
UNIVERSIDAD NACIONAL DEL LITORAL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS



Postgrado de Auditoría y Calidad de la Atención Médica

Especialidad en Auditoría Médica

“Detección de cambios en los tiempos de inscripción en la Lista de Espera Renal de la región centro norte de la provincia de Santa Fe tras implementación de Proyecto de Estrategias de Mejora para reducirlos.”

Autor: Baialardo, Antonela Guadalupe

Director: Ramos, María Constanza

Santa Fe, Argentina

Marzo 2025

Índice de contenidos

1. RESUMEN EJECUTIVO	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
2.1. ORGANIZACIÓN QUE PRESENTA EL PROYECTO	4
2.2. MISIÓN.....	5
2.3. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	5
3. MARCO REFERENCIAL DEL PROYECTO	6
4. PROBLEMA.....	7
4.1. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	7
4.2. IDENTIFICACIÓN DE INDICADORES Y LÍNEA DE BASE	7
5. OBJETIVOS.....	10
5.1. GENERAL.....	10
5.2. ESPECÍFICOS	10
6. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS.....	14
6.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y SUS CONSECUENCIAS	14
6.2. ANALISIS DE LAS CAUSAS	18
6.3. ANALISIS DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS.....	21
7. ANALISIS DE SITUACIÓN Y DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO	25
8. ACTIVIDADES Y CRONOGRAMA	25
9. EVALUACIÓN DE RESULTADOS Y FISCALIZACIÓN.....	30
10. CONCLUSIONES	37
11. BIBLIOGRAFÍA.....	38
12. ANEXOS.....	41

1. Resumen Ejecutivo

En la Región centro norte de la provincia de Santa Fe, nos encontramos con una problemática crítica en lo que respecta a un prolongado tiempo medio para el acceso a lista de espera renal en los pacientes con cobertura pública, que alcanza en el primer semestre del 2018 los 355 días, existiendo grandes problemas de equidad entre estos pacientes, y de baja calidad de atención por parte de nuestro equipo de evaluación pre trasplante.

Con este trabajo procuramos analizar a fondo esta problemática, ya que tiene un impacto considerable en la calidad de vida de estos pacientes, aumentando su morbi-mortalidad, sus niveles de ansiedad y desorientación, desanimo frente a la larga espera, y fundamentalmente dificulta su acceso al trasplante.

Frente a esto, como meta principal nos proponemos reducir el tiempo medio para la inscripción a la lista de espera renal en la población mencionada en un 75% en el término de un año, es decir a menos de 90 días, siguiendo estándares de calidad, parámetros propuestos por INCUCAI y sugerencias de las guías de calidad de atención y gestión de listas de espera del Sistema Nacional de Salud de España. De esta manera, conseguiríamos bajar el tiempo medio de espera de esta región de forma considerable, lo que contribuiría a reducir también la media provincial, que se encuentra sustancialmente elevada.

Al cabo de seis meses de su puesta en marcha tendremos un protocolo / manual actualizado de gestión de pacientes para la evaluación pre trasplante renal, habremos capacitado satisfactoriamente al equipo de pre trasplante para la aplicación del protocolo/manual, con monitorización continua del nivel de cumplimiento del mismo. Habremos optimizado el proceso de fiscalización de todo el estudio pre trasplante por parte del CUDAI, contribuyendo así a la atención integral, acoplado un equipo interdisciplinario de Clínica Ampliada para la evaluación y acompañamiento del paciente durante este proceso; y habremos mejorado la gestión de pacientes centralizando todos los estudios en un solo centro – CEMAFE, procurando que se realicen la mayor cantidad de estudios en el mismo día, para mejorar la adherencia de los pacientes.

Estamos firmemente convencidos que el poder resolver esta problemática es crucial para iniciar la mejora de todos los procesos que debe afrontar un paciente para poder acceder a un trasplante, siendo el primer obstáculo a superar en ese largo camino.

Tras su puesta en práctica, se desarrolla un análisis profundo de las diferentes etapas y actores del mismo, desde la auditoría interna de la organización, para evaluar si se logró conseguir los objetivos propuestos, mejorando así la calidad de atención, y como fin último no solo optimizar la accesibilidad al trasplante, sino también desarrollar y promover el trasplante público.

2. Introducción

2.1. Organización que presenta el proyecto

Este proyecto es presentado por un integrante del CUDAIIO- Centro Único de Ablación e Implante de Órganos de la provincia de Santa Fe. En las relaciones jerárquicas depende del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia, y se constituyó formalmente el 13 de Noviembre de 1995, mediante la dictamen de la Ley N° LEY 11264. Cabe aclarar, que la actividad de procuración de órganos, ya estaba funcionando desde 1981 como una dependencia de Centro de órganos, bajo una Resolución dictada por la Ministra de Salud de aquel entonces (Ver figura 1), pero desde 1979 ya se registran los primeros operativos de procuración de órganos realizados dentro del Hospital José María Cullen, bajo el aval del INCUCAI, y ya en 1983 se crea la dependencia del CUDAIIO.

Actualmente desarrollamos nuestra actividad desde las instalaciones ubicadas en el ex hospital "Italiano", calle Dr. Manuel Zavalla 3361, segundo piso, ala Sur, de la ciudad de Santa Fe. La designación del Director está a cargo del Poder Ejecutivo, al igual que la designación, promoción y remoción de los Sub directores y demás profesionales, quienes están encuadrados dentro de la Ley 9282 y sus modificatorias.

Como el Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe aspira a ser planificador de las políticas públicas y regulador del sistema para garantizar el Derecho a la Salud, para consolidar esta propuesta se configuró y determinó la estructura organizacional que se presenta en los Anexos (fig. 2), de la cual forma parte nuestro Organismo de Procuración y Trasplante (CUDAIIO).

El CUDAIIO desde el momento de constituirse, ejerce las funciones que la Ley Nacional N° 24.193, asigna a las autoridades de contralor jurisdiccional, y en especial, las siguientes:

- 1) Promover la donación de órganos para trasplantes en todo el ámbito de la Provincia.
- 2) Coordinar con las distintas jurisdicciones o entidades, según corresponda, las acciones relativas con las materias de la Ley 24.193.
- 3) Coordinar y supervisar, conjuntamente o por delegación del INCUCAI u organismo que lo reemplace, el trabajo de los equipos de ablación o implante de órganos y de los laboratorios de Histocompatibilidad.
- 4) Presentar anualmente un balance de gestión, con discriminación detallada de los movimientos de caja efectuado, publicando anualmente la nómina de beneficiarios de la aplicación de los fondos con enunciación de la intervención efectuada.
- 5) Administrar el Fondo para Donaciones, Ablaciones e Implantes, dentro de los efectores públicos de la Provincia y/o con aquellos que el Ministerio de Salud y Medio Ambiente designe.

Desarrollaremos este trabajo con el enfoque desde el nivel jurisdiccional, ya que la demora en el acceso a la lista de espera es una problemática que supera el nivel operativo, y cruza transversalmente todos los niveles desde lo más alto del organigrama de la institución.

2.2. Misión

Nuestra misión consiste en minimizar el tiempo de espera de los pacientes en lista, de forma tal que puedan ser trasplantados en óptimas condiciones, mejorando su calidad de vida. Toda esta labor se realiza bajo un marco de igualdad, ya que todo ciudadano tiene el mismo derecho a acceder a un trasplante más allá de su cobertura médica, sin que se limite a ello y de absoluta transparencia, a través de estrictos controles de gestión.

Por otro lado, tenemos como misión coordinar y supervisar, conjuntamente o por delegación del INCUCAI u organismo que lo reemplace, el trabajo de los equipos de ablación o implante de órganos y de los laboratorios de histocompatibilidad, trabajando en conjunto con las distintas jurisdicciones o entidades.

Desde CUDAI, a su vez, asumimos con compromiso el gran desafío de incorporar e instalar la temática de la donación y el trasplante en la rutina cotidiana de los efectores de la salud y la sociedad en su conjunto, para responder a esta necesidad médica y ofrecer garantías de calidad, asegurando que cada una de las personas que necesita un trasplante tenga un acceso universal, gratuito e igualitario al mismo.

2.3. Justificación del proyecto

Resulta inaceptable las enormes diferencias existentes en la demora para lograr la inscripción a la lista de espera renal, marcando esto una gran falencia en la calidad de atención de estos pacientes, detectando como una de sus principales causas la falta de una verdadera **Gestión de Pacientes**, del trabajo en RED y de un plan de acción concreto, con metas y objetivos monitorizables y evaluables a corto, mediano y largo plazo.

Si analizamos los tiempos medios de inscripción de pacientes en lista de espera renal a nivel provincial de los últimos años, podemos ver que en el año 2010 se contaba con 402 días de promedio, 2011 con 342 días, y es cuando se decide crear con el apoyo de INCUCAI la unidad de pre trasplante en el Hospital Iturraspe destinada a agilizar los tiempos de inscripción de los pacientes, consiguiéndose muy buenos resultados en los primeros años: 2012 cayó el tiempo medio a 200 días, 2013 a 277 días.

Sin embargo, este equipo/ unidad de pre trasplante, encargada de agilizar los estudios de la evaluación no fue capaz ni pudo desarrollar estrategias para alcanzar la sustentabilidad de los resultados, presentando una reagudización del problema con un franco ascenso nuevamente de los tiempos medios para la inscripción: en 2014 a 468 días, 2015 a 427 días.

Es por todo esto que planteamos la necesidad de realizar un análisis profundo de esta situación problema y sus actores, para poder detectar qué es lo que está fallando, y así poder elaborar un Plan de Acción concreto, para poder reducir el tiempo medio para la inscripción en lista de espera de trasplante renal, y disminuir los niveles de ansiedad que sufren estos pacientes, su sensación de desorientación, el aumento de comorbilidades, mejorar la calidad de atención, y como fin último mejorar la **Accesibilidad al Trasplante**, en especial en este sector centro-norte de la provincia de Santa Fe, que en gran parte es más vulnerable y tiene mayores dificultades para este acceso.

Consideramos también crucial, optimizar la **Fiscalización** de todo el proceso, ya que su falla genera demoras en la inscripción per se, y al mejorarla nos permitiría detectar precozmente las fallas de los otros actores involucrados en el proceso (centro de diálisis, financiador), permitiendo garantizar mayor celeridad en las diferentes etapas del proceso.

3. Marco Referencial

En la actualidad, la posibilidad de recibir una atención sanitaria integral y continua en el campo del trasplante renal, se enfrenta a una serie de dificultades provocadas por características propias de las organizaciones sanitarias, entre las que se podrían citar la complejidad en su organización, segmentación departamental originada por la estructura tradicional de la organización sanitaria, super especialización de tareas a la que han llevado los avances de la ciencia y tecnología, escasa coordinación inter niveles, poca capacidad de adaptación a las demandas cambiantes del sistema, variabilidad en la ejecución de procesos repetitivos (muchos profesionales, muchas formas de trabajo, muchos modelos de práctica), cultura de las instituciones sanitarias poco centrada en el paciente y más centrada en el profesional, lo que promueve una visión distorsionada de la asistencia.

Para lo cual, tomamos como punto de partida de marco referencial, la *“Guía de Diseño y Mejora Continua de los Procesos Asistenciales Integrados”*¹, del modelo español de procuración y trasplante, para la realización de nuestro proyecto, basados en una serie de principios básicos que sustentan el modelo de atención sanitaria en la gestión por procesos, en donde se prioriza la mejora continua en la calidad de los servicios o productos finales de una organización.

Para ello, sus pilares se basan en las siguientes líneas estratégicas:

- “Potenciar y desarrollar la Gestión Clínica”¹.

Consiste en desarrollar un modelo organizativo centrado en la persona, que nos permita dotar a los profesionales con mayor autonomía organizativa y responsabilidad en la gestión de los recursos, de una *“Unidad de Gestión Clínica”*¹, en la cual se pueda desarrollar un entorno donde el equipo multidisciplinar de evaluación pre trasplante, pueda *“abordar de manera integrada actuaciones de prevención, promoción, asistencia, cuidados y rehabilitación a la persona y familia, poniendo el énfasis en la efectividad de la práctica clínica, el fomento del liderazgo clínico, la eficiencia en la utilización de recursos, la transparencia, el impulso de la investigación y el desarrollo del Proceso Asistencial Integrado.”*¹

- Alinear sus acciones para garantizar el acceso a los recursos sanitarios en igualdad de oportunidades, *“integrando la dimensión de género en los Procesos Asistenciales Integrados.”*¹

A través del planteo de alternativas de trabajo y búsqueda de nuevas explicaciones a los procesos de salud y de enfermedad de nuestros pacientes, poder detectar cuál es su percepción del concepto de salud, el valor que le asignan a la misma, sus creencias en torno a ella, entre otros.

- La consideración del paciente como *“persona”*¹, es decir como “sujeto activo de su proceso de atención y recuperación, con necesidades específicas e individuales, con derechos y deberes legalmente establecidos.”¹

- *“La personalización de la asistencia.”*¹

Poder *“personalizar el servicio”*¹ consiste en *“integrar en el abordaje del paciente las características y situaciones de cada persona en su entorno vital, no sólo con la atención de su proceso patológico o condición clínica específica, sino también mediante la inclusión de aspectos relacionados con su mundo de valores, rol social asignado, las condiciones de vida, sus redes sociales, determinantes esenciales de la salud de las personas, es en este contexto, cuando hablamos de HUMANIZACIÓN de la atención sanitaria”*.¹

¹: Álvarez Benito, M.et al,Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. Consejería de Salud.2ª ed.; 2009.

Este aspecto en la evaluación pre trasplante para que el paciente pueda acceder a ser inscripto en la lista de espera renal es crucial, ya que en su atención introducimos el conjunto de valores del individuo, pudiendo realizar un enfoque integral de sus necesidades, y así adecuar nuestra atención para lograr mejores resultados, y buscar estrategias de resolución de problemas de su puesta en práctica, considerando la realidad y contexto de cada paciente.

- *“La continuidad asistencial”*¹

Se trata de una herramienta clave y determinante *“que inspira organización, funcionalidad y formas de trabajo”*¹, indispensable para que la entrega de los servicios *“sea única, coordinada y de calidad”*.¹ Consiste de una visión sostenida y compartida del trabajo asistencial que realizan diferentes actores en distintos lugares y tiempos, su potenciación y garantía mediante *“la mejora continua de la estrategia de Gestión por Procesos Asistenciales Integrados”*¹.

- *“Las competencias específicas.”*

“La Gestión por Competencias,” se establece como *“elemento integrador de las estrategias de gestión de personas y las estrategias para la generación, incorporación e intercambio del conocimiento.”*¹ Éstas, se deben ajustar *“a las competencias técnicas o funcionales que los profesionales tienen que garantizar al paciente en el desarrollo de su proceso asistencial”*¹, por ello resulta de suma importancia la capacitación adecuada de cada uno de los actores intervinientes en el proyecto, para garantizar que cada uno sepa con claridad cuál es su rol dentro del proyecto – trabajo diario, qué competencias le caben y qué es lo que se espera de cada uno, para así mejorar los resultados finales.

- La *“evaluación y mejora continua”*¹.

Estos elementos resultan irreemplazables para el avance y progreso del proyecto, monitoreo continuo para medir los resultados del equipo pre trasplante, detectar errores, desarrollar nuevas estrategias para la acreditación de competencias profesionales, entre otros, promoviendo la evaluación y retroalimentación a los profesionales de los resultados.

- La organización de los Servicios

Consiste en otro pilar fundamental, ya que al concretar una planificación de cada paso del proceso de atención del paciente antes de su puesta en práctica, desde el primer contacto del paciente con el equipo de pre trasplante hasta la efectivización de su inscripción en la lista de espera, con actores intervinientes definidos, con competencias y roles pre establecidos, objetivos y metas claras a alcanzar, con un cronograma de acción, resultan un cambio radical de nuestra metodología de trabajo, en pos de desarrollar un verdadera Gestión de Pacientes.

Todo esto sin perder de vista, los *“puntos críticos de buena práctica”*², al considerar e integrar elementos y dimensiones de calidad de atención del proceso de evaluación pre trasplante.

¹: Álvarez Benito, M. et al, Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. Consejería de Salud. 2ª ed.; 2009.

²: Pérez Valdivia, M.A. et al. Proceso asistencial integrado. Tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal crónica avanzada: diálisis y trasplante renal. Edición de 2015.

4. Problema

4.1. Definición del problema

Elevado tiempo medio en el acceso a inscripción en lista de espera renal en pacientes con financiación pública, de la región centro norte de la Provincia de Santa Fe, en el primer semestre del 2018.

4.2. Identificación de indicadores y línea de base

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en lista de espera (LE) renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2018

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en el primer semestre del 2018 de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe

Cantidad total de pacientes con indicación de trasplante renal, con financiación pública de la región centro norte de Santa Fe, inscriptos en el primer semestre del 2018

Línea de base: **355 días**. Teniendo en cuenta un total de 15 pacientes inscriptos en ese período. (Ver Anexo Tabla 1)

Fuente de datos: Central de Reportes y Estadísticas del INCUCAI (CRESI): Reportes de inscripción en lista de espera

Estándar o valor esperado: decidimos tomar la media provincial de espera para ingreso a Lista renal: 295 días, la cual si bien es bastante alta, es la de referencia más cercana a nuestra actividad, no obstante el tiempo medio de demora ideal a alcanzar es de 90 días, como mejor indicador de calidad.

Indicador 2: Diferencia porcentual en el tiempo medio de inscripción en LE renal en pacientes región centro-norte con financiador público y la media provincial para el primer semestre año 2018

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1° semestre 2018 en pacientes de región centro-norte Santa fe con financiador público) – (Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2018 en la Provincia de Santa Fe) x 100

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2018 Provincial Santa Fe)

Línea de base: **20,3%**

En números: 355 días -295 días

$$\frac{\text{-----}}{295 \text{ días}} \times 100 = \mathbf{20.3\%}$$

Es decir, los pacientes de la región centro-norte de Santa Fe que cuenta con financiador público tienen un tiempo de demora para el ingreso a LE renal un 20,3% mayor al tiempo medio provincial.

Fuente de datos: Base de datos del SINTRA/CRESI (Ver Anexo Tablas 1 y 2)

La muestra poblacional a analizar, consiste en la población que reside en el sector centro norte provincial, porque siguiendo la organización sanitaria de la provincia de Santa Fe, se dispone concentrar a la población según domicilio de residencia en 2 hospitales públicos para el trasplante

renal adulto: Hospital Centenario en la ciudad de Rosario a la población residente en el sector sur provincial, y en Hospital José María Cullen en la ciudad de Santa Fe a la población que nos ocupa, residente en el sector centro- norte provincial (Nodo Rafaela, Santa Fe y Reconquista), definida en el SINTRA como aquella dependiente del equipo de trasplante del Hospital J. M. Cullen. Ver Tabla N°4 – Descripción poblacional según Regiones de la Provincia de Santa Fe.

Teniendo en cuenta los datos del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia, acordes al último censo poblacional, si consideramos como **población de referencia** a las correspondientes a los nodos Santa Fe, Rafaela y Reconquista, contamos con aproximadamente 1.308.617 de personas.

Dentro de este grupo de referencia, nuestra **población afectada** corresponde a los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de remplazo renal – diálisis crónica-, con financiación pública, entiéndase financiación por Incluir Salud, CUDAI0 y Ministerio de Salud. Como valor de dicho grupo de referencia más cercano, contamos con la cantidad total de pacientes en diálisis crónica en el año 2017 a nivel provincial: 1939 pacientes.

Por otro lado, la **población objetivo** consiste en los 15 pacientes que durante el periodo de tiempo seleccionado, en nuestro caso el primer semestre del 2018, entiéndase desde el 01 de enero al 30 de Junio del 2018, lograron inscribirse en la Lista de Espera Renal. (ver Tabla N°3).

5. Objetivos

5.1. General

Disminuir el tiempo medio en el acceso a inscripción a lista de espera renal en pacientes con financiación pública, de la región centro norte de la Provincia de Santa Fe.

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia norte de Santa Fe:

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia norte de Santa Fe

Cantidad total de pacientes inscriptos en la LE renal, con financiación pública de la región centro norte de Santa Fe

Meta: Reducir el tiempo medio de espera en un 75% en el término de un año, es decir a menos de 90 días, según parámetro propuesto por INCUCAI.

De esta manera, conseguiríamos bajar el tiempo medio de espera de la región centro norte de forma considerable, lo que contribuiría a reducir también la media provincial

5.2. Específicos

1. Actualizar el protocolo / manual de gestión de pacientes para la evaluación pre trasplante renal.
2. Capacitar al equipo de pre trasplante para la aplicación del protocolo/manual y monitorear el nivel de cumplimiento del mismo.
3. Optimizar proceso de fiscalización de todo el estudio pre trasplante por parte del CUDAI.
4. Contribuir a la atención integral e integrada acoplando un equipo interdisciplinario de Clínica ampliada para la evaluación y acompañamiento del paciente durante este proceso.
5. Mejorar la gestión de pacientes centralizando todos los estudios en un centro – CEMAFE, procurando que se realicen la mayor cantidad de estudios en el mismo día, para mejorar la adherencia.
6. Detectar mediante procesos de fiscalización y auditoría interna si el objetivo general se logró alcanzar, evaluando el mismo período de tiempo en los 5 años subsiguientes.

1. Actualizar el protocolo / manual de gestión de pacientes para la evaluación pre- trasplante

Consideramos necesario trabajar coordinadamente entre el hospital Cullen y el CEMAFE, en el marco de una estrategia de atención primaria de la salud con la red de salud/Desarrollo Social territorial-para:

*Acompañar a la persona en situación de trasplante, desde la atención individualizada/familiar: Percibiendo la huella de la cuestión social y de la desigualdad en la evolución del padecimiento o enfermedad del usuario/paciente, como así también, sus posibilidades reales de mejorar su calidad de vida; asimismo, el aporte de la configuración socio-subjetiva y emocional del usuario/paciente a su proceso de salud.

*Garantizar el acceso a la inscripción en lista de espera.

*Procurar el primer contacto del paciente con el equipo de pre trasplante se realice a los 90 días de indicado el trasplante y que el período de tiempo de estudios/evaluación pre trasplante no supere los 90 días.

-
- *Reforzar la referencia y contrareferencia de pacientes para la adherencia al tratamiento.
 - *Concentrar la mayor cantidad de estudios posibles en un solo día.
 - *Procurar disminuir la cantidad de veces que un paciente concurre al CEMAFE a realizar estudios pre trasplante.
 - *Conocer la situación y las dificultades por las que atraviesan los pacientes en relación con la indicación de pre trasplante.
 - *Fortalecer la relación con los Centros de Diálisis, mejorar la comunicación y realizar encuentros con los Trabajadores Sociales/Psicólogos y referentes de estos centros.
 - *Encontrar en los hospitales de origen y centros de salud, referentes estables para la referenciación y contrareferenciación, o apoyar la labor que ya vienen desempeñando algunos de ellos.
 - *Realizar la mayor cantidad de estudios posibles en el hospital de origen de la persona en situación de trasplante.
 - *Construcción de un trabajo en red interinstitucional.

2. Capacitar al equipo de pre trasplante para la aplicación del protocolo/manual y monitorear el nivel de cumplimiento del mismo

Desarrollar talleres de sensibilización y capacitación con los profesionales del CEMAFE, centros de diálisis y Hospitales de la RED del sector centro norte de la provincia, para concientizar sobre la importancia en reducir los tiempos de demora en el proceso de inscripción de estos pacientes a la lista de espera, como medio de acceso al trasplante, enfatizando el rol protagonista que cada uno tiene en las diferentes etapas del proceso.

Procuramos que tomen su rol con responsabilidad y compromiso, ya que no se trata de un grupo de acciones individuales o aisladas, sino que el aporte de cada uno se interrelaciona y ante la falla de uno se generan dificultades al siguiente, trabando en muchos casos el proceso en su totalidad.

3. Optimizar el proceso de fiscalización realizado por el CUDAI0

Asegurar que cuando se confirma un ingreso (DRI) o reingreso (DRIR) de un paciente en el Registro Nacional de IRCT, el centro de diálisis deberá aclarar la situación del paciente en lista de espera en el caso que no esté determinada, dentro de los primeros noventa (90) días corridos de tratamiento.

Verificar cuando se inicia el proceso de inscripción en lista de espera que el Director Médico del centro de diálisis indique la evaluación pre-trasplante mediante el formulario 20-LE (indicación de evaluación pre-trasplante). La constancia de dicho formulario da inicio al proceso de inscripción en lista de espera. Si el centro de diálisis no gestiona on line, se le deberá dar disponibilidad en papel el formulario 20-LE. La situación en lista de espera se crea con el primer ingreso a diálisis (DRI) y es independiente de los tratamientos de diálisis futuros del paciente. El período de noventa (90) días corridos se contabiliza desde la fecha de primera diálisis del último tratamiento confirmado. Anualmente se deberá confirmar la situación en lista de espera renal para la situación en la que el paciente no quiere trasplantarse.

El sistema creará automáticamente un registro pendiente de situación en lista de espera e inactivará el anterior. Cada seis meses el CUDAI0, deberá revisar la situación en lista de espera, y solicitar nuevamente la constancia de formulario C26 si lo considera necesario. El sistema creará automáticamente un mensaje de aviso para el CUDAI0. El centro de diálisis podrá sugerir, también, un trasplante en las listas de espera combinadas donde uno de los órganos sea el riñón.

A través del trabajo en conjunto del área científico técnica del CUDAI0 y un nuevo agente de gestión que se designará para resolver las problemáticas que surjan del trabajo día a día en RED, es que buscamos llenar el gap existente para la correcta fiscalización del proceso de inscripción que existe desde la indicación del trasplante hasta la efectivización de la inscripción. Buscamos promover un

espacio grupal de discusión y de reflexión sobre los lineamientos de trabajo, procurando una permanente auto evaluación y el fortalecimiento del trabajo en equipo.

El CUDAIIO no deberá incurrir en actos que provoquen demoras injustificadas en el ingreso del paciente a la lista de espera y sólo podrá interrumpir el proceso de inscripción por causas debidamente acreditadas. Desde el momento en que el CUDAIIO verifica la indicación de evaluación pre-trasplante, cada paciente podrá consultar la evolución del proceso de su inscripción en lista de espera a través de una cuenta destinada a ese fin que el sistema le asignará, en la base de datos nacional SINTRA.

4. Contribuir a la atención integral e integrada acoplando un equipo interdisciplinario de Clínica ampliada para la evaluación y acompañamiento del paciente durante este proceso

Existe una tendencia en los equipos de trasplante a trabajar “en soledad institucional”. En las instancias o momentos que transita una persona que requiere de un trasplante, (tanto en el sector público de nuestra provincia como en el sector privado), se realizan intervenciones o abordajes solo dentro del consultorio médico, con encuentros casuales entre algunas disciplinas o yuxtaposiciones de estas, representando esta situación una fragmentación y es menos aún integral.

Observamos que la modalidad de interconsultas, para los estudios y atención con los distintos especialistas previstos para un sujeto/paciente, por ejemplo para su evaluación para recibir un trasplante, no percibe al sujeto en su integridad. Lo esperable sería pasar de “la interconsulta a la integración de acciones de salud en los servicios, con el objetivo de revertir la des-objetivización de las prácticas tradicionales. Este proceso puede venir de la mano de la modificación posible de la institución hospitalaria desde una agrupación de servicios por órgano o patología a una red de prestaciones por cuidados progresivos que tenga como figura central al sujeto de la atención”⁵ (Stolkiner 2005).

*Es por esto que apoyamos la perspectiva de trabajo desde la Clínica Ampliada, ya que “ ... presenta herramientas para su efectivización, la territorialidad, la interdisciplina, la articulación interinstitucional y el trabajo en red, los cuales orientan el accionar como modos alternativos posibles de abordar problemáticas en salud complejas. Pretende no sólo tener en cuenta el problema que sufre determinado sujeto, sino también incluir a ese sujeto concreto, social y subjetivamente constituido, en su contexto, como objeto de estudio y de las prácticas de la clínica. Desde esta perspectiva, sostenemos que es primordial la constitución de equipos interdisciplinarios capaces de interpretar e intervenir en un diálogo de saberes desde las dimensiones sociales, biológicas y psicológicas que superen el modelo hegemónico caracterizado por fragmentar al sujeto y su contexto...”*⁵

Consideramos fundamental la elección de los integrantes del nuevo equipo, la cual debe estar determinada por los saberes disciplinares, capacidades de gestión y de generar cambios, debiendo garantizar dentro de esta multidisciplinariedad la resolución de situaciones complejas, además de velar y brindar acceso a cada rol del equipo pre trasplante en el contexto de la RED de salud. Dicha unidad articulará con los miembros del equipo de trasplante del Hospital Cullen, coordinadores de las diferentes áreas de consultorios y diagnóstico por imagen del CEMAFE, consejo asesor de pacientes en situación de trasplante, miembros administrativos y equipo de trabajo social y psicología del CUDAIIO, referentes de la RED de salud, así como también con la Subsecretaria de Emergencias y Traslados (SET), SIES, entre otros, los cuales serán su principal apoyo para la toma de decisiones en RED, tratando de lograr acuerdos institucionales y en la RED que sean una forma de contrato de trabajo (acuerdo de gestión) participativo y más eficiente a la hora de ponerse en marcha y cumplir cada uno de estos actores su rol establecido.

⁵- Stolkiner Alicia. Interdisciplina y Salud mental. IX Jornadas Nacionales de salud mental. Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones, Argentina. 2005

Procuramos garantizar la coordinación y la correcta ejecución de los procesos asistenciales mediante acuerdos de gestión internos, por los cuales el equipo es responsable hacia la Red de Salud en función

de la complejidad de los pacientes que maneja en situación de trasplante (Rol o Perfil Hospitalario en Red), y favorecer el trabajo clínico institucional, respetando el capital de los saberes disciplinares de sus actores, respaldando las decisiones tomadas de los equipos de salud en el contexto de una estrategia de atención. Se busca que el equipo facilite el acuerdo ante aquellas situaciones en la que producto del “no acuerdo” ponga en riesgo la continuidad asistencial del paciente, optimizando la gestión de estudios y traslados.

Para lograr estos objetivos, entendemos que se deben cumplir de manera integrada las siguientes funciones:

- *Funciones de gestión hacia la Red de Salud.
- * Funciones de gestión hacia el interior del CEMAFE.

5. Mejorar la gestión de pacientes centralizando todos los estudios en un centro: CEMAFE, procurando que se realicen la mayor cantidad de estudios en el mismo día, para mejorar la adherencia

Consideramos conveniente, analizar la ubicación geográfica de todos los pacientes que deben ser evaluados antes de ingresar a lista de espera, para facilitar la accesibilidad a través de la organización de turnos en el menor tiempo posible, coordinando con equipos de referencias locales, con la subsecretaría de Emergencias y Traslados y el SIES 107, teniendo como objetivo asegurar en tiempo y forma, la llegada de pacientes que residen en distintos puntos de la región centro-norte de la provincia y su permanencia en el CEMAFE durante todo un día, para realizar la totalidad de los estudios necesarios, y así optimizar recursos y disminuir los tiempos.

El Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias (CEMAFE) atiende a toda la región Centro-Norte de la provincia, dando respuesta inicialmente a 22 mil consultas más 22 mil prácticas mensuales. Es el segundo gran centro de consultas ambulatorias en la provincia junto al CEMAR en Rosario y forma parte de la estrategia sanitaria en red que viene trabajando el Ministerio de Salud y Medio Ambiente, a los fines de garantizar no sólo la cobertura sino también el acceso a la salud pública a lo largo y ancho de la provincia.

Cuenta con: 3 Quirófanos de cirugía ambulatoria, 2 salas de endoscopia, 16 camas de internación transitoria incluídas pre y pos operatorio, 1 tomógrafo, 4 ecógrafos, 2 mamógrafos, 2 equipos de rayos convencionales, 1 Ortopantomógrafo para estudios odontológicos, Laboratorio de última generación con sistema de encadenado único en el país, 8 puestos oncológicos para quimioterapia, 42 consultorios ambulatorios, Farmacia, Gimnasio de rehabilitación, 4 puestos de kinesiología, 1 Auditorio, 1 sala de lectura, entre otros, y una vía de circulación interna para la circulación de ambulancias y minibuses técnicos para facilitar el desarrollo de la correcta circulación de derivaciones.

El CEMAFE es un centro de segundo nivel de complejidad, estando en conexión con los efectores públicos del primer nivel. Los pacientes ingresan siempre derivados desde éstos; así, en el CEMAFE se podrá resolver lo que no se puede resolver en el primer nivel, nucleando toda la actividad ambulatoria de la zona de segundo nivel complejo.

6. Detectar mediante fiscalización y auditoria interna si se logró alcanzar el objetivo general. Mecanismo de monitoreo y evaluación

Como plan de seguimiento para asegurar que se cumplan las actividades propuestas para cada objetivo específico en los tiempos establecidos en el cronograma de actividades proponemos:

-
1. Crear un equipo de monitoreo continuo integrado por un miembro de la División Científico técnica del CUDAIIO y un miembro encargado de la gestión de pacientes para realizar auditorías mensuales del proyecto.
 2. Presentar informes bimestrales al Director del CUDAIIO, para que esta manera esté al tanto de los progresos y trabas en la puesta en marcha del proyecto.
 3. Detectar rápidamente qué procesos fallan en la puesta en marcha, para analizar sus causas, buscar potenciales soluciones y realizar talleres de sensibilización y de mejora rápidamente al personal que no esté cumpliendo con las expectativas propuestas.

En lo que respecta a la evaluación de la realización del proyecto a los 6 meses de iniciada su implementación, en primer lugar, debemos recalcar nuestro principal indicador del problema:

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2020:

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en el primer semestre del 2020 de
pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia
de Santa Fe

Cantidad total de pacientes con indicación de trasplante renal, con financiación pública de la región
centro norte de Santa Fe, inscriptos en el primer semestre del 2020

Y comparar con nuestro valor de base: 355 días (al mismo período del 2018), para ver si logramos reducir el tiempo medio de espera para la inscripción en un 75% con respecto al basal, es decir a menos de 90 días en estos seis meses de ejecución del plan de trabajo, y también si aumentó el número total de pacientes inscriptos efectivos en ese período (Basal de referencia: 15 pacientes en período 2018).

En función de si logramos o no alcanzar esta meta, realizaremos un análisis profundo de cada objetivo, teniendo una visión integral del proceso, repasando el rol y ejecución de tareas asignadas para cada uno de los actores, contexto de la puesta en marcha del proyecto, respuesta y reacción de la organización el CEMAFE a nuestra incorporación a la institución, si se logró trabajar en RED optimizando los procesos de referencia y contrarreferencia, y ante todo, si se logró desarrollar la gestión de pacientes en situación de trasplante.

Sin perder de vista, que nos parece crucial también, el feedback de la población afectada por esta problemática, que es la razón por la cual nos proponemos llevar adelante este proceso para mejorar y asegurar la accesibilidad al trasplante, con una firme convicción de poder impulsar el trasplante público.

6.1. Descripción del problema y sus consecuencias

El problema que estamos planteando surge desde el trabajo diario del equipo jurisdiccional del CUDAIIO, fundamentalmente desde el área de la dirección general provincial junto al área de trabajo social.

La gobernabilidad que tenemos para poder modificar este problema, deviene de nuestra misión, ya que somos un organismo dependiente del Ministerio de Salud de la provincia que trabaja -en articulación y bajo los lineamientos del INCUCAI- en la práctica y la regulación de la Ley Nacional de donación y trasplante en la provincia de Santa Fe.

Desde esta institución llevamos adelante la promoción de la donación de órganos, tejidos y células para trasplante; realizamos la coordinación de acciones relacionadas a esta temática, (desde la procuración hasta la fiscalización de la actividad, tanto de las instituciones públicas como privadas); garantizamos la accesibilidad de todo paciente a las listas de espera, tomamos medidas para aumentar la disponibilidad de órganos , tejidos y células para trasplante y aseguramos el acceso igualitario al trasplante a todo paciente que lo requiera. También participamos en el diagnóstico precoz y control de las enfermedades crónicas no transmisibles que pueden evolucionar hacia la enfermedad renal crónica.

Nuestro objetivo es minimizar el tiempo de espera de los pacientes en lista, de forma tal que puedan ser trasplantados en óptimas condiciones, mejorando su calidad de vida. Toda esta labor se realiza bajo un marco de igualdad, ya que todo ciudadano tiene el mismo derecho a acceder a un trasplante más allá de su cobertura médica, sin que se limite a ello y de absoluta transparencia, a través de estrictos controles de gestión.

Desde CUDAIIO, a su vez, asumimos con compromiso el gran desafío de incorporar e instalar la temática de la donación y el trasplante en la rutina cotidiana de los efectores de la salud y la sociedad en su conjunto, para responder a esta necesidad médica y ofrecer garantías de calidad, asegurando que cada una de las personas que necesita un trasplante tenga un acceso universal, gratuito e igualitario al mismo.

Nos focalizamos en este trabajo en analizar el prolongado tiempo medio para inscribirse en la lista de trasplante renal, como primer paso al acceso al trasplante, buscando no sólo poder acortar los tiempos de espera de los procesos de evaluación sino también de los de fiscalización del sector público de la población, entendiéndose por pacientes con cobertura pública de salud aquellos que los cubre Ministerio de Salud e Incluir Salud.

Con respecto a la población con la queremos trabajar, hemos seleccionado a los habitantes del sector centro norte de la provincia de Santa Fe, quienes son nuestra población de referencia.

Cada Región provincial en perspectiva de gestión sanitaria posee una ciudad Nodo que funciona como centro de información, articulación, y distribución de recursos y capacidades. Así se conformaron las regiones:

- Región 1 - Reconquista;
- Región 2 - Rafaela;
- Región 3 - Santa Fe;
- Región 4 - Rosario;
- Región 5 - Venado Tuerto.

(Ver Figura N°3)

A su vez, nos focalizamos en la población que reside en el sector centro norte provincial, porque siguiendo la organización sanitaria de la provincia de Santa Fe, a la cual se asigna al Hospital José María Cullen en la ciudad de Santa Fe, correspondiendo a residentes de los Nodos Rafaela, Santa Fe y Reconquista. Ver Tabla N°4 – Descripción poblacional según Regiones de la Provincia de Santa Fe.

Teniendo en cuenta los datos del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la provincia, acordes al último censo poblacional, si consideramos como **población de referencia** a las correspondientes a los nodos Santa Fe, Rafaela y Reconquista, contamos con aproximadamente 1.308.617 de personas.

Dentro de este grupo de referencia, nuestra **población afectada** corresponde a los pacientes con insuficiencia renal crónica en terapia de remplazo renal – diálisis crónica-, con financiación pública, entiéndase financiación por Incluir Salud, CUDAIIO y Ministerio de Salud. Como valor de dicho grupo de referencia más cercano, contamos con la cantidad total de pacientes en diálisis crónica en el año 2017 a nivel provincial: 1939 pacientes.

Por otro lado, la **población objetivo** consiste en los 15 pacientes que durante el periodo de tiempo seleccionado, en nuestro caso el primer semestre del 2018, entiéndase desde el 01 de enero al 30 de Junio del 2018, lograron inscribirse en la Lista de Espera Renal. (ver Tabla N°3).

A la luz de estos hechos, podemos definir, que se trata de un problema que se basa, esencialmente, en dos valores presentes en los resultados de nuestra organización: la calidad de la atención y en la equidad en el acceso al trasplante, ya que al tener una media de espera de inscripción en lista de 355 días, con grandes diferencias entre los pacientes del sector centro norte de la provincia, que van desde una máxima de espera de 826 días, a un mínimo de 133 días, nos parece crucial estudiar y analizar todas las aristas de este problema, para una vez detectadas las causas, poder actuar sobre ellas para mejorar nuestra calidad de atención, focalizándonos en mejorar sobre todo la calidad de gestión de pacientes y poder asegurar equidad en el acceso sin importar las distancias entre el lugar de residencia y los centros de evaluación, diálisis y trasplante.

La gran demora del proceso, la pérdida de los turnos de consultas, la falta de compromiso en el seguimiento de nuestros profesionales por la celeridad de los tiempos de inscripción, llevan a incrementar la angustia que padecen estos pacientes, que están dependientes de tratamiento dialítico, que alteran su ritmo de vida, capacidad de desarrollarse, con limitantes en su actividad diaria.

Nos parece oportuno ocuparnos de la problemática de necesidad de salud, entendiéndose ésta como la capacidad de la población de beneficiarse con prestaciones que existen y son objeto de nuestra misión; y el derecho a la salud, entendiéndose como el derecho a acceder a prestaciones que existen y son capaces de beneficiar al paciente. Procuramos que se garantice la universalización de la cobertura del acceso al trasplante, jerarquizando a la población sin cobertura formal de salud, desarrollando la actividad con una visión regional del proceso de donación-trasplante.

En la Argentina, según un informe presentado por INCUCAI basados en reportes del SINTRA tomado un período de 10 años, desde enero de 2005 a diciembre de 2015, el número de personas bajo tratamiento sustitutivo renal alcanza a nivel nacional 40.899 pacientes, 69,8% con modalidad dialítica y 30,2% trasplantados. Solo un 21% de los pacientes en diálisis se encuentran inscriptos en Lista de Espera y menos del 20% de los pacientes que esperaban un trasplante renal, pudieron obtenerlo en dicho período. Se conoce que el trasplante constituye la terapia más costo/efectiva, con mayor sobrevida y menores costos comparativos y que los países que tienen un índice de desarrollo humano medio o bajo poseen una tasa baja en trasplantes renales y una gran dispersión, incluso entre las naciones más ricas. Los factores sociales, económicos y culturales se vinculan directamente con la actividad de índice de trasplante alcanzado.

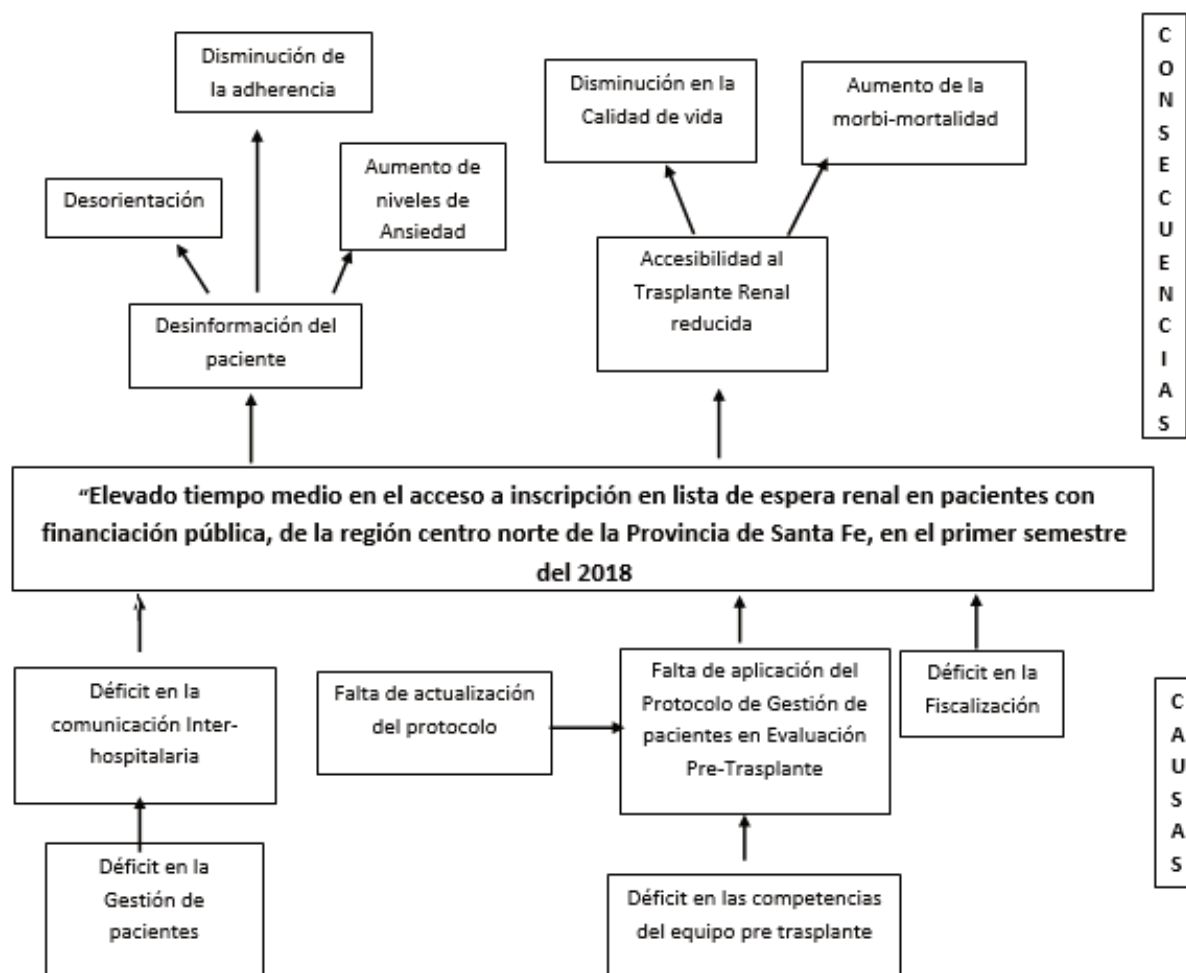
Tomando el mismo período y población, la probabilidad de supervivencia de la población bajo tratamiento dialítico a corto (1 año), mediano (5 años) y largo plazo (10 años) es 80%, 40% y 18% respectivamente. Cuando seleccionamos el subgrupo de la misma que está inscripto en lista de espera es de 92%, 70% y 44% para los mismos plazos y el grupo poblacional.

La complejidad de la inscripción en la lista, por los múltiples actores intervinientes: indicación médica, autorización del financiador, estudios pre-trasplante, laboratorios, etc. hace lento el acceso al sistema, entre pacientes de esta región de la provincia, generando inequidades. A su vez, la oferta pública de trasplante es escasa y con frecuencia el proceso de inscripción exige desplazamientos importantes de pacientes y grupo familiar. Existen en el país asimetrías para el acceso a los tratamientos complejos en general, generando mayor vulnerabilidad en la población con cobertura pública exclusiva, lo que a su vez genera inequidad en el acceso a la indicación de trasplante.

También se observa esa asimetría en la oferta de servicios de los distintos sistemas públicos provinciales que dificulta la realización de estudios para la evaluación pre-trasplante, el trasplante y seguimiento pos-trasplante. En muchos casos, las limitaciones en la gestión de pacientes en proceso de inscripción generan un lento acceso a la lista de espera. Como resultado, el paciente debe enfrentarlo solo, quedando muchas veces inconclusa la inscripción. En el caso de los pacientes con enfermedad renal, por ejemplo, la accesibilidad se expresa en el acceso al tratamiento sustitutivo. El ingreso a hemodiálisis es tardío o inadecuado, el desarrollo de la diálisis peritoneal es muy escaso y la indicación del trasplante no siempre se realiza en los tiempos estipulados por la ley. Es insuficiente la información de los pacientes y sus familias respecto a las distintas opciones de tratamientos sustitutivos y sobre los procesos de ingreso a lista de espera. Existen además debilidades en el sistema de fiscalización de la lista de espera que no contribuyen a reducir la demora en la inscripción.

Los pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) presentan una mortalidad significativamente mayor que la población general y que los enfermos con un injerto renal funcionante, y este efecto se acentúa en aquellos individuos mayores de 65 años. Centrándonos en los enfermos candidatos a trasplante, estudios longitudinales han demostrado que la mortalidad global de los pacientes en lista de espera o en proceso de inscripción en lista es significativamente superior a la de los enfermos trasplantados, independientemente del tipo de trasplante, si bien estas diferencias se observan más allá del tercer mes post-trasplante. Una situación similar se observa en los enfermos más longevos (> 65 años), con independencia del riesgo cardiovascular y del tipo de trasplante (estándar o con criterios expandidos). Esto se traduce en una tasa de mortalidad anual que oscila entre 5-10 %, pero que se dispara enormemente en la población más añosa. De hecho, el riesgo de muerte en esta población más longeva se va incrementado significativamente a medida que aumenta su tiempo de permanencia en tratamiento sustitutivo de la función renal. Concretamente, la cardiopatía isquémica, la disfunción ventricular y el accidente cerebrovascular, seguido de la comorbilidad infecciosa, representan las causas más prevalentes de mortalidad en los enfermos en diálisis con respecto a los individuos sin ERC.

6.2. Análisis de causas



Se identifica como una causa importante los déficits registrados en el **proceso de evaluación pre-trasplante**:

La atención es fragmentada y entre otros factores, produce serias dificultades para resolver los problemas del equipo de pre trasplante y en la institución. Se puede decir que además el médico trabaja en soledad institucional, presentan dificultades en la comunicación y el trabajo en equipo.

También existen diferencias de criterios entre el equipo de pre trasplante del Hospital Iturraspe y el equipo de trasplante del Hospital Cullen, por ejemplo para acordar las entrevistas de primera vez para el paciente con indicación de Trasplante con donante vivo relacionado.

Existen, por otro lado, conflictos de relaciones interpersonales entre los profesionales del equipo de pre trasplante, así como déficits en la comunicación y relación entre éstos con los distintos centros de diálisis y hospitales de referencias, generándose déficit en las referencias y contrarreferencias de pacientes.

Se observa malestar en los pacientes y familiares en concurrir demasiadas veces al hospital para terminar las evaluaciones, ya que se les sacan los turnos de diferentes estudios en diferentes días, y en ocasiones éstos turnos se suspenden. Lo que evidencia esto, da cuenta de una falta de estrategias ante cambios dinámicos de las organizaciones.

En términos subjetivos o de emoción, ese malestar se puede describir en la ansiedad. No tener un equipo operativo que atienda al paciente, significa tiempos de espera más largos; esto es lo que aumenta los niveles de ansiedad, justamente debido a la ausencia de seguridad existencial y simbólica. O también podríamos hablar de inseguridad en términos de cobertura de salud. Un punto importante está dado en que el único referente que tiene el paciente que realiza diálisis es justamente el centro de diálisis y precisamente pertenecen al sector privado.

Otra cuestión subjetiva emocional del paciente está dada en la desorientación. El paciente que llega para ser atendido por el equipo de pre trasplante se siente perdido, desorientado. Ciertamente porque no tiene una referencia en ese proceso que inicia desde la indicación del trasplante. En pre trasplante no hay referentes para el paciente en su proceso. No hay referentes para aclarar dudas, realizar consultas; a modo de ejemplo no será lo mismo que un paciente tenga o que no tenga a alguien para llamar y decir que no le hicieron la cistouretrografía y no lo volvieron a llamar. Y, no será lo mismo, que un integrante pueda contener al paciente diciéndole “no nos hemos olvidado de usted”. Esto será significativo porque a partir de ahí, esa situación se convierte en seguimiento, principalmente del centro de salud territorial y de la familia. Estos dos actores son fundamentales para que cambie la emoción y convertirla en satisfacción.

El trabajador social y el psicólogo reducen la atención al informe de la evaluación y no realizan el seguimiento completo y sostenido en el tiempo de la situación problema.

No se realizan las referencias y contrareferencias a los hospitales de origen del paciente y CAPS. Los turnos que se otorgan surgen del listado de pacientes que brinda el SINTRA a través de los procesos abiertos de inscripción en lista de espera (de aquí se seleccionan los pacientes a turnar), desconociendo en qué realidad se encuentra el paciente para iniciar su proceso de evaluación. Otra cuestión importante en la referenciación de los pacientes: no se intenta que los pacientes realicen la mayor cantidad de estudios posibles en el hospital de origen de la persona citada. Evidentemente no se puede realizar por los problemas de falta de un trabajo en red entre el equipo de pre trasplante, los hospitales de origen, los centros de diálisis y otros organismos como municipios o comunas.

Para asignar turnos no se utiliza ningún criterio de selección estratégico. A modo de ejemplo, se podría citar a los pacientes por antigüedad en el listado de los que están en condiciones de iniciar la evaluación pre trasplante. El turno es otorgado vía email a los centros de diálisis para que “alguien” pueda transmitirle a los pacientes que tiene un turno para iniciar una evaluación y ver sus posibilidades de quedar inscripto a la espera para un trasplante (entendiendo que ya se le ha explicado en el centro de diálisis que tiene indicado un trasplante y que significa esto).

Al no contar con criterios eficientes de selección de pacientes para iniciar la evaluación, no se resuelven los problemas evitables de personas con mayor vulnerabilidad y situaciones más complejas, al no priorizarse esos turnos para definir la situación de esos pacientes y evaluar la posibilidad de inscribirse o no inscribirse a la lista de espera (estos pacientes pueden ser los que elevan los indicadores de tiempos de espera).

También podemos decir que el paciente no está participando de su propio proceso de atención. Es decir, no participa de las citas cuando se otorgan. Al otorgar casi arbitrariamente un turno y solo transmitirle al paciente la fecha y horario del mismo, es menos probable que asuma la responsabilidad que esta encierra. No se conoce antes de otorgar una cita si la persona podrá concurrir o no, sus medios de accesibilidad, transporte, es decir su situación personal y familiar. En síntesis, lo que está ocurriendo, es que no hay una comunicación con el paciente, el hospital de origen, el centro de diálisis (es solo un email), y el municipio para saber anticipadamente si el paciente concurrirá o tiene alguna dificultad.

No se ha logrado concentrar la mayor cantidad de estudios posibles en el día que es turnado el paciente y esto hace que aumente la cantidad de veces que concurre al hospital para las evaluaciones. Al momento de ser citado el paciente no se conoce la situación personal y las dificultades por las que atraviesa la persona que va a iniciar la evaluación.

Una vez que concurre al hospital el paciente es recibido por la médica nefróloga en el consultorio y comienza luego con el circuito en el hospital para realizarse los estudios e interconsultas del protocolo de evaluación. La enfermera del equipo lo acompaña u orienta sobre dónde dirigirse en su recorrido por los distintos servicios. Cuando por algún motivo el especialista de la interconsulta o quien realiza la práctica indicada no concurre ese día, el paciente regresa sin realizar lo programado. Generando un malestar en el paciente y familiar que en su gran parte concurren desde más de 300 km para llegar y se auto-organizaron familiarmente para acompañarlo.

Respecto al paciente que concurre por primera vez a pre trasplante, no ha realizado antes de comenzar con el circuito previsto para el paciente en su estadía, la entrevista con el trabajador social y la psicóloga. Esta entrevista permitiría ayudarlo a decidir si acepta o no el trasplante, puede referir que no está de acuerdo con realizarse el trasplante o quiere tomarse un tiempo para pensarlo. Es evidente que si surge una negación al trasplante o no se ha decidido aún, estos pacientes pueden estar siendo sometidos a innecesarios procedimientos médicos. También puede ser motivo de los abandonos de tratamientos o vacancias de turnos por inasistencias del paciente.

Se observa además una **falta de aplicación del Protocolo:**

Si tenemos en cuenta la dinámica que caracteriza al hospital, se puede decir que el circuito y el protocolo de evaluación está condicionado a las estrategias de resolución de problemas que se dé el equipo de pre trasplante. Este equipo no ha incorporado el protocolo-guía que el CUDAIIO elaboro cuando comenzó el funcionamiento en el Hospital Iturraspe. Esto hace que al momento de asumir responsabilidades y distribuir las mismas no se efectivicen o asuman; lo mismo ocurre con los roles y funciones.

La asignación de funciones para cada integrante no ha sido efectiva porque esto hace que lo que no está escrito en la guía para ese determinado profesional no se realice, (tengamos en cuenta que no funciona como equipo y existen problemas de comunicación y relaciones interpersonales). Se complejiza aún más si tenemos en cuenta la dinámica del hospital que no se enfrentan los obstáculos institucionales con acciones estratégicas (por ejemplo cuando falta un especialista al consultorio); se le suma que no se aceptan o asumen funciones y el cumplimiento de objetivos e indicadores básicos de gestión. Todo esto da cuenta del motivo de no aceptar formalizar en la institución un protocolo guía de trabajo con sus objetivos particulares y generales del equipo.

Claramente hay falta de un trabajo integral, de un trabajo en equipo y no se dedica tiempo a la organización, sumado a que no se trabaja en una perspectiva de referenciación y contrareferenciación de los pacientes.

Algunos ejemplos de problemas específicos detectados en relación a los actores involucrados en el proceso:

Equipo de pre trasplante: No se trabaja lo institucional en forma grupal. La enfermera, ante los problemas de organización y de falta de estrategias ante la dinámica hospitalaria, (mecanismo que le otorgue prioridad a estos pacientes), recibe las quejas de los distintos especialistas que atienden al paciente, convirtiéndose en “un favor” que le hacen para que no se vuelvan sin ser atendidos. Los

problemas de equipo, hacen también que la enfermera no desarrolle efectivamente las orientaciones y acompañamiento al paciente al momento de la entrega de órdenes y prescripciones.

CUDAIO: deficiencia en la fiscalización en los procesos abiertos de inscripción en lista de espera. También en las acciones o medidas dentro de su competencia para revertir o definir la situación de los pacientes.

Por otra parte, las entrevistas de Trabajo Social, para conocer al paciente, se programan en el mismo horario del circuito de estudios (recordemos que es un lapso aproximado de tiempo de tres horas solamente en el hospital). Las intervenciones se reducen a la entrevista de valoración y no existe seguimiento de la situación problema. No se incide en las cuestiones de equipo, de los organizacional institucional e inter institucional. Tampoco en la selección de los potenciales pacientes a citar. Actualmente no hay un acompañamiento socio cultural y simbólico durante el proceso que realiza el paciente (tanto para el abordaje de la dimensión material del problema del paciente como para la dimensión simbólica).

Hasta aquí, el hospital no colaboró para poder contar con un profesional de psicología. Por lo tanto, es más difícil detectar ciertos indicadores de riesgo como compromiso frente al trasplante, personalidad o grado de riesgo psicológico.

Autoridades del Hospital Iturraspe: No instituyeron al pre trasplante como una temática más del hospital. Falta de incidencia para resolver los problemas hacia dentro del equipo de pre trasplante.

6.3. Análisis de los actores involucrados

El actor principal que estaría interesado en una posible resolución de los problemas descriptos anteriormente seguramente son los mismos pacientes que esperan por la posibilidad de ser admitidos en una lista de espera para llegar al trasplante y mejorar su calidad de vida. No solo desde un punto de vista del padecimiento subjetivo, que se describe en el presente análisis de las causas del problema, sino fundamentalmente por el derecho específico de acceso al trasplante. A modo de ejemplo, cuando falta un trabajo en equipo, acordaremos con Pastorini cuando sostiene que "...cuando el padecimiento subjetivo no se trabaja interdisciplinariamente, no solo se fragmenta el abordaje, sino además se vulneran derechos..."³ .

No es nuestra pretensión atribuir cualidades a las instituciones y a los profesionales, pero, esta propuesta implica desde lo organizativo institucional romper lógicas institucionales que actualmente dificultan la accesibilidad y la calidad de atención que desde el año 2012 se presentan en el Hospital Iturraspe; esto requiere de una decisión institucional y de un trabajo extendido en el tiempo.

La puesta en marcha en la ciudad de Santa Fe del Centro de Atención Médica CEMAFE, como modelo organizacional se encontraría en sintonía con el protocolo propuesto para la atención del pre trasplante renal.

Autoridades del Hospital Iturraspe:

Ya no tendrían poder de injerencia en esta temática, ya que por dirección jurisdiccional se decidirá cerrar esta sección de pre trasplante en el Iturraspe.

³ Gabriela Pastorini. Gabriela Pastorini. Jornada sobre interdisciplina. Cátedra "Cuestión Social, Problemas Sociales e Intervención Profesional" del ciclo de Licenciatura de Trabajo Social. UNL. 8 de Mayo de 2015. Santa Fe. Argentina.

Se les presentará un informe completo con datos objetivos de los resultados que alcanzó su unidad, del problema actualmente detectado, y un desarrollo exhaustivo del análisis de todas las causas del problema.

Autoridades del Hospital Cullen

Deberán reforzar al Equipo de Trasplante Renal el concepto del trabajo en RED e interdisciplinario, recalcando que no sirve ni para la institución y ni para los pacientes el trabajo en soledad por parte de la unidad, algo que en estos momentos está arraigado en sus integrantes. Resulta crucial para mejorar los procesos de atención de estos pacientes una escucha activa, y optimizar los procesos de referencia y contrarreferencia.

Consideramos que estaría de acuerdo con las estrategias de mejoras que presentamos en el presente proyecto, y que brindarán su apoyo para su puesta en práctica, buscando el objetivo común de reducir los tiempos de inscripción.

Equipo de Pre Trasplante del Hospital Iturraspe:

Ya no tendrían poder de injerencia en esta temática, ya que por decisión del director jurisdiccional se procederá a cerrar esta sección de pre trasplante en el Iturraspe.

Esto se debe no sólo a los malos resultados de su gestión, sino fundamentalmente a la reticencia a la mejora, al cambio. Se realizaron en múltiples ocasiones reuniones con el fin de discutir los problemas del día a día, para encontrar soluciones y poder mejorar el trabajo con los pacientes, pero sin poder alcanzar acuerdos.

En muchos casos los intereses personales de los diferentes miembros primaban por sobre el eje del trabajo, que son los pacientes.

Se les presentará, como a las autoridades, un informe completo con datos objetivos de los resultados que alcanzó su unidad, del problema actualmente detectado, y un desarrollo exhaustivo del análisis de todas las causas del problema.

Es por todo esto que no creemos que el incorporarlos al nuevo equipo sume, sino que probablemente sus intereses nos jueguen en contra, y dificulten mucho el progreso del proyecto.

En resumen, a diferencia del CEMAFE, tanto el hospital Iturraspe como el Hospital Cullen presentan una organización y lógica de trabajo que puede generar contradicciones y resistencias institucionales al protocolo que proponemos. A modo de ejemplo, realizamos un ensayo para describir porque funcionan como una dificultad para poner en marcha nuestro protocolo guía:

Lo que ocurre es que cuando interviene el especialista tanto del equipo de pre trasplante como de la unidad de trasplante, "...lo hace de manera vertical, con acciones separadas unas de otras. Como una sumatoria de procedimientos realizados, con la suposición de que al cumplir cada uno con su parte estaría garantizada la calidad del todo..."⁴ ”.

"...La mayoría de los profesionales no trabajan encargándose en forma integral de los casos y en consecuencia, la responsabilidad sobre el proceso de salud-enfermedad es pobre y precaria. Especialistas médicos, enfermeros, asistentes sociales, gestores, casi todos son responsabilizados en

⁴ Wagner de Sousa Campos G. Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: Un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud.. 1998.

realizar algún tipo de procedimiento característicos solo de su núcleo profesional. La estructura organizacional de los servicios de salud no estimula el cambio de opinión entre pares y mucho menos entre las distintas profesiones. En resumen, la maquina organizacional en funcionamiento en los servicios de salud produce fragmentación y dificulta el trabajo multiprofesional, al impedir casi de manera absoluta, la construcción de relaciones interdisciplinarias entre los profesionales...^{3''} .

La reorganización que sugerimos a través del protocolo/guía, pretende, a modo de ejemplo y sin que se limite a ello, que los profesionales articulen entre sí, para la evaluación y seguimiento de los pacientes.

CUDAIO:

Con respecto a sus intereses en este proyecto, son claves y fundamentales, ya que se enmarcan dentro su misión de minimizar el tiempo de espera de los pacientes en lista, de forma tal que puedan ser trasplantados en óptimas condiciones, mejorando así su calidad de vida. Es una cuenta pendiente que debe resolver lo antes posible, ya que es el encargado de vigilar que estas demoras no sucedan y de garantizar la disminución de estos tiempos mediante la optimización de recursos.

Toda esta labor la debe realizar bajo un marco de igualdad, ya que todo ciudadano tiene el mismo derecho a acceder a un trasplante más allá de su cobertura médica y con absoluta transparencia, a través de estrictos controles de gestión. Se puede percibir claramente más allá de la noble intención, la búsqueda de una concepción más integral y de ampliación de derechos.

7. Análisis de situación y diagnóstico estratégico

<u>FORTALEZAS</u> • Prioridad del CUDAIIO en sus metas, de desarrollar el trasplante público de órganos. • Las políticas del CUDAIIO se encuentran en sintonía con las políticas públicas de salud de la provincia. • Compromiso manifiesto de la dirección del CUDAIIO con la mejora de los procesos de atención. • CUDAIIO cuenta con buenas relaciones con las autoridades de los Hospitales Cullen e Iturraspe. • Recursos / habilidades para convocar un equipo interdisciplinario para actualizar el protocolo.	<u>OPORTUNIDADES</u> • Contamos con la infraestructura del CEMAFE (Centro Médico Ambulatorio Santa Fe) para centralizar los estudios del pre-trasplante. • Posibilidad de acoplarnos al trabajo en RED de Salud Territorial que lleva adelante el Ministerio de Salud de la provincia. • Acompañamiento de las políticas públicas. • La temática de la donación y el trasplante tiene buena visibilidad y apoyo de la comunidad y los medios de comunicación. • Reconocimiento del problema por parte de las autoridades nacionales (INCUCAI).
<u>DEBILIDADES</u> • Falta de un buen presupuesto para afrontar los objetivos específicos. • Falta de un equipo comprometido, bien capacitado con este nuevo perfil de trabajo y bien pagado.	<u>AMENAZAS</u> • Falta de conocimiento del personal sanitario del CEMAFE de la lógica particular de los pacientes en proceso de evaluación pre- trasplante.

8. Actividades y cronograma

Objetivo específico 1: Actualizar el protocolo / manual de gestión de pacientes para la evaluación pre- trasplante			
N°	Actividad	Responsable	Meta
1	Búsqueda bibliográfica	CUDAIO: Equipo de clínica ampliada	Recopilar información para el nuevo protocolo
2	Reuniones de sensibilización y consenso con autoridades del Ministerio de Salud, Equipo de trasplante del Hospital Cullen y autoridades CEMAFE	CUDAIO : Jurisdiccional Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Directivos y responsables del proceso involucrados: 14 días
3	Talleres y reuniones de sensibilización y consenso con equipo de trasplante, el CEMAFE, los hospitales de referencia, Centros de Salud Territorial, Centros de diálisis y otras áreas como Desarrollo Social Provincial, Municipios y comunas.	CUDAIO: Jurisdiccional Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	3 reuniones (con actas de participantes y acuerdos logrados): 2 meses
4	Diseño de un primer borrador del protocolo de gestión de pacientes en el proceso de evaluación pre trasplante renal	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Existencia del borrador del protocolo: 2 meses
5	Circulación entre todos los actores que participaron de reuniones y talleres de sensibilización del nuevo protocolo, formalizar y suscribir los aportes en un acta que exprese los consensos alcanzados	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Acuse de recepción del borrador del manual y acta elaborada y firmada : 1 mes
6	Edición y circulación de la versión final del nuevo protocolo de gestión de pacientes para la evaluación pre-trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Existencia del manual: 1 mes
7	Validación el nuevo procedimiento a través de una prueba piloto	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Proceso validado: 1 mes
8	Implementación de la propuesta del manual de gestión de pacientes en evaluación pre trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Nuevo proceso implementado: 3 meses
9	Monitoreo continuo y evaluación de la puesta en marcha	CUDAIO: División científico técnica	Primer evaluación del proceso: 3 meses

10	Talleres para su análisis de ejecución y ajuste	CUDAIO Equipo de clínica ampliada Equipo de evaluación Pre trasplante CEMAFE División científico técnica	Talleres de mejora: 1 mes
11	Ajuste del documento en función de los resultados de evaluación de la prueba piloto	CUDAIO Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada Equipo de evaluación Pre trasplante CEMAFE	Manual definitivo: 4 meses
12	Puesta en marcha del nuevo protocolo de gestión de pacientes	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada Equipo de evaluación Pre trasplante CEMAFE	Proyecto en marcha: 3 meses

Objetivo específico 2: Capacitar al equipo de pre trasplante para la aplicación del protocolo/manual y monitorear el nivel de cumplimiento del mismo

N°	Actividad	Responsable	Meta
1	Búsqueda bibliográfica	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Bibliografía recopilada: 1 mes
2	Recopilación de antecedentes, entrevistas a actores clave.	CUDAIO: Responsable del proyecto	Antecedentes recopilados: 1 mes
3	Identificación y nominación de la población objetivo a capacitar	CUDAIO: Responsable del proyecto	Listado del personal a capacitar: 7 días
4	Definir las competencias que requiere el perfil del recurso humano a capacitar	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Listado de competencias a adquirir por el personal: 7 días
5	Definir el programa educativo: objetivos, contenidos, estrategias de enseñanza, mecanismos de evaluación, lugar de desarrollo, duración.	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Programa educativo elaborado: 1 mes
6	Presentación del protocolo de gestión, actores intervinientes, roles, competencias y responsabilidades de cada uno	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	2 presentaciones del protocolo (con actas de participación): 1 mes

7	Realización de talleres de capacitación y análisis del protocolo de gestión de pacientes en evaluación pre trasplante, según plan educativo armado	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	5 talleres de análisis del protocolo (con actas de participación): 3 meses
8	Evaluación de competencias adquiridas	CUDAIO: Responsable del proyecto	Informe de evaluación de competencias: 1 mes

Objetivo específico 3: Optimizar el proceso de fiscalización realizado por el CUDAIO

N°	Actividad	Responsable	Meta
1	Seleccionar personal para formar equipo de fiscalización en terreno y en base operativa	CUDAIO: Responsable del proyecto	Antecedentes recopilados y convocatoria de actores: 14 días
2	Realizar capacitación a personal seleccionado para la fiscalización	CUDAIO: División científico técnica	Realizar 2 talleres de capacitación: 1 mes
3	Realización de inspecciones internas y externas con el fin de evaluar la conformidad de la realización de los procesos.	CUDAIO: División científico técnica	Inspecciones mensuales para monitoreo continuo.
4	Realización de talleres de sensibilización y mejora de errores detectados en la puesta en marcha del proceso	CUDAIO: Responsable del proyecto	Realizar 3 talleres de mejora (cada 2 meses)
5	Iniciar procedimiento de monitoreo y fiscalización del proceso de evaluación pre trasplante	CUDAIO: Equipo designado para fiscalizar	Implementación del monitoreo: 6 meses
6	Evaluación de la puesta en marcha del proceso mejorado de fiscalización, según estándares de calidad	CUDAIO: División científico técnica	Informe de evaluación del proceso de fiscalización : 1 mes

Objetivo específico 4: Contribuir a la atención integral e integrada acoplando un equipo interdisciplinario de Clínica ampliada para la evaluación y acompañamiento del paciente durante este proceso

N°	Actividad	Responsable	Meta
1	Recopilar antecedentes de metodología de trabajo del equipo de clínica ampliada de la provincia y realización de entrevistas a dichos actores	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Antecedentes recopilados y entrevistas: 1 mes

2	Presentar a miembros de Clínica ampliada la propuesta del nuevo protocolo de gestión de pacientes en evaluación pre trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto	Presentación de propuesta: 2 reuniones, 10 días
3	Seleccionar qué recurso humano (actores) se incorporarán a este proyecto	CUDAIO: Responsable del proyecto	Listado del personal a incorporar: 7 días
4	Incorporación del equipo de clínica ampliada a la elaboración del nuevo protocolo de gestión de pacientes en evaluación pre trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto	Incorporación al protocolo: 1 mes
5	Desarrollo y participación de elaboración del nuevo protocolo de gestión e pacientes en evaluación pre trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Elaboración del protocolo: 3 meses
6	Puesta en marcha del nuevo protocolo, en el equipo de trabajo	CUDAIO: Responsable del proyecto Equipo de clínica ampliada	Realización de actividades asignadas: 6 meses
7	Monitoreo continuo y evaluación se su incorporación al equipo de evaluación pre trasplante	CUDAIO: División científico técnica	Informe de evaluación del desarrollo de la actividad: 1 mes

Objetivo específico 5: Mejorar la gestión de pacientes centralizando todos los estudios en un centro: CEMAFE, procurando que se realicen la mayor cantidad de estudios en el mismo día, para mejorar la adherencia

N°	Actividad	Responsable	Meta
1	Realizar relevamiento de qué estudios pre trasplantes se pueden realizar en CEMAFE. Infraestructura disponible	CUDAIO: Responsable del proyecto	Información de infraestructura recopilada: 15 días
2	Involucramiento de la dirección del CEMAFE y los responsables de cada área	CUDAIO: Responsable del proyecto Jurisdiccional Directivos del CEMAFE	Directivos y responsables del proceso involucrados: 14 días
3	Relevamiento y convocatoria de todos los actores involucrados en el procedimiento de atención del paciente y realización de estudios pre trasplante renal	CUDAIO: Responsable del proyecto Recursos humanos del CEMAFE	Información y antecedentes recopilados: 14 días
4	Realización de talleres de capacitación sobre la temática de trasplante, y sobre el protocolo de gestión de pacientes en evaluación pre trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto	3 talleres realizados (con actas de participación y acuerdo de roles y tareas logrados): 2 meses

5	Validación del proceso mediante puesta en marcha de prueba piloto de atención y realización centralizada de los estudios pre trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto Personal elegido del CEMAFE	Proceso validado: 1 mes
6	Evaluación de implementación de prueba piloto	CUDAIO: Responsable del proyecto Jefatura de los servicios intervinientes del CEMAFE	Informe validación prueba piloto con opciones de mejora: 1 mes
7	Puesta en marcha del proceso	CUDAIO: Responsable del proyecto Personal elegido del CEMAFE	Nuevo proceso implementado: 3 meses
8	Monitoreo continuo y evaluación de posibles correcciones del nuevo protocolo de realización de estudios pre trasplante	CUDAIO: Responsable del proyecto División científico técnica	Informe de la evaluación de la puesta en marcha: 1 mes

9. Evaluación y Fiscalización de la puesta en práctica del proyecto.

Auditoría interna de resultados.

A continuación, presentamos los tiempos de espera para inscripción en lista de trasplante renal para la región centro norte de la provincia de Santa Fe, con financiación pública a través de CUDAI, a igual período presentado en el proyecto (primer semestre de cada año definido desde el 01-enero hasta el 30- junio inclusive), desde su puesta en práctica en 2020 hasta el 2024, con los indicadores planteados.

En el año 2020, el tiempo de espera para inscripción en lista de trasplante renal fue de 270 días, alcanzando un 24 % de reducción de días de espera respecto al de referencia, con un total mucho menor de inscriptos, sólo 5 pacientes.

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2020

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en el primer semestre del 2020 de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe

Cantidad total de pacientes con indicación de trasplante renal, con financiación pública de la región centro norte de Santa Fe, inscriptos en el primer semestre del 2020

$$\text{Indicador 1} : \frac{270}{5} = 54$$

Línea de base: 23.6

Fuente de datos: Central de Reportes y Estadísticas del INCUCAI (CRESI): Reportes de inscripción en lista de espera. Anexo Tabla N° 5.

Estándar o valor esperado: decidimos tomar la media provincial de espera para ingreso a Lista renal: 295 días.

Indicador 2: Diferencia porcentual en el tiempo medio de inscripción en LE renal en pacientes región centro-norte con financiador público y la media provincial para el primer semestre año 2020

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1° semestre 2020 en pacientes de región centro-norte Santa fe con financiador público) – (Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2020 en la Provincia de Santa Fe) x 100

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2020 Provincial Santa Fe)

Línea de base: 20,3%

$$\frac{\text{En números: } 270 \text{ días} - 295 \text{ días}}{295 \text{ días}} \times 100 = -9,25\%$$

Es decir, los pacientes de la región centro-norte de Santa Fe que cuentan con financiador público tuvieron un 9,25 % menos de tiempo de demora para el ingreso a LE, que el tiempo medio provincial.

Fuente de datos: Base de datos del SINTRA/CRESI. Anexo Tabla N° 5.

En el año 2021, el tiempo de espera para inscripción en lista de trasplante renal fue de 486 días, alcanzando un 36 % de aumento de días de espera respecto al de referencia, con un total mucho menor de inscriptos, sólo 3 pacientes.

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2021

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en el primer semestre del 2021 de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe

Cantidad total de pacientes con indicación de trasplante renal, con financiación pública de la región centro norte de Santa Fe, inscriptos en el primer semestre del 2021

$$\text{Indicador 1 : } \frac{486}{3} = 162$$

Línea de base: 23.6

Fuente de datos: Central de Reportes y Estadísticas del INCUCAI (CRESI): Reportes de inscripción en lista de espera. Anexo Tabla N° 6.

Estándar o valor esperado: decidimos tomar la media provincial de espera para ingreso a Lista renal: 295 días.

Indicador 2: Diferencia porcentual en el tiempo medio de inscripción en LE renal en pacientes región centro-norte con financiador público y la media provincial para el primer semestre año 2021

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1° semestre 2021 en pacientes de región centro-norte Santa fe con financiador público) – (Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2021 en la Provincia de Santa Fe) x 100

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2021 Provincial Santa Fe)

Línea de base: 20,3%

En números: 486 días -295 días

$$\frac{\text{-----}}{295 \text{ días}} \times 100 = 64,7\%$$

Es decir, los pacientes de la región centro-norte de Santa Fe que cuentan con financiador público tuvieron un 64,2 % de aumento del tiempo de demora para el ingreso a LE, que el tiempo medio provincial.

Fuente de datos: Base de datos del SINTRA/CRESI. Anexo Tabla N° 6.

En el año 2022, el tiempo de espera para inscripción en lista de trasplante renal fue de 671 días, alcanzando un 89 % de aumento de días de espera respecto al de referencia, pero con un total ampliamente superior de pacientes inscriptos, 17, lo que representa casi 6 veces más de la cantidad de inscriptos que en el período previo.

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2022

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en el primer semestre del 2022 de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe

Cantidad total de pacientes con indicación de trasplante renal, con financiación pública de la región centro norte de Santa Fe, inscriptos en el primer semestre del 2022

$$\text{Indicador 1 : } \frac{671}{17} = 39.4$$

Línea de base: 23.6

Fuente de datos: Central de Reportes y Estadísticas del INCUCAI (CRESI): Reportes de inscripción en lista de espera. Anexo Tabla N° 7.

Estándar o valor esperado: decidimos tomar la media provincial de espera para ingreso a Lista renal: 295 días.

Indicador 2: Diferencia porcentual en el tiempo medio de inscripción en LE renal en pacientes región centro-norte con financiador público y la media provincial para el primer semestre año 2022

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1° semestre 2022 en pacientes de región centro-norte Santa fe con financiador público) – (Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2022 en la Provincia de Santa Fe) x 100

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2022 Provincial Santa Fe)

Línea de base: 20,3%

En números: 671 días -295 días

$$\frac{\text{-----}}{295 \text{ días}} \times 100 = 127,4 \%$$

Es decir, los pacientes de la región centro-norte de Santa Fe que cuentan con financiador público tuvieron un 127.4 % de aumento del tiempo de demora para el ingreso a LE, que el tiempo medio provincial.

Fuente de datos: Base de datos del SINTRA/CRESI. Anexo Tabla N° 7.

En el año 2023, el tiempo de espera para inscripción en lista de trasplante renal fue de 634 días, alcanzando un 78 % de aumento de días de espera respecto al de referencia, con un total aún mayor de inscriptos que en el período anterior, 25 pacientes.

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2023

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en el primer semestre del 2023 de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe

Cantidad total de pacientes con indicación de trasplante renal, con financiación pública de la región centro norte de Santa Fe, inscriptos en el primer semestre del 2023

$$\text{Indicador 1 : } \frac{634}{25} = 25.3$$

Línea de base: **23.6**

Fuente de datos: Central de Reportes y Estadísticas del INCUCAI (CRESI): Reportes de inscripción en lista de espera. Anexo Tabla N° 8.

Estándar o valor esperado: decidimos tomar la media provincial de espera para ingreso a Lista renal: 295 días.

Indicador 2: Diferencia porcentual en el tiempo medio de inscripción en LE renal en pacientes región centro-norte con financiador público y la media provincial para el primer semestre año 2023

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1° semestre 2023 en pacientes de región centro-norte Santa fe con financiador público) – (Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2023 en la Provincia de Santa Fe) x 100

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2023 Provincial Santa Fe)

Línea de base: **20,3%**

En números: 634 días -295 días

$$\frac{\text{-----}}{295 \text{ días}} \times 100 = \mathbf{114,9\%}$$

Es decir, los pacientes de la región centro-norte de Santa Fe que cuentan con financiador público tuvieron un 114,9% de aumento del tiempo de demora para el ingreso a LE, que el tiempo medio provincial.

Fuente de datos: Base de datos del SINTRA/CRESI. Anexo Tabla N° 8.

En el año 2024, el tiempo de espera para inscripción en lista de trasplante renal fue de 755 días, alcanzando un 112,6 % de aumento de días de espera respecto al de referencia, con igual cantidad de inscriptos, 25 pacientes.

Indicador 1: Tiempo medio de inscripción en LE renal de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2024

Sumatoria de días desde la indicación hasta la inscripción efectiva en el primer semestre del 2024 de pacientes con financiación pública en región centro norte de la provincia de Santa Fe

Cantidad total de pacientes con indicación de trasplante renal, con financiación pública de la región centro norte de Santa Fe, inscriptos en el primer semestre del 2024

$$\frac{\text{Indicador 1 : } 755}{25} = 30.2$$

Línea de base: **23.6**

Fuente de datos: Central de Reportes y Estadísticas del INCUCAI (CRESI): Reportes de inscripción en lista de espera. Anexo Tabla N° 9.

Estándar o valor esperado: decidimos tomar la media provincial de espera para ingreso a Lista renal: 295 días.

Indicador 2: Diferencia porcentual en el tiempo medio de inscripción en LE renal en pacientes región centro-norte con financiador público y la media provincial para el primer semestre año 2024

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1° semestre 2024 en pacientes de región centro-norte Santa fe con financiador público) – (Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2024 en la Provincia de Santa Fe) x 100

(Tiempo medio de inscripción en LE renal 1 ° semestre 2024 Provincial Santa Fe)

Línea de base: **20,3%**

En números: 755 días -295 días

$$\frac{\text{-----}}{295 \text{ días}} \times 100 = \mathbf{155,9 \%}$$

Es decir, los pacientes de la región centro-norte de Santa Fe que cuentan con financiador público tuvieron un 155,9 % de aumento del tiempo de demora para el ingreso a LE, que el tiempo medio provincial.

Fuente de datos: Base de datos del SINTRA/CRESI. Anexo Tabla N° 9.

A continuación, desarrollamos algunas hipótesis a considerar sobre los resultados obtenidos. En primer lugar, la gran disminución de cantidad de pacientes inscriptos durante los 2 primeros semestres (2020 – 2021), al inicio de la implementación del proyecto, está relacionada directamente con el desarrollo contemporáneo de la pandemia de SARS CoV- 2 (COVID-19), en la cual podemos detectar varios factores que influyeron en estos resultados. Entre ellos se destaca, la puesta en práctica de la medida gubernamental del Decreto nacional de aislamiento social preventivo y obligatorio, en el período del 20 de Marzo del 2020 al 27 de Abril del 2020, seguido de una flexibilización gradual del mismo, en etapas, y según bloques geográficos. Dicho confinamiento obligatorio, sumado al miedo de los pacientes de contagiarse dicha infección, que se caracterizan por tener un riesgo inmunológico aumentado, derivó en la disminución de la consulta al sistema de salud fundamentalmente por causas que no fueran de urgencia, o turnos programados que se pudieran diferir.

Otro factor a tener en cuenta, consiste en que la institución edilicia que se eligió para centralizar todos los estudios y procedimientos médicos de la evaluación pre trasplante, el CEMAFE, sufrió una gran modificación en cuanto a su funcionamiento, suspendiendo la actividad de consultorios externos, y transformándose en el centro de atención telefónica de pacientes con SARS- Cov 2, y abriendo áreas de internación tanto de sala general como terapia intensiva para dichos pacientes, para evitar el colapso de la respuesta del sistema de salud, por la pandemia. Ante estas medidas, transitoriamente se cerró el consultorio de evaluación pre trasplante desde Marzo del 2020 hasta Diciembre del 2020 inclusive. Cabe destacar que, sin embargo, en el primer semestre de dicho año, se alcanzó el menor tiempo de espera para inscripción en lista de trasplante renal, con incluso una disminución del 9,2% de espera respecto de la media provincial.

Superada la pandemia de COVID-19, y tras la vuelta al funcionamiento normal del CEMAFE se retomó con los procedimientos y estudios habituales para la evaluación pre trasplante. A partir del primer semestre del año 2022, volvemos a decaer en un franco aumento de los tiempos de espera de inscripción, en parte debido al gran pool de pacientes que ya tenían indicación y habían iniciado la evaluación durante la pandemia, quedando en stand by durante los meses que se cerró el consultorio y se suspendieron todas las actividades y estudios de evaluación pre trasplante. Pero como

contrapartida, en forma favorable, se evidencia un gran aumento (casi se quintuplica) de la cantidad de pacientes inscriptos, ante la reactivación del trabajo en equipo de dicha unidad interdisciplinar.

Si analizamos los objetivos específicos planteados en el proyecto, vemos que se logró actualizar el Manual/ Protocolo de gestión de pacientes para la evaluación pre trasplante, el cual se logró circular entre todos los actores del proceso. Se constituyó un consultorio específico de evaluación pre trasplante en el CEMAFE, concentrando allí todos los estudios médicos de la evaluación, y teniendo un médico referente del equipo de trasplante del Hospital J. M. Cullen que asiste semanalmente para el seguimiento de la evaluación e incorporación de los pacientes a lista de trasplante. Es decir, se logró mejorar la interacción entre el equipo de trasplante del Hospital J. M. Cullen y el consultorio pre trasplante del CEMAFE.

Con respecto al objetivo número 2 , vemos que se logró capacitar adecuadamente a todo el equipo de manejo y seguimiento de dichos pacientes, ordenando y centralizando todos los estudios pre quirúrgicos en el CEMAFE, y tratando de coordinar para que se realicen lo más rápido posible, contemplando que los pacientes tienen días de diálisis en los que no pueden asistir a dichos turnos, coordinando ambulancias para el traslado de aquellos que se encuentran en localidades alejadas al norte de la provincia, optimizando también dicho trabajo con los asistentes sociales que los acompañan durante el proceso y les realizan el seguimiento.

No obstante, hubo muchos desafíos que superar en dicha puesta en práctica, al tratarse de una logística compleja, ya que la comunicación con los centros de trasplante más alejados (por ejemplo de la ciudad de Reconquista) no siempre fue óptima, siendo muchas veces también difícil la localización o contacto con los pacientes que tenían poca comunicación con sus centros de diálisis, aquellos más vulnerables social, cultural o económicamente, que vivían en zona rural, más alejados de dichas ciudades. Otro obstáculo consistió en coordinar los horarios de las ambulancias de traslado con los todos los turnos de los diferentes especialistas para tratar de que se realicen en el mismo día y éstos no se retrasen, ya que la totalidad de dichos estudios no se realizan durante la mañana, sino que algunos se realizan por la tarde, y muchas veces era difícil mantener la ambulancia durante toda la jornada en Santa Fe, ya que se necesitaba su retorno a la localidad de origen para atender otras necesidades de la comunidad. Algunos estudios más complejos, como la realización de colonoscopia y cistouretrografía, también plantearon dificultades, ya que el equipamiento necesario para realizarlos estuvo roto por varios meses, los pacientes a veces no estaban bien preparados y había que re programar el estudio, y hubo desafíos a superar para la coordinación por parte de varios especialistas (gastroenterólogos, anestesistas, etc.) para realizar más estudios de los que originalmente se previó, al acumularse los pacientes post pandemia.

Por otro lado, evaluando el objetivo específico número 3, podemos ver que lo que claramente faltó y falló, deviniendo en los semestres subsiguientes en el decepcionante aumento de la cantidad de días de espera de inscripción en la LE renal, fue la falta de fiscalización y de seguimiento por parte del área científico técnica del CUDAI, de los diferentes pasos de todo el proceso de evaluación e inscripción del paciente, que no sólo se debieron a largas esperas para conseguir turnos de los estudios médicos, sino que muchas veces fueron por demora en la carga o fiscalización de documentación (formularios exigidos que se carguen en el SINTRA del INCUI), necesaria para poder proceder con la misma. (es decir demoras en trámites de índole administrativa o autorizaciones de financiación por parte de los entes involucrados). No se realizó el control cada seis meses que se había propuesto.

Con respecto a los objetivos número 4 y 5, se logró desarrollar un equipo interdisciplinario de Clínica Ampliada como se propuso, mejorando sustancialmente la comunicación con el equipo de trasplante del Hospital J. M. Cullen, en ambos sentidos : médico-paciente // paciente – médico, logrando que el médico que luego hará el seguimiento pos trasplante conozca bien al paciente desde lo biológico, así como también su entorno familiar, contacto con el médico de referencia de su centro de diálisis,

condiciones sociales, etc. Y que los pacientes ya empiecen a conocer cómo van a ser los cuidados que se necesitan post trasplante, siendo acompañados durante todo el proceso, respondiendo todas sus inquietudes y preguntas, y pudiendo resolver situaciones complejas con trabajo interdisciplinar y en RED, buscando optimizar la gestión de recursos y disminuir los tiempos de espera.

10. Conclusiones

Si bien se trató de un proyecto que demandó lo mejor de nosotros y un alto compromiso por parte de todos los actores involucrados, se logró mejorar sustancialmente el trabajo/ gestión guiada por procesos, estableciendo y llevando a la práctica procesos de trabajo claros, con actores con roles específicos y pre establecidos. Sin embargo, y con gran pesar, no se consiguió alcanzar el objetivo principal de disminución de los tiempos de espera para inscripción en LE renal. Si bien hubo situaciones inesperadas a lo largo del camino, como la pandemia el COVID-19, que se lograron superar, tras un análisis profundo de todos los objetivos propuestos y de su puesta en marcha, podemos concluir que el eslabón de toda esta cadena que falló fue la falta de control y fiscalización durante la puesta en marcha del proyecto, revalidando el rol crucial y protagonista que debe tener la **Auditoría Interna** en los procesos de toda organización.

Resulta fundamental que el acceso sea con equidad para todos los habitantes de nuestra provincia, sin importancias distancias, situación socio-económica, social, cultural, estando firmemente convencidos en que debemos desarrollar y hacer crecer el **Trasplante Público**, partiendo siempre de nuestra misión, que consiste en minimizar el tiempo de espera de los pacientes en lista, de forma tal que puedan ser trasplantados en óptimas condiciones, mejorando su calidad de vida, realizando toda esta labor bajo un marco de igualdad, ya que todo ciudadano tiene el mismo derecho a acceder a un trasplante más allá de su cobertura médica, sin que se limite a ello; con absoluta transparencia, a través de estrictos controles de gestión.

Resulta inaceptable las enormes diferencias existentes en la demora para lograr la inscripción a la lista de espera renal, marcando esto una gran falencia en la calidad de atención de estos pacientes, detectando como una de sus principales causas la falta de una verdadera **Gestión de Pacientes**, el trabajo en RED y de un plan de acción concreto, con metas y objetivos monitorizables y evaluables a corto, mediano y largo plazo.

Consideramos también crucial, optimizar la **Fiscalización** de todo el proceso, ya que su falla genera demoras en la inscripción per se, y al mejorarla nos permitiría detectar precozmente las fallas de los otros actores involucrados en el proceso (centro de diálisis, financiador), permitiendo garantizar mayor celeridad en las diferentes etapas del proceso, teniendo como fin último, tras ponderar todos estos aspectos, mejorar la **Accesibilidad al Trasplante**, en especial en el sector centro-norte de la provincia de Santa Fe, que en gran parte es más vulnerable y tiene mayores dificultades para este acceso.

11. Bibliografía

1. Bacqué M.C., Vallejos A, Bisigniano L. Situación del trasplante renal y la donación de órganos en Argentina. *Rev Nefrol Dial Traspl.* 2018;38(1):1-14.
2. Hernández D, Castro-de la Nuez P, Muriel A, Ruiz-Esteban P, Alonso M. Mortalidad en lista de espera para trasplante renal. *Nefrología.* 1 de enero de 2015;35(1):18-27.
3. Cañizares Ruiz A. Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis. Fundación Alternativas [Internet]. (Documento de trabajo 174/2011). Disponible en:
https://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
4. Artaza Barrios O, Méndez CA, Holder Morrison Reynaldo, Suárez Jiménez J. Redes integradas de servicios de salud: el desafío de los hospitales. (Documentos OPS/OMS en Chile, 1). Santiago de Chile: OPS, 2011. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33808/9789568246082-spa.pdf>
5. 4. Ministerio de Salud de Santa Fe. Análisis de situación de salud de la población de la provincia de Santa Fe. Santa Fe: Sala de situación del Ministerio de salud, Argentina. 2011. Disponible en:
<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/128722/636232/file/02%20Primer%20Informe%20sala%20de%20situacion%20para%20web.pdf>
6. Ministerio de Salud de Santa Fe. Proyecto de Coordinación de Consultorios del área Ambulatoria en efectores de segundo nivel de atención de la RED de Salud de la ciudad de Rosario. Análisis del Servicio de consultorios externo del Hospital Intendente Carrasco como trazador, 2012. [Inédito].
7. Organización Panamericana de la Salud. Transformando los servicios de salud hacia redes integradas. (Representación OPS/OMS en Argentina, 71). Buenos Aires: OPS, 2017. Disponible en:
http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34027/9789507101281_spa.pdf
8. Báscolo E, Yavich N. Gobernanza del desarrollo de la APS en Rosario, Argentina. *Rev. salud pública* [Internet] 2010 abril; 12(Suppl 1):89-104. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700007&lng=en&nrm=iso
9. Simioni A, Llanos O, Romero M, Ramos S, Brizuela V, Abalos E. Regionalización de la atención materna perinatal en la provincia de Santa Fe, Argentina. *Rev Panam Salud Publica* 2017;

-
- 41:1-7. Disponible en:
<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34033/v41a382017.pdf>
10. Wagner de Sousa Campos G. Equipos matriciales de referencia y apoyo especializado: Un ensayo sobre reorganización del trabajo en salud.1998.
 11. INCUCAI. Plan estratégico 2013-2017. Buenos Aires, Argentina. Disponible en: https://www.incucai.gov.ar/institucional/plan_estrategico_2013-2017.pdf
 12. INCUCAI. RESOLUCIÓN D Nº 110/05 – Sistema SINTRA Módulo 2 - Listas de Espera de Órganos y Tejidos. Disponible en: https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Legislacion/03-ResIncucai/SINTRA/09-res_incucai_110_05.pdf
 13. CUDAI. LEY 11.264. Creación de Centro Único de Donación, Ablación e Implante de Órganos de Santa Fe (C.U.D.A.I.O). SANTA FE, 15 de Junio de 1995. Boletín Oficial, 13 de noviembre de 1995. Disponible en: <http://www.saij.gob.ar/LPS0001787#>
 14. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Documento de Trabajadores Sociales del Nodo de Salud Santa Fe. Año 2013.-
 15. CUDAI. Documentos internos del Área Social CUDAI. Provincia de Santa Fe. Año 2015.
 16. Rovere M. Redes en salud, los grupos, las instituciones, la comunidad. Rosario. Argentina. El Ágora; 2006.
 17. Torres Goitía J. “Desarrollo y salud: historia de la medicina social y de la atención primaria de salud”. Universidad Andina de Bolívar. Bolivia. Cap. 5. Pág. 189-190.
 18. Proyecto de Ley de Salud Pública de la Provincia de Santa Fe. Artículo 3. Provincia de Santa Fe. Año 2013.
 19. San Martín R. Gabriel Kessler. «En la Argentina, hoy pueden convivir la inclusión y la desigualdad». Diario La Nación [Internet]. 17 de agosto de 2014; Disponible en: <https://www.lanacion.com.ar/opinion/gabriel-kessler-en-la-argentina-hoy-pueden-convivir-la-inclusion-y-la-desigualdad-nid1718789>
 20. Kessler G. Controversias sobre la desigualdad. Colección popular. Fondo de la cultura Económica.; 2013.
 21. INCUCAI. Memoria 2014: Procuración y Trasplantes de órganos, tejidos y células en Argentina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 2015
 22. Organización, Panamericana de la Salud - OPS ; Santa Fe : Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe. 1a ed; 2017.
 23. Spadafora S. Bases para la gestión de hospitales y centros de salud. 2018
 24. Spadafora S. La gestión de procesos en las organizaciones proveedoras de servicios de salud 2018

-
25. Spadafora S. Visión y misión de las org sanitarias. Mayo 2018
 26. Spadafora S. Redes en salud. Agosto 2018
 27. Motta, P: Desempeño en equipos salud. Manual OPS. traducción de Gloria Farah Vásquez. — Editora FGV, Rio de Janeiro: 2001.
 28. Marinovich S, Lavorato C, Bisigniano L, Hansen Krogh D: Registro Argentino de Diálisis Crónica SAN-INCUCAI 2016. Sociedad Argentina de Nefrología e Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Buenos Aires, Argentina. 2017.
 29. Álvarez Benito, M.et al,Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados. Consejería de Salud.2a ed.; 2009.
 30. Pérez Valdivia, M.A. et al. Proceso asistencial integrado. Tratamiento sustitutivo de la enfermedad renal crónica avanzada: diálisis y trasplante renal. Edición de 2015.
 31. Stolkiner A. Interdisciplina y Salud mental. IX Jornadas Nacionales de salud mental. Estrategias posibles en la Argentina de hoy. Posadas, Misiones, Argentina. 2005

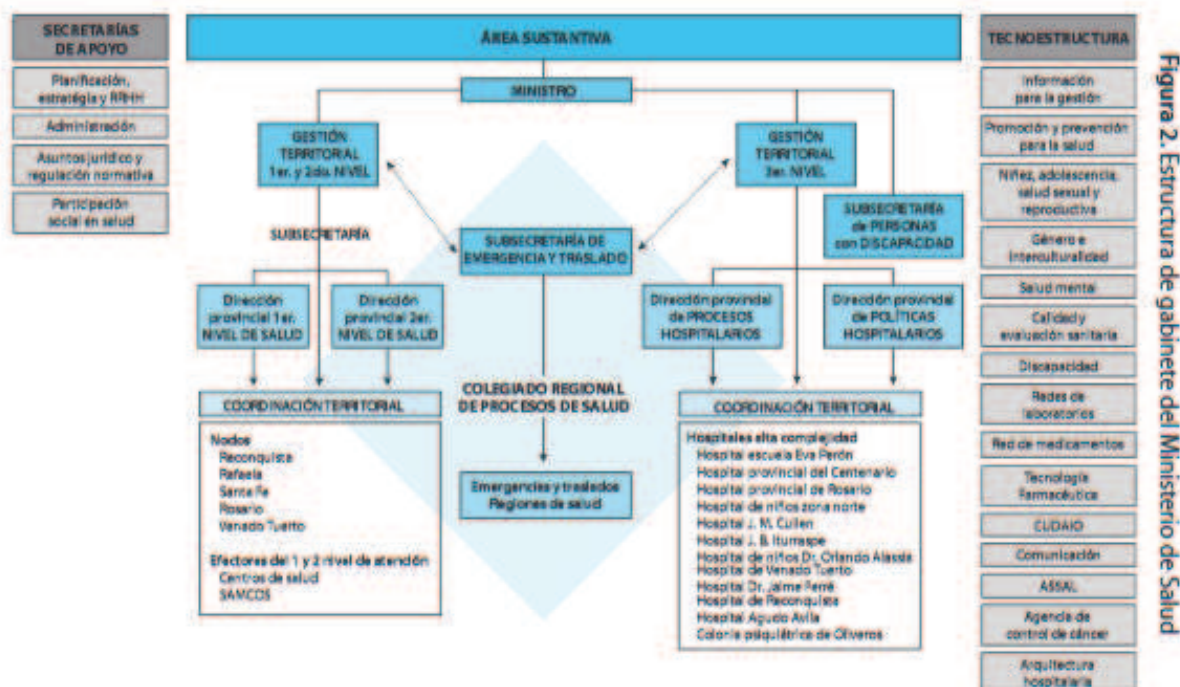
12. Anexos

Figura N° 1 :

INICIADOR	KACZORACK MARTA B. y otros--		EXPEDIENTE N°	59.662.--	
ASUNTO	SANTA FE.--				
PROCEDENCIA	8/ que en la ciudad de Santa Fe funcione un "Centro		FECHA	2/9/81.--	
Receptor de Organos", en su defecto un "Padron de Donantes"			CODIGO	53/ 47	
			COLEGIO S.A.		
CORRESPONDE A EXPEDIENTE	REPARTICION	NUMERO	REPARTICION	NUMERO	NOTA DE ORIGEN
					N° 24/8/81.--
(en libro)			T R A M I T E		
DIA	MES	AÑO	DESTINO fs.1	RECIBO	A.G.--
2	9	81	35/1-Subsecret. S.P.		
1	10	81	58-Comisión Médica 48/3		
14	10	81	46-Foro Dr. Salazar 3-4476		
3	11	81	57-Of. Médica 3-4897		
18	11	81	35-Despacho 501		
19	11	81	30-Of. Salud Pública 48/11		
25	11	81	5-Of. de Vigilancia 5330		
			disponibles de la Dirección de		
			Indicadores H.I.		
4	1	82	58-Direc. Pl. Médica 48/3		
28	1	82	58-Direc. Pl. Médica 48/3		
5	3	82	35/1-Sub S.S.P		
8	3	82	35-Despacho 504		
20	3	82	48-ARCHIVO		

Fuente: Documento disponible en Archivo de CUDAI0.

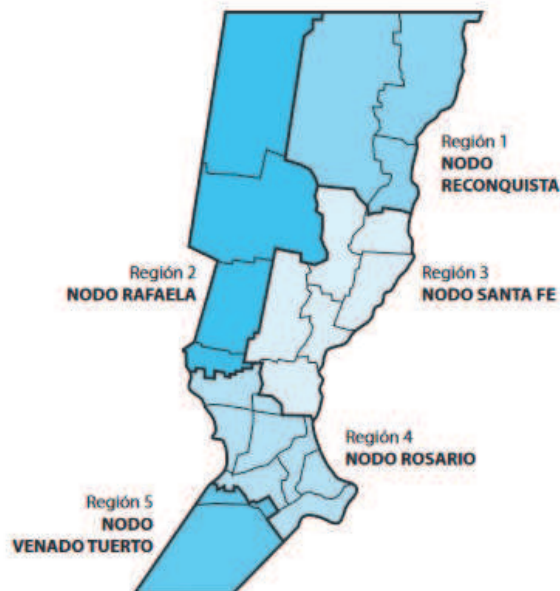
Figura N°2:



Fuente: Organización Panamericana de la Salud - OPS Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe. - 1a

ed . - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS ; Santa Fe : Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2017

Figura N° 3:



Fuente: Organización Panamericana de la Salud - OPS Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe. - 1a ed . - Buenos Aires : Organización Panamericana de la Salud - OPS ; Santa Fe : Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2017

Tabla N° 1: Reporte de Inscripción en Lista de Espera Renal Centro-Norte Santa Fe en el Primer Semestre 2018

INCUBAI

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACIÓN DE PROCURACIÓN Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA

Listas de Espera de Organos y Tejidos

Antonela Baialardo

Usuario De Consulta

Jurisdiccional

Reporte de tiempos de inscripción en lista de espera

Ayuda

Agenda

Fecha de ejecución de la consulta: 17/06/2019 11:38

Población general de evaluación: Inscripciones en lista de espera por método normal con indicación posterior al 12-07-2005

Criterios de evaluación seleccionados

1. Periodo de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2018 hasta 30-06-2018

3. Lista de espera: RENAL

6. Equipo de trasplante: 2327*RIÑON Y URETER*DR. JOSE MARIA CULLEN

Salidas seleccionadas

3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante

3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante

Equipo de trasplante	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
2327*RIÑON Y URETER*HOSPITAL DR. JOSE MARIA CULLEN	15	24	7%	287	81%	21	6%	15	4%	8	2%	11.8	355
TOTAL	15	24	7%	287	81%	21	6%	15	4%	8	2%	11.8	355

Exportar XLS

Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005.

1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización.

EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante.

EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos.

2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización.

INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma.

% = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.

Fuente: CRESI- INCUBAI

Tabla N° 2: Reporte de Tiempos de inscripción en Lista Renal de la Provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2018

 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA Listas de Espera de Organos y Tejidos												Antonela Baialardo Usuario De Consulta Jurisdiccional	
Reporte de tiempos de inscripción en lista de espera												Ayuda	Agenda
Fecha de ejecución de la consulta: 17/06/2019 11:47 Población general de evaluación: Inscripciones en lista de espera por método normal con indicación posterior al 12-07-2005													
Criterios de evaluación seleccionados 1. Período de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2018 hasta 30-06-2018 2. Organismo fiscalizador de la inscripción: CUDAI0 3. Lista de espera: RENAL Salidas seleccionadas 1. Inscripciones agrupadas por organismo fiscalizador													
1. Inscripciones agrupadas por organismo fiscalizador													
Organismo jurisdiccional	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
22*CUAIO	86	86	29%	175	59%	12	4%	16	5%	6	2%	9.8	295
TOTAL	86	86	29%	175	59%	12	4%	16	5%	6	2%	9.8	295
													
 Exportar XLS													
Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005. 1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización. EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante. EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos. 2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización. INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma. % = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.													

Fuente: CRESI- INCUCAI

Tabla N°3: Descripción de los tiempos de cada paciente que se inscribió en Lista en el sector centro norte de la Prov. Santa Fe en primer semestre de 2018

Criterios de evaluación seleccionados
 1. Período de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2018 hasta 30-06-2018
 3. Lista de espera: RENAL
 6. Equipo de trasplante: 2327*RIÑON Y URETER*DR. JOSE MARIA CULLEN

Salidas seleccionadas
 1. Inscripciones agrupadas por organismo fiscalizador
 7. Inscripciones agrupadas por paciente

1. Inscripciones agrupadas por organismo fiscalizador

Organismo jurisdiccional	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
22*CUAIO	15	24	7%	287	81%	21	6%	15	4%	8	2%	11.8	355
TOTAL	15	24	7%	287	81%	21	6%	15	4%	8	2%	11.8	355










7. Inscripciones agrupadas por paciente

Nro de inscripción	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
345411*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	16	2%	804	97%	5	1%	1	0%	0	0%	27.5	826
352542*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	77	11%	566	80%	57	8%	6	1%	0	0%	23.5	706
358149*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	19	3%	403	73%	90	16%	27	5%	12	2%	18.4	551
363498*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	34	7%	419	90%	1	0%	12	3%	0	0%	15.5	466
363355*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	37	9%	327	79%	43	10%	5	1%	0	0%	13.7	412
370914*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	21	6%	310	87%	4	1%	18	5%	4	1%	11.9	357
373893*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	45	15%	147	50%	26	9%	57	19%	20	7%	9.8	295
368889*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	1	0%	267	97%	5	2%	1	0%	0	0%	9.1	274
368167*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	5	2%	175	70%	2	1%	5	2%	62	25%	8.3	249
376169*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	20	8%	198	80%	1	0%	21	9%	6	2%	8.2	246
376277*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	18	7%	198	81%	4	2%	18	7%	6	2%	8.1	244
376515*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	13	5%	130	55%	68	29%	22	9%	4	2%	7.9	237
379072*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	9	5%	138	81%	1	1%	17	10%	6	4%	5.7	171
374271*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	31	20%	112	73%	1	1%	10	6%	0	0%	5.1	154
375405*NRO DE INSCRIPCION EN LE	1	10	8%	117	88%	2	2%	4	3%	0	0%	4.4	133
TOTAL	15	24	7%	287	81%	21	6%	15	4%	8	2%	11.8	355










 [Exportar XLS](#)

Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005.
 1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización.
 EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante.
 EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos.
 2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización.
 INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma.
 % = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.

Fuente: SINTRA/ CRESI

Tabla N°4 : Descripción poblacional según Regiones de la Provincia de Santa Fe

Región - Nodo	Poblacion Total por Departamento	Poblacion Total por Nodo
Región Nodo Rafaela		
9 de julio	29810	277814
Castellanos	181381	
San Cristobal	66623	
Región Nodo Reconquista		
General Obligado	178711	240059
Norte de San Javier	10223	
Vera	51125	
Región Nodo Rosario		
Belgrano	44048	1697076
Caseros	79491	
Iriondo	66702	
Rosario	1198528	
San Lorenzo	159184	
San Martín	63640	
Constitución	85483	
Región Nodo Santa Fe		
Garay	20889	790744
La Capital	521759	
Las Colonias	106761	
Sur de San Javier	20445	
San Jeronimo	80155	
San Justo	40735	
Región Nodo Venado Tuerto		
General Lopez	195043	195043
Total Provincia	3200736	

Fuente: Organización Panamericana de la Salud - OPS Rectoría, gobernanza y estrategias de gobierno en los hospitales de alta complejidad en la red de servicios de salud de la provincia de Santa Fe. - 1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS ; Santa Fe : Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe, 2017

Tabla N° 5: Reporte de Tiempos de inscripción en Lista Renal de la Provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2020.

 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA Listas de Espera de Organos y Tejidos SECCION PUBLICA													
Reporte de tiempos de inscripción en lista de espera Ayuda													
Fecha de ejecución de la consulta: 09/03/2025 18:43 Población general de evaluación: Inscripciones en lista de espera por método normal con indicación posterior al 12-07-2005													
Criterios de evaluación seleccionados 1. Período de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2020 hasta 30-06-2020 3. Lista de espera: RENAL 6. Equipo de trasplante: 2327*RIÑON Y URETER*DR. JOSE MARIA CULLEN Salidas seleccionadas 3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
Equipo de trasplante	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
2327*RIÑON Y URETER*HOSPITAL DR. JOSE MARIA CULLEN	5	6	2%	218	81%	6	2%	19	7%	21	8%	9.0	270
TOTAL	5	6	2%	218	81%	6	2%	19	7%	21	8%	9.0	270
Exportar XLS Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005. 1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización. EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante. EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos. 2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización. INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma. % = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.													

Fuente: CRESI- INCUCAI

Tabla N° 6: Reporte de Tiempos de inscripción en Lista Renal de la Provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2021

 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA Listas de Espera de Organos y Tejidos SECCION PUBLICA													
Reporte de tiempos de inscripción en lista de espera Ayuda													
Fecha de ejecución de la consulta: 09/03/2025 18:45 Población general de evaluación: Inscripciones en lista de espera por método normal con indicación posterior al 12-07-2005													
Criterios de evaluación seleccionados 1. Período de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2021 hasta 30-06-2021 3. Lista de espera: RENAL 6. Equipo de trasplante: 2327*RIÑON Y URETER*DR. JOSE MARIA CULLEN Salidas seleccionadas 3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
Equipo de trasplante	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
2327*RIÑON Y URETER*HOSPITAL DR. JOSE MARIA CULLEN	3	18	4%	264	54%	110	23%	47	10%	47	10%	16.2	486
TOTAL	3	18	4%	264	54%	110	23%	47	10%	47	10%	16.2	486
Exportar XLS Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005. 1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización. EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante. EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos. 2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización. INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma. % = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.													

Fuente: CRESI- INCUCAI

Tabla N° 7: Reporte de Tiempos de inscripción en Lista Renal de la Provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2022

 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA Listas de Espera de Organos y Tejidos SECCION PUBLICA													
Reporte de tiempos de inscripción en lista de espera													Ayuda
Fecha de ejecución de la consulta: 09/03/2025 18:46 Población general de evaluación: Inscripciones en lista de espera por método normal con indicación posterior al 12-07-2005													
Criterios de evaluación seleccionados 1. Período de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2022 hasta 30-06-2022 3. Lista de espera: RENAL 6. Equipo de trasplante: 2327*RIÑON Y URETER*DR. JOSE MARIA CULLEN Salidas seleccionadas 3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
Equipo de trasplante	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
2327*RIÑON Y URETER*HOSPITAL DR. JOSE MARIA CULLEN	17	63	9%	457	68%	95	14%	34	5%	23	3%	22.4	671
TOTAL	17	63	9%	457	68%	95	14%	34	5%	23	3%	22.4	671
Exportar XLS Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005. 1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización. EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante. EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos. 2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización. INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma. % = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.													

Fuente: CRESI- INCUCAI

Tabla N°8: Reporte de Tiempos de inscripción en Lista Renal de la Provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2023

 SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA Listas de Espera de Organos y Tejidos SECCION PUBLICA													
Reporte de tiempos de inscripción en lista de espera													Ayuda
Fecha de ejecución de la consulta: 09/03/2025 18:48 Población general de evaluación: Inscripciones en lista de espera por método normal con indicación posterior al 12-07-2005													
Criterios de evaluación seleccionados 1. Período de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2023 hasta 30-06-2023 3. Lista de espera: RENAL 6. Equipo de trasplante: 2327*RIÑON Y URETER*DR. JOSE MARIA CULLEN Salidas seleccionadas 3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante													
Equipo de trasplante	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
2327*RIÑON Y URETER*HOSPITAL DR. JOSE MARIA CULLEN	25	73	12%	472	74%	49	8%	38	6%	2	0%	21.1	634
TOTAL	25	73	12%	472	74%	49	8%	38	6%	2	0%	21.1	634
Exportar XLS Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005. 1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización. EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante. EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos. 2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización. INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma. % = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.													

Fuente: CRESI- INCUCAI

Tabla 9: Reporte de Tiempos de inscripción en Lista Renal de la Provincia de Santa Fe en el primer semestre del 2024

SISTEMA NACIONAL DE INFORMACION DE PROCURACION Y TRASPLANTE DE LA REPUBLICA ARGENTINA
Listas de Espera de Organos y Tejidos

SECCION PUBLICA

Reporte de tiempos de inscripción en lista de espera

Ayuda

Fecha de ejecución de la consulta: 09/03/2025 18:42

Población general de evaluación: Inscripciones en lista de espera por método normal con indicación posterior al 12-07-2005

Criterios de evaluación seleccionados

1. Período de evaluación (fecha de inscripción): ESPECIFICAR: desde 01-01-2024 hasta 30-06-2024

3. Lista de espera: RENAL

6. Equipo de trasplante: 2327*RIÑON Y URETER*DR. JOSE MARIA CULLEN

Salidas seleccionadas

3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante

3. Inscripciones agrupadas por equipo de trasplante

Equipo de trasplante	Cantidad	1AUT	%1AUT	EVA	%EVA	EST	%EST	2AUT	%2AUT	INS	%INS	MESES	DIAS
2327*RIÑON Y URETER*HOSPITAL DR. JOSE MARIA CULLEN	25	94	12%	507	67%	98	13%	35	5%	21	3%	25.2	755
TOTAL	25	94	12%	507	67%	98	13%	35	5%	21	3%	25.2	755

Exportar XLS

Cantidad = Cantidad de inscripciones del período por método normal con indicación posterior al 12-07-2005.

1AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la indicación hasta el registro de la primera autorización.

EVA = Promedio en días transcurridos desde el registro de la primera autorización hasta la finalización de la evaluación pretrasplante.

EST = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante hasta el registro de los estudios inmunológicos.

2AUT = Promedio en días transcurridos desde el registro de la finalización de la evaluación pretrasplante (estudios inmunológicos en caso de renal) hasta el registro de la segunda autorización.

INS = Promedio en días transcurridos a partir del momento de poder efectivizar la inscripción (la mayor entre fecha de evaluación, estudios o 2da autorización) hasta el registro de la misma.

% = Porcentajes de gestión se calculan en base al total de la fila.

Fuente: CRESI- INCUBAI