RID REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL
UNIVERSIDAD ISALUD

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NESTOR RODRIGUEZ CAMPOAMOR

SECRETARÍA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Becas ISALUD 2023

"Dr. Mario González Astorquiza"

Arturo Schweiger (director)
Cecilia Murata (co-directora)

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL PERFIL CONDUCTUAL DEL INTENSIVISTA EN RELACIÓN AL TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y SUS VÍNCULOS CON LOS NIVELES DE PROCURACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE EN ARGENTINA Y EN ESPAÑA

2024

CC BY NC ND

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DIGITAL (RID ISALUD)

BIBLIOTECA ISALUD
DR. NÉSTOR RODRÍGUEZ CAMPOAMOR
VENEZUELA 847, CABA.

Citar como: Schweiger, A., Murata, C., Malan, R., Bisigniano, L., Torres, M., Migueles, L., Dozo, I., Barrios, L., López, G. y Alonso, L. (2024). Análisis comparativo del perfil conductual del Intensivista en relación al trasplante de órganos y sus vínculos con los niveles de procuración de órganos para trasplante en Argentina y en España. Universidad ISALUD. Secretaría de Ciencia y Tecnología.
http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/3298

Análisis comparativo del perfil conductual del Intensivista en relación al trasplante de órganos y sus vínculos con los niveles de procuración de órganos para trasplante en Argentina y en España está bajo licencia

CC BY-NC-ND 4.0

por **Universidad ISALUD. Secretaria de Ciencia y Tecnología**

SECRETARÍA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
INFORME FINAL
Becas ISALUD 2023 *"Dr. Mario González Astorquiza"*

Título del Proyecto: Análisis comparativo del perfil conductual del Intensivista en relación al trasplante de órganos y sus vínculos con los niveles de procuración de órganos para trasplante en Argentina y en España.

Código del Proyecto:

Labor creativa en el marco del proyecto

Tal como se declaró en el informe de avance, el proyecto comenzó sus actividades en marzo de 2024, según el cronograma presentado. Considerando las actividades realizadas para la ejecución del proyecto, es detallan su desarrollo, así como las dificultades que se encontraron.

Al inicio del proyecto, las reuniones (virtuales) fueron registradas y guardadas en la plataforma facilitada por INCUCAI. Posteriormente, el proyecto y sus productos, materiales y herramientas obtuvo su espacio institucional con la posibilidad de registrar y conservar todos los archivos en un drive institucional. Este espacio institucional permitió optimizar el proceso de recolección de datos cualitativos, esto es, las entrevistas semidirigidas realizadas a intensivistas argentinos y españoles.

Dimensión cuantitativa: Se obtuvo la información específica de **Argentina** desde el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) a través de la consulta al Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) y su Central de Reportes y Estadísticas (CRESI). Se especificaron las tasas nacionales y jurisdiccionales con su listado de hospitales de procuración y trasplante.

A partir de tales datos cuantitativos, los hospitales argentinos se ordenaron jerárquicamente en función de la cantidad de donantes reales (DR). Este ordenamiento permitió la categorización de las instituciones sanitarias según su nivel de procuración: alto – medio – bajo. A su vez, dentro de cada categoría se seleccionaron dos instituciones sanitarias resultando una totalidad de seis hospitales para el análisis de la dimensión cualitativa del proyecto. La selección estuvo supervisada por la dirección científica del INCUCAI.

Durante el proceso de selección de hospitales se puso en evidencia la heterogeneidad y complejidad del sistema sanitario argentino en el que se enmarcan los procesos de procuración y trasplante de órganos. Cabe señalar que se pusieron en consideración diferentes criterios para determinar la elegibilidad de los hospitales. En primer lugar, al tener en cuenta la población de referencia, las jurisdicciones y regiones demográficas que corresponden a cada hospital se solapan con sus divisiones geopolíticas. Esta relación se expresa en una tasa de procuración en base a la población jurisdiccional. Además, dentro del territorio jurisdiccional es posible encontrar hospitales de referencia que albergan a pacientes de otras jurisdicciones, incluyendo países de la región. Asimismo, se obtuvieron diferentes resultados aplicando las tasas demográficas de referencia, por ejemplo, el criterio general utilizado también por la ONT en sus comparaciones internacionales. Estas tasas toman como referencia la población nacional. Sin embargo, los resultados obtenidos con este criterio ponen de relieve las disparidades en las distintas provincias y regiones de Argentina en términos de los procesos de procuración y trasplante. Cabe destacar que el asesoramiento de miembros del equipo de investigación permitió profundizar en la viabilidad de los diferentes criterios a aplicar.

En segundo lugar, se analizó el criterio vinculado al tamaño poblacional de las ciudades en las que se emplazan los hospitales. Este criterio revela otro nivel de análisis dentro del sistema sanitario

vinculando las necesidades en salud de las regiones involucradas. Asimismo, es importante considerar que dentro del sistema sanitario argentino y en consonancia con la coordinación nacional del INCUCAI, están preestablecidos los establecimientos hospitalarios donde se realizan los procedimientos de procuración dentro de las políticas nacionales de salud. Asimismo, en el territorio de Argentina es posible distinguir diferentes realidades sanitarias en la vasta extensión del país. En este sentido, por tomar como ejemplo la provincia de Buenos Aires, su población se concentra en el área metropolitana (nro de habitantes) representando cerca del 45% de la población nacional. Sus hospitales de referencia se encuentran en puntos estratégicos para dar respuesta a necesidades de salud a nivel provincial, e incluso regional. Por otro lado, aun cuando todo el territorio presenta cobertura / base de datos nacional (SINTRA), se observa disparidad en el acceso a los servicios de salud.
Otro criterio en consideración está vinculado a las características de los hospitales, esto es, que cuenten con unidades o sectores de alta complejidad para pacientes neurocríticos. En este sentido, también se evidenció la heterogeneidad de unidades hospitalarias vinculadas a los procesos de procuración. En consecuencia, se encontró: a) modalidades en las cuales todos los procesos de procuración eran asumidos por los propios servicios del hospital; b) modalidades en las cuales los procesos de procuración eran asumidos por un equipo perteneciente a INCUCAI, pero externo al hospital; c) otras modalidades intermedias. Estas modalidades ponen en evidencia los procesos de transición dentro de los programas de procuración en hospitales nacionales.
Finalmente se tomó como criterio, la cantidad de donantes reales tal como se informó oportunamente. En consecuencia, los criterios para la inclusión y selección de hospitales se pueden sintetizar del siguiente modo: a) Contar con una unidad organizativa para la generación de potenciales donantes en el área de pacientes neurocríticos y b) Ser hospital público.
Es importante destacar que los criterios de la selección de hospitales, a su vez, debieran ser aplicables al contexto español. Esto permitió trascender las características particulares del sistema sanitario argentino a fin de encontrar criterios objetivables para la selección de hospitales. Una vez seleccionados los hospitales se procedió a contactar a los intensivistas de tales hospitales seleccionados.

Con respecto al proceso de selección de **hospitales españoles**, las negociaciones se vieron interferidas por diversos factores. Los intercambios institucionales para obtener los listados que permitan categorizar a los hospitales españoles depende de autorizaciones de las autoridades de ONT. Aunque en apariencia puede resultar un dato circunstancial, los intercambios institucionales se vieron totalmente interrumpidos durante el período estival europeo. Por otro parte, el consentimiento informado utilizado en el contexto argentino, precisa a su vez de la venia de las autoridades españolas. Por lo tanto, la documentación del protocolo de investigación fue revisado por ONT. Este proceso de revisión se vio demorado por el requerimiento de la autorización expresa del comité de ética de INCUCAI, que se expidió de modo favorable el 17 de octubre del presente año. El listado de instituciones sanitarias españolas seleccionadas fue emitido por ONT bajo sus propios criterios, aun cuando fueron explicitados durante los intercambios institucionales. La ONT remitió un listado de coordinadores hospitalarios que fueron entrevistados durante noviembre. Es importante recordar que el 29 de octubre, la comunidad valenciana sufrió la mayor catástrofe natural de su historia, y aún hoy los ciudadanos valencianos se encuentran en proceso de reconstrucción, reparación y salir adelante. Cabe mencionar que entre los hospitales seleccionados se encuentra el Hospital Manises, de dicha comunidad. Por lo tanto, es menester reemplazar dicha institución para obtener la muestra de

hospitales españolas. Al cierre de este informe aún no hemos recibido la información de la institución sanitaria de reemplazo.

Dimensión cualitativa: Perfiles conductuales de intensivistas.
Para la dimensión cualitativa se elaboró un guion de entrevista que fue revisado en sucesivos encuentros hasta consensuar una versión final. La entrevista abarcó una sección de datos sociodemográficos, y tres ejes temáticos. El primer eje alude a la posición institucional del entrevistado y su actividad dentro del circuito de procuración. Este eje incluye asuntos tales como: la trayectoria profesional, las motivaciones, el trabajo en equipo, los vínculos interpersonales, la detección de donantes, los incentivos económicos y no económicos, la capacitación y la contratación en el lugar de empleo. El segundo eje temático alude a la utilización de protocolos, la adherencia a los mismos, la relación con las sociedades profesionales. El tercer eje corresponde al cuidado del paciente, la relación con las familias de donantes, las relaciones de poder y autoridad entre el equipo y las familias de donantes.
Se constituyó un equipo de entrevistadores que recibieron entrenamiento en el uso y aplicación de este instrumento cualitativo de recolección de datos. El entrenamiento se desarrolló en encuentros teóricos y dos entrevistas presenciales de entrenamiento a cargo de investigadores con experiencia previa en el uso de entrevistas. Todos los encuentros de entrenamiento fueron registrados en audio y video encontrándose disponibles en el drive del proyecto.
Una vez finalizado el entrenamiento, se procedió a la distribución de las entrevistas a realizar. El listado de intensivistas fue obtenido a través de las autoridades de INCUCAI de modo orgánico, considerando a coordinadores provinciales y luego hospitalarios para cada institución sanitaria seleccionada.
Para reducir el sesgo del entrevistador/investigador, se distribuyeron las entrevistas a realizar entre el equipo de entrevistadores de modo que para cada hospital fueran tres entrevistadores diferentes. Este conjunto de entrevistadores también fue diferente para cada hospital.
Como se mencionó, el acceso a los intensivistas estuvo viabilizado a través del coordinador provincial, quien facilitó el acceso al coordinador hospitalario, a su vez, el coordinador hospitalario permitió el acceso a los intensivistas del propio hospital. En este proceso el equipo se encontró con negativas a la participación, por lo cual la solución fue apelar a instituciones de reemplazo en términos metodológicos. A su vez, algunos de los intensivistas contactados también manifestaron negativas en la voluntad de participar de modos directos e indirectos. El proceso de recolección de datos cualitativos aún se encuentra en proceso con algunos intensivistas argentinos.
El acceso a los intensivistas españoles está mediado por la SEMICYUC. Sin embargo, debido a motivos ajenos a nuestro proyecto, aún la SEMICYUC no se ha expedido respecto del listado de intensivistas autorizados a participar. Se resolvió solicitar la autorización de ONT para contactar a intensivistas que dependan del coordinador hospitalario de ONT para el acceso a estos profesionales de la salud. Se ha obtenido el listado de hospitales españoles, así como sus respectivos coordinadores hospitalarios. Como se mencionó anteriormente, las dilaciones en la obtención de los listados de instituciones, de coordinadores hospitalarios y de profesionales intensivistas, se vio a su vez atravesada por el receso estival europeo. Al momento del cierre de este informe se han podido realizar algunas entrevistas a coordinadores e intensivistas.
Dado el proceso de recolección de datos aún en desarrollo, los resultados cualitativos impiden establecer el análisis de perfiles comportamentales de cada país, y consecuentemente no sería prudente formular conclusiones.

SECRETARÍA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
INFORME FINAL
Becas ISALUD 2023 *"Dr. Mario González Astorquiza"*

1. Producción

A- Cuadro Resumen

Indique la cantidad de productos generados para cada tipo

Audiencia	Productos		Cantidad Esperada
Científica	Presentaciones a Congresos		
	Artículos en revistas con referato		x
	Artículos en revistas sin referato		
	Capítulos de libros publicados		
	Libros publicados		
	Informe Técnico-Científico (información respaldatoria)		x
Interna	Materiales Didácticos		x
	Seminarios Internos de transferencia		
	Trabajos Finales de Grado y Posgrado (alumnos ISALUD)		
Social	Divulgación	Medios de comunicación masivos	
		Medios de comunicación especializados	
	Transferencia	Asistencia Técnica (sin contraprestación)	
		Asistencia Técnica (con contraprestación)	
		Eventos de transferencia	
	Desarrollo	Informe Técnico	x
		Prototipos	
		Patentes y Registros	
C / I / S		Otros no contemplados arriba	

B- Detalle

B1. AUDIENCIA CIENTÍFICA

1.1. Presentaciones a congresos

1.2. Artículos en revistas

- Autor/es: Arturo Schweiger y equipo
- Título: Procuración de órganos para trasplante en España y Argentina
- Publicación: en evaluación de publicación
- Fecha:
- Idioma: español
- ISSN:

- Con referato (CR) o Sin Referato (SR):
- Publicado (P) o No Publicado (NP):
- Artículo

Schweiger et al_Analisis comparati\

1.3. Capítulos de libros

1.4. Libros

1.5. Informe Técnico-Científico (información respaldatoria)

Se ha presentado en el informe de avance

1.6. Otros productos científicos

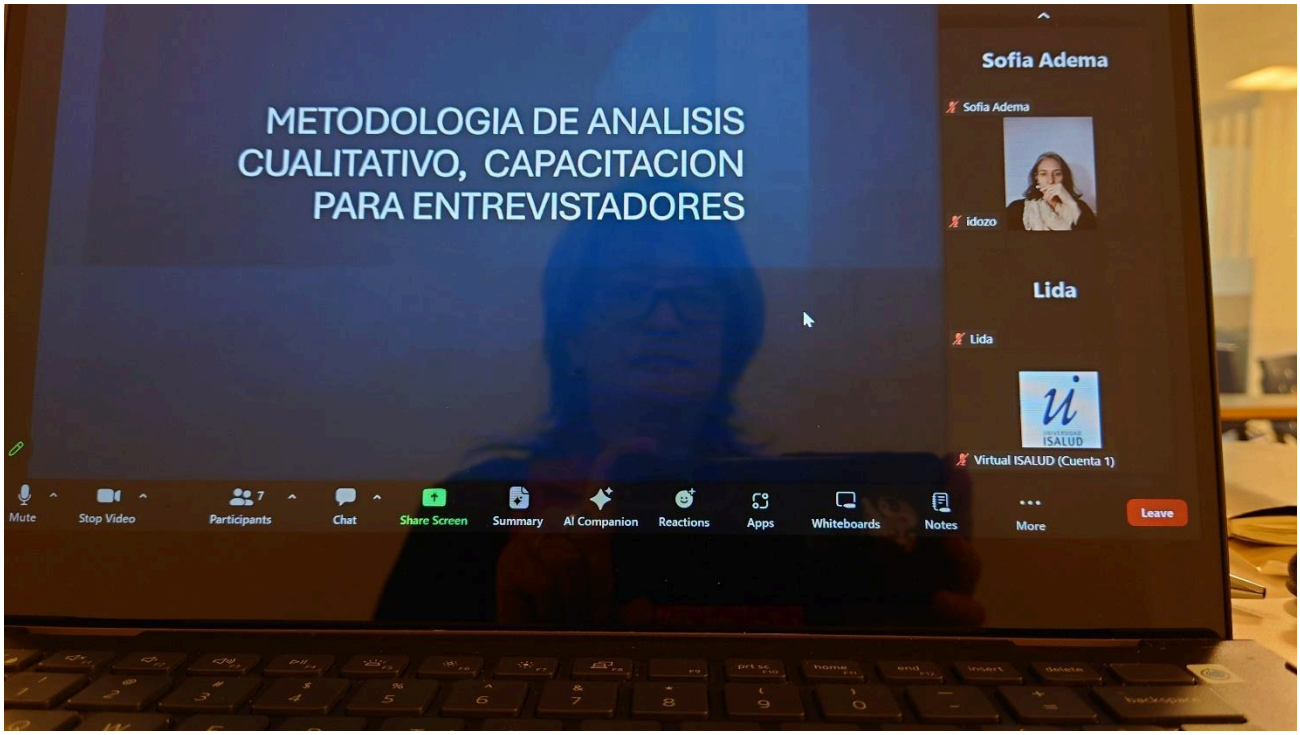
B2. Audiencia Interna

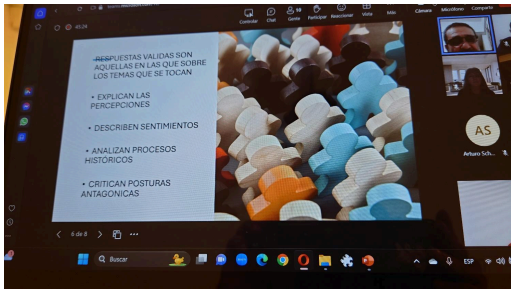
Como se mencionó oportunamente, las reuniones del equipo de investigación fueron registradas en formato audiovisual. Las minutas evidencian las discusiones y debates asociados a la construcción de los criterios para la selección de las instituciones sanitarias, la selección de los criterios de comparación. Estos productos constituyen documentos internos de trabajo analizables a la construcción de conocimiento desde una perspectiva cualitativa.

Por otro lado, este formato de reuniones virtuales ha permitido vehiculizar y consolidar una herramienta vital para el desarrollo del proyecto, esto es, el entrenamiento en entrevistas. Este entrenamiento puede ser replicado de modo remoto y asincrónico para profundizar en la propia experiencia durante el desarrollo de las entrevistas. Este material didáctico se ha adjuntado en el informe de avance.

En efecto, este material didáctico permitió afianzar el entrenamiento con la realización de entrevistas de entrenamiento a cargo de miembros del equipo de investigación. Esta entrevista fue luego analizada por los investigadores (Dres. Dozo y Migueles) para realizar posteriormente un encuentro de feedback para afianzar el entrenamiento virtual.

Las figuras a continuación ilustran diferentes momentos de este entrenamiento. La última figura refleja la entrevista presencial de entrenamiento a cargo de Dra. Dozo, realizada en instalaciones de Isalud. Esta entrevista también fue registrada y transmitida sincrónicamente con integrantes del equipo de investigación.


METODOLOGIA DE ANALISIS CUALITATIVO, CAPACITACION PARA ENTREVISTADORES
Sofia Adema
Sofia Adema
idozo
Lida
Lida
Virtual ISALUD (Cuenta 1)
Mute
Stop Video
Participants
Chat
Share Screen
Summary
AI Companion
Reactions
Apps
Whiteboards
Notes
More
Leave


RESPUESTAS VALIDAS SON AQUELLAS EN LAS QUE SOBRE LOS TEMAS QUE SE TOCAN
• EXPLICAN LAS PERCEPCIONES
• DESCRIBEN SENTIMIENTOS
• ANALIZAN PROCESOS HISTORICOS
• CRITICAN POSTURAS ANTAGONICAS
AS

Lida
Sofia Adema
Richard Malan

3. Formación de Recursos Humanos

Tal como se mencionó en el informe de avance, a través del material didáctico desarrollado en el contexto del proyecto, se ha podido entrenar a investigadores del equipo. Este entrenamiento ha resultado en la realización de entrevistas semidirigidas tanto a intensivistas argentinos como españoles en sus diversos roles.

SECRETARÍA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA
INFORME FINAL
Becas ISALUD 2023 *"Dr. Mario González Astorquiza"*

Para cada uno de los alumnos vinculados con el proyecto se requiere completar la tabla que se detalla en la página siguiente.

INVESTIGACIÓN - Alumnos ISALUD vinculados con el proyecto								
Área:				**Código Proyecto:**				
				Nombre Proyecto:				
Línea:								
Nombre y Apellido	DNI	Legajo	Carrera	Período de participación		Carga horaria	Desempeño	Observaciones
				Desde mm/aaaa	Hasta mm/aaaa			
Carina Reh	22449920		MEGS	03/2024	11/2024	50	1	

Marzo de 2025

Informe de Investigación

Análisis comparativo del perfil conductual del Intensivista en relación al trasplante de órganos y sus vínculos con los niveles de procuración de órganos para trasplante en Argentina y en España

Mg. Arturo Schweiger
ISALUD

Proyecto Análisis comparativo Perfil Intensivistas

Índice

Resumen ejecutivo 3
Introducción 6
1. Procesos de procuración y trasplante de órganos en España y en Argentina 8
1.1 Las tasas de procuración de órganos y tejidos 10
1.2 Tasas de procuración en prepandemia: 2018 a 2020 13
1.3 Tasas de procuración en pospandemia: 2021 a 2023 14
1.4 Aspectos legales en el proceso de donación para trasplante 16
2. Selección de hospitales argentinos y españoles 17
2.1 Selección de hospitales argentinos 17
2.2 Selección de hospitales españoles 19
2.3 Tasas de procuración de hospitales seleccionados argentinos 19
2.4 Tasas de procuración de hospitales españoles seleccionados por ONT 20
2.5 Coordinador hospitalario de trasplante en el proceso de procuración 21
3. Perfiles conductuales de intensivistas en procuración de órganos: los coordinadores hospitalarios de trasplante 23
4. Economía del Comportamiento y aplicaciones a procuración 25
Referencias 28

Indice de tablas

Tabla 1: Actividad de donación de países de la Unión Europea durante 2023, ordenados según su índice PMP (pacientes por millón de población) 11
Tabla 2: Actividad de donación de países de Latinoamérica durante 2023 ordenados según su índice PMP (pacientes por millón de población) 12
Tabla 3: Actividad de donación de países de la Unión Europea en el período 2018 a 2020 13
Tabla 4: Actividad de donación de países de Latinoamérica en el período 2018 a 2020 14
Tabla 5: Actividad de donación de países de la Unión Europea en el período 2021 a 2023 15
Tabla 6: Actividad de donación de países de Latinoamérica en el período 2021 a 2023 16
Tabla 7: Actividad de donación (PMP) de hospitales argentinos seleccionados en el período 2018 a 2024 20
Tabla 8: Actividad de donación (PMP) de Comunidades Autonómicas españolas seleccionadas en el período 2018 a 2023 20

Índice de figuras

Figura 1: Pasos del proceso de procuración para trasplante en España 9
Figura 2: Etapas del proceso de procuración de tejidos y órganos en Argentina 10

Resumen ejecutivo

Título del Proyecto: Análisis comparativo del perfil conductual del Intensivista en relación al trasplante de órganos y sus vínculos con los niveles de procuración de órganos para trasplante en Argentina y en España.

Director: Mg. Arturo Schweiger
Co-dirección: Dra. Cecilia Murata
Equipo de investigación: Dr. Richard Malan, Dra. Liliana Bisigniano, Dr. Martín Torres, Dr. Luis Migueles, Dra. Irina Dozo, Dra. Carina Reh, Mg. Gisela López

El análisis y relevamiento del proceso de procuración para trasplante de órganos constituye el escenario donde se indagarán perfiles conductuales de intensivistas vinculados a variables de contexto y factores de la toma de decisiones. Este proyecto propone como objetivo general *comparar los perfiles de intensivistas españoles y argentinos con relación al rendimiento comparativo de los procesos de Procuración para Trasplante de Órganos Sólidos en Hospitales públicos seleccionados de Argentina y de España*.

El abordaje metodológico presenta: una ***dimensión cuantitativa*** permitiendo comparar el rendimiento en procuración de órganos de ambos países; una ***dimensión cualitativa*** enfocada a delinear perfiles de intensivistas españoles y argentinos.

En lo que respecta a la dimensión cuantitativa, se iniciaron los contactos institucionales con ONT (España) y con INCUCAI (Argentina) para acceder a la información específica del proyecto: las **tasas de procuración de órganos sólidos** en el período comprendido entre 2018 y 2023. Además de las tasas nacionales y jurisdiccionales propias de cada país, cada organismo rector presentó el **listado de hospitales** de procuración. En este sentido, es relevante destacar la articulación internacional implicada en la ejecución del proyecto.

Los servicios de procuración y trasplante presentan particularidades asociadas al sistema sanitario de cada país, que impactan en los propios procesos de procuración. En consecuencia, es menester tener en cuenta, para **España,** que los procesos de procuración están a cargo de un servicio de procuración y trasplante con su propio coordinador hospitalario, en cada institución sanitaria habilitada para los procesos de procuración y trasplante. En el caso de **Argentina**, los procesos de procuración pueden desarrollarse bajo modalidades intrahospitalarias, como en España; y también en modalidad extrahospitalaria. Bajo esta modalidad extrahospitalaria, la

procuración es desarrollada por un servicio de procuración perteneciente a INCUCAI, pero totalmente externo a las instituciones sanitarias donde se encuentran los donantes.

En el plano cuantitativo, un primer nivel de análisis pone de relieve las grandes diferencias en los niveles de procuración de España en comparación con países europeos y el resto del mundo. El nivel de procuración para Argentina no es despreciable, manteniéndose en los primeros puestos para Latinoamérica. Es importante señalar que el análisis comparativo plantea el abordaje de una problemática compleja para cada país. En este sentido, el diseño propuesto requirió especificaciones y ajustes pertinentes a cada contexto sanitario.

Tomando en consideración la **selección de hospitales**, se analizaron diferentes criterios para determinar su elegibilidad, entre otros, la población de referencia, la tasa de procuración de la jurisdicción, la cantidad de donantes por hospital. Finalmente, se aplicó una estrategia estadística para categorizar los niveles de procuración de las tasas de cada país, y que permitiera el análisis comparativo.

En base al listado de hospitales públicos habilitados para la procuración provisto por cada órgano rector de cada país, se realizó una selección de instituciones sanitarias que permita acceder posteriormente a **contactar y entrevistar a intensivistas** vinculados a la procuración de órganos sólidos. Es importante tener en cuenta que esta selección de hospitales estuvo, a su vez, consensuada institucionalmente tanto por la ONT (España) como por el INCUCAI (Argentina). En virtud del respaldo de estas organizaciones se viabilizó la obtención de permisos y autorizaciones respectivos para la participación institucional, así como de los profesionales intensivistas.

Para el caso de los intensivistas, las gestiones abarcaron, a su vez, a las sociedades científicas de referencia para cada país: La SEMICYUC de España y la SATI de Argentina. Estos planos estructurales e institucionales de los sistemas sanitarios enfatizan la complejidad de los sistemas sanitarios en los que se enmarcan los procesos de procuración.

El eje **cualitativo** está centrado en los perfiles comportamentales de los intensivistas. Se destaca el plano comportamental desde la perspectiva de la Economía del Comportamiento, considerando la complejidad de la problemática bajo estudio y el foco comparativo de análisis. Se diseñó un modelo de entrevista para profesionales intensivistas abarcando las dimensiones comportamentales vinculadas a la procuración de órganos sólidos. Dentro de esta dimensión cualitativa, el modelo de entrevista permite un ajuste flexible a las variables contextuales en las que el ejercicio profesional de los intensivistas tiene lugar. Este modelo de entrevista se puso a

prueba en dos entrevistas de entrenamiento con intensivistas en ejercicio dentro del contexto sanitario argentino. Asimismo, implicó el entrenamiento de un grupo de investigadores para llevar a cabo dichas entrevistas.

La realización de las entrevistas estuvo planificada en dos fases: una fase de contactos y entrevistas con intensivistas argentinos; y una fase de contactos y entrevistas con intensivistas españoles. Aún se encuentra en desarrollo la actividad de realización de entrevistas. El proceso de recolección de datos dentro de esta dimensión cualitativa del proyecto pone de relieve la articulación internacional mencionada previamente, lo que constituye una característica relevante para el análisis comparativo.

Palabras clave: Procuración de órganos sólidos – Intensivistas – Economía del Comportamiento – Argentina – España

Introducción

La procuración de órganos para trasplante constituye una cuestión crucial de salud pública debido, entre otras, al incremento de enfermedades crónicas no transmisibles. Esto conduce al aumento del número de personas que dependen para su supervivencia de la procuración de órganos para trasplante (Bacqué, Vallejos & Bisigniano, 2017; OMS, 2022; OPS/OMS, 2019). Sin embargo, los niveles de procuración presentan grandes diferencias entre países, por diversos factores. Este trabajo analizará uno de ellos: el comportamiento de los intensivistas asociado a la actividad de procuración y trasplante de órganos.

El Programa Español para Donación y Trasplante constituye un modelo de referencia mundial por sus altas tasas de donación, que han permanecido entre las más elevadas según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en los últimos 20 años (Arshad et al., 2019; Domínguez-Gil, 2020; Etheredge, 2021; Matesanz et al., 2017). El éxito del programa se debe a un conjunto coordinado de elementos: una estructura de gestión, la especialización profesional, la estrategia de reembolso, los programas de formación continua, y las relaciones con los medios de comunicación masiva. Revisiones recientes destacan la aplicabilidad del modelo en otros países, aún en contextos económicos desafiantes (Streit, Johnston-Webber, Mah, Prionas, Wharton, Casanova et al., 2023; Streit, Johnston-Webber, Mah, Prionas, Wharton, Paulino et al., 2023).

En Latinoamérica, las iniciativas de adaptación del modelo español han resultado en incrementos significativos en la donación y trasplante (Duro, 2001; Martínez-Torres et al., 2001; Matesanz & Domínguez-Gil, 2007; Mizraji, 2001; Morales, 2001). Además, la capacitación y especialización de los equipos de salud involucrados en el complejo proceso de procuración y trasplante constituye un factor crucial para el mantenimiento de la eficacia del modelo (EDQM, 2016). Un aspecto clave alude al rol de los profesionales en la procuración y trasplante. En este sentido, el perfil del intensivista abarca conocimientos y competencias para todas las fases del proceso de procuración y trasplante (Díaz-Tostado, 2012; Istrate et al., 2015; Martín-Delgado et al., 2019; Sánchez Miret & Araiz, 2001; Sakpal et al., 2018).

Si bien las tasas de procuración y trasplante de órganos se han incrementado en Argentina en los últimos años, continúan siendo bajas y resultan insuficientes para los pacientes en lista de espera. Además, este cuadro se complejiza con el aumento de las enfermedades no transmisibles que impactan en la demanda de respuestas eficaces para las futuras necesidades que estos padecimientos requieren (INCUCAI, 2020). Por otra parte, el modelo español ha incrementado

sus propias tasas de donación y trasplante (Domínguez-Gil, 2020). Asimismo, el período de análisis (2018 a 2023) pone de relieve el impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19 en los propios procesos de procuración.

En este campo complejo, la toma de decisiones acompaña cada instancia del proceso, así como a todos los actores involucrados. Entonces, se ha procurado promover actitudes positivas hacia la donación de órganos, tanto en pacientes, sus familiares, como en los profesionales de la salud (Escudero & Otero, 2015; Patel et al., 2019; Sebastián-Ruiz et al., 2017). Además, se han indagado factores influyentes en la conducta decisoria de profesionales involucrados en la procuración y trasplante de órganos (Butler et al., 2020; Farrell, 2015; Hvidt et al., 2016; Ríos et al., 2014).

La Economía del Comportamiento constituye una herramienta muy potente asociada al análisis de los procesos decisorios (Oliva Moreno et al., 2018). Según Thaler y Sunstein (2009), esta metodología colabora en la generación de cambios sistemáticos y predecibles en contextos específicos. Su especificidad permite, a su vez, focalizar los resultados de programas y políticas; favoreciendo la evaluación objetiva del impacto de su aplicación. Esta característica posibilita el diseño, la planificación y la evaluación de intervenciones en diferentes ámbitos para sustentar políticas públicas (Luoto & Carman, 2014; Matjasko et al., 2016; Pinto et al., 2014). La aplicación de la Economía del Comportamiento en el ámbito de la salud ha permitido corregir barreras y sesgos de impacto negativo para mejorar las decisiones (BID, 2022), y, por otro lado, permiten también reducir el gasto en salud (Oliva Moreno et al., 2018). En este sentido, los resultados de estos programas promueven su aplicación en diversos campos de la salud, en particular en la procuración y trasplante de órganos (Aghdam et al., 2022).

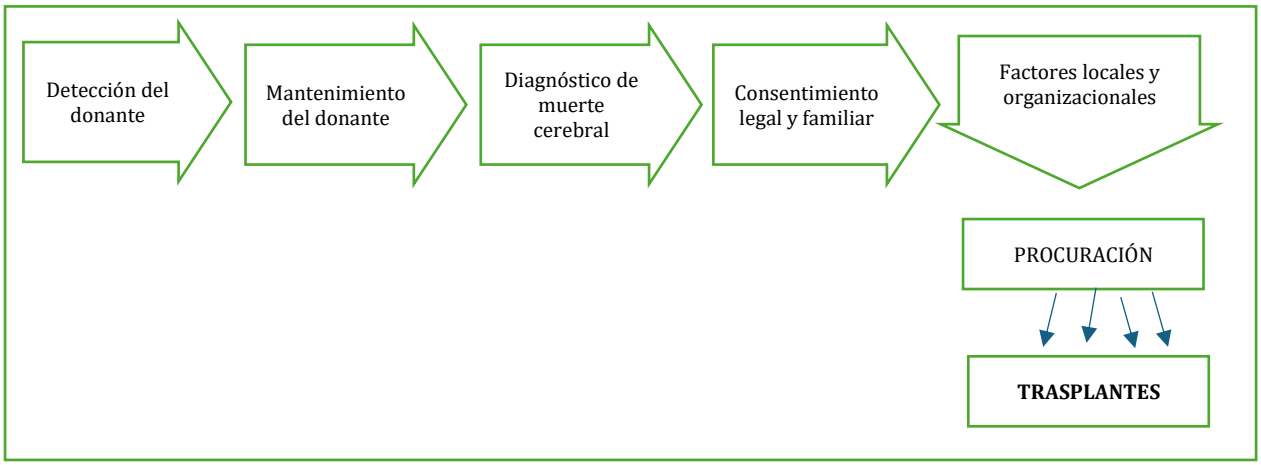
En el ámbito nacional son escasas las investigaciones sobre el accionar profesional dentro del campo de la procuración y trasplante (Bacqué et al., 2018; Roberti et al., 2014; Rodríguez et al., 2009). Este proyecto intentará responder a este vacío parcial de conocimiento en Argentina. El principal interrogante se centra en la relación entre los niveles de procuración de órganos sólidos y el perfil y desempeño de intensivistas con relación a la actividad de procuración, de manera comparativa entre servicios de terapia intensiva de hospitales públicos de Argentina y de España.

1. Procesos de procuración y trasplante de órganos en España y en Argentina

Los procesos de procuración y trasplante se enmarcan en los sistemas sanitarios que prescriben su funcionamiento. Para el caso de España, el sistema de salud se construyó sobre la base de la constitución democrática ratificada en 1978. A partir de 1989, se creó la Organización Nacional de Trasplante (ONT) estableciendo su programa de donación y trasplante de órganos, con el objetivo de satisfacer la demanda de órganos de los pacientes dentro del sistema de salud. Este programa en continuo desarrollo se propuso en 2008 el plan Donación 40 con el objetivo de alcanzar el objetivo de 40 donantes por millón de habitantes. Este objetivo fue superado en 2018, previo a la pandemia, e instó a la ONT a renovar sus objetivos estratégicos a largo plazo, incluyendo la mejora continua, la seguridad de los procesos y la sostenibilidad. Las líneas estratégicas para sustentar el plan son: la mejora en la detección de posibles donantes, fuera de las unidades terapia intensiva, la expansión de los criterios de donación, el desarrollo y práctica de la donación en asistolia (que incluye aspectos normativos y de infraestructura hospitalaria). Asimismo, se optimizó el trasplante renal de donantes vivos y el desarrollo de estrategias de donación pediátrica (Streit et al., 2023; ONT, 2018).

El proceso de procuración y trasplante de órganos sólidos en el caso español se desarrolla en los siguientes pasos todos dentro del mismo hospital y supervisados por el coordinador de trasplante: identificación del donante, mantenimiento, diagnóstico de muerte cerebral (MC), consentimiento familiar y legal, factores locales y organizacionales, procuración, trasplante (Domínguez Gil, 2021; Matesanz & Domínguez-Gil, 2007) (Ver figura 1, a continuación).

Figura 1: Pasos del proceso de procuración para trasplante en España



(Fuente: Matesanz & Domínguez-Gil, 2007)

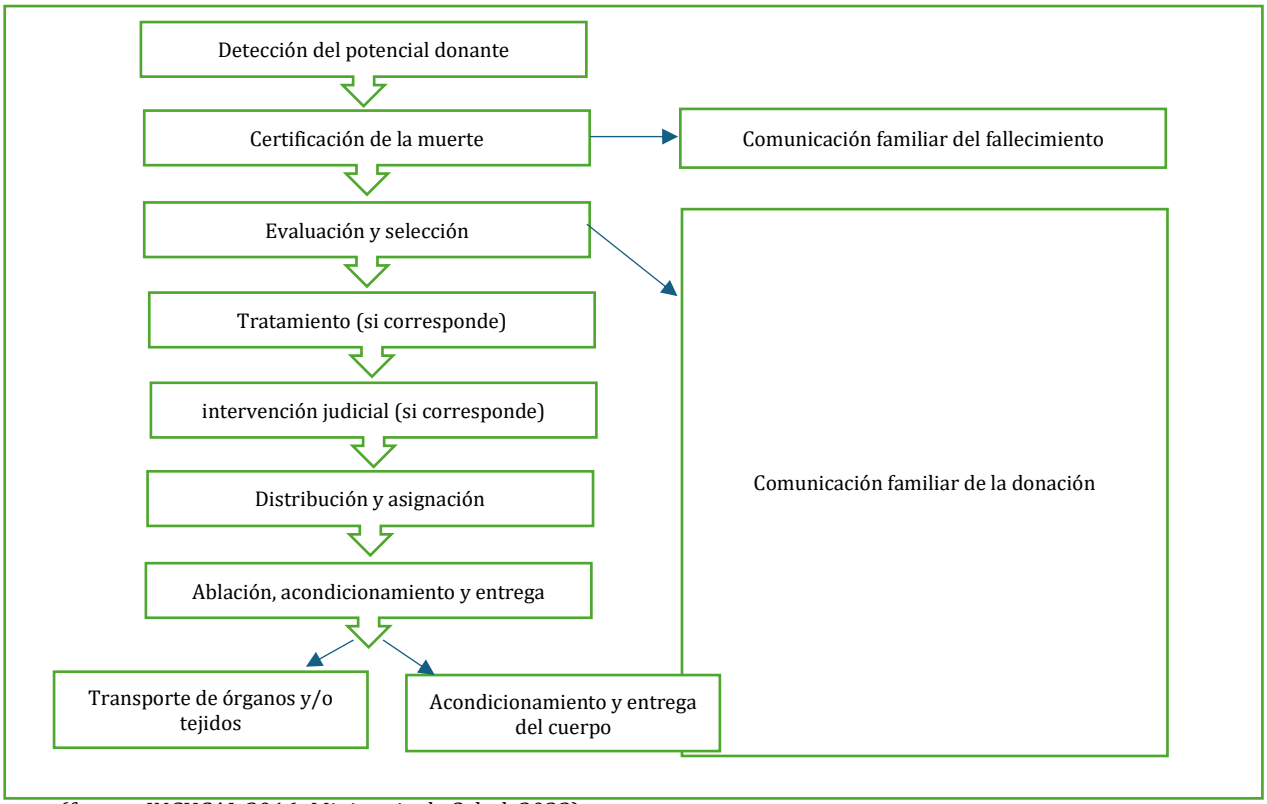
En el caso de Argentina, el INCUCAI (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante) es el organismo que impulsa, normatiza, coordina y fiscaliza las actividades de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en la Argentina. Se trata de un ente descentralizado y autárquico, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación; tiene el fin de garantizar el acceso transparente y equitativo al trasplante. El INCUCAI actúa en coordinación con los organismos jurisdiccionales correspondientes a las provincias argentinas y la ciudad de Buenos Aires para la cobertura territorial nacional (Torres, 2009).

La actividad de procuración de órganos para trasplante en Argentina ha tenido una evolución favorable en la región por un conjunto coordinado de acciones de gestión basadas en la accesibilidad, la equidad y la eficiencia para el acceso al trasplante. En este sentido, el esfuerzo y el compromiso del INCUCAI como órgano rector, junto con los 24 organismos provinciales ha permitido mantener las tasas de procuración dentro de los países líderes en la región. Por otro lado, la vinculación del INCUCAI con organismos internacionales y particularmente con la ONT destaca el rol que Argentina tiene en la región en esta temática sanitaria. En esta dirección, desde ONT se ha sostenido el programa Alianza que promueve la formación, capacitación y entrenamiento de profesionales iberoamericanos en el modelo español (RCIDT, 2023), y del que participan profesionales argentinos de manera ininterrumpida.

El proceso de procuración y trasplante en el caso argentino se desarrolla en los siguientes pasos: detección de donantes en las unidades de terapia intensiva (UTI), certificación de muerte, selección y mantenimiento, expresión de la voluntad de donación, búsqueda de receptores, asignación y extracción, traslado, trasplante (Ministerio de Salud Argentina, 2022, resolución 1642/2022) (Ver figura 2). Estos pasos se desarrollan bajo tres modalidades de gestión:

Intrahospitalaria, como el modelo español; extrahospitalaria en la cual el proceso está coordinado por INCUCAI, pero como organismo externo al hospital donde se realiza la procuración; y un modelo híbrido o mixto en el que parte de los procesos son intrahospitalarios y otros son desarrollados extra-hospitalariamente. Es importante destacar que estas modalidades de gestión se enmarcan también dentro del Programa para la implementación de Unidades Hospitalarias de Procuración de Órganos y Tejidos (UHPROT) que busca incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplante (INCUCAI, 2023)

Figura 2: Etapas del proceso de procuración de tejidos y órganos en Argentina



(fuente: INCUCAI, 2016; Ministerio de Salud, 2022)

1.1 Las tasas de procuración de órganos y tejidos

La tasa de donación de órganos, o índice PMP, expresa la cantidad de donantes por millón de habitantes de la población. Es una medida ampliamente utilizada como parámetro del funcionamiento de los programas de donación. Además, es usado para la comparación de programas regionales o nacionales en un modo estandarizado (Weiss et al., 2018). La tabla 1 refleja los resultados de la implementación del programa en el contexto europeo en 2023,

ordenados según el índice PMP (pacientes por millón de población).

Tabla 1: Actividad de donación de países de la Unión Europea durante 2023, ordenados según su índice PMP (pacientes por millón de población)

País	población (millón de habitantes)	Donantes	PMP
España	**47,5**	**2346**	**49,4**
Portugal	10,2	375	36,8
Bélgica	11,7	383	32,7
Eslovenia	2,1	64	30,5
Italia	58,9	1731	29,4
Croacia	4	116	29,0
Rep. Checa	10,5	299	28,5
Finlandia	5,5	155	28,2
Francia	64,8	1791	27,6
Suecia	10,6	267	25,2
Estonia	1,3	30	23,1
Austria	9	188	20,9
Lituania	2,7	53	19,6
Dinamarca	5,9	113	19,2
Irlanda	5,1	95	18,6
Países Bajos	17,6	304	17,3
Letonia	1,8	25	13,9
Polonia	41	566	13,8
Hungría	10,2	131	12,8
Eslovaquia	5,8	68	11,7
Alemania	83,3	965	11,6
Luxemburgo	0,7	7	10,0
Grecia	10,3	87	8,4
Chipre	1,3	9	6,9
Rumania	19,9	82	4,1
Bulgaria	6,7	22	3,3
Malta	0,5	1	2,0

PMP: Pacientes por millón de población

(fuente: EDQM, 2023)

Según se observa en la tabla 1, la tasa de procuración española se destaca del resto de países europeos lo que pone de relieve la eficiencia del modelo español alineado a las estrategias planteadas por la OPS/OMS (2019). En efecto, según plantea la Guía para la Calidad y la Seguridad de Órganos para el Trasplante (EDQM, 2016), la capacitación de coordinadores de trasplante permite el aumento de las tasas de donación de órganos y tejidos para trasplante, lo que a su vez mejora la eficiencia y funcionamiento de los sistemas de trasplantes locales y nacionales.

Para Latinoamérica, los resultados argentinos en procuración lideran junto con Uruguay y Brasil la región, tal como se observa en la tabla 2. Tal como destaca Domínguez-Gil (2023), las recomendaciones del consejo europeo presidido por ONT permiten mejorar la atención a los pacientes desde la perspectiva de la donación y el trasplante, así como continuar el desarrollo de sus programas hacia la autosuficiencia, transparencia e innovación responsable.

Tabla 2: Actividad de donación de países de Latinoamérica durante 2023 ordenados según su índice PMP (pacientes por millón de población)

País	Población (millón de habitantes)	DONANTES	PMP
Uruguay	**3,4**	**67**	**19,7**
Argentina	**45,8**	**816**	**17,8**
Brasil	**216,4**	**3759**	**17,4**
Chile	19,6	192	9,8
Colombia	52,1	388	7,4
Ecuador	18,2	88	4,8
México	128,5	513	4,0
Costa Rica	5,2	21	4,0
Paraguay	6,9	21	3,0
Panamá	4,5	12	2,7
Perú	34,4	50	1,5
Rep. Dominicana	11,3	8	0,7
Cuba	11,2	7	0,6
Guatemala	18,1	7	0,4
Bolivia	12,4	4	0,3
Venezuela	28,8	0	0
El Salvador	6,4	0	0
Honduras	10,6	Sin datos	Sin datos

PMP: Pacientes por millón de población

(fuente: EDQM, 2023)

Las obvias diferencias en las tasas entre los países y las regiones reflejan también las diferencias en sus tasas de mortalidad y causas asociadas; tal como señalan Weiss y otros (2018), estos parámetros podrían tener impacto en la potencialidad de donación para cada país y región a lo largo del tiempo.

1.2 Tasas de procuración en prepandemia: 2018 a 2020

Es importante tener en cuenta que las tasas de procuración son el resultado de la implementación de programas para donación y trasplante bajo las recomendaciones globales. Sin embargo, el impacto de la pandemia por COVID ha afectado todos los resultados. En la tabla siguiente pueden observarse los resultados prepandemia para los países de la unión europea.

Tabla 3: Actividad de donación de países de la Unión Europea en el período 2018 a 2020

País	2018			2019			2020		
	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**
España	46,40	**2241**	**48,30**	46,40	**2302**	**49,60**	46,80	**1777**	**38,00**
Croacia	4,20	169	**40,20**	4,10	131	32,00	4,10	104	25,40
Estonia	1,30	33	25,40	1,30	25	19,20	1,30	33	25,40
Portugal	10,30	344	33,40	10,30	347	33,70	10,20	253	24,80
Austria	8,80	216	24,50	8,80	206	23,40	9,00	213	23,70
Rep. Checa	10,60	282	26,60	10,60	288	27,20	10,70	249	23,30
Francia	65,20	1881	28,80	65,50	1924	29,40	65,30	1512	23,20
Finlandia	5,50	117	21,30	5,60	145	25,90	5,50	126	22,90
Eslovenia	2,10	46	21,90	2,10	44	21,00	2,10	47	22,40
Italia	59,30	1466	24,70	59,20	1495	25,30	60,50	1303	21,50
Dinamarca	5,80	100	17,20	5,80	102	17,60	5,80	124	21,40
Reino Unido	66,60	1619	24,30	67,00	1653	24,70	67,90	1248	18,40
Lituania	2,90	46	15,90	2,90	52	17,90	2,70	49	18,10
Suecia	10,00	191	19,10	10,10	198	19,60	10,10	181	17,90
Países Bajos	17,10	281	16,40	17,10	258	15,10	17,10	255	14,90
Irlanda	4,80	81	16,90	4,80	85	17,70	4,90	63	12,90
Eslovaquia	5,40	78	14,40	5,50	98	17,80	5,50	70	12,70
Hungría	9,70	168	17,30	9,70	180	18,60	9,70	111	11,40
Letonia	1,90	24	12,60	1,90	19	10,00	1,90	21	11,10
Alemania	82,30	955	11,60	82,40	932	11,30	83,80	913	10,90
Polonia	38,10	498	13,10	38,00	504	13,30	37,80	393	10,40
Luxemburgo	0,60	7	11,70	0,60	5	8,30	0,60	3	5,00
Malta	0,40	10	25,00	0,40	10	25,00	0,40	2	5,00
Grecia	11,10	45	4,10	11,10	61	5,50	10,40	48	4,60
Chipre	1,20	2	1,70	1,20	6	5,00	1,20	5	4,20
Rumania	19,60	65	3,30	19,50	85	4,40	19,20	66	3,40
Bulgaria	7,00	16	2,30	7,00	16	2,30	6,90	4	0,60
Bélgica	11,50	344	29,90	11,60	321	27,70	11,60		

P: Población en millones de habitantes; D: donantes; PMP: Pacientes por millón de población

(fuente: EDQM, 2019, 2020)

En la tabla siguiente pueden observarse los resultados de la actividad de donación en el período prepandemia para los mismos países de Latinoamérica. Se destacan Brasil, Uruguay y Argentina liderando la región. Asimismo, se evidencia en impacto de la pandemia por COVID en los resultados del 2020. Además, se observa que algunos países de Latinoamérica no han enviado la información específica para cada período presentado.

Tabla 4: Actividad de donación de países de Latinoamérica en el período 2018 a 2020

Países	2018			2019			2020		
	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**
Uruguay	3,50	77	**22,00**	3,50	75	**21,40**	3,50	63	**18,00**
Brasil	210,90	3529	**16,70**	212,40	3767	**17,70**	212,60	3027	**14,20**
Argentina	44,70	701	**15,70**	45,10	883	**19,60**	45,20	444	**9,80**
Chile	18,20	119	6,50	18,30	188	10,30	19,10	141	7,40
Costa Rica	5,00	35	7,00	5,00	33	6,60	5,10	27	5,30
Cuba	11,50	130	11,30	11,50	138	12,00	11,30	51	4,50
Colombia	49,50	398	8,00	49,80	417	8,40	50,90	222	4,40
Ecuador	16,90	133	7,90	17,10	133	7,80	17,60	29	1,60
México	130,80	534	4,10	132,30	500	3,80	128,90	152	1,20
Paraguay	6,90	13	1,90	7,00	20	2,90	7,10	6	0,80
Panamá	4,20	27	6,40	4,20	18	4,30	4,30	3	0,70
Perú	32,60	65	2,00	32,90	75	2,30	33,00	17	0,50
Dominicana	10,90	9	0,80	11,00	23	2,10	10,80	4	0,40
Bolivia	11,20	4	0,40	11,40			11,70	0	0,00
El Salvador	6,40	0	0,00	6,40			6,50	0	0,00
Guatemala	17,20	5	0,30	17,60	3	0,20	17,90	0	0,00
Venezuela	32,40	0	0,00	32,80	0	0,00	28,40	0	0,00
Honduras	9,40			9,60					
Nicaragua	6,30	1	0,20	6,40	2	0,30			

P: Población en millones de habitantes; D: donantes; PMP: Pacientes por millón de población

(fuente: EDQM, 2019, 2020)

1.3 Tasas de procuración en pospandemia: 2021 a 2023

En la tabla 5 puede observarse la evolución de la cantidad de donantes en los años pospandemia que resaltan el compromiso de la ONT en los procesos de procuración y trasplante de órganos. Se han ordenado en función del índice PMP alcanzado en el último año informado por los organismos internacionales (EMDQ, 2023).

Tabla 5: Actividad de donación de países de la Unión Europea en el período 2021 a 2023

Países	2021			2022			2023		
	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**
España	46,70	**1905**	**40,80**	46,70	**2196**	**47,00**	47,50	**2346**	**49,40**
Portugal	10,20	302	29,60	10,10	318	31,50	10,20	375	36,80
Bélgica	11,60	312	26,90	11,70	342	29,20	11,70	383	32,70
Eslovenia	2,10	41	19,50	2,10	54	25,70	2,10	64	30,50
Italia	60,40	1458	24,10	60,30	1509	25,00	58,90	1731	29,40
Croacia	4,10	121	29,50	4,10	95	23,20	4,00	116	29,00
Rep. Checa	10,70	268	25,00	10,70	298	27,90	10,50	299	28,50
Finlandia	5,50	122	22,20	5,60	114	20,40	5,50	155	28,20
Francia	65,40	1614	24,70	65,60	1694	25,80	64,80	1791	27,60
Suecia	10,20	197	19,30	10,20	213	20,90	10,60	267	25,20
Estonia	1,30	21	16,20	1,30	25	19,20	1,30	30	23,10
Austria	9,00	182	20,20	9,10	222	24,40	9,00	188	20,90
Lituania	2,70	51	18,90	2,70	46	17,00	2,70	53	19,60
Dinamarca	5,80	105	18,10	5,80	84	14,50	5,90	113	19,20
Irlanda	5,00	65	13,00	5,00	86	17,20	5,10	95	18,60
Países Bajos	17,20	273	15,90	17,20	293	17,00	17,60	304	17,30
Letonia	1,90	17	8,90	1,80	24	13,30	1,80	25	13,90
Polonia	37,80	396	10,50	37,70	445	11,80	41,00	566	13,80
Hungría	9,60	102	10,60	9,60	122	12,70	10,20	131	12,80
Eslovaquia	5,50	60	10,90	5,50	71	12,90	5,80	68	11,70
Alemania	83,90	933	11,10	83,90	869	10,40	83,30	965	11,60
Luxemburgo	0,60	2	3,30	0,60	8	13,30	0,70	7	10,00
Grecia	10,40	52	5,00	10,30	69	6,70	10,30	87	8,40
Chipre	1,20	5	4,20	1,20	4	3,30	1,30	9	6,90
Rumania	19,10	47	2,50	19,00	85	4,50	19,90	82	4,10
Bulgaria	6,90	17	2,50	6,80	14	2,10	6,70	22	3,30
Malta	0,40	3	7,50	0,40	5	12,50	0,50	1	2,00

P: Población en millones de habitantes; D: donantes; PMP: Pacientes por millón de población

(fuente: EDQM, 2022, 2023, 2024)

En la tabla 6 se presenta la evolución de la cantidad de donantes para los países de Latinoamérica en el período pospandemia. Es importante considerar que Uruguay, Argentina y Brasil han liderado los resultados en procuración en los últimos años. Como se mencionó para el período prepandemia, también se observa la ausencia de datos para algunos países de la región. Sin embargo, la falta de datos no significa que en dichos países no existan donantes.

Tabla 6: Actividad de donación de países de Latinoamérica en el período 2021 a 2023

Países	2021			2022			2023		
	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**	P	**D**	**PMP**
Uruguay	3,50	**43**	**12,30**	3,50	**75**	**21,40**	3,40	**67**	**19,70**
Argentina	45,60	**630**	**13,80**	46,00	**767**	**16,70**	45,80	**816**	**17,80**
Brasil	214,00	**2953**	**13,80**	215,40	**3266**	**15,20**	216,40	**3759**	**17,40**
Chile	19,20	147	7,70	19,30	171	8,90	19,60	192	9,80
Colombia	51,30	268	5,20	51,50	332	6,40	52,10	388	7,40
Ecuador	17,90	47	2,60	18,10	91	5,00	18,20	88	4,80
Costa Rica	5,10	17	3,30	5,20	27	5,20	5,20	21	4,00
México	130,30	260	2,00	131,60	398	3,00	128,50	513	4,00
Paraguay	7,20	15	2,10	7,30	15	2,10	6,90	21	3,00
Panamá	4,40	0	0,00	4,40	18	4,10	4,50	12	2,70
Perú				33,70	42	1,20	34,40	50	1,50
Dominicana	11,00	9	0,80	11,10	10	0,90	11,30	8	0,70
Cuba	11,30	0	0,00	11,30	5	0,40	11,20	7	0,60
Guatemala	18,20	1	0,10	18,60	0	0,00	18,10	7	0,40
Bolivia	11,80	0	0,00	12,00	0	0,00	12,40	4	0,30
El Salvador	6,50	0	0,00	6,60	0	0,00	6,40	0	0,00
Venezuela							28,80	0	0,00
Honduras	10,10	0	0,00	10,20	0	0,00	10,60		

P: Población en millones de habitantes; D: donantes; PMP: Pacientes por millón de población

(fuente: EDQM, 2022, 2023, 2024)

1.4 Aspectos legales en el proceso de donación para trasplante

Con relación a los aspectos legales, la normativa española para la procuración de órganos fue promulgada en 1979 y diversos Reales decretos fueron establecidos y reglamentados para todas las instancias de los procesos de procuración y trasplante. Asimismo, se especifica el papel de la ONT en la coordinación y gestión de estos procesos. Particularmente la normativa aplicada es: la Ley de trasplantes 30/1979, el Real Decreto 1723/2012 y anexos, la Ley 41/2002 de Autonomía del paciente y RNIP. La ley establece que, ante la ausencia de un rechazo explícito, el paciente se transforma en donante potencial; sin embargo, se exige que esta negativa se verifique y constate con documentación y con la consulta a los familiares.

Desde los aspectos normativos. para el territorio de Argentina, se ha promulgado la Ley 27447 (Ley de Trasplante de órganos, tejidos y células), con su anexo de reglamentación, la resolución 716/2019 y anexos, y la Resolución 5418 del directorio de INCUCAI, también con su

anexo. La Ley de Trasplante de órganos, tejidos y células dispone que los establecimientos que reúnan las características definidas en su reglamentación deberán contar con un modelo de organización hospitalaria que incluya "servicios destinados a la donación de órganos y tejidos que permitan garantizar la correcta detección, evaluación y tratamiento del donante". Además, desde el Ministerio de Salud se dictó la resolución n° 1642/2022 a través de la cual se incorporaron al programa nacional de garantía de calidad de la atención médica las "directrices para el proceso de procuración de órganos y tejidos en establecimientos asistenciales", con la finalidad de promover la calidad y definir los criterios básicos de buenas prácticas para el tratamiento integral del potencial donante en los establecimientos que lleven adelante los referidos procesos. Asimismo, la misma resolución establece el rol, los objetivos, las actividades y los resultados de los coordinadores hospitalarios de trasplante.

2. Selección de hospitales argentinos y españoles

En este marco de gestión de los procesos de procuración y trasplante de órganos, dentro del contexto de los sistemas sanitarios propios de cada país, es posible identificar ejes de similitud como de diferencia, que son objeto del presente estudio. La posibilidad del análisis comparativo pone de relieve la necesidad de establecer criterios para la selección de los hospitales y de los equipos de intensivistas involucrados en los procesos de procuración de órganos sólidos.

Los criterios debatidos y discutidos en el análisis comparativo han sido diversos: a) Según el tamaño jurisdiccional de las regiones (comunidades autónomas / provincias); b) Según la cantidad de hospitales de referencia con neurocirugía (para establecer el diagnóstico de muerte encefálica); c) Según la tasa de donantes reales; d) Según la tasa de procuración; e) Según los modelos de procuración. Estos diferentes criterios de selección reflejan la complejidad de los procesos involucrados y el compromiso de los profesionales de la salud.

2.1 Selección de hospitales argentinos

Se obtuvo la información específica de **Argentina** desde el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) a través de la consulta al Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA) y su Central de

Reportes y Estadísticas (CRESI). Se especificaron las tasas nacionales y jurisdiccionales con su listado de hospitales de procuración y trasplante.

A partir de tales datos cuantitativos, los hospitales argentinos se ordenaron jerárquicamente en función de la cantidad de donantes reales (DR). Este ordenamiento permitió la categorización de las instituciones sanitarias según su nivel de procuración: alto – medio – bajo. A su vez, dentro de cada categoría se seleccionaron dos instituciones sanitarias resultando una totalidad de seis hospitales para el análisis de la dimensión cualitativa del proyecto. La selección estuvo supervisada por la dirección científica del INCUCAI.

Durante el proceso de selección de hospitales se puso en evidencia la heterogeneidad y complejidad del sistema sanitario argentino en el que se enmarcan los procesos de procuración de órganos sólidos. Tal como se planteó previamente, se pusieron en consideración diferentes criterios para determinar la elegibilidad de los hospitales. Es importante considerar que dentro del sistema sanitario argentino y en consonancia con la coordinación nacional del INCUCAI, están preestablecidos los establecimientos hospitalarios donde se realizan los procedimientos de procuración dentro de las políticas nacionales de salud.

Al tener en cuenta la población de referencia, las jurisdicciones y regiones demográficas que corresponden a cada hospital se solapan con sus divisiones geopolíticas. Esta relación se expresa en una tasa de procuración en base a la población jurisdiccional. Por lo tanto, dentro del territorio jurisdiccional es posible encontrar hospitales de referencia que albergan a pacientes de otras jurisdicciones. Los pacientes de otras jurisdicciones incluyen países de la región. Esta realidad sanitaria pone de relieve las disparidades en las distintas provincias y regiones de Argentina en términos de los procesos de procuración y trasplante.

Además, en el territorio de Argentina es posible distinguir diferentes realidades sanitarias en la vasta extensión del país. En este sentido, por tomar como ejemplo la provincia de Buenos Aires, su población se concentra en el área metropolitana (15.618.000 habitantes) representando cerca del 45% de la población nacional. Sus hospitales de referencia se encuentran en puntos estratégicos para dar respuesta a necesidades de salud a nivel provincial, e incluso regional. Por otro lado, aun cuando todo el territorio presenta cobertura / base de datos nacional (SINTRA), habría disparidad en el acceso a los servicios de salud (Gramajo et al., 2012).

Otro criterio en consideración está vinculado a las características de los hospitales, esto es, que cuenten con unidades o sectores de alta complejidad para pacientes neurocríticos. En este sentido, también se evidenció la heterogeneidad de unidades hospitalarias vinculadas a los procesos de procuración. En consecuencia, se encontró: a) modalidades en las cuales todos los

procesos de procuración eran asumidos por los propios servicios del hospital; b) modalidades en las cuales los procesos de procuración eran asumidos por un equipo perteneciente a INCUCAI, pero externo al hospital; c) otras modalidades intermedias. Estas modalidades ponen en evidencia los procesos de transición dentro de los programas de procuración en hospitales nacionales.

Finalmente se tomó como criterio para Argentina, la cantidad de donantes reales tal como se informó oportunamente. En consecuencia, los criterios para la inclusión y selección de hospitales se pueden sintetizar del siguiente modo:

- Ser hospital público
- Disponer con una unidad organizativa para la generación de potenciales donantes en el área de pacientes neurocríticos, que intervenga en los procesos de procuración
- Registro de donantes reales en el 2023

2.2 Selección de hospitales españoles

Según se describió anteriormente, las tasas de donación de hospitales españoles lideran el desempeño del resto de los países de la Unión Europea. A los fines comparativos del estudio se solicitó a la ONT un listado de hospitales españoles habilitados para la procuración. En este sentido, la ONT envió oportunamente el desempeño o rendimiento en donantes reales e índices PMP de las comunidades autonómicas de España en el período de estudio. Posteriormente se obtuvo el listado de la actividad de donación (en donantes reales) de los hospitales públicos habilitados para la procuración y trasplante de cada comunidad autonómica. A partir de este listado se categorizaron los hospitales españoles según los mismos criterios aplicados para hospitales argentinos según la estrategia metodológica y estadística establecida para este estudio. El criterio complejo detallado arriba ha permitido acotar un listado para los hospitales españoles, que se ha remitido a ONT para la selección definitiva. La ONT envió consecuentemente el listado de hospitales seleccionados institucionalmente para la participación en el estudio.

2.3 Tasas de procuración de hospitales seleccionados argentinos

La tabla 7 muestra los resultados expresados en tasa de procuración para los hospitales

argentinos seleccionados en el período 2018 a 2024.

Tabla 7: Actividad de donación (PMP) de hospitales argentinos seleccionados en el período 2018 a 2024

HOSPITAL	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
1- Hospital xxx Tucumán	27,8	28,7	14,8	15,7	18,5	22,2	27,1
2- Hospital xxx Corrientes	1,3	3,9	2,9	9,4	8,1	12,3	6,5
3- Hospital xxx Misiones	15,4	12,8	10,3	9,4	4,7	5,4	5,3
4- Hospital xxx Córdoba	5,4	4,6	3,5	3,2	2,9	4,6	3,8
5- Hospital xxx Mendoza	9,7	14,7	9,0	14,4	9,9	11,2	10,2
6- Hospital xxx CABA	0,3	1,3	0,7	0,0	0,3	1,9	0,6
7- Hospital xxx Neuquén	13,9	29,0	4,5	16,4	19,1	17,4	30,1
TOTAL ARGENTINA	15,8	19,6	9,8	13,8	16,6	17,5	16,2

(fuente: consulta CRESI, INCUCAI, 2024)

Tal como se observa en la tabla, la pandemia por COVID-19 ha impactado en la actividad de donación en todos los hospitales seleccionados.

2.4 Tasas de procuración de hospitales españoles seleccionados por ONT

La tabla 8 presenta la actividad de donación en PMP de las comunidades autonómicas de pertenencia de los hospitales seleccionados por la ONT en el período de estudio (2018 a 2023)

Tabla 8: Actividad de donación (PMP) de Comunidades Autonómicas españolas seleccionadas en el período 2018 a 2023

COMUNIDAD AUTÓNOMA	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Andalucía	36,9	34,4	27	25,5	28,6	29,9
Castilla y León	20,7	26,3	20,8	20,6	25,3	26,1
Cataluña	27,8	27,8	18,4	21,1	21,4	21,6
Comunidad Valenciana	39,1	37,6	24,9	33,5	28,2	27,3
Galicia	32,2	36,7	25,2	31,6	30,1	24,2
Madrid (Comunidad de)	21,9	20,6	17,7	19,4	16,9	20,3
TOTAL ESPAÑA	34,6	33,2	24,4	26,2	27,1	27

(fuente: consulta ONT)

Así como se observó en los hospitales argentinos, también para España el impacto de la pandemia por COVID-19 se refleja en la actividad de donación.

2.5 Coordinador hospitalario de trasplante en el proceso de procuración

La correspondencia entre la tasa de procuración y el perfil conductual de intensivistas pone en evidencia que la cantidad de donantes reales de cada unidad hospitalaria está asociada a la labor de los intensivistas en trabajo integrado con el coordinador hospitalario. Por lo tanto, particularmente, para la selección de intensivistas, se procedió en primer lugar a contactar al coordinador provincial de referencia de los hospitales seleccionados. Tal coordinador provincial permitió el acceso al coordinador hospitalario, quien, a su vez, facilitó el contacto con los intensivistas de las unidades de terapia intensiva de los hospitales seleccionados. De este modo se procuró un acceso orgánico e institucional a cada uno de los profesionales de salud participantes del proyecto.

Es importante recordar que el propio proceso de procuración implica la coordinación de diferentes sectores dentro de una unidad hospitalaria. Como se mencionó previamente, en algunos de los hospitales este proceso es asumido por el propio equipo de intensivistas que actúa coordinadamente en cada momento y etapa de la procuración. En otros hospitales este proceso está a cargo de un equipo que depende de INCUCAI como agente externo al hospital. En otros hospitales se observa un proceso de transición en el que las unidades de procuración vienen incluyéndose dentro de la estructura sanitaria. Por lo tanto, los equipos de profesionales intensivistas podrían actuar bajo diferentes modelos de gestión. Este panorama heterogéneo pone de manifiesto la necesidad de contextualizar los perfiles conductuales dependiendo de los modelos de gestión institucional.

Las modalidades de desarrollo de los procesos de procuración dentro de los hospitales se reflejan también en el grado de inclusión de la actividad de procuración como una tarea más dentro de las desarrolladas dentro de las unidades de terapia intensiva. Otras modalidades refieren que se trataría de una tarea externa a las unidades de terapia intensiva. Esta caracterización refleja un plano de complejidad agregado al propio proceso de procuración y trasplante de órganos.

Tal como se mencionó, el mantenimiento de las tasas de donación en España está asociado

a la eficiencia del modelo sostenido por la ONT desde su inicio. Según un estudio realizado por Streit y otros (2023) se puede caracterizar el Programa ONT en elementos habilitantes, elementos estructurales y elementos operativos. Dentro de los elementos *habilitantes* se encuentra el apoyo del gobierno a través de las políticas públicas y el sistema sanitario en conjunción con la legislación sobre todos los procesos implicados. Los elementos *estructurales* aluden a la propia ONT en la gestión y coordinación, la política de reembolsos, y los estándares de calidad y de mejora continua de la calidad. Los elementos *operativos* refieren a las propias políticas de prevención, donación y trasplante. Este conjunto de elementos asociados al entrenamiento, investigación y desarrollo continuos de los profesionales comprometidos en todos los procesos implicados. Según Rodríguez-Arias y otros (2010), los factores del éxito del modelo español incluyen el acercamiento legal, su programa formativo, la comunicación, las relaciones públicas, los reembolsos hospitalarios y la mejora de la calidad. Los mismos autores destacan además características del sistema sanitario que favorecen la eficiencia del modelo: cantidad de camas de cuidados intensivos y médicos por millón de habitantes que facilita la identificación y mantenimiento de donantes potenciales; acceso universal de los servicios de salud para los ciudadanos que incluye el trasplante de órganos; entrenamiento para los profesionales de la salud a fin de maximizar la donación a través de la detección de donantes, el diagnóstico de muerte cerebral, el abordaje familiar, la comunicación de la muerte, malas noticias y duelo, manejo de donantes y negativas a la donación, asuntos culturales y legales, las relaciones con los medios de comunicación.

Pero por sobre todos los factores, Rodríguez-Arias y otros (2010) señalan la figura del coordinador de trasplante. Los coordinadores de trasplante son responsables de la identificación y evaluación de donantes, del mantenimiento de donantes potenciales en las unidades de cuidados intensivos (UCI), y de entrevistar a las familias de donantes potenciales. En España, los coordinadores de trasplante son mayoritariamente médicos o anestesiólogos que trabajan a tiempo parcial dentro del hospital. Por su acceso, conocimiento y autoridad dentro de las UCI se evitan la pérdida de donantes debida a la falta de detección o a la desmotivación de equipos sanitarios.

Asimismo, Rodríguez-Arias y otros (2010) puntualizan la participación de los hospitales autorizados para procuración y trasplante en un programa de evaluación de calidad de detección de donantes de la ONT. Este programa incluye la evaluación previa de la capacidad teórica para la donación de cada hospital, la autoevaluación realizada por el coordinador de las causas de no donación (cantidad de potenciales donantes que no se transformaron en donantes efectivos), y

una auditoría externa retrospectiva de los factores que contribuyen a la pérdida de donantes potenciales. Este programa permite comparaciones interinstitucionales y la identificación de centros con tasas menores de procuración; a su vez, constituye un medio para identificar oportunidades de donación perdidas.

3. Perfiles conductuales de intensivistas en procuración de órganos: los coordinadores hospitalarios de trasplante

Tal como relatan Manyalich y otros (2001), en 1985 se crea el primer equipo coordinador de trasplantes en Barcelona con el objetivo de aumentar la donación de órganos y de este modo permitir el trasplante a los receptores de lista de espera. Este rol coordinador se transformó en una especialidad médica vinculada al desarrollo y crecimiento de los programas de trasplante de España. Para la ONT, cada hospital trasplantador o generador de órganos debe tener un coordinador de trasplante (CT) para ser acreditado. Al inicio, los CT fueron nefrólogos vinculados a las ablaciones renales, luego fueron incorporando otras especialidades como cirujanos, intensivistas, anestesiólogos, y otros especialistas relacionados con áreas y sectores para la detección de donantes. Asimismo, las tareas de coordinación fueron incluyendo mayor responsabilidad tanto clínica como organizativa, así como relaciones con sectores intra y extrahospitalarios. Esta mayor complejidad implica la negociación de soluciones y toma de decisiones que exige una mayor preparación y formación. La misión de un CT es "la obtención y distribución de órganos y tejidos para trasplante" (Manyalich et al., 2001, p. 151). Según estos autores,

> es el profesional encargado de transformar el mayor número posible de cadáveres existentes en cualquier centro en donantes reales y coordinar la distribución de los órganos y tejidos al receptor más adecuado, a través de las organizaciones encargadas de su intercambio y de acuerdo con las normas de distribución existentes.

Para la ONT, entonces, se trata de: intensivista, anestesiólogo o nefrólogo "joven, dinámico, entre 30-40 años, con experiencia hospitalaria y una dedicación plena a su trabajo, siendo el objetivo principal de sus intereses, con una total disponibilidad y que sepa trabajar en equipo" (Manyalich et al., 2001, p. 152). Además, se requieren habilidades para las relaciones

humanas, sobre todo con otros profesionales de la salud y con el público general. Según puntualizan Manyalich y otros (2001), el CT trabaja independientemente del equipo de trasplante, aunque vinculado y apoyado por la dirección del hospital y con una adecuada retribución. Señalan que no debe tener miedo de hablar y tratar con la muerte, ya que vincula la vida y la muerte como frontera: esto es, "Muerte del Donante, Vida para los Receptores" (Manyalich et al., 2001, p. 152). Además, destacan la importancia de conocer todas las vías de obtención de órganos y tejidos, siendo el punto focal y ámbito de trabajo lo que concierne a los pacientes críticos, esto es las terapias intensivas de reanimación y urgencias. Además, Elizalde y Lorente (2006) puntualizan que los CT colaboran con los equipos profesionales que obtienen los órganos y tejidos en garantizar la calidad del propio proceso.

Para la Dirección Europea para la Calidad de Medicamentos y Asistencia Sanitaria (EDQM, 2016), los CT tienen responsabilidades clínicas que incluyen la detección de posibles donantes tanto de órganos como de tejidos. Además, se deben ocupar de la gestión, registro y evaluación de donantes de modo de resguardar la trasparencia, la libre voluntad y demás consideraciones éticas y legales. En concordancia con las recomendaciones del Comité Europeo (EDQM, 2016, pág. 26), las actividades profesionales de los CT incluyen:

> a) detectar e identificar posibles donantes; b) facilitar la determinación de la muerte, cuando sea necesario; c) supervisar el mantenimiento del donante y las pruebas serológicas y funcionales para mantener una buena perfusión del órgano y garantizar la calidad y la seguridad de los órganos y tejidos para el trasplante; d) acercarse a los familiares de los potenciales donantes y obtener el consentimiento para la donación; e) supervisar todo el proceso administrativo y legal de la donación, incluida la obtención de órdenes judiciales cuando sea necesario; f) organizar la procuración y la distribución de órganos, tejidos o ambos, coordinando los recursos necesarios y disponibles para su procuración (quirófanos, anestesia, enfermería, equipos quirúrgicos, etc.) y posterior distribución y transporte a su destino final; g) derivar a todos los donantes potenciales de tejidos a los establecimientos de tejidos en el área/región.

Según plantea Matesanz (2008), los coordinadores de trasplante para el modelo español aluden a una persona, a un perfil y a un trabajo diferente en comparación con los coordinadores de trasplante de otros países. Se trata de un trabajo a tiempo parcial, independiente del equipo

de trasplante. Es importante mencionar que otros coordinadores pueden trabajar fuera del hospital también en procuración. Se trata de roles diferentes a los directores de hospital, pero con una importancia en gestión del mismo nivel. Asimismo, la mayoría de los coordinadores de trasplante españoles son médicos, pero hay muchos coordinadores que son enfermeros/as. En la literatura se aluden a diferencias en distintos aspectos al comparar el programa de ONT con otros países, tales como la cantidad de camas de la unidad de terapia intensiva (UTI), la proporción del producto bruto interno (PBI) dedicado a la salud, a la proporción de médicos y enfermeros/as por habitante, a los salarios para profesionales de la salud.

Por su parte, el INCUCAI (2022), en concordancia con los lineamientos internacionales del EDMQ, establece, en su resolución 1642/2022 (anexo2), que el coordinador hospitalario de trasplante tiene como objetivo principal garantizar la procuración de órganos y tejidos para trasplante donde se desempeñe como tal. Los objetivos específicos destacan la promoción, el posicionamiento y la continuidad del proceso de procuración como misión dentro del establecimiento sanitario y como tarea habitual para los trabajadores sanitarios. Para el logro de estos objetivos también se han delineado actividades y resultados que permiten darle trazabilidad a todos los componentes del complejo proceso de procuración para trasplante. Estas actividades y resultados involucran: a) incorporar el proceso de procuración en las políticas, manuales y protocolos del establecimiento sanitario; b) estandarizar la ejecución de los procesos centrales y de soporte que requieran interconsultas; c) implementar y dar seguimiento al subprograma PostParada Circulatoria (SPPC); d) implementar y dar seguimiento al subprograma de Garantía de Calidad de Cuidados del paciente neurocrítico Glasgow 7(SPGC CG7); e) gestionar actividades y etapas de los procesos principales y de soporte para lograr la mayor autonomía posible; f) generar procedimientos y/o algoritmos estandarizados para los procesos principales y de soporte.

4. Economía del Comportamiento y aplicaciones a procuración

La aplicación de la Economía del Comportamiento en el ámbito de la salud presenta evidencias de su eficacia, destacando que esta propuesta permite orientar los análisis de los problemas que se enfrentan, diseñar intervenciones contextualizadas para todas las personas involucradas, sean

los profesionales de la salud, los gestores en salud, y también los destinatarios de los servicios de salud (Pinto et al., 2014). Particularmente, se destaca el informe que el propio Banco Interamericano de Desarrollo (BID) presenta con ejemplos concretos de la aplicación de la Economía del Comportamiento en el diseño de proyectos en salud. En este sentido, las aplicaciones siguen una metodología que favorece su implementación en otros temas relevantes en salud, como lo es la procuración para trasplante. Pinto y otros (2014) presentan esta metodología asociada al diseño de intervenciones en el ámbito de las enfermedades no transmisibles (ENT). La metodología implementada incluye: 1) la identificación de sesgos de pensamiento que inhiben o dificultan el cambio comportamental; 2) la reseña de los empujoncitos o intervenciones posibles que permiten superar los sesgos identificados; 3) la incorporación de los empujoncitos o intervenciones en el diseño de políticas para abordar el cambio comportamental; y 4) la evaluación de la implementación de los empujoncitos o intervenciones.

Dentro de las aplicaciones de la perspectiva de la Economía del Comportamiento en el ámbito de la procuración, se han encontrado evidencias de cierta eficacia asociada a la conciencia de donación, y al registro de donantes (Farrel, 2016). La revisión de Aghdam y otros (2022) destaca la importancia de la toma de decisiones en el ámbito de la donación y trasplante pediátrico. Estos autores (Aghdam et al., 2022) plantean la necesidad que los profesionales y organizaciones de la salud consideren los efectos de la toma de decisión parental en el trasplante pediátrico, la distribución de los órganos pediátricos donados para trasplante y los temas financieros vinculados al resultado del trasplante. En el estudio de Ríos y otros (2014) se analizaron las actitudes del personal de salud en el proceso de procuración y trasplante de hospitales españoles y latinoamericanos. Sus conclusiones destacan una actitud mayormente favorable, aunque persiste un 20% que no está a favor de la donación. Asimismo, encontraron que la actitud favorable se asocia a factores laborales y psicosociales (Ríos et al., 2014).

En Alemania, una investigación estudió las barreras y los facilitadores hacia la procuración y trasplante identificados en personal de salud (Hvidt et al., 2016). Estos autores enfatizan la complejidad de este campo de estudio analizando facilitadores y barreras en las siguientes áreas: 1) en el conocimiento acerca de la donación y trasplante, y en la voluntad de donar los propios órganos; 2) asuntos éticos en donación y trasplante; 3) estresores institucionales en el manejo del proceso de donación y trasplante; 4) creencias personales y el peso de la propia religión y espiritualidad. Este estudio señala que la eficacia del proceso de

donación y trasplante depende de la cooperación de varias instituciones, hospitales, departamento, profesiones y organizaciones dentro del sistema sanitario. Otro plano de complejidad es la interacción de tales relaciones de cooperación con los pacientes, los donantes potenciales y sus familias. En este sentido, se destaca que el sistema sanitario, los procesos de donación y trasplante y el campo de salud son espacios interdependientes e interactuantes entre sí.

Se ha encontrado un reporte vinculado a un programa de intervención en la provincia de Buenos Aires para la promoción de la detección y reporte de donantes potenciales (Budassi et al., 2024). En este programa colaborativo participan el Centro Único Coordinador de Ablación e Implante de la Provincia de Buenos Aires (CUCAIBA), el Ente Autárquico Instituto del Trasplante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (EAIT), la Unidad de Ciencias del Comportamiento y Políticas Públicas del Gobierno de la Nación Argentina (UCCPP) y el Instituto de Neurociencia Cognitiva y Traslacional (INCYT). Con inicio en 2020, el objetivo del programa fue estudiar las causas e incrementar la detección y reporte de órganos dentro de los hospitales. En una primera etapa se identificaron, a través de encuestas, las barreras percibidas en el personal de salud de hospitales de la provincia de Buenos Aires y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se identificaron las siguientes barreras: la detección de donantes no constituye una función habitual, se desconoce el sistema de registro informático de donantes, falta de capacitación en los procedimientos para el proceso de donación, falta de conocimiento de las regulaciones, sobrecarga de tareas. La siguiente etapa consistió en la elaboración de un manual de herramientas comportamentales para coordinadores hospitalarios de trasplante. El manual presenta herramientas de cambio comportamental para promover la detección y registro de donantes por parte del personal de salud de los centros donde trabajan. Además, el manual propone un protocolo de trabajo para homogeneizar las acciones de estos coordinadores. Entre las herramientas figuran: recordatorios, simplificación de la información, facilitación de conductas deseadas, uso de listas de chequeo, entre otras. La tercera etapa consiste en la intervención a través de un taller de entrenamiento para la adquisición de las herramientas del manual. Finalmente analizarán el impacto del protocolo en la práctica habitual.

Referencias

Aghdam, S. E., Shayan, R. G., & Zalnejad, S. (2022). Organ Transplantation Evaluation by Behavioral Economics and Decision-Making. *American Journal of Theoretical and Applied Business, 8*(1), 1-7. doi:10.11648/j.ajtab.20220801.11

Arshad, A., Anderson, B., & Sharif, A. (2019). Comparison of organ donation and transplantation rates between opt-out and opt-in systems. *Kidney International, 95*, 1453–1460. doi:10.1016/j.kint.2019.01.036

Bacqué, M., Vallejos, A., & Bisigniano, L. (2018). Situación del Trasplante Renal y la Donación de Órganos en Argentina. *Revista de Nefrología, Diálisis y Trasplante, 38*(1), 1-14.

Banco Interamericano de Desarrollo (BID). (2022). *Pequeños empujones para América Latina y el Caribe: Una década de mejorar la política pública con la economía del comportamiento.* Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Budassi, I., Bertoni, J., Caccia, P., Elgier, A., Dottori, M., Rotsztein, R., Aragon Daud, A., & Torrente, F. (2024). Unidad de Ciencias del Comportamiento y Políticas Públicas del Gobierno de la Nación Argentina: Reseña de una experiencia (2021-2023). *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 16*(1), 4-17.

Butler, A., Chapman, G., Johnson, J. N., Amodeo, A., Böhmer, J., Camino, M., . . . Kirk, R. (2020). Part VII: Behavioral economics—A framework for donor organ decision-making in pediatric heart transplantation. *Pediatric Transplantation*(e13655), 1-8. doi:10.1111/petr.13655

Díaz-Tostado, S. (2012). Importancia y perfil del coordinador de donación en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 55*(5), 11-15.

Domínguez-Gil, B. (2020). International figures on donation and transplantation 2019. *Newsletter Transplant, 25*, 7-80.

Domínguez-Gil, B. (2023). Introducción. La Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante. *Newsletter*, *XVII*(1), 3-5.

Duro, V. (2001). Grupo «Punta Cana». Una propuesta en América Latina. *Nefrología, XXI*(Supl. 4), 141-143.

Elizalde, J., & Lorente, M. (2006). Coordinación y donación. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 29*(Supl. 2), 35-44.

Escudero, D., & Otero, J. (2015). Medicina intensiva y donación de órganos. ¿Explorando las últimas fronteras? *Medicina intensiva, 39*(6), 366-374. doi:10.1016/j.medin.2015.01.008.

Etheredge, H. R. (2021). Assessing Global Organ Donation Policies: Opt-In vs Opt-Out. *Risk Management and Healthcare Policy, 14*, 1985–1998. doi:10.2147/RMHP.S270234

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2016). *Guía para la calidad y la seguridad de órganos para el trasplante*. Estrasburgo, Francia: EDQM.

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2019). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2018. Vol. 24*. Estrasburgo, Francia: EDQM.

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2020). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2019, Vol. 25*. Estrasburgo, Francia: EDQM.

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2021). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2020. Vol. 26*. Estrasburgo, Francia: EDQM.

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2022). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2021. Vol. 27*. Estrasburgo, Francia: EDQM.

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2023). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2022. Vol 28*.

Estrasburgo, Francia: EDQM.

European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2024). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2023. Vol 29*. Estrasburgo, Francia: EDQM.

Farrell, A.-M. (2015). Addressing Organ Shortage: Are Nudges the Way Forward? *Law Innovation and Technology, 7*(2), 253-282. doi:10.1080/17579961.2015.1106105

Gramajo, P., Sansoni, F., Dozo, I., & Migueles, L. (2012). Accesibilidad al Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas según Entidades Financiadoras de Salud en Argentina, 2000-2010. *Revista Argentina de Salud Pública, 3*(10), 30-36.

Honorable Congreso de la Nación Argentina (2018, 26 de julio). Ley de Trasplante de órganos, tejidos y células. Ley 27447. Boletín Oficial.

Hvidt, N. C., Mayr, B., Paal, P., Frick, E., Forsberg, A., & Büssing, A. (2016). For and against Organ Donation and Transplantation: Intricate Facilitators and Barriers in Organ Donation Perceived by German Nurses and Doctors. *Journal of Transplantation*(3454601), 1-13. doi:10.1155/2016/3454601

INCUCAI. (2016). *Guía para el proceso de donación trasplante. Dirigida al personal sanitario.* Buenos Aires: INCUCAI, Ministerio de Salud.

INCUCAI. (2020). *Memoria 2020. Procuración y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Argentina .* Buenos Aires: INCUCAI, Ministerio de Salud.

INCUCAI. (2023). *Memoria 2022. Procuración y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células en Argentina*. Buenos Aires: INCUCAI, Ministerio de Salud.

Istrate, M. G., Harrison, T. R., Valero, R., Morgan, S. E., Páez, G., Zhou, Q., . . . Manyalich, M. (2015). Benefits of Transplant Procurement Management (TPM) Specialized Training on Professional Competence Development and Career Evolutions of Health Care Workers in Organ Donation and Transplantation. *Experimental and Clinical Transplantation*(Suppl. 1), 148-155. doi:10.6002/ect.mesot2014.O128

Luoto, J., & Carman, K. G. (2014). *Behavioral Economics Guidelines with Applications for Health Interventions.* Washington, DC: Inter-American Development Bank.

Manyalich, M., Cabrer, C., Valero, R., Paredes, D., Páez, G., Navarro, A., de Cabo, F., Trías, E., & Ruiz, A. (2001). Proyecto TPM (Transplant Procurement Management): Formación avanzada internacional de coordinadores de trasplante. *Nefrología, XXI*(Suppl. 4), 151-158.

Martín-Delgado, M. C., Martínez-Soba, F., Masnou, N., Pérez-Villares, J. M., Pont, T., Sánchez Carretero, M. J., . . . Domínguez-Gil, B. (2019). Summary of Spanish recommendations on intensive care to facilitate organ donation. *American Journal of Transplantation, 19*, 1782–1791. doi:10.1111/ajt.15253

Martínez Torres, A., Rivas, R., Mármol, A., & Vilá Cienfuegos, M. P. (2001). Influencia del Modelo Español en la organización del Programa Cubano de Trasplante Renal. *Nefrología, XXI*(Suplemento 4), 148-150.

Matesanz, R. (Ed.). (2008). *El modelo español de coordinación y trasplantes*. 2da ed. Madrid: Aula Médica.

Matesanz, R., & Domínguez-Gil, B. (2007). Strategies to optimize deceased organ donation. *Transplantation Reviews, 21*, 177–188. doi:10.1016/j.trre.2007.07.005

Matesanz, R., Domínguez-Gil, B., Coll, E., Mahíllo, B., & Marazuela, R. (2017). How Spain Reached 40 Deceased Organ Donors per Million Population. *American Journal of Transplantation, 17*, 1447–1454. doi:10.1111/ajt.14104

Matjasko, J. L., Cawley, J. H., Baker-Goering, M. M., & Yokum, D. V. (2016). Applying Behavioral Economics to Public Health Policy. *American Journal of Preventive Medicine, 50*(5S1), S13–S19. doi:10.1016/j.amepre.2016.02.007

Migueles, L. E., Tappari, N. F., Palazzo, J. R., Buffa, R. E., Rywaka, R. D., Vieytes, G. F., . . . Zurita, D. H. (2021). Redes de Servicios Médicos y Tratamiento del Cáncer de Cérvix en Posadas,

Avellaneda y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública, 13*, e30.

Ministerio de Salud Argentina (2022). Resolución 1642/2022. Boletín Oficial.

Mizraji, R. J. (2001). Proyecto Siembra 7 años después. *Nefrología, XXI*(Supl. 4), 138-140.

Morales, F. (2001). Influencia del Modelo Español en la República Dominicana. *Nefrología, XXI*(Suplemento 4), 144-147.

Oliva Moreno, J., Trapero Bertrán, M., González López-Valcárcel, B., Hidalgo Vega, Á., & del Llano Señaris, J. (2018). Economía del comportamiento y economía de la prevención. In J. Oliva Moreno, M. Trapero Bertrán, B. González López Valcárcel, Á. Hidalgo Vega, & J. del Llano Señaris, *Economía de la salud* (pp. 397-419). Madrid: Pirámide.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *Informe Trasplante de órganos y tejidos. A75/41*. Washinton, DC: OMS

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS)(2019). *Estrategia y Plan de Acción sobre Donación y Acceso Equitativo al Trasplante de Órganos, Tejidos y Células 2019-2030*. Washinton, DC: OMS/OPS

Organización Nacional de Trasplantes (ONT). *Plan Estratégico en Donación y Trasplante de Órganos 2018-2022. Sistema Español de Donación y Trasplante.* Madrid: ONT.

Patel, A., Macwan, C., Makwana, B., Parmar, P., Parekh, S., Patel, D., & Soni, P. A. (n.d.). A Study to Assess Knowledge and Attitude Regarding Organ Donation among Health Professionals of Selected Colleges of Anand District- Literature Review. *International Journal of Nursing Education, 11*(2), 109-113. doi:10.5958/0974-9357.2019.00052.7

Pinto, D., Ibarrarán, P., Stampini, M., Carman, K. G., Guanais, F., Luoto, J., . . . Cali, J. (2014). *Empujoncitos sutiles: el uso de la economía del comportamiento en el diseño de proyectos de salud.* Wahington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Red/Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante (RCIDT) (2023). Programa Alianza en Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células. Edición 2023. *Newsletter*, *XVII*(1), 51-56.

Ríos, A., López-Navas, A., Ayala-García, M. A., Sebastián, M. J., Abdo-Cuza, A., Alán, J., . . . Parrilla, P. (2014). Spanish-Latin American Multicenter Study of Attitudes Toward Organ Donation Among Personnel From Hospital Healthcare Centers. *Cirugía Española, 92*(6), 393–403.

Roberti, J., Mussi, G., & Cicora, F. (2014). La Perspectiva de los Nefrólogos acerca de la Donación y el Trasplante Renal en la Argentina. *Medicina, 74*, 353-358.

Rodríguez, R. M., Ferrari Ayarragaray, J., Martínez, J., & Agost Carreño, C. (2009). Historia de los Trasplantes de Riñón en Argentina. *Revista Argentina de Cirugía Cardiovascular, VII*(3), 200-204.

Rodríguez-Arias, D., Wright, L., & Paredes, D. (2010). Success factors and ethical challenges of the Spanish Model of organ donation. *The Lancet, 376*, 1109-1112.

Sakpal, S. V., Agarwal, S. K., Saucedo-Crespo, H., Auvenshine, C., Santella, R. N., Donahue, S., & Steers, J. (2018). Transplant Critical Care: Is There A Need for Sub-specialized Units? A Perspective. *The Journal of Critical Care Medicine, 4*(3), 83-89. doi:10.2478/jccm-2018-0014

Sánchez Miret, J. I., & Araiz, J. J. (2001). El médico intensivista como coordinador de trasplantes. *Nefrología, XXI*(Suplemento 4), 53-56.

Sebastián-Ruiz, M. J., Guerra-Sáenz, E. K., Vargas-Yamanaka, A. K., Barboza-Quintana, O., Ríos-Zambudio, A., García-Cabello, R., & Palacios-Saucedo, G. d. (2017). Actitud y conocimiento sobre donación de órganos de estudiantes de medicina de una universidad pública del noreste de México. *Gaceta Médica de México, 153*, 432-442. doi:10.24875/GMM.17002573

Streit, S., Johnston-Webber, C., Mah, J., Prionas, A., Wharton, G., Casanova, D., . . . Papalois, V. (2023). Ten Lessons From the Spanish Model of Organ Donation and Transplantation. *Transplant International, 36*, 11009. doi:10.3389/ti.2023.11009

Streit, S., Johnston-Webber, C., Mah, J., Prionas, A., Wharton, G., Paulino, J., . . . Papalois, V. (2023). Lessons From the Portuguese Solid Organ Donation and Transplantation System: Achieving Success Despite Challenging Conditions. *Transplant International*(36), 11008. doi:10.3389/ti.2023.11008

Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Un pequeño empujón (nudge). El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y fellicidad.* Barcelona: Taurus.

The Lancet. (2024). Organ donation: lessons from the Spanish model. *The Lancet, 404*(10459), 1171. doi:10.1016/S0140-6736(24)02128-7

Torres, M. (2009). Sistema nacional de procuración de órganos y tejidos para trasplante. *Vida y Ética, 10*(2), 59-70.

Weiss, J., Elmer, A., Mahíllo, B., Domínguez-Gil, B., Avsec, D., Nanni Costa, A., Haase-Kromwijk, B.J.J.M., Laouabdia, K., & Immer, F.F. (2018). Evolution of Deceased Organ Donation Activity Versus Efficiency Over a 15-year Period: An International Comparison. *Transplantation, 102*(10),1768–1778. DOI: 10.1097/TP.0000000000002226