



Universidad Nacional Autónoma de México

**Programa de Posgrado en
Ciencias de la Administración**

Trabajo Escrito Profesional

CASO PRÁCTICO

**“Propuesta del Proceso Administrativo en las
Coordinaciones Hospitalarias de Donación de órganos y
tejidos con fines de trasplante en el ISSSTE”**

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Ciencias de la Administración
Sistemas de Salud**

Presenta: Barona Nuñez Argimira Vianey

Tutor: María Amalia Belén Negrete Vargas

México, D.F. 10 de Noviembre del 2009.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Barona Nuñez Argimira
FECHA: 10 de Nov 2009
FIRMA: [Firma]



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo lo dedico especialmente para mi familia: a mis padres y hermanos que me da la fortaleza para concluir mis metas, siempre están cerca de mí para levantarme y terminar el camino que inicio, gracias por apoyar mis sueños.

Dedico este trabajo para mi mejor compañía quien siempre me ha impulsando en mi trabajo y me ha dado su confianza para concluir todo lo que inicio, espero contar siempre con tigo, Laura.

Agradezco a mi Tutor la Maestra Belén porque tuvo paciencia con mi trabajo y sobre todo por los consejos que me ayudaron a concluirlo, sin su ayuda no estaría en este momento, gracias maestra.

Sobre todo agradezco a Dios la oportunidad que me ha dado de crecer como ser humano en esta maestría, de conocer a personas tan valiosas como mis maestros y mis compañeros, agradezco la oportunidad de vivir y pertenecer a esta máxima casa de estudios, nuestra querida UNAM.

ARGIMIRA VIANEY BARONA NUÑEZ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO 1 ESTRUCTURA DE LAS ORGANIZACIONES Y LA ADMINISTRACIÓN	8
1.1 MARCO TEÓRICO	8
1.1.1 Generalidades	8
1.2 EVOLUCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES	9
1.2.1 Tipo de organizaciones	10
1.3 TEORÍA ORGANIZACIONAL Y ADMINISTRACIÓN	12
1.3.1 Antecedentes Históricos	12
1.3.2 Administración científica	14
1.3.3 Teoría clásica de la administración	17
1.3.4 Teoría de la organización	19
1.4 TEORIA ORGANIZACIONAL Y EL ENFOQUE DE SISTEMA	20
1.4.1 Tipos de sistemas y la Organización	21
1.4.2 Características de las organizaciones como sistemas abiertos	22
CAPITULO 2 PROCESO ADMINISTRATIVO DE LAS ORGANIZACIONES	26
2.1 PLANEACIÓN	27
2.1.1 Planeación Estratégica	28
2.1.2 Objetivos	28
2.2 ORGANIZACIÓN	33
2.3 DIRECCIÓN Y EJECUCIÓN	34
2.4 CONTROL	34

CAPITULO 3 ORGANIZACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL	37
3.1 SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO	38
3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE SERVICIOS DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)	41
3.2.1 Dirección General Médica del ISSSTE	44
3.2.2 Coordinación Hospitalaria de Donación (CHD) del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE	46
3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE TRASPLANTE (SNT)	47
3.4 PROCESO DE DONACION	54
CAPITULO 4 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTE (ONT)	56
4.1 ANTECEDENTES	57
4.2 EL MODELO ESPAÑOL	57
4.3 IMPORTANCIA DEL COORDINADO DE TRASPLANTE EN ESPAÑA	59
4.4 PERFIL DEL COORDINADO DE TRASPLANTE EN ESPAÑA	60
CAPITULO 5 PROPUESTA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO EN LA CHD	69
5.1 GENERALIDADES	69
5.2 PROCESO ADMINISTRATIVO DE LA COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE DONACION (CHD)	70
5.2.1 Planeación de la CHD	70
5.2.2 Políticas Generales de la CHD	72
5.2.3 Metas de la CHD	72
5.2.4 Objetivo General de CHD	73
5.2.5 Principios y Valores de la CHD	74
5.2.6 Procedimientos en la CHD	82

5.3 ORGANIZACIÓN	83
5.3.1 Coordinación Nacional de Trasplante (CNT) y CHD	84
5.3.2 Perfil del Coordinador Hospitalario de Donación	86
5.3.3 Funciones del Coordinador Hospitalario de Donacion	88
5.3.4 División del trabajo	91
5.3.5 Detección del potencial donador	92
5.3.6 Evaluación del potencial donador	98
5.3.7 Mantenimiento del Potencial donador	105
5.3.8 Solicitud de donacion de órganos	108
5.3.9 Trámites legales	109
5.4 DIRECCION	112
5.5 CONTROL	113
CONCLUSIONES	115
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	118

INTRODUCCIÓN

En nuestro país existen importantes problemas de salud que repercuten en la calidad de vida de las personas, estos son originados principalmente por padecimientos crónicos y degenerativos. Para solucionar los grandes problemas de salud de México, se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS); el cual tiene la responsabilidad de establecer programas y estrategias que respondan a la problemática de salud a nivel nacional, sobre todo al considerar que la salud en México es un Derecho Constitucional, descrito en el artículo cuarto de la Constitución Política de Los Estados Unidos Mexicanos, y el cual hace referencia a lo siguiente:

“Toda persona tiene derecho a la salud, el Estado está obligado a facilitar el acceso a la salud y a través de las instituciones correspondientes regular y aplicar las leyes que rigen todos los programas de salud tanto en Instituciones Públicas como privadas”.

A pesar de esta disposición constitucional existen factores que impiden la atención oportuna a toda la población, esta deficiencia del sistema, se ve favorecida por los constantes cambios socioculturales, económicos y políticos en nuestro país; por ejemplo el 2º Censo de población y vivienda del año 2005 reportaba que el crecimiento de la población fue de 103.9 millones de mexicanos, con crecimiento de la población entre 2000 y 2005 de 5.5 millones de personas; en este año se registraron 2.15 millones de nacimientos contra 475 mil muertes. Este importante crecimiento de la población viene acompañado de la obligación del Estado para proporcionar seguridad social la cual no ha sido posible cubrir al 100% de la población, por que se continúa atendiendo con la misma infraestructura desde hace varias décadas.^{1,2}

¹ Ver artículo 4º del capítulo I de las garantías individuales en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

² Ver lo referente a resultados de estadística poblacional obtenidas del II Censo de población y vivienda del año 2005, obtenido de la pagina Web <http://www.inegi.gob.mx/inegi>

Las acciones del SNS para resolver los problemas de salud pública se ven afectadas por factores políticos, económicos y factores propios de la población en general; el estilo de vida es un factor relacionado a los hábitos higiénico dietéticos de la sociedad, y estos son un elemento importante en la transición epidemiológica que experimenta nuestro país; aunada a esta transición, se encuentra la influencia de publicidad consumista, y que, en conjunto favorecen la presencia de enfermedades crónicas, metabólicas y cardiovasculares (como la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, enfermedad vascular cerebral, obesidad y síndrome metabólico).

Las complicaciones de enfermedades crónicas en ocasiones requiere como terapéutica el trasplante de un órgano para lo cual es necesario implementar programas de salud para su atención, sin embargo estos programas favorecen a una parte de la población afectada, debido a que no todos los mexicanos cuenta con seguridad social o el acceso a servicios de salud se ve afectada por las características geográficas de una región, por aspectos socioculturales y políticos.

Actualmente algunas de las Instituciones de salud públicas y privadas, cuentan con el programa de trasplante ya sea de donador vivo o de donador cadavérico; para donación cadavérica, tienen una lista de espera de pacientes que requieren del trasplante de un órgano o tejido que pueda mejorar su calidad de vida, sin embargo el programa de donación cadavérica de órganos no se han desarrollado como se esperaba, reportándose una tasa de donaciones baja comparada con los reportes de otros países; por ejemplo la tasa de donación cadavérica en España es de casi 39 donaciones por millón de habitantes y de México no alcanza 3 a 4 donaciones por millón de habitantes. Evidentemente ambos países en si cuentan con diferencias en su estructura gubernamental, en su sociedad, en su estado político y económico. En este sentido, el interés de este trabajo radica en analizar y proponer una estructura organizativa así como los procesos que se llevan a cabo en la donación cadavérica y aplicarlos a nuestro sistema, con el fin de incrementar las donaciones de órganos beneficiando a la sociedad mexicana que espera el trasplante de un órgano tanto de instituciones públicas como privadas.

México enfrenta el reto de hacer que se establezca un compromiso general con respecto a donación de órganos, primero el Estado debe intervenir reorganizando planes y programas con respecto a donación y trasplante de órganos, y segundo crear el compromiso de los profesionales de la salud y de la sociedad para llevar a cabo adecuadamente los programas de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, con los cuales se beneficiaría a la población general.

Para alcanzar este objetivo, en esta investigación nos proponemos analizar la situación actual de las Coordinaciones Hospitalarias de Donación de órganos y tejidos con fines de trasplante del ISSSTE (CHD); además se proyecta el diseño organizativo de la Coordinación Hospitalaria de Donación de órganos (CHD) y cada uno de los procesos administrativos para poder obtener los órganos de donaciones cadavéricas con fines de trasplante para los derechohabientes de nuestra institución.

La investigación se presenta en 6 capítulos, en el primer capítulo se describen los antecedentes históricos y la evolución de la estructura de las organizaciones; igualmente se considera la descripción teórica de la organización como un sistema.

En el segundo capítulo se describen los principales elementos del proceso administrativo que se relaciona con el tema de este caso práctico, y que son la base de la propuesta organizacional y administrativa para la coordinación de donación de órganos con fines de trasplante del ISSSTE.

Para una mejor comprensión de las organizaciones de seguridad social el capítulo 3 versa sobre la seguridad social, sus antecedentes históricos que sirvieron de base para la creación de las instituciones de salud como el ISSSTE, así mismo se mencionan algunos cambios que ha experimentado esta institución. Hacemos mención también de la Coordinación Nacional de Trasplantes del ISSSTE que conduce el programa donación de órganos con fines de trasplante; del Sistema Nacional de Trasplante (SNT) y del Centro Nacional de Trasplante (CENATRA) como ejes rectores de este programa.

En el capítulo 4 Se describe la estructura organizacional de la Organización Nacional de Trasplante (ONT) de España y su modelo español del programa de donación de órganos con fines de trasplante. Este modelo sirve de base para la propuesta de la estructura organizacional y del proceso administrativo de la Coordinación Hospitalaria de donación del ISSSTE.

En el capítulo 5 se describe la propuesta de la estructura organizativa y los procesos administrativos de las Coordinaciones de Donación del ISSSTE, haciendo referencia de la interrelación con las diversas instituciones que rigen y regulan la actividad de donación y trasplante de órganos en nuestro país.

Por último, presentamos las conclusiones y recomendaciones del caso. Es importante destacar que la propuesta de este trabajo sobre la estructura organizacional y de los procesos administrativos de donación tiene como fin facilitar y mejorar la gestión de donación de órganos en beneficio de la sociedad Mexicana.

CAPITULO 1

*“El ideal de una sociedad es que todos sus integrantes
Tengan intereses comunes por cada una de las normas.
Mientras que en la evolución humana no se alcance esa meta,
Las necesidades socialmente condicionadas chocaran con las
Necesidades existenciales universales del individuo...”
(Dr. Rubén Argüero Sánchez)*

LAS ORGANIZACIONES Y LA ADMINISTRACIÓN

1.1 MARCO TEÓRICO

Este trabajo tiene por objeto el estudio de la estructura organizacional y administrativa de la Coordinación de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, por ello es importante abordar los aspectos básicos y relevantes de la interacción que existe históricamente entre las organizaciones y su proceso administrativo, referencia que nos sirven de base para el desarrollo de nuestra unidad de análisis en este caso práctico, en el cual se definen también propuestas de mejoras.

1.1.1 Generalidades

Para comprender mejor el fenómeno administrativo de las instituciones de salud se hace necesario primeramente su análisis a través de la comprensión de las organizaciones tomando en cuenta sus características y los factores que influyen en estas para desarrollar sus actividades; no olvidando que las organizaciones están integradas por los individuos y que cada uno está conformado con valores y costumbres que influyen en la propia organización.

Es importante reconocer que los individuos no pueden vivir aislados, continuamente existe interacción entre sus semejantes lo que lo define como un ser social, estas interacciones se pueden realizar con un fin común u objetivos comunes que hacen necesario que los individuos se integren en organizaciones que les permitan lograr estos objetivos que aisladamente de manera individual sería imposible alcanzar.

Considerando lo anterior se menciona que la palabra *organización* viene del griego "órganon", que significa: instrumento, sin embargo este significado no define adecuadamente la *organización*, existe otra definición que va en relación con el significado de "organismo" el cual se compone de diversas partes con funciones específicas y coordinadas.

Existe otra definición la cual considera que la *Organización* como una entidad social que está orientada al logro de metas, y que tiene un sistema de actividad estructurado con límites identificables (Daft y Steers, 1999).

En otras palabras se considera que la organización es un sistema de actividades coordinadas y ejecutadas por 2 o más personas que tiene un fin común. Las organizaciones se conforman para que las personas que trabajan en ellas alcancen objetivos que no podrían lograr de manera aislada, debido a las limitaciones individuales.

1.2 EVOLUCION DE LAS ORGANIZACIONES

Las primeras organizaciones fueron la familia y pequeñas tribus nómadas, se establecen posteriormente las villas y las comunidades; más tarde estas evolucionan al sistema feudal y las naciones. Pero han sido más evidentes los cambios de las organizaciones durante el siglo pasado existiendo transformación de las pequeñas organizaciones familiares agrarias a nuevas organizaciones predominantemente industriales, conformando el surgimiento de grandes organizaciones formales.

Por lo tanto cada uno de nosotros formamos parte de estas organizaciones formales, como son las organizaciones laborales, organizaciones educativas, financieras, recreativas, de productos y servicios, etc. Y de alguna manera establecemos relaciones formales e informales dentro de estas organizaciones, porque gran parte de nuestro tiempo lo desarrollamos en ellas.

Entonces podemos considerar que alguna manera la evolución de las organizaciones se estableció conforme se hizo más complejo la estructura organizacional, pasando de un grupo familiar con una organización informal, a una organización social, comercial, asistencial, como son las universidades, los hospitales, las empresas, las organizaciones religiosas y militares por citar algunas.³

1.2.1 Tipos de organizaciones

Evidentemente existen una gran variedad de organizaciones tal es el caso de organizaciones empresariales, industriales, comerciales; organizaciones de servicios como son los bancos, universidades, hospitales, etc.; organizaciones militares, organizaciones públicas, las cuales pueden orientarse a bienes y productos. Todas las organizaciones de alguna manera ejercen presión sobre la vida de los individuos y forman parte integral del medio donde el hombre trabaja, se recrea, estudia y satisface sus necesidades.

Principios de una organización: Toda organización debe tener como principios básicos la eficiencia y la eficacia que se traducen en un adecuado funcionamiento interno.

Eficacia: una estructura organizativa es eficaz si permite la contribución de cada individuo al logro de los objetivos de la empresa.

Eficiencia: una estructura organizativa es eficiente si facilita la obtención de los objetivos deseados con el mínimo coste posible.

La organización formal: es el modo de agrupamiento social que se establece de forma elaborada y con el propósito de establecer un objetivo específico. Se caracteriza por las reglas, procedimientos y estructura jerárquica que ordenan las relaciones entre sus miembros.

³ F. E. Kast, J. E. Rosenzweig Administración en las organizaciones, editorial Mc Graw Hill, cuarta edición, México 2004. pp. 3-23

La organización informal: son las relaciones sociales que surgen de forma espontánea entre el personal de una empresa. La organización informal es un complemento a la formal si los directores saben y pueden controlarla con habilidad.

Organizaciones Sociales

Grupo de personas constituido formalmente para alcanzar, con mayor eficiencia determinados objetivos en común que individualmente no es posible lograr.

Sus objetivos son los fines o metas que pretenden alcanzar mediante el esfuerzo colectivo.

Estructura organizativa formal y sus características

1.- Especialización

Forma según la cual se divide el trabajo en tareas más simples y cómo estas son agrupadas en unidades organizativas.

2.- Coordinación y áreas de mando

Existen determinados grupos bajo el mando de un supervisor el cual coordina las tareas.

3.- Formalización

Grado de estandarización de las actividades y la existencia de normas, procedimientos escritos y la burocratización.

Factores que determinan como es una estructura organizativa formal

Tamaño: Si es una empresa grande es evidente que la organización es más compleja que requiere de una formalidad en sus relaciones, así como una mayor en sus tareas.

Tecnología: La tecnología condiciona el comportamiento humano como la propia estructura organizativa.⁴

⁴ E. Reig, J. Fernández Los recursos Humanos en las organizaciones Thompson editores 2003, España. pp. 5-6.

Entorno sectorial y social: Dependiendo del sector donde se desarrolla la organización será o no más simple o más compleja, por ejemplo no es lo mismo una empresa que está en el sector agrario que en el industrial; tal vez puede considerarse que si una organización se encuentra en un sector agrario pueda ser considerada más simple que una desarrollada en el sector industrial.

Es importante que consideremos que las organizaciones son entes sociales que tiene una estructura jerárquica con cargos arreglados en unidades; que están orientadas a ciertos objetivos y se caracterizan por una serie de relaciones entre los elementos: poder, control, división del trabajo, comunicación, liderazgo, motivación fijación y logro de objetivos que es la culminación de la actividad humana que la integra.

Las organizaciones pueden cambiar al tener crecimiento o al deteriorarse, pueden no progresar y pueden desaparecer, por lo que se considera que estas organizaciones son **dinámicas**. Cada cambio que se presenta en la organización viene acompañado de cambios de objetivos y ajuste en su estructura. Las organizaciones pueden ser **Conflictivas**, dentro del establecimiento de sus objetivos hay oposición, negociación e imposición entre los diversos intereses (propietarios, directivos, obreros, clientes, mandos medios, etc.).⁵

1.3 ADMINISTRACION Y TEORIA DE LA ORGANIZACIÓN

1.3.1 Antecedentes Históricos

Los conceptos administrativos y su práctica en las organizaciones ha sido el legado histórico de grandes hombres economistas, sociólogos, ingenieros, empresarios, etc. Que desde su punto de vista establecieron principios y métodos administrativos que forman parte de la estructura organizacional de empresas u organizaciones en la actualidad.

⁵ A. Aguirre, et al. Administración de las organizaciones. Fundamentos y Aplicaciones. Madrid: Pirámide, S.A., 1999. Pp.157-158

En este sentido, se pretende establecer una diferencia entre estos conceptos sin embargo no debemos dejar a un lado la íntima relación entre ambos, desde su evolución histórica. Se considera por algunos autores que el proceso administrativo se iniciara dentro de la organización familiar, expandiéndose a las tribus, clanes, grupos y sociedades hasta que finalmente penetrara a las unidades políticas formales como es el caso de las organizaciones actualmente.

La administración en la **antigüedad** se apoyo en el principio de ensayo y error, sin bases teóricas y sin que exista evidencia de intercambios de ideas, considerándose que el nacimiento de los primeros principios administrativos nacieron de la necesidad de alcanzar metas propuestas y que estos principios fueron descubiertos por los individuos en la medida en que ellos intentaban alcanzar objetivos deseados. Se considero que en la época antigua el pensamiento administrativo pudo haberse iniciado con Platón y Aristóteles.

En el **periodo medieval** se establece el renacimiento, se da inicio a los primeros conceptos sobre organización y administración. En el **Siglo XVI** Tomas Moro contribuyo con sus escritos sobre de administración de una sociedad ideal, que como tal no se describe en su libro Utopía pero que sirve de base para la evolución futura de la administración y la organización. Nicolás Maquiavelo, contemporáneo de Moro no aceptaba la doctrina humanista sus escritos definen los principios del poder y mando aplicables a casi todo esfuerzo programado y proyectado. Basados en sus 2 principales escritos "El príncipe" y "Los discursos se desprenden algunos principios administrativos y organizacionales: Dependencia de la aprobación de masas, cohesión, Liderazgo, y derecho a la supervivencia. Este periodo comprende el primer sistema real de las prácticas y del pensamiento administrativo. A principios del **Siglo XVIII** los acontecimientos históricos influyeron sobre las prácticas administrativas, de los más importante documentados se encuentran el crecimiento de ciudades, la aplicación del principio de especialización, uso de la imprenta topográfica, y el inicio de la revolución industrial, que introdujo técnicas de manufactura y nuevos enfoques en la administración.

Dos ejemplos de estos nuevos enfoques en la administración se encontraron en la fundición de Soho, de Boulton y Watt y en New Lanark Mill de Robert Owen. Owen considero el valor humano dentro de la industria considerando que la calidad del producto de un trabajador es influenciado por el ambiente interno y externo. En el **siglo XIX** los autores escriben los conceptos y principios básicos de la administración, describen también las funciones gerenciales, conceptos administrativos y establecen las teorías de la administración.⁶

1.3.2 Administración científica

A finales del siglo XIX se inicia el movimiento de la administración científica la cual fue impulsada por Frederick W. Taylor quien poseía una fuerte influencia de la ética protestante predominante en esa época; Taylor considero en sus escritos que el trabajo se podía analizar científicamente, haciendo a la administración responsable de proporcionar los lineamientos específicos para el desempeño del trabajador, buscando la eficiencia del trabajador. Consideraba que era necesaria la aplicación del método científico en los procesos administrativos para que estos no se basaran en reglas empíricas; determinando los principios de administración que a continuación de enumeran:

- 1.- Desarrollar una ciencia para cada elemento del trabajo humano, que reemplace la antigua regla de "a ojo de buen cubero".
- 2.- Seleccionar al trabajador científicamente y después capacitarlo, enseñarle y desarrollarlo, a diferencia del pasado cuando el propio trabajador escogía su trabajo y se adiestraba el mismo como podía.
- 3.- Cooperar con el potencial humano de manera que se asegure que todo trabajo se realice de acuerdo a los principios de la ciencia desarrollada.
- 4.- Dividir la responsabilidad entre la administración y los trabajadores. La primera asumirá todas las funciones, para las que está mejor capacitada que los trabajadores.

⁶ Claude S. George, Lourdes Álvarez, Historia del pensamiento administrativo, Person-Educación, México 2005. Pp. 1-69

De acuerdo a estos principios la administración científica tuvo un impacto importante entre las relaciones de los trabajadores con su trabajo. La administración científica exigía que los administradores planearan, organizaran y controlaran el desempeño del trabajo.

Para Taylor, la administración científica involucra una revolución mental de parte de los trabajadores de cualquier organización hacia la responsabilidad de su trabajo, hacia los demás hombres y hacia sus patrones; pero también involucra una revolución mental de parte de los administradores sobre su responsabilidad hacia sus compañeros trabajo administrativo, hacia los trabajadores y hacia todos los problemas diarios, por tanto si no existe esta responsabilidad de ambos lados la administración científica no existe.⁷

Los 13 fines de la administración científica

- 1.- Medir tendencias industriales y del mercado para regularizar las operaciones, para conservar la inversión, la empresa y los empleos.
- 2.- Asegurar al empleado, no sólo el empleo si no también la oportunidad de ganancias mientras esté incluido en la nómina.
- 3.- Ganar a través de técnicas productivas y administrativas para evitar desperdicios, un mayor ingreso de un gasto dado de energía de material y humana, que será compartido a través de salarios y utilidades tanto por los trabajadores como por la administración.
- 4.- Niveles de vida más altos a los trabajadores como resultado de mejores ingresos.
- 5.- Asegurar para el trabajador un hogar y una vida social mediante aumentos en su ingreso.
- 6.- Asegurar condiciones de trabajo saludables, social e individualmente agradables.

7.- Asegurar mayor oportunidad de desarrollo por medio de capacitación, actualización y adiestramiento del trabajador.

8.- Asegurar a través de la capacitación y su instrucción oportuna para promociones del trabajador a puestos más altos.

9.- Desarrollar la autoexpresión y la autorrealización entre los trabajadores a través de su propio trabajo en lo particular y por lo planes y métodos del trabajo en lo general.

10.- Desarrollar la autoexpresión y autorrealización mediante estímulos para la investigación y evaluación por adquirir nuevos conocimientos y por la comprensión de los planes y métodos; además, promover la libertad de las relaciones verticales y horizontales provistas por la organización funcional.

11.- Modelar el carácter mediante la conducta apropiada del trabajo

12.- Promover la igualdad y equidad en la asignación de salarios y en cualquier otra cosa.

13.- Eliminar aquellos factores del medio ambiente que sean irritantes y causas de fricción, y promover la comprensión común, la tolerancia y el espíritu de equipo.^{7,8}

⁷ F. E. Kast, J. E. Rosenzweig Administración en las organizaciones, editorial Mc Graw Hill, cuarta edición, México 2004. pp. 60-65

⁸ Z. Torres Hernández, Teoría General de la administración, Editorial Patria. Primera Edición 2007. México. pp. 74-85.

1.3.3 Teoría clásica de la administración

Las nuevas aportaciones administrativas ocurrieron en el contexto de la Primera Guerra Mundial, en Europa a través de Henri Fayol, quien observaba la administración como una actividad común en todas las organizaciones humanas, las cuales requieren de planificación, organización, dirección, coordinación y control.

Estos conceptos debían ser enseñados en escuelas y universidades. Fayol definió a la administración como un conjunto de todas las operaciones que se desarrollan en la empresa, y que se subdivide en subsistemas o grupos:

- 1.- Técnicos (producción, manufactura, adaptación)
- 2.- Comerciales (Compra, venta e intercambio)
- 3.- Financieros (búsqueda y uso óptimo de capital)
- 4.- Contables (protección de propiedad y personas)
- 5.- De seguridad (inventarios, hojas de balance y estadísticas)
- 6.- **Administrativos (planificación, organización, dirección, coordinación y control).**

Sin duda Fayol propuso la primera teoría administrativa completa y comprensiva que podía ser aplicada a cualquier organización, ya incluía principios, elementos, procedimientos y técnicas probadas basadas en su experiencia práctica. Observaba a la organización como una identidad abstracta o legal la cual era dirigida por un sistema racional de reglas y autoridad, y considero que el trabajo del administrador incluía 5 facetas: planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar.

14 Principios Administrativos de Fayol

- 1.- División del trabajo (la especialización pertenece al orden natural)
- 2.- Autoridad y responsabilidad (derecho de dar órdenes y poder exigir obediencia)

- 3.- Disciplina (es la que los líderes hacen)
- 4.- Unidad de mando (un trabajador debe recibir órdenes de un solo superior)
- 5.- Unidad de Dirección (sólo debe existir una sola cabeza, y un plan conjunto para las Actividades que tengan el mismo objetivo.
- 6.- Subordinación del interés individual al general (el interés de un empleado o grupo No deberá prevalecer sobre los de la organización).
- 7.- Remuneración (justa, razonable, recompensa al esfuerzo).
- 8.- Centralización Pertenece al orden natural)
- 9.- Cadena de mando (Línea jerárquica de mando superior hasta el nivel más bajo)
- 10.- Orden (un lugar para cada uno y uno para cada lugar)
- 11.- Equidad (la equidad y el sentido de justicia deben prevalecer en la organización)
- 12.- Estabilidad del personal (tiempo para que un empleado se adapte a su trabajo)
- 13.- Iniciativa (En todos los niveles de la estructura organizacional, el empeño y el Esfuerzo se complementan con la iniciativa).
- 14.- Espíritu de equipo (la unión hace la fuerza).

Estos principios fueron considerados por Fayol como flexibles y modificables, adaptables a las diferentes necesidades que presente la organización, la cual cambia con el tiempo y los principios también. ^{9, 10}

⁹ Z. Torres Hernández, Teoría General de la administración, Editorial Patria. Primera Edición 2007. México. pp. 96-107

¹⁰ F. E. Kast, J. E. Rosenzweig Administración en las organizaciones, editorial Mc Graw Hill, cuarta edición, México 2004. pp. 60-65

1.3.4 Teoría Organizacional

Derivada de la teoría clásica de la administración, nace la Teoría de la organización que considera a la administración como una ciencia. La teoría Organizacional es un conjunto de modelos que pretenden explicar las relaciones entre los seres humanos (trabajadores, insumos (capital, tecnología, etc.), procesos (organización del trabajo) y la producción (productos y servicios obtenidos). De estos elementos involucrados es el ser humano el punto central en torno del cual giran los demás elementos, porque es el ser humano quien tiene la capacidad de razonar y manipular cada uno de estos elementos con el fin de llegar a obtener un objetivo.¹¹

Es importante esta relación entre organización y administración aun cuando a la última se le ha considerado como un concepto abstracto, sin embargo el administrador es un ser humano el cual establece la interacción con la organización con el fin de cumplir sus objetivos; por lo tanto mantendré esta interacción durante mi caso práctico.

Algunos autores coinciden que *la teoría de la organización* forma parte de las ciencias sociales, sin tener un claro origen de la misma, con enfoques diversos de sus defensores y de aquellos que la rechazan. En general se concibe la organización como una estructura. La manera de concebir la estructura organizacional está bastante influenciada por las concepciones antiguas de organización (como la organización militar y la eclesiástica) tradicionales, rígidas y jerarquizadas.

Fayol ya afirmaba la necesidad de una enseñanza organizada y metódica de la administración, de carácter general para formar mejores administradores, a partir de sus aptitudes y cualidades personales. Para Fayol, la organización abarca solamente el establecimiento de la estructura y de la forma, siendo por lo tanto, estática y limitada.

¹¹ E. Reig, J. Fernández Los recursos Humanos en las organizaciones Thompson editores 2003, España. pp. 6-7.

Para Mooney, "la organización es la forma de toda asociación humana para la realización de un fin común. La técnica de la organización puede ser descrita como la técnica de correlacionar actividades específicas o funciones en un todo coordinado". Para Mooney, como para Fayol y Urwick, la organización militar es el modelo del comportamiento administrativo. Así la preocupación por la estructura y la forma de la organización marca la esencia de la teoría clásica.

Es importante reconocer que la teoría de la organización y la administración han presentado cambios con el paso del tiempo, teniendo como base la teoría tradicional; sin olvidar que la investigación científica también ha sido la base de otras escuelas y teorías administrativas.

1.4 ENFOQUE SISTÉMICO DE LA ORGANIZACIÓN

Se ha definido un **Sistema** como un todo unitario organizado compuesto por 2 o más partes, componentes o subsistemas interdependientes y delineados por límites identificables de su supra sistema. Para integrar estos conceptos es necesario conocer algunos conceptos básicos de la teoría de los sistemas, la cual surge con los trabajos del alemán Ludwig von Bertalanffy, publicados entre 1950 y 1968.

Bertalanffy afirmaba que las propiedades de los sistemas, no pueden ser descritos en términos de sus elementos separados; su comprensión se presenta cuando se estudian globalmente.

En la actualidad el estudio de las organizaciones es un punto importante de análisis en las escuelas administrativas, ahora es posible que puedan interaccionar ambas teorías la Teoría de la administración y la Teoría de la organización desde un enfoque sistémico, lo que permite en general que la organización sea vista como: un sistema racional, como un sistema natural y como sistema abierto.

1.4.1 Tipos de sistemas y la organización

Claude S. George describe en su libro "historia del pensamiento administrativo" que existen diversos modelos de sistemas aplicados a las organizaciones y que a continuación se describen:

Modelos racionales cerrados

Este tipo de modelos incluye propuestas para administrar las organizaciones, sin tomar en cuenta la variedad e incertidumbre asociada al medio ambiente, este enfoque de la teoría organizacional clásica de modelo cerrado no explicaba de forma adecuada las interrelaciones de la organización con otros medios o con los fenómenos externos, autores como Taylor, Fayol, Weber sustentan este modelo, haciendo hincapié en la racionalidad técnico-económica. Este tipo de modelo era apropiado para el nivel operativo pero no para los niveles de coordinación y estrategia.

Modelo Natural Cerrado

Estos modelos incluyen propuestas para comprender los procesos y relaciones en el ámbito individual, de grupo y colectivo, en lugar de establecer una mejor manera de hacer las cosas. Nuevamente al ser una organización cerrada, no se analiza la relación con el exterior. Se encuentra grupos informales y los sistemas interpersonales de poder, que son seres humanos con múltiples intereses asociado al medio externo que muy probablemente no coincidan con los de la organización.

Modelos racionales Abiertos

Estos modelos determinan como administrar a las organizaciones reconociendo la influencia del medio externo para modificar sus funciones, planes y formular estrategias que dirijan a la organización a sus objetivos. En este modelo se identifican la estructura formal como base para ser una organización eficiente y eficaz.

Modelos Naturales abiertos

Estos modelos buscan comprender los procesos y relaciones de la organización, da énfasis a la importancia del ambiente para determinar la estructura, comportamiento y oportunidades de la organización, desde este punto de vista el modelo crea un papel más difícil para la administración ya que deberá enfrentar situaciones dinámicas e inciertas que la organización experimente, estas situaciones son influenciada por factores internos y externos.¹²

1.4.2 Características de las organizaciones como sistemas abiertos

Algunas características básicas de las organizaciones son: Son afectadas por el ambiente y dicho ambiente no tiene límites e incluye variables desconocidas e incontroladas. A la organización se considera como sistema abierto por intercambiar información, energía y materiales con su medio; adoptando la estructura determinada por su interacción con los sistemas que integran su medio ambiente: clientes, proveedores, bancos, gobierno.

Dentro de la organización también se crea un ambiente condicionante creado por los subsistemas y elementos que se integran en la organización; por lo tanto cuando pensemos en una organización pública o privada como un sistema debemos reconocer que dicha organización está compuesta por múltiples elementos interconectados de una manera compleja, en evolución permanente y bajo la influencia del medio exterior; por lo tanto debe ser orientado a objetivos generales.

¹² Claude S. George, Lourdes Álvarez, Historia del pensamiento administrativo, Person Educación, México 2005. Pp. 1-69

Las características de la organización deben ser definidas por la especie de situación en que necesita operar, consistente en la relación entre ella y los otros subsistemas, componentes del sistema mayor del cual parte, tal como si fuera un sociedad. Sus acciones se basan en roles, mantiene expectativas respecto al rol de los demás y envía a los demás sus expectativas.¹³

Características del enfoque sistémico de la organización

Subsistemas o componentes: Un sistema se compone de partes

Holismo, sinergia, organicismo y gestalt: Holística es lo contrario a elementarismo, considera al total como la suma de sus partes individuales.

Puntos de vista de los sistemas abiertos: Los sistemas pueden ser considerados como sistemas abiertos o sistemas cerrados.

Modelo de entrada y transformación de salida: El sistema abierto se considera como un modelo de transformación, respondiendo en forma dinámica al los cambios del medio ambiente, recibe varias entradas, las transforma y exporta productos.

Límites del sistema: Existen límites que separan a los sistemas de los ambientes, el sistema cerrado presenta límites rigiéndose impenetrables. El sistema abierto tiene límites permeables entre sí y su supra sistema.

Entropía negativa: La tendencia natural hacia la pérdida de orden.

Estado estable, equilibrio dinámico, homeostasis: Considerar llegar a un equilibrio dinámico a pesar de contar con máxima entropía.

¹³ Joaquín Rodríguez Valencia Estudio de sistemas y Procedimientos Thompson Editores, México. 2007. pp 6-10

Realimentación: A través de la información del sistema sobre sus procesos, se trata de mantenerlo estable, considerando los cambios necesarios de acuerdo a la información obtenida, esta realimentación puede ser positiva o negativa.

Jerarquía: Un sistema está formado por subsistemas de menor orden y es también parte de un supra sistema consecuentemente existe una jerarquía en estos componentes.

Elaboración interna: dependiendo del tipo de sistema su estructura interna podrá dirigirse hacia la desorganización o hacia el logro de un mayor desarrollo y organización más alta.

Búsqueda de objetivos múltiples: Muchas organizaciones sobre todo las sociales consideran tener múltiples propositivos, esto puede deberse a que estas organizaciones están integradas por individuos con diferentes valores.

Equifinalidad de los sistemas abiertos: Considera que ciertos resultados podrán ser alcanzados con ciertas condiciones iniciales y por medios divergentes, quiere decir que las organizaciones sociales logran sus objetivos con entradas diversas y con actividades internas y variadas (proceso de conversión).¹⁴

Podemos concluir que las organizaciones son vistas como sistemas dentro de sistemas, estos sistemas son complejos, compuestos de elementos colocados en interacción, produciendo un todo que no puede ser comprendido solo si se toma una o unas de las partes independientemente. Por lo tanto la organización se debe enfocar como un sistema que se caracteriza por todas las propiedades esenciales a cualquier sistema social.

¹⁴ Fremont E. Kast, Administración en las organizaciones enfoque de sistemas y contingencias Mc Graw-Hill cuarta edición, pág. 107 -120.

La unidad de estudio y análisis de este caso práctico es el proceso administrativo de la Coordinación Hospitalaria de Donación de órganos, los conceptos de las teorías administrativas y organizacionales sirven de marco para una mejor comprensión del mismo.

Porque como se puede ver, actualmente se conforman toda clase de organizaciones (públicas y privadas) y que integran el Sistema Nacional de Salud, dentro de este gran sistema existe un subsistema que es el ISSSTE y a su vez este subsistema tiene otro subsistema que es el Hospital regional primero de octubre donde realiza sus actividades la Coordinación hospitalaria de Donación.

Las actividades y la composición estructural de la Coordinación Hospitalaria de donación de órganos es influenciada por múltiples factores internos y externos, los cuales impactan sobre el alcance de los objetivos institucionales (ISSSTE), los objetivos del centro Hospitalario (H:R: 1º de Octubre) y del servicio mismo.

CAPITULO 2

*Si todos piensan de la misma forma,
Entonces nadie está pensando.
(George Patton)*

PROCESO ADMINISTRATIVO DE LAS ORGANIZACIONES

Primero es importante establecer el concepto de Proceso y administración, se ha definido al proceso como la forma sistemática de realizar las cosas y a la administración es el proceso de planificar, organizar, dirigir y controlar las actividades de los miembros de la organización.

Así podemos concluir una definición para los conceptos antes mencionados:

Proceso: Serie de pasos para conseguir un fin determinado, y en consecuencia el

Proceso administrativo: Conjunto de etapas o pasos consecutivos para lograr un fin determinado.

Diversos autores han considerado ciertos elementos en el proceso administrativo con históricamente encontramos a los siguientes autores:

De acuerdo a Reyes Ponce en su libro "Administración de empresas" Henri Fayol considero 5 elementos en el proceso administrativo: previsión, organización, comando, coordinación y control. Lyndall F. Urwick considero 7 elementos: Investigar, Previsión, Planeación, organización, coordinación, mando y control. John E. Mee considera: planeación, organización, motivación y control. Agustín Reyes Ponce considera: planeación, integración, dirección y control. But K. Scanian propone los siguientes elementos: Planeación, organización, dirección, control. En general considerando estos autores seleccionamos los siguientes elementos del proceso administrativo: Planeación, Organización, ejecución y Control.

1. **PLANEACIÓN** para determinar los objetivos en los cursos de acción que van a seguirse (misión, visión, objetivos, valores, estrategias, programas, políticas y procedimientos).

2. **LA ORGANIZACIÓN** para distribuir el trabajo entre los miembros del grupo y para establecer y reconocer las relaciones necesarias (Departamentalización, división del trabajo y descripción de puestos).
3. **LA EJECUCIÓN** por los miembros del grupo para que lleven a cabo las tareas prescritas con voluntad y entusiasmo (Integración de recursos, toma de decisiones, supervisión, motivación comunicación y liderazgo).
4. **EL CONTROL** de las actividades para que se conformen con los planes (Fijar estándares, medición, corrección y realimentación).

2.1 PLANEACIÓN

Para los jefes y coordinadores así como para el grupo de empleados es importante decidir o estar identificado con los objetivos que se van a alcanzar. En administración, se formula un plan o un patrón integrando predeterminando de las futuras actividades, esto requiere la facultad de prever, de visualizar, del propósito de ver hacia delante.¹⁵

ACTIVIDADES IMPORTANTES DE PLANEACIÓN

- a. Aclarar, amplificar y determinar los objetivos.
- b. Pronosticar.
- c. Establecer las condiciones y suposiciones bajo las cuales se hará el trabajo.
- d. Seleccionar y declarar las tareas para lograr los objetivos.
- e. Establecer un plan general de logros enfatizando la creatividad para encontrar medios nuevos y mejores de desempeñar el trabajo.
- f. Establecer políticas, procedimientos y métodos de desempeño.
- g. Anticipar los posibles problemas futuros.
- h. Modificar los planes a la luz de los resultados del control.

¹⁵ Agustín Reyes Ponce Administración de empresas teoría y práctica, primera parte Edit. Limusa. México. 2005. Pp57-68.

2.1.1 PLANEACIÓN ESTRATÉGICA

Un común denominador de todos los individuos y organizaciones de éxito es que establecen metas identificables, realista que requieren sean formulados planes para alcanzarlas. La esencia de la administración es alcanzar una meta declarada. Si no se busca un propósito o resultado final, no hay justificación para la planeación administrativa. Desde el punto de vista práctico, los objetivos tienden a perderse en el tráfico de la actividad administrativa.

2.1.2 LOS OBJETIVOS

Un objetivo administrativo es la meta que se persigue y sugiere la dirección a los esfuerzos de planeación de un Jefe (Gerente). Esta definición incluye 4 conceptos, desde el punto de vista del gerente, son:

1. Meta, es la mira que va a perseguirse y deber ser identificada en términos claros y precisos. No se habrá de confundir una meta con el área general de actividades deseadas, el hacerlo así pone en énfasis en los medios, no en la mira.
2. Ámbito de la meta que se persigue está incluida en la declaración de los límites o restricciones objetivas que deberán observarse.
3. Así mismo un objetivo connota un carácter definitivo. Los propósitos declarados en términos vagos o de doble significado tienen poco o ningún valor administrativo porque están sujetos a varias interpretaciones y con frecuencia el resultado es confusión y disturbio.
4. La dirección está indicada por el objetivo, que muestra los resultados que deben buscarse y aparta esos resultados de los muchos objetivos posibles que de otra forma podrían buscarse.

Esta dirección proporciona los cimientos para los planes estratégicos apropiados que deben formularse para alcanzar los objetivos. Los objetivos inapropiados e inadecuados pueden retardar el éxito de la administración y bloquear las operaciones en cualquier organización.

Una sugerencia provechosa para todo directivo es concentrarse periódicamente y reiterar los objetivos buscados y luego determinar si la acción que en la actualidad se sigue esta en verdad contribuyendo al logro de esas metas. Tal práctica ayuda a minimizar las dificultades que tienen muchos miembros de la administración y sus subordinados para saber cuáles son sus objetivos actuales, identificándolos tanto para ellos como para sus asociados, poniéndolos al día y usándolos con eficiencia en su trabajo administrativo.¹⁶

TIPOS DE OBJETIVOS

En toda organización hay muchos objetivos pero algunos objetivos comunes a todas las organizaciones incluyen los que siguen:

1. Proporcionar varios productos y servicios.
2. Estar delante de la competencia.
3. Crecer.
4. Aumentar las utilidades, aumentando las ventas y disminuyendo los costos.
5. Proporcionar bienestar y desarrollo a los empleados.
6. Mantener operaciones y estructura organizacional satisfactoria.
7. Ser un ciudadano empresarial socialmente responsable.
8. Desarrollar el comercio internacional.

¹⁶ Luis A. Valdés Hernández, Planeación estratégica con enfoque sistémico, Fondo editorial FCA-UNAM primera edición agosto 2005.

CLASIFICACIÓN DE OBJETIVOS SEGÚN EL TIEMPO

1. **Objetivos a corto plazo:** por lo general se extienden a un año o menos. Por ejemplo el objetivo de la compañía es alcanzar 3 millones de ventas brutas para el año 2003 y un objetivo personal de vender 3 nuevos contratos en el mes de marzo.
2. **Objetivos a mediano plazo:** Por lo general cubren periodos de 1 a 5 años por ejemplo crecer a 8 oficinas regionales del 2003 al 2008.
3. **Objetivos a largo plazo:** se extienden más allá de 5 años. Por ejemplo buscar establecerse en 10 países extranjeros para el año 2016.

OBJETIVOS EFECTIVOS POR ESCRITO

La redacción de un objetivo efectivo puede ser más difícil que el solo escribir unas cuantas palabras que deban ser entendidas por todos.

En consecuencia, los objetivos deben ser redactados tan cuantitativamente como sea posible sin detallar en exceso de manera que el receptor sea incapaz de usar su creatividad e iniciativa personal en la realización del objetivo.

JERARQUÍA DE LOS OBJETIVOS

Para toda empresa existe una jerarquía de objetivos. Esta puede abarcar los objetivos que se refieren a las empresas en general como las que se relacionan con los deseos de los clientes al igual que con él público y la sociedad en general. Sin embargo la jerarquía contiene más comúnmente solo los objetivos dentro de la empresa.

El nivel superior de la organización es el que proporciona el objetivo para todos los esfuerzos organizacionales, sin embargo este objetivo se encuentran relacionado a los objetivos departamentales, de áreas e individuales, depende la prioridad e importancia es que se establecen como objetivos primordiales de la organización. La realización de cada objetivo subsidiario debe contribuir a la realización de su respectivo objetivo inmediato superior, proporcionando así un patrón de objetivos totalmente integrado y armonioso para todos los miembros de la empresa.¹⁷

GUÍAS PARA LOS OBJETIVOS

Los objetivos administrativos, deben instituirse con gran cuidado, tienen una mejor oportunidad de ser realizados cuando se toman en cuenta las siguientes orientaciones:

1. Los objetivos deben ser el resultado de la participación de los responsables de su realización. Los que están cerca de la situación probablemente conocen mejor lo que puede realizarse. Las personas que ayudan a formular los objetivos tienen un fuerte compromiso por alcanzarlos. Además ganan la sensación de pertenecer y de importancia. Cuando los objetivos son impuestos por la alta gerencia cuando se enfrenta una crisis seria, habrá de explicarse la razón para esto y el subordinado debe tener oportunidad de ayudar a determinar el objetivo expresado.
2. Todos los objetivos en una empresa deben apoyar los objetivos generales de la empresa. La congruencia de los objetivos ayuda a lograr la unidad de esfuerzos.
3. Los objetivos deben tener cierto alcance. La mayoría de las personas se sienten más satisfechas y trabajan mucho mejor cuando existe un reto razonable.

¹⁷ Fremont E. Kast, Administración en las organizaciones enfoque de sistemas y contingencias Mc Graw-Hill cuarta edición, pág. 504- 534.

4. Los objetivos deben ser actualizados al igual que innovadores de acuerdo a los momentos históricos que vive la empresa.
5. Los objetivos deben ser realistas, el objetivo no solo necesita ser razonable para la persona responsable de su realización sino también realista a la vista tanto de las restricciones del entorno interno como del externo en un caso dado. Por lo general un objetivo sencillamente expresado puede recordarse, mientras que una descripción larga y detallada pronto se olvida.
6. El número de objetivos establecidos para cada miembro de la administración debe ser limitada ya que si son muchos pueden causar confusión, negligencia y deficiencia.
7. Los objetivos deben ser jerarquizados de acuerdo con su importancia relativa.

En general las organizaciones públicas y privadas llevan a cabo este proceso administrativo en todas sus actividades y en sus diversos departamentos, con el fin de poder cumplir con sus metas y sus objetivos. El establecer los procesos administrativos en las organizaciones va dirigido a que dicha organización sea más eficiente, sea competitiva, ofrezca productos y servicios con calidad; entonces podemos concluir que dentro de una organización la fuerza primordial es la administración la cual debe coordinar los recursos humanos y materiales para un mejor desempeño organizacional no solo de los resultados actuales, también de los futuros tomando en cuenta que el ambiente externo es un factor que puede modificar la estructura interna de la propia organización.

2.2 ORGANIZACIÓN.

Después de que la dirección y formato de las acciones futuras ya hayan sido determinadas, el paso siguiente para cumplir con el trabajo, será distribuir o señalar las necesarias actividades de trabajo entre los miembros del grupo e indicar la participación de cada miembro del grupo. Esta distribución del trabajo esta guiado por la consideración de cosas tales como la naturaleza de las actividades componentes, las personas del grupo y las instalaciones físicas disponibles.

Estas actividades componentes están agrupadas y asignadas de manera que un mínimo de gastos o un máximo de satisfacción de los empleados se logre o que se alcance algún objetivo similar, si el grupo es deficiente ya sea en él numero o en la calidad de los miembros administrativos se procuraran tales miembros. Cada uno de los miembros asignados a una actividad componente se enfrenta a su propia relación con el grupo y la del grupo con otros grupos de la empresa. ¹⁸

ACTIVIDADES IMPORTANTES DE LA ORGANIZACIÓN.

- a. Subdividir el trabajo en unidades operativas (departamentos)
- b. Agrupar las obligaciones operativas en puestos
- c. Reunir los puestos operativos en unidades manejables y relacionadas.
- d. Aclarar los requisitos del puesto.
- e. Seleccionar y colocar a los individuos en el puesto adecuado.
- f. Utilizar y acordar la autoridad adecuada para cada miembro de la admón.
- g. Proporcionar facilidades personales y otros recursos.
- h. Ajustar lá organización a la luz de los resultados del control.

¹⁸ Agustín Reyes Ponce Administración de empresas teoría y práctica, segunda parte Edit. Limusa. México. 2005. Pp. 211-252.

2.3 DIRECCIÓN Y EJECUCIÓN.

Para llevar a cabo físicamente las actividades que resulten de los pasos de planeación y organización, es necesario que el jefe tome medidas que inicien y continúen las acciones requeridas para que los miembros del grupo ejecuten la tarea. Entre las medidas comunes utilizadas directivos para poner el grupo en acción está dirigir, desarrollar a los gerentes, instruir, ayudar a los miembros a mejorarse lo mismo que su trabajo mediante su propia creatividad y la compensación a esto se le llama ejecución.

ACTIVIDADES IMPORTANTES DE LA EJECUCIÓN

- a. Poner en práctica la filosofía de participación por todos los afectados por la decisión.
- b. Conducir y retar a otros para que hagan su mejor esfuerzo.
- c. Motivar a los miembros.
- d. Comunicar con efectividad.
- e. Desarrollar a los miembros para que realicen todo su potencial.
- f. Recompensar con reconocimiento y buena paga por un trabajo bien hecho.
- g. Satisfacer las necesidades de los empleados a través de esfuerzos en el trabajo.
- h. Revisar los esfuerzos de la ejecución a la luz de los resultados del control.

2.4 CONTROL

El directivo o jefes siempre han encontrado conveniente comprobar o vigilar lo que se está haciendo para asegurar que el trabajo de otros está progresando en forma satisfactoria hacia el objetivo predeterminado. Establecer un buen plan, distribuir las actividades componentes requeridas para ese plan y la ejecución exitosa de cada miembro no asegura que la empresa será un éxito.

Pueden presentarse discrepancias, malas interpretaciones y obstáculos inesperados y habrán de ser comunicados con rapidez al gerente para que se emprenda una acción correctiva.

ACTIVIDADES IMPORTANTES DE CONTROL

- a. Comparar los resultados con los planes generales.
- b. Evaluar los resultados contra los estándares de desempeño.
- c. Idear los medios efectivos para medir las operaciones.
- d. Comunicar cuales son los medios de medición.
- e. Transferir datos detallados de manera que muestren las comparaciones y las variaciones.
- f. Sugerir las acciones correctivas cuando sean necesarias.
- g. Informar a los miembros responsables de las interpretaciones.
- h. Ajustar el control a la luz de los resultados del control.

INTERRELACIÓN ENTRE LAS FUNCIONES

En la práctica real, las 4 funciones fundamentales de la administración están interrelacionadas, el desempeño de una función no cesa por completo antes que se inicie la siguiente. Y por lo general no se ejecuta en una secuencia en particular, sino como parezca exigirlo la situación.

Al establecer una nueva organización el orden de las funciones será quizás como se indica en el proceso pero en una empresa en marcha, el gerente puede encargarse del control en un momento dado y a continuación de esto ejecutar y luego planear. La secuencia deber ser adecuada al objetivo específico.

Típicamente el Jefe se haya involucrado en muchos objetivos y estará en diferentes etapas en cada uno. Para el colaborador esto puede dar la impresión de deficiencia o falta de orden.

Por lo general se coloca mayor énfasis en ciertas funciones más que en otras, dependiendo de la situación individual. Así como algunas funciones necesitan apoyo y ejecutarse antes que otras puedan ponerse en acción. La ejecución efectiva requiere que se hayan asignado actividades a las personas o hayan realizado las suyas de acuerdo con los planes y objetivos generales, de igual manera el control no puede ejercerse en el vacío debe haber algo que controlar.

En realidad, en la planeación está involucrado el trabajo de organizar, ejecutar y controlar. De igual manera los elementos de organizar se utilizan en planear, ejecutar y controlar con efectividad. Cada función fundamental de la administración, afecta a las otras y todas están relacionadas para formar el proceso administrativo.

CAPITULO 3

*“Quien es capaz de vivir en
Sociedad y no tiene necesidad de
Ella, porque se basta a sí mismo,
Tiene que ser un animal o un dios”
Aristóteles*

ORGANIZACIONES Y SEGURIDAD SOCIAL

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define a la seguridad social como: “La protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición de una fuente de reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo o enfermedad general.”

El objetivo de la seguridad social es, de acuerdo con esta organización: “Velar porque las personas que están en la imposibilidad (sea temporal o Permanente) de obtener un ingreso, o que deben asumir responsabilidades financieras excepcionales, puedan seguir satisfaciendo sus necesidades, proporcionándoles, a tal efecto, recursos financieros o determinados bienes o servicios.”¹⁹

Las primeras instituciones en considerar modos de brindar seguridad fueron la iglesia y los ejércitos, quienes brindaban protección y apoyo a la familia de aquellos que iban a la guerra, existe aun en la actualidad instituciones religiosas que continúan brindando apoyo a la población general con hospitales, orfanatos, casas para la tercera edad y velatorios. Así se ha planteado originalmente a la seguridad social como un derecho humano, que poco a poco fue cobrando importancia a nivel mundial en relación al trabajo y su amparo ante situaciones de enfermedad, muerte o accidente del trabajador para evitar dejar desamparada a la familia; este concepto fue cobrando importancia en diversos países y las Naciones Unidas (ONU) para mantener en la población la justicia e igualdad, para poder desarrollarse.

¹⁹ Ver lo referente a Seguridad Social Organización Internacional del Trabajo, www.oit.org.mx, consulta 10 de julio 2008.

La ONU considera a la seguridad como un objetivo básico, y la conceptualiza en el texto del artículo 25 de la “Declaración Universal de los Derechos Humanos”: “Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.”²⁰

3.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN MEXICO

Podemos considerar como referencia de inicio a la época precolombina en la cual la seguridad social se concretaba al uso de medicina tradicional, promoción de la salud y protección del medio ambiente; este tipo de seguridad por así llamarle, era orientada por líderes religiosos y políticos, quienes establecían normas para cada comunidad. Estas normas y reglas que aseguraban el bien estar de cada integrante, por ejemplo, si alguno de los miembros de esta comunidad enfermaba o presentaba lesiones que no le permitieran continuar con sus labores tenía la garantía y el derecho de seguir percibiendo la parte correspondiente a los productos cosechados, por el resto de la comunidad. Posteriormente y después de la llegada de los españoles a México, la seguridad social recaía principalmente en los grupos religiosos que cuidaban de los enfermos y apoyaban con alimento a los desamparados de aquella época, utilizando el apoyo económico que les proporcionaba la clase social alta de la Nueva España.

En la época de la colonia se crearon las cofradías, las cuales eran sociedades de socorro mutuo, que debían ser aprobadas por la iglesia y cuyo fin era reunir miembros bajo un mismo sentimiento de piedad, fomentar el culto religioso y socorrer a compañeros cofrades, ancianos enfermos o lisiados, previo pago de cuotas establecidas, servicios como pagos de salarios a los trabajadores durante sus enfermedades, auxilio a viudas, asistencia médica y pago de entierros.

²⁰ Antonio Ruezga, Revista Latinoamericana de Derecho Social, Núm. 2, enero-junio de 2006.

Pero los primeros decretos de salud a favor de la sociedad se desarrollaron hasta el periodo comprendido entre 1810 y 1822, como una respuesta a la necesidad de seguridad social, sin embargo, es hasta 1846 cuando se crea el Consejo superior de Salubridad. En 1854 con las Leyes de Reforma más tarde en la Constitución de 1857, se establecen las bases de la seguridad social y en 1872 las Juntas de Salubridad Estatales y las Juntas de sanidad en los puertos cuyas acciones eran dirigidas a ciertos grupos de la población desprotegida.²¹

En 1894 se establece el Primer código sanitario concediendo al ejecutivo federal autoridad sobre puertos, fronteras y asuntos migratorios, posteriormente en 1899 entra en vigor la Ley de Beneficencia Privada para el distrito y territorios federales que establece una Junta que promueve y vigila los establecimientos de salud.

La Constitución de 1917 en su artículo 73, la Salubridad General recae en los poderes nacionales y se crea el Departamento de salubridad y Consejo de Salubridad General, esta misma constitución establece los derechos sociales incluidos en los derechos individuales y crea a través del artículo 123 las bases fundamentales de la seguridad social de los trabajadores.

En 1934 se establece la Ley de Coordinación y Cooperación de Servicios de Salubridad, que promueve convenios entre el Departamento de Salubridad Pública y los gobiernos de los estados para la creación de los Servicios Coordinados de Salud Publica. Para el año 1938 se crea la Secretaría de la Asistencia Pública.

En 1943 se crea por la fusión de Secretaría de la Asistencia Pública y del Departamento de Salubridad, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, y en este año se promulga la Ley del Seguro Social creándose el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

²¹ Manzanilla Linda, López Lujan Leonardo, Historia Antigua de México, 3v., México INAH, UNAM y Miguel Ángel Porrúa, 1994-1995.

En 1954 se crea la Comisión Nacional de Hospitales que orientan los programas de construcción de unidades hospitalarias. En 1959 el Presidente Adolfo López Mateos presenta la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE, iniciando sus actividades en enero de 1960.²²

Actualmente en nuestro país existen tres pilares fundamentales de la seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Sistema de Seguridad Social Popular (SISSP) creado en febrero de 2006.

El IMSS se ha constituido como la principal institución de seguridad social en México, hasta diciembre de 2005 se habían incorporado 47,536 miles de derechohabientes mediante el régimen obligatorio y el régimen voluntario, los cuales otorgan a la población beneficiada los seguros de riesgos de trabajo; enfermedades y maternidad; invalidez y vida; retiro, cesantía en edad avanzada y vejez y, guarderías y prestaciones sociales.

Por su parte, el ISSSTE atiende un total de 20,462 miles de derechohabientes que se benefician de los seguros de enfermedades y maternidad; riesgos del trabajo; jubilación; retiro por edad y tiempo de servicios; de invalidez; por causa de muerte; cesantía en edad avanzada; así como los servicios de medicina preventiva; rehabilitación física y mental; atención para el bienestar y el desarrollo infantil; turísticos, funerarios y servicios de créditos que comprenden préstamos a corto y mediano plazos y préstamos hipotecarios y financiamiento en general para vivienda.

El SISSP atiende a todas aquellas personas que trabajan por su cuenta y que están excluidas de los otros institutos de seguridad social, básicamente quienes se dedican a la agricultura, pequeños comercios, trabajadores no asalariados y por honorarios; ofreciéndole a la población beneficiaria un sistema de ahorro para el retiro, subsidios de vivienda y servicios médicos.

²² López A., Salud Pública en México, Septiembre-Octubre de 1993, Vol. 35 No. 5.

En materia de ahorro para el retiro se ha procurado atender a personas que viven en situación de pobreza extrema y que se encuentran incorporadas en el Programa Oportunidades, pretendiendo cubrir a 7 millones de personas entre los 30 y 69 años de edad.²³

Asimismo, en esta administración de Gobierno se otorga un apoyo para adultos mayores de 70 años, que a su vez, se encuentren incorporados a una familia inscrita en el Programa Oportunidades, por un monto de 250 pesos mensuales, beneficiando en la actualidad a un millón de personas. Los apoyos en materia de vivienda se prestan a través del Programa de Vivienda Popular para que la población derechohabiente pueda adquirir, construir, mejorar y equipar su vivienda. En el ramo de la salud, se beneficia a la población mediante el Sistema de Protección Social en Salud, para que tenga acceso efectivo, oportuno y de calidad a servicios de salud. Para su implementación, en este año se destinaron 17,137.4 millones de pesos y al segundo trimestre de 2006, se afiliaron al Seguro Popular más de 3.747 millones de familias, pretendiendo incrementar a la población beneficiada para que a fines de 2006 se encuentren afiliadas 5.2 millones de familias mexicanas.²⁴

3.2 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL ISSSTE

La Dirección de Pensiones Civiles y de retiro fue la predecesora del ISSSTE, como antecedente en 1959 se transforma y se adiciona el apartado B del artículo 123 constitucional, donde se incorporan las garantías que el Estatuto Jurídico de la FSTSE (Federación de Sindicatos de los Trabajadores al Servicio del Estado) había planteado para los servidores públicos.

²³ Lic. Zaragoza Sigler María, Seguridad Social, Senado de la República, 20 de Octubre 2006.

²⁴ González E., Barraza M., Gutiérrez C. y Vargas A., Sistemas de Protección Social en Salud "Elementos Conceptuales, financieros y operativos, segunda edición, Biblioteca de la Salud, SS, FUNSALUD, INSP, FCE.2006.

El mismo año, el presidente Adolfo López Mateos anunció que presentaría al Congreso de la Unión la iniciativa de Ley que daría origen al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, la cual fue discutida, aprobada y publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959, por lo que la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro se transforma, en 1960, en el ISSSTE. En 1960, el ISSSTE amparaba a 129 mil 512 trabajadores, 11 mil 912 pensionistas y 346 mil 318 familiares, es decir, un total de 487 mil 742 derechohabientes beneficiados con las 14 prestaciones que marcaba la nueva Ley.

De esta manera, con la Ley del ISSSTE, algunas prestaciones que habían sido complementarias pasaron a ser obligatorias para el Instituto. El patrimonio del ISSSTE se integró principalmente con las propiedades, derechos y obligaciones que formaban parte de la Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro, así como con sus fuentes de financiamiento.²⁵

La organización interna del Instituto en aquel entonces se conformó con dos órdenes de gobierno: la Junta Directiva (con participación del Estado y de la FSTSE) y la Dirección General de la cual dependían tres subdirecciones:

- ✓ Subdirección de Servicios Médicos
- ✓ Subdirección de Pensiones y Préstamos
- ✓ Subdirección Administrativa

Contaba con seis asesorías técnicas, configuradas como departamentos, que auxiliaban a la Dirección General en sus funciones: Departamento de Servicios Sociales, Departamento Jurídico, Departamento de Arquitectura y Planeación, Caja General, Auditoría Interna y Contaduría General.

²⁵ León V., Protección, previsión y seguridad social en México, Biblioteca jurídica virtual del instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM, www.juridicas.unam.mx

Con respecto a la atención en salud se ampliaron los beneficios; cubriendo los seguros de enfermedades profesionales y no profesionales, de maternidad, accidentes de trabajo y readaptación de inválidos. Inicialmente el ISSSTE adquirió Hospitales privados para desempeñar sus funciones, posteriormente en agosto de 1960, inició la construcción de las tres primeras clínicas en el Distrito Federal y compró el Centro Hospitalario 20 de Noviembre, con capacidad de 600 camas, que cubrían las necesidades de hospitalización y urgencias que antes se subrogaban.

El 8 de septiembre de 1965 la Junta Directiva aprobó el primer reglamento interior del ISSSTE que plasmaba su organización y funcionamiento. Antes de la creación de este reglamento el Instituto se regía únicamente por las disposiciones contenidas en la Ley, las que, por su índole, no era posible aplicar a las funciones de los diversos órganos del ISSSTE, recurriendo para complementarlas a las costumbres, al sentido común y al deseo de los funcionarios encargados de aplicarlas. Este reglamento, con vigencia de 1965 a 1983, no sufrió cambios y por lo tanto la estructura del Instituto que rigió durante ese periodo tampoco tuvo variaciones formales en su conformación orgánica, integrada por cuatro subdirecciones:

1. Prestaciones Médicas
2. Prestaciones Sociales
3. Prestaciones Económicas
4. Prestaciones Administrativas

El ISSSTE es actualmente la institución encargada de brindar seguridad social a más de 20 millones de mexicanos, por medio de un poco más de 2 millones de trabajadores y es la segunda institución en importancia en lo que se refiere a seguridad social en el país. Actualmente la estructura organizacional del ISSSTE se basa en una Dirección General y varias subdirecciones generales (administrativa, medica, etc.) y órganos desconcentrados como es el FOVISTE, TURISTE y el SITIF.

MISIÓN DEL ISSSTE

Contribuir a satisfacer niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y familiares derechohabientes, con el otorgamiento eficaz y eficiente de los seguros, prestaciones y servicios, con atención esmerada, respeto, calidad y cumpliendo siempre con los valores institucionales de honestidad, legalidad y transparencia.

VISIÓN DEL ISSSTE

Posicionar al ISSSTE como la institución que garantice la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de los derechohabientes, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.²⁶

3.2.1 DIRECCIÓN GENERAL MÉDICA DEL ISSSTE

La subdirección General Médica es la responsable de crear acciones para hacer más eficientes y eficaces los servicios de salud, desarrollando estrategias para mejorar la calidad de atención en todos los servicios de salud del ISSSTE; de manera que se cumpla cada uno de los programas del Plan de trabajo del ISSSTE. Existen diversos programas de trabajo en salud, uno de ellos es el Programa de Trasplante de Órganos y tejidos; el cual está dirigido a nivel Institucional por la Coordinación Nacional de Trasplantes. La Coordinación Nacional del Programa de Trasplante, coordina los trabajos relacionados con donación de órganos con fines de trasplante a nivel Nacional del ISSSTE tiene como propósito fundamental continuar desarrollando actividades inherentes a la Procuración de Órganos y Tejidos con fines terapéuticos con equidad y alta calidad para los derechohabientes.

3.2.2 COORDINACIÓN HOSPITALARÍA DE DONACIÓN HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE ISSSTE ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ACTUAL.

Desde 1988 se establece en el Hospital regional 1º de Octubre el programa de trasplante renal, iniciándose este año el trasplante renal de donador vivo relacionado, evolucionado a trasplante de donador vivo tanto relacionado como no relacionado, posteriormente para 2000 se crea en el ISSSTE la figura del Coordinador Hospitalario de Donación de órganos con fines de trasplante, con el fin de incrementar la donación cadavérica dentro del ISSSTE, este cargo fue asignado a personal de enfermería hasta este año que por primera vez se designa como Coordinador Hospitalario de Donación a un Médico especialista.

La Coordinación Hospitalaria de Donación y Trasplante se crea con la finalidad de identificar a posibles donadores de órganos, evaluarlos, darles seguimiento e intervenir en el mantenimiento del donador para preservar la función de los órganos con la finalidad de ser trasplantados, si los familiares aceptaran la donación de órganos. Todo este proceso requiere de trámites administrativos y legales que involucran aspectos éticos, morales y jurídicos, para lo cual debe existir la figura del Coordinador Hospitalario de Donación, quien realiza paso a paso el proceso de la donación.

Sin embargo, dentro de la estructura organizacional del ISSSTE no existe la Coordinación Hospitalaria de Donación, esta Coordinación realiza sus actividades sin tener un lugar administrativamente reconocido o específico dentro del Instituto, por control interno se considera que depende directamente de de la Subdirección Medica de cada Centro Hospitalario, y a su vez todas la Coordinaciones Hospitalarias de Donación están supervisadas por la Coordinación Nacional de Trasplante del ISSSTE que depende de la Subdirección General Medica del Instituto.²⁶

²⁶ Información Institucional, ISSSTE 2008. www.issste.gob.mx

De acuerdo a los registros que existen en el Hospital Regional 1º de Octubre durante el periodo comprendido de 1989 al año 2008 se han concretado un total de 10 donaciones cadavéricas, en una solo se logro procurar 2 riñones, en 2 se procuraron 2 riñones y 2 corneas, y en 7 solo 2 corneas. La última donación fue en Julio de este año. Tomando en cuenta esta información se concluye que se ha obtenido 1.25 donaciones al año, cifra muy por debajo de lo que se puede esperar en un centro hospitalario de tercer nivel con más de 300 camas censales y con un coordinador hospitalario de donación; donde se espera por lo menos 5 donaciones cadavéricas multiorganicas al año.²⁷

Es importante recalcar que para desarrollar adecuadamente el proceso de donación-se consideran múltiples factores, no solo el perfil del coordinador, la estructura organizacional del Instituto, la zona geográfica, los recursos materiales y humanos de cada centro hospitalario, sin embargo es importante que el que permanezca a cargo de la coordinación sea personal médico preferentemente intensivista, que pueda establecer la cooperación entre los diversos servicios que intervienen el proceso, identificando a los posibles candidatos de donación y anticipando en base a sus conocimientos los riesgos sanitarios y disfunciones que puede presentar el donador cadavérico. En el IMSS se ha consolidado el programa de donación cadavérica y poco a poco se ha cubierto este puesto con médicos intensivistas comprometidos con la institución y los derechohabientes; sin embargo en nuestro Instituto (ISSSTE), aun no se ha dado este cambio que es importante considerando que la productividad de nuestro hospital ha sido muy baja durante casi 2 décadas.

Es importante realizar las siguientes preguntas: ¿Por qué el IMSS presenta mejores tasas de donación y consecuentemente más trasplantes? ¿Qué estrategias requiere el ISSSTE para poder incrementar las donaciones cadavéricas y beneficiar a sus derechohabientes? ¿Cómo puede ser más eficiente y eficaz la coordinación hospitalaria de Donación de órganos? Para contestarlas es importante el desarrollo del presente trabajo. Sobre todo la propuesta realizada en el capítulo 5.

²⁷ Información Obtenida de expedientes del H. R. 1º. Octubre ISSSTE

3.3 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL SISTEMA NACIONAL DE TRANSPLANTE EN MEXICO (SNT)

Se define a un sistema como un conjunto de partes diversas que constituyen un todo organizado. Estableciendo esta definición podemos considerar que el SNT es el todo las diversas partes que lo conforman en parte operativa son: las distintas instituciones de salud pública y privada con licencia para procuración de órganos y licencia para trasplante de órganos.

Esta estructura organizacional de sistema tiene el apoyo normativo, jurídico y bioética en organismos reguladores como la Comisión Federal Contra Riesgos Sanitarios (COFEPRSI), la Secretaria de Salud (SS) CENATRA, la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales, el Consejo Nacional de Trasplante (CONT), Consejo Estatal de trasplante (COETRA), Centro Estatal de Trasplante (CEETRA) y la población en general. En cumplimiento con lo que establece la Ley, el CENATRA, vinculado con los Centros Estatales de Trasplantes (CEETRAS), los Consejos Estatales de Trasplantes (COETRAS) y las Coordinaciones institucionales, conforman un Sistema que favorece los mecanismos de donación.

El Instituto y en particular el H. R. 1º de Octubre están integrados al Sistema Nacional de Trasplante (SNT), el cual está formado por las diversas instituciones de salud públicas y privadas que cuentan con algún programa de trasplante y licencia para procuración de órganos, y todas estas Instituciones de salud se encuentran bajo la rectoría del Centro Nacional de Trasplante (CENATRA). En 1999 quedó conformado el Consejo Nacional de Trasplantes, y un año después, el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA). El CENATRA se crea con la finalidad de desarrollar un sistema y operar un programa con "la actuación oportuna y eficaz del personal de distintas instituciones y centros hospitalarios, con una filosofía humanista, contemplando lineamientos, políticas y procedimientos que faciliten la donación y el trasplante de órganos y tejidos".

El Centro Nacional de Trasplantes es responsable del desarrollo y la rectoría de un Sistema Nacional de Trasplantes (SNT) en el país. Es una estructura que reúne a todas las instituciones de salud (públicas y privadas) la sociedad e instituciones procuradoras de justicia a nivel estatal y federal para sumar esfuerzos y cumplir con un objetivo común que es obtener órganos y tejidos con fines de trasplante bajo principios fundamentales de gratuidad, altruismo, solidaridad, confidencialidad e información en beneficio de la sociedad mexicana.²⁸



Figura 1: Esquema que muestra la constitución del Sistema Nacional de Trasplante en México

A partir de su creación en 2000, el CENATRA tiene como principal actividad el establecer un modelo de donación y trasplantes que se adecúe y responda a las necesidades del sistema de salud mexicano, el cual está integrado por diferentes instituciones públicas, sociales y privadas, que realizan actividades de donación de órganos y trasplantes, sin embargo estas instituciones presentan diferentes visiones y mecanismos en la aplicación de los procesos de donación.

²⁸ Dib-Kuri A, et al. Trasplantes de órganos y tejidos en México, Rev. Invest. Clín. 2005; 57 (2): 163-169.

Esta diversidad de concepciones tiene que ser traspasada y unificada por el SNT, lo que implica un arduo trabajo de organización y la participación de todos los actores: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, servicios de salud de Petróleos Mexicanos, de la Secretaría de la Defensa Nacional, de la Secretaría de Marina, hospitales privados, de la Secretaría de Salud del Gobierno del DF y de las secretarías de salud estatales y federal. Para obtener mejores resultados en lo que respecta a donación de órganos, la rectoría del CENATRA tiene que impactar en cada institución de salud, considerando sus diferencias estructurales y organizativas.

Para lograrlo, es necesaria la suma de esfuerzos tanto del Gobierno y sus políticas públicas, las instituciones involucradas en el proceso, la sociedad médica y la sociedad en general, considerando que la obtención de órganos y tejidos para trasplante, requiere de procedimientos que se rigen bajo los principios bioéticos de gratuidad, altruismo, solidaridad, confidencialidad e información.

MISIÓN DEL CENATRA

El Centro Nacional de Trasplantes tiene como misión la emisión e implementación de políticas públicas en instituciones del sector salud, que organizadas en un Sistema Nacional de Trasplantes, incrementen el acceso a esta terapéutica para la población mexicana, procurando la oportunidad, legalidad y seguridad de los procesos de disposición de órganos, tejidos y células.

VISIÓN DEL CENATRA

El Centro Nacional de Trasplantes ha logrado la integración de un Sistema Nacional de Trasplantes con la participación de las instituciones que forman el Sector Salud. Este sistema se caracteriza por ofrecer a los ciudadanos que lo requiere la oportunidad efectiva de recibir un trasplante dentro de un marco jurídico eficiente y claro, con apego a los principios de equidad, altruismo y justicia.

ORGANIGRAMA DEL CENATRA

La estructura organizacional del CENATRA contempla en su organigrama la Dirección General de la cual derivan la Dirección del Registro Nacional de Trasplante y la Dirección de Planeación Enseñanza y Coordinación Nacional. De la Dirección deriva la Subdirección Administrativa y la Subdirección de Normas y Asuntos Jurídicos. De la Subdirección Administrativa deriva el Departamento de Recursos Humanos, Financieros y Servicios Generales.

De la Dirección de Registro Nacional de Trasplante deriva la Subdirección de Enlace Institucional y la Subdirección de Informática y medios electrónicos, de esta Subdirección se deriva el Departamento de Informática y Estadística. De la Dirección de Planeación, Enseñanza y Coordinación Nacional se deriva la Subdirección de Planeación, Evaluación y Enseñanza, y la Subdirección de Coordinación Nacional.

De la Subdirección de Planeación, Evaluación y Enseñanza se deriva el Departamento de Enseñanza, Difusión y Comunicación social.

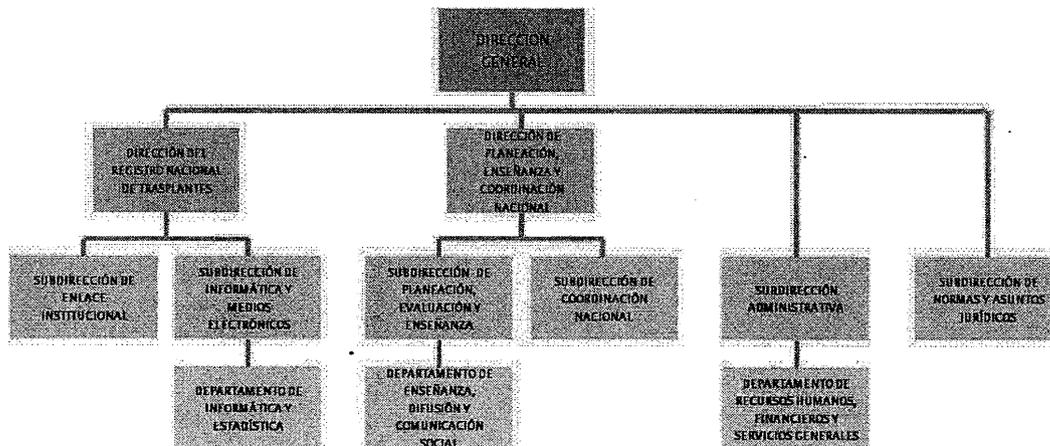


Figura 2 Organigrama del CENATRA, tomado de la página web: www.cenatra.sakud.gob.mx marzo 2009.

CÓDIGO DE CONDUCTA

Todo servidor público que labore en el Centro Nacional de Trasplantes, tendrá las siguientes obligaciones, para salvaguardar la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deben ser observados en el desempeño de su empleo, cargo o comisión, y cuyo incumplimiento se reportará a las instancias correspondientes, a efecto de proceder con el procedimiento y a las sanciones que correspondan.

1.- Cumplir con la máxima diligencia el servicio que le sea encomendado y abstenerse de cualquier acto u omisión que cause la suspensión o deficiencia de dicho servicio o implique abuso o ejercicio indebido de un empleo, cargo o comisión.

2.- Realizar el trabajo encomendado, de acuerdo a su empleo, cargo o comisión, y cumplir las leyes y otras normas que determinan el manejo de recursos económicos públicos.

3.- Utilizar los recursos que tengan asignados para el desempeño de su empleo, cargo o comisión, las facultades que le sean atribuidas o la información reservada a que tenga acceso por su función exclusivamente para los fines a que están afectos.

4.- Custodiar y cuidar la documentación e información que por razón de su empleo, cargo o comisión, conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso, impidiendo o evitando el uso, la sustracción, destrucción, ocultamiento o inutilización indebidas de aquellas.

5.- Observar buena conducta en su empleo, cargo o comisión, tratando con respeto, diligencia, imparcialidad y rectitud a las personas con las que tenga relación con motivo de éste.

6.- Observar en la dirección de sus inferiores jerárquicos las debidas reglas del trato y abstenerse de incurrir en agravio, desviación o abuso de autoridad.

7.- Observar respeto y subordinación legítimas con respecto a sus superiores jerárquicos inmediatos o mediatos, cumpliendo las disposiciones que éstos dicten en el ejercicio de sus atribuciones.

8.- Comunicar por escrito al titular de la dependencia o entidad en la que presten sus servicios, las dudas que tenga de las órdenes que reciba.

9.- Abstenerse de ejercer las funciones de un empleo, cargo o comisión después de concluido el periodo para el cual se le designó o de haber cesado, por cualquier otra causa, en el ejercicio de sus funciones.

10.- Abstenerse de disponer o autorizar a un subordinado a no asistir sin causa justificada a sus labores; así como de otorgar indebidamente licencias, permisos o comisiones con goce parcial o total de sueldo y otras percepciones, cuando las necesidades del servicio público no lo exijan.

CÓDIGO DE ÉTICA

Rendición de cuentas

Para el servidor público rendir cuentas significa asumir plenamente ante la sociedad, la responsabilidad de desempeñar sus funciones en forma adecuada y sujetarse a la evaluación de la propia sociedad. Ello lo obliga a realizar sus funciones con eficacia y calidad.

Entorno cultural y ecológico

Al realizar sus actividades, el servidor público debe evitar la afectación de nuestro patrimonio cultural y del ecosistema donde vivimos, asumiendo una férrea voluntad de respeto, defensa y preservación de la cultura y del medio ambiente de nuestro país, que se refleje en sus decisiones y actos.

Generosidad

El servidor público debe conducirse con una actitud sensible y solidaria, de respeto y apoyo hacia la sociedad y los servidores públicos con quienes interactúa. Esta conducta debe ofrecerse con especial atención hacia las personas o grupos sociales que carecen de los elementos suficientes para alcanzar su desarrollo integral, como los adultos en plenitud, los niños, las personas con capacidades especiales, los miembros de nuestras etnias y quienes menos tienen.

Igualdad

El servidor público debe prestar los servicios que se le han encomendado a todos los miembros de la sociedad que tengan derecho a recibirlos, sin importar su sexo, edad, raza, credo, religión o preferencia política.

Respeto

El servidor público debe dar a las personas un trato digno, cortés, cordial y tolerante. Está obligado a reconocer y considerar en todo momento los derechos, libertades y cualidades inherentes a la condición humana.

Liderazgo

El servidor público debe convertirse en un decidido promotor de valores y principios en la sociedad, partiendo de su ejemplo personal al aplicar cabalmente en el desempeño de su cargo público este Código de Ética y el Código de Conducta de la institución pública a la que esté adscrito. El liderazgo también debe asumirlo dentro de la institución pública en que se desempeñe, fomentando aquellas conductas que promuevan una cultura ética y de calidad en el servicio público. El servidor público tiene una responsabilidad especial, ya que a través de su actitud, actuación y desempeño se construye la confianza de los ciudadanos en sus instituciones.

3.4 PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

Es importante en todas las organizaciones establecer los procesos de cada uno de los programas, entendiéndose al proceso como los pasos por realizar para lograr una tarea determinada.

Para el programa de donación de órganos se consideran todos los pasos que desempeña un coordinador hospitalario de donación para obtener órganos con fines de trasplante.

El CENATRA considera esta propuesta del proceso de donación de órganos, considerando que el paciente se encuentra dentro de una unidad hospitalaria: todo posible donador de órganos es identificado y buscado principalmente en las áreas críticas del hospital; y se debe seguir el siguiente proceso:

1. Se establece el diagnóstico de muerte cerebral de manera clínica
2. Se realizan estudios confirmatorios de muerte cerebral (2 electroencefalogramas con una diferencia de 5 horas, puede realizarse angiografía cerebral).
3. Se certifica la pérdida de la vida con la documentación requerida tanto por la institución como por el CENATRA.
4. Se informa al CENATRA de la existencia de un paciente con muerte cerebral y posible donador de órganos.
5. El posible donador es evaluado por el Coordinador Hospitalario de donación, manteniéndose en constante comunicación con el médico tratante del servicio en donde se encuentra el paciente, e interviniendo para el mantenimiento del posible donador de órganos.

6. Se realiza entrevista familiar para realizar la petición de órganos.
7. Si acepta la familia donar se avisa al CENATRA o al COETRA para asignar los órganos y tejidos, y se contacta al grupo procurador, en caso de contar con programa de trasplante y grupo procurador se informa al CENATRA, que órganos se ofertan y que no serán utilizados.
8. Se completan los documentos oficiales establecidos por el CENATRA, se hace revisión del expediente clínico. Si la causa de muerte se relaciona con un hecho violento, se deberá dar aviso al ministerio público para que se anexe la documentación de donación a la averiguación previa.
9. Concluido el trámite se realiza la procuración de órganos en los hospitales autorizados y posteriormente se realiza la distribución de los mismos coordinada por el CENATRA.
10. Se entrega el cuerpo a la familia o al C. Agente del ministerio público en caso de ser un caso médico legal.²⁹

²⁹ Información obtenida de la página web del CENATRA www.cenatra.salud.gob.mx, marzo 2009. México.

CAPITULO 4

*Las fuerzas Naturales que se encuentra dentro de nosotros
Son las que verdaderamente curan las enfermedades
(HIPOCRATES)*

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LA ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTE (MODELO ESPAÑOL) COMO BASE DE SISTEMAS NACIONALES DE TRASPLANTE (ONT)

4.1 ANTECEDENTES

A nivel mundial se ha manifestado la necesidad de órganos y tejidos para trasplante con el fin de mejorar la calidad de vida de los receptores; sin embargo la escasez de órganos constituye el factor limitante fundamental de para este tipo de tratamiento. La demanda supera por mucho la donación de órganos, reduciendo el de enfermos beneficiados con un trasplante. Algunos países han tenido como respuesta a la aplicación de estrategias, elevaciones discretas o pasajeras de la donación, o incluso no han producido cambio alguno con su aplicación. A principio de los años noventa, España inició la aplicación de un modelo que fue diseñado muy específicamente para incrementar la donación de cadáver. La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) se creó en 1989, e indujo, entre otras medidas, la creación de una red nacional de coordinadores, entrenados específicamente, con un alto grado de motivación y con un perfil específico y distinto al de otros países europeos.

Tras la creación de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), España ha pasado de 14 donantes por millón de población (ppm) a 39 donantes por millón de persona (PMP), es decir que España tuvo una transición de índices medios bajos de donación en Europa, a índices más elevados, no solo de Europa, sino del mundo. La pregunta retorica es: ¿Cómo ha sido posible? La respuesta es ahora sencilla todo se debe a él internacionalmente denominado MODELO ESPAÑOL ("Spanish Model").³⁰

30 F. Morales Influencia del Modelo español en la República Dominicana, Nefrología Vol. XXI suplemento 4, 2001.

Este modelo es un conjunto de medidas adoptadas en este país para mejorar la donación de órganos. Dicho modelo, ampliamente descrito en la literatura científica, ha sido recomendado por la OMS y se está aplicando en diferentes partes del mundo con resultados muy similares. Sin embargo debemos considerar que para el éxito de este modelo se requirió la aplicación del mismo con un enfoque multidisciplinario, que engloba aspectos legales, éticos, económicos, políticos y médicos.

4.2 EL MODELO ESPAÑOL: PUNTOS BÁSICOS

Red Nacional de Coordinadores (Tres Niveles de organización)

La organización de la coordinación se estructura a tres niveles: **nacional, autónomo y hospitalario**. Los dos primeros niveles nombrados y financiados por la administración sanitaria nacional y autonómica, constituyen una verdadera interfaz entre los niveles políticos/administrativos y los profesionales y todas las decisiones técnicas se toman por consenso en una Comisión del Consejo Interterritorial formado por los responsables de la coordinación nacional y de cada una de las autonomías.

El tercer nivel recae en el coordinador hospitalario de trasplante el cual es médico con ocupación a tiempo parcial, cuenta con el apoyo del personal de enfermería. Los médicos coordinadores generalmente son intensivistas considerando la participación activa en los procesos de donación; está relacionado directamente con la dirección del propio hospital y no depende de los grupos de trasplante, desde el punto de vista funcional, está íntimamente ligado a la coordinación autonómica y nacional.

Programa de Calidad

El modelo español expone que se requiere más que un programa de calidad en el proceso de donación de órganos, la auditoría continua de muerte encefálica en las unidades de vigilancia intensiva, esto con el fin de determinar las causas o los factores que obstruyen la donación de órganos; estas auditorías debe ser llevada por los coordinadores de trasplante.

ONT como sistema de apoyo

La oficina central de la ONT actúa como agencia de servicios en apoyo de todo el sistema. Está encargada de la distribución de órganos, la organización de los transportes, el manejo de las listas de espera, las estadísticas, la información general y especializada y en general cualquier acción que pueda contribuir a mejorar el proceso de donación y trasplante.

Capacitación continúa

La ONT realiza un gran esfuerzo en formación continua, de todo el personal sanitario que participa en el proceso de donación de órganos y principalmente de los coordinadores. La capacitación continua se basa en cursos generales y específicos de cada uno de los pasos del proceso: detección de donantes, aspectos legales, entrevista familiar, aspectos organizativos, gestión, comunicación, etc.).

Financiamiento

El reembolso hospitalario lo realizan las administraciones autonómicas, que financian de manera específica y adecuada las actividades de obtención y trasplante de órganos. Sin este tipo de financiamiento sería imposible el mantenimiento de la actividad, sobre todo en los pequeños hospitales no trasplantadores.³¹

Difusión del programa

El modelo español se apoya en la difusión de la donación de órganos, a través de los medios de comunicación, esta estrategia de utilizar los medios de comunicación ha impactado de manera positiva para mejorar el nivel de conocimiento de la población española sobre la donación y el trasplante.

³¹ Rafael Matensanz, La política informativa de la ONT (España), Revista De trasplante, No. 2 septiembre a noviembre, 2003, pág. 21-24.

Existe además una línea telefónica de 24 horas (la misma de la ONT), reuniones frecuentes con periodistas, cursos de formación en comunicación para coordinadores, así como una rápida actitud de manejo de la publicidad adversa; esta difusión ha logrado a lo largo de estos años conseguir un clima positivo para la donación de órganos de la sociedad española.

Legislación

Una legislación adecuada, técnicamente similar a la de otros países occidentales, que contiene el marco jurídico del proceso de donación de órganos con fines de trasplante y que contenga la definición legal de la muerte encefálica, de las condiciones de extracción de órganos, de la ausencia de motivación económica, etc.

Es evidente que la implementación de todas estas medidas en un país o región es algo más que colocar coordinadores de trasplante y no son fáciles de llevar a cabo en su conjunto. Los resultados pueden verse muy influenciados porque se preste más o menos atención a algunos de estos factores o por las diferencias estructurales entre los distintos países.

4.3 IMPORTANCIA DEL COORDINADOR DE TRASPLANTES EN EL MODELO ESPAÑOL

El concepto de coordinador nació en los países anglosajones y del centro de Europa a principios de los ochenta, ya que se requería de esta figura para poder organizar y coordinar los procesos de donación y procuración de órganos con el fin de estos se mantuvieran en las condiciones más adecuadas. Más aún, el coordinador de la donación de trasplantes ha sido "profesionalizado" y la mayoría de los coordinadores son médicos calificados, principalmente especialistas en cuidados intensivos y nefrólogos, quienes dedican tiempo específicamente para la coordinación de trasplantes.

El sistema Español se adhiere a los principios de descentralización de los esfuerzos de coordinación de donadores por medio del uso de coordinadores regionales y el establecimiento de la procuración de órganos como la principal prioridad para los coordinadores nacionales, regionales y hospitalarios. Inicialmente se contemplo al coordinador en trasplante a nivel mundial como un apoyo en los procesos administrativos considerados como tediosos y rutinarios, abriendo esta área para personal no médico como enfermeras, técnicos, asistentes administrativos, trabajadores sociales, etc.³²

La gran mayoría de los primeros coordinadores fueron médicos especializados en nefrología. En general se contrató para esta tarea a nefrólogos jóvenes con el período de formación recién acabado y que casi siempre simultaneaban este trabajo con otras tareas más específicas de su especialidad.

En 1989 con la creación efectiva de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) se formaron una serie de profesionales fuertemente motivados y entusiastas, que en muy pocos años hicieron pasar a España de un puesto medio-bajo en el ranking europeo de donaciones de órganos (14 donantes por millón de habitantes (PMP) y año en 1989) al primer lugar del mundo con una diferencia sobre el resto de los países que no hace sino ampliarse año a año hasta alcanzar un máximo de 39 A 40 donantes PMP en 2008.

4.4 PERFIL DEL COORDINADOR DE TRASPLANTES EN ESPAÑA

La ONT se constituyó como una verdadera agencia de servicios para todo el Sistema Nacional de Salud, y se articuló a través de un esquema organizativo constituido por tres niveles de coordinación: **Nacional, Autónomo y Hospitalario.**

³² Fernández Lucas M, De Felipe C, Naya M, Gonzales-Posada JM, Matesanz R. Donación de órganos en España. Nephrol dial Transplant 1999; 14: 15-21

De estos tres eslabones, los dos primeros pasaron a tener unas misiones de carácter administrativo y organizativo en el ámbito supra hospitalario nacional o regional, mientras que los coordinadores hospitalarios pronto pasaron a ser los responsables de potenciar la donación de órganos en el interior de su hospital y desde luego, la pieza clave del sistema. El perfil de los coordinadores de trasplante, de acuerdo con las recomendaciones de la ONT, y desde luego sin pretensiones de uniformidad en todo el Estado es el siguiente:

A) Equipos de coordinación, composición y dedicación

Se recomienda que en los grandes hospitales con equipos de trasplante activos, la coordinación esté formada por un médico a tiempo parcial junto con un número de enfermeras igual al del número de programas de trasplante (riñón, hígado, corazón o pulmón), en este caso a tiempo total.

En los hospitales pequeños o medianos sin programa de trasplante pero con unidad de cuidados intensivos, la fórmula propuesta es la de un médico a tiempo parcial, ayudado o no de una enfermera dependiendo de la capacidad potencial de generación de donantes.

Uno de los aspectos más característicos, aunque también más controvertidos del modelo español es la dedicación parcial de los coordinadores, esto contrasta con la tendencia centroeuropea y anglosajona de hacer de la coordinación una profesión más o menos definitiva para técnicos de grado medio o incluso sin una calificación especial.

En España se ha considerado imprescindible que en todos los hospitales haya un médico que afronte las tareas de detección y consecución de donantes, fundamentalmente por el hecho de tener que tratar de igual a igual con los responsables de la atención médica al donante y la necesidad de establecer un sistema proactivo de detección de muertes cerebrales, algo muy difícil de establecer por parte de una enfermera aislada.

Por otra parte, el hecho de que haya un coordinador médico, habitualmente en relación con las unidades que generan los donantes, simplifica enormemente el proceso de formación en cuanto a diagnóstico de muerte cerebral, requisitos médicos o mantenimiento del donante.

Existen dos aspectos fundamentales que explican el por qué del médico a tiempo parcial, por una parte el económico ya que la dedicación parcial supone afrontar un plus económico en forma de complemento, localización o pago por acto médico, pero no el hecho de afrontar el coste total de un médico, algo inviable sobretodo en hospitales pequeños donde el número de donantes y en consecuencia el de días de trabajo con una cierta intensidad puede ser de 3 ó 4 al año. Incluso en los grandes hospitales, los donantes generados pueden estar entre 20 y 30 al año, lo que tampoco justificaría una dedicación total salvo que las funciones de la coordinación derivasen hacia coordinadas que nada tienen que ver con las actualmente admitidas.³³

B) Procedencia y número de equipos:

En su gran mayoría el grupo de médicos coordinadores se divide entre los nefrólogos, como colectivo históricamente más interesado e involucrado en la donación de órganos, y los intensivistas como grupo más cercano al lugar donde se generan las donaciones. El resto se divide entre otras especialidades muy diversas que van desde la anestesiología, cirugía o cualquier otra de tipo médico. En 1993, cuando la red de coordinación se podía considerar prácticamente desarrollada y España ocupaba ya el primer lugar del mundo en donaciones de órganos, el 33% de los coordinadores médicos eran nefrólogos y el 48% intensivistas quedando el 19% restante para otras especialidades. Por lo que se refiere a la enfermería las cifras eran parecidas aunque más volcadas hacia la nefrología (41%, 32% y 27%, respectivamente).

³³ E. Maraví, A. Martín, A. Maraví, O. Iturralde, Coordinación y logística del trasplante de tejidos de donantes de cadavérica y extra-hospitalarios. "Modelo Pamplona". Cadena de actuación 1992-2006, An. Sist. Sanit. Navar. 2006 Vol. 29, Suplemento 2

Esta tendencia creciente del papel de los intensivistas se ha mantenido en los últimos años. A finales de los noventa se alcanzó un número y composición de equipos que se mantienen razonablemente estables desde entonces. En 1998 existía un total de 139 equipos, con 154 médicos y 79 enfermeras coordinadoras. Hoy día hay ya 158 equipos con 199 médicos y 129 enfermeras. Por lo que se refiere a los médicos, tan sólo un 6% tenían una dedicación plena, de acuerdo con la filosofía expuesta hasta ahora. Nada menos que un 79% eran intensivistas o anestesiólogos mientras que los nefrólogos representan ya solo el 9%.

La procedencia es mucho más variada por lo que se refiere a la enfermería, y por supuesto mucho más frecuente la dedicación plena a la coordinación. En general se puede decir que el coordinador más adecuado será aquel que muestre un mayor interés por esta labor dado el marcado componente vocacional y hasta cierto grado de entusiasmo que requiere su trabajo diario.

c) Dependencia:

También la dependencia es una característica peculiar del modelo español dado que en la mayoría de los países con un sistema clásico de trasplantes, los coordinadores dependen del jefe del equipo de trasplantes, habitualmente el profesor de cirugía. En España la recomendación de la ONT fue muy clara desde el principio: el coordinador de trasplante debe considerarse un colaborador directo del director del hospital en materia de trasplantes, de un modo análogo a la coordinación de docencia, urgencias o calidad.

Es fundamental por múltiples motivos, la no dependencia jerárquica de los equipos de trasplante, con los que por otra parte deberá establecer una amplia interdependencia de carácter funcional que en el plano supra hospitalario debe plasmarse en una íntima y continua conexión con la coordinación autonómica y con las directrices técnicas de la ONT.

d) Funciones:

Habría que empezar diciendo que el coordinador tiene una misión principal y fundamental, la obtención de órganos. Todos los pasos que conducen a la donación de órganos deben estar perfectamente establecidos y protocolizados de manera que cualquier fallo sea susceptible de ser detectado y solventado. La obtención de órganos es siempre una cadena de acontecimientos con el riesgo es que se acabe rompiendo por el eslabón más débil.

El primer paso en la generación de órganos es la detección de los donantes potenciales, sin duda es el punto más importante de todo el proceso ya que todos los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto que la incidencia de muertes cerebrales no es muy distinta entre los países industrializados y que la escasez de órganos existente en casi todo el mundo es un problema de mínima detección. Lo que realmente va a marcar la diferencia entre dos países o entre dos hospitales va a ser la detección de cualquier persona que fallece en situación de muerte cerebral, ya que al tener una detección baja de muertes encefálicas esto señala como origen de escasas donaciones a la detección de un potencial donador.

La necesidad de que no se pierdan potenciales donantes por no haber pensado en ellos, explica las preferencias por los intensivistas como coordinadores de trasplantes ya que ellos detectan de primera mano y sin necesidad de intermediarios los pacientes fallecidos en muerte cerebral. Explica también la conveniencia de que se trate de un médico y no de otro profesional sanitario ya que solo así se puede establecer una relación igualitaria con los responsables de la UCI, a la hora de discutir cada caso. Igualmente existe la necesidad de que el coordinador esté dotado de habilidades diplomáticas que le haga obviar los inevitables roces que se generan en el día a día de los hospitales, que pueden traducirse en una pérdida de donantes.³⁴

³⁴ F. Morales, Influencia del Modelo Español en la República Dominicana, NEFROLOGÍA. Vol. XXI. Suplemento 4. 2001, Pág. 144-147

Una vez detectado el potencial donante es fundamental proporcionar un mantenimiento adecuado evitando todo tipo de incidencias que puedan deteriorar los órganos o en el peor de los casos imposibilitar la donación porque se produzca la parada cardíaca antes de finalizar el proceso. Cuanto más delicado es el órgano, más posibilidades hay de deterioro ante una inestabilidad hemodinámica.

El proceso no es complicado y puede ser llevado a cabo por un intensivista bien entrenado en el caso de encontrarse en la UCI que es lo ideal o el médico tratante en el área donde se encuentre en posible donador.

El siguiente paso es la realización del diagnóstico de muerte cerebral, que deberá ser efectuado siempre por tres médicos distintos a los del equipo de trasplante y en el que por supuesto el coordinador se debe limitar a solicitar la colaboración y facilitar la tarea de los mismos, empleando los procedimientos diagnósticos más adecuados en cada caso de acuerdo con la legislación vigente.

Una vez hecho el diagnóstico de muerte puede ser necesario conseguir la autorización judicial en caso de causa no médica y siempre y en todo caso lograr la autorización familiar, algo no específicamente expuesto o explicado en la legislación española, pero que la costumbre, la actitud social y la gran mayoría de los jueces ha convertido en práctica imprescindible en España y en la mayoría de los países de nuestro entorno. La forma de plantear la donación es el punto más importante en el desenlace de todo el proceso y puede marcar la diferencia entre que se consigan los órganos o bien se pierdan.

Una vez obtenidas las autorizaciones y establecido el diagnóstico de muerte, es necesario preparar toda la logística intrahospitalaria para proceder a la extracción de órganos, al tiempo que se contacta con la oficina central de la ONT con el fin de proceder a la adscripción formal de los distintos órganos de acuerdo con los criterios previamente establecidos y acordados entre equipos y administraciones autonómicas.

Desde la Organización Nacional de Trasplantes se asignan los distintos órganos a equipos trasplantadores situados a veces a muchos kilómetros de distancia del lugar donde se produce la donación, lo que implica la necesidad de prolongar el proceso hasta que todos los equipos coinciden en el hospital y efectúan la extracción y preservación de los órganos.

Una extracción multiorgánica puede llegar a implicar a más de 100 personas entre profesionales sanitarios de distintos hospitales, aeropuertos, ambulancias, policía, etc. y la figura del coordinador es fundamental para que todo el proceso se lleve cabo de manera adecuada. Él es quien dirige el proceso, debe llevar la voz cantante y adoptar las decisiones necesarias para que todo funcione, al tiempo que facilita la tarea de todos los implicados.

La labor del coordinador en el momento de la extracción no finaliza cuando se han obtenido y preservado los órganos, debe atender a los familiares en todos sus requerimientos y asegurarse de que se produzca una restitución lo más perfecta posible del aspecto externo del donante de manera que a simple vista resulte imposible constatar que se ha producido la extracción. El coordinador de trasplantes es el responsable de cumplimentar adecuadamente el protocolo del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación.³⁵

El objetivo de este programa es triple:

1. Definir la Capacidad Teórica de Donación de órganos según el tipo de hospital.
2. Detectar los escapes durante el proceso de donación, con el análisis de las causas de pérdidas potenciales de donantes.
3. Describir los factores hospitalarios que tienen impacto sobre el proceso de donación.

³⁵ N. Cuende Melero, Resultados del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación de la Organización Nacional de Trasplantes, Rev. Esp. Trasp. Vol. 10 Nº 3, Pág. 209-15

En la figura 3 se simplifican las funciones coordinador de trasplante, las cuales se han descrito ampliamente en los párrafos anteriores.

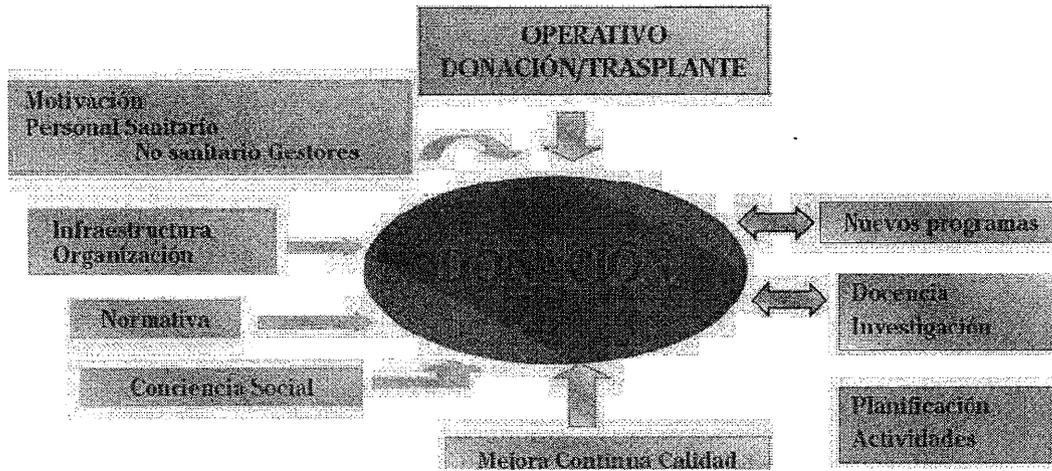


Figura 3 Funciones del Coordinador de Trasplante (tomado del esquema del Dr. J. Aranzábal)

Todo lo expuesto hasta ahora es con diferencia lo más importante que es exigible a los coordinadores de trasplante, pero su labor se ha diversificado notablemente en los últimos años. La actitud ante la donación de todo el hospital resulta fundamental para conseguir que todo el proceso funcione adecuadamente.

Un aspecto en el que los coordinadores se involucran cada vez más es el de la promoción de la idea de la donación a la población general así como las relaciones con los medios de comunicación.

La ONT ha recomendado que sean los coordinadores quienes se encarguen preferentemente del tema, debido a la gran variedad de aspectos relacionados con la donación: legales, técnicos, éticos, mediáticos, organizativos y desde luego económicos, es por lo que los coordinadores han evolucionado hacia la centralización de todos estos aspectos, de importancia creciente en los grandes hospitales y para los que de otra forma no es fácil que los gerentes hallen soluciones adecuadas.

La necesidad de gestionar de una manera eficiente los importantes recursos ha creado la necesidad de que estos profesionales vayan asumiendo estas responsabilidades, debido a esto los coordinadores se han convertido en España a lo largo de los últimos años en el referente obligado de gestores, profesionales sanitarios, periodistas y población general a la hora de abordar los múltiples aspectos que los trasplantes plantean en el día a día. Los hospitales y las administraciones sanitarias en general deben proveerse de las personas y las herramientas de gestión necesarias para afrontar con las mayores garantías esta realidad actual y estos retos futuros.

En conclusión existe una estructura organizacional bien definida de la ONT en España la cual se desarrollo de acuerdo a las características sociales, políticas y jurídicas de este país, desarrollando a la par de la estructura organizacional el proceso administrativo que los ha llevado a ser un modelo en la procuración de órganos de donaciones cadavéricas beneficiando a la sociedad española que requiere de un órgano o tejido para mejorar su calidad de vida.

CAPITULO 5

“Ética atañe a la bondad intrínseca
De las acciones”
Kant

PROPUESTA DEL PROCESO ADMINISTRATIVO DE LAS COORDINACIONES HOSPITALARIAS DE DONACIÓN DEL ISSSTE

5.1 GENERALIDADES

Según el libro *Administración una perspectiva global* de los autores Harold Koontz y Heinz Wehrick, las funciones del administrador son: Planificación, Organización, Dirección y Control, estas 4 funciones que conforman el Proceso Administrativo cuando se analizan o se les considera desde un punto de vista sistémico.

Fayol señala que estos elementos se aplican en negocios, organizaciones políticas, religiosas, filantrópicas y militares.

Tomando en cuenta estos conceptos en la figura 4 se resume el proceso administrativo el cual se conforma con los 4 elementos: La planeación, la organización, la dirección y el control, cada elemento se desarrollará aplicándolo a la estructura de la Coordinación Hospitalaria de Donación de órganos con fines de trasplante del ISSSTE (CHD).

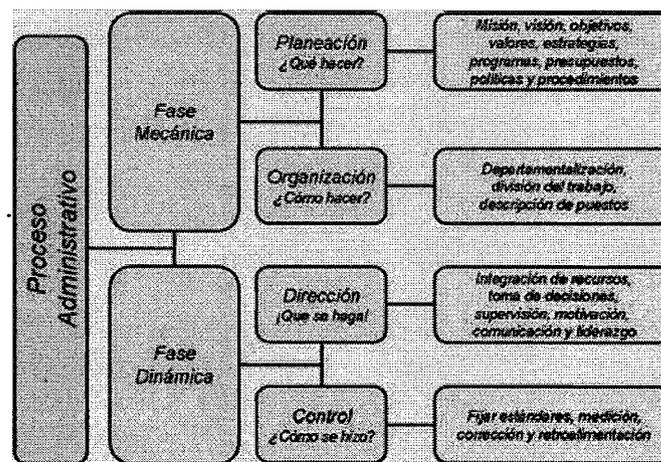


Figura 4 Proceso administrativo tomado de Libro Teoría General de la administración, de I Chiavenato.

5.2 PROCESO ADMINISTRATIVO DE LA COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS (CHD) DEL HOSPITAL REGIONAL PRIMERO DE OCTUBRE DEL ISSSTE

Debemos considerar que al establecer un proceso administrativo en una organización, este proceso desarrollará dos fases: Fase Mecánica y Fase Dinámica.

La **fase mecánica** que tiene que ver con la Planeación (Propósitos, objetivos, estrategias, políticas, programas, presupuestos y procedimientos) y la Organización (coordinación y división del trabajo, departamentalización y descripción de funciones).

La **fase dinámica** que está en relación a la Dirección (toma de decisiones, integración, motivación, comunicación, supervisión, liderazgo) y Control (establecimiento de estándares, medición, realimentación y corrección).

5.2.1 PLANEACIÓN EN LA COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPLANTE.

Para desarrollar este modelo administrativo debemos considerar que esta coordinación no existe en la estructura administrativa y organizacional del ISSSTE, la propuesta que hacemos en este trabajo es para sugerir la creación de la Coordinación Hospitalaria de Donación dentro de la estructura general del ISSSTE.

PLANEACIÓN: QUE HACER

En este apartado describiremos el **qué hacer** de nuestra Coordinación, así como el establecimiento de objetivos, metas, políticas, estrategias y presupuestos para poder cumplir con cada uno de ellos. También se describen los principios y valores en los que se sustenta el trabajo de esta coordinación, manteniendo siempre respeto en las normas jurídicas y en la bioética.

El propósito primordial de la existencia de la Coordinación Hospitalaria de Donación de Órganos es la de coordinar el proceso de donación con el fin de ofrecer un servicio que motive a los familiares de los potenciales donadores de órganos y tejidos a la donación altruista favoreciendo que se dé un mayor número de trasplantes, considerando que esta labor debe ser desarrollada por personal capacitado en esta área, que comparta valores y principios éticos y jurídicos, evitando la pérdida de donadores por situaciones de carácter administrativo.

Es importante destacar que esta propuesta se desarrolla específicamente para el programa de trasplante renal de donador cadavérico en el ISSSTE, no obstante existen otras unidades que llevan a cabo programas de trasplante de otros órganos y tejidos, a cuyos programas puede ser aplicada esta misma propuesta.

MISIÓN

La CHD, bajo los principios éticos y jurídicos tiene como finalidad la detección oportuna de potenciales donadores de órganos, solicitando a los familiares de los mismos la donación de órganos y tejidos para que sean trasplantados a los derechohabientes con el fin de mejorar su calidad de vida.

VISIÓN

Ser uno de los mejores servicios dentro del instituto en la procuración de órganos de donadores cadavéricos con el fin de incrementar los trasplantes renales favoreciendo a todo paciente ingresado en la lista de espera del programa de trasplante renal, brinda atención eficiente con calidad a todo derechohabiente que requiera de nuestro servicio.

5.2.2 POLÍTICAS GENERALES DE DE LA COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

1.- Garantizar el ingreso a lista de espera en el programa de trasplante renal a todo paciente que cumpla con el protocolo y autorización del comité interno de trasplante para ser trasplantado de donador cadavérico.

2.- Establecer convenios interinstitucionales con los Hospitales Generales de Zona correspondientes a nuestro Hospital para identificar potenciales donadores de órganos transformando a esas unidades en hospitales procuradores para incrementar las donaciones cadavéricas e incrementar el número de trasplantados de donadores cadavéricos.

3.- Realizar las gestiones necesarias con el fin de contar con un área física para la Coordinación de donación de órganos. Así como proveerse de los recursos humanos y materiales indispensables para desarrollar esta función.

4.- Participar y trabajar en la creación del programa de trasplante de cornea en nuestro hospital para beneficiar a todos los derechohabientes que requieran de un trasplante de esta naturaleza.

5.- Trabajar siempre en base al código de bioética, el marco normativo y jurídico de nuestra institución.

5.2.3 METAS PARA EL AÑO 2010:

1.- Incrementar a 3 donaciones cadavéricas al año.

2.- Difundir la donación altruista de órganos con la realización de 2 pláticas de donación a la semana una para el personal de salud y la otra para el público en general:

3.- Distribuir 1000 trípticos y 300 credenciales de donador altruista de órganos.

4.- Realizar 1 curso para el personal de salud de Donación de órganos.

- 5.- Establecer convenios con los Hospitales generales de Zona que pertenezcan al 1º de Octubre para detectar potenciales donadores de órganos y favorecer el programa de trasplante renal en este hospital.
- 5.- Actualizar mensualmente la lista de espera y la lista de mortalidad del Hospital.
- 6.- Realizar el 2º Concurso de pintura y donación de órganos en nuestro Hospital, con el fin de difundir el programa de donación de órganos.
- 7.- Difundir videos sobre donación por medio de las televisiones en las salas de espera por lo que requerimos del apoyo del departamento de audiovisual.
- 8.- Procurar 10 corneas en este año.

5.2.4 OBJETIVOS DE COORDINACIÓN HOSPITALARÍA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPLANTE

OBJETIVO GENERAL

El objetivo principal de nuestra Coordinación es Incrementar la donación cadavérica de órganos con el fin de beneficiar a los derechohabientes en espera de un órgano o tejido para mejorar su calidad de vida, bajo los principios éticos y jurídicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Incrementar las donaciones cadavéricas en el hospital regional 1º de Octubre, en un término de 3 donaciones cadavéricas en 1 año.
- 2.- Fomentar la cultura de la donación de órganos al personal y al público en general que asiste a este hospital, por medio de pláticas, conferencias y trípticos.
- 3.- Colaborar con la Coordinación Hospitalaria de Trasplante para realizar las gestiones que sean necesarias para impulsar el programa de trasplante de cornea en el Hospital Regional 1º de Octubre en el transcurso de un año.

4.- Establecer convenios interinstitucionales para facilitar la procuración de órganos y tejidos en otros centros hospitalarios de otras Instituciones de salud, para incrementar los trasplantes en los derechohabientes de nuestro hospital que se encuentran en lista de espera. Considerando sea concretados los acuerdos en un lapso de 1 año.

5.- Capacitar al personal de salud sobre donación y así incrementar el número de promotores de la donación cadavérica de órganos.

6.- Actualizar la lista de espera mensualmente, realizando los cambios y actualizaciones en el Registro Nacional de Trasplante RNT del CENATRA.

7.- Realizar las gestiones necesarias con apoyo del CENATRA para que sea reconocida la Coordinación Hospitalaria de Donación de órganos ante los directivos del ISSSTE, haciendo hincapié de la importancia y relevancia de este servicio en cada uno de los hospitales, en un término de un año.

5.2.5 PRINCIPIOS Y VALORES DE LA COORDINACIÓN HOSPITALARIA DE DONACIÓN DE ÓRGANOS CON FINES DE TRASPANTE

La CHD se regirá por lo principios éticos, bióticos y jurídicos que se han establecido en las diferentes Organizaciones nacionales e internaciones que rigen las actividades de donación y trasplante.

Principios rectores de la OMS sobre trasplante de células, tejidos y órganos humanos:

I.- Podrán extraerse células, tejidos y órganos del cuerpo de personas fallecidas para fines de trasplante si:

a) se obtiene el consentimiento exigido por la ley; y

b) no hay razones para pensar que la persona fallecida se oponía a esa extracción.

II.-Los médicos que hayan determinado la muerte de un donante potencial no deberán participar directamente en la extracción de células, tejidos u órganos de ese donante ni en los procedimientos subsiguientes de trasplante, ni ocuparse de la asistencia a los receptores previstos de esas células, tejidos y órganos

III.- Las donaciones de personas fallecidas deberán desarrollarse hasta alcanzar su máximo potencial terapéutico, pero los adultos vivos podrán donar órganos de conformidad con la reglamentación nacional.

IV.- No deberán extraerse células, tejidos ni órganos del cuerpo de un menor vivo para fines de trasplante, excepto en las raras ocasiones autorizadas por las legislaciones nacionales. Deberán adoptarse medidas específicas para proteger a los menores, cuyo consentimiento se obtendrá, de ser posible, antes de la donación. Lo que es aplicable a los menores lo es asimismo a toda persona legalmente incapacitada.

V.- Las células, tejidos y órganos deberán ser objeto de donación a título exclusivamente gratuito, sin ningún pago monetario u otra recompensa de valor monetario.

Deberá prohibirse la compra, o la oferta de compra, de células, tejidos u órganos para fines de trasplante, así como su venta por personas vivas o por los allegados de personas fallecidas. La prohibición de vender o comprar células, tejidos y órganos no impide reembolsar los gastos razonables y verificables en que pudiera incurrir el donante, tales como la pérdida de ingresos o el pago de los costos de obtención, procesamiento, conservación y suministro de células, tejidos u órganos para Trasplante.

VI.-Se permitirá la promoción de la donación altruista de células, tejidos u órganos humanos mediante publicidad o llamamiento público, de conformidad con la reglamentación nacional.

Deberá prohibirse toda publicidad sobre la necesidad o la disponibilidad de células, tejidos u órganos cuyo fin sea ofrecer un pago a individuos por sus células, tejidos u órganos, o a un pariente cercano en caso de que la persona haya fallecido, o bien recabar un pago por ellos. Deberán prohibirse asimismo los servicios de intermediación que entrañen el pago a esos individuos o a terceros.

VII.- Los médicos y demás profesionales de la salud no deberán participar en procedimientos de trasplante, ni los aseguradores sanitarios u otras entidades pagadoras deberán cubrir esos procedimientos, si las células, tejidos u órganos en cuestión se han obtenido mediante explotación o coacción del donante o del familiar más cercano de un donante fallecido, o bien si éstos han recibido una remuneración.

VIII.- Los centros y profesionales de la salud que participen en procedimientos de obtención y trasplante de células, tejidos u órganos no deberán percibir una remuneración superior a los honorarios que estaría justificado recibir por los servicios prestados.

IX.- La asignación de órganos, células y tejidos deberá regirse por criterios clínicos y normas éticas, y no atendiendo a consideraciones económicas o de otra índole. Las reglas de asignación, definidas por comités debidamente constituidos, deberán ser equitativas, justificadas externamente y transparentes.

X.- Es imprescindible aplicar procedimientos de alta calidad, seguros y eficaces tanto a los donantes como a los receptores. Los resultados a largo plazo de la donación y el trasplante de células, tejidos y órganos deberán evaluarse tanto en el donante vivo como en el receptor, con el fin de documentar los efectos beneficiosos y nocivos. Debe mantenerse y optimizarse constantemente el nivel de seguridad, eficacia y calidad de las células, tejidos y órganos humanos para trasplante, en cuanto a productos sanitarios de carácter excepcional.

Para ello es preciso instituir sistemas de garantía de la calidad que abarquen la trazabilidad y la vigilancia, y que registren las reacciones y eventos adversos, tanto a nivel nacional como en relación con los productos humanos exportados.

XI La organización y ejecución de las actividades de donación y trasplante, así como sus resultados clínicos, deben ser transparentes y abiertos a inspección, pero garantizando siempre la protección del anonimato personal y la privacidad de los donantes y receptores.³⁶

Aspectos éticos y bioéticos en donación de órganos y tejidos con fines de trasplante

Es evidente que con el avance tecnológico en medicina los trasplantes de órganos y tejidos son parte de la medicina moderna como base terapéutica en la disfunción crónica de órganos. Los principales problemas éticos en donación de órganos y tejidos son la determinación de la muerte encefálica, manteniéndose en circunstancias difíciles el tema de la donación de órganos ya que la familia del posible donador se enfrenta a la pérdida de un ser querido y la forma de plantear la petición de los órganos puede tener una importancia considerablemente simbólica para la familia.

Los médicos debemos comunicarnos con la familia del posible donador de una manera con delicadeza y bondad; siempre con respeto hacia el donante y su familia, dando un trato digno al paciente aun cuando no acepten la donación los familiares. Por esto es importante que los principios éticos se manifiesten en este proceso de donación.

³⁶ Organización Mundial de la Salud, Consejo ejecutivo, Documento EB79/8. Principios rectores de la OMSS sobre trasplante de células tejidos y órganos humanos, 123ª. Reunión del Comité ejecutivo. 18 abril 2008.

Los principios éticos que orientan la práctica médica han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de códigos y juramentos profesionales. El más conocido y que más ha influido en la medicina occidental es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el médico debe actuar siempre en beneficio del paciente, el cual se basa en dos componentes “no haré daño...” y “actuaré en beneficio del enfermo.”³⁷

Principios que siguen vigentes actualmente, sin embargo en muchas ocasiones se omiten en el actuar del personal de salud hacia sus pacientes y la familia del paciente, ignorando que ellos también tienen derecho a decidir si aceptan o no los procedimientos médicos, con fines diagnósticos o terapéuticos; de igual manera existe una importante influencia en la actividad diaria del personal de salud de los principios de la Bioética, la cual estudia sistemáticamente lo relativo al derecho a la vida, a la salud y la dignidad de la persona humana.

Por lo tanto el considerar que se ha establecido el código de bioética para el personal de salud implica que no solo existen normas jurídicas o institucionales que controlan nuestra intervención, es el reconocimiento de la existencia de normas morales del ser humano y de la sociedad, que de alguna manera influyen en nuestro actuar.

Los principales principios éticos son:

- 1.- Autonomía
- 2.- Beneficencia
- 3.- No maleficencia
- 4.- Justicia

El principio de autonomía define el derecho de toda persona de decidir por sí mismo con conocimiento de causa y sin coacción alguna, a su vez implica el respetar la autonomía de los demás.

³⁷ Ley General de Salud, Título decimocuarto, capítulo I, II, III, IV Y V. Edición 2008.

El principio de beneficencia define el derecho de toda persona a vivir de acuerdo a su propia concepción de la vida buena, a sus ideales de perfección y de felicidad, a su vez determina el buscar el bien de las demás personas.

El principio de no maleficencia define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones biológicas tales como la raza, género, estado de salud, edad, etc. Implica el deber de no hacer daño aun cuando el interesado lo solicitara.³⁸

El principio de justicia define el derecho de toda persona a no ser discriminada por consideraciones ideológicas, políticas, económicas y culturales, a su vez determina el deber correspondiente de respetar esta diversidad; colaborando en una distribución equitativa de riesgos y beneficios entre los miembros de la sociedad.

En el proceso de donación de órganos deben aplicarse estos principios respetando de decisión de la familia a donar o no los órganos de su familiar, además de informarle adecuadamente sobre el proceso de donación con el fin de que puedan tomar la mejor decisión, este es el ***principio de autonomía***.

Explicarles que al aceptar la donación benefician a 8 personas quienes están en espera de órgano para poder mejorar su calidad de vida, esto implica ***los principios de beneficencia y no maleficencia***, considerando que el posible receptor debe estar informado sobre los riesgos sanitarios y las circunstancias bajo las cuales se está considerando el trasplante de un órgano.

Al convertir a un potencial donador a donador real se deberá otorgar los órganos de acuerdo al registro de lista de espera y a su vez ofertando los órganos al CENATRA para su justa distribución, sin discriminar a ningún paciente por ningún motivo; esto implica el ***principio de justicia***.

³⁸ Código de bioética para el personal de salud, Comisión Nacional de Bioética 2002.

VALORES

Los valores se han descrito como todo aquello que lleve al ser humano a defender y creer en la dignidad de las personas y que trascienden en nuestra vida diaria lo que nos hace mejores personas. Se considera al valor como todo bien encerrado en las cosas, descubierto por el ser humano a través de su inteligencia y que es deseado por la voluntad propia del ser humano. Por tanto el valor es una convicción razonada y firme de que algo es bueno o malo.

Los valores reflejan la personalidad del individuo al igual que los aspectos morales, culturales, afectivos y sociales marcados por la familia, la escuela, las instituciones y la propia sociedad donde nos desarrollamos. Los principales valores que deben considerarse dentro de las organizaciones y específicamente en la CHD son:

- 1.- Bien común
- 2.- Integridad
- 3.- Honradez
- 4.- Imparcialidad
- 5.- Justicia
- 6.- Transparencia
- 7.- Generosidad
- 8.- Igualdad
- 9.- Respeto
- 10.- Liderazgo

Los integrantes de la CHD deberán conducirse con los valores de **honestidad, gratitud, voluntad de servicio, generosidad, solidaridad y respeto** hacia los potenciales donadores y posibles receptores; sin olvidar que la actividad desarrollada por nuestro servicio deberá realizarse con **amor y responsabilidad** con el fin de brindar un servicio eficiente y de gran calidad.

MARCO LEGAL

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en su Artículo 4° Constitucional señala que toda persona tiene derecho a la protección a la salud, en ella se encuentra sustentado el marco normativo por medio de la Ley General de Salud; la cual consta de 18 títulos, 4 reglamentos, un acuerdo y una ley.

En el título decimocuarto de la LGS se hace referencia a lo relacionado con donación, trasplante y pérdida de la vida. En el capítulo I considera las disposiciones comunes relacionadas a la regulación y control sanitario sobre cadáveres, donaciones trasplantes de órganos tejidos y células germinales.

En el capítulo II se refiere a todo lo relacionado a donación de órganos y tejidos, inicia con el artículo 320 y termina con el artículo 329, en estos artículos se describe ampliamente quien puede ser donador de órganos y tejidos quienes pueden dar el consentimiento para donar órganos y tejidos y la prohibición del comercio de órganos.

El capítulo III comprende del artículo 330 al 342 y establece la normatividad jurídica con respecto a trasplante tanto de vivos como de cadáver, y de la disposición de sangre con control sanitario por la COFEPRIS.

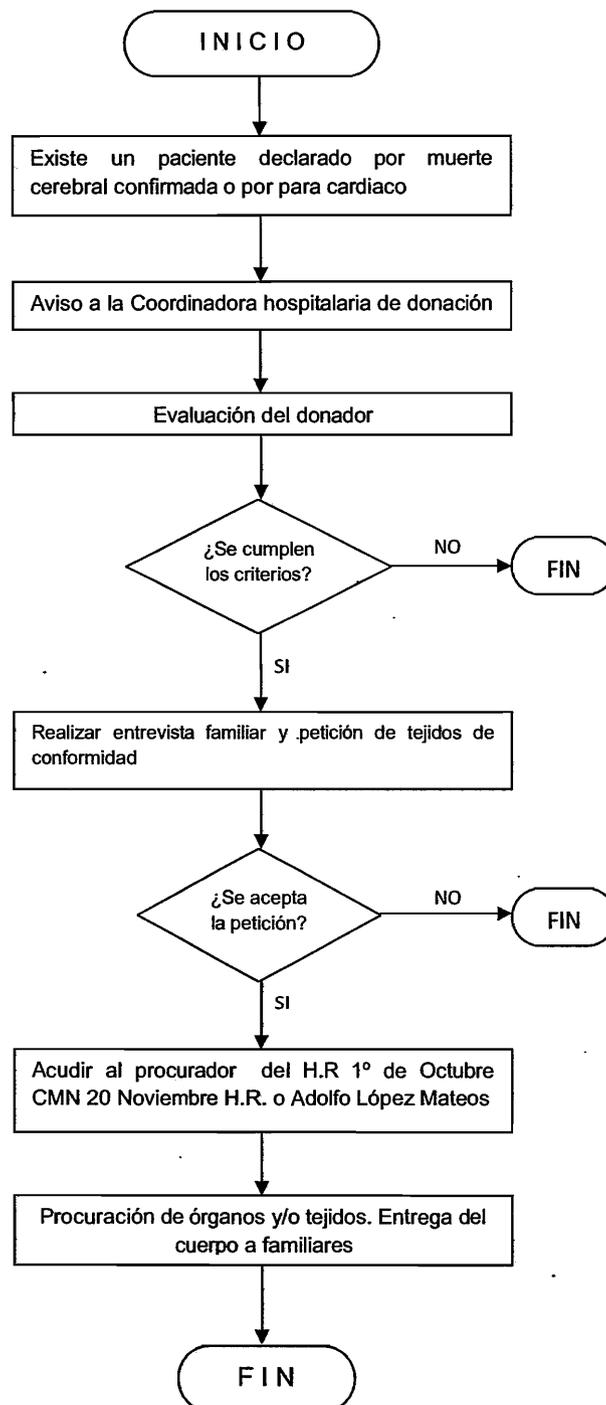
El Capítulo IV establece los criterios de pérdida de la vida en el artículo 344 y el 345 que establece quienes pueden solicitar prescindir de medios artificiales que mantengan la funcionalidad de los órganos cuando el paciente presente muerte cerebral.

El capítulo V describe los aspectos relacionados con la disposición de cadáveres y su regulación sanitaria.³⁹

³⁹ Ley General de Salud, Título decimocuarto, capítulo I, II, III, IV Y V. Edición 2008.

5.2.6 PROCEDIMIENTOS EN LA COORDINACIÓN HOSPITALARÍA

PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR UN POTENCIAL DONADOR



5.3 ORGANIZACIÓN

Como lo mencione en el capítulo 2, en la estructura organizacional del ISSSTE no existe ni se reconoce administrativamente a la Coordinación Nacional de Trasplante, de la cual derivarían las Coordinaciones Hospitalarias de Donación de órganos y las Coordinaciones Hospitalarias de Trasplante, de cada uno de los Hospitales con licencia sanitaria para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante del ISSSTE.

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DEL ISSSTE: MARZO 2009

UNIDADES ADMINISTRATIVAS

Dirección Médica

Medicina Genómica
Subdirección de Gestión y Evaluación en Salud
Subdirección de Prevención y Protección a la Salud
Subdirección de Regulación y de Atención Hospitalaria
Subdirección de Infraestructura
Subdirección de Conservación y Mantenimiento
Subdirección de Abasto de Insumos Médicos

Dirección de Prestaciones Económicas, Sociales y Culturales

Subdirección de Pensiones
Subdirección de Otorgamiento de Crédito
Subdirección de Recuperación de Crédito
Subdirección de Afiliación y Vigencia
Subdirección de Servicios Sociales y Culturales
Subdirección de Capacitación y Servicios Educativos

Dirección Jurídica

Unidad de Asuntos Internacionales
Subdirección de lo Contencioso
Subdirección de lo Consultivo
Subdirección de Notariado y Bienes Inmuebles
Subdirección de Atención al Derechohabiente
Subdirección de lo Consultivo

Dirección de Finanzas

Subdirección de Planeación Financiera y Evaluación Institucional
Subdirección de Programación y Presupuesto

Tesorería General
Subdirección de Contaduría
Subdirección de Aseguramiento de la Salud

Dirección de Administración

Subdirección de Almacenes
Subdirector de Recursos Materiales y Servicios
Subdirección de Personal
Subdirección de Obras y Contratación

Dirección de Tecnología y Desarrollo Institucional

Subdirección de Innovación y Calidad
Subdirección de Tecnología de la Información
Subdirección de Coordinación de Proyectos

Dirección de Delegaciones

Dirección de Comunicación Social
Vocalía Ejecutiva del Fondo de la Vivienda (FOVISSSTE)
Vocalía Ejecutiva de PENSIONISSSTE Súper ISSSTE
Sistema de Agencias Turísticas (TURISSSTE)
Órgano Interno de Control en el ISSSTE

5.3.1 COORDINACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTE Y DONACIÓN DE ÓRGANOS (CNTD)

A la fecha se reconoce como un programa que es supervisado por la Subdirección de Regulación y Atención Hospitalaria, existe un encargado del programa, sin embargo no existe la figura administrativa de Coordinador Nacional de Trasplante como es el caso del IMSS, donde se reconoce la Coordinación Hospitalaria de donación con una jerarquía administrativa dentro de su estructura organizacional. Es importante que la Dirección General del ISSSTE cree y reconozca el puesto administrativo de Coordinador Nacional de Trasplante y Donación (CNTD), mismo que deberá depender de la Dirección General Médica del ISSSTE.

La CNTD tendrá un presupuesto independiente para poder realizar las actividades de donación y trasplante y todos los Hospitales que cumplan los requisitos para estos y coordinara las actividades a favor de la creación de una cultura de donación altruista. La CNTD deberá regir a cada una de las CHD y CHT manteniendo comunicación constante y facilitando los recursos materiales, humanos y financieros. Cada CHD deberá depender directamente de la subdirección médica del hospital y deberá reconocerse el puesto administrativo de Coordinador Hospitalario de Donación de Órganos con fines de Trasplante.

La Coordinación Nacional de Trasplante y donación de órganos se encargará de coordinar las actividades en cada centro Hospitalario con licencia sanitaria para disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante, no solo de la organización de los programas de trasplante y donación de órganos y tejidos, también deberá supervisar sus actividades con el fin de consolidar los recursos (humanos, materiales, y financieros) necesarios para alcanzar las metas propuestas con eficiencia y calidad, en beneficio de los derechohabientes del Instituto.

El coordinador Nacional de Trasplante y donación de órganos deberá cubrir el perfil del puesto, considerando como parte de los requisitos el que sea médico especialista en el

área de medicina Interna, Medicina del enfermo en estado Crítico, Nefrología, Cirugía general o Cirujano de Trasplante, y que tenga preparación y conocimiento de todo aquello en relación a donación de órganos y trasplante.

Esta coordinación Nacional deberá realizar las gestiones necesarias para que sean reconocidas administrativamente la Figura y el servicio de Coordinador Hospitalario de Donación de órganos y tejidos con fines de trasplante en cada uno de los hospitales con licencia sanitaria para la disposición de órganos y tejidos con fines de trasplante del ISSSTE.

La CNTD estará en contacto con la diferentes Coordinaciones Hospitalarias de donación de órganos y tejidos y de las Coordinaciones Hospitalarias de Trasplante, ambas deberán ser reconocidas administrativamente dentro de la estructura organizacional de cada Hospital y dependerán directamente de de la Subdirección medica de cada centro Hospitalario.

En la siguiente figura se trata de resumir lo expuesto anteriormente, haciendo solo el fragmento del organigrama que mostraría a la Coordinación Nacional de Trasplante y Donación.





Figura 6 propuesta del Organigrama Institucional y Hospitalario de la Coordinación Hospitalaria de Donación, en el cual la coordinación deberá ser reconocida con el orden jerárquico de cualquier otra Coordinación Médica dentro de la estructura organizacional del Hospital Regional 1º de Octubre del ISSSTE.

Cada Hospital deberá reconocer la jerarquía administrativa de la Coordinación Hospitalaria de Donación de órganos y tejidos y esta dependerá directamente de la Subdirección médica de cada hospital.

5.3.2 PERFIL DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE DONACION

En nuestro país, en el inicio de los programas de trasplante los coordinadores hospitalarios en trasplantes procedían fundamentalmente de los servicios de nefrología, dado que el trasplante renal era el más frecuente, y estos estaban más involucrados en el proceso de donación - trasplante.

Posteriormente se han ido incorporando profesionales de diferentes servicios y especialidades con óptimos resultados. Los equipos humanos, médicos, enfermería personal auxiliar y administrativo, son el elemento más importante de la organización de salud con un programa de trasplantes, aun cuando estas actividades actualmente no están remuneradas, no desmerece la dedicación que se otorga al programa.

El coordinador hospitalario debe colaborar activamente con el Programa Nacional de Trasplantes, colaborando siempre que exista un proceso de donación con el

CENATRA, siguiendo sus directrices generales y proporcionando la información precisa para desarrollar cada una de las actividades encomendadas a la Coordinación Hospitalaria de donación.

Por esto se considera actualmente que el Coordinador Hospitalario de donación debe ser de inicio médico, preferentemente especialista en el área de medicina del enfermo en estado crítico, medicina interna, nefrólogo, urólogo, cirujano general o anesthesiólogo. Se prefiere a los médicos intensivistas por las implicaciones que conllevan al mantenimiento del potencial donador y las gestiones con los diversos servicios para la detección, evaluación, mantenimiento y seguimiento del potencial donador de órganos y tejidos.⁴⁰

Es importante considerar que el coordinador debe ser cordial para mantener una adecuada relación con los diversos servicios que participan en el proceso de donación de órganos ya que no debemos olvidar que el coordinador se va a relacionar con: Autoridades del Centro Hospitalario, servicios médicos, familiares a los cuales deberá solicitar la donación de órganos, y deberá realizar la difusión de donación con el personal de salud y la población general que acude a su centro hospitalario.

También se relacionará con el ministerio público para resolver la autorización de donación de órganos en los casos médicos legales, y cuando sea necesario deberá dar a conocer el programa a los medios de comunicación. No debe depender jerárquicamente de los equipos que realizan los trasplantes para poder considerarse libre en todas sus decisiones, ya que es importante que sea autónomo y dependiente de la subdirección médica del hospital.

⁴⁰ CENATRA, Manual Curso de Coordinadores Hospitalarios de trasplantes, Secretaría de Salud. México, D.F. Mayo 2001.

Se tiene que adaptar el trabajo del coordinador a las características del hospital en el que ejerce sus funciones teniendo en cuenta, a sus equipos de trabajo, medio cultural en el que se mueve, distancias geográficas, el desconocimiento del tema de la donación tanto del personal médico como de la población en general.

En general el posible Coordinador Hospitalario de donación debe tener las siguientes características:

- Capacidad y conocimiento de gestión
- Motivación personal y Capacidad de trabajo
- Capacidad de relación e iniciativa y Capacidad de convencimiento
- Conocimiento sobre trabajo en equipo
- Conocimiento del funcionamiento de las unidades generadoras
- Buenas relaciones con los distintos servicios
- Transparencia en la gestión y Autoridad moral
- Conocimiento de las fases del proceso global de donación
- Formación específica (Cursos de coordinación de donación de órganos)

5.3.3 FUNCIONES DEL COORDINADOR HOSPITALARIO DE DONACIÓN

Estas funciones fueron asignadas por la Subdirección General Médica del I.S.S.S.T.E a los encargados del programa de donación:

1. Llevar un registro confiable de las defunciones ocurridas en el hospital.
2. Detectar estabilizar y colaborar activamente en el mantenimiento del donador potencial.
3. Solicitar, en su caso la donación de órganos y tejidos.
4. Contactar al equipo quirúrgico encargado de la donación.
5. Contactar con el (los) equipo (s) quirúrgico (s) encargado (s) del trasplante(s).

6. Establecer contacto con el registro nacional de trasplantes para la asignación de los órganos obtenidos por donación cadavérica.
7. Mantener actualizada la lista de espera de órganos y tejidos.
8. Llevar un seguimiento de los pacientes trasplantados.
9. Mantener informada a la coordinación del Programa Institucional de Trasplantes de la productividad del Hospital en esa materia.
10. Participación en actividades de enseñanza y difusión relacionadas con los trasplantes y la donación de órganos y tejidos.
11. Mantenerse actualizada en los conocimientos médicos científicos relacionados con la materia.
12. Es recomendable que la Coordinadora Hospitalaria en Trasplantes (actualmente de donación) dependa directamente del Subdirector Médico con el fin de facilitar el cumplimiento de sus responsabilidades.
13. Reporte mensual de actividades al coordinador del programa institucional de trasplantes.
14. Reunión semanal de coordinadoras hospitalarias en trasplantes con el coordinador del programa institucional.
15. Evaluar en forma retrospectiva el proceso de donación y así detectar los puntos de mejora que permitirán adoptar medidas específicas en cada hospital.⁴¹

Funciones del CHD (CHT) de acuerdo a la Ley General de Salud

Corresponde a los coordinadores de trasplantes (ahora designados por el CENATRA Coordinadores Hospitalarios de Donación) desarrollar las siguientes funciones:

1. Asegurarse que se haya verificado el diagnóstico de muerte cerebral y comprobado la pérdida de la vida.
2. Detectar a los potenciales donadores y Verificar si existe negativa para la donación.

⁴¹ Les Heures, Fundación Bosch, Gimpera Universitat de Barcelona. Manual del curso de iniciación en Coordinación de Trasplantes. México, D. F. Octubre, 2003.

3. Realizar los trámites legales correspondientes.
4. Documentación relacionada a la donación (formatos específicos).
5. Reporte y legislación con las agencias del ministerio público en casos medico legales.
6. Solicitar los exámenes de laboratorio necesarios.
7. Dar los avisos correspondientes a los médicos que realizaran la procuración.
8. Gestionar el acceso de los equipos quirúrgicos de procuración al sitio de toma de órganos.
9. Mantener comunicación con la coordinación del programa institucional de trasplantes. Así mismo con el Centro Nacional de trasplantes para la correcta distribución de los órganos, tejidos y células.
10. Elaborar y mantener actualizada las listas de espera del establecimiento.
11. Conocer la evolución de los receptores.
12. Presentar al registro nacional de trasplantes los informes completos sobre los trasplantes realizados.
13. Dar aviso a los Hospitales del destino dado a los órganos tejidos y células.
14. Contactar a los familiares del posible donador para su consentimiento para la donación.
15. Vigilar el tratamiento médico de sostén.
16. Verificar la apropiada preservación, identificación y embalado de los órganos y tejidos.
17. Notificar a la autoridad correspondiente cualquier irregularidad que advierta y Verificar que los cuerpos sufran el mínimo daño posible en la procuración de órganos y tejidos, así como que sean entregados a sus familiares.
18. Promover y difundir la cultura de donación tanto en la población como dentro de la institución en que laboren y distribución de tarjetas de donación. ⁴²

⁴² CENATRA, ISSSTE, Manual del Coordinador Hospitalario en trasplantes secretaria de salud, México, D.F. Mayo 2001

5.3.4 DIVISIÓN DEL TRABAJO EN LA CHD

RESPONSABLE

El responsable coordinará las actividades con el personal colaborador, con el fin de hacer cumplir las metas, y sobre todo de dar seguimiento a los potenciales donadores de órganos, asentando en la bitácora del servicio toda información que tenga que ver con el proceso de donación, así como problemas que se puedan presentar durante las actividades.

Durante muchos años el personal de enfermería se encuentra al frente de esta coordinación, sin embargo actualmente existe la necesidad de que los médicos especialistas principalmente intensivistas estén a cargo de la Coordinación para poder establecer los vínculos con los diversos servicios involucrados en el proceso de donación, pero sobre todo en el mantenimiento del potencial donador, lo cual requiere de la preparación y experiencia en el área de medicina crítica.

Colaboradores: Enfermera y Trabajador Social.

Los colaboradores deberán apoyar en el seguimiento de todo potencial donador de órganos, registrando los datos solicitados en su hoja correspondiente (se anexa hoja de seguimiento del potencial donador en anexos). El personal colaborador participara activamente en la difusión y capacitación sobre donación altruista de órganos, la difusión de esta información deberá realizarse por medio de trípticos, platicas, conferencias y videos.

Coadyuvara en el registro y actualización e la lista de espera del hospital del programa de trasplante renal, de igual manera apoyara en la realización de los reportes mensuales de actividades de la coordinación para la dirección y subdirección médica. Participará activamente en el desarrollo del proceso de donación cuando exista éste, y apoyar en todo momento al responsable de la coordinación para la realización de trámites administrativos y jurídicos necesarios para llevar a cabo la donación de órganos.

Estará al pendiente en los procesos de gestión de estudios subrogados en caso de no contar con los mismos dentro del hospital, en la revisión del expediente clínico y las recomendaciones necesarias a los médicos tratantes para la solicitud de estudios de laboratorio y gabinete sugeridos por el Coordinador hospitalario de donación y que son requisitos indispensables en los procesos de donación (por ejemplo Panel vitral, grupo y Rh, VIH, etc.).

5.3.5 DETECCIÓN DE POTENCIALES DONADORES

Para poder llevar a cabo estas actividades es importante que el personal de la CHD se involucre y comprometa responsablemente en cada uno de los procesos siguientes:

La detección de potenciales donadores se realizara por el equipo de la CHD en los servicios de urgencias y en todas las áreas de enfermos críticos o intensivos. Los hospitales con experiencia en el tema de donante-trasplante, cuentan con profesionales familiarizados con la detección de potenciales donadores, y generalmente informan al equipo de Coordinación hospitalaria de donación, de aquellos pacientes que son candidatos.

No obstante, es recomendable el seguimiento discreto y estrecho de aquellos pacientes que presenten una lesión cerebral grave, y alta probabilidad de evolucionar a un estado de muerte cerebral, por dos motivos: el primero, para realizar todas aquellas evaluaciones clínicas y analíticas necesarias y no cruentas, que no interfieran con el normal desempeño y desarrollo de la actitud terapéutica indicada del enfermo crítico, ó bien ganar un tiempo muy necesario, para el momento en que esté en muerte cerebral.

El segundo, porque es posible que el equipo del área de Unidad de Cuidados Intensivos implicado carezca de familiaridad de cuándo informar a la Coordinación Hospitalaria de donación la existencia de un potencial donador de órganos, o bien, porque dado el grado de trabajo que esté realizando en dicha área, no crea prioritario avisar de inmediato a la coordinación.

El primer objetivo de un hospital es prestar todas las atenciones y medidas necesarias para el restablecimiento de un paciente. Pero, si un paciente pasa a situación de muerte cerebral, el objetivo, también, del centro es conseguir, si ese paciente es potencial donador, poner en disposición todas las medidas necesarias para que dicho cadáver sea donante de órganos. Hay que recordar que es una obligación, donde estamos implicados todos, no sólo aquellos que tienen una relación directa con el proceso de donación de órganos.

TIPOS DE DONANTES

Donante Potencial de Órganos

Toda persona diagnosticada en muerte encefálica, por examen clínico, una vez descartadas por el equipo de coordinación en una primera valoración las contraindicaciones médicas que implican un riesgo para el receptor.

El coordinador hospitalario es el responsable de la evaluación y comunicación de todo potencial donante.

UNIDADES GENERADORAS DE POTENCIALES DONADORES

1. Servicios de Urgencias.
2. Unidades de Cuidados Intensivos.
3. Unidades de Cuidados Coronarios.
4. Unidades de Politraumatizados.
5. Unidades de Reanimación Anestésica.
6. Servicios de Neurocirugía.
7. Servicios de Neurología.
8. Unidades de Cuidados Intermedios.
9. Unidades de Cuidados Intensivos de Neonatología.
10. Unidades de Cuidados Intensivos de Infantil.

Donante real de órganos

Todo donante potencial que entra a quirófano para proceder a la extracción de al menos un órgano con objeto de ser trasplantado a un receptor (aunque ningún órgano fuese después trasplantado, el donante merecería la calificación de real, una vez que ha entrado a quirófano).

Donante efectivo de órganos

Todo donante real del que al menos se ha obtenido y trasplantado un órgano a un receptor.

Donante multiorgánico

a) Donante real del que se generan o

b) donante efectivo del que se extraen e implantan, respectivamente, al menos uno o dos riñones más un órgano extra renal o bien al menos dos órganos extra renales.⁴²

Los órganos y tejidos que se pueden donar en un donante cadáver son:

<u>Órganos:</u>	<u>Tejidos:</u>
❖ Riñón	❖ Córneas
❖ Hígado	❖ Huesos y Segmentos Osteotendinosos
❖ Corazón	❖ Válvulas Cardíacas
❖ Pulmón	❖ Segmentos vasculares
❖ Páncreas	❖ Piel
❖ Intestino	

42 CENATRA, ISSSTE, Manual del Coordinador Hospitalario en trasplantes secretaria de salud, México, D.F. Mayo 2001

DONANTES EN MUERTE CEREBRAL (M.C.)

DONANTE CADAVÉRICO: La detección de un donante en muerte cerebral es un procedimiento que involucra a un gran número de profesionales sanitario, principalmente de las áreas de UCI y Unidades de Urgencias.

DEFINICIÓN DE MUERTE CEREBRAL: La muerte encefálica es el cese completo e irreversible de las funciones de los hemisferios cerebrales y tronco encefálico.

DIAGNÓSTICO DE MUERTE CEREBRAL: El diagnóstico de la Muerte Encefálica (M.E.) crea dudas entre los profesionales sanitarios quizás por que pensemos que la M.E. no es el final de la vida o tal vez por las dudas que nos creen las pruebas diagnósticas. Cuando un paciente con un daño estructural cerebral severo pasa de una situación grave a otra compatible con M.E., los profesionales sanitarios debemos saber que aunque nuestro trabajo no va a modificar el pronóstico si va a permitir la esperanza de vida para otros pacientes.

La Ley de Trasplantes vigente en México nos indica claramente el método para realizar el diagnóstico clínico de la M.E. y previamente a la exploración neurológica nos exige que existan los requisitos previos en el título decimo cuarto, descritos en los artículos 343 y 344 de la ley general de salud:

Artículo 343 Para efectos de este título existe pérdida de la vida cuando:

I.- Se presente muerte cerebral o

II.- Se presenten los siguientes signos de muerte:

- a) ausencia permanente y completa de la conciencia
- b) ausencia permanente de respiración espontanea
- c) ausencia de los reflejos de tallo cerebral
- d) el paro cardiaco es irreversible.

El artículo 344 Considera que la Muerte Cerebral se presenta cuando existan los siguientes signos:

I.- Perdida permanente e irreversible de la conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales.

II.- Ausencia de automatismo respiratorio.

III.- Evidencia de daño irreversible de tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia a estímulos nociceptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean consecuencia de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos, o sustancias neurotrópicas.

Dichos signos de muerte encefálica deberán ser corroborados por cualquiera de las siguientes pruebas:

- a) Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral.
- b) Electroencefalograma cerebral que muestre ausencia de actividad eléctrica cerebral en 2 ocasiones diferentes con un espacio de 5 horas entre el primero y el segundo.⁴³

PROTOCOLO DE ACCIÓN DE LOS DIVERSOS SERVICIOS CRÍTICOS

1. Identificación del donante. (donante potencial).
2. No hablar a la familia de donación de órganos, hasta certificar muerte cerebral.
3. Avisar a Coordinación de Trasplantes.
4. Diagnóstico de Muerte encefálica. y pruebas confirmatorias
5. Entrevista familiar.
6. Determinaciones analíticas y complementarias para la validación del donante.
7. Mantenimiento hemodinámica.
8. Extracción de los órganos (donante real).
9. Entrega de cuerpo a la familia

⁴³ Ley General de Salud, Título decimocuarto, capítulo I, II, III, IV Y V. Edición 2008.

VÍAS DE DETECCIÓN DE POTENCIALES DONADORES

A) EXTRA HOSPITALARIA:

Protocolos de colaboración con los Servicios de Urgencias de los demás hospitales.

B) INTRAHOSPITALARIA:

Vía administrativa

1. Control diario de todos los ingresos a través del Servicio de Admisión del Hospital, diagnósticos y ubicación de los pacientes.
2. Control periódico de todos los egresos hospitalarios.

VIA ASISTENCIAL

1. Visita periódica del coordinador hospitalario donación a las unidades potencialmente generadoras, áreas críticas.
2. Aviso del personal sanitario, de la existencia de un posible donante.

VIA FAMILIAR

1. A solicitud expresa de la familia para la donación.
2. Cuando se diagnostica la muerte encefálica por examen clínico, una vez descartadas por el equipo de coordinación en una primera valoración las contraindicaciones médicas que implican un riesgo para el receptor consideramos al fallecido POTENCIAL DONADOR DE ORGANOS.

DONANTES DE TEJIDOS

DEFINICIÓN: Todo fallecido hospitalario que en un período inferior a 6 horas o (12 horas si está en cámara refrigerada) puede ser evaluado como donante de tejidos, fundamentalmente de córneas y huesos.

Las vías de detección son idénticas a las mencionadas antes.

5.3.6 EVALUACIÓN CLÍNICA DEL DONANTE DE ÓRGANOS.

La selección de un donante cadáver es un procedimiento complejo y multidisciplinario que involucra a médicos intensivistas, coordinadores de trasplante, inmunólogos, patólogos, nefrólogos y otros muchos especialistas implicados o no en programas de trasplantes. En general son considerados donantes todos aquellos cadáveres en situación de muerte encefálica por traumatismo craneoencefálico, accidente cerebrovascular, anoxia cerebral o tumores cerebrales no metastatizantes. La evaluación del donante tiene dos objetivos:

- a) Descartar toda enfermedad transmisible al donante.
- b) Hacer una valoración funcional y morfológica de los órganos a trasplantar.

CRITERIOS A SEGUIR EN LA EVALUACIÓN DEL DONANTE:

HISTORIA CLÍNICA

Establecer de forma precisa la causa de muerte, descartando aquellas enfermedades que pueden evolucionar hacia la muerte cerebral y que son contraindicación para el trasplante como las neoplasias metastásicas del Sistema Nervioso Central, infecciones del SNC. Por virus lentos y las enfermedades degenerativas del SNC.de etiología desconocida.

- Investigaremos enfermedades crónicas preexistentes
- Ingresos hospitalarios previos de origen medico o quirúrgico y sus causas
- Consumo habitual de fármacos
- Hábitos tóxicos y su cuantificación (tabaco, alcohol, drogas y modo de administración.
- Profesión y hábitos de riesgo
- Estancia en prisión reciente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Presencia de lesiones cutáneas y tatuajes.
- Fondo de ojo para evaluar la repercusión orgánica.
- Exploración de mamas, genitales externos y próstata.

ESTUDIOS DE ANÁLISIS DEL POTENCIAL DONADOR

Al paciente deberá solicitarse Biometría hemática completa, tiempos de coagulación, urea, creatinina en plasma, proteinuria y sedimento en orina. Determinación de GOT, GPT, GGT, Bilirrubina total y directa. La alteración de estas enzimas puede indicar una patología hepática crónica o ser secundaria a hipoperfusión tisular por las complicaciones derivadas del mantenimiento y el estado hemodinámico del cadáver.

Determinación de CPK y CK-MB, para evaluar el posible daño infligido al corazón, especialmente en aquellos casos en que la muerte se acompañó de traumatismo torácico o bien parada cardíaca y masaje cardíaco con restablecimiento de la función cardíaca. La determinación de amilasa sérica y especialmente de la lipasa sérica para evaluación de la viabilidad del páncreas para trasplante.

Otro estudio importante es la gasometría arterial, pH arterial, Pa O₂, Pa CO₂ y bicarbonato sérico. Es imprescindible para considerar a un donante como potencial donante pulmonar, el que presente una PO₂ > de 300 mm Hg tras someter al donante a administración de oxígeno al 100% durante 15 minutos con una PEEP de 5 cm de H₂O.

Serología

Determinación del **virus de inmunodeficiencia humana (VIH)**, **virus de la hepatitis B (VHB)**, **de la hepatitis C (VHC)**, **Citomegalovirus (CMV)** y **de Sífilis**.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Es conveniente que los donantes puedan contar con **electrocardiograma** el cual puede evidenciar la presencia de enfermedades sistémicas como hipertensión arterial o el grado de una afectación cardiaca. La **Radiografía simple de Tórax** puede servir en la evaluación pulmonar, descartando la existencia de neumonía, edema pulmonar, neumotórax o hemotórax, etc. La **Ecografía abdominal** permite evaluar la morfología de hígado, riñones y páncreas.

ANTÍGENOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD Y GRUPO SANGUÍNEO:

La determinación del **grupo sanguíneo** en el donante de órganos, se debe realizar de forma inmediata, para poder seleccionar el receptor del órgano a trasplantar, el receptor de un trasplante debe tener compatibilidad de grupo sanguíneo para el donante.

Antígenos de histocompatibilidad: El tipaje HLA del donante permite seleccionar al receptor renal más adecuado, que es el que más identidades comparte con el donante. Se determinan con una muestra de sangre del donante, aunque también se puede determinar de un ganglio (inguinal o axilar).

EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA DEL POTENCIAL DONADOR

Además de la compatibilidad inmunológica entre donante y receptor es necesario para los trasplantes cardiacos, hepáticos y pulmonares la compatibilidad antropométrica entre donante y receptor e incluye: **peso, talla, perímetro abdominal y perímetro torácico.**⁴⁴

⁴⁴ www.cenatra.gob.mx/ Sistema Nacional de Trasplante

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS EN LA DONACIÓN DE ÓRGANOS ENFERMEDAD NEOPLÁSICA ACTUAL O PASADA

La presencia en el donante de enfermedad neoplásica debe ser motivo de exclusión como donante de órganos. Son excepciones el Carcinoma baso celular de piel, Carcinoma in situ de cerviz uterino y el tumor primitivo del sistema nervioso central que este confinado a cráneo.

Los tumores craneoencefálicos muy indiferenciados, como el glioblastoma, astrocitoma y meduloblastoma, pueden dar metástasis extra craneales, de forma espontánea y sin manipulaciones previas y especialmente cuando han sido intervenidos estos tumores previamente por craneotomía, derivaciones ventrículo auriculares o radioterapia tumoral. También es posible la diseminación en pacientes con hemangioma maligno. Por ello deben ser excluidos todos estos donantes con esta patología.

Tumores del SNC que contraindican la donación de órganos:

- Glioblastoma multiforme, Meduloblastoma, Ependimoma maligno
- Pineoblastoma, Meningeoma maligno anaplásico, Sarcoma intracraneal
- Tumor germinal intracraneal, Cordoma, Linfoma cerebral primario

Tumores del SCN. Que no contraindican la donación de órganos:

- Meningeoma benigno, Adenoma pituitario, Schwannoma acústico
- Craniofaringioma, Astrocitoma grado I, Tumor epidermoide
- Quiste coloide del tercer ventrículo, Papiloma del plexo coroideo
- Hemangioblastoma, Ganglioglioma, Pineocitoma
- Oligodendroglioma, Ependimoma, Teratoma maduro

CAUSAS SISTEMICAS QUE CONTRAINDICAN LA DONACIÓN

La infección diseminada (viral, tuberculosis o fúngica) que lleve a la muerte, sepsis bacteriana acompañada de Shock y/o disfunción orgánica.

- Meningitis por *Listeria monocytogenes*, *Mtuberculosis*, fungi ó protozoa y encefalitis herpética.
- Tuberculosis activa de cualquier localización

CAUSAS LOCALES

- Exclusión de los órganos para trasplante que tengan un proceso infeccioso.
- Exclusión de los órganos infectados por microorganismo multirresistentes.

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- POSITIVIDAD HIV O FACTORES DE RIESGO PARA VIH
- NEOPLASIA ACTUAL O RECIENTE
- SEPSIS CON FALLO HEMODINÁMICO
- ISQUEMIA CALIENTE PROLONGADA
- ARTERIOSCLEROSIS GRAVE GENERALIZADA

CRITERIOS GENERALES DE EXCLUSION

- Coma de causa desconocida.
- Patología infecciosa transmisible: Ac HIV+, sepsis con repercusión hemodinámica.
- Grupos de riesgo: prostitución, prisión, drogadicción (drogas IV) v.
- Cáncer (excepto de piel y algunos primitivos del SNC o definitivamente curados).
- Enfermedades hematológicas de causa desconocida.
- Enfermedades neurológicas de causa desconocida o degenerativa.
- Colagenosis.
- Arteriosclerosis generalizada.
- Hipertensión arterial o diabetes con grave repercusión visceral.
- Anencéfalos.

CRITERIOS ESPECÍFICOS DE EXCLUSIÓN

Criterios de exclusión para la donación renal

- Insuficiencia renal crónica conocida.
- Enfermedad renal conocida (glomerular, intersticial, infecciosa).
- Riñones de pequeño tamaño o hipercogénicos.
- Proteinuria superior a 1 g/litro.
- Hematuria crónica de causa no filiada y litiasis coraliforme.

Criterios de exclusión para la donación hepática

- Antecedentes conocidos de alcoholismo severo (valoración con biopsia).
- Antecedentes de hepatopatía crónica virus B, virus C.
- Traumatismo hepático severo
- Intoxicaciones por droga hepatotóxica.
- Hipotensiones o paradas cardíacas múltiples y/o prolongadas.
- Mantenimiento hemodinámico con dosis elevadas y prolongadas de drogas inotrópicas (a valorar en la extracción).

Criterios de exclusión para donación cardíaca

- Edad superior a 55 años en varones y 60 en mujeres (valorables individualmente).
- Ecocardiograma con dilatación o hipertrofia de cavidades, baja fracción de eyección, valvulopatías.
- Hipotensiones o paradas cardíacas múltiples y/o prolongadas.
- Mantenimiento hemodinámico con dosis elevadas y prolongadas de drogas inotrópicas (valoración individual).
- Traumatismos, contusiones, etc.
- Alteraciones importantes del ritmo cardíaco (bloqueos).

Criterios de exclusión para donación de pulmón

- Edad superior a 55 años.
- Historia de tabaquismo superior a 20 paquetes/año.
- Historia de enfermedad pulmonar crónica o de cirugía de tórax.
- Traumatismo o contusiones parenquimatosas pulmonares.
- Intubación superior a 72 h. (revisable).
- Rx de Tórax con patología parenquimatosa (aspiración, atelectasia, consolidación).
- pO₂ arterial inferior a 300 mm Hg tras FiO₂+5 cm H₂O. Cultivo de esputo positivo.

SIN CONTRAINDICACION

a) Causas sistémicas

- Bacteriemia con estabilidad hemodinámica y sin disfunción multiorgánica, bajo tratamiento antibiótico efectivo (48 h) con una buena respuesta clínica. El tratamiento debe ser continuado en el receptor.
- Meningitis bacteriana como causa de muerte cerebral, no es contraindicación si:
 - a. Si se ha identificado el germen.
 - b. Adecuado tratamiento antibiótico.
 - c. Ausencia de otra localización de infección.
 - d. Función normal del órgano a trasplantar.
 - e. Tratamiento al receptor.

b) Causas locales: Infección urinaria:

- a) Pielonefritis Si el germen es identificado y tratado durante 48 horas otros órganos pueden ser trasplantados.
- b) Contaminación del catéter urinario, el riñón puede ser usado. Un cultivo en el momento de la extracción es recomendado.

Infección pulmonar: Si neumonía con tratamiento efectivo, el resto de los órganos pueden ser usados

c) Otras

Citomegalovirus (CMV): El estado seropositivo en el donante, implica que si el receptor es seronegativo, tiene alto riesgo para infección primaria. Por ello evaluar profilaxis.

Epstein-Barr virus (EBV): La infección donante seropositivo-receptor negativo es asociado con mayor riesgo de desorden linfoproliferativo pos trasplante. Medidas de prevención no existen.

Treponema Pallidum: Si el donante es seropositivo, se debe tratar al receptor.

Toxoplasma gondii: El estado seropositivo del donante con receptor seronegativo, riesgo de infección. En el trasplante cardiaco es frecuente y severo, y profilaxis debe ser realizada.

Mycobacteria: Si existe antecedente de tuberculosis o positivo PPD con RX de Tórax normal, realizar profilaxis del receptor.

Equinococo granuloso: Si bien el riesgo real de transmisión es desconocido, en pacientes con antecedentes realizar TAC toraco-abdominal, para descartar lesiones extrahepaticas.

5.3.7 MANTENIMIENTO DEL DONANTE DE ÓRGANOS

Una vez confirmada la muerte encefálica, independientemente de la causa que la origine, la isquemia-necrosis de las estructuras neurológicas provoca una serie de alteraciones fisiopatológicas secundarias a la ausencia de función de este gran "órgano regulador" que es el cerebro, que producen fundamentalmente:

- a) Ausencia de respiración espontánea.
- b) Inestabilidad hemodinámica.
- c) Pérdida del control de la temperatura corporal.
- d) Pérdida del control del balance hidroelectrolítico.
- e) Alteraciones en la secreción hormonal.

Las complicaciones más frecuentes que aparecen en situaciones de muerte encefálica (ME), son la hipotensión, la hipotermia y la diabetes insípida neurogénica (DIN), que a su vez contribuye a agravar la inestabilidad hemodinámica al provocar intensas poliurias y producir secundariamente alteraciones electrolíticas. Todos estos aspectos, característicos de la ME, ponen en peligro la viabilidad de los órganos a trasplantar, convirtiendo al donante multiorgánico en un "paciente crítico" que nos obliga a realizar un control estricto y monitorización adecuada así como un tratamiento enérgico y en muchas ocasiones con la complejidad propia de los pacientes con un fracaso multisistémico.⁴⁵

CERTIFICACIÓN DE PÉRDIDA DE LA VIDA Y COMPROBACIÓN DE MUERTE ENCEFÁLICA

Después de que un paciente ha llegado al hospital con un evento cerebral ya sea metabólico o traumático y que el personal médico ha hecho lo imposible por salvarle la vida, pero su evolución ha desencadenado muerte encefálica es considerado un **potencial donador** el cual deberá cumplir con todos los criterios de selección específicos para cada órgano y tejido, así mismo los criterios medico legales señalados en la Ley General de Salud.

LA ENTREVISTA DE DONACIÓN

La solicitud de donación es el eslabón más débil en el complejo proceso del trasplante de órganos ya que nuestra actuación se ve limitada a la decisión que tomen los familiares en un momento de shock emocional. Los profesionales sanitarios debemos ayudar a estos familiares a aceptar la irreversibilidad de la muerte encefálica, de igual manera, que a los familiares de los pacientes que fallecen en asistolia.

⁴⁵ Kenneth E. Wood, Bryan N. Becker, Care of Potential Organ Donor, The new England journal of medicine December , 23, 2004.

Muerte solo hay una, lo que cambia es la forma de llegar a ella. Darles falsas esperanzas por ver que su corazón todavía se mueve y respira gracias a un respirador impide que inicien su proceso de duelo de una manera normal. Debemos animar a estos familiares a que acepten la donación como la única recompensa en una situación dramática, siempre teniendo conocimiento de que han aceptado la muerte. No se debe hablar de donación sin que los familiares tengan una clara comprensión de que la muerte encefálica es el fin de la vida. El objetivo de una solicitud de donación es facilitar la ayuda emocional que la familia necesita para iniciar su duelo de la manera más adaptada posible y desde una perspectiva de generosidad y solidaridad que favorezca una actitud positiva hacia la donación. La familia se encuentra en una situación de crisis vital debida a la pérdida de un ser querido y que desembocará inevitablemente en el inicio de un duelo. Debemos ser respetuosos con el tiempo que necesiten para asumir la pérdida y con las manifestaciones de su duelo.

DUELO

El duelo es un proceso fisiológico ante cualquier pérdida humana o material. La experiencia de las pérdidas es parte de la experiencia humana y se sufre a lo largo de la vida. Da la oportunidad de ayudar a otros cuando sufren trances similares.

La entrevista de donación debe de estar enfocada a facilitar el paso de la situación de crisis al inicio del duelo. Es muy importante ESCUCHAR, para manifestar que se está escuchando, el silencio profesional es importante ya que ante cualquier expresión, verbal o no verbal, del familiar, el profesional debe manifestarse en silencio con expresiones no verbales (cabeceros) de que está escuchando. Repetir el último mensaje expresado por la familia, a través de esto se hace evidente que el médico escucha a la familia. Reconducir, mediante un resumen de la información para avanzar hacia la solicitud de donación.⁴⁶

⁴⁶ González-Molina Alcaide, trasplante renal-consejos prácticos, Málaga, febrero de 1990. P.p. 1- 3
CENATRA conocimiento y actividades fundamentales del promotor de la donación de órganos y tejidos en el ámbito hospitalario. Manual 2003.

La entrevista debe reflejar y clarificar el contenido emocional, facilitando una relación terapéutica positiva. La entrevista debe realizarse con autenticidad y no actuar. Consideración positiva ya que se deberá aceptar cualquier manifestación de los familiares sea positiva o negativa, manteniendo empatía con la familia.

5.3.8 SOLICITUD DE DONACIÓN

Para realizar la petición de donación de órganos a la familia del potencial donador deberá confirmarse la muerte encefálica y deberá corroborarse que la familia ha comprendido que su ser querido ha muerto. Debe respetarse la voluntad de la familia y del donante si en vida expuso su voluntad de donar o no sus órganos. El diálogo con la familia debe ser sincero, hablando siempre con la verdad sin realizar falsas promesas y explicando claramente el proceso de donación sea caso médico legal o no. La decisión de la familia debe ser autónoma sin presiones de ningún tipo y el personal de la CHD deberá estar apoyando en todo momento a los familiares.

El personal sanitario juega un papel fundamental en la aceptación de la donación, ya que es el eslabón más cercano a pacientes y familiares. Es por ello que nuestro nivel de comunicación debe ser lo más sencillo y claro para hacerlo entendible, pues los familiares suelen desconocer el lenguaje médico. El resultado de toda entrevista puede ser, bien una aceptación de la donación o el rechazo de la misma. Nuestra actuación dependiendo de la respuesta ha de ser:

A) Si aceptaron la donación

- Cumplir promesas.
- Informar de lo que nos hayan solicitado.
- Avisar del final y hora.
- Informar de los resultados de la donación que nos hayan solicitado y sin dar ninguna posibilidad de localización y/o identificación de los receptores. Según la Ley donación y trasplante son anónimos.
- Enviar carta de agradecimiento meses después.

B) Si rechazaron la donación:

- Cumplir lo prometido
- No culpabilizar.
- Utilizar los mismos recursos.
- Dejar posibilidad abierta (si es posible).
- Dejar clara forma de localizarnos.

5.3.9 TRÁMITE LEGAL ANTE MINISTERIO PÚBLICO

Los profesionales de la salud que intervengan en la extracción de órganos y tejidos o en los trasplantes deberán contar con el entrenamiento especializado respectivo conforme lo determinen las disposiciones reglamentarias aplicables y estar inscritos en el registro nacional de trasplantes (artículo.335).

INTERVENCIÓN DEL MINISTERIO PÚBLICO EN EL PROCESO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Solo en caso de que la pérdida de la vida del donante esté relacionada con la averiguación de un delito. En el desarrollo de este proceso se debe cumplir con todo lo establecido en la ley general de salud en el Título Décimo IV **en lo referente a donación, trasplante y pérdida de la vida**, donde se menciona en los artículos 343, 344 y 345 los criterios medico legales que se deben cumplir para certificar la perdida de la vida.

Se debe contar también con una nota en el expediente del médico tratante y otra del médico neurólogo o neurocirujano donde establezcan que clínicamente la muerte encefálica se ha presentado, y una más donde se describa la interpretación de dos electroencefalogramas con diferencia de cinco horas en cada uno la ausencia de actividad eléctrica.

Aunado a lo anterior debe existir el consentimiento tácito del cónyuge o la concubinaria, los descendientes ascendientes, hermanos, adoptado o adoptante el consentimiento como lo señala la ley general de salud en el artículo 324 por lo que se llenara el formato SSA-03-11"Consentimiento para la disposición de órganos y tejidos de cadáver con fines de trasplante".

El llenado del formato SSA-03-15 (acta de intervención para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena necropsia, es necesario, así como la elaboración de un escrito dirigido al ministerio publico solicitando la anuencia del cadáver para la obtención de órganos, tejidos con fines de trasplante. En el caso de donación de tejidos solamente se deberá seguir el mismo procedimiento y el llenado del formato donación de corneas post mortem. Con la papelería completa y con copias fotostáticas de cada documento presentarse ante el representante del ministerio público.

SOLICITUD DE AVISO DE DONACIÓN DE ÓRGANOS AL MINISTERIO PÚBLICO.

Debe de contener denominación y domicilio del establecimiento, Número y fecha de la autorización para la disposición de órganos y tejidos, expedida por el Centro Nacional de Trasplantes, lugar donde se encuentre el cadáver, Nombre, sexo, edad del donador, causa de muerte, órganos y tejidos de los que se va a disponer, nombre del personal autorizado por el establecimiento para la toma de órganos y tejidos nombre del representante del establecimiento).

CERTIFICADO DE PÉRDIDA DE LA VIDA

Es un documento oficial que deberá ser llenado y firmado por médico especialista en neurología, neurocirugía o medicina critica, el cual certifica la muerte cerebral del paciente, dicho documento tiene que presentarse al ministerio publico junto con el resto de la documentación que solicite el ministerio publico.

CONSENTIMIENTO PARA LA DISPOSICIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS DE CADÁVER CON FINES TERAPÉUTICOS.

Firmada por disponente secundario esposa, concubina, descendentes, los ascendentes, los hermanos el adoptado ó el adoptante (Art. 324 de la Ley General de Salud), además de presentar a familiares que otorguen el consentimiento para la disposición de órganos y tejidos del cadáver, ante el c. Agente del ministerio público, para rendir declaración, deben especificar del porque desean donar.

El coordinador hospitalario de donacion declarará ante C. Agente del ministerio publico que se han cumplidos todos los requisitos que marca la ley general de salud, en su titulo decimocuarto, denominado donación, trasplantes y perdida de la vida. El ministerio público extenderá una carta de no inconveniente para la donación por escrito. Así mismo se compromete a volver a declarar al término de la extracción de órganos y/o tejidos, para dejar asentado en el acta ministerial que órganos y tejidos se procuraron y cuál fue el destino de los mismos, además deberá presentar los siguientes documentos oficiales:

1.- DICTADO DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (explicando claramente técnica quirúrgica empleada, hallazgos dentro de la intervención y órganos obtenido)

2.- HOJA DE CONCENTRACIÓN DE DATOS (la cual es una base de datos para la distribución adecuada de los órganos o tejidos)

3.- ACTA MÉDICA. (La cual es un resumen clínico de la evolución del paciente desde el inicio del padecimiento hasta su disposición ante el c. Agente del ministerio público.)

Una vez terminada esta declaración, el c. Agente del ministerio público firmará la solicitud de disposición de órganos y tejidos de cadáveres a los que se ordena la necropsia y colocara el sello oficial de la agencia de averiguaciones previas correspondiente a las copias de los oficios entregados, los que deben quedar bajo resguardo del coordinador hospitalario en trasplante.

Concluida esta diligencia, se procederá a la extracción de órganos y tejidos donados, el Coordinador Hospitalario de donación deberá verificar el trasplante de los órganos a los posibles receptores los cuales son evaluados por el servicio de Nefrología quien determina quién será el receptor idóneo tomando en cuenta las características del donador. Finalmente el cuerpo es entregado a los familiares si no es caso médico legal a través del servicio de patología, en caso de ser caso médico legal es entregado al ministerio publico quienes lo trasladaran para la realización de la necropsia de ley. Esto concluye el proceso de donación de órganos.

5.4 DIRECCIÓN

RECURSOS HUMANOS

- Coordinador Hospitalario de Donación (Medico especialista) el cual estará encargado de la CHD.
- Enfermera General
- Trabajador Social
- Secretaria

RECURSOS MATERIALES

Deberá contar con Equipo de computo (CPU, Monitor, Impresora, scanner), red de internet y Fax ya que dentro de las funciones de la Coordinación se encuentra el registro a la lista de espera del programa de trasplante renal nuevos pacientes los cuales deben ser ingresados al Sistema Nacional de Trasplante a través del portal de internet, y vía telefónica constantemente nos comunicamos con los pacientes en caso de existir una donación cadavérica o una revisión general del paciente. Debe contar con insumos de papelería y de ser posibles radios y teléfonos celulares.

RECURSOS FÍSICOS

Se deberá contar con una área específica y adecuada para la coordinación Hospitalaria de donación, con privacidad para poder realizar las entrevistas familiares y petición de donación de órganos, ésta debe estar adecuadamente iluminada ventilada y cómoda.

A continuación se hace la siguiente solicitud de las necesidades con respecto al área física:

Área física: Se anexa croquis Se requiere como mínimo indispensable un área de 8 x 4 m, dividida en 2 partes una de 3x 4 m para oficina y la otra de 4 x 5 m para sala de entrevista familiar. Ambas áreas deben contar con sanitario individual.

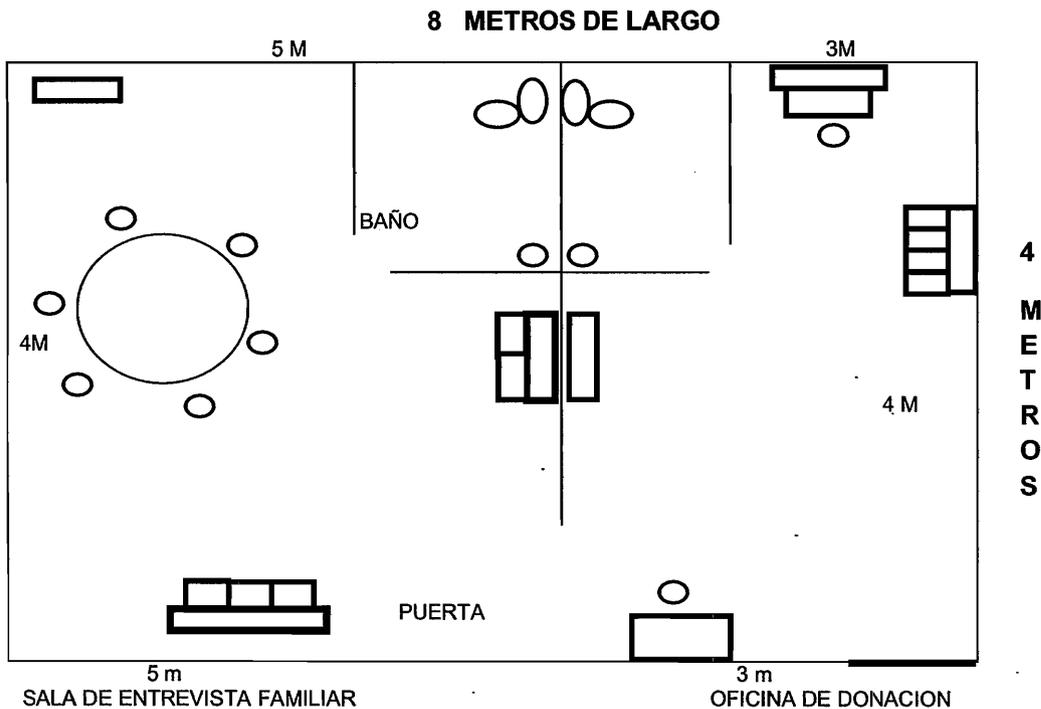


Figura 5 Propuesta del área física requerida para la Coordinación Hospitalaria de Donacion de órganos

5.5 CONTROL

Es importante establecer un diagnóstico situacional de las coordinaciones hospitalarias de donacion en el ISSSTE y comparar resultados a un año de establecer el proceso de donacion que aquí se propone; esto con el fin de corregir, mejorar y formular nuevos planes de acuerdo a los resultados obtenidos.

Considerando y tomando las metas propuestas y los objetivos trazados se deberá corroborar los con los resultados obtenidos, utilizando indicadores que nos faciliten la comprensión de nuestro trabajo y el cumplimiento del mismo. Nuestros indicadores serán:

- 1.- El número de detecciones de potenciales donadores cadavéricos reales al mes comparado con el número de detecciones propuestas como meta al mes, deberá contarse con documentación que respalde este proceso y de que se ha realizado conforme a lo planeado.
- 2.- Que se hayan cumplido conforme a lo planeado el número de donadores reales, y como consecuencia el número de trasplantes renales de donador cadavérico al mes.
- 3.- Que se hayan cumplido el número de córneas procuradas al mes conforme a lo establecido en las metas.
- 4.- El número de registros de nuevos pacientes a lista de espera, y registros de donadores voluntarios.
- 5.- El número real de pláticas y difusión de información tanto al personal de salud como al público en general dentro del hospital contrastado con las metas propuesta anualmente.
- 6.- El total de cursos sobre donación realizados al año comparado con lo propuesto en las metas anuales en este rubro.
- 7.- El total real de trípticos y credenciales de donador voluntario repartidos dentro de las instalaciones del Hospital comparado con las metas propuestas en este rubro.

Los datos obtenidos en cada periodo (consideramos 4 periodos de 3 meses) servirán para evaluar el desarrollo de nuestras metas y nuestros objetivos, estos datos servirán para retroalimentarnos de información que sirva para realizar cambios o crear nuevas estrategias que nos lleven al cumplimiento de nuestras metas al 100%; lo cual deberá impactar de manera positiva en los derechohabientes que están en espera de un órgano o tejido en el ISSSTE, incrementando las donaciones cadavericas de órganos y consecuentemente incrementándose el número de trasplantes.

CONCLUSIONES

En nuestro país tiene escasa experiencia con respecto al proceso de donación de órganos y tejidos con fines de trasplante, basados en el Modelo español se consideró la creación del CENATRA el cual rige el programa de trasplante de órganos, tanto de vivos como de cadáver; sin embargo a diferencia del Modelo español debemos considerar que nuestro sistema de salud está fragmentado en diversas instituciones (IMSS, ISSSTE, SSA, DDF, etc.), lo cual dificulta la cooperación interinstitucional para favorecer este servicio a la sociedad mexicana.

En el ISSSTE este programa se instituyó a partir del año 2000, y quienes llevaban a cabo esta labor era el personal de enfermería, que si bien ha tenido el entusiasmo para permanecer en esta ardua tarea, no son el personal idóneo ya que se enfrentan a diversas barreras, como es la interrelación con el médico tratante del paciente y del carente conocimiento de las estrategias administrativas así como médicas y terapéuticas para preservar la viabilidad de órganos en base al mantenimiento del posible donador.

Lo deseable es que este puesto sea cubierto por un médico especialista comprometido en este programa, siendo apoyado por la subdirección médica del hospital, con la misma jerarquía del médico tratante del potencial donador que limite las fricciones y favorezca la viabilidad de los órganos.

La trascendencia de este trabajo es el establecimiento del proceso administrativo dentro de la Coordinación Nacional de Trasplante para que por medio de esta sea dirigido dicho proceso a cada una de las Coordinaciones Hospitalarias de Donación con el fin de **planear, organizar, dirigir y controlar** cada una de las actividades médicas y administrativas que intervienen en el proceso de donación cadavérica de órganos y tejidos, con la finalidad de convertir este servicio en una atención eficaz y eficiente en beneficio de los derechohabientes del ISSSTE que se encuentran en listas de espera de un órgano o tejido.

Si no se establece el proceso administrativo dentro de cada coordinación hospitalaria de donación no se lograra cumplir objetivos específicos y no se podrá incrementar las donaciones por no contar con información que sirva de base para comparar resultados de años anteriores a los años venideros.

Es de igual relevancia que las Coordinaciones Hospitalarias de Donación sean reconocidas e integradas al organigrama institucional, con un orden jerárquico reconociendo el puesto de Coordinador Hospitalario el cual deberá ser adecuadamente remunerado económicamente reconociendo así el entusiasmo y el interés hacia esta actividad que implica trabajo de horas extras, traslados fuera del centro hospitalario, de los encargados de cada coordinación.

La propuesta de este trabajo es que se establezca un modelo del proceso administrativo en el ISSSTE, para sea aplicado en las diferentes Coordinaciones Hospitalarias de Donación del ISSSTE, estableciéndolo como base que dirija cada actividad dentro del proceso de donación cadavérica de órganos y tejidos, con el fin de lograr los objetivos de la Coordinación Nacional de Trasplante del ISSSTE.

Finalizo con la frase que los Coordinadores Hospitalarios de Donación mantenemos frecuentemente:

“sin donante no hay trasplante”.

Esto nos lleva a reflexionar que el proceso administrativo no solo debe implicar trámites burocráticos y estudios basados en la mejor tecnología, es importante iniciar con el primer paso; establecer la cultura de donación al personal de salud y al público en general.

Para cumplir este objetivo se requiere de la difusión de información sobre donación de órganos utilizando las diversas herramientas disponibles dentro y fuera de nuestro hospital con el fin de producir inquietud e interés a la sociedad mexicana, de alguna manera este documento cumple con esta visión porque finalmente estamos hablando de donación de órganos dentro de una institución educativa que trasciende fronteras culturales, sociales, económicas, geográficas, políticas que deben influir positivamente en la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moya D., ARTICULO 4º, Capítulo I de las Garantías Individuales en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Sista, vigésimo segunda edición 2006. México.
2. II Conteo de población y vivienda del año 2005, pagina web <http://www.inegi.gob.mx/inegi>.
3. F. E. Kast, J. E. Rosenzweig Administración en las organizaciones, editorial Mc Graw Hill, cuarta edición, México 2004. pp. 3-23.
4. E. Reig, J. Fernández Los recursos Humanos en las organizaciones Thompson editores 2003, España. pp. 5-6.
5. A. Aguirre, et al. Administración de las organizaciones. Fundamentos y Aplicaciones. Madrid: Pirámide, S.A., 1999. Pp.157-158.
6. Claude S. George, Lourdes Álvarez, Historia del pensamiento administrativo, Person Educación, México 2005. Pp. 1-69.
7. F. E. Kast, J. E. Rosenzweig Administración en las organizaciones, editorial Mc Graw Hill, cuarta edición, México 2004. pp. 60-65.
8. Z. Torres Hernández, Teoría General de la administración, Editorial Patria. Primera Edición 2007. México. pp. 74-85.
9. Z. Torres Hernández, Teoría General de la administración, Editorial Patria. Primera Edición 2007. México. pp. 96-107
10. F. E. Kast, J. E. Rosenzweig Administración en las organizaciones, editorial Mc Graw Hill, cuarta edición, México 2004. pp. 60-63.
11. E. Reig, J. Fernández Los recursos Humanos en las organizaciones Thompson editores 2003, España. pp. 6-7.
12. Claude S. George, Lourdes Álvarez, Historia del pensamiento administrativo, Person Educación, México 2005. Pp. 1-69
13. Joaquín Rodríguez Valencia Estudio de sistemas y Procedimientos Thompson Editores, México. 2007. pp 6-10.
14. Fremont E. Kast, Administración en las organizaciones enfoque de sistemas y contingencias Mc Graw-Hill cuarta edición, pág. 107 -120.
15. Agustín Reyes Ponce Administración de empresas teoría y práctica, primera parte Edit. Limusa. México. 2005. Pp57-68.

16. Luis A. Valdés Hernández, Planeación estratégica con enfoque sistémico, Fondo editorial FCA-UNAM primera edición agosto 2005.
17. Fremont E. Kast, Administración en las organizaciones enfoque de sistemas y contingencias Mc Graw-Hill cuarta edición, pág. 504- 534.
18. Agustín Reyes Ponce Administración de empresas teoría y práctica, segunda parte Edit. Limusa. México. 2005. Pp. 211-252.
19. Seguridad Social Organización Internacional del Trabajo, www.oit.org.mx, consulta 10 de julio 2008.
20. Ruezga, Revista Latinoamericana de Derecho Social, Núm. 2, enero-junio de 2006.
21. Manzanilla Linda, López Lujan Leonardo, Historia Antigua de México, 3v., México INAH, UNAM y Miguel Ángel Porrúa, 1994-1995.
22. López A., Salud Publica en México, Septiembre-Octubre de 1993, Vol. 35 No. 5.
23. Lic. Zaragoza Sigler María, Seguridad Social, Senado de la República, 20 de Octubre 2006.
24. González E., Barraza M., Gutiérrez C. y Vargas A., Sistemas de Protección Social en Salud "Elementos Conceptuales, financieros y operativos, segunda edición, Biblioteca de la Salud, SS, FUNSALUD, INSP, FCE.2006.
25. León V., Protección, previsión y seguridad social en México, Biblioteca jurídica virtual del instituto de investigaciones jurídicas de la UNAM, www.juridicas.unam.mx.
26. Información Institucional, ISSSTE 2008. www.issste.gob.mx.
27. Información Obtenida de expedientes del H. R. 1º. Octubre ISSSTE.
28. Dib-Kuri A, et al. Trasplantes de órganos y tejidos en México, Rev. Invest. Clin. 2005; 57 (2): 163-169.
29. Pagina web del CENATRA www.cenatra.salud.gob.mx, marzo 2009. México.
30. F. Morales Influencia del Modelo español en la República Dominicana, Nefrología Vol. XXI suplemento 4, 2001.
31. Rafael Matensanz, La política informativa de la ONT (España), Revista De trasplante, No. 2 septiembre a noviembre, 2003, pág. 21-24.
32. Fernández Lucas M, De Felipe C, Naya M, Gonzales-Posada JM, Matesanz R. Donación de órganos en España. Nephrol dial Transplant 1999; 14: 15-21.
33. E. Maravi, A. Martín, A. Maraví, O. Iturralde, Coordinación y logística del trasplante de tejidos de donantes de cadavérica y extra-hospitalarios. "Modelo Pamplona". Cadena de actuación 1992-2006, An. Sist. Sanit. Navar. 2006 Vol. 29, Suplemento 2.

34. F. Morales, Influencia del Modelo Español en la República Dominicana, NEFROLOGÍA. Vol. XXI. Suplemento 4. 2001, Pág. 144-147.
35. N. Cuende Melero, Resultados del Programa de Garantía de Calidad en el Proceso de Donación de la Organización Nacional de Trasplantes, Rev. Esp. Trasp. Vol. 10 N° 3, Pág. 209-15.
36. Organización Mundial de la Salud, Consejo ejecutivo, Documento EB79/8. Principios rectores de la OMSS sobre trasplante de células tejidos y órganos humanos, 123ª. Reunión del Comité ejecutivo. 18 abril 2008.
37. Ley General de Salud, Título decimocuarto, capítulo I, II, III, IV Y V. Edición 2008.
38. Código de bioética para el personal de salud, Comisión Nacional de Bioética 2002.
39. Ley General de Salud, Título decimocuarto, capítulo I, II, III, IV Y V. Edición 2008.
40. CENATRA, Manual Curso de Coordinadores Hospitalarios de trasplantes, Secretaria de Salud. México, D.F. Mayo 2001.
41. Les Heures, Fundación Bosch, Gimpera Univeritat de Barcelona. Manual del curso de iniciación en Coordinación de Trasplantes. México, D. F. Octubre, 2003.
42. CENATRA, ISSSTE, Manual del Coordinador Hospitalario en trasplantes secretaria de salud, México, D.F. Mayo 2001.
43. Ley General de Salud, Título decimocuarto, capítulo I, II, III, IV Y V. Edición 2008.
44. www.cenatra.gob.mx/ Sistema Nacional de Trasplante.
45. Kenneth E. Wood, Bryan N. Becker, Care of Potential Organ Donor, The new England journal of medicine December , 23, 2004.
46. González-Molina Alcaide, trasplante renal-consejos prácticos, Málaga, febrero de 1990. P.p. 1- 3 CENATRA conocimiento y actividades fundamentales del promotor de la donación de órganos y tejidos en el ámbito hospitalario. Manual 2003.