



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

**CAPACIDADES DE LA COORDINADORA NACIONAL DE PROCURAMIENTO Y
TRASPLANTE PARA GARANTIZAR EL ACCESO OPORTUNO A UN ÓRGANO**

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER
EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

MARTÍN ENRIQUE CANALES MENA

PROFESOR GUÍA:
LUIS ANTONIO INFANTE BARROS

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
JAIME BURROWS OYARZÚN
ANTONIO GALDAMES SEPÚLVEDA

SANTIAGO DE CHILE
2018

RESUMEN DE LA TESIS PARA OPTAR AL GRADO

DE: Magíster en Gestión y Políticas Públicas

POR: Martín Enrique Canales Mena

FECHA: 14/03/2018

PROFESOR GUÍA: Antonio Infante

CAPACIDADES DE LA COORDINADORA NACIONAL DE PROCURAMIENTO Y TRASPLANTE PARA GARANTIZAR EL ACCESO OPORTUNO A UN ÓRGANO

La donación y el trasplante de órganos representan la mejor solución a un problema de salud pública: el aumento sostenido de algunas enfermedades crónicas no transmisibles. Además de significar un ahorro para el Estado. Chile necesita mejorar su tasa actual de donantes de órganos, ya que las personas a la espera de uno ven deteriorada su calidad y esperanza de vida, siendo no pocas las que mueren al no recibir uno a tiempo. La baja tasa no depende únicamente de la negativa familiar, sino también de la logística involucrada, los procesos y la gestión hospitalaria.

Este estudio de caso aborda la implementación de la ley N° 19.451 por parte de la Coordinadora Nacional de Procurement y Trasplante de Órganos (CNT), analizando sus capacidades en la coordinación y fiscalización de actores para garantizar el acceso oportuno a un órgano. Siendo las capacidades: fuerza de trabajo, sistemas de información, tecnologías, capacidad institucional y organizacional, y recursos financieros. Se sigue un enfoque mixto: Cualitativo al hacer entrevistas a miembros de la CNT, enfermeras de procurement de hospitales y autoridades de salud, y cuantitativo al estudiar métricas del sistema. Además, se analiza el “modelo de negocios” de la CNT a través de un Modelo Canvas, mirando los procesos desde la gestión y la ingeniería.

Los resultados dan cuenta de:

- Una fuerza de trabajo escasa y alta carga laboral. A nivel central, hay *know-how* asociado a las personas. En lo local, las Coordinadoras Locales (CLP) muestran gran compromiso a pesar del alto costo emocional, que muchas veces deriva en *burned-out* y alta rotación.
- Un *sistema de información* que permite seguimiento a pacientes y supervisión de protocolos, SIDOT, y representa un flujo de información entre lo local y lo central, sin permitir supervisión en cada hospital.
- Escases de recursos físicos en hospitales para mantener los potenciales donantes, como camas UCI, así como también dependencia de privados en el transporte de los órganos.
- Poco peso institucional, que se ha reducido en los últimos años, afectando el seguimiento de su labor y obstaculizando el trabajo conjunto entre CNT y otras áreas del Estado.
- Los objetivos anuales son definidos conjuntamente entre nivel central y local, y se generan comisiones de trabajo. Además, se cuenta con un indicador de pesquisa en Urgencias para orientar el trabajo, y también una persona “referente” en los servicios de salud para mejorar la coordinación, pero aun así faltan herramientas de gestión eficaces.
- Un presupuesto insuficiente frente a alzas abruptas en cantidad de donantes, contando con 400.000 USD al año, más financiamiento para 70 cargos de CLP *full time*.
- El modelo de negocios muestra una dualidad en los clientes, siendo tanto los receptores de órganos como los donantes; actividades clave que incluyen difundir e informar, algo anexo al *core* actual; y el personal capacitado en los hospitales como un recurso clave.

En base a lo anterior, se recomienda: dar más *autonomía* a la CNT, alejándola de la jerarquía y burocracia del MinSal; herramientas reales de supervisión y control; redefinir métricas para evaluar el sistema, mejorando la cantidad de información que se tiene sobre el proceso; generar plan estratégico; transferir el *know-how* de personas clave al resto de la orgánica; contar con una política transversal de alineación del personal sanitario que logre posicionar el tema dentro de los hospitales y eliminar los prejuicios en torno al tema; y seguir perfeccionando el SIDOT.

AGRADECIMIENTOS

Gracias a los y las enfermeras y otras personas con las que hablé durante la realización de este estudio de caso, por el tiempo que gastaron conmigo. Sobre todo al Dr. José Luis Rojas, quien siempre tuvo buena disposición para ayudarme y orientarme.

También gracias al Dr. Fernando González por apoyarme en la postulación de este trabajo a diferentes concursos y congresos, en algunos de los cuales tuve el agrado de presentar.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
Objetivo general.....	3
Objetivos específicos.....	3
ANTECEDENTES.....	3
Historia de la donación y trasplante de órganos en Chile.....	3
La entrega del servicio del sistema de donación y trasplante de órganos.....	4
Marco normativo.....	4
Actores involucrados y entorno coproductor en el sistema de trasplantes.....	6
Procesos operativos.....	7
MARCO CONCEPTUAL.....	11
La donación y trasplante de órganos como problema de salud pública en Chile.....	11
Implementación de políticas en Salud.....	12
Garantización del acceso en políticas de salud.....	12
Competencias y capacidades en entidades públicas de salud (como la CNT).....	13
METODOLOGÍA.....	16
Características del estudio.....	16
Diseño metodológico.....	16
Tópicos de las entrevistas.....	18
Análisis de las entrevistas.....	18
RESULTADOS: CAPACIDADES DE LA CNT.....	20
a) La fuerza de trabajo.....	20
b) Los sistemas de información.....	25
c) Las tecnologías.....	27
d) La capacidad institucional.....	27
e) Capacidad organizacional.....	29
f) Los recursos financieros.....	33
RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA.....	34
Futuras investigaciones.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	41

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Entrevistados.....	17
-----------------------------	----

INDICE DE ILUSTRACIONES

Figura 1: Tasa efectiva de donación de órganos (por millón de habitantes) por región	1
Figura 2: Clasificación de actores	7
Figura 3: Macroprocesos.....	8
Figura 4: Proceso de gestión de receptores.....	9
Figura 5: Proceso de procuramiento.....	9
Figura 6: Proceso de trasplante.....	10
Figura 7: Categorías de análisis	19
Figura 8: Resumen de las capacidades de la CNT	20
Figura 9: Organigrama de la Coordinadora Nacional de Trasplante.....	21
Figura 10: Modelo Canvas (de Negocios) de la CNT.....	32
Figura 11: Esquema recomendaciones para la CNT	34

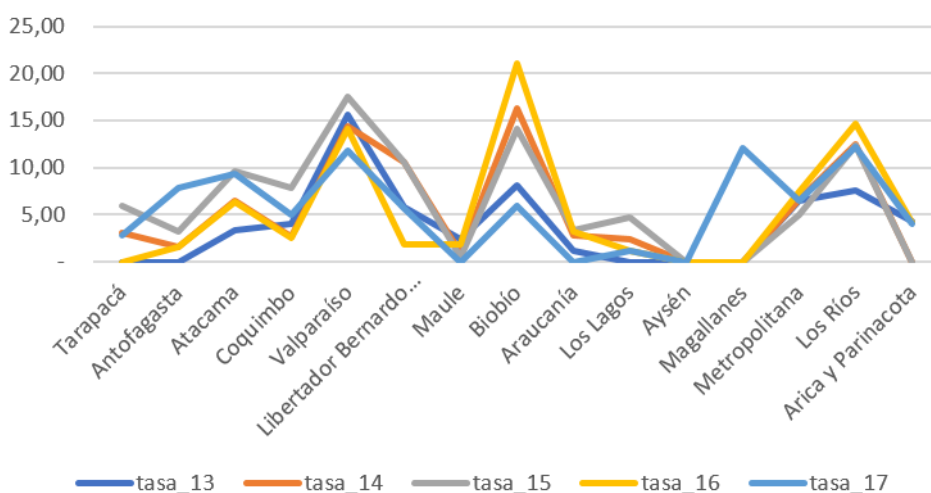
INTRODUCCIÓN

Dentro del accionar del Estado, la labor que este realiza en Salud constituye un área lo suficientemente compleja para estudiarla por separado del resto de la administración estatal. Esto ocurre en parte debido a la naturaleza del trabajo: no es sólo calidad de vida lo que está en juego, sino más bien la vida misma de ciudadanos y ciudadanas. Este estudio de caso aborda un tema de salud pública que constituye un problema para los Estados, independiente de cuán desarrollados estos sean: la donación y el trasplante de órganos.

Muchas enfermedades con las que antes las personas eran desahuciadas encontraron una solución, al menos temporal, en el trasplante de órganos. Los trasplantes son posibles desde mediados del siglo XX gracias a los avances médicos que permitieron mantener funcionando artificialmente los cuerpos de las personas con muerte cerebral, permitiendo posteriormente una correcta extracción de los órganos.

En Chile, este tratamiento se realizó por primera vez en 1966, cuando no existía ningún tipo de normativa al respecto y todo funcionaba por voluntad del personal médico involucrado, y cuando los donantes de órganos, imprescindibles para el procedimiento, eran incluso más escasos que hoy. De acuerdo a la normativa actual, todos los chilenos y chilenas son donantes a menos que expresen ante notario su voluntad de no serlo. Aun así, es la familia quien tiene la última decisión, al ser estos preguntados por los encargados del procuramiento de órganos sobre la voluntad de donar o no los órganos de su ser querido. Desde el 2010, la misión de asegurar que todo el sistema de procuramiento y trasplante de órganos funcione con éxito recae en la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos (CNT en adelante), servicio que reside en la División de Gestión de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Figura 1: Tasa efectiva de donación de órganos (por millón de habitantes) por región



Fuente: Elaboración propia con datos del MinSal e INE

Desde 2010 a la fecha, los números no han mejorado de manera estable. La Figura 1 muestra la gran inequidad que existe entre las regiones en cuanto a generación de

donantes y cómo esto no ha cambiado significativamente entre 2013 y 2017. Chile necesita mejorar su tasa actual de donantes de órganos. Este es un tema relevante ya que afecta la esperanza y calidad de vida de aquellas personas que esperan un órgano, llegando actualmente algunas personas a morir por no recibir un trasplante oportunamente. De acuerdo a datos del MinSal, el 30% de los pacientes en lista de espera de un hígado en 2015 falleció. Las razones de la baja tasa de donantes efectivos, de acuerdo a la mayoría de los estudios al respecto, son principalmente dos:

- Por un lado, la alta negativa familiar (53% en 2015). Lo que, de acuerdo a las encuestas, se debe a la gran desconfianza existente en el país y a muchos mitos arraigados en la sociedad chilena al respecto, en los que la religión juega un rol relevante.
- Por otro lado, las fallas en la detección de posibles donantes en las Urgencias. Factores como la infraestructura hospitalaria (camillas) y capacitación del personal médico son clave al momento de explicar dichas falencias, así como también la falta de voluntad de los ejecutores del proceso. El MinSal estima que el 60% de los donantes potenciales se pierde en esta etapa (CNT, 2017).

Chile no es el único país con un problema en la materia, la demanda por órganos aumenta año a año en todo el mundo, por lo que este problema se debería trabajar en varios ámbitos (Perez-Protto, 2009), como por ejemplo desde la educación escolar básica, aspecto en el que destaca Uruguay. Dicho país inició en 2000 un programa de coordinación de trasplantes y logró aumentar su tasa de donantes efectivos de 10 a 20.6 en sólo 5 años (Mizraji, 2007), es decir, en más de un 100%. Mientras que Chile no ha logrado mejorarla significativamente en los últimos años, habiendo ya pasado más de 6 años desde que se decidió establecer el sistema de coordinadora nacional desde el MinSal. ¿A qué se debe esta dificultad para mejorar los resultados?

La CNT se basa en el modelo de donación y trasplante de España, líder mundial en la materia y que ha logrado una tasa superior a 40 donantes por millón de habitantes. España tiene un sistema de donación presunta al igual que Chile, pero se le atribuye una organización más eficiente de los servicios de trasplante (Deffains & Ythier 2010), específicamente en materia de coordinación de diferentes organizaciones (De Pablos Heredero, 2012). Es por ello que examinar las capacidades que tiene actualmente la CNT de Chile en la coordinación de los trasplantes es relevante para determinar si es posible que Chile mejore en su tasa de donación efectiva de órganos, o es necesario que se realicen modificaciones al modelo.

Respecto de las razones de la baja tasa de donantes esgrimidas anteriormente, la negativa familiar y la falta de detección de posibles donantes, es necesario recalcar la relevancia de esta última: es frente a las fallas del sistema de detección de posibles donantes en Urgencia y UCI de hospitales donde más se puede mejorar, interviniendo la gestión hospitalaria. La tasa de donación no responde a algo meramente cultural o social, sino que la gestión hospitalaria y la gestión pública son relevantes.

En base a investigaciones previas, se han hecho muchas recomendaciones sobre cómo mejorar el sistema, las que son a menudo nombradas al momento de discutirse la problemática de la donación en los medios de comunicación. Estas recomendaciones y

estudios apuntan a 3 cosas, principalmente: modificaciones a la normativa vigente, educar formalmente a la población en estas materias (tanto en la educación escolar como en la universitaria) y aumentar los recursos destinados a la donación y trasplante de órganos. Sin embargo, no se han generado estudios como el que aquí se propone: considerando todas las restricciones de educación, normativa y recursos que existe actualmente para que el sistema de donación y trasplantes logre cumplir con su misión, ¿Cuáles son las capacidades que tiene la CNT, cómo las utiliza y cuáles son los resultados, en la coordinación de los distintos actores involucrados?

En este contexto, y contando con el apoyo del Dr. José Luis Rojas, jefe de la CNT, se realiza esta investigación, enfrentando la necesidad de aumentar la tasa de donación efectiva de órganos, analizando la forma en que el Estado se aproxima al tema. Los trasplantes de órganos son un campo interesante que puede ser objeto en gran medida de regulación gubernamental y escrutinio público (McNatt, 2008).

Objetivo general

Analizar las competencias y capacidades de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos en la coordinación y fiscalización de las acciones que realizan los Servicios de Salud, Hospitales y Coordinadoras de Trasplante, en el proceso de implementación de la Ley de Donación y Trasplante de Órganos, tendientes a garantizar el acceso oportuno a un órgano para todas las personas que lo necesiten.

Objetivos específicos

- Describir todas las capacidades con las que cuenta la CNT y determinar ausencias o brechas considerando experiencia internacional.
- Describir el modelo de negocios de la CNT.
- Generar recomendaciones para mejorar el desempeño de la CNT.

ANTECEDENTES

Historia de la donación y trasplante de órganos en Chile

Un trasplante de órganos consiste en una operación quirúrgica en la que se le inserta un órgano a una persona debido a que el suyo propio se encuentra en mal estado. El órgano trasplantado puede venir tanto de un paciente vivo (riñón, piel), como de uno ya fallecido (corazón, pulmón, etc.), siendo esta segunda opción la más usual.

Los trasplantes se realizan desde la mitad del siglo pasado y son posibles gracias a los avances en medicina, ya que para poder extraer con éxito los órganos de una persona fallecida es necesario mantener el cuerpo caliente e irrigado de sangre, labor que se realiza mediante drogas y máquinas. Debido a lo anterior, no todos los países realizan trasplantes, ya que no todos cuentan con la tecnología, infraestructura o capital humano necesario.

Al ser un tema relacionado con la muerte, la gente alberga muchos mitos y reparos al respecto y, en Chile, desconfían a priori del sistema (Cooperativa.cl, 2016). Hasta el 2016 Chile ha tenido una tasa de donación efectiva de órganos de 7 donantes por millón de habitantes, la que aumentó a 10 durante 2017, alcanzando así recién el promedio de la región y estando aún lejos de Uruguay (con 20) y de España (con 36), líder en la materia. Esta cifra no ha mejorado en los últimos años. La principal diferencia de Chile con esos países es en términos de código sanitario, protocolos que existen para abordar la materia y la infraestructura especializada con la que cuentan hospitales y clínicas.

La entrega del servicio del sistema de donación y trasplante de órganos

El servicio o la propuesta de valor que se pretende entregar a los ciudadanos es asegurar el acceso oportuno a un órgano para toda persona que lo necesite. De lo que se desprende que los *usuarios* son aquellas personas que necesitan de un trasplante para poder continuar viviendo (o mejorar su calidad de vida en caso de necesitar un riñón), independiente de si se encuentran explícitamente en lista de espera o no.

La donación y el trasplante de órganos han sido un problema constante para todos los países, ya que los donantes tienden a escasear y las personas que necesitan un órgano tienden a aumentar. Más específicamente, los trasplantes constituyen un problema para el Estado en dos ámbitos:

- Son un problema de gestión, ya que se deben coordinar muchos actores.
- Son un problema económico, ya que se debe encontrar el equilibrio de la oferta con la demanda de órganos, que en este caso son un “bien” escaso. De no hallarse este equilibrio, al haber un exceso de demanda, habría un porcentaje de personas en lista de espera que morirán antes de recibir un trasplante.

Marco normativo

El Estado decide hacerse cargo de este tema a través de la Ley N° 19.451, promulgada el 29 de marzo de 1996, que establece una normativa base y declara que la donación es voluntaria, es decir, existía un registro nacional de donantes en el que las personas debían inscribirse; pero delega el trabajo de coordinación a la ONG Corporación Nacional del Trasplante, institución que debía gestionar el traslado de los órganos de un lugar a otro y priorizar, en conjunto con el Instituto de Salud Pública, aquellos pacientes que recibirían primero un trasplante, entre otras cosas. Otro de los puntos que explicita la ley es respecto al costo del trasplante: el que deberá correr por cuenta del receptor del órgano y su previsión de salud.

Desde ese entonces existe un mandato legal respecto a la donación y el trasplante de órganos en Chile, mandato que ha sufrido varias modificaciones con el paso del tiempo con el fin de mejorar la respuesta estatal frente al problema de coordinar la donación y el trasplante de órganos.

Hasta el año 2010, la legislación chilena consideraba donantes sólo a aquellas personas que expresamente declararan su voluntad de serlo en vida, es decir, personas que

ingresaban al Registro Nacional de Donantes de Órganos. Quienes no declaraban ser donantes eran considerados no-donantes.

El año 2010, mediante la promulgación de la Ley N° 20.413, se realiza modificaciones a la Ley N° 19.451. Hay dos cambios principales. Por un lado, el Estado dejó de ser un mero regulador, y pasa a ser también coordinador del sistema de donación y trasplante de órganos. Y por otro lado, se cambia el sistema de donación voluntaria por uno de “donación presunta”, es decir, todos somos donantes de órganos a menos que expresemos lo contrario al momento de renovar el carné de identidad o licencia de conducir; contándose actualmente con un Registro Nacional de No Donantes.

Sin embargo, el impacto de pasar de un sistema de registro de donantes voluntarios (*opt-in*) al de donación presunta (*opt-out*) ha sido nulo o contraproducente (Rojas, 2011).

En 2010, junto con la instauración de la “donación presunta”, se creó la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos (CNT), entidad que relevó el trabajo de la Corporación Nacional del Trasplante (ONG que antes se hacía cargo de los trasplantes) al hacerse cargo de la coordinación del sistema de trasplantes de órganos y de tejidos. A nivel administrativo, la CNT es una oficina dentro del Departamento de GES de la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, y su misión es “implementar una política nacional en el marco de las normas, objetivos y principios establecidos en la normativa vigente” (MinSal, 2016).

La instauración de la CNT significó un avance en materia de coordinación y no sólo un cambio de nombre de la entidad que se hace cargo del tema. Esto porque la Corporación del Trasplante, al ser una ONG ajena al Estado no tenía potestades (normativas ni subjetivas) para poder exigir a los hospitales contar con médicos especializados en los procesos de donación y trasplante; mientras que la CNT sí debería tener un determinado rango de influencia en el que su voz efectivamente fuese tomada en cuenta. Sin embargo, al no ser una institución desligada de la lógica ministerial, carece de autonomía y debe actuar alineada con el Ministerio de Salud.

La nueva ley del 2010 entró en agenda legislativa con una propuesta generada desde el Ejecutivo. Dicha propuesta fue una respuesta a la gran cobertura mediática que causó el caso de Felipe Cruzat, niño que necesitaba un corazón para un trasplante. En resumen, la entrada en agenda de la CNT tiene que ver con la contingencia, hecho que podría ser explicativo de la forma en que se implementó o se percibió su implementación por parte de los actores.

A lo anterior se le suman modificaciones a la ley realizadas en el año 2013, con la finalidad de complejizar el trámite para declarar la voluntad de ser no-donante, debido a que la cantidad de registrados en dicho registro había aumentado explosivamente desde su legislación en 2010. Dicha modificación consistía en ya no poder declarar la voluntad de ser no donante al renovar documentos, sino que esto debía ser declarado ante notario, lo que tenía un cobro asociado de \$5.900.

Recientemente se legisló para incluir la donación cruzada al sistema, lo que implicaría poder donar un órgano en vida a alguien con quien no se tiene parentesco (dos pares donante-receptor de distintas familias que son compatibles de manera cruzada), pero no existe un consenso en la comunidad médica sobre las mejoras que traería esto al sistema en términos de resultados (Rojas, 2016), debido a la complejidad que supone generar una relación de trascendencia o un nexo entre dos familias desconocidas y las complicaciones que podrían haber al no poder ser “comparable” aquello que una familia entrega versus lo que recibe (por ejemplo, si uno de los órganos donados es rechazado por el cuerpo del receptor).

Actores involucrados y entorno coproductor en el sistema de trasplantes

En Chile existen muchos actores involucrados en el proceso de la donación y trasplante y es muy importante la labor coordinada que estos realizan para que los trasplantes que el país necesita sean llevados a cabo con éxito.

La CNT se encarga de coordinar a los distintos actores del sistema, actores públicos y privados. De acuerdo a la ley que la crea, su rol es tanto normativo como coordinador y ejecutor de políticas públicas, para lo que utiliza determinadas herramientas de gestión.

La forma de abordar la descripción del sistema y los actores será a través de las nociones de entorno coproductor y sistema operativo, los que serán explicados más adelante.

El entorno coproductor

Una forma de clasificar a los distintos actores involucrados es a través de diagramar el entorno coproductor del sistema, en el cuál se detallan aquellos que participan activamente del proceso operativo del sistema y aquellos que pertenecen al entorno autorizante, quienes tienen voz respecto al accionar que está siguiendo la CNT. Quienes forman parte del proceso operativo se dividen en: controladores técnicos, los que realizan control técnico sin involucramiento directo o responsabilidad; proveedores, entidades que proveen la tecnología, conocimiento, etc., sin involucrarse en las operaciones; y el núcleo operativo, que son aquellos en contacto directo con el usuario y quienes tienen la responsabilidad del trabajo. Siguiendo dicha estructura, los actores quedarían clasificados de la siguiente manera (resumido en la Figura 2).

Actores del entorno autorizante: ONGs, Congreso, FONASA, Isapres, Medios de comunicación, Líderes, Corporación del Trasplante, ASODI, Sociedad Chilena de Trasplantes.

Controladores técnicos: Ministerio de Salud, División de Gestión de Redes Asistenciales.

Proveedores: Laboratorios farmacéuticos, Donantes de órganos, CENABAST.

Núcleo operativo: Coordinadora Nacional de Trasplantes, Hospitales (y servicios de Urgencia), Médicos, Encargados de procuramiento, Instituto de Salud Pública (ISP), Centros de trasplantes.

Figura 2: Clasificación de actores



Fuente: Elaboración propia.

Mecanismos de coordinación

El sistema de donación y trasplante, con la CNT en la cabeza, utiliza dos principales mecanismos de coordinación: la estandarización de procesos, tal como serán descritos anteriormente; y la estandarización de habilidades, lo que es usual en los servicios médicos, ya que se les exige a los trabajadores un título profesional que avale su formación en la materia.

Al pertenecer la CNT al Ministerio de Salud, hereda de esta entidad también sus lógicas de funcionamiento. Por lo que la forma en la que se toman las decisiones tiende a ser más vertical, es decir, las decisiones son tomadas en la cúspide y luego son simplemente informadas al resto de los actores, quienes ejecutan.

Procesos operativos

El proceso de donación y trasplante de órganos, coordinado por la CNT, es posible dividirlo en tres etapas: la gestión de los receptores, el procuramiento de los órganos y el trasplante a los receptores.

Antes de explicar los procesos, es importante notar que para poder entregar el servicio a los usuarios (a la espera de un órgano) se requieren donantes que provean dichos órganos para realizar los trasplantes, no basta con cumplir la ley (hacer gestión) para alcanzar el objetivo. Esto no quiere decir que la gestión pierda relevancia, ya que la coordinación entre los distintos actores y los incentivos que estos tienen para participar del proceso de trasplante son claves.

Y este objetivo de aumentar la cantidad de donantes choca con las distintas perspectivas que tienen los actores en torno a temas como la muerte cerebral. Por ejemplo, a la fecha todavía hay médicos que no creen que ésta sea verdaderamente muerte; hecho que le agrega complejidad al accionar de la CNT.

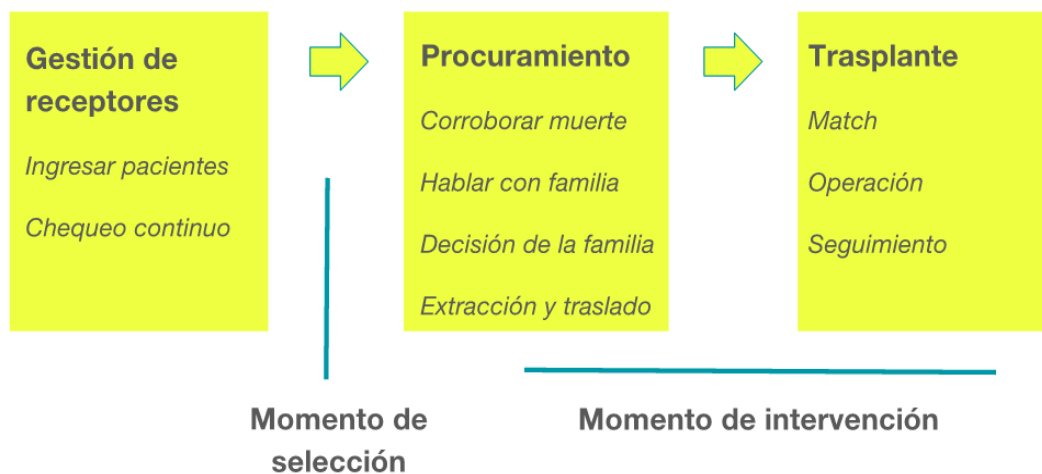
La Coordinadora tiene atribuciones no sólo en lo normativo, sino que también en el diseño o modificación de las rutinas para los procesos. Es decir, trabaja tanto en el aspecto normativo como en el performativo de las rutinas.

El sistema operativo

La forma en la que se llevan a cabo las diferentes acciones para lograr realizar con éxito los trasplantes se muestran en el siguiente gráfico, separadas en tres etapas: la gestión de los receptores, el procuramiento de los órganos y el trasplante a los receptores. En él se muestra claramente en qué parte del proceso ocurre el momento de selección y en la que ocurre el momento de intervención de la política pública.

A lo anterior se suma otro proceso: la elección de las personas que trabajan en el procuramiento y trasplante, así como también sus capacitaciones y estrategias para retenerlas, ya que ellas se transforman en un activo clave para el funcionamiento del sistema.

Figura 3: Macroprocesos



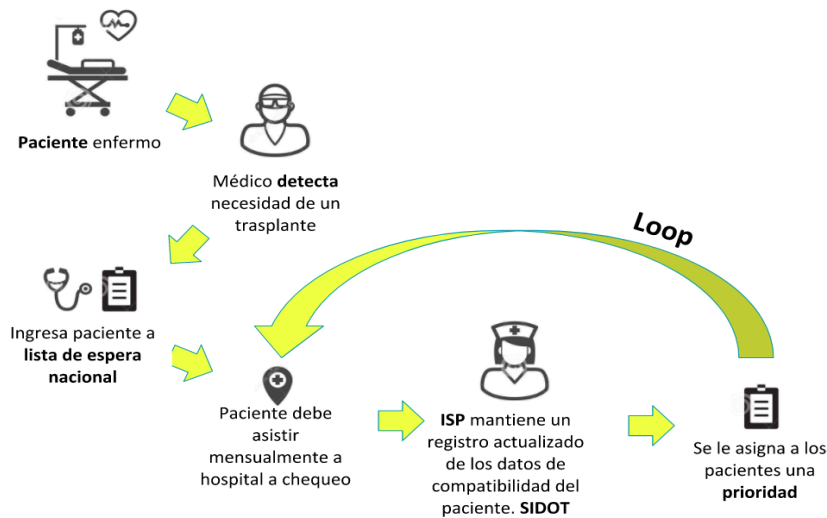
Fuente: Elaboración propia.

A continuación se hace un *zoom-in* a los macro procesos ya presentados, con el fin de entender en qué consisten las rutinas y vislumbrar la participación de sus principales actores.

Proceso de gestión de receptores

La finalidad de este proceso es mantener un registro de todas aquellas personas que están esperando un órgano, que sirva para realizar una asignación óptima de los órganos una vez estos estén disponibles. La principal herramienta de gestión es la lista de espera, que es una lista única y nacional para priorizar a las personas que más urgentemente necesitan un trasplante. La siguiente figura ilustra el proceso.

Figura 4: Proceso de gestión de receptores



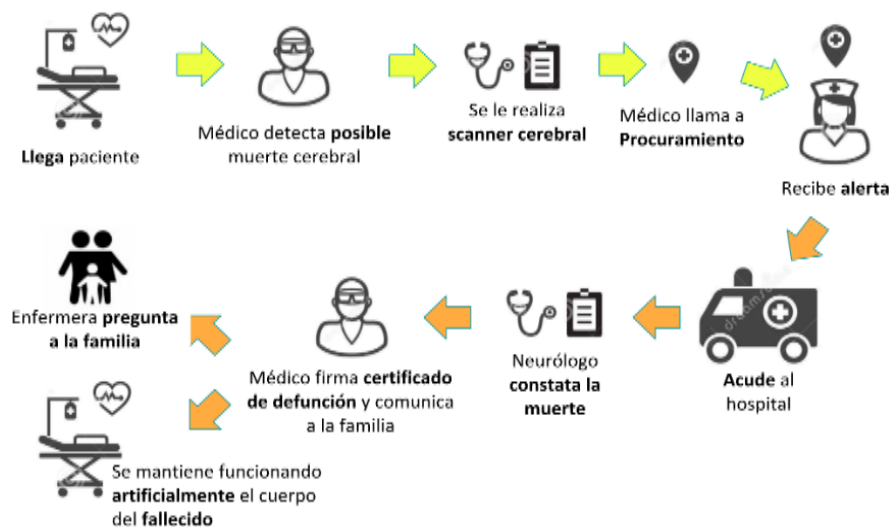
Fuente: Elaboración propia.

Es importante destacar que es fundamental la coordinación que ocurre entre los hospitales y el Instituto de Salud Pública (ISP) para mantener actualizada la información de los receptores, así como también el uso de un sistema informático para mantener la información clínica de los pacientes: el Sistema Integrado de Donación de Órganos y Trasplante, SIDOT.

Proceso de procuramiento

La finalidad de este proceso es obtener los órganos a partir de un donante, siendo parte relevante el corroborar la voluntad de la familia del fallecido a donar. Al 2016, el 47% de las familias que son preguntadas para donar los órganos de su ser querido acceden a hacerlo, mientras que el 53% restante se opone. La siguiente figura ilustra el proceso.

Figura 5: Proceso de procuramiento

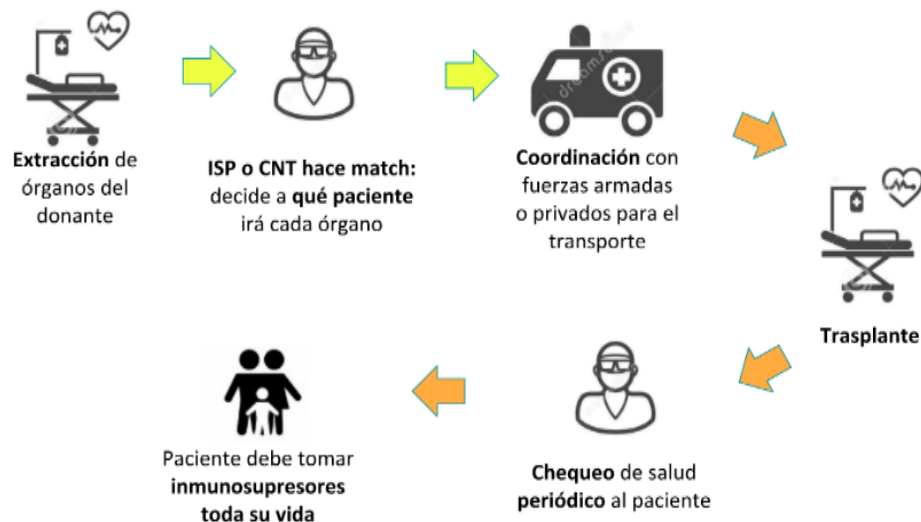


Fuente: Elaboración propia.

Proceso de trasplantes

La finalidad de este proceso es asegurar la sobrevivencia de los receptores de órganos, lo que incluye tanto entregar oportunamente los órganos ya obtenidos a los destinatarios finales de ellos, como realizar todo el acompañamiento médico posterior a la operación de trasplante. En este sentido, lo gravitante no es el éxito médico en la operación, sino toda la gestión que hay detrás del proceso de trasplante y seguimiento. La siguiente figura ilustra el proceso.

Figura 6: Proceso de trasplante



Fuente: Elaboración propia.

El segundo paso de este proceso es el *match* entre donante - receptor, el cual es llevado a cabo por el Instituto de Salud Pública para el caso de riñón y por el mismo equipo de la CNT en los otros casos. Es un proceso importante y está muy establecido, ya que la idea es mantener el proceso lo más transparente posible, debido a la gran desconfianza que existe en la ciudadanía. Los criterios que se utilizan para determinar la compatibilidad entre donante y receptor son los siguientes:

- Compatibilidad de grupo sanguíneo entre donante y receptor,
- Su urgencia médica,
- Cuánto tiempo lleva el paciente en lista de espera,
- Edad del receptor y del donante,
- Compatibilidad peso/talla entre donante y receptor.

El trabajo de la CNT tiene que ver con todas las etapas y subprocesos previamente descritos, siendo crucial su trabajo en la gestión de los procesos de procuramiento y de trasplante.

MARCO CONCEPTUAL

La OMS, en su Carta Constitucional de 1948 define la **salud** como “el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”. Es algo más amplio que lo que se entiende tradicionalmente por “servicios de salud”, ya que no es sólo físico y mental, sino que abarca también una componente social; hablándose además de salud emocional, espiritual y societal. González de Haro (2006-2007) va más lejos y dice que “el concepto de salud tiene su base en una construcción social que procede de la experiencia de las personas y de los acontecimientos sociales y políticos”. La OMS, en declaraciones más actuales, considera la salud como algo más amplio todavía al decir que es tanto un “input para” como un “output de” la riqueza, prosperidad económica y bienestar social (Martin-Moreno, 2011).

El concepto de **salud pública** difiere del de salud. Sir Donald Acheson (1988) describe la salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de esfuerzos organizados de la sociedad”. La World Medical Association¹, igualmente, la define como el cuidado y la promoción de la salud aplicados a una población. La OMS recalca que la salud pública es generada por la sociedad entera, no sólo por el Sistema de Salud. Y destaca el peso de la gobernanza, al ser la que orchestra los esfuerzos de los distintos actores para maximizar las ganancias en salud, lo que incluye a organizaciones, servicios y recursos del sistema de salud y de otros sectores de la sociedad, destacando el hecho de que los ministerios de salud deben jugar un rol protagónico, advocating, inspirando y guiando esta acción multisectorial (Martin-Moreno, 2011)

En la John Hopkins University se agrega que las funciones principales de la salud pública se relacionan con evaluación, garantías y establecimiento de políticas (Weiner, 2008). Mientras que la Universidad de Pittsburgh destaca la importancia de la educación, legislación política e investigación de enfermedades como elementos clave de la salud pública (University of Pittsburgh, 2016).

Dadas estas definiciones de salud y salud pública, el **sistema de atención de salud** no es más que otro actor del macrosistema social. Y se ve afectado por los valores y creencias de la sociedad, por su modelo económico, por su demografía, etc. (González de Haro, 2006-2007).

La donación y trasplante de órganos como problema de salud pública en Chile

De acuerdo a la Universidad de Monte Sinaí (Nueva York), un problema de salud llega a ser considerado **problema de salud pública** cuando cumple los siguientes requisitos:

1. Constituye una causa común de morbilidad o mortalidad,
2. Existen métodos eficaces de prevención y de control,
3. Dichos métodos no están siendo utilizados de un modo adecuado por la comunidad.

¹<http://www.wma.net/es/20activities/30publichealth/>

La donación y el trasplante de órganos representan la mejor solución para un problema de salud pública: el aumento sostenido de enfermedades no transmisibles en la población. Esto último se considera un problema de salud pública ya que cumple con los tres requisitos descritos. En Chile, el aumento sostenido en los enfermos, el consecuente aumento de las listas de espera por un trasplante de órganos y un estancamiento en la voluntad de chilenos y chilenas para donar los órganos de un ser querido son elementos clave para explicar esta situación. De hecho, en Estados Unidos, la divergencia entre la oferta y la demanda de órganos se está convirtiendo rápidamente en un problema de salud pública y la necesidad de una educación pública en la materia más efectiva está bien documentada en la literatura. (Ganikos, y otros, 1994)

González de Haro (González de Haro, 2006-2007) acusa al envejecimiento poblacional y un predominio de las enfermedades no transmisibles (ENTs) como culpable de los cambios epidemiológicos en Latinoamérica y comenta la necesidad de un enfoque multisectorial (que va más allá del sector salud) para poder enfrentar la situación.

Implementación de políticas en Salud

Rein y Rabinovitz (1977) definen tres imperativos que afectan el proceso de **implementación**: lo legal, lo racional-burocrático y lo consensual. Lo primero tiene relación con las leyes y las normas de funcionamiento que hay por escrito; lo segundo tiene relación con que las actividades puedan ser efectivamente realizables, que haya consistencia y algún tipo de mantenimiento organizacional; mientras que lo tercero tiene que ver con el *modus operandi* entre los grupos de interés más relevantes. Sabatier y Mazmanian (1980) destacan el peso mayoritario que tiene lo legal dentro del proceso de implementación de una política pública, ya que en ello también descansa todo lo burocrático. En otras palabras, afirman que los errores que pueden darse a nivel burocrático tienen sus bases en cómo son formuladas las leyes para dichas políticas públicas.

Una de las características principales de la implementación de políticas en salud es la multiplicidad de actores que están involucrados en la entrega del servicio: la unidad administrativa parte del gobierno central, el servicio respectivo, hospitales, consultorios, médicos, proveedores de fármacos, instituciones privadas que prestan servicios médicos, ISAPRES, organizaciones no gubernamentales (ONG) locales o internacionales, etc.

Garantización del acceso en políticas de salud

El término **acceso** tiene que ver con que la entrega de un servicio sea equitativa y universal. Aumentar el acceso guarda relación con disminuir barreras, para que todos los ciudadanos puedan ser beneficiados por el servicio. Es relevante para el problema en estudio debido a que la desconfianza en el sistema se basa, en parte, en la creencia de que este beneficia a algunos ciudadanos por sobre otros, en favor de aquellos con más recursos financieros.

Es importante destacar cómo la geografía del país, sumada a la gran centralización de los recursos y la infraestructura hospitalaria en desmedro de las regiones, hace que las personas usuarias del sistema de trasplante deban acudir a Santiago para la mayoría de

las etapas del proceso, siendo escasas las que pueden realizar en sus regiones de origen.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2011) entrega consejos para mejorar el acceso a políticas de salud, enfocándose en los servicios provistos a refugiados (foco de dicha organización), pero que también son atinentes a otras circunstancias en las que el acceso es un punto central de la política. Estos son:

1. *Promover un marco jurídico efectivo*: analizar las leyes y trabajar en la aplicación práctica de estas leyes en términos de acceso y prestación de servicios de salud.
2. *Mejorar el acceso económico*: abogar y negociar para que todos los chilenos y chilenas puedan acceder a los servicios de salud a costos similares.
3. *Diferentes opciones de financiación*: para que todos los ciudadanos puedan pagar por los servicios de salud es necesario proveer diversas opciones de financiamiento.
4. *Garantizar que los servicios de salud sean accesibles para las diversas necesidades*: identificar los asuntos importantes sobre la diversidad de los ciudadanos y trabajar con los socios para desarrollar mecanismos de comunicación, promoción y apoyo para garantizar la igualdad de acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, la OMS (2014) propone cuatro líneas estratégicas a seguir para avanzar en acceso a la salud:

1. Ampliar el acceso equitativo a servicios de salud, integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.
2. Fortalecer la rectoría y la gobernanza.
3. Aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios. Línea estratégica.
4. Fortalecer la coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Competencias y capacidades en entidades públicas de salud (como la CNT)

La Organización Panamericana de la Salud (2007) destaca las siguientes capacidades genéricas de la salud pública:

- **La fuerza de trabajo en salud pública**: trabajadores cuya responsabilidad primaria es la provisión de servicios de salud, tanto la fuerza de trabajo primaria (que tienen algún cargo en la salud pública), como la secundaria (externos al sector de la salud).
- **Los sistemas de información en salud pública**: se definen como las fuentes de datos basadas en la población y las fuentes de datos basadas en los establecimientos de salud pública. Las principales fuentes de información son los censos, las encuestas de los hogares, los sistemas de registros vitales, la vigilancia de la salud pública y los datos de los servicios y del sistema de salud

pública, la asignación de los recursos financieros y las tecnologías de la salud pública.

- **Las tecnologías de la salud pública:** incluyen todos los recursos físicos y las tecnologías que se utilizan en el sistema de salud pública, además de los medicamentos y las vacunas.
- **La capacidad institucional y organizacional de la salud pública:** la capacidad institucional se refiere al conjunto de reglas y normas que rigen el funcionamiento y operación de un sistema de salud pública. La capacidad organizacional se refiere a la capacidad de una organización de llevar a cabo sus funciones de manera eficaz, eficiente y sostenible a fin de contribuir a la misión y visión institucionales, y a las políticas y objetivos estratégicos de la organización.
- **Los recursos financieros de la salud pública:** se refieren a la “adquisición, la utilización y la gestión de los recursos para la prestación de las funciones de salud pública y la repercusión de estos recursos sobre la salud de la población y el sistema de salud pública”.

Estas capacidades genéricas serán consideradas dentro del análisis a la CNT, para determinar de qué manera está presentes cada una de ellas, y cuáles están ausentes en su operación o diseño.

a. Coordinación hospitalaria

Ya que la CNT realiza principalmente coordinación entre distintas organizaciones de salud, resulta relevante considerar lo que dicen otras investigaciones respecto a la coordinación hospitalaria.

En los Estados Unidos, la coordinación tiene gran relevancia. Un caso concreto: la iniciativa de donación de órganos de Massachusetts creó una asociación entre organismos procuradores de órganos, principales hospitales y el ministerio de salud pública, y se mostró exitosa en aumentar la cantidad de oferta de órganos, proveyendo *insights* valiosos para seguir trabajando en remediar este problema de salud pública (Koh, y otros, 2007).

Otro estudio en EEUU, que entrevistó a más de 70 hospitales, incluye dentro de sus recomendaciones para mejorar el sistema: “la necesidad de relaciones entre Enfermeros de Procuramiento y Hospitales positivas y fuertes” (Trainoa, Aloloda, Shaferb, & Siminoffa, 2012). Es decir, que lo que este trabajo pretende abordar es algo efectivamente relevante para la labor que realiza la CNT en Chile. Un último estudio destaca el hecho de que las enfermeras de procuramiento tienen un rol clave: “el rol de los coordinadores de trasplante no es distinto, sino que una descripción de una gran variedad de funciones y pruebas que requieren variar los niveles de licencia y preparación educacional” (McNatt, 2008). En otras palabras, falta claridad en sus roles.

En Latinoamérica, se tienen los casos de Brasil y Colombia, donde la implementación de la coordinación en salud es mala de acuerdo a Vargas et al. (2015). Esto ya que los mecanismos de coordinación se implementan pobremente en general, lo que lleva a un inadecuado seguimiento a pacientes, interrupciones en los tratamientos y duplicación de pruebas, teniendo los profesionales que usar estrategias informales para poder

sobrellevar la situación, lo que tiene un impacto negativo en la coordinación y en la calidad y eficiencia del servicio (Vargas et al, 2015).

En Chile, la coordinación hospitalaria resulta un desafío más difícil al tener un sistema dual de salud, ya que coexisten dos sistemas de salud: el público y el privado, diferentes e incluso opuestos (Serra C., 2014). En esa realidad se desenvuelve la CNT.

Mintzberg (1993) identifica cinco mecanismos de coordinación dentro de las organizaciones, las que se ordenan de mayor a menos grado de verticalidad:

1. Supervisión directa
2. Estandarización de procesos de trabajo
3. Estandarización de las habilidades
4. Estandarización de los resultados
5. Ajuste mutuo

Estos mecanismos varían en su grado de formalidad: las primeras cuatro requieren de un importante grado de formalización, mientras que la última funciona de manera informal.

b. Fiscalización y regulación en Salud

Parte importante de la coordinación entre los distintos actores pasa por fiscalizar que estos estén realizando correctamente su trabajo. El Instituto de Salud Pública define **fiscalización** como: procedimiento que permite evaluar las normas de calidad, lo que incluye las acciones de vigilar, controlar, investigar, inspeccionar y perseguir el cumplimiento de determinadas obligaciones y, si la gravedad en el incumplimiento de ellas lo amerita, efectuar el sumario correspondiente (ISP, 2016).

Al referirse a regulación, se destaca el caso de la OMS, que impulsó el rápido intercambio de información entre sus países miembros, facilitado por las Regulaciones Internacionales en Salud, y que llevó a una mejor situación de alerta de amenazas emergentes y permitió una respuesta global más coordinada y transparente. (Kohl, Arthur, O'Connor, & Fernandez, 2012). La CNT necesita implementar regulaciones que sean tan eficaces como las de la OMS con el fin de que las distintas organizaciones coordinadas actúen de manera pronta frente a cualquier aviso de posible donante.

METODOLOGÍA

Características del estudio

Este es un estudio de caso, definido por Ramón Borges (1995) como “una pesquisa en profundidad, que investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real, cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes, para lo que se utilizan fuentes de información diversas”. Destaca, además, el hecho de que constituye una “herramienta de mayor alcance, que posibilita la generación de conocimiento y la comprensión de determinados fenómenos”, siendo exhaustivamente descriptivo, al tiempo que desarrolla un componente analítico importante respecto a su objeto de estudio.

Se seguirá una metodología de enfoque principalmente cualitativo, ya que lo que se busca es recoger subjetividades (particularidades de cada uno de los actores) en torno al proceso de la donación y trasplante de órganos, con el fin de entender cómo es que los actores se interesan en ser partícipes del proceso mismo. Al partir desde los actores, el enfoque será micro y se utilizará una lógica inductiva de análisis.

Se pretende describir a cabalidad cómo funciona el sistema de procuramiento y trasplante y analizar desde ahí. No se pretende construir teoría, sino más bien analizar la práctica y generar propuestas que puedan ser llevadas a cabo en la realidad. Por ello, los hallazgos de este estudio no serán generalizables, sino aplicables únicamente a este caso concreto.

Diseño metodológico

La unidad de análisis para el estudio es el trabajo de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de órganos para garantizar la posibilidad de un trasplante a todos aquellos pacientes que lo necesiten. Poniendo el foco en cómo la CNT coordina y fiscaliza a los diversos actores involucrados en el proceso de donación y trasplante de órganos.

Específicamente, la unidad de observación para el estudio serán los distintos actores que interactúan con la CNT (incluida la CNT misma), los que fueron detallados en la sección de antecedentes a través del mapa de entorno coproductor. Temporalmente, se estudiará el periodo 2010-2017, ya que es en él que la CNT nace y actúa en la materia.

La recolección de la información se hará tanto a través de fuentes primarias como de fuentes secundarias. Lo que se llevará a cabo de manera paralela y simultánea, ya que ambas fuentes se complementan al entregar información sobre un mismo fenómeno.

Para obtener información a partir de fuentes primarias se realizarán dos tandas de entrevistas semiestructuradas, en base a un set de preguntas iniciales generado a partir de la bibliografía y el conocimiento previo del autor en la materia, pero también dejando espacio para abordar tópicos emergentes. Se entrevistará a los actores involucrados con el fin de obtener información basada en la experiencia respecto al funcionamiento real de la CNT en el control técnico de los procesos. A través de la muestra se pretende realizar

una aproximación a la realidad del sistema de donación y trasplantes en el país, al ser personas con experiencia en la materia.

Con el objetivo de que el levantamiento de información incluyera no sólo la perspectiva de la propia Coordinadora de Trasplantes en su labor, sino que una mirada más general, es que se eligieron los siguientes grupos a entrevistar:

- Personal de la Coordinadora Nacional de Trasplantes, que se alojan en el MinSal y representan el nivel central de la coordinación en la materia.
- Enfermeras coordinadoras locales de procuramiento en hospitales, quienes trabajan en terreno y son la cara visible del trabajo en la materia a nivel local a lo largo del país.
- Directivos de hospitales en los que hay coordinaciones locales de procuramiento, ya que corresponde a ellos velar por el correcto desempeño de su institución en la materia.

También se estructura el “modelo de negocios” de la Coordinadora a través de un Modelo Canvas, en el que se muestran las distintas aristas del funcionamiento de la organización y sus procesos al momento de entregar sus servicios o productos. Se formula en base al contenido de las entrevistas, pensando en cómo es y cómo funciona la Coordinadora, siempre con una mirada desde la gestión y la ingeniería.

Tabla 1: Entrevistados

Persona	Cargo	Lugar	Tanda
José Luis Rojas	Jefe	Coordinadora Nacional de Trasplantes	1ra y 2da
Dunja Roje	Ex-encargada de Órganos	Coordinadora Nacional de Trasplantes	1ra
Paulina Acuña	Encargada de Tejidos	Coordinadora Nacional de Trasplantes	1ra y 2da
Juan Andrés Sánchez	Coordinador Central	Coordinadora Nacional de Trasplantes	1ra
César Cortés	Ex Coordinador Central	Coordinadora Nacional de Trasplantes	2da
Equipo	Procuramiento de Órganos	Complejo Asistencial Sótero del Río	1ra
Margarita Yercic	Subdirectora de Gestión del Cuidado	Complejo Asistencial Sótero del Río	1ra
Claudio Farah	Director	Complejo Asistencial Sótero del Río	1ra
Anónimo	Ex Ministro/a de Salud	Gobierno de Chile	2da
Equipo	Procuramiento de Órganos	Anónimo	2da

Fuente: Elaboración propia.

Tópicos de las entrevistas

Las primeras siete entrevistas realizadas abarcaron: la organización interna de la Coordinadora, su estructura, relaciones laborales y poder político, la planificación y el modelo de negocios con el que trabajan; la implementación del SIDOT como sistema de información; la labor de las coordinaciones locales de procuramiento y su relación con el nivel central; los indicadores en la materia; y la cultura hospitalaria en torno a la donación de órganos.²

Basándose en los resultados de la primera tanda de entrevistas se modificaron los tópicos a abarcar en la segunda tanda de entrevistas, con el objetivo de profundizar el análisis, incluyéndose: los avances durante cada gobierno y los objetivos por periodo, la instalación de la oficina y las unidades locales, las mejoras en cifras del último tiempo³, la voluntad política al respecto y los desafíos futuros.⁴

Análisis de las entrevistas

El análisis de las entrevistas se realizó utilizando el software Atlas.ti y, siguiendo lo expuesto en “¿Cómo analizar datos cualitativos? (Fernández, 2006), el análisis cualitativo siguió la siguiente estructura:

1. *Obtener la información:* realización de entrevistas.
2. *Capturar, transcribir y ordenar la información:* registro electrónico. Toda la información obtenida fue transcrita a un formato legible.
3. *Codificar la información:* en base a lo expuesto en Antecedentes, se generan categorías que concentran las ideas, conceptos o temas similares a descubrir por el investigador, o los pasos o fases dentro de un proceso. Los códigos se asignan a trozos de texto, para identificarlos. Los códigos son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación.
4. *Integrar la información:* relacionar las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación. Se deben relacionar entre sí para poder elaborar una explicación integrada.

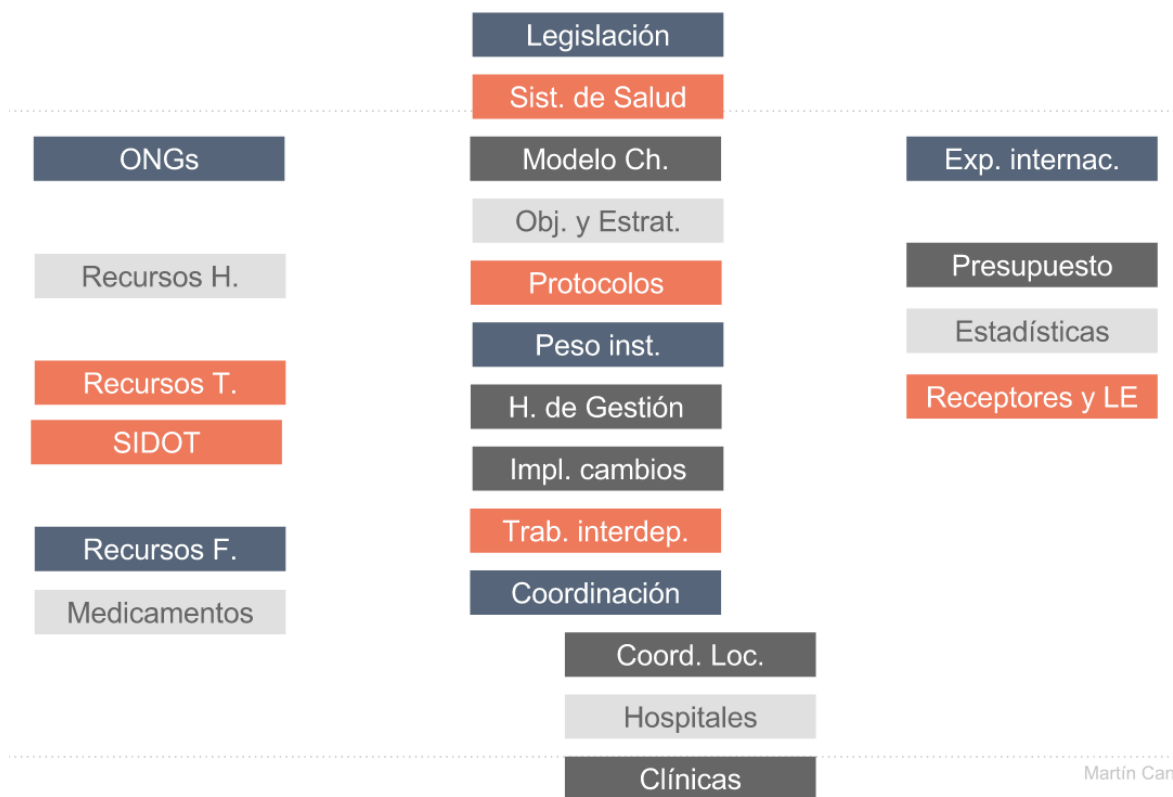
Inicialmente, se definieron 23 categorías para etiquetar la información obtenida, las que se muestran en el siguiente mapa semántico.

² El detalle de los tópicos, así como también las preguntas para cada entrevistado, se encuentra en el anexo 1

³ Durante el 2017 hubo una tasa anual de 10 donantes por millón de habitantes, lo que significó un salto de los 7 que hubo durante los últimos años.

⁴ El detalle se encuentra en el Anexo N°2

Figura 7: Categorías de análisis



Fuente: Elaboración propia.

Luego de hacer la categorización de la información, se puede ver que existen dos subconjuntos principales en la materia: en uno están las cosas más físicas, recursos concretos, y en el otro, aspectos relacionados a la planificación y revisión de datos, así como el sistema de información para procesar todo ello. Uniendo ambos extremos está la labor que realiza la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante de Órganos. Esto fundamenta que ella sea la unidad en estudio.

Para el caso de fuentes secundarias, se recurrirá a manuales de procedimientos de la CNT y otros organismos públicos, otras fuentes bibliográficas, oficios, bases de datos, entre otros. Otra fuente secundaria relevante son los trabajos presentados en el Congreso Chileno de Trasplante⁵ y el Congreso Latinoamericano de Trasplante, instancias en las que el autor participó como asistente y se llevaron a cabo en 2017. Para las fuentes secundarias se seguirá con un enfoque cualitativo.

⁵ Instancia en la que el autor presentó este estudio de caso, nominado a mejor trabajo del congreso.

RESULTADOS: CAPACIDADES DE LA CNT

A la luz del análisis de las entrevistas y otras fuentes secundarias, a continuación se analizan acabadamente el sistema, las capacidades que posee la Coordinadora Nacional de Trasplante para cumplir con su misión, y su modelo de negocios. En la sección posterior se entregan recomendaciones de política pública para mejorar el desempeño del sistema de donación de órganos en el país. La Figura 8 muestra un resumen de los resultados, destacando los puntos más importantes.

Figura 8: Resumen de las capacidades de la CNT



Fuente: Elaboración propia.

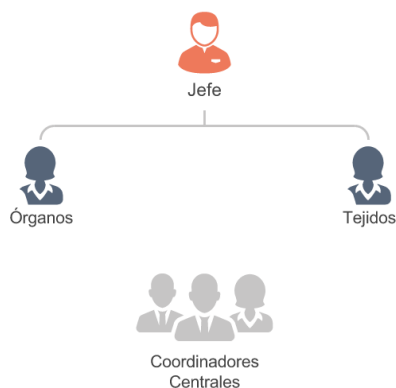
a) La fuerza de trabajo

La fuerza de trabajo en materia de donación y trasplante de órganos se compone de dos niveles, uno central y otro local. El central corresponde a la CNT propiamente tal y lo local a la red de coordinaciones locales de procuramiento, ambos niveles responden a la organización de la CNT. Pero también está el personal de los hospitales, que no es parte del nivel local de la CNT, pero que es fundamental en el cumplimiento de los objetivos de ella, razón por la cual se le incluye en el análisis. De hecho, una investigación paralela, llevada a cabo por el Web Intelligence Centre (“Estudio del proceso de pesquisa de posibles donantes de órganos en centros trasplantadores de la región metropolitana”) muestra que existe un amplio desconocimiento del proceso por parte del personal de Urgencias. A continuación se explican en detalle cada uno de los niveles.

Nivel central: la oficina y coordinación central

A nivel central, el recurso humano es escaso. La CNT se compone tanto del personal que trabaja en “la oficina” como de un coordinador/a central, puesto que funciona en sistema de cuarto de turno. La estructura se muestra a continuación.

Figura 9: Organigrama de la Coordinadora Nacional de Trasplante



Fuente: Elaboración propia.

Coordinación Nacional de Procuramiento y Trasplante (oficina):

- Coordinador Nacional: Dr. José Luis Rojas
- Enfermera Coordinadora de Órganos: vacante
- Enfermera Coordinadora de Tejidos: Paulina Acuña
- Encargada de Estadística e Información: Jaime Muñoz

“La oficina” consiste en un equipo trabajando a tiempo completo y con dedicación exclusiva, exceptuando en esto último al jefe, quien trabaja en la CNT a tiempo parcial, realizando un turno también en la Clínica Las Condes. Es un equipo más bien cerrado, al que recientemente se han sumado dos psicólogas. Para ser la oficina nacional que vela por un tema, es claro ver que el recurso humano es escaso, de hecho en sus declaraciones demuestran una alta carga laboral. Son muchas las funciones que deben cumplir y todos son recursos clave (ya que no existe ninguna formación formal en la materia), percepción en la que coinciden todos los entrevistados. El equipo cuenta con el *know-how* ya que en su mayoría eran miembros de la “antigua” Corporación del Trasplante, entidad que coordinaba los trasplante de órganos en Chile antes del 2010.

“Por lo menos en mi caso, yo venía de la Corporación. Entonces como ya cachaba el tejemaneje me vine al tiro para acá, lo que estaba haciendo en la Corporación lo continúo acá en el fondo.”
(Coordinación Nacional, 2)

Físicamente, se encuentran en el octavo piso de un edificio ministerial, y no tienen una oficina propia, sino que trabajan en boxes contiguos, ubicados al lado de la encargada de Sangre del Ministerio de Salud, labor que se relaciona con el trabajo que la CNT realiza con tejidos, al ser similares.

Adicionalmente, está la Coordinación Central (CC), que consiste en un cargo 24/7 que se van turnando 4 enfermeros. Y es este cargo quien debe estar en constante comunicación con el nivel local.

- EU. Juan Andrés Sánchez
- EU. Manuel Neira
- EU. Daniel Sánchez
- Sr. Javier Méndez

La labor que estos realizan es netamente coordinación frente a la existencia de un posible donante en algún hospital del país. Deben coordinar toda la logística involucrada, tanto aspectos clínicos como no clínicos, tomando un rol de liderazgo únicamente frente a la aparición de un posible donante. Lo anterior se puede apreciar en las siguientes citas:

“Nosotros no sólo monitoreamos a los donantes, hay una serie de pacientes que están en seguimiento (están en SIDOT) y eso también significa coordinación. Te presentan al paciente, a lo mejor no se va a transformar en efectivo porque la familia no quiso o porque el paciente tuvo una contraindicación o algo, lo que también requiere estar en constante coordinación con las CLP, independiente de que no se llegue a buen puerto.”

(Coordinación Nacional, 3)

“Tenemos que tener conocimiento de cuidados de paciente crítico (UCI y Urgencias), capacitación en coordinación, en saber cuáles son los puntos críticos, tener conocimiento de la logística que uno tiene que coordinar frente a un posible donante. [...] Los coordinadores centrales tienen que centralizar la información para posteriormente organizar todo el aparataje clínico y no clínico.”

(Coordinación Nacional, 5)

“Los enfermeros de CC, aparte de ser expertos en procuramiento, manejo crítico, tenemos que saber un poco de meteorología, inclusive de geografía y aero distribución de aeropuertos.”

(Coordinación Nacional, 3)

Nivel local: coordinadoras locales y resto del hospital

A nivel operacional, se halla la labor de las coordinaciones locales de procuramiento (CLP) y otros actores dentro del hospital.

Las CLP son 2 enfermeras que se ubican dentro del organigrama de cada uno de los hospitales de alta complejidad a lo largo del país (excepto en dos) y representan la autoridad ministerial a nivel local, ocupándose de lo operativo y logístico del proceso de procuramiento de órganos. Sin embargo, se encuentra en una capa bien abajo dentro del organigrama hospitalario, siendo profesionales nivel 10. Los hospitales son servicios auto gestionados y auto regulados, por lo que depende de la voluntad de los directivos las tareas que asignan, dentro de su estructura, a las enfermeras de procuramiento;

existiendo una especie de doble jefatura para ellas (su propio hospital y la CNT, siendo esta última la entidad la que coordina desde el nivel central).

“El Ministerio genera los cargos, se los entrega a los hospitales, y el hospital muchas veces decide si ese cargo lo deja como de procuramiento y trasplante o, sabís qué, necesito una enfermera en la unidad de cardiología. Entonces la contratan con ese cargo, pero le dan otras funciones. No tenemos mayor poder de supervisión. Cuando conocemos estos casos, se conversa con los hospitales y se intenta algún tipo de mediación, pero son ellos los que disponen, considerando que el director del hospital tiene otra línea de desarrollo.”

(Coordinación Nacional, 3)

“La contratación es un concurso interno del hospital, nosotros no tenemos nada que ver ahí. Nosotros sólo les decimos que tienen que tener tales características, y que por otra parte ustedes como empleadores tienen que proveerle de estas herramientas de trabajo, pero el resto es de ellos. Hay algunas coordinadoras que negocian su cargo y les mejoran el grado, otras se quedan con grado 12, eso ya es netamente del hospital.”

(Coordinación Nacional, 2)

Existe una comunicación muy fluida entre el nivel central y el nivel local, la que ocurre sin protocolos establecidos, siendo principalmente vía mail, excepto en caso de un procuramiento, cuando la comunicación es principalmente telefónica. En las clínicas de la capital que no cuentan con enfermeras encargadas de procuramiento, es CC quien debe cumplir labores de CLP en caso de existir un posible donante allí, lo que representa una sobrecarga laboral en dichos momentos. La comunicación es descrita como sigue:

“Nosotros tenemos contacto directo y permanente con ellos, de partida porque nosotros dentro de nuestra unidad, de nuestra misión, visión y todo, es mantener la red activa, entonces cada logro que tenemos, cada actividad extra hospital que hacemos, nuestros informes los derivamos allá, solicitamos mucho apoyo con respecto a ciertos casos, por ejemplo tengo un caso que yo no sé si notificarlo en el SIDOT o no, llamo por teléfono a José Luis y le hago mis preguntas, es una relación muy directa y permanente, si no es por teléfono es por WhatsApp, ahora que [...] está trabajando [...] en implementar el procuramiento allá, también hemos tenido contacto directo, entonces finalmente además de ser nuestros referentes capacitadores son nuestros referentes clínicos directos y podemos establecer la relación a pesar de que estamos así como bien lejos.”

(Coordinación Local, 2)

El equipo de procuramiento del Hospital Sótero del Río entrevistado muestra gran compromiso en su labor, lo que es respaldado por las conversaciones sostenidas con sus directivos.

“Cuando uno la escucha presentar uno ve que es comprometida de corazón, uno empatiza con ella en lo que significa la labor que ella desarrolla.”

(Cargo Directivo, 1)

Y es importante destacar este punto: el compromiso. Varios de los entrevistados coincidieron en su relevancia al momento de desempeñarse las labores de procuramiento de órganos.

La carga laboral que enfrentan las enfermeras de procuramiento es alta, al ser un trabajo que demanda mucho estrés y un alto costo emocional. Lo anterior provoca una alta rotación en el cargo, sobretodo dentro de Santiago (sufren rápidamente burned out). Una semana al mes tienen turnos de llamada, es decir, deben estar pendientes del teléfono 24/7 y acudir al hospital en caso de un procuramiento, por lo que deben balancear la vida laboral con la familiar. Lo mismo ocurre con el segundo equipo de procuramiento entrevistado, que al estar ubicado fuera de Santiago, muestra que la problemática no es un caso particular. Lo anterior se expresa en las siguientes citas:

“Todos los que están en esto tienen el mismo problema. Y toda tu familia sabe, cuando estás de turno, que en cualquier momento te pueden llamar y tienes que dejar todo botado.”

(Coordinación Local, 1)

“Vine un miércoles a evaluar un paciente, como a las siete de la tarde y me quede hasta el otro día, ese día fui a pabellón, voy saliendo de ahí a las cinco, seis de la tarde y me avisan que hay que hacer otra entrevista de otro paciente, tenía que seguir.”

(Coordinación Local, 2)

“Tienen que considerar que sobre todo las coordinadoras que ven sólo donantes, trabajan directamente con pacientes que fallecen o están en proceso de fallecer, altamente graves... Por lo tanto es un trabajo que tiene un alto costo emocional, y además de eso, porque los incentivos asociados a los cargos no son en general los que esperarían las enfermeras que trabajan en estas áreas.”

(Coordinación Nacional, 4)

La labor de las CLP es descrita por parte de los directivos como “un mundo paralelo” al resto del hospital, y se necesita el compromiso de las autoridades para asegurar que se respete el cargo y funciones de las CLP, de tal forma de darles prioridad. Por ejemplo, en el Hospital Sótero del Río, las CLP no representan ni el 1% del total de enfermeras del hospital y no son conocidas por todo el hospital.

También debe considerarse el personal sanitario que trabaja en los procesos de procuramiento y trasplante, que no son parte de la CNT o CLP, pero son quienes finalmente realizan el trabajo y están en contacto directo con los posibles donantes; ellos dependen de los hospitales en cuanto a su retención e incentivos. Las CLP deben relacionarse con dichos actores dentro de los hospitales, actores clave en el proceso de pesquisa y procuramiento de órganos, por lo que deben mantener buenas relaciones con las otras unidades. Y aquí la autogestión vuelve a jugarles en contra, ya que el rango que ellas tienen es el mismo que otras enfermeras, no existiendo una jerarquía o autoridad al momento de dar orientaciones al trabajo del personal de Urgencias para trabajar en pos de la donación de órganos. En palabras de los entrevistados:

“Como unidad no tenemos una autonomía total, dependemos de muchas otras unidades: para mantener un donante, UCI; para tomar un examen, Laboratorio; para radiografías, Rayos; del médico cardiólogo; del cirujano... Tenemos que tener buenas relaciones con el hospital en general. Incluso para una firma, con el jefe de la Urgencia; con el Director... Tenemos que tener buenas relaciones con todos.”
(Coordinación Local, 1)

“Nosotros somos una unidad muy conocida, muy querida y valorada, nos hemos ganado eso, Por el hecho de que los cursos de procuramiento que tenemos no son solamente eso, sino que durante el 2015 [...] la idea era fidelizar al hospital que todos supieran que este siendo el único hospital que hacía procuramiento de órganos en la región, queríamos que todo el personal supiese lo que se hacía por lo tanto hacíamos tres sesiones educativas a la semana”
(Coordinación Local, 2)

“Aun siendo profesionales de la salud, ven como buitres a las enfermeras de Procuramiento...”
(Cargo Directivo, 1)

Por último, conviene destacar que la capacitación del personal, tanto de las coordinadoras locales de procuramiento como del resto del personal del hospital, es relevante para lograr que todos los actores actúen su parte del proceso. Al mismo tiempo que, muchas veces, es la falta de personal especialista lo que ralentiza el proceso:

“Hay escasez de personal en el hospital, especialistas! Médico que haga la eco Doppler, por ejemplo. Ahora nosotros estamos trabajando con el director del hospital para mejorar esto, es una brecha que está puesta y se están haciendo planes de mejora, de hecho que en este semestre va a empezar el interconsultor radiólogo, llamado para procuramiento, que es algo que nos había costado mucho que nos dieran las horas.”
(Coordinación Local, 2)

b) Los sistemas de información

La Coordinadora Nacional de Trasplante cuenta con el Sistema Integrado de Donación de Órganos y Trasplante (SIDOT), el que representa un activo muy relevante para la organización. Permite el seguimiento a pacientes que podrían llegar a muerte encefálica y funciona tanto desde un ordenador como desde el celular.

El SIDOT condensa la información que la CNT maneja de lo que ocurre a nivel local y permite tanto la trazabilidad de pacientes y órganos, como la revisión del cumplimiento de los protocolos (ejemplo Glasgow 7). Por su parte, cada hospital accede a sus datos de manera restringida, sin embargo, el sistema es desconocido a nivel de directivos como para que efectivamente puedan realizar una auditoría interna. Respecto al SIDOT, los entrevistados comentan sus ventajas:

“Al principio causó resquemor: “que yo requiero esto”, “no lo tenemos”, “pero es que tiene que estar”. Hoy están más ordenadas y saben que la información tiene que estar en SIDOT.”

(Coordinación Nacional, 3)

“Lo que pasa es que tienes menos papeles, toda la información está ahí [en SIDOT], entonces si se pierde algo no vamos a ser nosotros los responsables porque la información estaba ahí. En cambio acá tenemos archivadores con todos los donantes desde el año 86, son papeles y a veces se borran, se pierden... Es mejor digitalizar la información.”

(Coordinación Local, 1)

“El SIDOT fue sistematizar información, respaldar que esto tuviera un proceso de calidad establecido.”

(Coordinación Nacional, 1)

La empresa licitada para el desarrollo y mantenimiento del sistema es Cybercenter. Su puesta en marcha fue a principios del 2013, y aún no terminan de desarrollársele mejoras, la CNT se reúne con la empresa todos los miércoles para trabajar en las mejoras y nuevas aplicaciones del SIDOT. Actualmente, trabaja en base a la confianza y excluye algunos aspectos del trabajo de la CNT, como son los viajes en avión. El trabajo para los próximos dos años incluye mejorar en: estadísticas, donante vivo, SIDOT ciudadano y Tejidos. El SIDOT Ciudadano va en la línea de la transparencia y *accountability*, y su fin queda bien ejemplificado en la siguiente cita:

“Estamos trabajando para hacer que la ciudadanía, cualquier chileno, pueda meterse, conocer cuáles son las listas de espera (no a los pacientes), que puedan dirigir ahí cualquier duda, ver datos duros respecto a donación y trasplante...”

(Coordinación Nacional, 3)

SIDOT, sin embargo, no es el único sistema de información que utiliza la CNT para mantener un registro de los donantes y pacientes en lista de espera y trasplantados, ya que también están comenzando un registro de información relativa a las córneas. Del cual se afirma que:

“Ese programa de córneas es uno de los más nuevos que se está tratando de introducir, antiguamente era manejado solo por los hospitales, cada uno manejaba su programa de córneas. Pero en este afán de transparentar y centralizar toda la información, que debe ser así, están todos los pacientes subidos en este sistema.”

(Coordinación Nacional, 3)

Paralelo a todo lo anterior, que se considera “lo oficial”, los coordinadores centrales tienen una carpeta compartida en Dropbox en el que guardan de manera digital los documentos relacionados con el proceso de coordinación del procuramiento y trasplante. Esto debido a que dentro del SIDOT no está toda la información del proceso, sino que este se enfoca en la información clínica, y además, la mayor parte de la información sigue estando principalmente en formato papel. Respecto a él, se dice:

“Nosotros, los coordinadores centrales, tenemos también un Dropbox. Tenemos las entregas de turno respaldadas, donde va el dato duro de los casos pendientes [...] Esto no está institucionalizado, este respaldo es nuestro. Está el respaldo de los donantes, las listas de espera que se generaron con ese donante, cómo se ofertó el hígado y el pulmón. ¿Por qué pasó primero la Chile? Porque tal cosa [...] Está todo respaldado para no andar con un mamotreto de papeles. [...] El registro es SIDOT, el formal e institucionalizado, y ahí tiene acceso [CLPs de] todo Chile.”
(Coordinación Nacional, 3)

c) Las tecnologías

La CNT no cuenta con medios físicos para el traslado de los órganos y equipos, por lo tanto debe comprar servicios a privados para ello. En el Anexo N°3 se puede ver el precio de los viajes en avión del primer semestre de 2017, entregados por la propia CNT. Antes de la existencia de la CNT, esta labor era realizada por las fuerzas armadas.

Otros recursos físicos que significan un problema para el correcto desarrollo de sus labores, es la capacidad de los hospitales para atender a pacientes que podrían ser donantes de órganos: la escasez de camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) es la principal. Así como también la escasez de maquinaria necesaria para el correcto mantenimiento de los tejidos en los hospitales que los procuran.

Otra arista importante a destacar es la adquisición de conocimiento técnico desde otros países, lo que se recibe como cooperación internacional. Por ejemplo, desde países vecinos líderes en la materia, como son Argentina y Uruguay. La CNT coordina la capacitación de personal chileno en dichos países, ya que compartimos un modelo de donación similar.

Actualmente además, es el mismo personal de la CNT el que está capacitándose en trabajar correctamente la donación de tejidos, yendo a capacitaciones fuera de Chile en la materia. Se está mejorando en el *know-how* respecto al trabajo con tejidos tanto a nivel de CNT como en las CLPs. Ya que en los años anteriores el foco ha estado siempre puesto en órganos y la donación de tejidos se ha trabajado en segundo plano.

d) La capacidad institucional

Los cambios negativos en el peso o relevancia que se le da a la CNT, tanto dentro del MinSal como dentro del Sistema de Salud en general, perjudican el impacto que la organización podría realizar. La CNT nació luego del cambio de ley en enero de 2010, durante el Gobierno de Sebastián Piñera, siendo un Departamento dentro de la División de Gestión de Redes Asistenciales y siendo parte del gabinete del ministro (políticamente empoderado). Sin embargo, a comienzos del siguiente Gobierno (Michelle Bachelet 2014-2018) la CNT dejó de ser un Departamento (se perdió el cargo directivo de la jefatura) y pasó a ser una unidad más del Departamento de GES (bajo la misma división). Las implicancias que tuvo dicha degradación incluyen que la jefatura de la CNT pasó a

ser otro cargo de enfermero, perdiendo el grado de directivo, y se vio afectado el seguimiento de su labor, al dejar de ser parte de la estrategia explícita del MinSal. Sin embargo, operativamente no hubo modificaciones. Actualmente el tema no está siquiera en la agenda administrativa del Ministerio de Salud. Lo anterior se demuestra en las siguientes citas de los entrevistados:

“Era más visible, más relevante, en el gobierno anterior, es cosa de ver la inversión que hubo en este tema, el peso de los presupuestos, como está en la agenda de las autoridades. Ahora, nunca ha sido prioritario para ningún gobierno, pero lógicamente antes tenía más peso, era más visible, la coordinación nacional tenía más capacidad de autonomía, era un departamento independiente, el coordinador nacional tenía rol directivo”

(Coordinación Nacional, 1)

“Si me ponen una matrona o una nutricionista, yo no puedo decir anda, si me gusta bien y si no, mala suerte. Ahí tiene que ver cómo se posiciona la coordinación dentro del concepto de autoridad sanitaria. [...] Estamos tan invisibilizados que no podemos hacer nada.”

(Coordinación Nacional, 1)

“Nos piden a cada rato reportes (¿cuántos más llevan?, ¿cuántos más llevan?), todos los lunes y todos los viernes tenemos que enviar una minuta de la actividad a la ministra. Porque es como un gran resultado que mostrar, en realidad, es un grandísimo resultado que mostrar.”

(Coordinación Nacional, 2)

Esta última cita muestra cómo el tema ha cobrado mayor relevancia gracias a la mejora en las cifras. Pero aparte de esta importancia que tomó el tema durante 2017 debido a la campaña de un canal de televisión, un entrevistado destaca que para el MinSal el tema cobra especial relevancia cuando existe el caso de un paciente a la espera de un trasplante con gran repercusión mediática, lo que pone al ministerio en la mira de la opinión pública. Estos casos no necesariamente son de personas con poder económico.

Desde las entrevistas también se desprende que la CNT se ubica alejada de otras áreas afines a su labor, al estar dentro de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, separada de la planificación y prevención de la Subsecretaría de Salud Pública; por ejemplo, se encuentra separada del área de prevención de enfermedades renales.

Los recursos asignados a la CNT podrían dar una idea de la importancia que ésta tiene dentro del Ministerio de Salud. En total en el año tiene un presupuesto de USD \$400.000, además, desde el 2011 a la fecha, se han generado 2 cargos por cada hospital con capacidad de generar donantes a lo largo de todo Chile. Esto último significa 70 cargos de enfermeras/os tiempo completo.

La CNT, al ser la institución estatal representante del tema, se debe relacionar con todas las ONGs que abordan la materia. De acuerdo a lo expresado por el Coordinador Nacional de Trasplantes, saben qué es lo que están haciendo cada una de las

instituciones, buscando tener un rol más “aglutinador”, ya que las fundaciones son numerosas y cada una tiene una estrategia de marketing o difusión bien característica.

e) Capacidad organizacional

Esta es una de las capacidades de la Coordinadora Nacional de Trasplantes en las que más se ahondará, debido a la amplitud de los temas que engloba. Hablándose, así, de la implementación de la Coordinadora en 2011, de los objetivos que persigue, cómo es que se alinea a las coordinaciones locales y se las incluye en la planificación nacional, el trabajo que realiza con otros departamentos o entidades gubernamentales, las herramientas de gestión que utiliza para el funcionamiento de toda la red de trasplante y, finalmente, el modelo de negocios que sigue la organización, el que será analizado en base a si logra o no los objetivos que la misma organización postula.

Luego del cambio de ley, la CNT comenzó sus funciones como oficina el mismo 2010; sin embargo, el proceso de implementación de las CLP terminó recién el año 2016 (logrando 70 cargos tiempo completo), por lo que recién puede hablarse de un estado estacionario.

“Las coordinaciones locales comenzaron a hacer todas lo mismo, y eso es algo que antes no existía. Hoy en día, un procuramiento se coordina de forma estandarizada en Arica, Valparaíso, Valdivia, etc. Eso ha sido una gran ganancia.”
(Coordinación Nacional, 1)

La Coordinadora Nacional tiene sus objetivos claros y son de conocimiento, al menos, de todo el equipo que dirige la oficina central. El objetivo de la CNT es siempre mejorar la tasa de donación de órganos en el país. Paralelamente también se encuentran otros objetivos que no están explícitos no declarados por ley:

- Mejorar sustancialmente en la región metropolitana (donde existen más recursos);
- Establecer programas de generación de tejidos en las CLP ya establecidas;
- Y un SIDOT ciudadano, transparente con la ciudadanía.

Para organizar el trabajo anualmente y alinear a todos los profesionales, se realiza un encuentro con todas las CLPs del país por año, donde definen objetivos para el año siguiente y generan comisiones para trabajar diversos temas en base a sus propios intereses, para una mejora continua. Y, a pesar de que la comunicación e información respecto a donación de órganos es algo central (de acuerdo a los entrevistados) para poder disminuir mitos y aumentar la confianza en el sistema, la CNT no cuenta con un área de comunicaciones propia, teniendo que recurrir a la del MinSal.

La labor que realiza la CNT en órganos y en tejidos no es completamente homologable, ya que ambos hemoderivados reciben tratamientos muy distintos. Por ejemplo, los órganos no requieren de almacenamiento, ya que su extracción y uso se realiza contra el tiempo. Es por ello que se trabajan de manera separada. En la actualidad, es legal importar y exportar órganos y tejidos. De hecho, se importan tejidos, ya que los producidos en Chile no dan abasto. En materia de exportación de órganos, se firmó un convenio de colaboración entre Argentina y Chile para hígado pediátrico, pero no se llegó

a definir la parte operativa, por lo que nunca se concretó ninguna exportación. La idea era que se pudiera exportar hígado al país hermano en caso de que no se tuviera una urgencia en el propio país.

El discurso público de la CNT, apunta a que las mejoras obtenidas en el último tiempo dan cuenta de la madurez que ha alcanzado el sistema. El cambio de ley ocurrió el año 2010 y la CNT comenzó sus funciones el mismo año. Sin embargo, el proceso de implementación de las coordinaciones locales de procuramiento terminó recién el año 2016. Debido a lo anterior es que no es posible hablar de un sistema completo que lleva funcionando seis años, ya que en teoría el 2017 es recién su segundo año de madurez, recién se halla en un estado estacionario.

En lo que respecta a capacidad para realizar un trabajo inter-departamentos o interdisciplinario entre la CNT y otras áreas del Estado, existen diversos obstáculos a superar. Actualmente, se realiza un trabajo a través de comisiones para los distintos órganos compuestas por CLPs de todo el país, con el objetivo de generar protocolos para mejorar la situación respecto a cada uno de ellos. Sin embargo, la separación del Ministerio de Salud entre la Subsecretaría de Redes Asistenciales (donde se ubica la CNT) y la Subsecretaría de Salud Pública implica que la CNT tiene un rol meramente ejecutor, y que no se preocupa de otras aristas del problema de la donación de órganos, como es la prevención de enfermedades u otro tipo de trabajos complementarios a la coordinación de enfermeras locales y que tengan el objetivo de mejorar la tasa de donación efectiva de órganos. La separación del MinSal (silos) sería más útil si existiera efectivamente un trabajo en conjunto, sincronizado e inter-relacionado. Las dificultades que se acrecientan al no tener el jefe de la CNT un cargo directivo.

Y las dificultades no ocurren solo con el Ministerio de Salud, ya que para educar a la población en materia de donación de órganos se ha intentado coordinar con el Ministerio de Educación, sin llegar a nada concreto. Una de las entrevistadas ve esto más como un favor político que como una verdadera voluntad por avanzar. El trabajo en silos es un vicio que también afecta las mejoras en materia de donación de órganos.

La CNT cuenta con herramientas de gestión que le permiten guiar el trabajo que realizan los hospitales en la materia. Siendo la principal para fiscalizar el trabajo de los médicos y enfermeras de los Servicios de Urgencia: el Indicador de Pesquisa en Urgencias, que se incluye en el Balanced Scorecard y permite orientar el trabajo que realizan los hospitales con su capacidad de generar donantes. Entró en funcionamiento en julio de 2016, por lo que no existen datos conclusivos de su efectividad, sin embargo, una enfermera de procuramiento (CLP) entrevistada afirma que no es una medida efectiva ya que genera que notifiquen muchos potenciales donantes que presentan contraindicaciones para transformarse en donantes efectivos. Antiguamente existía un PMG que le exigía a los hospitales un número mínimo de donantes. Pero, al medir un resultado y no un proceso, se tuvo que eliminar de los PMG. A pesar de lo anterior, y más recientemente, la postura respecto al indicador es más positiva:

“Así la unidad de emergencia y el directorio, la subdirección médica, asumieron esto como también parte de su labor y ya no somos solo nosotras, las que hacemos las reuniones clínicas con los neurólogos, con los neurocirujanos, con los médicos de la unidad de cuidados intensivos y decíamos en súper importante

esto, pero desde un punto de vista casi evangelización, casi como sensibilizar, casi como puerta a puerta, pero ahora esto responde a un indicador, a la producción del hospital”

(Coordinación Local, 2)

“Eso es también porque se agregó un indicador y las unidades de emergencia tienen la obligación de avisarles, y se les mide con este indicador a los hospitales cuántos avisan de los ingresos que llegan con daño neurológico.”

(Coordinación Nacional, 2)

Una segunda herramienta de gestión es la existencia de referentes (ajeno a la CLP) dentro de cada servicio de salud en el que hay una CLP, con quienes se triangula la información que fluye entre la dirección de los hospitales y la CNT.

Las herramientas de gestión son relevantes, ya que a través de ellas es posible que la CNT, desde Santiago, pueda supervisar el correcto funcionamiento del sistema en regiones. Y en regiones, las cosas no funcionan del mismo modo que en la capital, como describe una coordinadora de trasplante:

“En regiones el programa cambia, primero que todo saber que la rotación central es la encargada de ver quién es el equipo que viene, de valorar los órganos y nosotros en este hospital tenemos recursos limitados, si tenemos un paciente potencialmente pediátrico y tenemos efectivamente que hacer donación de corazón, hay solamente un cardiólogo que hace eco Doppler cardiaca y si es un día sábado o viernes en la tarde o lunes en la mañana, no la podemos hacer, por lo tanto la validación de nuestros órganos a nivel regional, es mucho más compleja.”

(Coordinación Local, 2)

El modelo de negocios de la Coordinadora Nacional de Trasplantes

Conviene analizar el modelo de negocios de la CNT para poder establecer la correcta correlación entre cada una de las aristas del trabajo que la oficina realiza con el fin de cumplir con su misión.

El servicio que actualmente ofrece la Coordinadora es: implementar una política nacional de trasplantes, coordinando los distintos actores que realizan procuramiento y trasplante para aumentar la cantidad total de procuramientos y trasplantes en el país. Sus “clientes” vendrían siendo los receptores de órganos (listas de espera), es a ellos a quienes se sirve. La relación que hay entre la Coordinadora y los “clientes” es principalmente de información (datos sobre las personas en lista de espera), relación que pasa a través de las Coordinadoras de Trasplante de los hospitales; y también es de entrega de órganos, lo que se realiza a través de distintos medios de transporte.

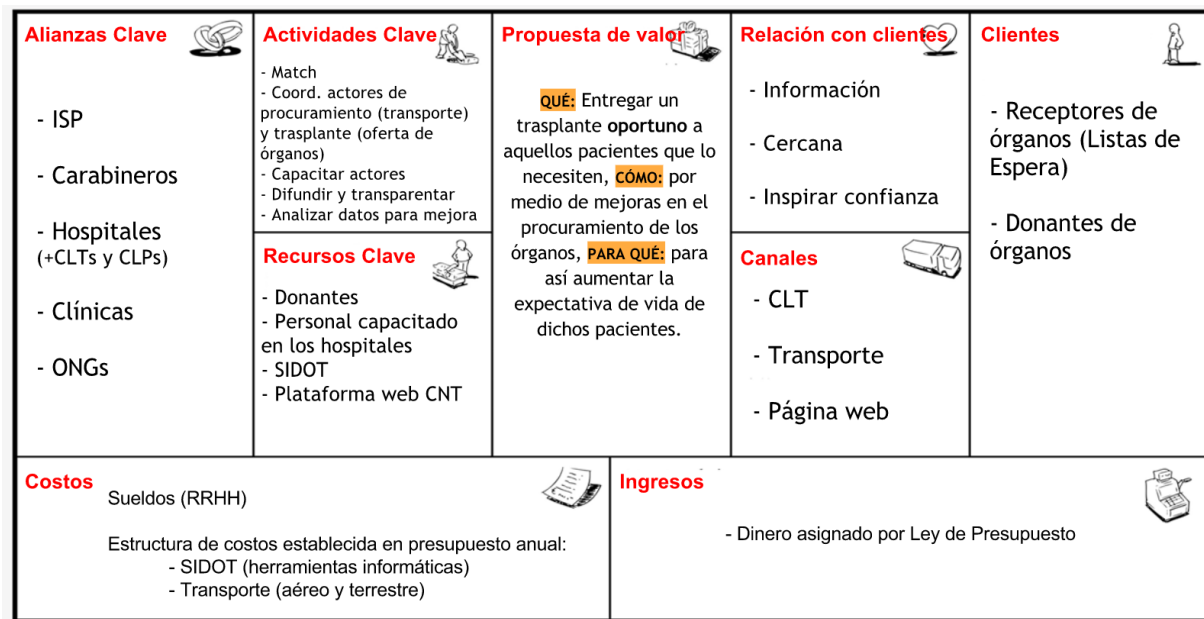
Las actividades clave que realiza la Coordinadora, o son clave en el desarrollo de sus actividades, son: el match donante-receptor, coordinar actores de procuramiento (pesquisa, mantención, transporte) y trasplante (oferta de órganos), capacitar actores y difundir/informar. Y para poder llevarlas a cabo, sus recursos clave son los donantes, personal capacitado en los hospitales (*know-how*) y el SIDOT; mientras que los aliados

clave son: el ISP, Clínicas, Carabineros, Hospitales, Coordinadoras Locales de Trasplante (CLT) y Coordinadoras Locales de Procuramiento.

Los ingresos de la Coordinadora son asignados por Ley de Presupuesto y son aproximadamente 250 millones al año. Mientras que los costos de la Coordinadora están establecidos en el presupuesto anual y abarcan: mantención del SIDOT y el transporte aéreo y terrestre de los órganos.

El modelo de negocios se muestra en el siguiente diagrama:

Figura 10: Modelo Canvas (de Negocios) de la CNT



Fuente: Elaboración propia

Respecto a él, es necesario referirse a algunos puntos interesantes. Primero, se muestra una dualidad en los clientes, pudiendo considerarse clientes tanto los receptores de órganos (lista de espera) como también los donantes. Ello significa que todas las acciones que tome la CNT deberían ir diferenciadas dependiendo de a qué cliente se esté atacando, de hecho, la relación que hay entre la Coordinadora y los donantes pasa a través de las CLP; y a través del transporte para los receptores. Segundo, las actividades clave incluyen difundir/informar, que es algo bastante anexo al core de la labor de la CNT, sobre todo pensando que no existe un encargado de comunicaciones dentro de la propia coordinadora. Tercero, dentro de los recursos clave, destaca el personal capacitado en los hospitales (*know-how*), sin el cual no es posible llevar a cabo el proceso. Esto va en línea con lo abordado al hablar del recurso humano: es más que el estrictamente perteneciente a la CNT. Y cuarto, los aliados clave representan entes adicionales que deben actuar en coordinación con la CNT.

Además, si uno de los objetivos del a CNT es disminuir la negativa, tal como los mismos entrevistados/as declaran, entonces debería tener un fuerte componente mediático, de

comunicación o difusión en la materia con el fin de derribar los mitos al respecto. Eso es algo que actualmente la CNT no realiza.

f) Los recursos financieros

La CNT enfrenta problemas presupuestarios para realizar su labor, al contar sólo con 400.000 dólares al año, los que, como ya se ha detallado, cubren gastos de transporte y soporte informático. En particular, tienen asignado 150MM para aviones y 60MM para el SIDOT. Además, aunque no directamente bajo la CNT, existen recursos para financiar a las 70 CLP de tiempo completo. Frente al alza de donantes del año 2017, se tuvo que solicitar expansión de presupuesto. Aun así, una campaña televisiva reciente ha logrado poner el tema en el imaginario colectivo constante, lo que tiene un valor monetario enorme (superior a 10 millones de dólares de acuerdo a los encargados de la campaña) y claramente superior al presupuesto anual de la CNT. Respecto a este tema, los entrevistados cuentan:

“Mira, el año 2015 hicimos un presupuesto de expansión, queríamos cerrar las brechas y generar unos inputs para mejorar donantes en algunos lados, queríamos crecer el 2016 y recuperar el tranco, así que le hicimos una propuesta al Ministerio, y él es el primero que corta, de todo lo que tenemos esto sí esto no, presupuesto para trasplante para pedir a hacienda, 0 pesos, habiendo tenido un mal año el 2015. No es que hacienda haya cortado el presupuesto, Salud ni siquiera los pidió.”
(Coordinación Nacional, 1)

“Nosotros tenemos un tope de donación de órganos que podemos financiar por FONASA [...], entonces el alza de donantes debe ser paulatina. La capacidad que tenemos para generar donantes es básicamente la capacidad de FONASA para pagar los trasplantes. Pero nunca hemos llegado al tope, nunca hemos llegado a tener que suspender un trasplante por falta de plata.”
(Coordinación Nacional, 2)

“Hemos solicitado más recursos para traslados aéreos. Ahí estábamos viendo que nos estábamos quedando cortos para pagar los traslados aéreos, entonces hicimos al tiro una solicitud de expansión de presupuesto (para este año y hacerlo de continuidad, que se dice).”
(Coordinación Nacional, 2)

En base a lo anterior y de acuerdo a un documento entregado por la CNT, el presupuesto a solicitar para 2018 incluye:

- Traslados Aéreos (sobre número estimado de 160 – 170 donantes) de los que el 40% son fuera de la región metropolitana (n= 65). De esos donantes, en el 50% (+- 33) requeriremos vuelos (promedio de 1,5 vuelos x donante) lo que equivale a contar con cerca de 50 vuelos/ año. Esto duplica lo estimado actualmente llevando la cifra a cerca de 300 millones/año en concepto de traslados aéreos.
- Traslados Terrestres también requieren duplicar sus costos, es decir, de 20 millones estimados llevarlos a 40 millones considerando el incremento en el

- traslado no sólo de órganos sino que también de muestras y tejidos.
- Los gastos de SIDOT son constantes +- 50 millones/año.

Todos los entrevistados concuerdan en que la escasez de recursos físicos y humanos dentro de los hospitales es uno de los principales problemas que enfrentan. El equipamiento de ellos no es el ideal y si los hospitales carecen de los medios físicos para atender a los posibles donantes, ninguna mejora en la coordinación impactará en los resultados.

A nivel local, las CLP no manejan un presupuesto para su unidad, de hecho, al menos el Hospital Sótero del Río no tiene un presupuesto definido para la unidad, sólo cuentan con un techo presupuestario.

RECOMENDACIONES DE POLÍTICA PÚBLICA

En base a los resultados expuestos y con el objetivo de mejorar los resultados que obtiene la CNT, se realizan recomendaciones que abarcan varios ámbitos relevantes de lo hallado con el estudio de caso. Ellas se explican a continuación y se sintetizan en la Figura 11.

Figura 11: Esquema recomendaciones para la CNT



Fuente: Elaboración propia.

Plan estratégico para la CNT

Falta un plan a largo plazo, en el que se establezcan metas realizables, pero también ambiciosas. El objetivo declarado de “mejorar la donación y disminuir la negativa” es muy poco preciso. Se necesita algo más cuantificable, en números y de fácil seguimiento de progreso. Se tiene el ejemplo de Reino Unido, que cuenta con el plan Taking Organ Transplantation to 2020 guiando el accionar gubernamental en la materia.

Es necesario, con esta planificación, despersonalizar el trabajo. La planificación de nuestro país en la materia ha ido de la mano con lo que propone José Luis Rojas, quien ha estado a cargo de la CNT desde su creación y anteriormente trabajaba en la ONG que se hacía cargo del procuramiento de los órganos. Su aporte se considera central en el trabajo que el país ha realizado en la materia, y sin embargo, su estrategia no ha pasado a ser algo ajeno a su persona. Un plan estratégico ayuda a orientar todas las acciones que realiza una institución en pos de un fin a largo plazo. Mejorar la planificación aseguraría también que las tareas se lleven a cabo independientemente de quiénes son las personas en los distintos cargos.

Realizar una planificación a largo plazo, también permitiría dejar de ver únicamente el tema de la coordinación operativa, ya que no se mejorará la tasa únicamente con eso, la tasa de donación también mejorará si es que se realizan otras acciones: como trabajo inter-departamentos. Replantear los lineamientos centrales de la Coordinadora en la materia, ya que es la entidad estatal que muestra mayor preocupación al respecto, de manera más holística y considerando múltiples aristas de la problemática. Una de las aristas que actualmente queda silenciada, es la importancia de la comunicación con la familia durante todo el proceso sanitario y no únicamente al momento de transmitir las malas noticias, ya que eso mejoraría la respuesta de la familia frente a la donación. Se persigue que este plan no sea únicamente interno (de la CNT), sino que también se relacione con lo que pasa más afuera, en otras áreas del Ministerio de Salud, que la planificación converse con esa realidad, así también sería más reconocida la labor que se realiza en materia de donación.

Seguir esta recomendación no significa un gasto excesivo adicional de recursos, sino sólo el gasto de horas-persona del personal de la CNT en planificar.

Autonomía

Se necesita darle la autonomía necesaria a la Coordinadora. Por un lado, para no tener que pasar a través de todas las jefaturas que tiene encima para poder realizar intervenciones potentes en las coordinaciones locales ubicadas en los distintos hospitales; y por otro lado, para poder dar lineamientos que deban ser cumplidos por los hospitales. Actualmente, al estar alineada con el MinSal, es necesario que el MinSal le

dé las atribuciones necesarias, que el MinSal le dé al tema el peso que se requiere para poder generar cambios. Se propone contar con una entidad autónoma del MinSal que logre intervenciones potentes a nivel local.

Aquí, el costo asociado es el de institucionalizar la organización, ajena al MinSal. Esto no pasa de un mes para otro. Debe ir con la planificación de un presupuesto anual, incluso con la planificación de un Gobierno. En la experiencia internacional se demuestra de que esto es posible, por ejemplo: Argentina cuenta con un instituto independiente, el INCUCAI.

Alineación del personal sanitario

Como se vio en el apartado de recursos humanos, el capital humano es una de las piezas fundamentales para el funcionamiento del sistema de donación. En esa línea, la alineación entre los distintos profesionales y técnicos, al ser ellos quienes interactúan dentro del sistema de procuramiento y trasplante, es algo fundamental. Por ello es que se debe generar una política transversal a todo el sistema de salud, que logre posicionar el tema dentro de todo el personal sanitario, y de ese modo se eliminen los prejuicios en torno al trabajo de donación y trasplante. Hoy existen diferencias entre los hospitales en cuanto a la importancia que el personal le da a la donación de órganos: algunos hospitales como el Hospital del Salvador son un Hospital-Escuela, y ello afecta la forma en la que se está llevando a cabo todo dentro del hospital, incluyendo la relevancia que tiene la donación de órganos ahí. Una política transversal para alinear al personal sanitario permitiría superar estas diferencias entre hospitales.

El objetivo de esta recomendación es hacer que el trabajo que los hospitales realizan en materia de donación y trasplante de órganos deje de mirarse como algo excepcional, de lo que no todos saben o entienden, y que pase a formar parte de *la normalidad* de la labor que el hospital realiza hacia la población. Lo que se debería perseguir es dejar de depender del compromiso del personal sanitario con el tema de la donación de órganos al momento de realizar sus labores, y que esto pase a ser algo rutinario y cotidiano, sin que el compromiso particular o personal sea determinante.

El costo de esta propuesta es capacitar, intervenir en todo el personal sanitario relacionado con la donación de órganos a nivel nacional, lo que significa un elevado número de horas-persona. Pero a pesar de eso, sí es factible de hacer, ya que este tipo de capacitaciones sí se realizan en otras materias.

Know-how y herramientas

El know-how alojado en personas clave dentro de la organización debe ser traspasado al resto, para dejar de depender de esas personas. Se debe estandarizar todos los procedimientos internos de la CNT y también de cómo esta se relaciona con su entorno. Actualmente, sólo está estandarizada la labor que realizan las CLPs, no la CNT.

Las herramientas de gestión con las que cuenta la CNT para supervisar y guiar el trabajo a nivel nacional son escasas, y además el personal es escaso. Se debe entregar herramientas que permitan realmente supervisar, controlar y tomar acción en pos de mejorar el desempeño de cada servicio de salud involucrado en donación de órganos. Así como también, se debe asegurar la capacitación del personal médico especializado que se requiere en las distintas etapas del proceso de procuramiento en los hospitales.

Y, frente a la falta de personal capacitado en algunos hospitales, se recomienda implementar telemedicina para no depender de la presencia del neurólogo de turno para poder corroborar la muerte encefálica, por ejemplo. De esta forma, el proceso de certificación de la muerte encefálica puede funcionar con menos retrasos.

Estas recomendaciones incurren en costos, y costos elevados, pero que se transforman en una inversión a futuro en capital humano.

Estadísticas

Se recomienda redefinir las estadísticas con las que la CNT supervisa el sistema. Para supervisar el estado respecto a la donación y el trasplante, la CNT mira determinadas estadísticas únicamente, sólo algunas de todas las posibles. Actualmente revisa la negativa familiar y la pesquisa mensual. Aparte de ellas... ¿qué otras estadísticas deberían calcularse y considerarse al momento de hablar sobre donación y trasplante? Se debe apuntar en mejorar la cantidad de información que se tiene sobre el proceso. Mientras más se avance en la incorporación de las tecnologías y sistemas de información en los procesos, estas métricas serán de más fácil levantamiento... De forma que puedan medir las cosas que realmente importan y desde ahí poder mejorar los resultados que obtiene la CNT.

Por ejemplo, al momento de hablar sobre los resultados del sistema, el tema de la equidad en la distribución de los órganos es uno del que no se habla usualmente. Revisar la equidad en la distribución y trabajar por mejorarla constituye un imperativo para el sistema y la Coordinadora, sobre todo pensando en los prejuicios que existen en el país respecto a la distribución de los órganos. De este modo, el objetivo no sería únicamente mejorar la tasa de donación, sino también hacerla más equitativa.

Hay que apuntar en mejorar la cantidad de información que se tiene sobre el proceso, la idea es que puedan medir las cosas que realmente importan y desde ahí poder mejorar los resultados en materia de donación.

Potenciar el SIDOT

El SIDOT es una de las capacidades más destacables de la CNT y un ámbito en el que pueden mejorar, ya que tienen una base sólida y con la que la gente del sector ya está acostumbrada. Perfeccionar la plataforma es el siguiente paso lógico.

Esto va muy en línea con la recomendación anterior, ya que se mejora el acceso a los datos relativos al proceso hospitalario.

Todas estas recomendaciones apuntan a mejorar lo que ocurre intra hospitalariamente. La política pública de donación se legisló, se implementó y ahora es necesario hacerle modificaciones al funcionamiento y a cómo se está entregando el servicio por parte del Estado. Mejorar en esto, contando con un plan estratégico, seguir perfeccionando el SIDOT, etc., significará tener una mayor tasa de donación, más donantes, una mayor cantidad de vidas que se salvan.

Corresponde ahora que la CNT y el Departamento de GES del MinSal tomen en consideración estas recomendaciones o propuestas y se aseguren de que el Estado cumpla lo mejor posible su misión para con sus ciudadanos, sobre todo con aquellos que están a la espera de un trasplante de órganos.

Futuras investigaciones

Entendiendo que este estudio de caso no es un trabajo último en la mejora del sistema de donación de órganos chileno, se sugieren las siguientes líneas para futuras investigaciones:

- Cómo se vería afectado el sistema al abrir programas de trasplante en más regiones. Ya que actualmente el sistema está altamente centralizado
- Analizar la posibilidad de cooperación internacional en la materia (tanto en más capacitación, como en importar y exportar órganos para urgencias puntuales).

BIBLIOGRAFÍA

- ACNUR. (2011). *Garantizar el acceso a los servicios de salud. Guía operativa para la protección de refugiados y las soluciones en áreas urbanas.*
- Borges, R. (1995). *El Estudio de Caso como Instrumento Pedagógico y de Investigación en Políticas Públicas.* Santiago.
- CNT. (2017). Estudio aún no publicado: pesquisa en Servicios de Urgencias.
- Cooperativa.cl. (25 de 04 de 2016). *Corporación Nacional del Trasplante: La gente rechaza donar por desconfianza al sistema.* Obtenido de Cooperativa:
<http://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/trasplantes/corporacion-nacional-del-trasplante-la-gente-rechaza-donar-por/2016-04-25/091543.html>
- Fernández, L. (2006). *¿Cómo analizar datos cualitativos?* Barcelona: Universitat de Barcelona.
- Ganikos, M. L., McNeil, C., Braslow, J. B., Arkin, E. B., Klaus, D., Oberley, E. E., & White, M. F. (1994). A Case Study in Planning for Public Health Education: The Organ and Tissue Donation Experience.
- González de Haro, M. D. (2006-2007). *La Salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas.* Universidad de Huelva.
- ISP. (26 de 11 de 2016). *Fiscalización.* Obtenido de Instituto de Salud Pública:
<http://www.ispch.gov.cl/fiscalizacion>
- Koh, H. K., Jacobson, M. D., Lyddy, A. M., O'Connor, K. J., Fitzpatrick, S. M., Krakow, M., & Luskin, R. S. (2007). A Statewide Public Health Approach to Improving Organ Donation: The Massachusetts Organ Donation Initiative. *Am J Public Health, 97*:30–36.
- Kohl, K. S., Arthur, R. R., O'Connor, R., & Fernandez, J. (2012). *Assessment of Public Health Events through International Health Regulations, United States, 2007–2011.*
- Martin-Moreno, D. J. (2011). A Systematic Approach To Public Health Operations And Services Andorra.
- Minzberg, H. (1993). *La Estructuración de las Organizaciones.*
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe: Evaluación y Fortalecimiento.* Washington, D.C.: OPS.
- Perez-Protto, S. E. (2009). Preface: 1st Ibero-American Congress of Transplant Coordination. En *Transplantation Proceedings* (págs. 41(8), 3445.).
- Rein, M. &. (1977). *Implementation : a theoretical perspective.* Cambridge: Joint Center for Urban Studies of the Massachusetts Institute of Technology and Harvard University.
- Sabatier, P., & Mazmanian, D. (1980). *The implementation of public policy: a framework of analysis.*
- Serra C., D. I. (2014). Hacia La Recuperación De La Salud Pública En Chile . *Revista Chilena de Cirugía Vol 66 - Nº 4*, 306-308.
- Trainoa, H. M., Aloloda, G. P., Shaferb, T., & Siminoffa, L. A. (2012). *Interim Results of a National Test of the Rapid Assessment of Hospital Procurement Barriers in Donation (RAPiD).*

- UEA. (2014). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. *53.o Consejo Directivo, 66.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, D.C.: UEA.
- University of Pittsburgh. (2016). *Definition of Public Health*. Obtenido de University of Pittsburgh:
<http://www.publichealth.pitt.edu/careers/what-is-public-health>
- Weiner, J. P. (2008). Health Policy and the Delivery of Health Care: Introduction and Private Health Plan Case Study. Johns Hopkins University.

ANEXOS

Anexo N°1

Tópicos primera tanda de entrevistas:

- La Coordinadora Nacional
 - Puesto de coordinadora de Órganos
 - Puesto de coordinadora de Tejidos
 - Equipo y relaciones laborales
 - Objetivos
 - Problemas en su labor
 - Presupuesto
 - Poder político, dentro del MinSal y relación con hospitales
- Aristas ajenas a la gestión de la CNT
 - MinSal
 - MinEduc
- SIDOT
 - Implementación: capacitación y marcha blanca
 - Datos y estadísticas
- El modelo chileno
- Estructura de la Coordinadora
- Procesos
- Funciones de Coordinación Central
- Coordinación local
 - Carga laboral
 - Funciones asociadas
 - Jefatura
 - Potestad para coordinar a nivel local
- Relación con Coordinadora Local y Nacional
 - Detalles
 - Medio y protocolo para comunicación
- Estadísticas sobre trasplante dentro de hospital y responsables
- Relación de las enfermeras de procuramiento con el hospital
- Jefatura e indicadores de las CLPs
- Relación de las CLP con el resto del hospital
- Cultura hospitalaria respecto a la donación

Entrevista a enfermeros/as de procuramiento y trasplante del Hospital Sótero del Río:

SOBRE LA RELACIÓN CON LA COORDINADORA

1. ¿Cómo es su relación con la Coordinadora? ¿Con quién hablan directamente? ¿A través de qué medio se realiza la comunicación?

2. ¿Existen protocolos sobre cómo comunicarse con la Coordinadora?

3. ¿Tiene la Coordinadora potestad para dar órdenes o consejos a los servicios locales de salud? ¿Se reciben directamente desde la coordinadora o a través del hospital?

SOBRE LA UNIDAD DE PROCURAMIENTO

4. Sienten que el hospital está bien calificado para realizar el procuramiento o hay cosas tecnológicas que falta y no permiten un correcto logro de los objetivos, en este caso un correcto procuramiento.

SOBRE LAS/OS ENFERMERAS/OS DE PROCURAMIENTO

5. ¿Cómo es la carga laboral? ¿Tienen otras funciones asociadas o las han tenido en algún momento?

6. ¿A quién responden / jefatura / línea de mando? ¿Cómo se conjuga esa misión con la asignada por la CNT? ¿O está alineada?

7. ¿La unidad de procuramiento cuenta con recursos financieros propios? Una porción del presupuesto del SSMSO? ¿Para qué utilizan este dinero? ¿O no gestionan recursos financieros?

SOBRE LA INFORMACIÓN

8. Qué bases de datos manejan desde esta unidad de procuramiento.

9. Cómo es el uso de SIDOT. ¿Capacitación? ¿Hubo marcha blanca? ¿Sienten que es un aporte o un cacho?

Entrevista a Dunja Roje, ex jefa de trasplante de órganos de la Coordinadora:

RESPECTO A SU CARGO

1. ¿Cuáles eran las funciones asociadas a su cargo?

2. Todas estas actividades las realiza usted personalmente o tiene un equipo?

3. ¿Cómo eran las relaciones laborales dentro del equipo?

LA COORDINADORA

4. ¿Cuál es el poder político que tiene la Coordinadora? Relevancia dentro del MinSal y relación de poder entre la coordinadora y los hospitales.

5. ¿Usted encuentra que para el MinSal es una prioridad el tema de la donación de órganos?

6. ¿Qué problemas enfrentaba la Coordinadora al momento de realizar su labor?

COSAS QUE TENÍA PENSADAS DESDE ANTES Y NO PREGUNTÉ:

7. ¿Qué protocolos sigue la comunicación continua y la urgente entre el nivel central y el nivel hospitalario?

8. SIDOT. Cómo fue la implementación. Cuáles son sus ventajas y desventajas.

9. Acceso a manuales y procedimientos existentes. ¿Tiene la Coordinadora potestad para dar órdenes o consejos a los servicios locales de salud?

10. Presupuesto de la coordinadora.

Entrevista a José Luis Rojas, jefe de la coordinadora nacional de procuramiento y trasplante:

OBJETIVOS DE LA COORDINADORA

1. ¿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 otros objetivos?

2. ¿Cuál es el poder político que tiene la Coordinadora? Relevancia dentro del MinSal y relación de poder entre la coordinadora y los hospitales.

3. ¿Qué problemas enfrenta la Coordinadora al momento de realizar su labor?

SOBRE LA COORDINADORA

4. ¿En qué está el ministerio? ¿Le interesa el tema? ¿Cómo se ve la situación a futuro este año y con elecciones?

5. ¿Cuáles son los planes a largo plazo para la coordinadora?

6. El puesto de la Dunja se postula a través de alta dirección pública? Concurso público? O dedocracia? ¿En qué va ese proceso?

OTRAS ARISTAS AJENAS A LA GESTIÓN HOSPITALARIA

7. Es sabido que una de las razones del aumento en las listas de espera por algún órgano tiene que ver con el perfil epidemiológico de chilenos y chilenas y la tendencia al aumento de enfermedades

crónicas no transmisibles. ¿Cómo, desde la Coordinadora, se trabaja esa arista del problema? ¿Existe un trabajo en conjunto con otras áreas del MinSal? ¿O escapa del campo de acción o influencia de la Coordinadora?

8. En esa misma línea ¿Se llegó a alguna especie de conversación con alguien del MinEduc en este tema?

PARA MI INVESTIGACIÓN

9. ¿Conoce a algún médico salubrista experto en materia de donación y trasplante de órganos en el país?

10. Solicitarle acceso a los datos de la Coordinadora.

Entrevista a Juan Andrés Sánchez, enfermero encargado de gestión de la Coordinación Central de la Coordinadora Nacional de Procuramiento y Trasplante.:

SOBRE EL MINSAL Y EL MODELO

1. ¿Cuál es la estructura de la Coordinadora? (Organigrama)

2. ¿Cómo es el proceso?

3. ¿Hay alguna diferencia entre las funciones de los 4 enfermeros de CC?

4. ¿Todas esas consideraciones que hay que realizar al momento de coordinar el traslado de los órganos se hace en base a su experiencia?

5. ¿Cómo se coordina con las clínicas?

6. ¿Cómo se hará para buscar el remplazo de Dunja Roje como encargada de trasplante de órganos? ¿Van a elegir a alguien de CC o la oficina? ¿O traerán a alguien de afuera?

7. ¿Tienen información sobre si las CLP trabajan full time o tienen otras labores ajenas al procuramiento?

8. Aparte de coordinar frente a emergencias y hacer las capacitaciones, ¿qué otra labor tienen?

SOBRE EL SIDOT

9. ¿Cómo funciona el SIDOT? ¿Qué datos registra?

10. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la Coordinadora? ¿Cómo hicieron el desarrollo de SIDOT?

11. ¿Se creó específicamente para esto?

12. ¿Las estadísticas las genera por sí solo? ¿O necesitan una persona?

Anexo N°2

Entrevista a ex Ministra/o de Salud:

AVANCES DURANTE GOBIERNO

1. ¿Qué aporte hizo su mandato en materia de donación de órganos?
2. ¿Ustedes tuvieron que iniciar la implementación de la política o recibieron algo ya incipiente?
3. ¿Cuál era su objetivo durante su periodo?
4. ¿Conformes con los resultados / siente que lo logró?
5. ¿Qué cosas hubiera mejorado sobre la creación y gestión de la coordinadora?
6. ¿Qué le dejaron al siguiente gobierno?

RELVANCIA DEL TEMA DENTRO DEL MINSAL

7. ¿Tuvo que convencer a muchas personas sobre el tema? ¿A quiénes (cargos), cómo lo hizo?
8. ¿Por qué le dieron prioridad al tema? ¿Qué cosas perdieron prioridad?
9. ¿Quiénes fueron las personas clave en la implementación de esto? Tanto política como operativamente.
10. ¿Cómo miraban ustedes al modelo español y otros modelos?

MIRADA AL FUTURO

11. ¿Cómo ve los avances que ha tenido la CNT y el trabajo en la materia?
12. ¿Qué tendría que ser prioridad en un próximo gobierno?

Entrevista a un ex miembro de la CNT:

LA CNT

1. ¿En qué periodo trabajó en la coordinadora? ¿Sus funciones? ¿Capacitación interna?
2. ¿Existen perfiles de cargo? ¿Por qué no pasó alguien de CC?
3. ¿Existen métricas para evaluar el trabajo de los integrantes de la Coordinadora?
4. ¿Cómo funciona la línea de mando?
5. ¿Cómo eran las relaciones laborales dentro del equipo?
6. ¿Qué problemas enfrentaba la Coordinadora al momento de realizar su labor?

OBJETIVOS DE LA CNT

7. ¿Existe una planificación estratégica para la CNT? A largo plazo y formalizada.
8. ¿Qué opinión tienes de los cambios que se han hecho ?
9. ¿Cuál es el poder político que tiene la Coordinadora dentro del MinSal?

COORDINACIÓN Y SIDOT

10. ¿Cómo es la comunicación con las CLP? ¿En regiones es igual? ¿Todo guiado por protocolos o se hace en base a la experiencia?
11. ¿Cómo evalúan el trabajo de cada CLP? ¿Tienen métricas? ¿Llevan control de sobre los cargo que generan sean usados en eso? (otras tareas asignadas)
12. ¿Qué problemas han enfrentado? ¿Roces con las coordinaciones locales?
13. ¿Cómo es la relación entre la CNT y el ISP?
14. Implementación del SIDOT ¿Qué le parece?

ANEXO N°3

Distribución de vuelos:

FECHA	DESTINO	EMPRESA	PRECIO
08-01-17	Concepción	Los Cedros	\$ 3.900.000
10-01-17	Antofagasta	ATA	\$ 6.990.000
29-01-17	Chillán	Los Cedros	\$ 4.767.000
02-02-17	Osorno	ATA	\$ 6.479.000
03-02-17	Punta Arenas	Los Cedros	\$ 15.760.000
16-02-17	Osorno	Los Cedros	\$ 5.580.000
26-02-17	Arica	ATA	\$ 8.990.000
04-03-17	Osorno	ATA	\$ 6.479.000
11-03-17	Concepción	Los Cedros	\$ 8.690.000
17-03-17	Antofagasta	Los Cedros	\$ 9.360.000
30-03-17	Punta Arenas	ATA	\$ 15.500.000
19-04-17	Copiapó	Los Cedros	\$ 5.640.000
09-05-17	La Serena	Los Cedros	\$ 4.950.000
18-05-17	La Serena	Los Cedros	\$ 4.950.000
19-05-17	La Serena	Los Cedros	\$ 4.950.000
23-05-17	Antofagasta	Los Cedros	\$ 8.900.000
25-05-17	Antofagasta	Los Cedros	\$ 8.900.000
25-05-17	Copiapó	ATA	\$ 6.990.000
26-05-17	Chillán	Los Cedros	\$ 4.950.000
28-05-17	Copiapó	ATA	\$ 6.990.000
TOTAL			\$ 149.715.000