	1	1
	Talcahuano	Hosp. De Talcahuano	2	
	Biobío	Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz	2	
IX- Araucanía	Arauco	-		
	Araucanía Norte	-		
	Araucanía Sur	Hosp. De Temuco	1	
XIV- Los Ríos	Valdivia	Hosp. Clínico de Valdivia	2	
	Osorno	Hosp. San José de Osorno	2	
X- Los Lagos	Reloncaví	Hosp. Base Puerto Montt	2	
	Chiloé	Hosp. De Castro	1	1
XI- Aysén	Aysén	Hosp. Regional de Coyhaique	1	
XII- Magallanes	Magallanes	Hosp. Dr. Lautaro Navarro de Punta Arenas	1	

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Ministerio de Salud.