

## **MASTER ALIANZA**

# **Incremento del número de donantes en Muerte Encefálica en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.**

Alumno: Morales José Diego Mariano

Tutor: Francisco Del Rio Gallegos

Número de versión del trabajo y fecha: Versión 2

Madrid,  
Marzo de 2020

## Índice de contenidos

1.	Resumen Ejecutivo-----	3
2.	Introducción -----	4
2.1.	Organización -----	4
2.2.	Misión -----	4
3.	Marco referencial del proyecto -----	5
4.	Problema 2 -----	9
4.1.	Definición del problema -----	9
4.2.	Identificación de indicadores y línea de base -----	9
4.3.	Descripción del problema y sus consecuencias -----	9
4.4.	Análisis de causas -----	11
4.5.	Análisis de los actores involucrados -----	12
5.	Análisis de situación y diagnóstico estratégico -----	16
6.	Objetivos -----	16
6.1.	General -----	16
6.2.	Específicos -----	17
7.	Actividades y cronograma -----	20
8.	Mecanismo de monitoreo y evaluación -----	23
9.	Conclusiones -----	23
10.	Bibliografía -----	24
11.	Anexos -----	28

## 1. Resumen Ejecutivo

La Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) Tiene una superficie de 200 km<sup>2</sup> con una población estimada de 3.075.646 personas (densidad de 15000 personas por Km<sup>2</sup>). La Lista de Espera (LE) en CABA es de 527 pacientes Tabla 1, siendo la más abultada la lista renal, que llega a 265 pacientes en LE (86 PMH), representando solo el 15% de los pacientes en diálisis. El promedio de trasplantes de órganos en pacientes de CABA en los últimos 10 años fue de 169, siendo 92 renales por año. Durante el año 2018 y 2019 con la implementación de la nueva ley de trasplantes se vio un aumento en la procuración e implante de órganos para trasplante llegando a 198 y 204 respectivamente, siendo los trasplantes renales 114 y 116 en estos últimos dos años. El implante de corneas es el más numeroso, con un promedio anual de 250 trasplantes anuales, realizándose en más del 50% con corneas importadas del exterior, las que son abonadas por los propios pacientes.

Se identifica al problema como un "bajo número de Donantes en Muerte Encefálica"

Para su estudio se realizó un análisis de situación con los datos estadísticos de procuración y trasplante de la CABA, a fin de buscar puntos débiles del proceso de procuración, donde se producen perdidas de Potenciales Donantes (PD), que permitan generar oportunidades de mejora a fin de generar un aumento en los Donantes en Muerte Encefálica (DME).

Se analizaron los datos de procuración de los años 2013-2017, seleccionando hospitales del gobierno de la ciudad que cuentan con (UTI+neurocirugía) y mayor actividad de procuración. En el sector privado se estudiaron los centros de trasplante que se encuentran adheridos al programa de neurocríticos (GVII) y los centros con mayores detecciones de pacientes en muerte encefálica sin programa de trasplante. Se eligieron estos cinco años para compararlos con los datos disponibles del gobierno de la ciudad, sobre los movimientos hospitalarios y anuarios estadísticos de la ciudad. Se utilizó el SINTRA para estadísticas relacionadas a procuración y trasplante de órganos y tejidos. También se analizaron algunos datos a nivel nacional para realizar comparaciones. Algunos indicadores se han comparado con los años 2018 y 2019 donde se observó un aumento del número de donantes, siendo estos años cuando se implementa la actual ley de trasplante.

Se observan dos puntos de mejora:

- Detección: bajo número de detecciones de muerte encefálica con posibilidad de aumento de las mismas
- Comunicación de situaciones críticas: altos índices de negativas familiares en el periodo 2013-2017.

Objetivo general es el aumento del 100% del número de donantes de órganos a partir de donantes en muerte encefálica en la jurisdicción de la CABA.

Para esto se plantean dos objetivos específicos:

1. Disposición ministerial a fin de cumplir con la ley 27447, secciones y servicios de procuración, comunicación de GVII de CABA.
2. Creación y reestructuración de secciones de procuración en equipos multidisciplinarios.

El análisis de cada uno de estos procesos, que no son más que los objetivos específicos, serán analizados, en el correspondiente apartado en cada una de sus dimensiones en términos de: análisis de responsables, participación de autoridades, revalorización de protocolos, análisis del sistema de registros, monitoreo y evaluación del proyecto.

La finalidad última de este proyecto es disminuir los tiempos en LE de CABA ayudando también al resto de las jurisdicciones a disminuir su lista de espera, especialmente a las provincias de Buenos Aires y La Pampa con la cuales se comparte una misma Región.

El presente proyecto social se desarrollará dentro del marco del EAIT, que como organismo Jurisdiccional debe velar para que todas las personas puedan gozar de sus derechos establecidos en la regulación en materia de procuración y trasplante de órganos, tejidos y células cumpliendo con los principios de eficiencia y optimización de recursos bajo las consignas de calidad total y equidad.

## **2. Introducción**

### **2.1. Organización: Ente Autárquico Instituto de Trasplante**

El Ministerio de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dispone como organismo jurisdiccional al ENTE AUTARQUICO INSTITUTO DE TRASPLANTE (EAIT), La ley 3294/09 establece y crea al EAIT como autoridad de la jurisdicción sobre toda persona, establecimiento, proceso o producto, siendo capaz de controlar la actividad relacionada en procuración y trasplante de órganos y tejidos en el ámbito de la ciudad. El EAIT presenta capacidad operativa las 24hs los 365 días de año para realizar actividades relacionadas a la procuración, asignación y distribución de órganos y tejidos. Además es el organismo encargado de controlar y fiscalizar el correcto ingreso y movimientos de los pacientes en lista de espera, registro de Enfermedad Renal Crónica (ERC) y actividad de procuración, velando por la justicia distributiva y la equidad en el acceso a los tratamientos de trasplante, como hace referencia el artículo III de la actual ley 27.447 que regula esta actividad y a la cual la CABA se Adhiere.

### **2.2. Misión**

La **misión** del EAIT, no se encuentra definida como tal, pero la misma puede ser deducida, de la interpretación del artículo 1 a 3 del Capítulo I y del artículo 20 del Capítulo VIII de la Ley 3294/09 sancionada por la Legislatura de la CABA.

1- Establece quienes somos: “Instituto de Trasplante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires autoridad de contralor jurisdiccional en forma exclusiva y excluyente” (Art. 20)

2- Define qué hacemos:

- “...todas las prácticas médicas comprendidas en la Ley Nacional N° 24.193 y modificatoria N° 26.066, y las nuevas técnicas que se consideren necesarias para el avance médico– científico de especialidades vinculadas al trasplante de órganos, tejidos y células.” (Art. 2)

- “...Desarrollará la actividad específica en el ámbito científico, asistencial, técnico y organizacional, cumpliendo con los principios de eficiencia y optimización de recursos bajo la consigna de calidad total “(art. 20)

3- Para qué y para quién lo hacemos: “para garantizar la atención integral del paciente trasplantado en todas las fases de su enfermedad en orden a alcanzar su rehabilitación bio-psico-física integral, y su reinserción plena en la comunidad”. (Art. 3)

4- Cómo lo hacemos: Siguiendo los principios establecidos en el art. 3. “Toda actividad que se efectúe en el marco de la presente Ley se ajustará a los siguientes principios: a) el respeto por la dignidad humana, por la autonomía de las personas y las distintas visiones culturales sobre la naturaleza del cuerpo humano, sus órganos y tejidos. b) la equidad en la accesibilidad al tratamiento del trasplante. c) la solidaridad y justicia distributiva en la asignación de órganos y tejidos. d) la participación libre y voluntaria de las personas en las prácticas trasplantológicas a través del consentimiento informado. e) la extrapatrimonialidad del cuerpo humano, sus órganos y tejidos, y la consecuente prohibición de comercializar los mismos bajo cualquier mecanismo de retribución. f) la transparencia y publicidad de las actividades de regulación en la materia que dicte la autoridad sanitaria jurisdiccional. g) la atención integral del paciente trasplantado en todas las fases de su enfermedad en orden a alcanzar su rehabilitación bio-psico-física integral, y su reinserción plena en la comunidad. h) la promoción de la investigación médica y otras formas de investigación científica referidas a la procuración y/o trasplante. Las mismas se regirán por los principios éticos y científicos que garanticen el respeto por los derechos de las personas y deberán ser comunicadas a la autoridad sanitaria jurisdiccional, cuya función es velar por el cumplimiento del principio de beneficencia y evaluar el costo beneficio para la salud que justifique su desarrollo. i) el impulso de acciones sanitarias destinadas al desarrollo armónico e integral de los servicios de trasplante y bancos de tejidos dentro del ámbito hospitalario estatal de la Ciudad, para garantizar el acceso de todos los pacientes a la atención médica, social y psicológica necesaria, evitando cualquier tipo de discriminación en la selección de pacientes.

### **3. Marco referencial del proyecto**

La Ley de trasplante de órganos, tejidos y células N° 27.447 (Conocida como ley Justina) se encuentra en vigencia desde el 8 de agosto de 2018. Fue reglamentada el 7 de enero de 2019 con el decreto 16/2019 del Poder Ejecutivo Nacional. En el Capítulo V artículos 14,15 y 16 se hace mención de que los establecimientos con unidad de cuidados críticos, neurocirugía y/o trasplante habilitados deben contar con “servicios destinados a la donación” de órganos y tejidos, así como los establecimientos que cuenten con internación deberán tener servicios para la procuración de tejidos. Estos establecimientos deben “promover la capacitación permanente del personal afectado al proceso de donación, a cuyos efectos pueden realizar acuerdos de cooperación y asistencia técnica con las autoridades sanitarias nacionales, provinciales o municipales”. Los servicios

referidos precedentemente deben contar -como mínimo- con un profesional especializado que desempeñe o coordine las siguientes funciones:

- a) Detección, evaluación y tratamiento de potenciales donantes.
- b) Proveer a las familias la información completa y precisa sobre la donación de órganos y/o tejidos, y su relevancia sanitaria y social.
- c) Garantizar el desarrollo del proceso de donación-trasplante en el marco de las normas y programas vigentes.
- d) Generar acciones de promoción, difusión y capacitación dentro de la institución.

El 2 de Marzo de 2004 por resolución ministerial 199 se aprobó el PROGRAMA FEDERAL DE PROCURACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS Y LOS SUBPROGRAMAS DE PROCURACIÓN DE ORGANOS Y TEJIDOS Y DE PROCURACIÓN DE DONANTES POST-PARO. Este programa se crea por el estancamiento en el crecimiento del número de donantes de desde 1995 hasta 2002 con un promedio de 7 donantes por millón de habitantes (7 DMH), con un alto porcentaje de negativas familiares (50% de las entrevistas familiares), bajo índice de ablaciones multiogánicas (<al 50%), alto porcentaje de injertos renales descartados (>25%) y una escasa obtención de tejidos provenientes de donantes en parada cardio-Respiratoria D-PCR.

Cuando se estudian los factores causales se mencionan:

Centralismo: El Instituto Nacional Central Unico de Ablacion e Implante (INCUCAI) centraliza la actividad normativa, el protagonismo operativo, la actividad de fiscalización, la gestión de recursos y particularmente el manejo de la información ha generado un desplazamiento y debilitado el protagonismo de las jurisdicciones.

Modelo Dominante Extrahospitalario: las jurisdicciones se hacen cargo de todo el proceso (diagnóstico de muerte, Mantenimiento, selección, comunicación), alejando a los profesionales hospitalarios de la actividad de procuración, generando la idea de que la procuración es un problema ajeno al hospital.

Desjerarquización de la actividad de procuración como actividad médico asistencial: es una actividad marginal que no se tiene en cuenta ni en la financiación ni en la estructura hospitalaria.

Fractura entre el trasplante y la procuración: la principal actividad de trasplante no renal se realiza en hospitales privados siendo la principal actividad de procuración en los hospitales públicos. Los centros de trasplantes precinden de la problemática de la procuración, sin participación del proceso de procuración.

Ausencias de programas que exijan diagnósticos, planificación, metas, monitoreo y evaluación, exigencias de responsabilidades, rendición de cuentas en resultados, sistemas de estímulos.

Este programa plantea para su ejecución dos sub programas:

Sub-Programa de garantía de calidad en el proceso de procuración de órganos (GVII): siendo uno de los objetivos específicos la detección y seguimiento de todos los pacientes con Glasgow igual o menor a 7 de causa estructural para detectar el 100% de los posibles D-ME.

Sub-programa procuración hospitalaria tejidos post-paro: Con la obligatoriedad de comunicación de todos los óbitos ocurridos o ingresados al hospital y la consulta familiar de intención de donación por parte del personal del hospital.

Ambos sub programas proponen la recolección de datos con el fin de detectar escapes, monitoreo interno y externo para poder plantear estrategias de mejoras y definir la capacidad del potencial de donación.

En el 2010, en la Ciudad de Buenos Aires, se dio un exitoso antecedente que fue el Programa de Detección Precoz del Potencial Donante (PDPPD- Código Rojo) articulado entre el SAME y el EAIT.

En el 2013 se generó el Programa de Hospital Donante, con visión estratégica de emular el exitoso modelo español, descentralizando la procuración para que los establecimientos asistenciales se adueñen del proceso. El mismo está apoyado en un marco normativo compuesto por tres resoluciones de INCUCAI. La Resolución 143/14, de Creación del Sistema de Asistencia Financiera para la instalación del Programa Hospital Donante; la Resolución 229/13 del Programa Hospital Donante y más recientemente la Resolución 037/15 de Creación de la Unidad de Evaluación del Programa Hospital Donante. Sin embargo, y ante los resultados de la evaluación en el año siguiente se genera la Resolución INCUCAI 194 del 2016, del Programa Nacional de Atención Integrada del Paciente Crítico y Posible Donante”

En el documento *“Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage” World Health Organization, OECD, and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank*, del año 2018, se indica que actualmente la mayoría de los países presentan una media o baja calidad en salud; y hace un llamado imperativo a que se mejore esta realidad. Las estrategias e intervenciones que promueven para lograrlo están resumidas en cuatro procesos y siete categorías de intervención:

Procesos:

- una política de calidad y una estrategia de implementación como parte del sector formal de salud plan nacional;
- un documento de política de calidad desarrollado como un documento nacional independiente, generalmente dentro de un proceso de múltiples partes interesadas, dirigido o respaldado por el ministerio de salud
- una estrategia nacional de implementación de calidad - con una agenda de acción detallada - que también incluye una sección sobre áreas políticas esenciales;
- legislación habilitante y estatutos regulatorios para apoyar la política y la estrategia.

Categorías de intervenciones (considerando partes interesadas del sistema, incluidos proveedores, gerentes y formuladores de políticas)

- 1) cambiar la práctica clínica en primera línea
- 2) establecer normas
- 3) comprometer y empoderar a pacientes, familias y comunidades
- 4) información y educación para trabajadores de la salud, gerentes y formuladores de políticas
- 5) uso de programas y métodos de mejora continua de la calidad
- 6) establecer incentivos basados en el desempeño (financieros y no financieros)
- 7) legislación y regulación

En cuanto a la calidad de procesos puede considerarse que en nuestro país existe antecedente y normativa vigente. De hecho, el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica (PNGCAM), que fue creado por Resolución

Secretarial N° 432 en el año 1992 y refrendado por el Decreto N° 1424 del año 1997; ha sido recientemente ratificado en su vigencia. (Decreto PEN N° 178/17). En la búsqueda de promover el desarrollo de procesos para asegurar la calidad de los servicios de salud para toda la población y garantizar la equidad en la atención médica, en el marco de la estrategia de la COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD (CUS).

La Resolución 856-E/2017 actualiza los ejes conceptuales del programa y en esa perspectiva se articulan las diferentes acciones que se realizan, que tienen por objeto el diseño de instrumentos, la capacitación, sensibilización, investigación y gestión de mejoras de los riesgos sanitarios en los establecimientos de todo el país. Actualmente se están dando prioridad a indicadores vinculados con la Atención Primaria de la Salud.

En cuanto a las referencias al trasplante, procuración y procesos relacionados en el texto contenido en los documentos pertenecientes a este PNGCAM, son pocas. Por ejemplo, en la Resolución 900E/17, Tipologías de Establecimientos de Salud y los Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos de Salud. Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Registro Federal de establecimientos de Salud REFES; se determina que los establecimientos que realizan trasplantes se tipifican como Alto Riesgo con Terapia Intensiva Especializada - Nivel III B. Es decir que la realización de trasplantes en una institución está asociada y reconocida como práctica compleja. Así mismo, están detalladas en la RESOLUCIÓN 3/2015, generada por el Grupo Mercado Común (G.M.C.), los Requisitos de Buenas Prácticas en procedimientos para organización y funcionamiento de los servicios de trasplante de órganos. Entre ellos se establece en su Art.º 3.3 que “Toda institución con programa de trasplante deberá implementar las acciones necesarias a fin de asegurar el funcionamiento de una unidad de procuración de órganos y tejidos en la misma con actividad constante.”

Sin embargo, más allá de estas dos menciones, ninguna de las otras guías de diversos servicios y procesos asistenciales que en la práctica están fuertemente asociadas a la procuración como ser cuidados intensivos, emergencias y urgencias, internación clínica y cirugía; contemplan ni mencionan las actividades de procuración como parte de las responsabilidades de los servicios.

Como muestra de ello, se comprueba que en la RESOLUCIÓN 29/2015 (GMC) “Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de los servicios de terapia intensiva adulto, pediátrico y neonatal”; aunque se menciona el seguimiento del paciente crítico, y se mencionan expresamente las actividades de farmacovigilancia y tecnovigilancia, no se mencionan como responsabilidad de la terapia intensiva las actividades de procuración y mantenimiento del potencial donante, ni se enlaza o refieren al Subprograma de Garantía de Calidad - Glasgow 7. Similarmente ocurre con las recomendaciones para Servicios de Emergencias (RM 42/2001), cuidados intensivos cardiológicos (RM 375/2002), cirugía cardiovascular (RM1885/2005) y Cirugía (RM 573/2000), entre otros.

Con respecto al problema del presente proyecto, si bien existen, un marco regulatorio compuestos por leyes y normas que da solidez al proceso de procuración, con lo que las categorías 2 y 7 estarían suficientemente desarrolladas, el resto de las categorías propuestas presentan déficit tanto por ausencia de desarrollo como por insuficiente aplicación de aquellas que se encuentran desarrolladas. Por lo tanto, las estrategias del presente proyecto se enmarcarán en la articulación, la implementación y el seguimiento.



## 4. Problema

### 4.1. Definición del problema

Bajo número de donantes en muerte encefálica en las instituciones sanitarias de CABA. Para identificar el problema se utilizaron los datos de los siete hospitales públicos con mayor actividad de procuración del CABA.

### 4.2. Identificación de indicadores y línea de base

**Indicador primario: Porcentaje de Detección de ME encefálica en relación a las defunciones en las Unidades de Terapia Intensiva (UTI) en los siete hospitales en estudio.**

**Línea de base: 9,5 %**

Se calculó como:

$$\frac{\text{Número total de Muertes Encefálicas detectadas 2013-2017}}{\text{Número de Total de óbitos en UTI 2013-2017}} \times 100$$

Para cada año, desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017. Datos CRESI.

**Indicador secundario: Porcentaje de conversión de óbitos en Muerte Encefálica en donantes de órganos en el período 2013-2017 en los siete hospitales en estudio.**

**Línea de base: 34 %**

$$\frac{\text{Número de Donantes en Muerte Encefálica 2013- 2017}}{\text{Número total de Muertes Encefálicas Detectados 2013-2017}} \times 100$$

Para cada año, desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017. Datos CRESI

### 4.3. El problema y sus consecuencias

El problema se define como un “bajo número de Donante en Muerte Encefálica”. La procuración de donantes en muerte encefálica aporta los mejores resultados en trasplante de órganos, pudiendo exceptuar los trasplantes de pulmón, en los cuales la donación en asistolia puede mejorar los resultados. Actualmente el DME es la única forma para obtener órganos para implante en la CABA, ya que actualmente no existen programas para la realización de donación de órganos en asistolia. Antes de iniciar dichos programas es necesario llegar al máximo nivel de detección de potenciales DME, evitar escapes y eventuales pérdidas por negativas familiares.

La Unidad de Análisis es el EAIT, donde el problema genera un déficit en el logro de resultados alcanzados para cumplir la misión, siendo esta, garantizar la accesibilidad de la población de la CABA al trasplante.

Las poblaciones relacionadas a nuestro problema son:

**Población de referencia:** número de ciudadanos domiciliados en la CABA

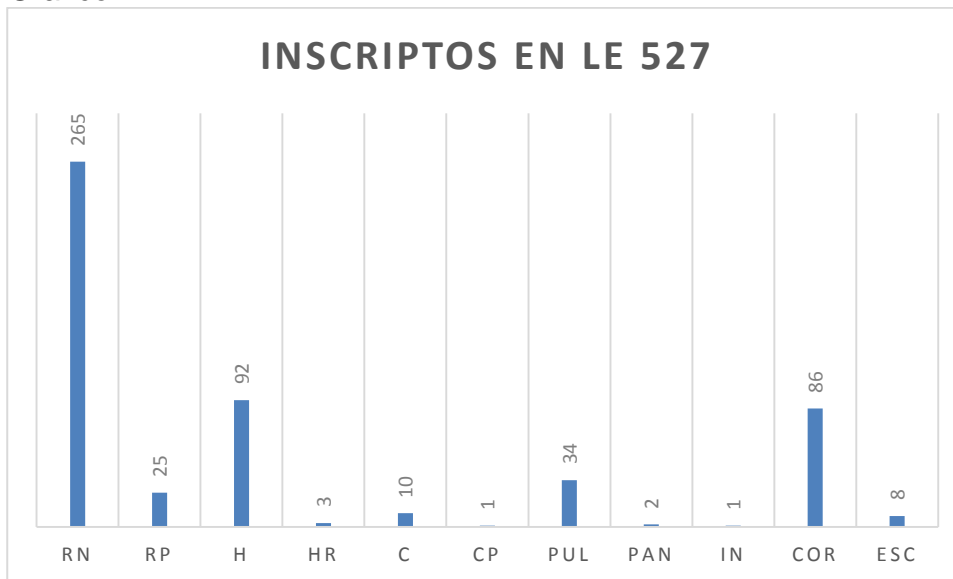
**Población afectada:** número de pacientes con domicilio en la CABA, con patologías plausible de ser tratados con trasplante

**Población objetivo:** número de paciente inscriptos en lista de espera de órganos, con domicilio en CABA.

El trasplante de órganos es una terapia que salva la vida o mejora la calidad de aproximadamente 100.000 pacientes al año a nivel mundial. La escasez relativa de donantes y órganos para satisfacer las necesidades de trasplante es sin duda el mayor obstáculo.

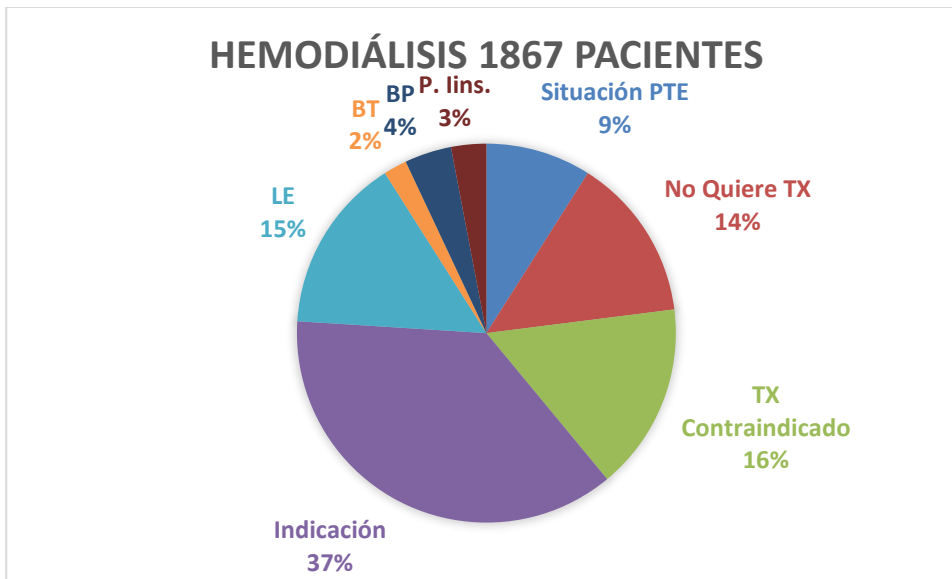
La lista de espera en ciudad de buenos aires es de 527 pacientes (Tabla 1), siendo la más abultada la lista renal, que llega a 265 pacientes en LE (86 PMH), representando el 15% de los pacientes en hemodiálisis. El promedio de trasplantes de órganos en pacientes de CABA en los últimos 10 años fue de 169, siendo 92 renales por año. Durante el año 2018 y 2019 con la implementación de la nueva ley de trasplantes se vio un aumento en la procuración e implante de órganos para trasplante llegando a 198 y 204 respectivamente, siendo los trasplantes renales 114 y 116 en estos últimos dos años. El implante de corneas es el más numeroso, con un promedio anual de 250 trasplantes anuales, realizándose en más del 50% con corneas importadas del exterior, que son abonadas por los propios pacientes.

Grafico 1



El trasplante renal es la terapia sustitutiva de elección para la enfermedad renal crónica terminal, por demostrar la reducción mortalidad y costo a partir del segundo año de trasplante. Al observar los movimientos en lista de espera de los pacientes en hemodiálisis observamos que solo el 15% se encuentra en LE, el 3% se encuentra en proceso de inscripción y el 34% tiene indicación de trasplante sin que inicie el proceso de inscripción (Grafico2). Esto demuestra la demanda estimada, si nuestros pacientes en diálisis con indicación y proceso de inscripción pasaran a estar inscriptos en LE el número pasaría de 265 a 1027. Durante el

2019 se realizaron 116 trasplantes renales que representan el 43% de la actual lista de espera, sin embargo es el 11% de la demanda estimada.



#### 4.4. Análisis de causas



## **Análisis de los procesos involucrados e identificación de aquellas consideradas causas del problema.**

- 1) Comunicaciones de sospecha de muerte encefálica: El equipo del EAIT concurre a cada institución para realizar el diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos. En la práctica habitual es común encontrar a potenciales donantes en los que se decidió no avanzar con nuevas medidas terapéuticas, en forma de una limitación terapéutica incompleta, que al momento de selección de donante presentan:
  - Contraindicaciones infectológicas por no inicio de terapias de ATB adecuadas que llevan habitualmente al Shock Séptico (irreversibles en el proceso de procuración).
  - Depleciones severas de volumen tratadas con altas dosis de inotrópicos, que llevan a la pérdida de órganos a trasplantar (Parcialmente reversibles durante el proceso).
- 2) Falta de capacitación del personal sanitario que lleva a una mala comunicación de situaciones críticas con un alto porcentaje de negativas familiares.
- 3) Falla sistemática de detección de potenciales donantes. La falta de actividad propia de procuración de los hospitales públicos y centros privados lleva a una ausencia de procesos institucionales, llevando a la escasa detección de potenciales donantes en Muerte encefálica.
- 4) Falta de capacitación e información del personal de salud: ausencia de contenidos relacionados a la procuración en las especialidades básicas.

### **4.5. Análisis de los actores involucrados**

- 1- EAIT (GMO - Coordinadores Hospitalarios - Jefes de sección de procuración - DCT)
- 2- Centros de Trasplante (Médico responsable del trasplante)
- 3- Pacientes en Lista de Espera
- 4- Personal de salud (Directores Médicos - Jefes de Servicios - médicos y enfermeros)
- 5- Centros de Diálisis

El EAIT tiene una guardia medica operativa que funciona las 24Hs los 365 días del año, con capacidad de garantizar el proceso de procuración y asignación, desde el diagnóstico de muerte hasta la ablación, con posibilidad de articular hasta 2 procesos. Tanto los hospitales con secciones de procuración como los tienen coordinadores hospitalarios, no garantizan el proceso de procuración, si no que depende de la guardia operativa del EAIT.

En CABA según datos del SISA hay 1173 camas de UTI de adultos y 450 camas de UTI pediátricas, distribuidas en 25 hospitales públicos y en 61 centros privados. Es la ciudad del país con mayor densidad de camas de UTI, ya que representan el 13% del total de camas UTI de adulto a nivel nacional. En la CABA no solo se atienden los 3 millones de personas que la habitan, si no también, un gran número de habitantes del cono-urbano bonaerense que por su seguridad social tienen sus centros asistenciales o son derivados por complejidad a la CABA.

El gran número de centros asistenciales, la falta de estadística clara por parte de los centros privados asociado a la excesiva centralización de la actividad de procuración, hace que la misión se vea debilitada.

Para su estudio se realizó un análisis de situación, donde se analizaron los datos de procuración de los años 2013-2017, seleccionando hospitales del gobierno de la ciudad que cuentan con (UTI+neurocirugía) y mayor actividad de procuración. En el sector privado se estudiaron los centros de trasplante, alguno de ellos adheridos al programa de neurocríticos (GVII) y los centros con mayores detecciones de pacientes en muerte encefálica sin programa de trasplante. Se eligieron estos cinco años para compararlos con los datos disponibles del gobierno de la ciudad, sobre los movimientos hospitalarios y anuarios estadísticos de la ciudad. Se utilizó el SINTRA - CRESI para estadísticas relacionadas a procuración y trasplante de órganos y tejidos. También se analizaron algunos datos a nivel nacional para realizar comparaciones. Algunos indicadores se han comparado con los años 2018 y 2019 donde se observó un aumento del número de donantes, siendo en agosto de 2018 que entra en vigencia la actual ley de trasplante.

En el estudio de los 14 centros privados con actividad de trasplante, la mayoría de ellos, presenta escasa actividad de procuración, con escasa comunicación de GVII y números que no permiten hacer conclusiones en el análisis de situación, exceptuando el notable grado de sub-registro que lleva al bajo número de detecciones. Estos centros aportaron 60 donantes en los 5 años de estudio.

Una institución privada, sin actividad de trasplante, de referencia en Neuro-intervencionismo, que recibe derivaciones, presentó buen número de detecciones, que fueron comunicadas de manera tradicional (llamado telefónico). Esta se comportó durante el periodo de estudio como uno de los hospitales con sección de procuración, aportando 27 DME en 5 años. Este centro asistencial presenta la particularidad de que el coordinador médico de la terapia intensiva, tiene experiencia en procuración de órganos y tejidos, así como también cuenta con la capacidad de realizar DTC para el diagnóstico de ME.

En el ámbito público se seleccionaron 7 hospitales, que se separan en dos grupos según presenten o no secciones de procuración. Esta división se realizó por los resultados que presentaron, ya que dentro de cada grupo no se observan diferencias significativas y si entre ambos tipos de instituciones presentaron resultados similares.

Estas secciones de procuración cuentan con al menos 1 jefe/a de sección a tiempo completo y 1 psicólogo/a, con la posibilidad de realizar diagnóstico de muerte por doppler trans craneal. Los hospitales sin secciones contaron en forma discontinua con coordinadores hospitalarios trabajando a tiempo parcial.

Los hospitales con más actividad son los que tienen secciones de procuración, con un promedio de 5.8 y 5.2 DME por año Vs 3.2; 2.4; 2; 1.4; 1 DME los que no las tienen. En conjunto 21 DME por año

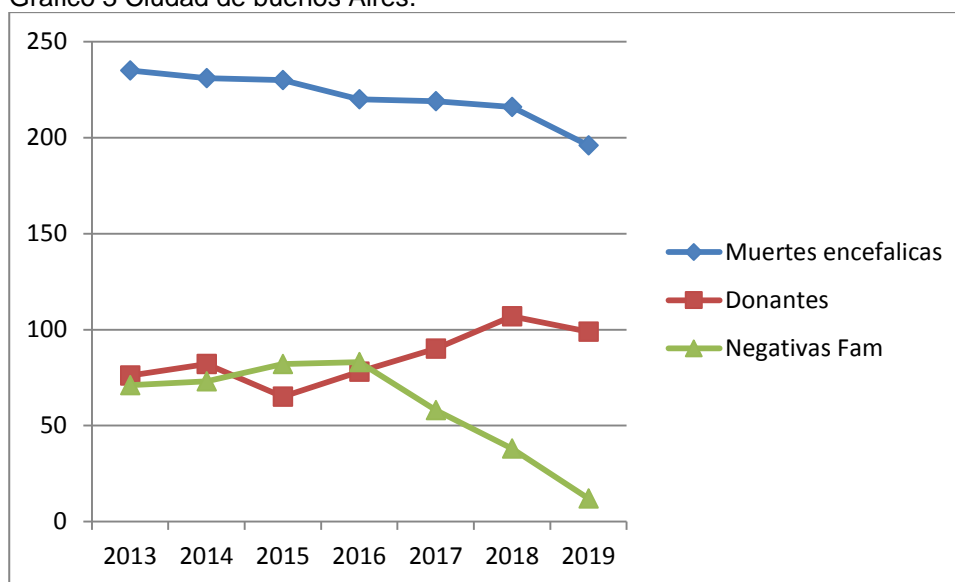
Indicador de detección: El número de Muertes encefálicas detectadas en relación a los Muertos UTI es de 15.7 % - 12,7% en los hospitales con unidades de procuración, siendo de 6%; 6%; 8%; 9%; 10% los que no las tienen. Sin embargo en este último grupo, cuando se observan los años con mayor número de detecciones, este indicador arroja resultados similares a los hospitales con secciones de procuración, con resultados que van desde 12.5 a 15%, números que no difieren con los hospitales que tienen secciones de procuración, por lo que el potencial de detección sería similar en todos los hospitales en estudio. Si este indicador sería de 13% en estos 7 hospitales con la conversión de donantes actual a nivel nacional de 65%, estos hubiesen contribuido con 54 donantes por año, aumentando el 10,8 Donantes por Millón de Habitantes por año.

Con respecto a la conversión de donantes, en La CABA durante los años 2013-2017 se observa una conversión del 34%, observándose un aumento que llega a 46% en 2018 y 50% en 2019. Cuando se estudia a nivel nacional este indicador en el periodo 2013-2017 la conversión de donantes fue de 41%, aumentando a 51% en 2018 y 65% en 2019.

A pesar de que en los años 2018 y 2019 con la implementación de la nueva ley de trasplantes se observó un record de donantes, gracias a la difusión y a la solidaridad de nuestro pueblo, en el análisis global de CABA y Nación se observa:

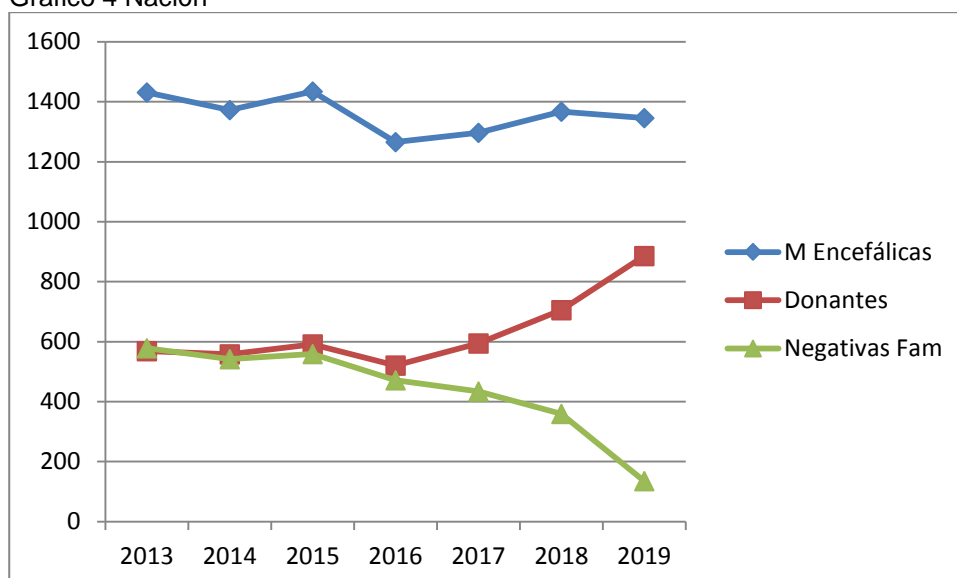
1. Los números de detecciones ya sea por comunicación tradicional o GVII no aumentaron, incluso en CABA se observa un descenso progresivo de las detecciones.
2. El número de contraindicaciones es más alta en CABA (aunque puede estar vinculado a un sesgo), las contraindicaciones no bajaron, incluso tendieron a aumentar, principalmente en CABA.
3. Se observa un número menor de posibles donantes en CABA.
4. Lo que disminuyó fueron las negativas familiares y permitió el aumento del número de donantes.

Grafico 3 Ciudad de Buenos Aires.



CABA	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Muertes encefálicas	235	231	230	220	219	216	196
Donantes	76	82	65	78	90	107	99
Negativas Fam	71	73	82	83	58	38	12

Grafico 4 Nación



Nación	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
M Encefálicas	1431	1373	1434	1266	1297	1367	1346
Donantes	569	558	591	521	594	705	886
Negativas Fam	578	542	559	472	434	359	135

En el estudio de indicadores y de estos gráficos se pone en evidencia que los dos puntos para generar estrategias de mejora son:

1. Detección: esta no mejora, inclusive se observa una curva descendente. Es una oportunidad de mejora que se tiene que actuar de manera urgente. Los centros con mayor número de detección fueron los que tienen secciones de procuración y personal que pueda realizar diagnóstico de ME.
2. Comunicación en situaciones críticas (CSC): A pesar de los esfuerzos del EAIT de haber formado un equipo estable de psicología, con un excelente desempeño, el número de negativas familiares mejoró a nivel nacional luego de la implementación y difusión de la Ley 27.447 en la sociedad. Pero como sucede con todos los programas, caen lentamente. Por lo que es necesario iniciar las medidas necesarias, para el inicio del entrenamiento que permitan mantener o incluso mejorar los resultados actuales, ya que la mejora del indicador de negativas familiares fue lo que aumentó la procuración y el trasplante en estos años.

Actualmente el personal de salud de los centros asistenciales no asume un rol activo en el proceso de procuración y trasplante, no incorporan la actividad en el quehacer cotidiano, no existen procesos institucionales, ya que no la reconocen como una actividad intrahospitalaria. Los Coordinadores Hospitalarios cumplen su tarea en un tiempo no protegido, desarrollando su actividad asistencial en forma conjunta con el rol de Coordinador.

Los centros de diálisis, encargados del tratamiento sustitutivo renal, tienen 90 días para informar la situación del paciente en lista de espera. Este puede no querer trasplantarse, tener contraindicado el trasplante o realizarse la indicación. Actualmente el 9% de los pacientes en diálisis presenta situación pendiente en lista de espera.

## 5. Análisis de situación y diagnóstico estratégico

### FODA

<b>Fortalezas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Reestructuración organizacional del EAIT más eficiente</li><li>• Designación por concurso de los distintos cargos</li><li>• Existencia del SINTRA</li><li>• Manuales de Procedimiento</li><li>• Profesionales Capacitados</li><li>• Cursos de Capacitación a profesionales de la salud ajenos al EAIT</li><li>• Guardia Operativa las 24 h del día con capacidad de asesoramiento permanente</li></ul>	<b>Oportunidades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Marco Normativo: donante presunto pleno</li><li>• Marco Normativo: Secciones y servicios de procuración en establecimientos con internación.</li><li>• Existencia del Programa Federal de Procuración y Subprogramas</li><li>• Secciones de Procuración en Hospitales Públicos</li><li>• Coordinadores de trasplantes en Hospitales Públicos y privados.</li></ul>
<b>Debilidades:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Única jurisdicción que no posee poder de policía sanitario</li><li>• Excesiva centralización operativa</li><li>• Escasa participación de la Institución Donante</li><li>• Escasa formulación de las responsabilidades exigibles a las Autoridades de las Instituciones y a los actores comprometidos (médico interno de guardia, enfermera, etc)</li><li>• Escasa capacidad de desconstrucción / reformulación del modelo operativo (adecuación)</li></ul>	<b>Amenazas:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Múltiples actores en el proceso de donación/trasplante</li><li>• Falta de reconocimiento de la actividad de procuración como actividad intrahospitalaria</li><li>• Falta de procesos en los Hospitales ante un paciente fallecido con posibilidad de ser donante.</li><li>• Poca participación de las Sociedades Científicas</li></ul>

## 6. Objetivos

### 6.1. General

Aumentar el número de donantes de órganos a partir de fallecimientos diagnosticados bajo criterio neurológico en la jurisdicción de la CABA.

Meta: alcanzar un aumento del 100% de donantes de órganos, en el plazo de 1 año.



## 6.2. Específicos

Los objetivos específicos a desarrollar para el presente trabajo son:

1. Disposición ministerial a fin de cumplir con la ley 27447, secciones y servicios de procuración, comunicación de GVII de CABA.
2. Creación y reestructuración de secciones de procuración en equipos multidisciplinarios.

### Objetivo 1: Disposición ministerial.

Realizar disposición ministerial a fin de cumplir con la ley 27.447:

- 1- Todo centro asistencial con cama de UTI y/o neurocirugía debe prestar servicios de procuración de órganos y tejidos: Referente y/o encargado de detección y comunicación de los programas de GVII y Donantes de tejidos en PCR.
- 2- Los centros del punto 1 deben tener procesos y protocolos institucionales funcionales en caso de lesiones cerebrales catastróficas, sospecha de muerte encefálica y potenciales donantes de órganos y tejidos.
- 3- Los profesionales que desarrollen las actividades en secciones y/o servicios de procuración deben acreditar certificados de formación correspondientes a procuración y comunicación en situaciones críticas.
- 4- Generación de auditorías en coordinación con el EAIT, de los centros del punto 1 a fin de controlar las actividades y dar ayuda estratégica según la realidad de cada institución.
- 5- Instrumentar penalidades a instituciones y profesionales involucrados, siendo responsables del correcto funcionamiento de los servicios y secciones de procuración los jefes de departamento y directores de estos centros.
- 6- Derivación de potenciales donantes: No se puede obligar a una institución privada a que lleve a cabo el principio de beneficencia, pero si se puede solicitar que cumplan con el principio de justicia para los pacientes en lista de espera y respeten la autonomía de los pacientes, que en el momento de su fallecimiento deseen dar vida. En situaciones donde los centros privados apelen a la falta de recursos para el mantenimiento y la ablación, debe existir la opción de poder trasladar estos potenciales donantes a los hospitales del gobierno de la ciudad que cuenten con secciones de procuración.

La comunicación vía informática a través de la página web del INCUCAI – SINTRA para seguimiento y desenlace de estos pacientes, permitirá estudiar la capacidad de generación de donantes, evitar escapes en la detección y estimular el desarrollo de actividades de procuración de las instituciones de salud, descentralizando la actividad y llevando la procuración a la problemática habitual de todas las instituciones con internación.

Actualmente no se tiene datos de la mayoría de las instituciones privadas y solo datos parciales de las instituciones públicas.

## Indicador de registro GVII

Número de comunicaciones GVII el período 2013- 2017(Siete Hospitales)

-----  
Número total de muertos UTI 2013-2017(Siete Hospitales)

Para cada año, desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017. Datos CRESI

Estas dos variables, que pueden no estar relacionadas entre sí, incluyen los ingresos a UTI con patologías potencialmente graves. Al estudiar este indicador en ambos tipos de instituciones es de 0,65 y 0,67 en los hospitales con secciones de procuración, siendo de 0.45; 0.33; 0.23; 0.2 y 1.3 en los que no las tienen. Este indicador muestra que los hospitales con más registros de GVII son los que más donantes aportaron durante el periodo en estudio.

### **Objetivo 2: Creación y reestructuración de secciones de procuración, entrenamiento de los profesionales dedicado a la procuración:**

En los 7 hospitales seleccionados: Generación de equipos multidisciplinarios con personal que trabaje a tiempo completo y a tiempo parcial.

A tiempo completo:

Jefe de sección: pudiendo ser profesional cualquier profesional de la salud que demuestre competencias en la problemáticas diarias de las UTI, así como en las áreas de emergencia y con experiencia en procuración de órganos y tejidos para implante.

Personal de psicología: que demuestre competencia en CSC y competencias para iniciar proyectos de gestión, con experiencia en procuración de órganos y tejidos para implante.

Ambos profesionales son responsables y deben generar las estrategias oportunas y necesarias para:

1. Detección total y comunicación de GVII: debiendo comunicar todas las patologías estructurales y daño cerebral catastrófico. Deben incluir pacientes internados tanto en las UTI como en el servicio de emergencia.
2. Protocolizar y coordinar el equipo de profesionales que desarrolle actividades a tiempo parcial, a fin de facilitar y asegurar el proceso de procuración, con la menor intervención de los profesionales del EAIT.
3. Generar actividades de formación continua en los profesionales de cuidados críticos y emergencias. Con devolución de resultados a los profesionales que intervinieron en el proceso y no son parte del equipo de procuración.
4. Generación de reuniones de equipo con los profesionales a tiempo parcial, a fin de generar actividades de formación y nuevos procesos para el correcto funcionamiento de la sección.

### Profesionales dedicados a tiempo parcial:

- 1 Pueden ser personal Médico, enfermería y psicología. Es de gran importancia que en el equipo exista un profesional con la capacidad de realizar diagnóstico de muerte encefálica por doppler trans-craneal
- 2 Personal de Instrumentación quirúrgica: la experiencia del licenciado en instrumentación permitirá la organización de la actividad dentro de los quirófanos, repercutiendo al mínimo las actividades programadas de la institución.
- 3 Kinesiólogo que trabaje en las UTI (Tiempo Parcial): Es el asistente sanitario que maneja la vía aérea, realiza maniobras de reclutamientos y plantea estrategias de ventilación junto con los médicos intensivistas. Es un pilar importante para la detección además de poder realizar la ventilación protectora. Los kinesiólogos de guardia revisan los pacientes ventilados de todo el hospital.

El perfil de podrá ser de referentes y/o parte de la sección de procuración. En caso de esta última opción deben entrenarse para asegurar el proceso de procuración hospitalaria.

Las secciones de procuración deben tener capacidad para asegurar el proceso de procuración solo con ayuda parcial del EAIT. Se debe instrumentar la recepción de derivaciones de potenciales donantes, de los centros privados que apelen a la falta de recursos.

### Generación de cursos:

Actualmente existen cursos de procuración de órganos en la Asociación de Médicos Municipales con una carga horaria de 275 horas, en la asociación de psicólogos de Buenos Aires y recientemente se inició un curso en la nueva sede del EAIT.

Ante la necesidad de formar nuevos profesionales así como reentrenar a los que están actualmente en actividad, el EAIT debe realizar cursos de capacitación compactos de 20 horas a realizar en dos días:

1. Curso de aspecto ético y legal del proceso de procuración.
2. Curso de Detección, Diagnostico, Selección tratamiento y selección de donantes.
3. Curso de proceso de donación en Muerte encefálica e iniciación al manejo del SINTRA y central de reportes CRESI.
4. Curso de comunicación de situaciones críticas con actividades de simulación.

### Entrenamiento en comunicación de situaciones críticas:

Se deben realizar entrenamiento con simulación de entrevistas familiares a fin de que todos los integrantes del equipo tengan las herramientas necesarias para realizar una correcta comunicación. Estos cursos tienen que estar destinados inicialmente para la generación de las secciones de procuración, para los profesionales destinados a generar servicios de procuración y referentes

hospitalarios. También deben reentrenarse periódicamente el equipo actual del EAIT.

### **Porcentaje de negativas familiares en relación a los potenciales donantes en Muerte encefálica en el período 2013-2017 (Siete hospitales en estudio)**

**Línea de base: 47 %**

$$\frac{\text{Número de negativas familiares en el período 2013- 2017}}{\text{Número total de potenciales donantes en ME 2013-2017}} \times 100$$

Para cada año, desde el 1 de enero de 2013 al 31 de diciembre de 2017. Datos CRESI

Potenciales donantes: óbitos con diagnóstico de muerte con criterios neurológicos, sin contraindicaciones para la donación de órganos ni negativa judicial.

No se observan diferencias entre las instituciones con o sin unidades de procuración, presentando un promedio en estos 7 hospitales públicos de 47% de NF. Teniendo un porcentaje aceptable de negativas familiares menores al 20 %, en esos 5 años en estos 7 hospitales, el número de donantes hubiese pasado de 105 a 160. A nivel de global de CABA estudiando el mismo periodo también se observa un 47% de NF. Cuando se estudia a nivel de nación el porcentaje es el mismo 47% durante el mismo periodo. A nivel global de CABA en 2018 presenta un indicador de 26% y en 2019 del 10%. Se observa en nación el mismo comportamiento de mejoría de este indicador, siendo en 2018 de 33% y 13% durante el 2019. Volviendo a los gráficos se observa que el principal determinante del aumento de donantes fue la disminución de negativas familiares. La mejor medida a tomar para poder ayudar a las familias de los potenciales donantes es estar preparados para comunicar, en el momento más doloroso.

## **7. Actividades y cronograma**

### **Objetivo 1: Disposición ministerial a fin de cumplir con la ley 27447, secciones y servicios de procuración, comunicación de GVII de CABA.**

Número	Actividad	Responsable	Meta
1	Informe a través de CCOO (Comunicación Oficial) al Ministerio de salud el diagnóstico de situación, programa y proyecto de disposición.	DCT	Poner en conocimiento la problemática actual, demanda real de pacientes en LE participación de diferentes instituciones. 1Semana.
2	Informe a través de CCOO a los Directores de los Hospitales del	DCT	Poner en conocimiento el grado de participación

	resultado del diagnóstico de situación.		del Hospital en el proceso de procuración 1 meses
3	Elaboración de disposición en forma conjunta con el Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.	Dirección EAIT DCT Jefe de Coordinadores Hospitalarios Ministerio de Salud.	Generar norma aplicable a las instituciones con internación: 1 meses
4	Generación de equipo de auditoria para el inicio de monitoreo según disposición ministerial.	DCT Auditoria Interna EAIT	Diseñar estrategias para evaluar el cumplimiento de en centros de salud con internación. 2 Meses.
5	Reuniones mensuales con autoridades o personal designado en procuración.	Jefe de coordinadores hospitalarios Directores, jefes de departamento y/o personal designado a procuración.	Colaboración con centros de salud para la formulación de estrategias y procesos de procuración institucionales. 3 Meses
6	Generación del proceso de derivación de potenciales donantes a hospitales con secciones de procuración.	Jefe de coordinadores hospitalarios Jefe de sección de procuración. Jefe de departamento a cargo de la sección.	Creación de proceso de derivación en conjunto con autoridad hospitalaria teniendo en cuenta las realidades hospitalarias. 1 Mes
7	Monitoreo de centros de salud.	Equipo de auditoria	Corroborar el cumplimiento de metas parciales en un período de prueba de 3 meses
8	Evaluar resultados finales teniendo en cuenta número de instituciones de salud con profesionales destinados a procuración y procesos institucionales, cantidad de horas semanales destinadas por profesional, Comunicaciones GVII, Numero de detecciones.	DCT	Comunicación al Ministerio de salud nivel de cumplimiento y evaluación de medidas punitivas a los responsables de los centros de salud. 1 mes
9	Validación de los resultados	DCT	Corroborar eficiencia y efectividad de las estrategias acordadas: 1 mes

## **Objetivo 2: Creación y reestructuración de secciones de procuración**

Generación y/o reestructuración de unidades de procuración los hospitales generales a seleccionar.

Los objetivos principales a cumplir por estos profesionales serán:

- Empoderar al hospital el proceso de procuración.

- Detección del 100% de los pacientes neurocríticos con Glasgow menor o igual a VII del hospital.
- Seguimiento de los pacientes en el programa de Glasgow VII a fin de realizar acciones de cuidado, prevención de infecciones, actualización de datos.
- Detección temprana de muerte encefálica en las unidades de cuidados críticos.

Estas actividades permitirían ayudar al personal sanitario a la detección total de los potenciales donantes y aumentar el número de donantes.

Una vez desarrollado y demostrado el impacto de esta prueba piloto, y realizadas las evaluaciones y adecuaciones pertinentes, este modelo se implementará en el resto de los hospitales generales.

Número	Actividad	Responsable	Meta
1	Diagnóstico de situación de los Hospitales Públicos Generales de Agudos de la CABA en relación a los agentes en funciones en los servicios de procuración.	DCT	Conocer la dedicación efectiva, las tareas realizadas y las tareas omitidas de los agentes designados, y realizar informe comparativo de lo relevado con las actividades ideales a realizar: 3 semanas
2	Informar a Directores de los Hospitales, los Jefes de Sección de Procuración y los agentes sanitarios designados en ellos de los resultados del diagnóstico de situación.	DCT	Envío del informe a través de CCOO (Comunicación Oficial) a los DM, Jefes de Sección y agentes sanitarios involucrados y recepción de consultas. 1 Mes.
3	Elaboración del perfil del cargo procuración a ocupar por profesionales, en conjunto con los Jefes de Sección y psicología: Detección de pacientes fallecidos en parada cardíaca, seguimiento del programa de Glasgow VII y detección temprana de pacientes en ME en las áreas críticas.	DCT Jefe de Sección Procuración. Coordinadores Hospitalarios Jefe de coordinadores hospitalarios. Directores de hospitales Jefes de departamento.	Tener definido perfil de cargo, tareas asignadas diarias y tiempos requeridos para cada actividad 2 meses
4	Implementar el perfil del puesto para los agentes que ya se encuentran cumpliendo funciones, y establecerlo como requisito para toda nueva incorporación.	EAIT	Disposición EAIT 1 semana

5	Entrenamiento y formación del agente sanitario en temas de procuración. 5 Cursos de 20 horas a realizar en forma intensiva y articulados con inicios cada 15 días. Destinados al personal de las nuevas secciones, coordinadores hospitalarios y personal designado por centros de salud.	EAIT	Formación de profesionales necesaria para asegurar el proceso de procuración institucional. 3 meses
6	Elaboración de procesos procuración institucionales.	Jefes de Secciones Jefes de departamento Directores de Hospitales	Guía para el personal de procuración 1 mes
7	Puesta en marcha y monitoreo del funcionamiento de las secciones de procuración	Jefe de coordinadores hospitalarios DCT	Inicio de tareas y monitoreo. 3 meses.
8	Evaluar resultados finales teniendo en cuenta: Encuesta de rol a agentes dedicados a procuración, Hora/agente destinada exclusivamente a la actividad, Cantidad comunicaciones GVII, número de Muertes encefálicas y procesos de donación iniciados en relación a muertos UTI. Indicador de conversión de donante. Indicador de negativas familiares y judiciales.	DCT Secciones de Procuración	Mejorar el conocimiento de las actividades mínimas esperadas del cargo. Aumentar el tiempo protegido. Aumentar los procesos de donación iniciados. 1 meses
9	Validación de los resultados	DCT	Corroborar eficiencia y efectividad de las actividades propuestas para el cargo. 1 meses

## 8. Mecanismo de monitoreo y evaluación

El monitoreo del proyecto es responsabilidad de las personas a cargo de las actividades. La frecuencia de monitoreo será semanal. Los responsables completarán en un recurso compartido a todos los responsables, la información necesaria para conocer el estado de seguimiento del Diagrama de Gantt propuesto para su actividad a cargo. En el Anexo 1 se incluye la Tabla de monitoreo temporal de seguimiento de las actividades asociadas al objetivo 1 y 2. La DCT supervisará a los responsables de actividades del objetivo 1. El responsable de la Red Integrada de Unidades de Procuración supervisará a los responsables del objetivo 2.

La duración planificada del proyecto es de un año calendario, con un margen de desvío global de cumplimiento del 15% (aproximadamente 55 días corridos). Para un adecuado control de este aspecto, se pauta que, si una actividad se prolonga x días, dichos días son descontados de este bloque extra de días global, quedando disponibles ahora 55 días -x.

También es objetivo del monitoreo detectar las necesidades de corrección o adecuación de actividades o recursos durante la realización de las actividades y apoyar el interés y la participación de los involucrados en el mismo. Entendiendo que se trata de un proyecto que integra agentes de diferentes dependencias sanitarias, cuando los responsables realicen su informe final de cada actividad, incluirán como indicador el porcentaje de participación (personas que participaron x 100 / personas convocadas) y el listado de correcciones o adecuaciones realizadas a cada actividad, si corresponde.

Siendo que este proyecto incluye la implementación de procesos y metodologías interinstitucionales, que una vez puestas en marcha se espera que se apliquen de manera continua, la evaluación del proyecto se realizará a los 3, 6 y 12 meses desde el inicio del mismo, y también debería realizarse un seguimiento posterior a la culminación al menos cada 6 meses.

La obtención y análisis de los indicadores estarán a cargo de la DCT, tanto en los momentos intraproyecto, como posteriormente. Los valores a obtener y analizar serán fundamentalmente los indicados para el objetivo principal (de aumentar el número de donantes en muerte encefálica en la jurisdicción) y también serán incluidos aquellos mencionados que reflejen la detección de muertes encefálicas, comunicación de GVII, indicador de conversión de donante, estudio de contraindicaciones a la donación y negativas familiares.

## **9. Conclusiones**

El presente proyecto tiene como finalidad el aumento de donantes de órganos para implante en la CABA.

El impacto esperado es la disminución del tiempo en lista de espera a su menor expresión posible, disminución de la morbi-mortalidad de las patologías pausibles de ser tratadas con trasplante y reducción del gasto en salud pública.

Es misión del Ente Autárquico Instituto de Trasplante velar por la salud y el derecho de los pacientes en Lista de Espera.

A pesar de la existencia de programas con estrategias ampliamente desarrolladas para cumplir esta misión, los mismos no han sido correctamente implementados.

El desarrollo de programas locales que fortalezcan el Programa Federal de Procuración de órganos y tejidos, así como también el Programa de Hospital Donante con el fin de instalar el Modelo Español de Coordinación y Trasplante según las realidades de la CABA, será el camino para evitar la pérdida de potenciales donantes, pudiendo llevar a cabo la misión institucional de la jurisdicción, contemplando los principios de Beneficencia, Autonomía y Justicia de la actual ley de trasplante.



## 10. Bibliografía

Central de Reportes y Estadísticas del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA). Disponible en <https://cresi.incucai.gov.ar/IniciarCresiFromSintra.do>

SISA Sistema de integrado de información Sanitaria Argentino. Disponible <https://sisal.msal.gov.ar/sisa/>

Ley 3294 "Creación del Instituto de Trasplante", Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires, (2009), art. 20° y art. 22°.

Ley 25.505 Ley Nacional de Inscripción de Donantes de Órganos (2001) Argentina.

Ley 26.845 Ley de promoción para la toma de conciencia sobre la relevancia social de la donación de órganos. (2013) Argentina.

Ley 27.447 Ley de trasplante de órganos, tejidos y células (2018) y Decreto Reglamentario 16 (2019). Argentina.

Decreto 2266 Reglamentación Ley 26.928. Creación del Sistema de Protección integral para personas Trasplantadas. (2015) Argentina.

Decreto 1335 "Estructura organizativa de primer nivel operativo del Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI)" (2013) Argentina.

Decreto PEN 178 "Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Obligatoriedad" (2017) Argentina.

Egresos, indicadores de internación y consultas externas por hospital. Hospitales del Ministerio de Salud GCBA. Consultado para años 2013, 2014, 2015, 2016 y 2017. Disponible en <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/movimiento-hospitalario>

Resolución INCUCAI 143, "Creación del Sistema de Asistencia Financiera para la instalación del Programa Hospital Donante" (2014) Argentina.

Resolución INCUCAI 229, "Programa Hospital Donante" (2013) Argentina.

Resolución INCUCAI 37, "Creación de la Unidad de Evaluación del Programa Hospital Donante" (2015) Argentina.

Resolución INCUCAI 194, "Programa Nacional de Atención Integrada del Paciente Crítico y Posible Donante" (2016) Argentina.

Resolución INCUCAI 398, "Valores referenciales de las prácticas de procuración de órganos y tejidos" (2017) Argentina.

Resolución Ministerial N° 199 (2004) "Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos; y Subprogramas de Garantía de la Calidad en el Proceso de Procuración de órganos y tejidos y de Procuración de donantes por paro". Ministerio de Salud. Argentina.

Resolución Ministerial N° 856-E "Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención. Normatización" (2017) Ministerio de Salud. Argentina.

Resolución N° 3 "Requisitos de Buenas Prácticas en procedimientos para organización y funcionamiento de los servicios de trasplante de órgano". (2015) Grupo Mercado Común.

Resolución Ministerial N° 900E “Tipologías de Establecimientos de Salud y los Criterios Básicos de Categorización de Establecimientos de Salud. Incorporación al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica y en el Registro Federal de establecimientos de Salud REFES” (2017) Ministerio de Salud. Argentina.

Resolución N° 29 “Requisitos de Buenas Prácticas para organización y funcionamiento de los servicios de terapia intensiva adulto, pediátrico y neonatal” (2015) Grupo de Mercado Común.

Resolución Ministerial N° 42 “Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Guardia en los Establecimientos Asistenciales” (2001) Ministerio de Salud. Argentina.

Resolución Ministerial N° 375” Normas de Organización y Funcionamiento de Unidades de Cuidado Intensivo Cardiológico (Unidades Coronarias)” (2002) Ministerio de Salud. Argentina.

Resolución Ministerial N° 1885 “Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Cirugía Cardiovascular” (2005) Ministerio de Salud. Argentina

Resolución Ministerial N° M 573 “Normas de Organización y Funcionamiento del Área de Cirugía de los Establecimientos Asistenciales” (2000) Ministerio de Salud. Argentina

Organización Nacional de Trasplantes. Programa de Garantía de Calidad del proceso de donación Memoria de resultados de la autoevaluación. 1998-2013 Madrid: Organización Nacional de Trasplantes; 2013

Organización Nacional de Trasplantes. Programa de Garantía de Calidad del proceso de donación Memoria de resultados de la autoevaluación. 2014-2018 Madrid: Organización Nacional de Trasplantes; 2018

Organización Nacional de Trasplantes. Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones, documento de consenso nacional 2012

Alianza de la sanidad privada española- Organización Nacional de Trasplantes. Protocolo Marco para el desarrollo de la donación de órganos y tejidos en centros sanitarios del sector privado, en colaboración con el sector sanitario público. Septiembre 2019

Organización Nacional de Trasplantes. Plan estratégico de donación y trasplante de órganos 2018-2022 – Sistema español de donación y trasplantes. Septiembre 2018

Prácticas Clínicas al final de la vida en pacientes fallecidos con daño cerebral catastrófico y donación de órganos. ACCORD- ESPAÑA diciembre 2015

ACCORD-ESPAÑA: Cuestionario de Paciente, Prácticas Clínicas al final de la vida en pacientes fallecidos con daño cerebral catastrófico y donación de órganos. Fase 1- Resultados 1/04/2016 – 30/09/2016- Version Noviembre 2016.

Matezanz R. “El modelo español de donación y trasplante de órganos: la ONT”. En: El modelo español de Coordinación y Trasplante. (2008) Madrid: Ediciones Aula Médica.

Bartflay, N; Chaui, J; El Ahmed, Y; Fernández, M; De Florio, F, Giboin Mazzola, MA; González Lebrero, C, Janeiro, E; Valenzuela M; Zyssholtz, M. “Análisis de Situación de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires- Año 2016” (2017) Gerencia Operativa de Epidemiología, Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Brook RH, Mc Glynn EA, Shekelle PG. “Defining and measuring quality of care: a perspective from US researcher” (2000). IJQJC. 12(4):281-95.

Cuende N, Cañón JF, Alonso M, Martín C, Sagrado E, Miranda B. “Metodología del procedimiento de autoevaluación del programa de garantía de calidad de la Organización Nacional de Trasplantes” (2003) Nefrología. 23(5):32-41

Jiménez Paneque R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Rev Cubana Sal Públ [Internet]. 2004 [citado: 5 de enero de 2010];30(1).

Rodríguez Pérez, P., (2001). Perspectiva histórica sobre la Calidad de la Atención Sanitaria: evolución, tendencias y métodos. Arbor CLXX, 670, 371-381.

Sheehy E, Suzanne L, Conrad SL, Brigham LE, Luskin R, Weber P, et. al. "Estimating the Number of Potential Organ Donors in the United States". (2003) The New England Journal of Medicine. 349(7):667-74

Shemie Daniells S. "Organ donor management in Canada: recommendations of the forum on Medical Management to Optimize Donor Organ Potencial" (2006) Canadian Medical Association Journal.174(6):13-30

