



Universidad Nacional de Córdoba
Repositorio Digital Universitario
Biblioteca Oscar Garat
Facultad De Ciencias De La Comunicación

**DONACIÓN DE ÓRGANOS:
UNA EXPLORACIÓN A LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS PROFESIONALES DE
LA SALUD**

Rocío Martínez Bernard

María Valentina Tosello

Cita sugerida del Trabajo Final:

Martínez Bernard, Rocío; Tosello, María Valentina. (2020). "Donación de órganos: una exploración a las representaciones sociales de los profesionales de la salud". Trabajo Final para optar al grado académico de Licenciatura en Comunicación Social, Universidad Nacional de Córdoba (inédita). Disponible en Repositorio Digital Universitario

Licencia:

Creative Commons [Atribución – No Comercial – Sin Obra Derivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)





Universidad Nacional de Córdoba

Facultad de Ciencias de la Comunicación

Licenciatura en Comunicación Social

TRABAJO FINAL DE GRADO

“Donación de órganos: una exploración a las representaciones sociales de los profesionales de la salud”

Autoras:

Martínez Bernard, Rocío

Tosello, María Valentina

Directora:

Carrizo Stauffer, Carla

-CÓRDOBA 2020-

*“Cuando nos preguntan qué objetos constituyen el mundo la respuesta no puede ser otra que:
¿En qué representación?”*

Serge Moscovici

Agradecimientos:

A Carla por guiarnos y apuntalarnos en este proceso, y a Antonela por inspirarnos a investigar.

A la querida Universidad Nacional de Córdoba y a la Facultad de Ciencias de la Comunicación, por educarnos en esta hermosa profesión y por permitir encontrarnos.

A todos los profesionales de la salud de la ciudad de Córdoba que colaboraron con su tiempo y dedicación, en especial a: Ana Laura Nisnik, Soledad López Rizzi, Aurora Luján, Marcela Ferreyra, María José Oleiro, Gladys Dotto, Marta González, Salvador Lizzio, Pablo Novoa, Zoraida Gallardo, Ivana Herrero, Cristina Gómez, María José Montes y Luciana Santa Cruz. A Paula Colella y Edgar Lacombe. A ECODAIC y a otras instituciones públicas de la ciudad.

A nuestros amigos y amigas de siempre, por ser pilares fundamentales. A nuestras compañeras de camino Guada y Lu. Y un GRACIAS enorme a nuestras familias por todo el amor y por darnos la oportunidad de elegir nuestro propio destino.

ABSTRACT

La presente investigación explora las representaciones sociales en torno a la donación y trasplante de órganos y tejidos de los miembros de los equipos médicos vinculados a la actividad de procuración de los hospitales donantes de la ciudad de Córdoba. La actividad procuradora es entendida por las investigadoras como etapa fundamental del complejo proceso de donación de órganos, y que consta de una serie de pasos operativos preliminares al trasplante.

El estudio, de tipo descriptivo y transversal, y que parte de una triangulación de los enfoques cuantitativo y cualitativo, tiene como objeto explorar y reconocer creencias, opiniones y actitudes de los actores involucrados que intervienen en la construcción de sentidos con respecto al proceso de detección y obtención de órganos.

Desde una perspectiva comunicacional, se dilucidan aspectos de la donación que no han sido abordados hasta el momento en Argentina y mucho menos en Córdoba Capital en un contexto de cambios y nuevos desafíos para el área de la salud que emergen a partir de la sanción de la nueva ley de donación de órganos y tejidos (Ley “Justina” N° 27.447).

PALABRAS CLAVE: DONACIÓN ÓRGANOS - REPRESENTACIONES SOCIALES-
COMUNICACIÓN - PROCURACIÓN- LEY JUSTINA

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	8
----------------------------------	---

— Marco Referencial.....	11
--------------------------	----

Cap. 1: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Pertinencia Comunicacional	22
---	----

— Problema y objetivos.....	25
-----------------------------	----

1.2.Antecedentes	27
-------------------------------	----

Cap. 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.1.Donación y trasplante de órganos	38
---	----

2.2.Comunicación y salud	42
---------------------------------------	----

— Comunicación para el desarrollo.....	43
--	----

— Comunicación para la salud.....	44
-----------------------------------	----

— Comunicación en clave cultural.....	47
---------------------------------------	----

— Modelos informacional/ relacional.....	49
--	----

— Comunicación para el fortalecimiento comunitario.....	51
---	----

2.3.Representaciones sociales	53
--	----

— La realidad social.....	54
---------------------------	----

— Influencias teóricas.....	56
-----------------------------	----

— Alcance conceptual.....	58
---------------------------	----

Cap.3: HERRAMIENTAS PARA EL ANÁLISIS DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

— Enfoques procesual/ estructural.....	64
--	----

— Dimensiones de las RS.....	66
------------------------------	----

Cap. 4: DISEÑO METODOLÓGICO

4.1.Enfoque, alcance y método	71
--	----

4.2.Población y diseño de muestreo	73
---	----

4.3.Técnicas de recolección de datos	76
---	----

— Instrumentos de recolección de datos.....	76
---	----

— Estrategia de abordaje de las unidades observadas.....	78
— Análisis e interpretación de resultados.....	89

Cap. 5: RESULTADOS

5.1.Datos obtenidos en las entrevistas.....	82
5.2.Datos obtenidos en las encuestas.....	100
— Hospital	
Córdoba.....	104
— Hospital Urgencias.....	115
— Hospital de Niños.....	128
5.3.Interpretación de los resultados.....	138

Cap. 6: A MODO DE CIERRE

— Conclusiones.....	158
---------------------	-----

<u>REFERENCIAS</u>	163
---------------------------------	------------

<u>APÉNDICE</u>	172
------------------------------	------------

INTRODUCCIÓN

A decorative graphic consisting of a horizontal line. On the left and right ends of this line are stylized heartbeat waveforms. In the center of the horizontal line, there is a small, decorative ribbon-like flourish.

La presente investigación toma como temática general la Donación y el Trasplante de órganos y tejidos, entendidos como fenómenos sociales de salud pública, basados en un accionar colectivo, normativizado y anclado en los valores de solidaridad y altruismo de los individuos.

Como dice Sonia Edit Ferreyra: “En nuestras complejas sociedades actuales en que tantos hechos atentan contra la cohesión y el vínculo social, la donación aparece como un hecho que propicia la construcción misma de este lazo” (2015, p.10). Aun así, la donación de órganos sólo puede completar su finalidad última gracias al acompañamiento de un complejo sistema de procuración; en el que participan diversos actores y que permite que los órganos y tejidos puedan ser trasplantados a las personas que los necesitan.

Procurar significa “hacer diligencias o esfuerzos para que algo suceda” (Real Academia Española [RAE]). Por lo que cuando hablamos de procuración de órganos y tejidos, nos referimos al conjunto de actividades y procedimientos necesarios para lograr que las donaciones se conviertan en trasplantes efectivos. El proceso de donación y trasplante “requiere de recursos materiales y humanos, de sincronización y trabajo en red entre hospitales, organismos provinciales, organismos nacionales, eventualmente jueces, líneas aéreas y equipos de trasplante” (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante [INCUCAI]). En esta red de personas hay un actor que, por su posicionamiento estratégico, tiene un rol clave: la comunidad hospitalaria.

El trabajo que aquí se desarrolla se centra en este último punto. Mediante las perspectivas enmarcadas en el campo de la Comunicación para la Salud, y partiendo de un enfoque relacional de la comunicación; se exploran las Representaciones Sociales acerca de la donación, procuración y trasplante, de los profesionales de la salud vinculados al proceso en la ciudad de Córdoba. Frente a la mayoría de estudios previos - centrados en la población en general y en los familiares de posibles donantes – interesa brindar información respecto a lo que piensan, saben y hacen los profesionales de la salud acerca de este asunto. Dado que, tanto en la provincia de Córdoba, como así también en el país, no se registran prácticamente investigaciones referidas a los equipos procuradores.

Por su parte, la dimensión comunicacional de la problemática ha sido, en la mayoría de los



casos, planteada desde un modelo instrumental de transmisión de la información orientado al análisis de los Medios Masivos de Comunicación y su capacidad de modificar las conductas de los individuos. En ese sentido, resulta fundamental recuperar la importancia de los procesos de comunicación interpersonal que se dan entre los diferentes actores que intervienen en el proceso de donación y trasplante. Puesto que se considera que las personas comprenden los mensajes vinculados a la salud desde el espacio que generan en las relaciones de su vida cotidiana; y es de allí, de donde surgen las prácticas que van configurando los modos de posicionamiento de los distintos actores que participan en el entramado institucional de la salud.

Con esa intención, se toman las herramientas propuestas por la teoría de las Representaciones Sociales para abordar a los actores que intervienen en la procuración de órganos y tejidos para trasplante; y reconocer en ellos la presencia de opiniones, creencias, valores y normas que refieren al proceso y que, a su vez, generan una orientación actitudinal positiva o negativa al respecto. Para ello, se adopta una triangulación de los enfoques cualitativo y cuantitativo que permite profundizar en la complejidad de la problemática.

A partir de los datos recabados, se busca dar voz a los profesionales de la salud que diariamente se constituyen como nexo entre quienes donan y quienes requieren de un órgano para vivir.

Asimismo, considerando el contexto social e institucional en el que estos actores construyen sus representaciones de la donación, la información aquí desarrollada puede ser de utilidad para los organismos públicos que regulan la actividad de donación y trasplante, en aras de potenciar las estrategias de intervención y concientización sobre el tema.

El estudio se encuentra dividido en seis capítulos. En el primero, "*Planteamiento del problema*" se define el tema investigado y su pertinencia dentro del campo comunicacional. Seguido a esto, se delimita el problema y se precisan los objetivos, para, finalmente, enumerar los antecedentes de investigación más relevantes. El segundo capítulo "*Fundamentación Teórica*", recupera nociones de la sociología, la psicología social, la antropología, y las teorías de la comunicación, vinculadas al campo de la salud, para abordar el proceso de donación y trasplante de órganos. En el capítulo "*Herramientas para el análisis de las Representaciones Sociales*", se determinan los enfoques a través de los cuales se estudian las Representaciones Sociales y se hace hincapié en las dimensiones que las componen. El



capítulo cuarto “*Diseño metodológico*” describe el enfoque, alcance y método de la investigación y presenta a la población en estudio, las técnicas de recolección de datos, y la modalidad de análisis. El capítulo “*Resultados*” expone en primer lugar los datos obtenidos en las entrevistas y cuestionarios. A lo que sigue el análisis de esos resultados en su conjunto y a la luz del marco teórico utilizado. Por último, en el sexto capítulo “*A modo de cierre*” se presentan reflexiones finales de las investigadoras y se proponen algunos desafíos comunicacionales en materia de procuración.



Marco Referencial

En primer lugar y previo al desarrollo, se hace pertinente situar a los lectores en el contexto de la procuración de órganos y tejidos para trasplante en el ámbito nacional y provincial. Para ello, se describe de manera general el proceso, sus diferentes instancias, los actores involucrados y las regulaciones institucionales que lo enmarcan. Al mismo tiempo se resaltan los puntos de interés para la investigación realizada, en relación a los cambios producidos por la nueva Ley de Donación y Trasplante, N° 27447. En esta instancia cabe hacer una aclaración conceptual: recuperando lo planteado en la presentación de este estudio, se entiende como donación y trasplante de órganos al término general para enunciar al fenómeno. Y por otro lado, se toma a la procuración como el proceso que engloba la donación como la acción voluntaria de las personas y al resto de las actividades que hacen a dicho fenómeno.

En Argentina, la actividad de procuración de órganos y tejidos se desarrolla gracias a la labor interdisciplinaria de los equipos médicos de instituciones de salud, públicas y privadas, que cuentan con los recursos materiales y de infraestructura necesarios para realizar esa tarea. A su vez, la actividad es fiscalizada por el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante [INCUCAI] y sus jurisdicciones correspondientes. En la provincia de Córdoba, el organismo jurisdiccional es el Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba [ECODAIC], dependiente del Ministerio de Salud de la provincia y cuya responsabilidad es la ejecución de los programas y lineamientos emanados por INCUCAI.

La procuración debe ser entendida como un *proceso integral*, compuesto por una serie de pasos operativos que pueden dividirse en dos fases insoslayables: por un lado la fase de obtención de los órganos y tejidos, y por el otro, la etapa de ablación y trasplante propiamente dicho.

A nivel general, la primera fase del proceso consta de la detección de los potenciales donantes, la certificación de muerte de los pacientes, la gestión y coordinación de los procedimientos necesarios para el mantenimiento de los órganos, y la determinación de los criterios de distribución y asignación de éstos. La segunda etapa se inicia con la ablación y traslado de los órganos a las unidades de salud receptoras, y finaliza con el trasplante de los órganos donados a los pacientes seleccionados de la Lista Única Nacional de Espera (fiscalizada por el INCUCAI).¹

¹ Recuperado de INCUCAI, página oficial del gobierno de la Nación.



Habiendo aclarado esto, la investigación presente se enfoca, de acuerdo al interés particular, en todas las actividades involucradas en la primera fase, referida a la detección y obtención de órganos y tejidos.

A continuación, se expresa brevemente y de manera simple cómo funciona esta etapa para poder continuar con la argumentación en torno a esta elección:

En primer lugar, la actividad de procuración se inicia con pacientes críticos; individuos con presunción de daños neurológicos gravísimos con muy alto riesgo de lesiones irreversibles y elevado riesgo de muerte (por traumatismos severos de cráneo, ACV, paro cardio respiratorio, hipoxia prolongada encefálica, entre otras) que ingresan a una unidad de terapia intensiva (UTI) y otras unidades de atención para pacientes en estas condiciones (shock rooms, salas de emergencia, etc.).

El médico frente a esta situación tiene la obligación de ofrecerle la mejor atención al paciente, a través de todas las técnicas del neurointensivismo, pero si éste no evoluciona ni responde ante estos procedimientos, se puede hablar de que ese paciente será un Potencial Donante (PD) de órganos y tejidos. Es en este momento, cuando el profesional a cargo tiene la obligación frente a la sociedad y a la ley de denunciar el caso al Ente coordinador de donación y trasplante correspondiente.

Lo que se realiza como primera medida es certificar el fallecimiento y simultáneamente, se aplican los criterios de selección de los órganos y tejidos aptos para la donación (determinación de causa de muerte, de antecedentes médicos y enfermedades previas del fallecido, la viabilidad y funcionamiento de los órganos y tejidos, etc.)

La certificación de muerte, se constata bajo un riguroso protocolo médico que se basa en diferentes criterios neurológicos y la parada cardíaca. Esto significa que se le hará al paciente un electroencefalograma, el cual deberá estar “*plano*”, y que sirve a los profesionales para confirmar la situación irreversible del individuo (lo que se conoce como el diagnóstico de muerte encefálica, que debe ser realizado por los médicos operativos del Ente Coordinador de la jurisdicción). Este protocolo de certificación de muerte está regulado en la Resolución N° 275.2010 (2010).

Es indispensable aclarar que, en este momento, la persona ya ha fallecido, pero su organismo se mantiene funcionando artificialmente por un corto período de tiempo, necesario



para efectuar más tarde la ablación de sus órganos. “Este es un estado definitivo, por lo que se entiende que ya se han hecho todos los intentos de reanimación y controles de rigor para asegurar que no existe ninguna posibilidad médica de reversión” (Torres, M., ECODAIC, comunicación personal, octubre 2018).

Desde el momento en que se diagnostica la muerte encefálica (ME), lo que se procura es dar atención y contención adecuada a los familiares, pretendiendo ser respetuosos con el momento de duelo que pasan por la pérdida de su ser querido (*proceso comunicación-donación*)². Mientras, se procederá médicamente a realizar técnicas para el mantenimiento de los órganos del Potencial Donante (PD): por medios artificiales, se mantienen irrigados los órganos y se realizan estudios de laboratorio que garantizan las condiciones óptimas para ser trasplantados.

En esta instancia, luego de haberse iniciado el tratamiento de los órganos y la comunicación con la familia, el Ente Coordinador consulta el Registro Nacional de Expresiones de Voluntad para la Donación, para saber si el fallecido ha dejado constancia expresa de su voluntad de donar los órganos.

El INCUCAI es el organismo que coordina las instituciones habilitadas para registrar la voluntad de donar de los individuos. Los lugares asignados para expresar la decisión son: INCUCAI, el Registro Nacional de las Personas [RENAPER], los Registros del Estado Civil y Capacidad de las Personas, Las Autoridades Sanitarias Jurisdiccionales a través de los organismos provinciales y de los establecimientos asistenciales públicos, privados, o de la seguridad social habilitados a tal fin y el Correo Oficial de la República Argentina Sociedad Anónima.

La ley de donación y trasplante de órganos y tejidos anterior a la vigente (Nº 26.066), instauraba ya la carátula de donante presunto: toda la sociedad argentina es considerada como donante de órganos y tejidos a menos que se registre oficialmente en vida la voluntad negativa a la donación. Sin embargo, esto en la práctica no se implementaba, ya que en todos los casos se priorizaba la decisión de los familiares directos de la persona fallecida, asignados por la ley (Ley Nº 26.066, 2005)³.

² Las tareas mencionadas se resumen bajo esta denominación de acuerdo a los pasos operativos definidos por INCUCAI.

³El familiar que tenía la potestad de decidir por el fallecido era seleccionado siguiendo un orden de prioridades establecido en el Art. 8, Ley Nº 26066, 2005.



De acuerdo a la nueva ley de donación y trasplantes en Argentina, Ley N° 27447, sancionada en 2018, se refuerza el concepto de donante presunto. Es decir, se obliga a que, efectivamente, en el único caso en que no se procede con la donación sea cuando la persona en vida haya registrado oficialmente su voluntad negativa hacia la donación; por lo cual, de no ser así, se continúa con el proceso de procuración.

El paso siguiente implica el operativo de analizar compatibilidades y asignar el/los órgano/s y tejido/s a los receptores de acuerdo al orden y prioridad en la Lista de Espera de Órganos Nacional y Única. De acuerdo a la definición de los pasos operativos, se aplican los “*criterios de asignación y distribución*”. La lista de espera consiste en un registro de pacientes críticos que requieren del trasplante de algún órgano para poder seguir con su vida o mejorar la calidad de ésta. Es el único registro válido a nivel nacional, fiscalizado por el INCUCAI, quien garantiza su transparencia y el cumplimiento de los criterios médicos preestablecidos en cuanto a la prioridad de espera: gravedad del paciente, edad, avance de la enfermedad que lo llevó ingresar en la lista, entre otras. Además, el orden de asignación de los órganos y tejidos depende de las compatibilidades entre receptor y donante en cuestiones de tamaño (estatura y peso), compatibilidad de grupo sanguíneo, compatibilidad inmunológica y estado o situación clínica del paciente en ese momento.⁴ Esta metodología de clasificación y organización en lista de espera es posible gracias al sistema SINTRA [Sistema Nacional de Información de procuración y trasplante de la República Argentina], el cual es monitoreado por INCUCAI y los organismos jurisdiccionales.

Finalmente, como últimos pasos del proceso de procuración, se monta el operativo de ablación y distribución de los órganos y tejidos, y se procede a realizar los preparativos para el trasplante.

Habiendo explicado esto, es oportuno expresar por qué interesa realizar la investigación en base a la etapa de obtención de órganos y tejidos para trasplante, dentro del Proceso integral de Procuración.

En primer lugar, se cree que esta fase en particular representa el nudo crucial en lo que respecta a donación y trasplante, en tanto que es la etapa motora que va a posibilitar la ablación. No obstante, a partir de la exploración y estudio de la temática, se puede considerar

⁴ Además de los criterios bioéticos y médicos, se tienen en consideración criterios de regionalidad, cuyo objetivo es acortar los tiempos de isquemia y establecer equilibrio distributivo entre los pacientes de todo el país (INCUCAI).



que dicha fase es la menos ponderada de las dos, tanto a nivel social como en el propio ámbito de la salud.

Con esto se quiere decir que la primera etapa de la procuración es relegada a “*un segundo plano*” frente al énfasis otorgado al trasplante en sí, momento que, al ser la actividad culmine del proceso, marca el éxito o fracaso de la totalidad de éste. Esta misma situación genera tendencias a enfatizar, tanto en las prácticas y políticas institucionales como también en los discursos sociales y contenidos mediáticos, la importancia de la donación y el trasplante, pero pasando por alto a la actividad nexa posibilitadora de estos. Se puede pensar entonces, que en general no haya amplios conocimientos en torno a la temática y al funcionamiento del proceso.

Por otro lado, en nuestro país, se ha logrado crear una conciencia colectiva positiva en pos de la donación, provocando así un incremento anual de la cantidad de donantes. Sin embargo, históricamente la cantidad de personas en lista de espera ha sido y es significativamente superior a la disponibilidad de órganos. De acuerdo a índices de INCUCAI, sólo se logra trasplantar aproximadamente el 20% de los pacientes que lo necesitan. Por lo tanto, la voluntad de donar de la sociedad, no determina la obtención real de órganos y tejidos para trasplante. Lo que advierte que, el desenlace de la procuración depende de otros aspectos que intervienen significativamente.

De acuerdo a lo declarado por referentes en el tema, estos aspectos giran en torno al desempeño médico en la actividad de procuración. Principalmente, tanto a nivel nacional como local, se reconoció que muchas pérdidas de donantes se deben a inconvenientes vinculados a las tareas de detección y obtención de órganos y tejidos.

Los equipos médicos de salud de cada institución, formados por distintos profesionales, son quienes asisten a los pacientes que ingresan a las unidades de terapia intensiva. Ellos son los encargados de detectar a quienes pudieran ser potenciales donantes. Es decir, que el acto de denunciar un posible caso de donación, puede y debe realizarlo cualquier miembro de ese equipo de salud que trata al paciente. Con respecto a esto, referentes cordobeses en materia de procuración, coinciden en que no todos los casos de potenciales donantes que surgen son denunciados en tiempo y forma.

Las razones por las cuales el equipo sanitario no denuncia se podrían vincular a diversos



factores: desconocimiento del proceso de procuración y/o de su lugar dentro de éste, problemas de comunicación entre los miembros del equipo médico o entre ellos y el ECODAIC, creencias personales y tabúes respecto a la donación, falta de motivación en sus tareas, insuficiente incentivo económico, desconocimiento del diagnóstico de muerte encefálica, entre otras. No obstante, ninguna de estas variables ha sido profundizada ni estudiada como debiera ser - al menos en nuestro país -, aun cuando se sabe que la cantidad de donaciones aumentaría significativamente si los pacientes fuesen todos detectados y denunciados a tiempo.

Ahondando en el trasfondo de estos posibles factores, se puede mencionar que lo relacionado a la temática de donación y trasplante, y mucho más a la procuración, es poco considerado en la currícula de las carreras asociadas a la salud. En las facultades de Medicina de Córdoba, estos temas sólo se incluyen a modo complementario u optativo. Lo cual implica que, por un lado, existan pocos médicos especializados; y por el otro, que la formación general de todo agente de salud (más allá de su orientación) no haga hincapié en cuestiones críticas como lo es el diagnóstico de muerte encefálica, por ejemplo. Consecuentemente, es lógico entender, que esto genere dudas, inseguridades y hasta desinterés por parte de los estudiantes y futuros profesionales.

Sumado a esto, los profesionales que trabajan en ECODAIC se han encargado durante varios años de coordinar y fiscalizar ellos mismos todas las funciones vinculadas a la obtención de órganos y tejidos, incluso han sido los principales agentes de concientización y capacitación en torno al tema. Se entiende, por consiguiente, que por ese motivo los integrantes de las instituciones de salud no se terminan de involucrar en esta actividad, o bien la interpretan como algo ajeno a su trabajo. Por esa misma razón, suele suceder que no tengan bien en claro sus roles y tareas concretas.

En respuesta a este contexto, tanto a nivel nacional como provincial, se han puesto en marcha diferentes programas que pretendieron potenciar la participación de los profesionales de la salud en la actividad de procuración a nivel institucional; y así incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos destinados a trasplante.

Entre las estrategias más importantes a nivel nacional podemos mencionar:

El Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos, el cual surge en 2003 y plantea



a la procuración como una tarea ubicada dentro de la organización intrahospitalaria. Es decir, una actividad que se suma a las acciones propias de los establecimientos sanitarios. Para ello, establece la figura del “Coordinador Hospitalario” (CH) de donación: un profesional perteneciente a la institución de salud y responsable de coordinar los procedimientos de procuración en su lugar de trabajo. El programa incluye también subprogramas de garantía de calidad del proceso, donde se adoptan nuevas herramientas de gestión para la procuración de órganos.

Frente al éxito en la implementación de esta propuesta, en el año 2013 en Buenos Aires, el INCUCAI y el Ministerio de Salud de la Nación lanzaron el programa Hospital Donante como nueva medida. Tres años más tarde, surge el Programa Nacional de Atención Integrada del Paciente Crítico y Potencial Donante como complemento de la estrategia hospital donante.

La implementación del modelo Hospital Donante, supone “la apropiación de la procuración de órganos y tejidos como una actividad médico asistencial, entendiendo la labor como responsabilidad de la institución en su conjunto” (INCUCAI, 2013). El programa considera a la comunidad hospitalaria como un actor determinante en el proceso de la donación. Para ello estimula la participación del recurso humano, promueve planes de capacitación y desarrolla protocolos de intervención. Y, a su vez, este plan concibe la transferencia de recursos y equipamiento, como así también el financiamiento de proyectos para la mejora de los servicios hospitalarios.

Particularmente en Córdoba, las políticas se incorporan mediante el programa provincial “Córdoba Procura”, impulsado por el ECODAIC y el Ministerio de Salud de la ciudad, en el año 2014. Este programa contempla a hospitales provinciales y municipales que tienen unidad de terapia intensiva y están ubicados en zonas de mucha población. Los objetivos son similares a los de los programas nacionales y pretenden instituir ciertas pautas de manera homogénea en todos los organismos médicos para incrementar el número de donantes.

El punto fundamental del Programa Córdoba Procura, es la incorporación de la figura del “Coordinador Hospitalario” (CH) a la provincia, aplicada ya a nivel nacional. En concordancia a lo que instaura el programa nacional, la función del CH debe ser desempeñada por un miembro del equipo médico de cada establecimiento, quien cumple el rol de líder del grupo, quien lo coordina y debe supervisar el accionar de los demás y mantenerse informado de las novedades. Además, debe tener una comunicación directa y fluida con ECODAIC.



Todos los hospitales que cuentan con esta unidad de coordinación se denominan “*hospitales donantes*”. Lo importante aquí es que los CH son especialmente capacitados por ECODAIC para realizar su tarea. De este modo, se pretende internalizar la donación en los hospitales y clínicas para insertarla como una más de sus actividades y no como una función que ECODAIC viene a realizar allí. Pero, es justamente en este punto donde todavía hay grandes desafíos por superar; en tanto que los CH no tendrán la capacidad plena de poner en marcha la procuración si no cuentan con la comprensión y el apoyo de los demás profesionales de la salud, y el compromiso de la institución hospitalaria con sus recursos técnicos, educativos, económicos y humanos.

Además, si bien esta medida resulta de gran importancia, aquí hay una cuestión clave en cuanto a las responsabilidades que le competen al CH. La actividad de coordinar la procuración de órganos y tejidos no es la única tarea que esta persona realiza en la institución, más bien, constituye una tarea “extra”. Por ello a quien cumple este rol se le paga un incentivo económico, además de su sueldo mensual.

En junio del 2018 en Argentina se sanciona la nueva Ley de donación y trasplante de órganos y tejidos (N° 27447): “Ley Justina”. Esta constituye un acontecimiento crucial en nuestro país, que refleja y refuerza la actitud positiva de la sociedad al respecto, y da un sustento legal a las políticas y gestiones, implementadas hasta el momento.

Anteriormente, las legislaciones previas ya contemplaban la idea de donante presunto, pero cuando una persona fallecía en condiciones de ser donante y no había dejado constancia explícita de su voluntad, por costumbre, por éticas personales de los médicos u otras razones particulares se terminaba consultando la voluntad con los familiares directos del paciente. Entonces, la familia adquiría un rol primordial, ya que era la que finalmente decidía respecto a la donación.

De acuerdo a las estadísticas y registros, esta forma de proceder generaba una gran pérdida de donantes ideales, es decir, se perdían órganos y tejidos por la decisión negativa de las familias. Dicha negación, de acuerdo a antecedentes de investigación, puede ligarse a diversas causas. Entre ellas, podemos mencionar: problemas de la familia con el sistema hospitalario o con algún miembro del equipo médico; incomprensión del diagnóstico de muerte encefálica, ligada a la no aceptación de la muerte del familiar; la dignificación del cadáver (miedo a que el cuerpo se desfigure); creencias religiosas y / o personales; mitos y tabúes, relacionados



principalmente al tráfico de órganos, falta de transparencia de las listas de espera y miedo a que no se brinde la atención médica adecuada al paciente por priorizar la donación, entre otras. En consecuencia, la negativa familiar - en toda su complejidad - es uno de los fenómenos más estudiados en lo que respecta a la donación de órganos y tejidos a nivel mundial.

Como medida superadora, la Ley Justina insta que todas las personas mayores de 18 años, son potenciales donantes de órganos y tejidos, a menos que hayan registrado oficialmente su voluntad negativa y de manera expresa. Al desligar a la familia de la toma de decisiones, la “negativa familiar” ya no constituye el factor central que incide en la obtención de órganos y tejidos para trasplante, sino que esto se ha re direccionado. En el escenario actual, la obtención de órganos pasa a depender sustancialmente del desempeño profesional de los equipos médicos procuradores dentro de las instituciones hospitalarias. Es por este motivo, que el hospital y toda la comunidad hospitalaria deben ocupar un lugar estratégico como nexo entre donantes y receptores.

En base a lo planteado hasta el momento, podemos reconocer también, que la ley establece la necesidad de institucionalizar la procuración en todos los hospitales⁵ para garantizar la posibilidad real del proceso donación/ trasplante.

En conclusión y ateniéndonos específicamente al ámbito provincial, el Programa Córdoba Procura necesita ser reevaluado en cuanto a su alcance y efectividad en el contexto actual.

Se conoce ya, que no todos los hospitales que abarca este programa lo interpretan y aplican de la misma manera, por lo tanto, el funcionamiento de los pasos operativos propios de la procuración es distinto en cada hospital. Es importante, aun así, considerar que ciertas diferencias son lógicas: el tipo de hospital de acuerdo a su especialidad, ubicación, cantidad de empleados, servicios, recursos con los que cuenta de acuerdo a si son nacionales o provinciales, etc.

Además, cada institución está conformada por personas con distintas creencias y valores, diferentes conocimientos y formación profesional, y experiencias diversas en el campo. Por lo que, para analizar cómo se desarrolla cada procedimiento, se debe entender a esos individuos, en primer lugar, como agentes sociales que actúan dentro de un marco institucional dado.

⁵ A esto refieren los capítulos III, IV y V de la Ley N°27.447, 2018.



Principalmente indagar qué entienden estos sujetos por donación y trasplante; y a su vez, ver cuál es el lugar que ocupa la procuración dentro de esa institución de la que forman parte, cuáles son los recursos disponibles dirigidos a esta actividad, y qué experiencias y trayectoria tiene cada agente y la institución en el tema, entre otras cuestiones.

Por su parte, los procesos de comunicación que se generan en los grupos formados por estos individuos, que desempeñan diversos roles y ocupan posiciones de poder determinadas, tienen una influencia directa, en primer lugar, en el involucramiento de las instituciones, pero también para que la transparencia y tranquilidad se transmitan a los familiares y a la sociedad.

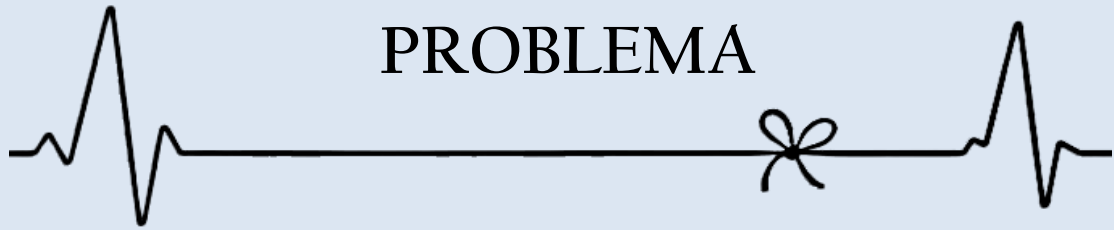
Solamente teniendo en cuenta todos los puntos mencionados se hace posible potenciar el desarrollo de la actividad de obtención de órganos y tejidos, achicando las distancias con las extensas listas de espera para trasplante; y mejorar así las condiciones y posibilidades de vida de numerosas personas.

Este es el motor de la investigación.



CAPÍTULO 1:

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA



PERTINENCIA DE LA INVESTIGACIÓN EN EL CAMPO COMUNICACIONAL

De acuerdo a las problemáticas planteadas, es necesario pensar, en la necesidad de sensibilizar a la comunidad hospitalaria e incluirla de manera integral en el proceso de procuración a través de la creación de grupos interdisciplinarios y revisión de diseños de planes de acción. Para ello, se tiene la convicción de que la comunicación puede ser una herramienta de gestión indispensable, que permite motivar, validar roles y movilizar a la comunidad hospitalaria en torno al cumplimiento de las metas propuestas en el programa institucional; promoviendo así, la respuesta a la demanda social de trasplante desde un contexto hospitalario.

Tomando esta perspectiva comunicacional, la cual corresponde como investigadoras, se podrán analizar los procesos de comunicación inherentes a las actividades de procuración de órganos y tejidos. Los cuales atraviesan a la totalidad de las instituciones comprometidas, a los individuos y actores sociales intervinientes y claramente, a toda la sociedad. De acuerdo al criterio de las investigadoras, la comunicación ejerce una influencia directa en el desenlace exitoso de un proceso de donación, procuración y trasplante, e incluso también en las acciones que surjan en consecuencia de éste: repercusión mediática y exposición social del tema, difusión de campañas, construcción de la imagen institucional de los organismos de salud, etc.

En este sentido y en relación a lo indagado en la etapa exploratoria, se pudo apreciar que, en los planes y programas impulsados en pos de la institucionalización de la procuración, tanto a nivel nacional como provincial, no se le ha dado una atención considerable al factor comunicacional. En la mayoría de los casos, se ha trabajado para fortalecer las estrategias y herramientas únicamente vinculadas a la instancia de la comunicación con las familias. No es extraño que así sea, ya que históricamente se trató del momento más determinante del proceso. Sin embargo, la situación actual demanda nuevos abordajes que partan de un enfoque global de comunicación y salud; atendiendo a la totalidad de complejidades que implica el fenómeno de donación y trasplante.

Con respecto a esto, Luis Ramiro Beltrán (1995), en su texto “*Salud pública y comunicación social*”, habla de la necesidad de que exista una *alianza lógica y loable* de los agentes de salud con las capacidades del comunicador social. El autor plantea que, acorde a estudios realizados a fines de los años 50, se comprueba que la comunicación sirve como motor para movilizarse en torno hacia la participación democrática en la lucha por el



desarrollo y como agente propiciador para fortalecer los lazos sociales.

No obstante, en los años siguientes, esta “alianza” ha sido mayormente planteada desde una idea vinculada a las perspectivas sistémicas y funcionalistas que concebían a la comunicación como mera transmisión de información con fines persuasivos y, por ello, como una herramienta para manipular las conductas. Es así, que el foco se situó más que nada en la función de los medios masivos como herramienta idónea para la promoción de la salud. Estas teorías, sin embargo, constituyen una base importante para el posterior desarrollo de nuevos paradigmas que amplían las potencialidades de la comunicación en el ámbito sanitario.

La mirada desde la cual se desarrolla este estudio y que, se cree, se vincula profundamente con las problemáticas de comunicación y salud, se enmarca en la corriente denominada “*comunicación para la salud*”; pero entendiendo, en primer lugar, a la comunicación como el proceso de producción social e intercambio de sentidos, en el marco de un contexto social y cultural. Díaz y Uranga (2011) plantean que, en esta perspectiva “la comunicación es una mirada que se articula con otras disciplinas y saberes vulgares, y los actores tradicionalmente marginados o concebidos sólo como parte del objeto de estudio son artífices del cambio comunitario” (p.1).

Considerando entonces a la salud como cuestión comunitaria, se requiere de un abordaje transversal que no puede reducirse a los mensajes mediáticos. Más bien nos interesa la idea que relaciona comunicación y salud centrándose en los vínculos entre los sujetos, individuos y actores sociales, situados en el espacio que generan las relaciones de la vida cotidiana, las marcas de la cultura que los constituye y el tejido social que los contiene. Puesto que es desde ese espacio, desde el cual los individuos interpretan los mensajes vinculados con la salud.

Dentro del circuito de procuración de órganos, los procesos comunicacionales cobran gran relevancia al momento de analizar la situación actual y pensar estrategias para alcanzar mayor eficacia. Al igual que la donación y el trasplante; la procuración de órganos y su desarrollo dependen directamente de la interacción social⁶, elemento clave de la comunicación. Por este motivo, interesa conocer las marcas culturales, categorías simbólicas, conocimientos que los actores involucrados poseen; en tanto que estudiarlos puede contribuir a una interpretación más profunda del sentido de sus acciones. Pudiendo generar también información para las

⁶ La interacción social ha sido un basamento teórico-práctico fuerte en la sociología clásica y contemporánea. Autores como Mead, Parsons, Blumer, Berger y Luckmann, consideraron a la interacción social un elemento fundamental en el desarrollo del ser humano, en conjunción con el orden cultural y social al que éste pertenezca.



personas e instituciones que trabajan en relación con los procedimientos médicos y operativos de la procuración; y la propuesta o revisión de programas que contribuyan a un cambio de conducta hacia la institucionalización del proceso.

En el campo de la comunicación para la salud, la concepción relacional (que venimos desarrollando) propone una “perspectiva integral e integradora, que intenta articular desde el comienzo los saberes y miradas de diversos actores que participan en un proceso de salud” (Uranga y Díaz, 2011, p.119). En este sentido se considera fundamental indagar en las diferentes modalidades de saber y elementos socioculturales que conforman la manera en que la fase de procuración es vista por los miembros de los equipos de salud encargados de desarrollar sus procedimientos, y como ellos se vinculan a sí mismos con el proceso.

Sin dejar de tener en cuenta que, tanto la problemática que se pretende abordar como los actores involucrados en ella, se sitúan esencialmente en el ámbito médico; se entiende que un abordaje comunicacional debe permitir dar cuenta de la amplitud de saberes y formas de conocimiento que presentan estos actores, los cuales no se agotan en su formación científica. Principalmente aquellos saberes que los actores sociales utilizan como parte del sentido común, y que, en términos de comunicación y construcción de relaciones entre individuos adquieren vital importancia.

Por estos motivos, se toma como herramienta teórica el concepto de Representaciones Sociales de Serge Moscovici. Estas modalidades de pensamiento son las que interesa profundizar como investigadoras. Se propone entonces, una exploración de las representaciones sociales acerca de la donación de órganos que poseen y construyen los integrantes de los equipos de salud que intervienen en la fase de procuración; ya que de este modo podemos reconocer la forma en que estos grupos conciben al proceso en general, su rol dentro de éste, la relación con los demás actores involucrados, los procedimientos médicos e institucionales que intervienen. Pero, además, cómo esos elementos se articulan en su manera de actuar.

Consideramos que para profundizar las medidas propuestas y poder plantear nuevos objetivos y acciones que partan de un enfoque global de comunicación y salud; es menester, en primer lugar, reforzar las instancias de evaluación. Evaluación entendida como un proceso organizado y sistemático de acciones que se deben realizar como parte integral de toda estrategia de intervención. Y esto significa recolectar información y analizarla; no sólo sobre



los logros y avances, sino fundamentalmente sobre el transcurso de cada etapa del proyecto (Sanabria Ramos, 2001).

Por más que el Programa Córdoba Procura no constituye estrictamente un programa de comunicación; se inscribe en las políticas de promoción de la salud⁷. Es decir que se vale de la comunicación como el medio más humano, universal y social; para estimular la participación de los sujetos sociales, encaminar esfuerzos para su cuidado y permitirles sobrevivir con salud.

Reevaluar las diferentes aplicaciones del Programa, en los distintos hospitales de la ciudad, para responder al panorama de la nueva Ley y reformular estrategias desde una perspectiva comunicacional; implica un análisis que abarque esta dimensión desde su inicio.

Con ese fin fundamentamos nuestro estudio. En tanto sostenemos que dilucidar las representaciones sociales de los miembros del equipo sanitario que posibilita la procuración, y la manera en que construyen esos conocimientos; aporta un elemento de valor esencial para reconocer y evaluar la situación actual de la procuración en las unidades hospitalarias que contempla el Programa Córdoba Procura. Y tomando esta información como sustento teórico para que se puedan impulsar nuevos planes de acción.

De modo que, el **objetivo general** de la investigación busca explorar cuáles son las representaciones sociales acerca de la donación y trasplante y del proceso de obtención de órganos y tejidos, de los miembros de los equipos de salud vinculados al proceso en los hospitales donantes de la ciudad de Córdoba (adheridos al programa provincial “Córdoba Procura”).

En este marco, y dada su pertinencia comunicacional, se propone como **segundo objetivo general** dilucidar cuáles son las estrategias a nivel comunicacional que deben darse para poder impulsar nuevos planes de acción en lo referido a la procuración de órganos.

Por último, los **objetivos específicos** son:

⁷Las políticas de promoción de la salud se consolidan a nivel mundial en la “Carta de Ottawa” firmada por la Organización Mundial de la Salud en 1986. El documento establece que “ la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma (...) Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario” (p.1).



- ❖ Reconocer creencias, valores, opiniones y actitudes de los actores involucrados que intervienen en la construcción de sentidos con respecto al proceso de procuración de órganos y tejidos.
- ❖ Reconocer cuál es la información con la que cuentan esos actores, e identificar esas fuentes de conocimiento.
- ❖ Identificar cómo estos actores perciben su rol dentro de la actividad de procuración.
- ❖ Distinguir aciertos y desaciertos en la aplicación del programa “Córdoba Procura”, de acuerdo a las interpretaciones que hacen de él los agentes de salud implicados.



ANTECEDENTES

La temática de la donación de órganos para trasplante constituye un complejo fenómeno que viene siendo estudiado desde múltiples enfoques y disciplinas, los cuales no se cercenan al campo de la medicina.

De acuerdo con el estudio *“Donación de órganos: obstáculos y facilitadores para una sociedad donante”*, realizado en Posadas, la trasplantología está íntimamente ligada al origen, el comienzo y los principios de la bioética.⁸ El éxito de los primeros trasplantes⁹, la posterior definición de muerte encefálica¹⁰ y los avances de la inmunosupresión¹¹, dieron lugar a la conquista del cuerpo que podía ser trasplantado. Aparece así, la novedad de un tercero interviniente en la relación Médico-Paciente, que es la sociedad.

Las autoras de la investigación insisten en que es el componente social, lo que da lugar a un triángulo de protagonistas: el médico, el paciente y la sociedad; reafirmando a la trasplantología como un “hecho social” que debe ser contemplado desde sus diferentes áreas. En este sentido retoman los dichos del Lic. Carlos Fernández Elizate, coordinador del área de Capacitación e Investigación del INCUCAI durante el año 2012, para quien la afirmación “no hay trasplante si no hay donación”, apunta a la inserción del tema dentro de la población desde la acción de las ciencias sociales para permitir la construcción de una Sociedad Donante (en Espínola y Espíndola, 2012).

Es comprensible entonces, que la cuestión de la donación busque ser abordada desde distintos enfoques, puesto que “si bien el tema del trasplante de órganos es territorio de la medicina, compete a otras disciplinas para lograr su procuración” (Dobrovsky, 2005, pp.147-173).

⁸ La palabra bioética es un neologismo acuñado en 1971 por Van Rensselaer Potter, en su libro *“Bioethics: bridge to the future”*. El término alude al estudio de los aspectos éticos de las ciencias de la vida –medicina y biología, principalmente- así como a las relaciones del ser humano con los restantes seres vivos.

⁹ El primer trasplante exitoso de riñón fue efectuado en el año 1954, en Boston, Massachusetts. Mientras que el pionero en trasplante de corazón fue el profesor Cristian Barnard en un hospital de Ciudad del Cabo, en 1961.

¹⁰ El Comité de la Facultad de Medicina de Harvard publicó en 1968 el reporte que mejor describió el concepto de muerte cerebral o encefálica hasta entonces. El artículo, titulado *“A definition of irreversible coma”*, fue el primero en describir claramente los criterios diagnósticos de la muerte encefálica y constituyó el origen de grandes disertaciones sobre el tema, y de revisiones que llevaron a los conceptos utilizados hoy por la gran mayoría de los países.

¹¹ La inmunosupresión consiste en “la supresión o disminución de las reacciones inmunitarias. Puede ser debida a la administración deliberada de fármacos inmunosupresores, empleados en el tratamiento de enfermedades autoinmunes, o en receptores de órganos trasplantados para evitar el rechazo. También puede ser secundaria a procesos patológicos como inmunodeficiencias, tumores o malnutrición” (*“Diccionario médico”*, Clínica Universidad de Navarra, 2020).



Según Vélez Vélez (2007) los trabajos realizados desde la medicina se centran fundamentalmente en el aspecto científico del fenómeno donación/trasplante. En contraste, desde la psicología se encuentran estudios descriptivos de los donantes de órganos y de los familiares, y estudios psicosociales que analizan actitudes hacia la donación, motivación, etc. También, aunque en menor medida, hay algunos trabajos que analizan las vías para potenciar la donación en la sociedad y desarrollar programas de intervención comunitaria, encaminados al incremento del número de donaciones. Por su parte, a continuación se mencionan algunos estudios realizados en el campo de la comunicación:

En el artículo “*Los medios de comunicación en el proceso de donación de órganos en Chile*”, Bustamante y Villarreal (2009), analizan la percepción de las personas respecto a la información difundida por los medios masivos acerca del proceso de donación de órganos en Chile, mediante un cuestionario aplicado a una muestra de 204 personas en diez grandes ciudades. Concluyen que las personas se consideran informadas y que su principal medio de información es la televisión. La investigación se centra en medios masivos de difusión y señala, que más y mejor información incrementarían el número de donantes.

También en Chile, Guerra Carrasco (2005) señala que la donación de órganos es un tema emergente, respecto del cual no hay muchas investigaciones: “lo que hay son artículos, notas periodísticas y algún estudio cuantitativo” (p.2). El autor busca explorar las razones, los motivos y las creencias que subyacen a la acción de donar -o no donar- los órganos de las personas del Área Metropolitana de Santiago. En síntesis, los hallazgos de la investigación indican que la donación de órganos es prácticamente un tema desconocido en Chile, que encierra por lo tanto, numerosos tabúes y temores en la población.

Por otro lado, en México, García García, Jaúregui y Zepeda Romero (2003) evaluaron el conocimiento y la predisposición de la población adulta del área metropolitana de Guadalajara, a la donación de órganos y tejidos con fines de trasplante. Los resultados de la investigación demostraron que la mayoría de la población encuestada tiene conocimiento sobre la donación de órganos y estaría dispuesta a donarlos. No obstante, un alto porcentaje (el 71%) desconoce cómo donar sus órganos y un 50% de la muestra considera insuficiente la información que sobre el tema se ha difundido por los medios.

Como se puede observar, la mayoría de las investigaciones referidas a la temática de donación/ trasplante, parten de un enfoque comunicacional centrado en los Medios Masivos



de Comunicación y sus potencialidades para modificar conductas. Asimismo, los trabajos se concentran en la postura general de las sociedades en cuanto a su voluntad de donar, dejando de lado el análisis de instituciones y grupos específicamente vinculados al tema.

En el contexto nacional, las investigaciones impulsadas desde el Área de Comunicación Social del INCUCAI también privilegian el rol de los medios masivos en la difusión de la información y se valen principalmente de métodos cuantitativos para medir los efectos en las audiencias. Particularmente, se focalizan en estudiar la difusión a través de los medios nacionales y/o provinciales para lograr cambios de actitudes y conductas.

El caso de las organizaciones públicas de salud no escapa a esta modalidad comunicativa, bajo la cual la población es objeto de información y no sujeto; de hecho según González Gartland, “tradicionalmente la gestión pública de la comunicación tomó el modelo proveniente del sector privado sin reflexión crítica sobre el ámbito de aplicación, la metodología y las herramientas pertinentes para tal fin” (Petracci y Waisbord, 2011, p.399).

En tal sentido, Hernán Alfredo Díaz (2011) aclara que “durante muchos años, la comunicación para la salud ha sido entendida como el conjunto de técnicas aplicadas por los comunicadores (o más reducido aún, los periodistas o publicistas) una vez que los expertos (sanitarios) habían definido hacia dónde querían torcer la realidad” (p.35). Se trataba por consiguiente, de una participación aislada, meramente instrumental y limitada a un momento del proceso, generalmente el de la difusión de las actividades a la población. Sin embargo, el autor plantea que la propia práctica ha mostrado el fracaso de esa visión y demanda nuevas formas de actuar, en las que la comunicación sea valorada como una perspectiva más, que se integra desde el comienzo en la (re)construcción de procesos sociales, como una forma de dar sentido y llenar de significado la manera de ser y actuar de una comunidad.

Luego de un largo proceso de exploración bibliográfica se infiere que, pese a la multiplicidad de miradas que abordan el tema de la donación de órganos, hay escasa disponibilidad de estudios sobre el fenómeno en Argentina. A su vez, la mayoría de los antecedentes - locales y nacionales - están destinados a investigar conductas de la sociedad en torno a la temática o a determinar la predisposición a la donación. Es menester destacar que prácticamente no se encontró ninguna investigación nacional que estudie a otra población como unidad de análisis más allá de la “sociedad en general”. De hecho, se pretende explorar un tema que tradicionalmente se enfoca en la población, los pacientes o sus familiares pero



que evita preguntarse lo que hacen y piensan los profesionales de la salud sobre el mismo proceso.

Dado este contexto, se tomó al siguiente trabajo como punto de partida para la introducción al campo: “*Donación de órganos: un análisis comunicacional de sus significados sociales*”, realizado por Antonela Isoglio en la Universidad Nacional de Córdoba en 2014. En consonancia con la autora: en la mayor parte de los trabajos encontrados “subyacen concepciones que privilegian la transmisión de información de las instituciones de salud a los ciudadanos. Predomina la unidireccionalidad de la comunicación y se destaca, además, un énfasis en los efectos de un tipo de mensaje determinado, a través de los medios audiovisuales, radiofónicos o impresos” (p.24).

La sociedad es tomada como población objeto de estudio por Isoglio, con el fin de reconocer los elementos de la estructura social, las experiencias corporales y de muerte, las dinámicas familiares y las conversaciones relacionadas con el proceso de donación. Desde una perspectiva comunicacional con enfoque cualitativo, analiza las interacciones de la vida cotidiana en torno a la temática y se identifican algunos desafíos de la donación de órganos como problema social de salud colectiva. Isoglio explora los significados sociales que concurren en la manifestación de la voluntad afirmativa o negativa de donación de órganos y tejidos post mortem de habitantes de la Provincia de Córdoba, en 2014.

Mediante las contribuciones de la teoría del *self social* y posicionándose frente a la línea de estudios que sostiene un sentido instrumental de la comunicación, el estudio pretende “aportar evidencias para el diseño de planes de comunicación de la salud, que busquen fortalecer las capacidades de las personas y las comunidades en la toma de decisiones informadas respecto a la salud colectiva”. De alguna manera, la investigación elaborada por Isoglio, permite explorar el panorama en Córdoba, obtener datos concretos y significativos para luego plantear el proyecto de investigación propio desde otro lugar o enfoque dentro de la temática.

Además, el trabajo se relaciona con la investigación en curso, en tanto que busca conocer e interpretar creencias, ideas, opiniones, que tienen las personas sobre la donación de órganos. La diferencia mayor es el objeto de estudio y la metodología de investigación. En el caso de la tesis mencionada, se aborda a la sociedad como posibilitadora de la donación y como potencial receptora de órganos. La autora utiliza la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos para comprender los procesos simbólicos mediante los cuales los



individuos interactúan en torno a la donación de órganos y tejidos, y la aplica a: expertos y referentes en el tema, personas que prestaron su consentimiento para la donación de órganos y/o tejidos de un familiar fallecido, personas que aún no experimentaron la donación de órganos y/o tejidos y por último personas trasplantadas.

Las conclusiones arrojan que la donación de órganos está asociada con valores comunitarios, tales como la bondad, la solidaridad, la esperanza, la fraternidad, el amor, el altruismo, la generosidad y la alteridad. Sin embargo, los temores y tabúes están también presentes: existencia de tráfico de órganos, falta de transparencia en el proceso, imposibilidades para donar, descuido de pacientes, etc.

Siguiendo esta línea, otro estudio, publicado en 2007 en la Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica, destaca que entre los fenómenos socioculturales que más influyen sobre la donación se encuentran; el culto al cuerpo, el desconocimiento del concepto de muerte cerebral, tráfico de órganos, miedo irracional a las nuevas tecnologías, inmigración y racismo (Vélez Vélez). Estos tópicos interpelan directamente a las instituciones hospitalarias y los equipos de salud vinculados a la actividad de procuración.

De acuerdo a Isoglio, “Las concepciones erróneas que circulan obstaculizan la toma de decisiones informadas. Además, existe un desconocimiento general del sistema nacional de procuración, que es la institución que busca dar respuesta al problema social que representa el trasplante” (2014, p.180). Frente a esto Vélez Vélez concluye que “mayor información y un trato más sensible se apuntan como factores facilitadores y de compensación social en la donación de órganos” (2007, p.19).

Isoglio sostiene que, para motivar el cambio en la mentalidad social, es necesaria una “participación comunitaria en torno a este problema social de salud colectiva” (2014, p.185). Aquí vuelve a coincidir con Esperanza Vélez Vélez, quien asegura que “el pilar fundamental para desarrollar con éxito un programa de trasplante es la existencia paralela de un sistema de generación de órganos efectivo que permita trabajar con continuidad y en las mejores condiciones, y esto depende en, gran medida, de la convicción de la población en la necesidad de cooperar en la donación, y también de la motivación del personal sanitario y hospitalario” (2007, p.22).

Finalmente, se retoma a Isoglio en tanto que considera a la comunicación como proceso



social que se propone capaz de impulsar la apropiación social del conocimiento disponible sobre donación y trasplante de órganos. Para ello, es necesario un “cambio del modelo comunicacional centrado en la transmisión-recepción, a uno integral que busque contribuir a la formación de ciudadanos críticos y propositivos con relación al aporte de la ciencia médica, el sistema de salud y la población en general para la solución de dicho problema social” (2014, p.186).

Se debe destacar el contexto en el que fue realizado el estudio mencionado, ya que en el año 2014 no existía la Ley “Justina”, por lo tanto, investigar sobre las causas de la negativa familiar a la hora de donar tenía un peso indiscutible. Si bien, este aspecto continúa siendo importante; hoy, luego de la instauración de la nueva ley, la familia ya no tiene el poder de la decisión final, sino que son otros los factores determinantes en la posibilidad de donación.

De alguna manera el trabajo de Isoglio analiza el contra frente de la investigación en curso, ya que está última pretende dilucidar las representaciones de los actores que se encuentran “del otro lado” de la problemática: los profesionales de la salud.

El INCUCAI y las Sociedades Científicas (s.f), establecen que la procuración de órganos para trasplante está inserta dentro de las políticas públicas de salud, destinando parte de su presupuesto para ello. Lo que quiere decir que, en Argentina, el sistema de salud trabaja para garantizar el acceso universal al trasplante, siendo su objetivo final el poder brindar respuesta a todos los pacientes que lo requieran.

Sin embargo, tanto los contextos institucionales en los que se desarrolla la procuración, como las particularidades de los profesionales de salud involucrados en el proceso, prácticamente no han sido objeto de estudio de las ciencias sociales en el país. En la búsqueda de antecedentes internacionales se encontró lo siguiente:

Una investigación realizada en México: “*La donación y el trasplante de órganos según los profesionales de la salud*” expresa que: “Hoy en día se reconoce que la mayoría de la población de numerosos países, incluyendo la mexicana, tiene opiniones y actitudes favorables hacia el proceso de donación y trasplantes. Por ese motivo se ha considerado de importancia centrar la atención en otros ámbitos, tal como en los servicios de salud, ya que pudieran estar incidiendo negativamente en la misma donación. Particularmente se reconoce la importancia de las actitudes, los conocimientos, y las perspectivas de los profesionales de la



salud que participan en diversas etapas del proceso de donación y trasplantes de órganos (...)” (2010, p.14). “La donación cadavérica aceptada prácticamente en todo el mundo con algunas excepciones en el oriente, es un proceso complicado que requiere no sólo de la buena disposición de la población general, sino sobre todo de sistemas de salud bien organizados, con adecuados sistemas de referencia y contrarreferencia, con adecuada información y buena disposición del personal hospitalario y la presencia de personal bien entrenado para lograr la entrega y la adecuada distribución de los órganos” (Mercado, Padilla y Díaz, 2010, p.10).

Los autores señalan también que las dimensiones de estudio mencionadas pueden influir en las actitudes del público en general. Por ejemplo, Weber y Canbai (1999), reconocen la importancia de conocer las actitudes y conocimientos de los profesionales de la salud, en especial de los médicos y las enfermeras, debido a que probablemente influyen en las actitudes de la población en general, al asumir que éstos tienen amplios conocimientos sobre temas médicos.

En pocas palabras, el objetivo de este trabajo ha sido revisar la producción existente a nivel mundial sobre las percepciones, experiencias y prácticas de los profesionales de la salud en torno a la donación y trasplante de órganos.

En consecuencia, el estudio mencionado incluye numerosas investigaciones que sirven a su vez de antecedentes, y que esbozan la situación en todo el mundo. Sobre todo, ponen en el centro del escenario a los equipos de salud que intervienen en todas las etapas del proceso de Donación y Trasplante. Y lo que es importante, ratifica la conclusión de las investigadoras en cuanto a la disponibilidad de antecedentes locales y nacionales: “tal es el caso de Latinoamérica, donde se han encontrado escasos trabajos sobre el tema” (Mercado et al., 2010, p.51). Más aún, en el apartado “estudios latinoamericanos” no hay registros de investigaciones argentinas.

Estos son algunos de los hallazgos que se encuentran recopilados en la investigación:

-Se recuperaron 144 trabajos sobre el tema en cuestión; 75% de ellos cuantitativos; el número reducido de estudios cualitativos apenas da como resultado una visión parcial y limitada del complejo proceso de donación y trasplantes. “(...) los primeros se proponen explicar, medir o cuantificar las actitudes y los conocimientos de los profesionales, así como determinar el peso de ciertos factores en la misma donación; mientras que los segundos se



proponen comprender la vivencia o los significados de quienes participan en los mismos procesos, sea la procuración de órganos o de cuidado del donador potencial” (Mercado et al., 2010, p.51). Lo cual genera resultados parciales.

-La producción se concentra en los países más desarrollados, en lo que se destacan, Estados Unidos y España, donde se encuentra la mitad de los trabajos; mientras que la latinoamericana es mínima y escasa. “En los países latinoamericanos de habla hispana parecen no estar particularmente interesados en este tema, tanto porque el número de trabajos es muy reducido como por el hecho de haber sido publicados en revistas locales y de bajo impacto” (Mercado et al., 2010, p.19).

- La mayoría de las investigaciones indagan las actitudes de los profesionales hacia la donación cadavérica; siendo los médicos y las enfermeras los principales grupos estudiados. Se deja de lado a otras miradas de actores fundamentales en el proceso (por ejemplo los directivos o los coordinadores hospitalarios). Con respecto a esto se puede decir que los trabajos reportan un amplio apoyo de los profesionales hacia la donación, pero la disposición a donar sus órganos o los de sus familiares es menor. Los médicos tienen más conocimientos sobre la donación que los otros profesionales.

- Hay ausencia de otras perspectivas teóricas que pudieran ofrecer otras formas de entender tales procesos; entre ellas basta mencionar la investigación participante, las teorías feministas, las de género y las críticas, entre muchas otras. “Por ejemplo, pocos trabajos estudian el tema desde una perspectiva sociocultural” (2010, p.11).

- Los temas centrales de las producciones son la donación de órganos cadavéricos, la muerte cerebral y en menor medida los trasplantes. La mayoría de los trabajos tiene como preocupación central conocer cuántos profesionales están de acuerdo con la donación cadavérica, con la donación de sus órganos y los de sus familiares. “De igual manera, hay interés en saber cuántos tienen conocimientos sobre aspectos como la muerte cerebral y la donación de órganos” (2010, p.52).

Son pocos los estudios que toman específicamente el concepto de Representaciones Sociales (RS) para abordar las temáticas desarrolladas. En base a lo revisado en esta materia, las mayores producciones latinoamericanas se encuentran en México, Brasil y Venezuela. Para su abordaje las técnicas de investigación más utilizadas en América Latina son las de



naturaleza cualitativa (Araya Umaña, 2002).

Si bien la teoría de las representaciones sociales es abordada en algunos estudios argentinos; por el tema propuesto, sirvió de referencia una investigación publicada en la “*Revista Cubana de Psicología*” (Rodríguez, Hernández, Mesa Borroto y Suárez Alemán, 2003). Dicho estudio contempla a la salud devenida en concepto social y en realidad psicosocial, que no puede desvincularse del contexto y condiciones sociales en que tiene lugar y se desarrolla.

En la introducción explican que “la representación social que posean las personas de la salud es importante por su determinación en los comportamientos de salud” (Rodríguez et al., 2003, p.153). En el estudio se constató y caracterizó la Representación Social de la salud en una muestra de 105 sujetos distribuidos en tres grupos etarios: 17-30; 31-60 y 16 y más años. Se emplearon la Asociación Libre de Palabras, la Entrevista y el Completamiento de Frases. Los resultados obtenidos, muestran que la representación social de la salud se centra en las ideas de bienestar como contenido más sólido y estable de la representación y en la periferia o campo representacional las ideas relacionadas con las instituciones y personal de salud, con la práctica médica, la calidad de vida, etc.; el origen de la información sobre la salud se origina en los medios formales de comunicación (TV, Radio, etc.), del médico de familia y enfatiza la responsabilidad de los sujetos en su salud.

En conclusión, luego de una exhaustiva búsqueda de investigaciones existentes sobre la actividad de donación de órganos en Argentina, se determinó que existen vacíos de información científica en torno a ideas, creencias y concepciones que tienen los equipos médicos de salud, de los hospitales de Argentina, respecto a la donación, acerca del lugar que ésta ocupa en el ámbito de la salud; de cómo perciben los integrantes de los equipos médicos su rol en el proceso de procuración y cómo se vinculan con las instituciones de salud o con los entes coordinadores de donación, entre otros aspectos.

La presente investigación, que pretende explorar las representaciones sociales de los miembros de los equipos de salud involucrados en la donación de órganos y tejidos para trasplante en la ciudad de Córdoba; adhiere al enfoque relacional de la comunicación para la salud. En consonancia, Díaz (2011) afirma que,

La comunicación no es una tarea exclusiva de los comunicadores sociales sino que,



compete a todos los agentes implicados en un proceso de cambio social. Está claro que somos los comunicadores los que disponemos de las herramientas específicas, muchas de ellas ciertamente vinculadas con las prácticas periodísticas y publicitarias, pero el hecho de que un equipo de trabajo comprenda desde un principio esta filosofía puede ayudar, y mucho, al diseño y la gestión de un proyecto de cambio social. (p.35)

Por estos motivos la información que aquí se desarrolla, busca generar un aporte en la construcción de conocimientos en el campo de la salud. En adhesión a la reciente sanción de la Ley Justina en 2018, y la implementación de programas nacionales y provinciales para institucionalizar la procuración en el sistema de salud argentino; se abre el camino para abordar el fenómeno de la donación de órganos, desde una perspectiva comunicacional, y en este contexto de importantes cambios.



CAPÍTULO 2: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA



DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud [OMS], la salud es "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (1948). La salud, entendida como un estado mutable, no es algo dado "para siempre" y tampoco algo que no estamos exentos a perder.

En cada sociedad, las personas y los profesionales del ámbito de la salud han puesto empeño y dedicación en crear medios que permitan al ser humano luchar contra enfermedades y dolencias de todo tipo, mejorar su calidad de vida, hasta incluso "prolongar la vida". Es dentro de este complejo campo de la salud y gracias a una serie de estudios experimentales que se consolidan hacia 1950, donde surge la donación y trasplante de órganos como mecanismo promotor de salud y bienestar.

De acuerdo con la Red Iberoamericana de Donación y Trasplante [RCIDT], la donación de órganos y tejidos consiste en una actividad cooperativa en la cual una persona dona voluntariamente sus órganos y/o tejidos a un paciente receptor que los necesita, por intermedio de un sistema nacional de procuración que asegura la seguridad y equidad del proceso. Esta actividad cooperativa estaría apoyada en los principios de altruismo, solidaridad y universalidad en los que se basan la donación y el trasplante (2012).

Tomando esta consideración de la donación como actividad cooperativa, Vélez Vélez (2007) agrega que, "aunque la donación de órganos es un hecho físicamente individual, es básicamente un acto social, colectivo" (p.20)

De aquí podemos decir que la sociedad es y debe ser el principal facilitador de la actividad ya que no hay trasplante sin donación. De ella es de donde surgen los recursos que propiciarán el desarrollo de la práctica. La donación de órganos y tejidos es un acto voluntario, altruista, solidario, generoso, confidencial, gratuito y sin ánimo de lucro, que surge desde la convicción genuina de una persona, en donde entrega una parte de su cuerpo sin obtener compensación económica ni de ningún tipo.

De acuerdo los artículos 33 y 34 de la actual Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células de Argentina (N°27.447), los requisitos para la obtención de órganos y/o tejidos de donante fallecido son:



Art. 33. - Requisitos para la obtención de órganos y/o tejidos de donante fallecido: La ablación de órganos y/o tejidos puede realizarse sobre toda persona capaz mayor de dieciocho (18) años, que no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de sus órganos o tejidos.

Art. 34. - Menores. En caso de fallecimiento de menores de dieciocho (18) años, la autorización para la obtención de los órganos y tejidos debe ser efectuada por ambos progenitores o por aquél que se encuentre presente, o el representante legal del menor. La oposición de uno de los padres elimina la posibilidad de llevar adelante la extracción en el cuerpo del menor. En ausencia de las personas mencionadas precedentemente, se debe dar intervención al Ministerio Pujolar quien puede autorizar la ablación (Ley N° 27447, 2018).

De esta manera, “el término donación de órganos implica tanto la acción social de disponer los órganos y tejidos del propio cuerpo para trasplante, como el procedimiento quirúrgico en el cual estos se extraen del donante cadavérico y se implantan a seres humanos o entre seres humanos” (Isoglio, 2014, p.35).

El procedimiento quirúrgico mediante el cual se realiza la extracción de los órganos y tejidos del cuerpo del fallecido se denomina ablación (INCUCAI, 2014). Éste forma parte de la procuración de órganos y tejidos, práctica médica que hace referencia a todo el complejo proceso.

El trasplante en sí, de acuerdo a Bergoglio y Bertoldi (1983) consiste en el reemplazo de un órgano vital enfermo, sin posibilidad de recuperación, por otro sano. “El trasplante es una alternativa de tratamiento médico que se resuelve en el ámbito sanitario con participación de la comunidad. Esto lo diferencia del resto de los tratamientos y lo constituye una práctica médico-social” (RCIDT, 2012, p.1).

En este sentido, el ex coordinador del área de Capacitación e Investigación del INCUCAI, Lic. Carlos Fernández Elizate, remarcó que la temática de trasplantología es “*un hecho social*”¹², un tema que debe ser contemplado desde diferentes áreas de lo social. Para esto Elizate explicó que se debe fomentar la inserción del tema dentro de la población desde la acción de las ciencias sociales ya que esto permitiría construir una Sociedad Donante. En

¹² El *hecho social* es un concepto básico en la sociología y la antropología. Fue acuñado por Émile Durkheim en su libro “Las reglas del método sociológico” (1895). De manera general, refiere a un modo de hacer influenciado por la cultura y el contexto social; a su vez, un comportamiento o idea presente en un grupo social –sea respetado o no, sea compartido, o no -.



este sentido lo expresó el mismo Dr. Armando Perichón (2006), ex presidente del INCUCAI: “trasplantar un órgano es una cuestión técnica, está todo resuelto, al igual que procurar un órgano, si la gente dona más seguramente los Organismos Jurisdiccionales de Procuración están adecuados a hacer frente a la demanda o habrá que dotarlos, pero eso no es ningún misterio, no es nada raro (...) El problema radica en cómo incidir sobre la sociedad para que la gente esté a favor de la donación; y ésta, es una cuestión social” (Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-265.pdf>).

El desafío entonces es en materia de inserción de la temática en las charlas cotidianas, en lo académico, en los discursos mediáticos, utilizando como herramienta fundamental a la comunicación.

Si bien el tema del trasplante de órganos es territorio de la medicina, compete a otras disciplinas para lograr su procuración. La donación de órganos es considerada como un aspecto vincular, entre demandante y demandado, entre donante y receptor. Donde la medicina y sus profesionales, constituyen el nexo y la herramienta para que esto se logre. (Dobrovsky, 2005, pp.147-173)

Esto último refiere al rol particular que desempeñan los profesionales de la salud en el proceso. Como bien se viene desarrollando, la donación de órganos, en términos de colectividad, actúa como un compromiso adquirido que conlleva a la reciprocidad. Los órganos provienen de la sociedad y se donan para la sociedad misma - representada por la institución sanitaria-, y no para nadie en concreto (salvo en el caso de la donación de vivo). De tal manera que, “para que la donación sea efectiva, es preciso el intercambio entre quienes donan, quienes reciben y una tercera parte para que lo donado circule socialmente, creándose así el compromiso social” (Vélez Vélez, 2007, p.21).

Los profesionales que ejercen en las instituciones sanitarias y, particularmente, aquellos que intervienen en el proceso de *procuración* de órganos y tejidos, tienen una doble función en esta dinámica. Por un lado, y al igual que todos los demás ciudadanos, pueden manifestarse como donantes o no donantes y asimismo, acompañar o discernir con la decisión de sus familiares y allegados. Pero además, son los protagonistas en lo que respecta a la instancia de obtención de los órganos y tejidos para el efectivo trasplante.

De acuerdo con el INCUCAI, “la procuración de órganos y tejidos es una actividad



hospitalaria asistencial, que permite brindar respuesta a la demanda sanitaria de los pacientes que esperan un trasplante como tratamiento para sus enfermedades terminales, crónicas o agudas” (2016). De modo general, como se ha mencionado, las tareas que le corresponden a los equipos de salud de las instituciones hospitalarias dentro del proceso de procuración consisten en: la detección, evaluación clínica y selección de los donantes en Muerte Encefálica (ME), la comunicación de la donación al INCUCAI (o a los organismos provinciales que correspondan en cada caso) y, posteriormente, el mantenimiento de esos Potenciales Donantes (PD) para garantizar el correcto desenlace hacia la instancia de ablación.

Según Caballero y Matesanz (2015) en su *“Manual de Donación y Trasplante de Órganos Humanos”*, en la evaluación de los PD se han de tener en cuenta unos criterios generales y otros órganos específicos. Los autores aclaran que la fisiopatología de la muerte encefálica impacta significativamente en el mantenimiento del donante de órganos. En consecuencia, el principal objetivo del equipo de salud procurador será determinar si los órganos son viables para trasplante y descartar cualquier enfermedad (principalmente infecciones y/o tumores) en el donante que pueda ser transmitido en los receptores con el trasplante de órganos (2015). Es importante destacar que la no viabilidad de uno o más órganos o tejidos para trasplante, no invalida la del resto de los órganos o tejidos.

No obstante, lo aclarado hasta el momento, se debe tener en cuenta que “la certificación de la muerte encefálica no está relacionada con la donación, sino con la obligatoriedad de los equipos sanitarios de proceder a la desconexión de las medidas de soporte artificial en caso de fallecimiento, dado que la única posibilidad que ampara que un cadáver reciba soporte artificial es que sea donante de órganos, o bien ante la posibilidad de una fallecida embarazada con feto viable” (INCUCAI, 2016). Los pacientes con diagnóstico de ME, suelen fallecer en unidades de cuidados intensivos con ventilación mecánica. No obstante, los pacientes que fallecen fuera de las terapias intensivas en situación de parada cardíaca son igualmente potenciales donantes de tejidos; lo cual, intensifica la responsabilidad y participación de todos los profesionales de la salud que conforman la comunidad hospitalaria en el proceso de donación/ trasplante.

En conclusión, tal como explican Caballero y Matesanz (2015), “todos los donantes requieren un control clínico intensivo y continuo, médico y de enfermería, para su correcto mantenimiento hemodinámico antes de la extracción de órganos, durante el traslado a



quirófano así como intraoperatoriamente en la extracción de órganos. El mantenimiento clínico adecuado del donante permite asegurar que el mayor número de órganos puedan ser extraídos en las mejores condiciones de viabilidad y así garantizar el mejor pronóstico y calidad de vida a los receptores. El cuidado del donante es similar al cuidado clínico simultáneo de seis a ocho pacientes críticos y debe realizarse de forma idéntica al que se aplica al resto de pacientes críticos” (Cap.5).

Estos supuestos son considerados en la Ley N° 27447, en el Capítulo V: “Servicios de Procuración”:

Art. 14. *-Los establecimientos que reúnan las características definidas en la reglamentación, deben contar con servicios destinados a la donación de órganos y tejidos, que permitan garantizar la correcta detección, evaluación y tratamiento del donante.*

Art. 15. *-Los establecimientos asistenciales públicos, privados y de la seguridad social deben promover la capacitación permanente del personal afectado al proceso de donación, a cuyos efectos pueden realizar acuerdos de cooperación y asistencia técnica con las autoridades sanitarias nacionales, provinciales o municipales.*

Art. 16. *-Servicios de Procuración. Los servicios referidos precedentemente deben contar -como mínimo- con un profesional especializado que desempeñe o coordine las siguientes funciones:*

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

COMUNICACIÓN Y SALUD

En 1995, Luis Ramiro Beltrán planteaba que los profesionales del sector de la salud no habían recibido formación para la gigantesca tarea de movilización hacia la participación democrática en la lucha por el desarrollo. Es por ello que, en su artículo “*Salud pública y comunicación social*”, los invitaba a asociar sus capacidades y esfuerzos a los de especialistas



en comunicación, educación e Información. En palabras del autor, esta unión representa una *alianza lógica y loable* (1995).

Actualmente, ya no cabe duda de que la comunicación y la salud son una pareja de hecho. Mientras que en la cultura anglosajona este campo de estudio se ha constituido en torno al concepto de *health communication*¹³, los hispanohablantes usamos diversas denominaciones para nombrarlo: comunicación y salud, comunicación *en* salud o comunicación *para* la salud. A lo largo de la presente investigación, se empleará el término comunicación para la salud como referencia a este ámbito de estudio; porque entendemos, junto con Díaz, que es el que “mejor expresa su voluntad de intervención y cambio social” (2011, p.33).

Comunicación para el desarrollo

De acuerdo con Beltrán (1995), a fines de la década del `50 numerosos estudios demostraron que existe una correlación estrecha entre la comunicación social y el desarrollo nacional, entendido éste último como la transición de la sociedad tradicional a la moderna, sobre las bases del crecimiento económico y el avance material de un país (p.2). A partir de esa comprobación, comenzó a plantearse la idea de que el papel de la comunicación podía ser robustecido para ayudar a los países rezagados, como agente propiciador de desarrollo. De ahí nació la teorización sobre el fenómeno de la "*comunicación para el desarrollo*", como proceso de intervención para el cambio social y como una nueva especialidad en el campo de la comunicación social, entendida como actividad profesional (Beltrán, 1995).

Como proceso social y disciplina profesional, la comunicación para el desarrollo, se originó en los Estados Unidos, al finalizar la Segunda Guerra Mundial y comenzó a practicarse en América Latina a partir del último tercio de la década de 1940. Para ello, Estados Unidos instituyó servicios cooperativos con varios gobiernos latinoamericanos para programas de desarrollo en agricultura, salud y educación. Más tarde se establecieron centros

¹³*Health Communication* es el término anglosajón que denomina al campo de estudios de la comunicación en salud. De acuerdo con Healthy People (2000), la comunicación en salud puede contribuir a todos los aspectos de la prevención de enfermedades y promoción de la salud. Es relevante en diferentes contextos, incluyendo: relación médico- paciente, búsqueda de información respecto a la salud a través de medios masivos de comunicación, adherencia a regímenes y recomendaciones clínicas, construcción de mensajes de salud y campañas o propagación de información individual o para la población en general sobre asuntos de salud, imagen de salud y elementos de la cultura sanitaria en los medios, educación de los consumidores sobre cómo tener acceso a sistemas de cuidado de salud y en el desarrollo de aplicaciones tecnológicas relevantes para la salud.



de producción audiovisual y programas de capacitación para comunicadores al servicio del desarrollo, dando lugar al surgimiento de tres subdisciplinas: *Información de extensión agrícola, Educación audiovisual y Educación sanitaria.*

Comunicación para la salud

En Latinoamérica, la Educación Sanitaria no alcanzó grandes avances y consolidación, y a principios de la década del 80, comenzó a ser superada por una nueva subdisciplina similar que cobró importancia rápidamente y se tornó dinámica a partir de la década pasada. Ella es la "*comunicación para la salud*". Beltrán (1995) considera que, a modo general, la Comunicación para la Salud consiste en "la aplicación planificada y sistemática de medios de comunicación al logro de comportamientos activos de la comunidad compatibles con las aspiraciones expresadas en políticas, estrategias y planes de salud pública" (1995, p.5). Más específicamente, esta disciplina puede ser vista:

- Como *proceso social*: la comunicación para la salud es así un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública. O bien,
- como *ejercicio profesional*: la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública (Beltrán, 1995, p.8).

Los objetivos que menciona el autor, habitualmente se enuncian en instrumentos básicos de programación institucional, tales como: *políticas, estrategias y planes*. Estos buscan normar el desempeño de los organismos, públicos y privados, comprometidos con el componente sanitario de la lucha por el desarrollo nacional y, por su intermedio, lograr que la población adopte conductas propicias al cuidado eficaz de su salud.

Por su parte, una *Política Nacional de Salud*, en palabras de Beltrán (1995), "es un conjunto de principios, normas y aspiraciones institucionales sobre el comportamiento de la población de un país en materia del cuidado de la salud pública" (p.7). Según el autor, las



políticas nacionales de salud, en el sentido de ser generales o globales, sólo existen en América Latina a partir de la década de 1970. Asimismo, en la mayoría de los casos, ellas han sido enunciadas por acuerdos internacionales multigubernamentales y transferidas para su aplicación.

Al respecto, Beltrán agrega que “la posibilidad de aplicar todas esas políticas depende en grado significativo de la capacidad de los países en materia de comunicación para la salud” (1995, p.10). Dicha afirmación se torna particularmente cierta en el caso de la política de promoción porque con ella se plantea un complejo cuadro de profundos cambios de comportamiento, tanto por parte de la masa de público a que deben llegar los servicios, como respecto de los propios proveedores de éstos.

En esa línea, el autor explica que las raíces de la actual política de promoción de la salud se remontan a los planteos del Dr. Henry Sigerist¹⁴; quien introdujo la precursora idea de que, *más que depender de la medicina, la salud del pueblo está cifrada en que se proporcione a éste lo siguiente: condiciones decorosas de vida y de trabajo; educación libre; y medios adecuados de reposo y recreación* (en Beltrán, 1995, p.10). A la tarea de lograr el acceso de toda la gente a estos tres beneficios básicos, Sigerist la llamó "promoción de la salud" y la consideró la misión primordial de la medicina. Por consiguiente, reconoció a la política de prevención el segundo lugar de importancia; situando a la política de curación ("restauración y rehabilitación") en el último lugar. Esta filosofía sobre la salud pública proponía hacer todo lo contrario de lo que tradicionalmente se había entendido por salud: la sola ausencia de enfermedad, a su vez percibida como un problema de orígenes puramente físico-biológicos (Beltrán, 1995).

No obstante, en 1947, la OMS produjo cambios en la definición de salud, bajo una perspectiva *biopsicosocial*¹⁵, que se vinculan de manera directa con el desarrollo de la comunicación como campo de análisis e intervención en las estrategias y programas de salud pública. La definición de salud actual, que se menciona al comienzo de esta fundamentación teórica, reside en estas perspectivas.

¹⁴ Henry Ernest Sigerist (París, Francia, 1981- Pura, Suiza, 1957), profesor en Europa y Norteamérica, fue uno de los más influyentes historiadores de la medicina del siglo XX.

¹⁵ El modelo *biopsicosocial* es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad, que postula que el factor biológico - químico/ biológico -, el psicológico - pensamientos, emociones y conductas - y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. Contrasta con el modelo *reduccionista tradicional* (puramente biológico).



Más adelante, en la Carta de Ottawa, la OMS propone diferentes estrategias para instalar efectivamente las políticas de promoción de la salud. Entre ellas, podemos mencionar la reorientación de los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y el fortalecimiento de la acción comunitaria (1986). Es con estos planteamientos que se empieza a entender la necesidad de integrar a la comunicación como elemento transversal de los programas y acciones de educación para la salud y su promoción. Empero, la relación no se planteó desde una única visión en todos los casos.

Interesa recuperar en este punto, los aportes de dos autores vinculados al campo de la comunicación institucional y la comunicación para la salud: Washington Uranga y Hernán Díaz. De acuerdo con lo manifestado por estos autores, en su artículo “*Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria*”:

La comunicación, en sus más diferentes significados, constituye una característica fundamental de la vida contemporánea. Como dato constitutivo de la realidad es un componente ineludible para comprender la dinámica de la vida social. Como disciplina y como categoría tiene que ser considerada para entender el sentido de las prácticas históricas en las que estamos insertos. Del mismo modo, cuando nos desafiamos a pensar y analizar el campo de la salud, el componente comunicacional es ineludible. Toda consideración sobre la salud tiene que tener en cuenta la comunicación y ese sólo hecho da lugar a la constitución de lo que, en diferentes acepciones, denominamos comunicación para la salud. (Díaz y Uranga, 2011, p.1)

En consonancia, la OMS hace una descripción de lo que denomina “*habilidades para la vida*”¹⁶, entre las cuales, se incluye de manera explícita y directa una serie de capacidades y destrezas reconocidas dentro del campo de la comunicación humana: el conocimiento de sí mismo y la empatía, las habilidades de comunicación y de relación interpersonal y la capacidad para hacer frente a las emociones y manejar el estrés. Si bien hay una referencia clara que tiene que ver con la comunicación, no hay mención alguna a los medios de comunicación y al sistema que los contiene.

En ese sentido, Díaz y Uranga (2011) aclaran que:

¹⁶ “*Habilidades para la vida*”, es una iniciativa propuesta por la Organización Mundial de la Salud [OMS] en el año 1933. Las 10 habilidades propuestas son: autoconocimiento, empatía, comunicación efectiva o asertiva, relaciones interpersonales, toma de decisiones, solución de problemas y conflictos, pensamiento creativo, pensamiento crítico, manejo de emociones y sentimientos, manejo de la tensión y el estrés.



Referirse a la comunicación, en primera y básica instancia, es hacer hincapié en la condición del varón y de la mujer como sujetos sociales capaces de generar una trama de relaciones de la que son parte, que los construye y que colaboran a construir. De esto estamos hablando cuando decimos comunicación en términos inicialmente humanos, de configuración de los sujetos sociales en el marco de un recorte territorial, geográfico o temático, dado. (p.1)

A lo que agregan que, cuando consideramos la relación entre comunicación y salud, nuestra mirada y nuestra preocupación – también nuestro objeto de estudio - se sitúan de manera primaria y primordial, en el individuo situado en su entorno cultural más próximo, ámbito en el cual se relaciona con el mundo de los objetos y en el que ejerce su capacidad-potencialidad de transformación de la naturaleza. Este ámbito, así determinado, es el de la vida cotidiana (Díaz y Uranga, 2011). Y es esa mirada, también, la que nos permite referirnos a la comunicación sobre todo y primordialmente como un proceso que vincula o intervenciona a los sujetos.

Al mismo tiempo, estos autores rescatan que aquello que denominamos la vida cotidiana, es también el ámbito natural de lo que, en las ciencias sociales nombramos como “prácticas sociales”.¹⁷ Es decir, la resultante de la interacción entre los agentes sociales y el mundo de los objetos (condiciones materiales que rodean a los agentes sociales). “Esta relación, de mutua incidencia y constitución, es fuente a su vez de la construcción del tejido social básico de la sociedad” (Díaz y Uranga, 2011, p.1).

Comunicación en clave cultural

Se toma la noción de “*comunicación en clave cultural*” introducida por Díaz y Uranga (2011), para referir a “un tejido social que va cobrando forma en el marco de la cultura, entendida como un repertorio que nunca es homogéneo y que al mismo tiempo es dinámico y cambiante” (p.2). La cultura, así, cobra densidad con aquellos significados que alcanzan durabilidad, que persisten en el tiempo y se concretan en comportamientos observables y que se interiorizan en forma de “*habitus*”¹⁸ en el sentido que lo manifiesta Pierre Bourdieu (1985).

¹⁷ Entendidas como pautas de comportamiento singulares, que se van conformando a partir de una pluralidad de elementos, características y conjuntos de rasgos propios de cada tipo de sociedad.

¹⁸ Este concepto es una de las contribuciones fundamentales de Pierre Bourdieu a la sociología y uno de los términos clave de su construcción teórica. Por *habitus*, el autor entiende el conjunto de esquemas generativos a



A partir de todo esto, los autores van a sostener que la relación comunicación y salud, sólo puede ser pensada y comprendida en el marco de las “*habilidades humanas*” mencionadas al comienzo. Es decir, más allá de toda mirada instrumental:

El varón y la mujer comprenden los mensajes vinculados con la salud desde el espacio que generan las relaciones en la vida cotidiana, desde las marcas de la cultura que lo constituyen y desde el sistema de relaciones que, a modo de tejido social, los contiene. (Díaz y Uranga, 2011, p.2)

Siguiendo a María Cristina Mata, se puede sostener que la comunicación es un conjunto de intercambios a partir de los cuales se van procesando identidades, normas, valores, se van articulando intereses, se van acumulando y legalizando saberes y poderes; y por lo tanto, este es un ámbito privilegiado para la construcción del orden social (1988). A dicho planteo, Díaz y Uranga (2011) añaden que, en ese marco, las instituciones abocadas a la salud se constituyen en “organizadoras de modelos culturales, que coronan formas de entender al sujeto, a su entorno y a su manera de relacionarse con su cuerpo, con la salud y con la enfermedad” (p.2). De allí surgen prácticas que van configurando los modos de relacionamiento y de posicionamiento de los distintos actores que participan del entramado institucional de la salud, en instituciones, programas o en la relación interpersonal.

Cuando nos preguntamos acerca de los significados que le atribuyen los profesionales de la salud a la donación de órganos y tejidos para trasplante, se debe considerar que estos se construyen en el seno de esos modelos culturales y, por ello, trascienden a sus conocimientos médico- científicos. Las creencias, concepciones y actitudes de los profesionales de salud involucrados en la procuración de órganos y tejidos, se configuran en su vinculación con otros profesionales de las distintas disciplinas intervinientes, con los pacientes y familiares de potenciales donantes; y a su vez, con el contexto hospitalario público y las determinaciones expresadas en los Programas de procuración nacionales y provinciales, entre otros aspectos.

partir de los cuales los sujetos perciben el mundo y actúan en él. Estos esquemas generativos están socialmente estructurados: han sido conformados a lo largo de la historia de cada sujeto y suponen la interiorización de la estructura social, del campo concreto de relaciones sociales en el que el agente social se ha conformado como tal. Pero al mismo tiempo son estructurantes: son las estructuras a partir de las cuales se producen los pensamientos, percepciones y acciones del agente: "El habitus se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funcionan en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir" (Bourdieu, 1972, p.178).



En conclusión, los autores insisten en que:

(...) al afrontar problemáticas de salud, es necesario tomar en cuenta que toda acción en ese campo se ejerce sobre sujetos y grupos sociales que, además de dar significado técnico a sus propios problemas y situaciones, aportan sobre todo significados subjetivos y sociales. La cuestión de la salud es, desde este punto de vista, ante todo una cuestión subjetiva y comunitaria, que requiere de un abordaje transversal nunca reducible a los mensajes mediáticos. (Díaz y Uranga, 2011, p.2)

Sin embargo, con las conclusiones plasmadas en la Carta de Ottawa, se instalaron algunas ideas de la comunicación con un claro sentido instrumental, que la consideraba como una herramienta para manipular y controlar las conductas individuales y colectivas; muy alejadas de la noción de la comunicación como proceso de producción social de sentidos en el marco de un contexto social y cultural, que se ha venido planteando. Esta perspectiva, todavía vigente en las prácticas de muchos actores, se sustenta según Díaz y Uranga (2011) en la ilusión de que el emisor es capaz de controlar casi hipnóticamente las conductas de los receptores, lo que “impide sacar provecho de las potencialidades que la comunicación ofrece como herramienta para facilitar y motorizar el cambio, de forma gradual e integrada, en proyectos más amplios que tomen en cuenta la complejidad social” (p.3).

Modelos: informacional/ relacional

De acuerdo con Díaz (2011), el *modelo informacional* de comunicación tiene un marcado carácter instrumental y encuentra su sustento teórico en las “teorías de la información”,¹⁹ surgidas en las primeras décadas del siglo xx. En ellas, la comunicación era concebida como un proceso de transmisión de mensajes, desde un emisor a un receptor por un determinado canal y con un código común. Es un esquema lineal muy simple de emisor-estímulo-respuesta. En términos generales, las prácticas de comunicación para la salud desarrolladas desde esta perspectiva comparten un conjunto de características:

¹⁹La teoría de la información, también conocida como teoría matemática de la comunicación, es una propuesta teórica presentada por Claude E. Shannon y Warren Weaver a finales de 1948. Esta teoría está relacionada con las leyes matemáticas que rigen la transmisión y el procesamiento de la información y se ocupa de la medición de la información y de la representación de la misma, así como también de la capacidad de los sistemas de comunicación para transmitir y procesar información.



En primer lugar, el emisor es considerado como actor principal de la comunicación, con capacidad para modelar y dirigir a placer la conducta del receptor. Por otro lado, se reconoce al *saber cómo fuente de poder*: las fuentes de saber, y en particular los profesionales de la medicina, detentan unos conocimientos específicos que les confieren una capacidad prácticamente ilimitada de influir sobre la sociedad para dirigir las conductas individuales y colectivas. Y por último, los medios masivos como actor primordial. Junto con los médicos, se considera que las grandes fuentes de poder con capacidad para influir en la sociedad son los medios masivos de comunicación (Díaz, 2011).

Este modelo de comunicación es el que ha mandado tradicionalmente en la relación médico-paciente, en la que el profesional sanitario ha establecido una relación desigual basada en su saber y reforzada a través de la simbología (la bata, el lenguaje inaccesible para los pacientes, etc.). En palabras del autor,

Esta relación desigual está sostenida por la práctica profesional pero también por la formación que reciben los profesionales sanitarios, en la que las habilidades de comunicación interpersonal siguen siendo una materia prácticamente ausente. Es también la perspectiva que primó en las primeras campañas de educación para la salud de carácter masivo, en la que se priorizaban los mensajes técnicos generados por los profesionales de la salud pública y se prestaba nula atención a las características de los destinatarios. (Díaz, 2011, p.38)

Más adelante, en cambio, los estudios culturales²⁰, las teorías del discurso²¹ y las teorías de la recepción²² aportaron los fundamentos conceptuales para el surgimiento de una nueva perspectiva, que puso el foco en las relaciones a través de las cuales se construye el sentido en

²⁰Los estudios culturales (EC) son un campo de investigación de carácter interdisciplinario, cuyo origen se perfila hacia mediados de los años '50 y los primeros años '60. El interés de estos estudios se centró en analizar una forma específica del proceso social, correspondiente a la atribución de sentido a la realidad, al desarrollo de la cultura, de prácticas sociales compartidas, de un área común de significados. El objetivo era definir el estudio de la cultura propia de la sociedad contemporánea como un terreno de análisis conceptualmente importante, pertinente y teóricamente fundado. En función de dichas concepciones, la cultura, para los EC, se define como el conjunto de formas de la actividad humana que se manifiestan en el interior de todas las actividades sociales y en sus recíprocas relaciones.

²¹ A la teoría del discurso le interesa el papel que representan las prácticas e ideas sociales significativas en la vida política. Analiza de qué manera los sistemas de significado o «discursos» configuran la comprensión que las personas tienen de sus propios roles sociales y cómo influyen en sus actividades políticas. Sin embargo, los discursos no son ideologías en el sentido tradicional o estricto de la palabra. El concepto de discurso incluye en su marco de referencia todo tipo de prácticas sociales y políticas, así como instituciones y organizaciones (Howarth, 1997, p. 125).

²² La teoría de la recepción es un movimiento de crítica literaria que surge de la hermenéutica y la fenomenología de los años cincuenta, como respuesta a la falta de importancia otorgada al lector por las demás teorías vigentes. Esta tendencia estudia el papel del lector en la literatura, quien se entiende que debe actuar sobre el material textual para producir el sentido.



una sociedad. “En lugar del esquema lineal de emisor-estímulo-respuesta, la perspectiva relacional contempla un circuito constituido por las instancias de producción, circulación y reconocimiento” (Díaz, 2011, p.39). Estas instancias no son consideradas como estáticas, sino que se enmarcan en un conjunto de condiciones de tiempo, espacio y relaciones sociales dinámicas.

Díaz (2011) explica que uno de los cambios más profundos de esta perspectiva viene dado por considerar que se produce sentido no sólo en las instancias de producción y circulación (lo que, simplificando, vendrían a ser el emisor y el canal en la perspectiva instrumental) sino también en la de reconocimiento. Así, todos somos productores de sentido. Por ende, si la perspectiva instrumental se basaba en el poder de los emisores como difusores de información, la propuesta relacional invierte esta visión y reprocha a quienes sostienen esas teorías el no pensar en la recepción como la instancia fundamental del proceso.

Según el autor, lo que esta perspectiva hace es incorporar dos elementos claves que permiten entender mejor lo que sucede en los fenómenos sociales, en tanto procesos de producción de sentido: las mediaciones a través de las cuales se construyen las relaciones sociales y la cultura como terreno que abona (y condiciona) estas relaciones (Díaz, 2011).

Comunicación para el fortalecimiento comunitario

Finalmente, Díaz y Uranga (2011) se preguntan hacia dónde encaminar las iniciativas de comunicación para la salud.

Indudablemente hacia estrategias que tengan como prioridad al sujeto en el marco de su comunidad. Esto supone también estrategias de comunicación que, antes de buscar el eventual cambio de conducta a través de técnicas basadas en el impacto publicitario, consoliden las posibilidades de que los sujetos lideren sus propios procesos. En ese sentido, las estrategias de comunicación se constituyen como un componente transversal que apunta a reforzar la autonomía y la capacidad de decisión de las personas antes que en un recurso para aumentar la eficacia de los mensajes. En definitiva, este cambio en la perspectiva comunicacional se centra no en la capacidad de controlar las conductas de los individuos desde una instancia superior (llámese, Estado o cualquier otra entidad promotora de una acción de salud), sino de que sean los propios individuos los que



adquieran conocimientos y habilidades para adoptar decisiones más saludables. En resumen, pasamos de una idea de control a la de auto-control, de la dependencia a la autonomía. (p.4)

La definición de comunicación para la salud del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2004), la entiende como: “el uso y el estudio de las estrategias de comunicación para informar e influir sobre decisiones individuales y colectivas que mejoran la salud” (p.2). En esta concepción, aquella se presenta como una herramienta que puede ayudarnos a conseguir una amplia variedad de objetivos (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos [NCI], 2004):

- Incrementar el conocimiento de la población sobre un tema relacionado con la salud.
- Influir sobre las percepciones, creencias y actitudes, para reforzar o cambiar las normas sociales.
- Apoyar el aprendizaje de habilidades de salud.
- Mostrar los beneficios del cambio de conducta.
- Motivar para la acción.
- Incrementar la demanda y los recursos de los servicios de salud.
- Refutar mitos e ideas equivocadas.
- Abogar por una posición en un tema o política de salud.
- Fortalecer las relaciones entre organizaciones.

Si bien la gran mayoría de los objetivos planteados refieren a los cambios a nivel individual y grupal respecto a determinadas conductas que favorecen o perjudican la salud; Díaz y Uranga (2011) concluyen que los últimos dos elementos (abogar por una posición en un tema de salud y fortalecer las relaciones entre organizaciones) “nos hablan precisamente de la potencialidad de la comunicación para construir de forma colectiva y participada nuevos escenarios y realidades” (p.4). Por lo que, en la búsqueda por fomentar la autonomía y el auto-control de los individuos y los grupos en su salud, la participación comunitaria adquiere un valor notable.

Para finalizar, los autores resaltan que la voluntad de fortalecer la participación de la comunidad conlleva también un redimensionamiento de la relación entre saberes científicos y saberes populares (Díaz y Uranga, 2011). En tanto que, estos últimos son los saberes que los



actores sociales utilizan como parte del sentido común en su vida cotidiana.

REPRESENTACIONES SOCIALES

Para abordar la manera en que los profesionales de la salud construyen los saberes para su vida cotidiana, y reconocer en ellos las informaciones, creencias, valores, elementos de su cultura y demás, que refieren al proceso de *donación/ trasplante*; tomaremos el concepto de Representaciones Sociales, introducido por Serge Moscovici (1961). De acuerdo con el fundador de la teoría, una Representación Social es:

Una modalidad particular de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. Es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979, p.17)

Se puede decir entonces, que cuando las personas se refieren a los objetos sociales, los clasifican, los explican, e incluso los evalúan, es porque tienen una representación social de ese objeto. Las personas conocen la realidad circundante a través de explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social. Las Representaciones Sociales (RS) sintetizan dichas explicaciones y, de esa manera, hacen referencia a un tipo específico de conocimiento: el conocimiento del sentido común. En consecuencia, juegan un papel crucial sobre cómo la gente piensa y organiza su vida cotidiana.

En términos de Reid, el sentido común es, en principio, una forma de percibir, razonar y actuar (1998). Es, además, un conocimiento social porque está socialmente elaborado. Es decir, que incluye contenidos afectivos, cognitivos y simbólicos que tienen una función no sólo en ciertas orientaciones de las conductas de los individuos en su vida diaria, sino también en las formas de organización y comunicación que éstos poseen en sus relaciones interpersonales y entre los grupos sociales en los que se desarrollan.

En definitiva, las Representaciones Sociales:

Constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación



actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo. (Araya Umaña, 2002, p.11)

Si bien el concepto fue propuesto por Moscovici, desde su elaboración, ha pasado a un extenso desarrollo de la teoría que ha permeado las ciencias sociales; dado que “constituye una nueva unidad de enfoque que unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social; el pensamiento y la acción” (Araya Umaña, 2002, p.19). Al ser el conocimiento del sentido común el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales, emprender estudios acerca de la representación de un objeto social nos aproxima a la “visión de mundo” que las personas y grupos tienen. Para Abric, el abordaje de las RS posibilita, por tanto, entender la dinámica de las interacciones sociales y aclarar los determinantes de las prácticas sociales, pues la representación, el discurso y la práctica se generan mutuamente (2001). En este sentido, abordar las representaciones de los profesionales de salud que intervienen en la actividad de procuración de órganos y tejidos para trasplante, nos acerca también la interpretación de sus modos de actuar e intervenir en el proceso.

En su propuesta, Moscovici (1979) introduce las aportaciones teóricas de los estudios de Berger y Luckmann, al estudiar cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social. A partir de sus elaboraciones, el conocimiento del sentido común – como objeto de estudio - es enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad (Banchs, 1988). En esa línea, la noción de realidad social y su proceso de construcción es un elemento clave para la comprensión de esta teoría.

Realidad social

La construcción social de la realidad es una idea fundante de la sociología. Durkheim fue quien más la desarrolló y posteriormente Schutz desarrolla su teoría de la importancia de los significados sociales (Ritzer, 1997). Luego, Peter Berger y Thomas Luckmann son quienes



más desarrollan el concepto. Para Berger y Luckmann, la construcción social de la realidad hace referencia a la tendencia fenomenológica de las personas a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas. Las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, es decir, las personas perciben la realidad como independiente de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone. El mundo de la vida cotidiana es aquel que se da por establecido como realidad. El sentido común que lo constituye se presenta como la “realidad por excelencia”, logrando de esta manera imponerse sobre la conciencia de las personas pues se les presenta como una realidad ordenada, objetivada y ontogenizada (1991).

Si bien, cada persona forma su propia opinión y elabora una particular visión de la realidad, esto no significa que dicha elaboración constituya un proceso puramente individual. Tal como explica Araya Umaña (2002), “las inserciones de las personas en diferentes categorías sociales y su adscripción a distintos grupos, constituyen fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social, y esto es, precisamente, lo que genera visiones compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos. La realidad de la vida cotidiana, por tanto, es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido” (p.14). Esta dinámica presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales las personas comparten y se experimentan unos a otros. La posición social de las personas así como el lenguaje juegan un papel decisivo en esta construcción, al posibilitar el acopio social del conocimiento. En fin, el medio cultural en que viven las personas, el lugar que ocupan en la estructura social, y las experiencias concretas con las que se enfrentan a diario influyen en su forma de ser, su identidad social y la forma en que perciben la realidad social (Araya Umaña, 2002).

El enfoque de las Representaciones Sociales presenta la ventaja de tomar en consideración las dimensiones tanto cognitivas, como sociales de la construcción de la realidad. En términos epistemológicos²³, podemos sintetizar que quien estudia las RS, parte del supuesto de que el conocimiento no es sólo comprensible desde la tradicional concepción que señala la existencia de un conocimiento científico en oposición a un conocimiento cotidiano. En esta teoría, más bien, se comprende el conocimiento como fenómeno o fenómenos complejos que se generan en circunstancias y dinámicas de diversa índole y cuya construcción está, a su vez, determinada por relaciones sociales y culturales. Por su parte, las personas son concebidas

²³ Por presupuestos epistemológicos se entienden los modelos de conocimiento de la realidad o vías de acceso al conocimiento (Banchs, 2000).



como seres que piensan autónomamente y que producen y comunican constantemente representaciones; no como meras receptoras pasivas, por lo que cualquier determinismo social es rechazado. Por lo anterior, la teoría de las RS hace énfasis en que la realidad es “relativa” al sistema de lectura que se le aplica.

Influencias teóricas

Moscovici retoma las siguientes concepciones y teorías para su estudio: Representaciones colectivas, de Emile Durkheim; psicología ingenua, de Fritz Heider (1958); interaccionismo simbólico, de Berger y Luckman (1968) y etnometodología, de Cicourel (1973). Asimismo se pueden reconocer otras influencias teóricas, entre las que podemos mencionar, los estudios de Freud, Piaget y Lévy-Bruhl.

Durkheim es el pionero de la noción de representación. Para él, existe un tipo de pensamiento social en cuanto a su elaboración y a su función, que da lugar a lo que denominó “*representaciones colectivas*”, a partir de las cuales se conforman, en su conceptualización, las representaciones individuales. Las primeras son variables y efímeras, en tanto las segundas son universales, impersonales y estables, y corresponden a entidades tales como mitos, religiones y arte, entre otras.

En su artículo “*De las Representaciones Colectivas a las Representaciones Sociales*”, Ana Lía Kornblit explica que según el principio del objetivismo de los hechos sociales, desarrollado por el autor de “el suicidio”, las representaciones colectivas se imponen a las personas, a los ojos de las cuales poseen una objetividad similar a la de los hechos naturales. Para Moscovici, en cambio, las representaciones sociales no son sólo reproductivas, a partir de formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos, sino que implican la producción y la elaboración por parte de estos últimos de diferentes parámetros sociales (2015). La influencia del positivismo²⁴ es observable en los postulados de Durkheim, en tanto las personas son concebidas como un reflejo pasivo de la sociedad y los hechos sociales se

²⁴ Los rasgos característicos del positivismo son: 1) El monismo metodológico (sólo se puede entender de una única forma aquello que se considera como una auténtica explicación científica); 2) el modelo o canon de las ciencias naturales exactas (la unidad de método tiene como canon o ideal metodológico la ciencia físico-matemática); 3) la explicación causal o *erklären* como característica de la explicación científica (las explicaciones científicas deben ser causales y por lo tanto hay una búsqueda de leyes generales hipotéticas de la naturaleza que subsumen los casos o hechos individuales) y 4) el interés dominador del conocimiento positivista (el control y dominio de la naturaleza constituye el objetivo de la investigación positivista) (Mardones, 1991, p.29).



consideran independientes y externos a ellas. Este es uno de los desacuerdos fundamentales de Moscovici, para quien, la sociedad no es algo que se le impone desde fuera al individuo y los hechos sociales no determinan las representaciones como una fuerza externa (social). Más bien, el autor entiende a la sociedad, los individuos y las representaciones como construcciones sociales.

El otro aspecto en el que el concepto pergeñado por Moscovici se aleja del de Durkheim está dado por la creciente complejidad de las sociedades actuales, en las que no puede pensarse que existan representaciones homogéneas y compartidas por todos los miembros de la sociedad –“*colectivas*”- sino a lo sumo, representaciones comunes a grupos sociales que comparten algunos aspectos culturales. Este es el motivo por el que Moscovici propone el adjetivo de “*sociales*”, reemplazando al de “*colectivas*”, para calificar a las representaciones compartidas por los miembros de grupos sociales cuyos alcances habrá que especificar en cada caso (Kornblit, 2015).

El *interaccionsimo simbólico* de Berger y Luckman es otra de las grandes influencias que se pueden reconocer en la definición de las RS. Para Elejabarrieta (1991), el trabajo de Berger y Luckmann aporta tres elementos fundamentales a la propuesta teórica de Moscovici:

- El carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento en la vida cotidiana. Es decir, que nuestro conocimiento más que ser reproductor de algo preexistente, es producido de forma inmanente en relación con los objetos sociales que conocemos.
- Que la naturaleza de esa generación y construcción es social, esto es, que pasa por la comunicación y la interacción entre individuos, grupos e instituciones.
- La importancia del lenguaje y la comunicación como mecanismos en los que se transmite y crea la realidad, por una parte, y como marco en que la realidad adquiere sentido, por otra (p.259).

Estos aspectos contribuyeron de manera significativa en la teoría de las Representaciones Sociales. Las aproximaciones al conocimiento cotidiano, considerando seriamente el carácter productor más que reproductor de los significados de la vida social son una pieza claramente visible en la teoría.

Respecto a esto, la llamada psicología ingenua o psicología del sentido común desarrollada por Fritz Heider, se proponía descubrir cómo los seres humanos perciben y explican su



comportamiento y el de los demás en situaciones de la vida cotidiana. Heider resaltó la importancia del conocimiento “*ordinario*”, por su papel fundamental para comprender y explicar las conductas. Su tesis fundamental es que la gente trata de desarrollar una concepción ordenada y coherente de su medio y construye así una psicología ingenua, muy parecida a lo que es una ciencia. Esta conclusión, de acuerdo con Araya Umaña, ejerció influencia sobre el pensamiento de Moscovici, particularmente en su planteamiento de que las representaciones sociales implican un pensamiento social cuyo valor está fundado en la vida cotidiana de los sujetos (Araya Umaña, 2002).

Por otra parte, el análisis de Freud del ser humano como ser social ejerció gran influencia en las reflexiones de Moscovici. Un elemento básico de su teoría es que toda representación social contribuye al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales, elemento que aparentemente retomó de los aportes de Freud.

Alcance conceptual

Siguiendo a Araya Umaña, se puede decir que las RS son fáciles de captar, pero su definición conceptual no comporta la misma facilidad debido a la complejidad de los fenómenos de los que da cuenta (2002). Por ello, son múltiples las nociones que tratan de definir las.

Además del concepto que propone Moscovici, se despliegan a continuación algunas otras propuestas que pretenden aclarar su complejidad:

Jodelet, indica que las representaciones sociales refieren a:

La manera en que nosotros, sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en



muchos aspectos un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc. (Jodelet, 1984, p. 473)

María Auxiliadora Banchs las define como:

La forma de conocimiento del sentido común propio a las sociedades modernas bombardeadas constantemente de información a través de los medios de comunicación de masas (...) en sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata”. (Banchs, 1986, p.39)

Como puede observarse, existen diferentes énfasis según sea la posición del autor o la autora. Sin embargo, todas las definiciones guardan en común su referencia a las funciones que cumplen las RS. Es decir, su importancia para la comunicación, la interacción y la cohesión de los grupos sociales.

A su vez, Ana Lía Kornblit rescata que las representaciones se construyen sobre los aspectos simbólicos - y no tanto cognitivos- de los objetos sociales. Esto implica introducir la dimensión del sentido atribuido por los sujetos a los hechos sociales. La autora expresa que, más allá de sus condicionamientos objetivos, el sentido denota un “plus” que está dado por elementos de la historia personal y grupal y que en ocasiones trasciende estas barreras para adquirir alcances generacionales o comunitarios más amplios. “Este sentido al que aludimos es socialmente elaborado y compartido, por lo menos grupalmente, y tiene un aspecto “práctico”, en cuanto a que orienta la acción y en cuanto a que se trata de un saber que da cuenta de algún aspecto vinculado a las actividades de las personas en la vida cotidiana” (Kornblit, 2015).

Respecto al alcance de lo social, según Moscovici, para calificar de social a una



representación es necesario poner el acento en la función, más que en el agente que la produce (1979). Así, lo social de una representación proviene de su contribución al proceso de formación de las conductas y de orientación de las comunicaciones sociales. En la medida en que crean una visión compartida de la realidad y un marco referencial común, las representaciones sociales posibilitan, entre otros muchos procesos sociales, el proceso de las conversaciones cotidianas. En este sentido, y siguiendo a Criado (1991), las conversaciones se pueden definir como el lugar donde las personas, provistas de unos esquemas interpretativos socialmente adquiridos, construyen y negocian el sentido de la interacción.

En términos de Moscovici, lo social en las RS no se polariza ni hacia lo micro ni hacia lo macro: existe una determinación social central (macro) y otra, social lateral (micro) de las representaciones (1979). La primera se refiere a la cultura global de la sociedad en la que se insertan los grupos, los actores y las actoras sociales y la segunda al grupo en particular en el cual se insertan las personas. Por último, las representaciones desempeñan un papel relevante en la configuración de los grupos sociales y la conformación de su identidad.

Si bien no se puede afirmar que un grupo es tal por el hecho de compartir determinadas representaciones sociales, sí es evidente que, en ocasiones, la denominada cultura grupal define intensamente al grupo y está vinculada no sólo con una memoria y con un lenguaje compartidos, sino también con representaciones comunes. (Araya Umaña, 2002, p.32)

En fin, las representaciones son sociales por:

- Las condiciones de producción en que emergen (medios de comunicación, interacción cara a cara, comunicación, lenguaje).
- Sus condiciones de circulación (intercambio de saberes y ubicación de las personas en grupos naturales y de los grupos sociales naturales en contextos sociales particulares dentro de una estructura social).
- Las funciones sociales: construcción social de la realidad en el intercambio social, desarrollo de una identidad personal y social, búsqueda de sentidos o construcción del conocimiento del sentido común.



CAPÍTULO 3:
HERRAMIENTAS PARA EL
ANÁLISIS DE LAS RS



La investigación empírica en el campo de las representaciones sociales la inicia Moscovici (1961), con el análisis que realiza respecto al psicoanálisis en su libro *“El Psicoanálisis, su imagen y su público”*. Para ello, el autor recurrió a fuentes primarias: entrevistas para evaluar los conocimientos de diversos sectores de la población francesa sobre el psicoanálisis; y fuentes secundarias: análisis de contenidos de todos los artículos relacionados de forma directa o indirecta con el psicoanálisis²⁵. De esta manera, Moscovici mostró el pasaje de una teoría científica (el psicoanálisis) a una sociedad determinada. Es decir, cómo esta teoría fue entendida y transformada por las personas; como ciertos conceptos - tomando la forma del conocimiento del sentido común - se seleccionaron, reorganizaron, clasificaron y reelaboraron; cómo la teoría modificó, a su vez, la visión de los sujetos de sí mismos y del mundo circundante; cómo la orientación política y religiosa intervenía en la interpretación de la teoría: en suma, como la teoría psicoanalítica era transformada en una representación social (Kornblit, 2007).

En su obra, Moscovici (1961) había señalado tres aspectos constitutivos del concepto: **1.** No hay una única representación social de algo (en este caso el psicoanálisis), sino muchas. Ellas difieren en cuanto a su contenido y en cuanto a las actitudes que desencadenan en función de las afiliaciones socioeconómicas, políticas, religiosas, etc., de los individuos que las sustentan. **2.** El proceso representacional no se da en el vacío social. Esto explica que un mismo objeto pueda dar lugar a diferentes representaciones. Estas se vincularán con los valores y patrones de conducta del grupo de que se trate. **3.** La transformación del objeto en su representación se efectúa a través de dos movimientos complementarios:

- Ciertas informaciones son seleccionadas y retiradas de su contexto.
- Dichas informaciones son concretizadas en imágenes.

De estas propiedades de las representaciones sociales se desprende que para que pueda hablarse de su existencia, ellas deben referirse a un objeto social que reúna ciertas condiciones: debe tratarse de un objeto social tal que despierte a la vez perspectivas conflictivas y cierto grado de consenso; que revista importancia para la vida cotidiana de los objetos y que se establezcan en torno a él mensajes comunicativos (Araya Umaña. 2001). Como dice Di Giacomo, todo conjunto de opiniones no constituye una representación social.

²⁵ Se contemplaron artículos publicados en 241 periódicos y revistas entre 1952 y 1956.



Para ello, deben estar estructuradas de un modo no aleatorio, sino en relación con la realidad vital del grupo de que se trate (1987). Tal es el caso de las opiniones que despierta la donación de órganos y tejidos, entre los profesionales de salud que intervienen en los procesos de procuración.

En cuanto a la transformación del objeto en su representación simbólica, ésta se logra a través de: *la objetivación y el anclaje*.

La objetivación se define como “una operación formadora de imagen y estructurante” (Jodelet, 1986, p.481). Para Moscovici, este proceso es el verdadero núcleo de la representación social; y comprende tres pasos: **1.** La *construcción selectiva*, que se refiere al proceso de retención y rechazo por el que los individuos hacen suyas las informaciones circulantes acerca de una teoría, separándolas tanto del campo científico al que pertenecen, como del grupo de expertos que las ha concebido. **2.** La *esquemización estructurante*, se refiere al proceso por el cual esos diferentes elementos informativos, incorporados selectivamente, se organizan para conformar una imagen del objeto que reproducirá de manera visible una estructura conceptual. Y **3.** La *naturalización*, proceso por el cual el modelo figurativo (de la etapa previa) adquiere, en la construcción que el sujeto ha realizado para constituirlo, un status de evidencia (Kornblit, 2007).

El anclaje es el momento en el cual los elementos objetivados se integran a nuestros esquemas de pensamiento. Allí, el objeto representacional se enraíza en una red de significaciones culturales, ideológicas y valorativas previas, y se traduce en una orientación de las prácticas sociales (Jodelet, 1986).

En otro orden de ideas, se debe tener en claro que una representación social es a la vez un *producto* y un *proceso*. Como producto, está presente en el pensamiento de determinadas personas y grupos sociales que la comparten. Su estudio apelará entonces a relevar datos acerca de cómo conciben ciertos grupos determinados objetos sociales, analizando por ejemplo las diferencias intergrupales en ese aspecto. Como proceso, las representaciones sociales “construyen” la realidad social y su estudio a este nivel puede aportar datos acerca de cómo diferentes grupos llegan a estructurar una representación social (por ejemplo el estudio clásico de Moscovici acerca del psicoanálisis) o acerca de cómo una determinada representación social influye sobre la conducta del sujeto en relación con el objeto de que se trate (Kornblit, 2007). Esta doble dimensión –proceso y estructura- ha dado lugar a dos



enfoques particulares para la apropiación de la Teoría de las Representaciones Sociales: el enfoque procesual o clásico y el enfoque estructural.

Enfoques procesual/ estructural

De acuerdo con Pereira de Sá (1998) existen tres líneas de investigación de las RS que se han ido perfilando a través del tiempo:

- *Escuela clásica:* desarrollada por Denise Jodelet en estrecha cercanía con la propuesta de Moscovici. El énfasis está más en el aspecto constituyente que en el aspecto constituido de las representaciones. Metodológicamente recurre, por excelencia, al uso de técnicas cualitativas, en especial las entrevistas en profundidad y el análisis de contenido.
- *Escuela de Aix-en- Provence:* esta escuela es desarrollada desde 1976 por Jean Claude Abric y está centrada en los procesos cognitivos. Por excelencia recurre a las técnicas experimentales.
- *Escuela de Ginebra:* El máximo exponente es Willen Doise. Es conocida como la escuela sociológica pues se centra en las condiciones de producción y circulación de las RS.

Las dos primeras escuelas evidencian los dos enfoques mencionados con anterioridad: el procesual y el estructural. Aunque ambos enfoques significan una manera diferente de apropiarse de la teoría, esta separación tiene una connotación heurística y de ninguna manera debe conducir a una falsa dicotomía entre ellos (Araya Umaña, 2002). Sin embargo, se puede afirmar que el aspecto constituyente del pensamiento son los procesos y el constituido son los productos o contenidos. El enfoque que se centra en el primer aspecto es el procesual y el estructural se centra en el segundo aspecto. Mientras que el enfoque procesual privilegia el análisis de lo social, de la cultura y de las interacciones sociales, en general; el estructural, privilegia el funcionamiento cognitivo y el del aparato psíquico y para ello recurre a los postulados que se derivan del método experimental así como a sofisticados análisis multivariados.

Siguiendo a Araya Umaña, el procedimiento clásico utilizado por el enfoque procesual para acceder al contenido de una representación, es la recopilación de un material discursivo



producido en forma espontánea (conversaciones), o bien, inducido por medio de entrevistas o cuestionarios. Los discursos cristalizados en obras literarias, soportes periodísticos, grabaciones de radio también pueden ser objeto de análisis. El tratamiento de este material discursivo proporciona una serie de indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social (2002). Se pueden reconocer asimismo algunos presupuestos epistemológicos y ontológicos de este enfoque:

- El acceso al conocimiento de las RS es por medio de un abordaje hermenéutico, en el que el ser humano es visualizado como un productor de sentidos.
- Focaliza en el análisis de las producciones simbólicas, de los significados, del lenguaje, a través de los cuales los seres humanos construyen el mundo en que viven.
- Privilegia dos formas de acceso al conocimiento: una, a través de métodos de recolección y análisis cualitativo de los datos. Otra, la triangulación combinando múltiples técnicas, teorías e investigaciones para garantizar una mayor profundización y ampliación del objeto de estudio.
- La naturaleza del objeto de estudio que se intenta aprehender por esta vía, alude a un conocimiento del sentido común versátil, diverso y caleidoscópico.

Este enfoque, en resumen, se distingue por ser una aproximación mayormente cualitativa, centrada en la diversidad y en los aspectos significantes de la actividad representativa; por tener un uso más frecuente de referentes teóricos procedentes de la filosofía, lingüística y la sociología; por un interés focalizado sobre el objeto de estudio en sus vinculaciones sociohistóricas y culturales específicas y por una definición del objeto como instituyente más que instituido.

Por su lado, el enfoque estructural asume características cercanas a la psicología social cognitiva de la línea estadounidense. Desde este enfoque, el análisis de una RS y la comprensión de su funcionamiento necesitan obligatoriamente una doble identificación: la de su contenido y la de su estructura. Es decir, los elementos constitutivos de una representación son jerarquizados y mantienen entre ellos relaciones que determinan la significación y el lugar que ocupan en el sistema representacional (Abric, 1994).

Quienes se inscriben en el enfoque estructural parten del supuesto de que toda representación tiene una estructura específica que le es propia, cuya característica central es



que está organizada alrededor de un núcleo central y que éste es el que determina su organización y significación. Y es precisamente la Teoría del Núcleo la que distingue el enfoque estructural del procesual. Por núcleo central se entiende el elemento o conjunto de elementos que dan a la representación su coherencia y su significación global. El núcleo central es el elemento que más resistirá al cambio, pues una modificación del núcleo produce la transformación completa de la representación. Está protegido, por tanto, por los sistemas periféricos, los cuales permiten, esencialmente, la adaptación de la representación a las evoluciones del contexto. Los elementos periféricos pueden estar muy cerca de los elementos centrales y en este caso juegan un importante papel en la concreción del significado de la representación. Distantes de los elementos centrales, ilustran, aclaran y justifican esta significación. Respecto a los presupuestos epistemológicos y ontológicos de este enfoque:

- El estudio se centra sobre los mecanismos de organización de los contenidos de la RS independientemente de su significación.
- Los estudios que hablan de procesos casi siempre son estudios cognitivos que buscan identificar estructuras representacionales.
- Las vías más utilizadas para acceder al conocimiento del objeto de estudio son técnicas correlacionales y análisis multivariados o ecuaciones estructurales.
- Desde el punto de vista ontológico, se busca aprehender tanto los mecanismos cognitivos de constitución, como las funciones, dimensiones y elementos de una estructura cognitiva.

Dimensiones

En su obra, Moscovici (1979) se pregunta ¿qué relación tiene la representación social con la colectividad que la produce? ¿Cómo repercute sobre el sujeto social que es el portador de su contenido y se vale de él?

Para responder a estas preguntas, el autor sugiere detenerse en un primer momento, en un nivel relativamente superficial: “en el nivel en el que la representación social se muestra como un conjunto de proposiciones, de reacciones y de evaluaciones referentes a puntos particulares, emitidos en una u otra parte, durante una encuesta o una conversación, por el "corazón" colectivo, del cual, cada uno, quiéralo o no, forma parte. Este corazón es, simplemente, la opinión pública (...) Pero estas proposiciones, reacciones o evaluaciones



están organizadas de maneras sumamente diversas según las clases, las culturas o los grupos y constituyen tantos universos de opiniones como clases, culturas o grupos existen” (Moscovici, 1979, p.45). Cada universo, según su hipótesis, tiene tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación o la imagen.

La *información* se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social, en nuestro caso, la donación de órganos. En general, permite distinguir la cantidad de información que se posee y su calidad. Especialmente, su carácter más o menos estereotipado o prejuiciado, el cual revela la presencia de la actitud en la información. Esta dimensión conduce, necesariamente, a la riqueza de datos o explicaciones que se forman las personas sobre la realidad, en sus relaciones cotidianas. Sin embargo, Araya Umaña (2002) aclara que “hay que considerar que las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales mediatizan la cantidad y la precisión de la información disponible” (p.40). El origen de dicha información es, asimismo, un elemento a considerar pues “la información que surge de un contacto directo con el objeto, y de las prácticas que una persona desarrolla en relación con él, tiene unas propiedades bastante diferentes de las que presenta la información recogida por medio de la comunicación social” (Araya Umaña, 2002, p.40).

En cuanto a la instancia de recolección de datos, Cuevas sugiere enunciar preguntas acerca de los conocimientos e informaciones que tienen los sujetos, los medios por los cuales tuvieron contacto con ellos, las fuentes que han consultado al respecto, los elementos que resultan relevantes de la información disponible sobre el objeto de representación y demás (2016).

La dimensión designada como “*campo de representación*” nos remite, en términos de Moscovici (1979) “a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de representación” (p.46). Jodelet agrega que esta dimensión comprende los significados que se le asignan al objeto de representación y que pueden ser diversos como juicios, aserciones, tipologías, creencias y elementos culturales (1989). Es decir, el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, vivencias y valores presentes en una misma representación social. Concretamente, se trata del tipo de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación.

Se pueden reconocer aspectos del campo de representación, generando preguntas de



evocación para que el sujeto exprese con qué o quién relaciona el objeto de representación, qué significados le atribuye, con cuáles elementos de la vida cotidiana relaciona el objeto (Cuevas, 2016).

La *actitud*, para Moscovici (1979), termina de descubrir la orientación global en relación con el objeto de la representación social. Esta dimensión consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. En otras palabras, es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación. De acuerdo con Araya Umaña, su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones (2002). La actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. En este sentido, “es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros elementos no estén” (Araya Umaña, 2002, p.40)

El eje de actitud se conforma entonces por expresiones de carácter evaluativo con relación al objeto de representación. Para acercarse a esta dimensión, Cuevas (2016) recomienda construir preguntas que apunten a la indagación de las valoraciones que hacen los sujetos, la posición que asumen y las acciones que pretenden emprender ante el objeto de representación social.

En síntesis, conocer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree o cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). Estas tres dimensiones, halladas por Moscovici, forman un conjunto que tan sólo puede escindirse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual. Se puede considerar que el campo de representación constituye la dimensión más interesante y quizás la más difícil de captar. No obstante, es importante tener claridad en que el campo de una representación es una dimensión que debe analizarse en función de la totalidad del discurso y no sólo en un párrafo o en una frase (Banchs, 1986). Las tres dimensiones: información; campo de representación o imagen, y actitud de la representación social del objeto nos dan una idea de su contenido y de su sentido (Moscovici, 1979).

Finalmente, en la instancia de recolección de datos, es menester considerar un cuarto eje de análisis que concierne a las *condiciones de producción de las representaciones sociales*. La



identificación del contexto social en el cual se insertan las personas que elaboran las RS, es una condición inherente en estos estudios; pues se busca detectar la ideología, las normas y los valores de personas e instituciones y los grupos de pertenencia y referencia. Se entiende que el eje de condiciones de producción está formado por aspectos de orden social, institucional e histórico que dan lugar a la elaboración de representaciones sociales (Jodelet, 1989). Los significados de las representaciones sociales no son neutros dado que, al ser construidos socialmente, se conforman a partir de la singularidad del sujeto y desde el lugar que ocupa en el mundo donde interviene la experiencia, la historia y el contexto social.

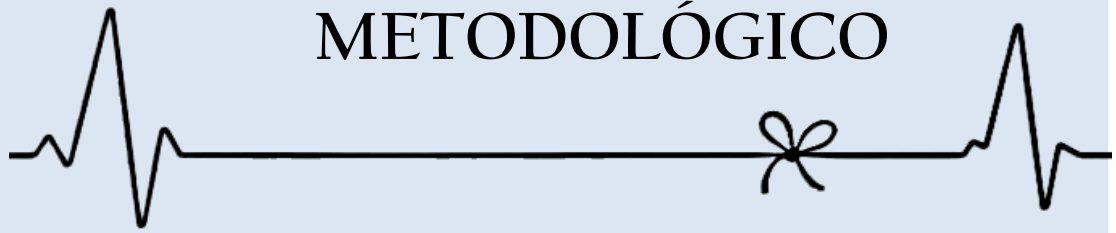
Construir preguntas concernientes a las condiciones de producción de las representaciones implica conocer al sujeto y su entorno, como elementos que coadyuvan a la construcción de esas representaciones sociales. Como dice Cuevas (2016), en esta instancia el investigador necesita recuperar elementos de los antecedentes, la problematización, las preguntas de investigación y los supuestos, con el fin de concentrar los aspectos que, considera, influyen en la construcción de la representación social.



CAPÍTULO 4:

DISEÑO

METODOLÓGICO



ENFOQUE, ALCANCE Y MÉTODO

Para abordar el estudio de las representaciones sociales en torno a la donación, procuración y trasplante de órganos y tejidos, de los miembros de los equipos médicos involucrados en la actividad en los hospitales de la ciudad de Córdoba (adheridos al programa “Córdoba Procura”), se realizó una investigación exploratoria en la primera etapa y descriptiva en la segunda.²⁶

El tema a investigar puede ser considerado como el primer acercamiento científico al problema planteado, ya que este aún no ha sido abordado ni estudiado suficientemente en Argentina, y mucho menos en la provincia de Córdoba. Como se mencionó en los antecedentes, en Córdoba no hay variedad de estudios con respecto a donación de órganos y prácticamente todos los disponibles en el país se enfocan en estudiar a la sociedad y no a los profesionales de la salud.

De alguna manera, la investigación permitirá caracterizar la realidad de la actividad de procuración en la ciudad, y por lo tanto analizar, a través de los datos relevados, las creencias, comportamientos y actitudes más relevantes de los agentes sociales que son parte fundamental de ésta.

La investigación es de tipo *no experimental* ya que se estudia al fenómeno tal como ocurre en su naturaleza y además es un estudio *transversal*, puesto que se estudia a la población en un solo y único momento. A su vez, para abordar el estudio de las Representaciones Sociales, fue oportuno recurrir a una triangulación de los enfoques cuantitativo y cualitativo ya que esto permite una mayor profundización y ampliación del objeto de estudio. De acuerdo con Ana Lía Kornblit, “la naturaleza de las representaciones sociales hace que no puedan ser

²⁶ De acuerdo con la profundidad de conocimiento que se desea alcanzar en una investigación, estas pueden dividirse en cuatro tipos: exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos. Según el tipo de estudio de que se trate varía la estrategia de investigación, el diseño, los datos que se recolectan, la manera de obtenerlos, el muestreo, etc. No obstante, en la práctica, cualquier estudio puede incluir elementos de más de una de estas cuatro clases de investigación. Los estudios *exploratorios* nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas del comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables (Dankhe, 1986). Esta clase de estudios son comunes en la investigación del comportamiento, sobre todo en situaciones donde hay poca información. Por su parte, los estudios *descriptivos*, permiten describir situaciones y eventos; decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno. Éstos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. En general, se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas independientemente, para así -y valga la redundancia- describir lo que se investiga.



investigadas exitosamente mediante un método único y que se recomiende usar para su estudio diferentes métodos, reconociendo las ventajas y limitaciones de cada uno” (2015).

Desde el enfoque cuantitativo es posible medir y estimar magnitudes del fenómeno a estudiar, con el fin de establecer patrones de comportamiento; mientras que, desde el cualitativo, se permite profundizar el significado que los actores principales del proceso le atribuyen a su accionar y a las actitudes manifestadas en la indagación cuantitativa, para así arribar a una construcción de la realidad como un todo, sin reducirla en partes individuales.

En este sentido, Kornblit, en el texto “*Metodologías cualitativas en ciencias sociales: Modelos y procedimientos de análisis*”, establece que “una de las razones argumentadas para explicar la diversidad metodológica habla de la posibilidad de clarificar conceptos teóricos y acceder a los diferentes niveles de análisis presentes en las Representaciones Sociales. Las consideraciones anteriores necesitan ser traducidas a un conjunto de decisiones que apuntan, en primer término, a dilucidar si las representaciones van a ser estudiadas como procesos o como producto” (2007, p.94). En esta investigación, para reconocer a las Representaciones Sociales se las estudia como procesos y, por tanto, la entrevista abierta, junto con el cuestionario, se convierten en las técnicas que mayormente se utilizan.

Como primera instancia a la hora de recabar datos para la investigación y para la formulación del problema se exploró la temática y el complejo proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos, y más específicamente las tareas relacionadas a los primeros pasos operativos de la actividad de procuración. Se realizó una exploración bibliográfica y de campo. Para ello se realizaron entrevistas exploratorias no estructuradas a expertos y profesionales del área, se hizo reconocimiento de campo en los hospitales e instituciones, observación y análisis de materiales y documentación institucional. Fue necesario también la revisión de las legislaciones nacionales y provinciales que regulan la actividad a estudiar, y a su vez, la búsqueda de antecedentes de investigaciones similares y de bibliografía pertinente.

Los referentes en materia de donación y trasplante de órganos con los que se mantuvo contacto en esta etapa de exploración del campo son: Dr. Pablo Novoa (Médico nefrólogo, Jefe de Servicio y referente de la donación de órganos en Córdoba), Lic. Paula Colella (Comunicadora Social de ECODAIC), Dr. Martín Torres (Médico Operativo de ECODAIC), Dr. Edgar Lacombe (Médico nefrólogo pionero en la actividad de procuración en la provincia de Córdoba, Director de ECODAIC entre 1980 y 1996); Dra. Cristina Gómez (Médica



Directora del Hospital Municipal de Urgencias y referente de procuración en la ciudad), Dra. Aldana Mano (Médica clínica, miembro del equipo de procuración de órganos del Hospital Córdoba).

Este primer acercamiento sirvió no sólo para reconocer el campo y tener lineamientos en cuanto al enfoque que se quería dar a la investigación, sino que permitió conformar y delimitar definitivamente a la población de estudio.

POBLACIÓN Y DISEÑO DE MUESTREO

La población objetivo son los integrantes de los equipos médicos en el contexto hospitalario, formados por médicos (radiólogos y terapeutas), Lic. en bioimágenes, técnicos en laboratorio, bioquímicos, residentes, enfermeros, alumnos y administrativos, actores que se ven directa e indirectamente involucrados dentro del proceso de donación y trasplante de órganos y tejidos.

Los miembros de los equipos médicos que se estudiaron pertenecen a 5 hospitales de la ciudad de Córdoba, los cuales están agrupados bajo el programa provincial “Córdoba Procura”: el Hospital Córdoba, Hospital Misericordia, Hospital de Niños Santísima Trinidad, Hospital de Urgencias y Hospital San Roque. El Hospital Tránsito Cáceres de Allende es el último nosocomio de la ciudad que se ha incorporado al programa, por lo tanto, la actividad de procuración aún no se encuentra institucionalizada en el hospital. Por ese motivo, se decidió excluir de la población total a investigar a los profesionales de esta institución, dado que no es posible su comparación con los demás actores debido a las diferentes condiciones en las que desempeñan su rol.

El trabajo de campo y la recolección de datos, se dividió en dos etapas:

— En primera instancia:

Se realizaron entrevistas en profundidad a un coordinador hospitalario (CH) de cada institución. ECODAIC facilitó la base de datos con los contactos de los CH de cada hospital. La selección de qué coordinadores serían unidades de análisis fue por recomendación. Los entrevistados son: Dra. Soledad López Rizzi, médica terapeuta CH Hospital Córdoba, Dra. María José Oleiro, médica terapeuta CH Hospital San Roque,



Dr. Christian Lagiglia, médico emergentólogo CH Hospital de Urgencias, Dras. Aurora Luján y Marcela Ferreyra, médicas terapistas CH Hospital de Niños, Dra. Ana Laura Nisnik, médica terapeuta CH Hospital Misericordia.

— En un segundo momento,

Se seleccionó una muestra representativa de profesionales de la salud a través de un muestreo probabilístico.²⁷ Se realizaron encuestas a profesionales integrantes de 4 servicios de cada hospital, seleccionados por un muestro estratificado: Unidad de Terapia Intensiva (incluye a los médicos terapistas y a enfermeros), Laboratorio (formado por bioquímicos, técnicos, residentes, auxiliares y administrativos), Diagnóstico por Imágenes (Rayos) y, por último Kinesiología y Fisioterapia. El criterio de selección de estos servicios para su estudio fue resultado de los testimonios de los entrevistados en la primera etapa del trabajo de campo: todos determinaron que estos servicios se ven directa e indirectamente involucrados en un proceso de procuración. **Se debe aclarar que para el recuento de casos y facilitar el análisis de los datos se consideró al equipo de enfermeros como un servicio aparte, (“Enfermería UTI”), aunque en la realidad pertenezcan al servicio UTI.*

Para esa instancia, en primer lugar, se tomaron los recaudos correspondientes para poder ingresar a las instituciones y obtener los permisos necesarios para empezar a trabajar allí.

En esta etapa, surgieron dificultades en torno al acceso a dos de las instituciones. No se habilitó la realización de la investigación con los profesionales de los hospitales Misericordia y San Roque. Por lo tanto, se tomó la decisión metodológica de circunscribir la población objetivo a los tres hospitales, a los que si permitieron el acceso para realizar el trabajo de campo, con los equipos médicos respectivos. *(Ver Apéndice 1 “Limitaciones al trabajo de campo)*

En consecuencia, la **población teórica** fueron los profesionales de los equipos médicos de los 5 hospitales adheridos al Programa Córdoba Procura, la **población objetivo** quedó conformada por todos los profesionales integrantes de los equipos médicos de los hospitales Córdoba, Urgencias, y de Niños (N=497 personas). Los hospitales que finalmente fueron abordados reúnen condiciones particulares que permiten obtener información sumamente

²⁷ Las formas de muestreo probabilístico implican que todos los elementos de la población tengan las mismas posibilidades de ser incluidos en la muestra, lo cual permite lograr mayor representatividad.



relevante y acabada. El Hospital Córdoba (N=153 personas) es un hospital provincial, además de ser uno de los hospitales más completos en la temática, ya que no sólo procuran órganos sino que también ejercen el trasplante, y además estadísticamente es una de las principales fuentes de donantes de la provincia. El Hospital de Urgencias (N=149 personas) es municipal y también es fuente de gran cantidad de donantes dado su especialidad, y por último el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad (N=195 personas); que contiene a una población de pacientes distinta a la de los anteriores, los niños.

Luego de delimitar a la población objetivo, se acudió a las áreas de personal y recursos humanos de los hospitales y se contactó a cada uno de los jefes de los servicios involucrados para que brinden información sobre los empleados y la conformación de los servicios. Se procuró que cada uno de ellos otorgue el listado con la cantidad de miembros que componen el servicio, distinguidos por sus profesiones. Este listado constituyó el marco de muestreo para la selección de las unidades de observación. Luego se determinó el tamaño muestral.

El método de muestreo que se utilizó es el estratificado. A través del muestreo “por estratos”, se divide a la población objetivo de acuerdo a una o más variables que sean significativas.

Dado que la población objetivo está integrada por el conjunto de profesionales que conforman cada uno de los servicios involucrados en la procuración (Unidad de Terapia Intensiva, Kinesiología y Fisioterapia, Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes), de todos los hospitales en estudio (Hospital Urgencias, Hospital Córdoba, y Hospital de Niños de la Santísima Trinidad); se tomó como principal variable de segmentación a cada institución. En segundo lugar, se segmentó por el servicio de pertenencia; y por último, de acuerdo a la profesión. Para la distribución de las unidades de observación en cada estrato se utilizó la afijación proporcional, a fin de mantener en la muestra la representación proporcional de cada estrato poblacional.

Los criterios en la determinación del tamaño muestral fueron:

- Un nivel de confianza de las estimaciones del 95%.
- Un error tolerable máximo del 6.3%.
- Un valor del parámetro P del 0,5.

El tamaño mínimo muestral resultó de 163 casos.



Finalmente se seleccionaron y contactaron 166 profesionales que conformaron la muestra bajo estudio para la presente investigación, distribuidos de la siguiente manera por hospital: 63 del Córdoba, 44 de Urgencias y 59 de niños. Hacia el interior de cada estrato se seleccionaron proporcionalmente a los profesionales en función del servicio y de la profesión.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Instrumentos de recolección de datos

La elección y diseño de cualquier instrumento de recolección de material empírico es un aspecto clave para interpretación de los resultados de investigación. El diseño de recolección de datos demanda una planeación detenida, que contemple tanto el objeto de estudio como el marco de referencia. Esto permitirá obtener información empírica relevante que coadyuve al desarrollo de la investigación (Lankshear y Knobel, 2000).

En la presente investigación, se emplearon distintos instrumentos para hacer el relevo de datos, los que se indican a continuación:

➤ **Entrevistas en profundidad/guía de preguntas:**

El concepto clave que guía nuestra investigación es el de representaciones sociales, entendido desde la teoría de Serge Moscovici. Siguiendo los planteamientos del autor, las consideraciones que se tuvieron en cuenta están apegadas al *enfoque procesual*: buscan comprender los hechos particulares que dan lugar a una representación específica, generalmente empleando el método cualitativo y la triangulación de múltiples técnicas. El instrumento entrevista permite acceder al universo de pensamiento del sujeto y al contenido de esa representación social. La entrevista empleada es semiestructurada y consiste en la elaboración de un grupo de preguntas relacionadas con el objeto de estudio, que conforman una suerte de guión al momento de su realización. Sin embargo, estas preguntas tienen un carácter flexible, dado que se puede variar el orden de las mismas, demandar ciertas aclaraciones al entrevistado, generar nuevas preguntas durante el flujo de la conversación.

Para los autores Moscovici (1979) y Jodelet (2003), ésta es una herramienta indispensable en cualquier estudio de representaciones sociales, ya que se dirige a conocer el discurso de los sujetos, que es donde se plasman las representaciones, razón por la cual la naturaleza



discursiva de la entrevista le confiere una riqueza y profundidad únicas. (Cuevas, 2016, p.118)

Siguiendo las recomendaciones planteadas en la teoría de Moscovici, las cuales sintetiza Cuevas en “*Recomendaciones para el estudio de las Representaciones Sociales en Estudios educativos*”, al momento de formular y ordenar las preguntas se tuvo en cuenta el desglose del término representaciones sociales en sus tres dimensiones: *campo de información, campo de representación y de actitud*. Además, se tuvo en cuenta un eje extra “*condiciones de producción de las representaciones sociales*” que permitió indagar en el contexto del sujeto y sus datos demográficos.

Este desglose del término permite categorizar de alguna manera la información que queremos recolectar. Por lo tanto, para el desarrollo de las preguntas o consignas que guían la investigación se trata de reflejar en las preguntas (que contienen los temas, tópicos y situaciones que queremos estudiar) a dichas dimensiones. Por este motivo la guía de preguntas se segmentó en estas tres categorías y cada una contenía preguntas disparadoras que permitieran al entrevistado explayarse. (Ver guía de preguntas Apéndice 2)

➤ **Encuestas/cuestionario:**

En la segunda instancia, se utilizó la técnica de encuestas, con la aplicación de un cuestionario impreso autoadministrado. Luego de un análisis preliminar de los datos obtenidos de las entrevistas con los coordinadores se definieron las categorías que sirven como parámetro a la hora de pensar en la realización de los cuestionarios: los temas sobresalientes en el discurso de los entrevistados, temas recurrentes, etc. Además se siguió la misma lógica con la que se formularon las preguntas para las entrevistas. Es decir, se organizaron las preguntas en base a los tres ejes o dimensiones de las representaciones sociales de acuerdo a la teoría de Moscovici (1979). Para el diseño, además, se tomó como referencia un modelo de encuesta planteado desde INCUCAI.²⁸ Se realizaron preguntas dicotómicas, de múltiple opción y de asociación libre. (Ver modelo de encuesta Apéndice 3)

²⁸ Véase “Recomendaciones para realizar una encuesta de opinión diagnóstica”, en *Recomendaciones para elaborar un plan global de Comunicación*. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001271cntrecomendaciones_elaborar_plan_comunicacion.pdf.



Prueba piloto de los instrumentos:

Es fundamental probar los instrumentos una vez diseñados y definidos. Para ello se realizaron pruebas piloto. En el caso de la entrevista se entrevistó a un profesional que cumple las características de los entrevistados de la población de estudio (coordinador hospitalario), sin ser un futuro participante de la investigación. La entrevista fue realizada a un Médico Nefrólogo y Coordinador hospitalario de un hospital del interior de la provincia. En base a los resultados de la prueba, se realizaron ajustes o cambios al instrumento.

Para la prueba de las encuestas, se aplicó previamente el cuestionario a una muestra menor (siguiendo los criterios de selección de las unidades de análisis) también con el fin de verificar si las preguntas cumplían los requisitos para que la recolección de datos sea exitosa. La muestra piloto fue seleccionada en el servicio de Enfermería del Hospital de Niños. Se tomaron las precauciones necesarias para que los sujetos seleccionados para la prueba no sean los mismos que luego serían los encuestados que integran la muestra final, en estudio.

Estrategia de abordaje de las unidades observadas

➤ **Entrevistas:**

Las entrevistas se realizaron personalmente, pactando el encuentro con anticipación teniendo en cuenta día, lugar y horario, siempre tratando de estar a disposición de los entrevistados. Se utilizaron dispositivos de grabación de audio en cada encuentro con la autorización del entrevistado. Para ello, se presentaron cartas de consentimiento.²⁹

➤ **Cuestionarios:**

Para hacer entrega del instrumento a los profesionales seleccionados en la muestra se coordinó con los Jefes de cada servicio, las fechas y horarios óptimos. En tanto que los cuestionarios se confeccionaron en formato papel, se presumió que lo ideal era pautar una fecha de entrega y una de recolección; dejando un margen de 7 a 10 días para completarlas. De esa manera, se pudieron distribuir los cuestionarios en los diferentes turnos y minimizar la permanencia de las investigadoras en el hospital, para evitar posibles inquietudes.³⁰

²⁹ Los consentimientos firmados de todos los entrevistados se pueden ver en *Apéndice 4*.

³⁰ La entrega de los cuestionarios se realizó el día 26/11/19 en los Hospitales Córdoba y Urgencias; y entre esa fecha y el día 2/12/19 se entregaron en el Hospital de Niños. El retiro se llevó a cabo desde el día 6/12/19 hasta fines del mes, de acuerdo con la predisposición y eficiencia de cada servicio en la devolución correspondiente.



Análisis e interpretación de resultados

De acuerdo con Ibáñez (2001):

Una representación social no es un cajón de sastre donde se amontonan elementos dispares y más o menos inconexos, sino que se presenta como una unidad funcional, fuertemente organizada. Esto significa, por una parte, que los diversos elementos se funden en una estructura integradora, pero, por otra parte, queda planteada la difícil cuestión de saber cómo es posible compaginar esta heterogeneidad constitutiva con las exigencias de una fuerte estructuración. (p.184)

A partir de los datos recolectados por las distintas técnicas e instrumentos, se realizó el análisis e interpretación.

➤ Entrevistas

Un objeto de estudio sobre representaciones sociales tiene que reunir tres elementos: un objeto de representación, un sujeto que construye la representación social y un contexto particular en el que surge la representación (Cuevas, 2016).

Es decir, una representación social se construye en un espacio y momento particular. Cada representación es producto de una situación problemática que emerge en un grupo y el investigador tiene que dar cuenta de eso. Es labor del especialista, dentro del proceso de problematización y construcción del objeto de estudio, articular estos elementos, a saber: objeto, sujeto y contexto de representación para tejer los nodos de su problema de investigación. Esto permitirá describir, detallar y, sobre todo, presentar la problemática de investigación con agudeza y claridad.

A partir de la recolección de datos a través del instrumento descrito, se aplica un análisis cualitativo, que consta de las siguientes etapas:

1. Transcripción fiel de la entrevista.
2. Distinción de temáticas recurrentes (que refieren a las tres dimensiones que componen a las representaciones) presentes en el discurso de los entrevistados, en el contexto en que fueron manifestadas.



3. Reunión de los fragmentos de los discursos de acuerdo con las temáticas descritas anteriormente.
4. Elaboración de categorías preliminares que agrupan a las temáticas. Las categorías se basan en los temas, frases o vocabulario unificador y que responden a los ejes de análisis que dieron lugar a las entrevistas (condiciones de producción de las representaciones sociales, campo de información, campo de representación y campo de actitud).
5. Determinación de las categorías definitivas que organizan el contenido de las representaciones sociales.
6. Organización y presentación en cuadros de las categorías definidas junto a los fragmentos de las declaraciones correspondientes, de acuerdo a las tres dimensiones.

➤ **Encuestas**

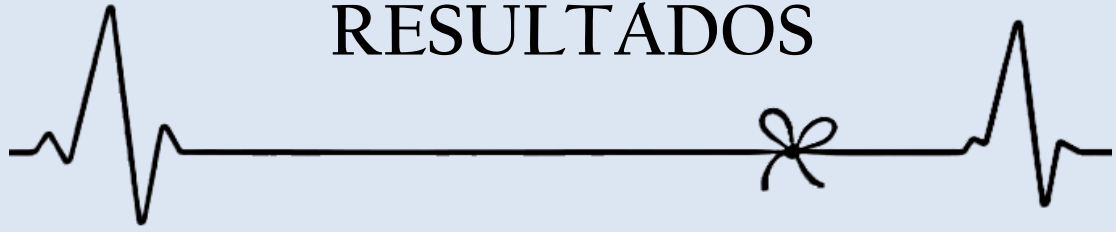
Recogidos todos los cuestionarios se procedió a generar una base de datos, para realizar el procesamiento estadístico de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS. Se realizaron todos los procedimientos de depuración y homogenización de datos para generar los resultados que se presentan en el capítulo correspondiente. Los resultados se presentan en tablas y gráficos estadísticos adecuados al tipo de variable a mostrar.

Las interpretaciones de los resultados se encuentran en el apartado correspondiente, cruzando además, la información proveniente de ambas técnicas utilizadas en este trabajo.



CAPÍTULO 5:

RESULTADOS



RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS REALIZADAS A LOS COORDINADORES HOSPITALARIOS

Para comenzar, se presentan aquí los datos obtenidos en las entrevistas en profundidad, realizadas a los Coordinadores Hospitalarios (CH) de los hospitales: Córdoba, Urgencias, Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, San Roque y Misericordia. Cabe recordar que dichos hospitales son públicos, ubicados en la Ciudad de Córdoba y se encuentran adheridos al *Programa Córdoba Procura*. Es en este marco institucional en el cual se ubican los profesionales entrevistados y su rol de coordinadores de la actividad de procuración en cada establecimiento.

Los siguientes cuadros muestran los datos organizados de acuerdo a lo establecido en el Diseño Metodológico. Las categorías definidas, por lo tanto, responden a los ejes teóricos de análisis (*información, campo de representación y actitudes*), y a las temáticas recurrentes en el transcurso de las conversaciones. Previamente, a su vez, se presentan algunos datos personales³¹ de los coordinadores³², que contribuyen a dimensionar las denominadas *condiciones de producción* de las Representaciones Sociales.

Presentación de los CH:

➤ **HOSPITAL CÓRDOBA: Soledad López Rizzi (CH1)**

Edad: 45 años.

Procedencia: Córdoba.

Religión: Católica.

Afiliación política/ sindical: -

Formación académica: Medicina en la UNC. Residencia en medicina general y familiar en el Sanatorio Mayo y residencia en terapia intensiva en el Hospital Córdoba.

Lugar/es de trabajo y función/es: Médica jefa de guardia en las UTI del Hospital Córdoba y la Clínica Privada Reina Fabiola.

Registrada como donante.

³¹La información personal de los Coordinadores Hospitalarios (CH) se presenta del modo en que fue manifestada por ellos mismos en las entrevistas.

³²Se decidió identificar a los CH numerándolos en el orden establecido en este apartado, para facilitar su referenciación a lo largo del trabajo. Todas las entrevistas desgrabadas se pueden consultar en el Apéndice 5, bajo la misma denominación.



➤ **HOSPITAL URGANCIAS:** Christian Lagiglia (CH2)

Edad: 38 años.

Procedencia: Río Segundo, Córdoba.

Religión: -

Afiliación política/ sindical: -

Formación académica: Facultad de Medicina en la UNC, se recibió en 2007, posgrado de clínica médica y después entro a la residencia de emergentología de 2009 a 2013.

Lugar/es de trabajo y función/es: Es empleado de planta permanente del hospital, está a cargo de la guardia y generalmente está en el shock room o en la guardia central. Trabaja también en el sanatorio del SUOEM, donde hace terapia intensiva y consultorios externos. En 2014/2015 empieza a trabajar como CH.

Registrado como donante.

➤ **HOSPITAL DE NIÑOS:** Aurora Luján/ Marcela Ferreyra (CH3)

Edad: 42 años/ 40 años.

Procedencia: Córdoba.

Religión: Católica, no practicante. / -

Afiliación política/ sindical: -

Formación académica: Médicas pediátricas especialistas en terapia intensiva pediátrica.

Lugar/es de trabajo y función/es: Médica pediatra, jefa de guardia de la UTI en el Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. / Médica pediatra, coordinadora de sala en la UTI del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad. Ambas CH de procuración.

Registradas como donante.



➤ **HOSPITAL SAN ROQUE: María José Oleiro (CH4)**

Edad: 51 años.

Procedencia: Carlos paz, Córdoba.

Religión: -

Afiliación política/ sindical: -

Formación académica: 8 años de médica, especialista en cardiología y terapia intensiva.

Lugar/es de trabajo y función/es: Trabaja desde siempre en el hospital San Roque, y después en privados, principalmente en la Clínica Romagosa, siempre en terapia intensiva. También trabaja en secretaría de deportes de la UNC en "control de estudiantes y deportistas sanos". Desde 2011 es CH del Hospital San Roque.

Registrada como donante.

➤ **HOSPITAL MISERICORDIA: Ana Laura Nisnik (CH5)**

Edad: 38 años.

Procedencia: Provincia de Salta.

Religión: -

Afiliación política/ sindical: -

Formación académica: Médica, especialista en terapia intensiva. Carrera docente, posgrado en auditoría médica.

Lugar/es de trabajo y función/es: Hasta el 11 de julio de 2019 coordinó la UTI de la Reina Fabiola y en participó en el comité de bioética. Actualmente ingresó al hospital privado para ser auditoría médica y en el Hospital Misericordia es terapista, jefa de guardia de terapia los días martes.

Registrada como donante.



Resultados:

EJE DE INFORMACIÓN

TEMA: Referencias al rol de CH y al Programa Córdoba Procura

(También aplica a “campo de representación”)

Categoría: La instauración del Programa Córdoba Procura y la incorporación de la figura de CH es vista como un avance significativo en materia de donación de órganos.

Fragmento:

Hospital Córdoba: “(...) arrancamos casi solas a ser coordinadoras hospitalarias desde el INCUCAI, y en el transcurso del tiempo surge esto del Córdoba Procura que no tiene más de diez años, en donde ya hay un médico asignado para cada guardia y demás. Pero en ese entonces estábamos nosotras solas en todo el proceso, desde la comunicación con la familia, la mantención y en gran parte de lo que tenía que ver también con el operativo pura y exclusivamente. Ahora, bueno, las cosas han evolucionado por suerte y entonces ya es más fácil (...)” / **(CH1)** “Cuando ya sos coordinadora te van capacitando, inclusive tenemos distintas reuniones entre coordinadores. Que incluye un equipo importante de gente, con comunicadores, psicólogos y hacemos los cursos de cómo decir malas noticias, cómo se habla, cómo se dice, qué palabras se emplean y cuáles no. Todo lo que tiene que ver con la comunicación con el otro, y el lenguaje no corporal no lingüístico que por ahí no tenemos tan en cuenta” **(CH1)**

Hospital de Niños: “Y la figura del coordinador hospitalario está creada justamente para eso. Para que ese protocolo se haga con calidad y sea estricto (...)” **(CH3)** / “Se supone también que el Programa está hecho para que desde ECODAIC tengamos todo el apoyo. Vos levantás el teléfono y las preguntas o lo que sea y siempre te responden, están absolutamente a tu disposición” **(CH3)** / “Creo que la figura del coordinador hospitalario ayuda porque en el caso de que haya demasiada demanda o muchas urgencias, si bien vos no estas activo y tu función por ahí no era el mantenimiento del posible donante, el hecho de que hay una persona que se dedique sólo a ese paciente disminuye las posibilidades de decir "salió mal, porque tenía que también hacer otras cosas". (...) sería como sumar un médico más al staff de guardia el día que hay un paciente. Entonces ayuda mucho” **(CH3)**

Hospital Urgencias: “Sí, influyó mucho. (...) estamos más presentes, vos tenés a alguien de referencia, (...) está más coordinadito en ese tema y siempre tienes a alguien de referencia, con la presencia simple de alguien me parece que se sabe cómo manejarse (...) entonces me parece que está bastante bueno como se hizo en el hospital, habló del hospital este, porque ya saben, ya te tienen identificado. (...) te van avisando... ya tenés a quien dirigirte... Por eso se aceptó muchísimo la cosa.”



(CH2) / “Sí, yo creo que es muy importante, teniendo un referente, vos sabes a quién dirigirte, me parece que es fundamental eso, ponele acá hay uno por día...” (CH2)–refiriéndose a los CH -

TEMA: Ley Justina

Categoría: La sanción de la Ley Justina favorece y facilita la labor médica de procuración.

Fragmento:

Hospital Córdoba: “Para mí ha sido sumamente positivo esto ¿no? Me pasa que, por supuesto, todo lleva un proceso. Y como todo proceso, lleva su tiempo” (CH1) / “Creo que nos ha ayudado mucho” (CH1) / “(...) me parece a mí, que a partir de la Ley Justina se da esto de que el médico pueda tener la herramienta de que diga “bueno, esto yo lo tengo que hacer”. Entonces obliga a sus directivos, a su gente, al dueño de la clínica a que lo tenga que hacer” (CH1)

Hospital de Niños: “Con esta Ley se modificó y se favoreció mucho a la donación en adultos, pero en pediatría no ha cambiado mucho. Porque vos dependes si o si de la autorización de los que tienen la patria potestad de los chicos. ¿Entendés? Entonces la Ley Justina benefició más en el caso del adulto, de más de 18 años. Nosotros seguimos dependiendo de la autorización del familiar” (CH3)

Hospital Urgencias: “...con el tema de la ley Justina, es un poco más fácil...” (CH2)/ “(...) la difusión televisiva del caso... y el tema... tomó más relevancia...” (CH2) / “Ahora con la ley todo lo que no sea declarado se toma como probable donante o presunto donante o donante ...” (CH2)

Hospital Misericordia: “Para nosotros fue muy positivo, nos sacó un gran peso de encima, salir a hablar con la familia y contarles que el paciente es donante no es lo mismo que preguntarles...” (CH5)/ “si nos ayudó a que la gente sepa que la historia se encara distinto (...) Para nosotros pasamos de pedir a decir: “lo acompañamos en esto” (CH5) / “Hay mucha más facilidad, como ya se sabe y se habló tanto (...) te facilita la... es como que la primer parte del discurso con la familia ya lo tenés...”(CH5)

Hospital San Roque: “(...) eso que ahora con la ley Justina es más fácil aún (...)” (CH4) / “Hay mucha más facilidad, como ya se sabe y se habló tanto, la gente de entrada ya te dice... ‘¿y este sirve para donante?’, y le decís “no, porque este tiene un cáncer”, entonces de este ya de ese tema no vamos a hablar, pero ya está hablado el tema, no es que se desayunan con... ah mira se murió y había que



donar... no, eso mejoró mucho” (CH4)– Sobre la información que se maneja a nivel hospitalario - / “(...) te facilita la... es como que la primer parte del discurso con la familia ya lo tenés...” (CH4)

TEMA: Fallas en el proceso de procuración y posibles mejoras

Categoría: A pesar de los avances en el tema, los profesionales de la salud todavía tienen vacíos de conocimiento en cuanto al proceso de donación y trasplante de órganos; por lo que es urgente generar más educación en el tema para aumentar el compromiso médico.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *“A nosotros nos sigue costando en algunos servicios aún, de que logremos tener algún tipo de penetración en el servicio. A pesar de que esto ya está recontra conversado, yo creo que es una cuestión de tiempo. Posiblemente, en alguna medida, también hay convicciones personales” (CH1) / “Si, me ha tocado. Claro que sí. Yo creo que cualquier médico bien formado que entiende lo que significa la muerte encefálica no solamente que lo cree, sino que lo sabe. El problema es el desconocimiento. Y no solamente por parte de los médicos sino de los medios.” “yo creo que en el médico que está bien formado, lo entiende, lo sabe, lo conoce. El médico que no, no creo que pase por una cuestión de convicción sino de conocimiento” (CH1)*

Hospital de Niños: *“No, no sé si se sabe mucho. Es decir, si todo el mundo se ha interiorizado en eso. De todas maneras existe el Programa de Glasgow 7 (...) Es una herramienta que se utiliza y eso favorece mucho. Pero no sé, si no estuviera esta herramienta, si la gente está muy consciente” (CH3) / “Si, igual falta como mucho camino por recorrer. (...) en todo el equipo de salud, en todos los niveles, médicos, enfermeros, es como que falta camino por recorrer” (CH3) / “Es que también hay mucha falta de información, o mala información, en la gente” (CH3) - hablando de los profesionales de salud - /“(...) yo sí creo que en realidad no hay tanta consciencia. Porque capaz que vos te vas al piso, y bueno no está instalado esto de estar pesquizando o de estar viendo” (CH3)*

Hospital Urgencias: *“(...) a veces te queda el paciente que no está correctamente mantenido, y demás, no me refiero a q no avisen, pero ahí se complica porque es difícil de sostener un paciente así... la verdad que hay muchas veces, no sabría decirte porque, pero hay tanta resistencia en el medio, del equipo en general, enfermeros, médicos que tienen una creencia errada en el tema de procuración, o sea... (...) O no se hacen los esfuerzos adecuados por un paciente cuando ya viene con lesiones graves, piensan que es un negociado que tenemos... de la procuración y el trasplante, tienen una concepción errada de las cosas como son, pero si, si están.*



(...) aunque ahora ha bajado bastante...” (CH2) / “(...) Me parece que es más falta de conocimiento, que otra cosa, me parece. Acá los chicos no me parece que no tengan conocimientos, en general, puede ser que haya casos, se podría decir, pero no en general” (CH2)

Hospital Misericordia: *“En cuanto a lo médico y a lo profesional explicarle la donación eso sí, pero cuando entran temas administrativos nosotros nos atolondramos, no sabemos dar respuesta (...)” (CH5) / “Debería empezar por lo más chico. Si vos me preguntás donde se debería empezar, creo que en la facu, y después hacer de esto, la educación, en la medicina, es el espiral, vos no podés enseñar algo en primer año, enseñar en primer año y retomar, retomar, retomar, y cada vez que retomas amplias. Esa es la forma en que se enseña para que se instale el conocimiento. Esa sería la forma. Hablando de este problema que se detecta que hay parte del equipo de salud que ni siquiera está enterado de esto” (CH5)*

Hospital San Roque: *“Si hay descreimiento es porque hay desconocimiento, vos no podés descreer de un electroencefalograma plano, no hay opción, es muy objetivo” (CH4) / “en menor grado, pero sí...” (CH4) - Refiriéndose a la existencia de tabúes y falsas creencias en cuanto a la procuración-*

EJE DE “CAMPO DE REPRESENTACIÓN”

TEMA: Contexto laboral

Categoría: Importancia del aspecto humano para el trabajo en la UTI.

Fragmento:

Hospital Misericordia: *“todo el aspecto humanístico de la medicina yo lo extraje de ahí. Digamos, el ver al otro” (CH5)/ “tiene un impacto emocional muy fuerte, por más que nosotros lo naturalizamos” (CH5)*

Hospital de Niños: *“Trabajar por ahí más con la familia. Cuidar otros aspectos, que por ahí cuando vos empezás no los tenés tan claros.” (...) “me inclinó más a comenzar a ser más empática, a acompañarlo” (CH3)/ “(...) siempre desde el punto de vista social. Y sentirme útil ayudando, por así decirlo. Esto lo considero como un espacio en el que yo sé que puedo dar algo y que puede servir” (CH3)/ “Por ahí el trabajo con el paciente es muy técnico, yo siempre digo, lo más duro y terrible es el trabajo con la familia. Desde el tener que abrazar a una madre y decirle `mire hicimos todo lo que pudimos y no alcanzó” (CH3)/ “Y bueno, algo que quería rescatar también de la labor del coordinador hospitalario, es que no sólo termina ahí cuando la familia te dice que sí, y llamas al ECODAIC y el operativo se pone en marcha. Sino todo el tema del acompañamiento mientras tanto (...) seguir acompañando, tanto el médico como los enfermeros, es muy importante” (CH3)*

Hospital Córdoba: *“es sumamente invasiva y te involucra en un montón de situaciones; pero tratando de humanizarla” (CH1) / “no es fácil, pero a mí me sirvió*



haciéndola un poco más así, más desde el lado humano y capaz estando más cerca de la familia, del familiar, del contexto familiar” (CH1) / “uno lo tiene que acompañar en todo esto que no es de un momento para el otro, y hacerle ver este otro costado” (CH1)

TEMA: Significado que le dan a la donación

Categoría: La donación como una forma de dar sentido a la muerte y prolongar la vida.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *“ser donante lo veo desde (...) la posibilidad de tener la certeza de que aun mi muerte tiene un objetivo, tiene un fin. Que no solamente acaba ahí en el morir digamos” (CH1) / “Me parece que la idea de transcurrir este mundo, pensando en que no solamente se acaba cuando me muero sino que después sigue a mí me funciona. Me sirve. Entonces yo cuando se lo explico a la familia, se los explico así.”(CH1)/ “Que esa pérdida que es irreversible en su vida, tenga un significado. Porque si no la muerte de por sí, no tendría un sentido para nadie digamos. Simplemente naceríamos y moriríamos en este mundo sin tener ningún fin” (CH1)/ “la vida humana no tiene mayores sentidos sino pudiéramos ayudarnos a perpetuarnos en otro” (CH1) / “el acto de amor per se en ese momento de tanto dolor” (CH1)/ “es un proceso bastante curativo” (CH1)*

Hospital Niños: *“(...) y aparece esta luz, yo la veo así, como una luz de esperanza para decir bueno, que a partir de ese dolor y de esa muerte, que hay posibilidades de dar vida. Y eso me pareció grandioso. Con lo cual no digo que se fácil, ni nada. Es como ver desde otro enfoque la muerte, que a partir de ahí puede generarse vida.”(CH3)*

Hospital Urgencias: *“lo pienso así (...) un acto así de bondad para una persona que realmente lo necesita” (CH2)*

Hospital San Roque: *“ahora se está entendiendo que la vida no se termina cuando te morís, sino que se prolonga un poco más” (CH4)/ “es un acto maravilloso de solidaridad, de generosidad” (CH4)*

Categoría: Donar órganos es algo natural.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *“nosotros lo vemos desde ese lado, una cosa natural digamos” (CH1)*

Hospital Urgencias: *“yo lo de ser donante ya lo tenía pensado desde chico. No había empezado la facultad todavía pero ya lo tenía pensado, como te dije sin tener mucho conocimiento, pero yo pensaba desde chico ¿porque no ayudar a alguien que realmente lo necesita si vos ya no estás más vivo?, estás muerto...” (CH2)*



Hospital Misericordia: “(...) casi caería en una obviedad ser donante de órganos, o sea porque no, yo no entiendo la explicación del porqué no, algo que le salva la vida a otra, o sea no es que, ponele que hablemos del donante vivo... le salvó la vida a otro pero yo me enfrento a operarme...pero si estamos hablando de alguien que está muerto, ¿cuál es la otra opción? Para mí es una obviedad” (CH5)

TEMA: Proceso de procuración

Categoría: Si bien la procuración no se visibiliza como el trasplante, no son actividades aisladas, sino que forman parte de un todo integral.

Fragmento:

Hospital Córdoba: “(...) a mí me parece que es un proceso que está todo relacionado y no por etapas. Posiblemente es así acá, porque en este hospital hay trasplante” (CH1)/ “(...) me parece que tiene que ver con un todo general” (CH1)/ “tiene mejor prensa el trasplante (...) hay todo un proceso previo, que forma parte de la procuración, y que ya tiene menos prensa digamos” (CH1)/ “en ese éxito del trasplante hay otra cara, absolutamente necesaria e irremplazable. Entonces nosotros lo tratamos de ver desde la misma visión de continuidad y de que todo es un acto médico” (CH1)

Hospital de Niños: “(...) capaz si decirlo más para cortar con todo el mito que hay. Decir ‘bueno, mirá, tenés necesariamente todos estos pasos para llegar a ese momento’. Sobre todo para desmitificar esas creencias” (CH3)/ “Si, no es un tema que atraiga. Muchas veces te lo dicen, gente muy capacitada o especialista en mucho, y que vos ves que está todo el tiempo capacitándose o que tiene mucha capacidad, y justamente no es el tema que más le interese. Dentro del equipo de salud hablo yo. Más allá de la sociedad, estamos hablando de acá en el equipo; y no todo el mundo tiene afinidad hacia este tema” (CH3)– sobre la poca relevancia o visibilidad que presenta la labor asociada a la procuración en el ámbito de la salud (diferente a lo que ocurre con el trasplante) -

Hospital Urgencias: “no se tiene claro cómo se maneja o que se hace, el trabajo... (...) se mueve toda la institución, (...) el traslado de ir y venir... vos haces un diagnóstico y una entrevista a las tres de la tarde y recién son las ocho de la tarde y lo podes meter al quirófano, el tiempo de estadía, de gastos, insumos, hablando en frío, es mucho y no se toma en cuenta eso, se toma en cuenta como terminó (...)” (CH2)

Hospital Misericordia: “Capaz que hay partes más visibles o menos visibles de lo que es todo el proceso, pero creo que el fin es el mismo” (CH5)/ “La gente entiende que yo para trasplantar tengo que sacar los órganos... bah entiende, me ha pasado encontrarme con gente que estaba en lista de espera y dijeron que no a la ablación. Pero en fin creo que es inevitable que en el proceso haya partes más visibles que otras, el mantenimiento del donante, que es lo que me toca a mí, quizás es lo menos visible, pero yo no necesito que se visualice, yo con tal de que la gente entienda que es la donación, la parte de la ablación y el trasplante en sí es suficiente” (CH5)/ “si el médico de la terapia no hace la mantención del donante se corta el proceso...”



(CH5)

Hospital San Roque: “(...) son dos etapas francamente distintas, una cosa es (...) es como que esto es bueno... o al revés, la procuración es mala porque se te muere uno, hay muerte hay dolor hay cosa, y esta es buena porque acá hay esperanza, hay todo un procedimiento de resurgir” (CH4)

TEMA: Referencias al rol de CH y al Programa Córdoba Procura

(También aplica a “conocimiento”)

Categoría: La instauración del Programa Córdoba Procura y la incorporación de la figura de CH es vista como un avance significativo en materia de donación de órganos.

Fragmento:

Hospital Córdoba: “(...) arrancamos casi solas a ser coordinadoras hospitalarias desde el INCUCAI, y en el transcurso del tiempo surge esto del Córdoba Procura que no tiene más de diez años, en donde ya hay un médico asignado para cada guardia y demás. Pero en ese entonces estábamos nosotras solas en todo el proceso, desde la comunicación con la familia, la mantención y en gran parte de lo que tenía que ver también con el operativo pura y exclusivamente. Ahora, bueno, las cosas han evolucionado por suerte y entonces ya es más fácil (...)” / (CH1) “Cuando ya sos coordinadora te van capacitando, inclusive tenemos distintas reuniones entre coordinadores. Que incluye un equipo importante de gente, con comunicadores, psicólogos y hacemos los cursos de cómo decir malas noticias, cómo se habla, cómo se dice, qué palabras se emplean y cuáles no. Todo lo que tiene que ver con la comunicación con el otro, y el lenguaje no corporal no lingüístico que por ahí no tenemos tan en cuenta” (CH1)

Hospital de Niños: “Y la figura del coordinador hospitalario está creada justamente para eso. Para que ese protocolo se haga con calidad y sea estricto (...)” (CH3)/ “Se supone también que el Programa está hecho para que desde ECODAIC tengamos todo el apoyo. Vos levantás el teléfono y las preguntas o lo que sea y siempre te responden, están absolutamente a tu disposición.” (CH3)/ “Creo que la figura del coordinador hospitalario ayuda porque en el caso de que haya demasiada demanda o muchas urgencias, si bien vos no estás activo y tu función por ahí no era el mantenimiento del posible donante, el hecho de que hay una persona que se dedique sólo a ese paciente disminuye las posibilidades de decir "salió mal, porque tenía que también hacer otras cosas". (...) sería como sumar un médico más al staff de guardia el día que hay un paciente. Entonces ayuda mucho” (CH3)

Hospital Urgencias: “Sí, influyó mucho. (...) estamos más presentes, vos tenés a alguien de referencia, (...) está más coordinadito en ese tema y siempre tienes a alguien de referencia, con la presencia simple de alguien me parece que se sabe



cómo manejarse (...) entonces me parece que está bastante bueno como se hizo en el hospital, habló del hospital este, porque ya saben, ya te tienen identificado. (...) te van avisando...ya tenés a quien dirigirte... Por eso se aceptó muchísimo la cosa” (CH2)/ “Sí, yo creo que es muy importante, teniendo un referente, vos sabes a quién dirigirte, me parece que es fundamental eso, ponelo acá hay uno por día...” (CH2) – refiriéndose a los CH -

TEMA: Comunicación con las familias

Categoría: Los profesionales que hayan tenido algún contacto con el paciente en vida son la mejor opción para comunicar la muerte y donación a los familiares.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *"creo importante es que el que explique esto tiene que ser un rostro conocido" (CH1) / "quien te comunique una cosa tan terrible, tiene que ser una persona de confianza, o por lo menos que hayas tenido algún contacto de permanencia en el lugar" (CH1) / "no necesariamente tienen que ser los médicos. Porque hay muchos coordinadores hospitalarios que son enfermeros y que son cabeza de equipo. (...) siempre y cuando sean estos rostros que la familia identifica" (CH1) / "los tiene que identificar de un lado y del otro, porque si no en ese momento de dolor ver a una persona extraña que te da semejante noticia y te plantea semejante posibilidad, es muy difícil que ellos tengan empatía y que entiendan lo que nosotros les queremos decir" (CH1)*

Hospital de Niños: *"Porque comunicar el informe en sí, me parece a mí que está bien que lo haga el médico que es el que lo está haciendo. Es muy importante el desempeño del psicólogo (...) que por ahí hace como un traductor" (CH3)*

Hospital Urgencias: *"...es más fácil si desde un principio lo empezás a ver. Vos le das un informe a la familia, le explicas que él está grave, que puede evolucionar mal, desde un principio, porque vos ves las lesiones y ves cómo puede evolucionar... entonces más o menos les podés explicar cómo puede evolucionar..."(CH2)*

TEMA: Ley Justina

Categoría: La sanción de la Ley Justina es aceptada positivamente por los familiares.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *"Creo que a la familia le saca una carga muy importante. Porque no es fácil decidir por el cuerpo de otro" (CH1)/ "(...) la familia como que*



relaja desde ese lado y dice "bueno, entonces sí (...). Yo creo que la Ley llegó para eso, para desembarazar a la familia de una decisión tan importante. Y que ellos logran entender que, quien falleció ya tomó esa decisión al no decir que no. Simplemente" (CH1)/ "Les avisamos, les notificamos, les explicamos de la Ley, de qué significa. Y lo entienden" (CH1)

Hospital Urgencias: *" (...) lo que veo es que últimamente ellos mismos te hablan del tema de donación de órganos que antes no, entonces eso sí, aparte termina de ser un cargo para la familia el tener que tomar la decisión porque hay atrás una ley que dice que si no tiene declarado la negatividad para ser donante el juez puede tomar la decisión, ya no termina siendo tanto peso tomar la decisión sobre un familiar que está muerto, pero sé que... me impresionó este último tiempo que hay más conocimiento sobre la donación de órganos... no sé si lo saben bien cómo es la ley pero la han escuchado nombrar y ellos mismos te preguntan "¿cómo sigue la cosa?" "¿qué vamos a hacer?" ... y ellos esperan el tema de la donación de órganos... "si yo ya sabía" la difusión televisiva del caso... y el tema... tomó más relevancia..." (CH2)*

Hospital Misericordia: *" (...) tomar la decisión para la gente es terrible, muchas veces nos decían que ellos no podían decidir, - yo quisiera pero le tengo que preguntar a mi otro hermano que vive en Jujuy - ... y bla bla... a la familia también le sacaron un peso de encima, ya no tienen que decidir" (CH5)*

Hospital San Roque: *"la gente de entrada ya te dice... '¿y este sirve para donante?', y le decís "no, porque este tiene un cáncer", entonces de este ya de ese tema no vamos a hablar, pero ya está hablado el tema, no es que se desayunan con... ah mira se murió y había que donar... no, eso mejoró mucho" (CH4)*

TEMA: Fallas en el proceso de procuración y posibles mejoras

Categoría: La comunicación, en sus diferentes dimensiones, es uno de los principales aspectos a mejorar en la dinámica de los procesos de donación y procuración de órganos y tejidos para trasplante.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *" (...) y hacemos los cursos de cómo decir malas noticias, cómo se habla, cómo se dice, qué palabras se emplean y cuáles no. Todo lo que tiene que ver con la comunicación con el otro, y el lenguaje no corporal no lingüístico que por ahí no tenemos tan en cuenta" (CH1) / "El problema es el desconocimiento. Y no solamente por parte de los médicos sino de los medios (...) los medios muchas veces te hablan de pacientes que estaban con parámetros de muerte encefálica y no lo toman como que la persona estaba muerta. Sino como que "bueno, vamos a esperar a ver cómo evoluciona", como si hubiera una segunda parte después de eso. Es una cosa muy fuerte" (CH1) / "Acá el tema que creo que ha pasado siempre con la*



donación es el no hablarlo. Porque el ser humano no quiere hablar de muerte, no quiere hablarlo nunca” (CH1)

Hospital de Niños: *“(…) capaz si decirlo más para cortar con todo el mito que hay. Decir "bueno, mirá, tenés necesariamente todos estos pasos para llegar a ese momento. (...) Sobre todo para desmitificar esas creencias” (CH3) – Sobre visibilizar la etapa previa al trasplante (procuración) - / “Es que también hay mucha falta de información, o mala información, en la gente” (CH3) / “Falta mucho. Es un camino largo, que recién nosotras empezamos hace menos de un año y que bueno, nos faltan también muchas herramientas en cuanto a comunicación sobre todo” (CH3) – Refiriéndose a la institucionalización de la procuración y el involucramiento de los profesionales de salud - / “La comunicación del equipo de salud. Para hablar todos el mismo idioma, y de esa manera poder tener todos los mismos objetivos” (CH3) – Acerca de qué considera que se debe mejorar con urgencia - / “Si, homogeneizar quizás. Porque ha habido muchos cambios y los lineamientos o las guías por escrito, por ahí son más para el tema adultos que es lo más frecuente” (CH3) / “por ahí cuando uno trata de hablar con los padres, más allá de que implementa todo el tacto que se te pueda imaginar y demás; (...) ahí te das cuenta, que hasta lo que vos creés que era algo básico y simple y que no lo hablaste en terminología médica, bueno, quizá no se te entendía” (CH3)*

Hospital Urgencias: *“(…) hay tanta resistencia en el medio, del equipo en general, enfermeros, médicos que tienen una creencia errada en el tema de procuración, o sea... no te sabría decir, pero la creencia de que.... O no se hacen los esfuerzos adecuados por un paciente cuando ya viene con lesiones graves, piensan que es un negociado que tenemos... de la procuración y el trasplante, tienen una concepción errada de las cosas como son... pero si, si están. Tienen no sé... no te lo vienen a decir, no te encaran, son comentarios, se nota, se nota el comentario” (CH2) / “Yo creo que todo lo que sea seguir informando acerca de procuración está bueno, todo, informar, (...) creo que lo que sea informar, sacar del medio los tabúes” (CH2) / “(...) tratar de sacar miedos... siempre informarse... informar, cómo se hace cómo se logra... o que nos digan... eso que te digo, que llegue más información a los profesionales de la salud” (CH2)*

Hospital Misericordia: *“Siempre, siempre hay cosas por mejorar. La comunicación sin lugar a dudas, venimos bien pero siempre se puede estar mejor” (CH5) / “Si vos me preguntas donde se debería empezar, creo que en la facu, y después hacer de esto, la educación, en la medicina, es el espiral, vos no podés enseñar algo en primer año, enseñar en primer año y retomar, retomar, retomar, y cada vez que retomas amplias. Esa es la forma en que se enseña para que se instale el conocimiento. Hablando de este problema que se detecta que hay parte del equipo de salud que ni siquiera está enterado de esto” (CH5)*

Hospital San Roque: *“(…) hay otro componente en el medio del trabajo que eso implica, pero si, falla la comunicación, en la procuración de tejidos en el resto del hospital” (CH4) / “(...) el tema de comunicación de malas noticias es otro capítulo, nos enseñan cómo comunicar mal las malas noticias” (CH4) / “(...) yo he escuchado a otros médicos decir... "su hijo es como una computadora, vio cuando uno le*



enchufa el cable, y queda así"... Y madres que te quieren agarrar de los pelos, porque le estas comparando al hijo con una computadora, otro que le dijo "usted vio en el campo alguna vez que a las gallinas, les revolean, les retuercen el cogote así y quedan muertas pero quedan andando... bueno así... el corazón le anda pero...." y eso es generar un rechazo de la donación." (CH4) – Sobre la falta de herramientas comunicacionales para mencionar a las familias la donación -

EJE DE ACTITUDES

TEMA: Proceso de procuración

Categoría: Garantizar el desarrollo de un proceso de procuración de órganos y tejidos para trasplante es una labor médica.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *“Yo creo que lo que nosotros hacemos no es más ni menos que la función de cualquier médico” (CH1)/ “Todos los que somos médicos tenemos la obligación de denunciar a un paciente que está en clínica de muerte, es una obligación, no es una opción. Y, a partir de la Ley Justina, tenemos la obligación de arbitrar las maneras de que, si ese paciente no fue expreso no donante, sea donante. (...) Ninguno de los médicos que estamos a cargo de una terapia intensiva o de lo que fuere podemos pasar por alto la posibilidad de que un paciente que fallece puede ser donante y hacerlo es una negligencia médica. O sea que tampoco es que estamos haciendo uso de una función, estamos haciendo uso de la labor de médico” (CH1) / “las convicciones son personales y uno puede decidir por uno pero no por el otro. O sea yo puedo, cuando tengo convicciones decidir no ser donante porque mi religión no me lo permite, por ejemplo. Pero soy médica y tengo que tratar de que este paciente sea donante, porque es parte de mi laburo y entiendo lo que es” (CH1)*

Hospital de Niños: *“La responsabilidad. Porque no se puede pasar la posibilidad de denunciar al posible donante. Sobre todo en nosotros, que el que toma la decisión es el familiar” (CH3)/ “existe el Programa de Glasgow 7, que a nosotros nos obliga a que si o si el paciente que tenga Glasgow 7 o menos de 7, debe ser registrado en un sistema (...) todos saben acá que cuando se presenta esa situación le tienen que avisar a Marcela o me tienen que avisar a mí y empezar a cargarlo, pero como una cuestión tal vez más administrativa o de que hay que cumplir una función” (CH3)/ “Para el terapeuta, es una tarea del médico que está de guardia” (CH3)*

Hospital Urgencias: *“Sí, tenemos más responsabilidad en el hecho de que nosotros tenemos que... ante un paciente así... (...) hay médicos que no le dan tanta bola... pero ahora no, hay un marco legal, que tiene que ser declarado, avisado, ahora te puedes meter en un lío si no avisas la muerte cerebral, entonces tenés como un marco legal donde los médicos deben moverse dentro de ciertos parámetros...” (CH2)*

Hospital Misericordia: *“Y, la especialidad es de terapia intensiva es parte de*



nuestra formación, la mantención de los órganos, es un capítulo de nuestra formación” (CH5) Si por ahí, hace un tiempo, en algún momento de mi carrera, hace un tiempo cuando no estaba la Ley Justina, como que podía cruzarme con algún médico, que no le preste atención al donante, que no haga la parte del mantenimiento del donante, que considere que el paciente está muerto y no como un posible donante” (CH5)– hablando como si luego de la Ley, esto ya no pudiera ocurrir –

Hospital San Roque: *“es un trabajo más, entonces como todo trabajo algunos no tienen problema de hacerlo y otros, reniegan...” (CH4)/ “(...) entonces ahora, a los médicos nos tiraron así, y ahora hay una ley, no sólo que la tienen que cumplir, sino que están penados si no hacen tal cosa... ningún médico va ir preso porque no le pida los órganos a la familia...yo te digo que esta séptico y fin, se terminó la discusión...mucha culpa de los médicos hubo, por no procurar... por lo que te digo es un trabajo...” (CH4)*

Categoría: El apoyo institucional (tanto de los demás servicios, como de los directivos) es fundamental para garantizar el correcto desarrollo de un proceso de procuración de órganos y tejidos.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *“(...) al correr del tiempo, hemos logrado expandirnos a los otros servicios. Claro que los otros servicios no van a tener pacientes en muerte encefálica, porque esos están acá en la UTI. Pero, lo que nosotros necesitamos de los otros servicios es la denuncia de la parada cardíaca. Porque después de la parada cardíaca podemos ser donantes de córneas” (CH1)/ “(...) me parece a mí que sí, que es fundamental porque si no, no se puede. Es muy difícil si no tenemos la colaboración de todos. Nosotros entendemos esto de que no siempre tenemos todas las herramientas; pero el poder contar con laboratorio si lo necesitamos, con diagnóstico, un chico de cardio que me haga la gamba y me haga un ecocardio, es difícil. Porque si no, todo es cuesta arriba. Cuesta, cuesta” (CH1)– Sobre si consideran importante que los demás servicios estén al tanto del proceso – / “El servicio siempre lo ha tomado como parte de una cosa institucional” (CH1)/ “Es muy difícil que esto se haga cuando no contás con una normativa institucional. (...) Al principio nos tocó una época que era todo muy complicado. (...) Ahora gracias a Dios ya no es así, pero porque hay una normativa institucional muy fuerte” (CH1)/ “(...) sí, es fundamental. Que sea una normativa del servicio y de la institución es fundamental” (CH1)*

Hospital de Niños: *“Vamos a hacer una encuesta en distintos niveles, o sea, de todo el personal de salud de acá adentro para tener un panorama de cómo estamos o qué sabe y qué piensa la gente, al respecto de esto” (CH3)– Sobre la importancia que le dan a que los demás servicios estén familiarizados con el tema - / “Los kinesiólogos, que hacen un papel muy importante en el mantenimiento de los pulmones que es uno de los órganos más difíciles - si no el más difícil-. Y después, laboratorio, diagnóstico por imágenes es muy importante... porque te hace las radiografías. (...) Los cardiólogos, neurólogos (...) El neurólogo es el que te va a ir registrando, por así decirlo, la actividad cerebral.” (CH3)/ “Muy importante también, y a mí*



personalmente muchas veces me ha acompañado, el psicólogo de acá. Y es muy importante. Así no hable” (CH3)/ “muchas veces la habilidad, o la actitud del enfermero, es la que facilita o entorpece la comunicación para que la decisión sea positiva. Ellos tienen que también estar muy interiorizados” (CH3)/ “Y también, bueno, parte de nuestra función es tratar de que se visualice. Que nuestra función también se visualice. Primero, tenemos que empezar en el servicio y después, a nivel del hospital” (CH3)/ “(...) una posibilidad o una herramienta que se utiliza para que esto sea así es el "Ateneo central" que se hace periódicamente en el hospital. Que uno de esos ateneos está relacionado con este tema, se trata este tema. Y va a ser informativo para muchos y sobre todo, (...) para los otros servicios y la gente que no está en contacto con esos pacientes” (CH3)

Hospital Urgencias: *“Las chicas son excelentes... o sea la predisposición por ahí, las chicas de laboratorio son excelentes, enfermería, la gente de diagnóstico por imagen (...) nos movemos con tomografías, y entonces los chicos tienen generalmente muy buena predisposición. Por lo menos yo los días lunes o los sábados nunca he tenido problemas de enfermería, ni con laboratorio menos, rayos tampoco. Se tiene claro que el hospital es un hospital donante en ese sentido” (CH2) / “(...) los chicos residentes son excelentes, los chicos les ponen muchas ganas, los de la UTI también nos dan una mano bárbara un manón enorme, pero por lo general tratamos de estar nosotros, pero estar uno por día para hacerlo, y se entiende, y generalmente, los chicos lo sabe, porque lo vamos transmitiendo...” (CH2) – sobre cómo se facilita el proceso cuando los demás servicios están al tanto- / “Yo creo que sí, Cristina es... en ese sentido, digamos la mentora de todo esto, y siempre estuvo presente a pesar de ser la directora, es como que te consulta cuando se le complica alguna cosa (...) si no tenés todo el apoyo en general de todos los servicios que te dije, no hay forma...” (CH2) / “Pero si yo creo que se podría ver la forma incluso de armar equipos, así como yo estoy los lunes, un equipo de un bioquímico, enfermero y un radiólogo, entonces trabajas con los chicos que están abocados al paciente y haces guardias... me parece que estaría mucho más fácil y demás, y creo que se trabajaría mejor....” (CH2) / “(...) generalmente los hago participar, les cuento la historia, como vamos a hacer, como los vamos a mantener y les digo lo que voy necesitando y voy viendo con ellos como mejorarlo, les hago trabajar con kinesio, yo le explico a los chicos rápido, le explico a los de ecografía necesito hacer esto vamos a hacer esto por esto y por esto... y generalmente, trato de hacerlos participar y que sepan, no decirles mira necesito...quiero que me veas esto...a ver qué podemos hacer...” (CH2)*

Hospital Misericordia: *“(...) es importante que esté informada, por ahí lo que pasa es que es difícil que la institución llegue a todos sus miembros, sobre todo cuando hablamos de instituciones públicas, en las instituciones privadas, en donde el área de comunicación si se quiere es un área fuerte no es tan difícil. Pero por ejemplo, acá en el hospital el área de comunicación es la del ministerio, no tiene una propia, lo que nos salvaría de tantos problemas, pero de tanto, pero no la tiene. (...) y todo el mundo debería estar incluido en esa información.” (CH5)*

Hospital San Roque: *“Todavía acá no están tan en boga las otras profesiones que puedan formar parte... enfermeros, asistentes sociales (...) Yo tengo un enfermero que trabaja conmigo pero afuera de la terapia, y no funciona...” (CH4)/ “si vos tenés que llevar a un paciente, todo divino, pero al camillero se le ocurre hacer paro, ¿qué haces? si el que tiene que llevar el oxígeno a la terapia no lo llevo ese día... y vos no*



tenés... un tubito pedorro que tenés que llevar de la terapia al quirófano, son tres metros, pero no puedes llevarlo sin oxígeno... está colgando de un hilo, todos están ahí... te tenés que apurar para todo... si la del laboratorio no te putea porque la llamaste 33 veces para sacar sangre del mismo paciente... radiografías, necesitas ecografías para verle los pulmones, los riñones, tenés que hacer un test de embarazo y no hay test, no puedo ablacionar si no sé si está embarazada o no, no hay test de embarazo en el hospital, entonces pones plata vos para comprar el test... sin todo eso no funciona, cosa que no todo el mundo sabe del proceso de ablación” (CH4)– también relacionado con el tema de los recursos – / “(...) ¿qué pasó? alguien... el camillero, la enfermera... el que lleva el oxígeno, cualquiera salió y les dijo a los familiares que estaba muerto” (CH4) – Sobre las dificultades que puede generar el hecho de que los demás miembros del Hospital (fuera de los terapistas) no esté al tanto de ciertos temas vinculados al proceso de donación- trasplante, como la muerte encefálica en este caso, lo que también puede generar problemas con los familiares del potencial donante. -

TEMA: Fallas en el proceso de procuración y posibles mejoras/ Contexto laboral

Categoría: La falta de recurso humano es la principal falla en el desarrollo de los procesos de procuración de órganos y tejidos para trasplante en las instituciones hospitalarias públicas.

Fragmento:

Hospital Córdoba: *“Nosotros siempre no quejamos, los que estamos en la procuración, con el tema de los tiempos. Siempre tratamos de hacer las cosas lo más rápido posible por el tema familiar. (...) Creo que, a medida que se vayan abriendo más centros de ablación en el interior, y no que se concentre todo en Bs. As., se van a hacer las cosas más fáciles. Pero creo que estamos en vías de eso, así que también es una cosa de tiempo y paciencia. Hay listas de órganos que son puramente provinciales, como los riñones por ejemplo, o las córneas; y bueno, a medida que se vayan abriendo otras brechas, se va descentralizando” (CH1)*

Hospital de Niños: *“Más gente especializada sí.”(CH3)– Sobre qué aspectos considera que se deberían mejorar con urgencia - / “Y en cuanto a enfermería, si, también es mucho trabajo. (...) Y no se dispone un enfermero en particular... O sea no está contemplado en el equipo uno extra para el mantenimiento de ese paciente si no se puede. O sea si se puede, seguramente. Y siempre se hace. Pero es de acuerdo a las posibilidades y a las voluntades” (CH3)*

Hospital Urgencias: *“No vas a hacer algo porque te den plata, porque si no te sentís cómodo haciéndolo no vas a hacerlo. Pero si yo creo que se podría ver la forma incluso de armar equipos, así como yo estoy los lunes, un equipo de un bioquímico, enfermero y un radiólogo, entonces trabajas con los chicos que están abocados al paciente y haces guardias. Me parece que estaría mucho más fácil y demás, y creo que se trabajaría mejor....” (CH2)*



Hospital Misericordia: *“En los hospitales creo que estamos igual, somos coordinadores los terapistas. No todos los hospitales tienen coordinadores, eso sí quizás se puede mejorar” (CH5) / “Ustedes saben que la terapia intensiva es un área de poca gente, crítica, que el gobierno no considera así, no somos muchos terapistas, entonces hay muchas terapias que no tienen terapistas, que tienen médicos de guardia recién recibidos, cirujanos, nefrólogos, algunos idóneos, que pueden manejar y otros que no, pero ellos no tienen en su formación la mantención del donante, entonces la importancia que ese médico le va a dar al paciente que tiene ME es nada, ya se murió, pase el que sigue, necesito la cama. Que no haya terapistas en todas las terapias intensivas es un problema” (CH5)*

Hospital San Roque: *“hay distintas formas de procurar, pero no hay muchos... disponibles, muchos médicos disponibles, y todavía acá no están tan en boga las otras profesiones que puedan formar parte... enfermeros, asistentes sociales (...) Yo tengo un enfermero que trabaja conmigo pero afuera de la terapia, y no funciona...” (CH4) / “(...) requiere mucho esfuerzo, mucha dedicación... después... vemos los resultados, económicos, pero ahora los chiquitos... antes me decían “vamos a hacer guardia”... “si vamos”... “gratis”, “no importa quiero aprender”... ahora no” – refiriéndose a los residentes - (CH4) / “quizás el recurso de que le paguen a alguien más... eso sí, no el recurso... de que necesitan... un aparato, una oficina, una computadora....” (CH4)*



RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS ENCUESTAS

En este apartado se presentan los resultados obtenidos a partir de las encuestas realizadas a los diferentes profesionales de la salud, miembros de los cinco servicios que se mencionan anteriormente (UTI, Enfermería UTI, Laboratorio, Diagnóstico por Imágenes o “Rayos” y Kinesiología y Fisioterapia); de los Hospitales Córdoba, Urgencias y Hospital de Niños de la Santísima Trinidad.

En primer lugar, se caracteriza la manera en que quedó definida la muestra efectivamente. Luego, se presentan algunos datos que refieren a la población general y, finalmente se dividen los resultados obtenidos en cada hospital y organizados de acuerdo a los ejes teóricos de análisis. La información se encuentra presentada a modo de gráficos, tablas e infografías según se consideró oportuno para facilitar la lectura. A su vez, se incorporan algunos comentarios para complementar cuando resulte relevante.

CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LA MUESTRA

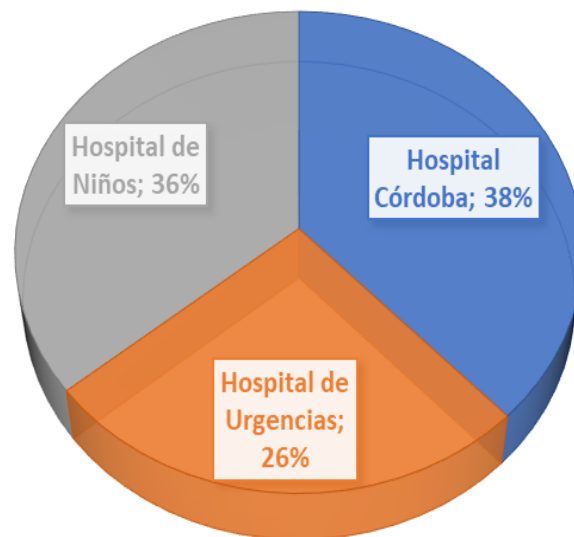


Figura 1. *Distribución proporcional de los profesionales por hospital*

La muestra general quedó conformada por un total de 166 casos, distribuidos de la siguiente manera: 63 profesionales del Hospital Córdoba, 44 del Hospital Urgencias y 59 en el Hospital de niños.



Tabla 1. Distribución de los profesionales por servicio en cada hospital

Servicio	Hospital					
	Córdoba		Urgencias		De Niños	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Kinesiología	8	13%	5	11%	8	14%
UTI	9	14%	5	11%	8	14%
Enfermería UTI	7	11%	11	25%	22	37%
Rayos	17	27%	8	18%	12	20%
Laboratorio	22	35%	15	35%	9	15%
Totales	63	100%	44	100%	59	100%

Tabla 2. Distribución de los profesionales de acuerdo a la profesión en cada hospital

Servicio	Hospital					
	Córdoba		Urgencias		De Niños	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Lic. en Kinesiología	8	13%	5	11%	8	14%
Médicos Terapistas	8	13%	5	11%	6	10%
Médicos radiólogos	9	14%	1	2%	7	12%
Enfermeros UTI	7	11%	11	25%	22	37%
Radiólogos	3	5%	3	7%	-	
Lic. en bioimágenes	5	8%	4	9%	4	7%
Bioquímicos	10	16%	9	21%	3	5%
Técnicos en laboratorio	5	8%	4	9%	4	7%
Administrativo	1	1%	-	0%	2	3%
Alumnos	3	5%	2	5%	-	0%
Residentes	4	6%	-	0%	2	3%
No determinaron profesión	-	0%	-	0%	1	2%
Totales	63	100%	44	100%	59	100%

Tabla3. Distribución de los profesionales por sexo en cada hospital

Sexo	Hospital					
	Córdoba		Urgencias		De Niños	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Masculino	15	24%	11	25%	16	27%
Femenino	48	76%	33	75%	43	73%
Totales	63	100%	44	100%	59	100%

Del total de los profesionales encuestados un 75% es de sexo femenino, y el resto de sexo



masculino. En todos los hospitales la distribución por sexo es similar, las mujeres superan en cada caso el 70%.

Edad:

- La edad más frecuente es 36 años, con 11 casos y hay 10 profesionales con 34 años.
- La edad promedio de todos los profesionales es de 38,63 años.
- La edad mínima que se identificó fue de 21 años y la edad máxima fue de 64 años, por lo tanto, un rango de 43 años.

Antigüedad:

- En cuanto a la antigüedad, la más frecuente es 5 años (15 casos) y le sigue 10 años con (13 casos).
- La antigüedad mínima es de 6 meses, frente a la máxima que es de 37 años; existiendo un rango de 36,5 años.
- El promedio (media aritmética) de la antigüedad es de 9,03 años.

Tabla 4. *Distribución de los profesionales de acuerdo a su voluntad de donar por hospital*

¿Registró su voluntad de donar órganos?	Hospital					
	Córdoba		Urgencias		De Niños	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
<i>Sí, positivamente</i>	34	55%	26	59%	33	56%
<i>Sí, negativamente</i>	4	5%	0	0%	1	2%
<i>No me registré</i>	24	39%	18	41%	25	42%
Totales	63	100%	44	100%	59	100%

A modo de aclaración, los resultados obtenidos en la siguiente tabla son analizados por las investigadoras bajo el eje “actitud”.

Por servicios:

- **Hospital Córdoba:** Del total de profesionales del hospital Córdoba sólo un caso no respondió. En los servicios de Enfermería UTI y Diagnóstico por Imágenes es la misma cantidad de profesionales los que registraron positivamente su voluntad y los que no la registraron, pero en el resto los que registraron su voluntad positivamente son mayoría. Los que registraron su voluntad negativa pertenecen 1 a laboratorio, 1 a rayos, 1 a UTI, y el último a Enfermería UTI.
- **Hospital Urgencias:** De los médicos encuestados en la UTI, el 80% están registrados oficialmente como donantes. En los servicios de Kinesiología y



Laboratorio también son más los profesionales encuestados que se han registrado oficialmente como donantes: 60% y 67% en cada caso. Mientras que el 40% de los kinesiólogos encuestados y el 33% de los miembros del Laboratorio restantes dijeron no haber registrado su voluntad. Sólo el 37% de los profesionales pertenecientes al servicio de Diagnóstico por Imágenes afirmaron haberse registrado oficialmente como donantes. El servicio de Enfermería de la UTI es el que más paridad de respuestas presentó: el 55% de los profesionales encuestados afirmaron haberse registrado oficialmente como donantes.

- **Hospital de niños:** Dentro de laboratorio y enfermería fueron mayoría los que registraron su voluntad positiva (79% y 59%) respectivamente. En UTI y Kinesiología hubo paridad entre los que registraron voluntad positiva y entre los que no registraron. En Rayos el 50% no se registraron y aquí se presentó el único caso dónde se tildó la opción "me registré negativamente".

Al cruzar la variable "edad" con los resultados obtenidos en cuanto al conocimiento de los profesionales de la nueva ley (N°27.447), se registró que la mayoría de los que conocen lo que establece la Ley respecto al Art. 33 ("donante presunto"), rondan entre los 32 y los 53 años.

HOSPITAL CÓRDOBA:

EJE CONOCIMIENTO

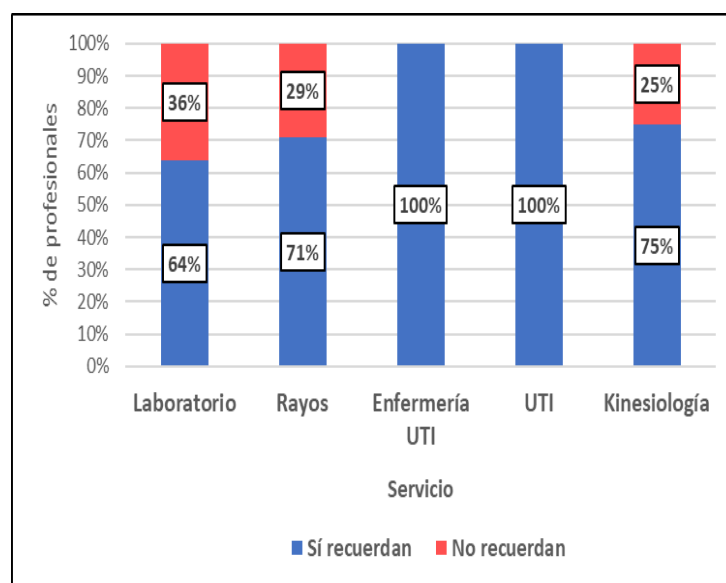


Figura 2. Profesionales que recuerdan que el servicio haya participado en un proceso de donación (por servicio)



El 76% (48 casos) recuerdan que el servicio haya participado en algún proceso de donación. El resto, 15 profesionales, no recuerdan.

Tabla 5. Ranking de respuestas de los profesionales, a la pregunta “Si el servicio participó de un proceso de procuración de órganos, ¿cómo se enteró?”

Servicios	Orden	Si el servicio participó ¿Cómo se enteró?	Porcentaje de casos
Kinesiología (total de respuestas 7)	1ro.	“Por haber participado”/“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”	50%
	2do.	“Por comentarios de un colega o de boca en boca”	17%
UTI (total de respuestas 10)	1ro.	“Por haber participado”	67%
	2do.	“Por comentarios de un colega o de boca en boca”	33%
	3ro.	“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”	11%
Enfermería UTI (total de respuestas 8)	1ro.	“Por haber participado”	71%
	2do.	“Por comentarios de un colega o de boca en boca”/“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”/A través de los MMC”	14%
Rayos (total de respuestas 13)	1ro.	“Por haber participado”	66%
	2do.	“Por comentarios de un colega o de boca en boca”	23%
	3ro.	“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”/A través de los MMC”	8%
Laboratorio (total de respuestas 17)	1ro.	“Por haber participado”	62%
	2do.	“Por comentarios de un colega o de boca en boca”	15%
	3ro.	“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”	38%
	4to.	“A través de los MMC”	8%

De los 63 casos del hospital Córdoba, 55 profesionales contestaron cómo se habían enterado de la participación del servicio en algún proceso de donación. En la mayoría de los casos los profesionales se enteraron por haber participado ellos mismos del proceso y en segundo lugar por haber recibido comentarios de algún colega o por el “boca en boca”.

- En todos los servicios excepto en Kinesiología, fueron más los profesionales que participaron al menos 1 vez (y hasta más de 5 veces) en un proceso de donación que los que aseguraron no haber participado nunca. No obstante, el porcentaje de profesionales que dijeron no haber participado nunca fue relativamente alto en los servicios de Kinesiología (75%), Diagnóstico por Imágenes (47.1%) y Laboratorio (45.5%). Contrariamente tanto la UTI como el servicio de Enfermería de la UTI



presentaron sólo 2 y 1 casos respectivamente de profesionales que no habían participado nunca en un proceso de donación de órganos y tejidos.

Distribución de los profesionales de acuerdo al conocimiento de lo dispuesto en el Art. 33 de la Ley Justina (donante presunto)³³

El porcentaje total de los encuestados que conocen lo que establece la Ley Justina en su Art.33 es de 89% (56 casos). En cada uno de los servicios, más del 70% de los encuestados está al tanto de lo que establece la actual ley de donación y trasplante con respecto a la carátula del donante presunto. Sin embargo, en todos los servicios se presentó al menos un caso en el que el profesional la desconoce.

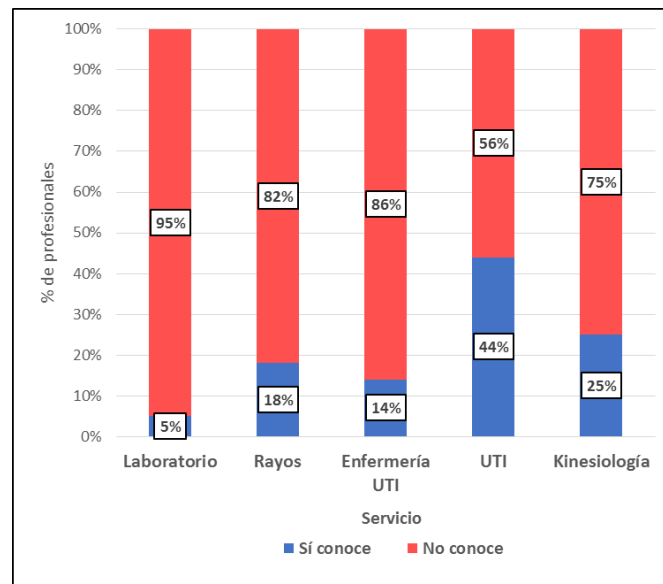


Figura 3. Conocimiento del Programa “Córdoba Procura” (por servicio)

De los 63 profesionales del hospital, 62 contestaron. Entre ellos, 51 casos no conocen el programa (82%). Fueron 11 (18%) los profesionales que respondieron afirmativamente con respecto al conocimiento sobre el programa. De los cuales sólo 6 respondieron de qué manera lo conocieron, dos de la UTI, y uno en cada uno de los demás servicios. Tanto el caso de

³³Art. 33. “Requisitos para la obtención de órganos y/o tejidos de donante fallecido”: La ablación de órganos y/o tejidos puede realizarse sobre toda persona capaz mayor de dieciocho años, que no haya dejado constancia expresa de su oposición a que después de su muerte se realice la extracción de sus órganos o tejidos (Ley N°27.447, 2018).



diagnóstico por imágenes como el de laboratorio aseguraron haber conocido al programa a través de los medios de comunicación, mientras que el resto (la mayoría) asume que se enteró dentro del hospital.

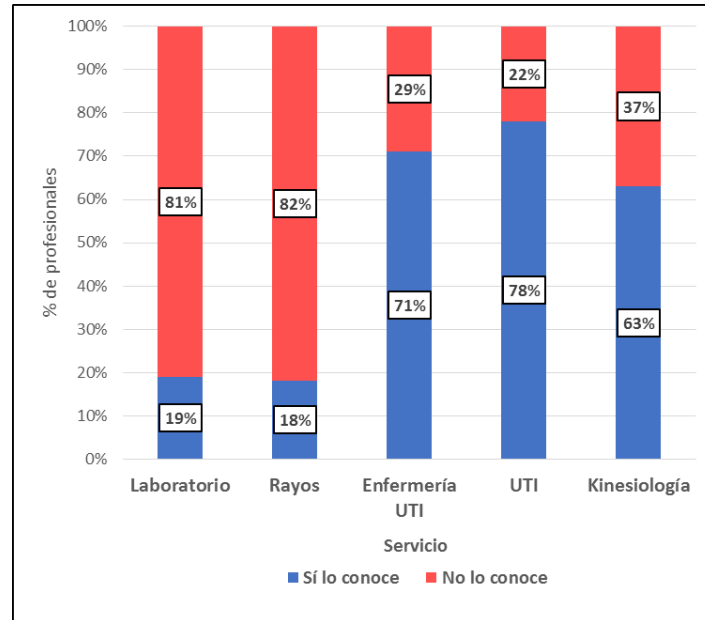


Figura 4. Conocimiento del Coordinador Hospitalario (por servicio)

62 profesionales respondieron. Del total, la mayoría no reconoce al CH: el 61% respondió negativamente (38 profesionales) y un 39% afirmativamente (24). De los 24 profesionales que conocen al coordinador hospitalario, sólo 16 pudieron identificar al menos una o más funciones del mismo. La mayoría de estos respondió: detección y mantenimiento del donante, determinación de la muerte encefálica, comunicaciones con ECODAIC y con las familias, etc. Quienes contestaron lo anterior, eran en su mayoría médicos y enfermeros de la UTI. De esos 16 casos, 3 aseguraron que conocen al CH, pero que no pueden identificar sus funciones porque advirtieron que no las conocen.

- Al cruzar ambas variables: “conocimiento del Programa Córdoba Procura” y “conocimiento del CH”, se registró que de 38 profesionales del hospital que no conocen al CH, 34 tampoco conocen el Programa. Por otro lado, sólo 7 profesionales conocen tanto a uno como al otro.



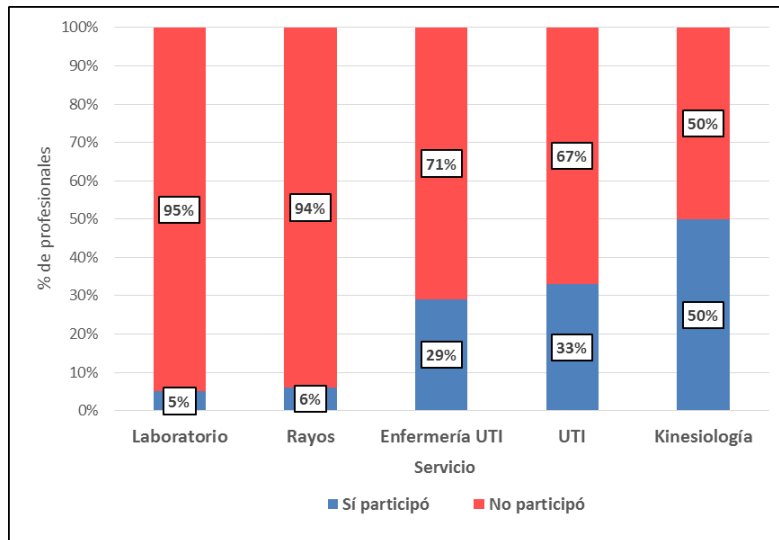


Figura 5. Participación de algún curso de capacitación en el hospital (por servicio)

Del total de los profesionales, 52 de ellos (83%) no participaron de cursos de capacitación de procuración y trasplante de órganos. El resto, 11 casos (17%), SI participaron. Sólo 10 personas contestaron cuántas veces participaron. 5 profesionales participaron 1 vez, 3 aseguraron haberlo hecho 2 veces, y 1 haber participado 3 veces. Se registró un caso (en Enfermería UTI) que respondió haber participado 1 vez al mes. Lo cual resultó en que esa persona al menos participó 48 veces (ya que tenía 4 años de antigüedad) de algún curso de capacitación. Este dato sólo surgió en este hospital y en este servicio, lo cual puede entenderse como una mala interpretación de la pregunta, o un caso aislado que no se relaciona con el resto de los resultados.

Participación de algún curso de capacitación por fuera de la institución (por servicio)

De los 62 profesionales que contestaron por sí o por no, un 31% (19 casos) respondió que sí participaron, y un 69% (43 casos) no participaron. En cada uno de los servicios, predominó el número de profesionales que no habían participado.



EJE CAMPO DE REPRESENTACIÓN



Figura 6. Significado que le asignan los profesionales a la donación.

Un total de 20 profesionales respondieron “salvar o prolongar vidas”, 19 “dar vida”, 9 “solidaridad/empatía/generosidad”, 7 oportunidad/posibilidad de vivir”, 3 “expectativa/esperanza de vida”, y 1 brindó una explicación técnica.

En todos los servicios la mayoría contestó “salvar o prolongar vidas” y “dar vida”, salvo en Enfermería UTI donde no se registraron casos de “salvar o prolongar vidas”³⁴

- Los siguientes resultados derivan de la pregunta acerca del **grado de satisfacción por haber participado de un proceso de donación de órganos**. (Los resultados de ese apartado serán analizados en el Eje Actitud):

³⁴ La categorización de estas respuestas se puede consultar en el Apéndice 6.





Figura 7. Causas que los llevaron a los profesionales a determinar el grado de satisfacción de haber participado en un proceso de donación

De los 36 casos que contestaron cómo les había resultado la experiencia de participar en un proceso de donación, 25 justificaron la respuesta. De esos 25, 18 profesionales contestaron por “la finalidad de la causa (ayudar a otros)”, 3 casos contestaron “porque es una parte más de su trabajo”, 2 casos consideraron que es un aprendizaje laboral y otros 2 consideran que no tienen contacto directo con el paciente. En todos los servicios la mayoría contestó que la experiencia les resultó positiva “por la finalidad de la causa”.



Tabla 6. Grado de acuerdo de los profesionales con las siguientes premisas relacionadas con la donación y procuración de órganos

Premisa	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Desacuerdo	
1. "La procuración de órganos y tejidos es un trabajo exclusivo de INCUCAI/ECODAIIC"	30%	38%	24%	8%	100%
2. "La procuración de órganos y tejidos es un trabajo de los centros de trasplante"	16%	60%	16%	8%	100%
3. "La procuración de órganos y tejidos es un trabajo de los hospitales"	28%	54%	15%	3%	100%
4. "La procuración de órganos y tejidos es una especialidad médica"	21%	39%	34%	6%	100%
5. "La actividad de donación debe ser paga por tratarse de una actividad adicional"	22%	31%	29%	18%	100%
6. "Un proceso de donación le genera al hospital un alto gasto"	33%	43%	17%	7%	100%
7. "Desarrollar un proceso de donación en el hospital es cumplir con una responsabilidad médica"	48%	41%	8%	3%	100%
8. "El hospital tiene otras prioridades sanitarias antes que desarrollar procesos de donación"	16%	17%	52%	15%	100%
9. "El hospital no cuenta con la estructura adecuada ni con el personal capacitado para desarrollar procesos de donación"	8%	30%	47%	15%	100%

Por servicio:

- **Premisa 1:** En todos los servicios, excepto en UTI, la mayoría de los profesionales está de acuerdo y muy de acuerdo con la premisa (más del 60% por servicio).
- **Premisa 2:** El único servicio que presenta mayoría en desacuerdo o muy en desacuerdo es la UTI. En rayos hay paridad entre los que están muy de acuerdo y de acuerdo con los que no. En Laboratorio y Enfermería todos están de acuerdo o muy de acuerdo, y en Kinesiología prácticamente todos están de acuerdo o muy de acuerdo.
- **Premisa 3:** En todos los servicios la mayoría está muy de acuerdo o de acuerdo con la premisa.
- **Premisa 4:** Enfermería es el único caso que presenta casi la totalidad de respuestas en desacuerdo. Tanto en Rayos como el Laboratorio, la gran mayoría está muy de acuerdo y de acuerdo. En UTI y en Kinesiología, también la mayoría está de acuerdo o muy de acuerdo, pero por pocos casos.



- **Premisa 5:** Los servicios presentan resultados divididos. En Kinesiología la mayoría está de acuerdo con la premisa. En UTI y Rayos, la mayoría está de acuerdo o muy de acuerdo, pero hay muchos casos en desacuerdo. Y en el caso de Laboratorio, la gran mayoría está en desacuerdo.
- **Premisa 6:** En todos los servicios la mayoría aseguró estar de acuerdo o muy de acuerdo superando ampliamente el 50% en cada servicio. En el caso de Kinesiología, no se registraron casos en desacuerdo ni muy en desacuerdo.
- **Premisa 7:** La mayoría en todos los servicios está de acuerdo o muy de acuerdo. En UTI no se registraron casos de desacuerdo. Quienes contestaron estar en desacuerdo o muy en desacuerdo no superan los 7 casos (11%) y se distribuyen en los 4 servicios.
- **Premisa 8:** En todos los servicios menos en Rayos, los profesionales están en desacuerdo o muy en desacuerdo con la premisa. En rayos los que están de acuerdo representan el 59% dentro del servicio.
- **Premisa 9:** En el caso de Kinesiología hay paridad entre los que están de acuerdo o muy de acuerdo, con los que están en desacuerdo. En el servicio de Diagnóstico por Imágenes son mayoría los que están a favor de la declaración (53%). En los demás servicios la mayoría está en desacuerdo y muy en desacuerdo.

EJE ACTITUDES

Tabla 7. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo al grado de satisfacción por haber participado en un proceso de donación

¿Cómo le resultó la experiencia de participar en un proceso de procuración?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Muy gratificante	2	100%	4	57%	2	33%	2	50%	8	67%
Gratificante	.	0%	2	29%	4	67%	2	0%	3	25%
Indiferente	.	0%	1	14%	.	0%	5	50%	1	8%
Poco gratificante	.	0%	.	0%	.	0%	.	0%	.	0%
Nada gratificante	.	0%	.	0%	.	0%	.	0%	.	0%
Totales	2	100%	7	100%	6	100%	9	100%	12	100%

36 de los 63 encuestados contestaron cómo les resultó la experiencia de participar en un proceso de donación. A nivel general: de esos 36 un 50% respondió “muy gratificante”, un 31 % gratificante, 19 % indiferente, y no hubo casos que hayan respondido poco gratificante o



nada gratificante. En Diagnóstico por Imágenes fue mayor la cantidad de casos que afirmaron que la experiencia les resultó indiferente frente a los que respondieron “gratificante” o “muy gratificante”. Tanto en UTI como en Laboratorio solo uno respondió “indiferente”.

Tabla 8. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo a la participación en comités y comisiones de procuración

¿Participarían en comités y comisiones de procuración?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
PARTICIPARÍA	2	25%	2	22%	4	57%	5	29%	8	36%
PROBABLEMENTE PARTICIPARÍA	5	63%	4	45%	2	29%	10	59%	11	50%
NO PARTICIPARÍA	1	12%	3	33%	1	14%	2	12%	3	14%
Totales	8	100%	9	100%	7	100%	17	100%	22	100%

La distribución de todos los profesionales, en función de su respuesta acerca de si participarían o no en comités y comisiones de procuración, sin distinguir a qué servicio corresponden queda de la siguiente forma: 33% respondió que sí participaría (21 profesionales), un 51 % que probablemente participaría (32 profesionales), y un 16% que no participaría (10 profesionales).

Tabla 9. Distribución de los profesionales de acuerdo al grado de acuerdo con la participación de especialidades y áreas en comités y comisiones de procuración

Especialidades y servicios	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Desacuerdo	
Dirección Médica	71%	29%	0%	0%	100%
Jefes de Servicio	68%	31%	1%	0%	100%
Jefes de Residentes	0%	54%	34%	12%	100%
Comités de capacitación y docencia	55%	33%	12%	0%	100%
Comité de ética	69%	31%	0%	0%	100%

Por servicio:

- **Dirección Médica:** Muy de acuerdo (44 profesionales) y De acuerdo (18 profesionales). En todos los servicios, más del 50% respondió Muy de acuerdo.
- **Jefes de Servicio:** Muy de acuerdo (42 profesionales), De acuerdo (19 profesionales) y En desacuerdo (1 profesional). En todos los servicios, más del 50% respondió Muy de



acuerdo. El único caso que respondió “en desacuerdo” pertenece a Diagnóstico por Imágenes.

- **Jefes de residentes:** Muy de acuerdo (33 profesionales), De acuerdo (21 profesionales), En desacuerdo (7 profesionales). En todos los servicios se registraron al menos 1 caso de “en desacuerdo”. El que más casos obtuvo fue laboratorio (3 profesionales).
- **Comités de capacitación y docencia:** Muy de acuerdo (33 profesionales), De acuerdo (20 profesionales) y En desacuerdo (7 profesionales). Los servicios de Kinesiología y Laboratorio presentaron casos de “en desacuerdo”. 2 y 5 casos respectivamente.
- **Comité de ética:** Muy de acuerdo (42 profesionales) y De acuerdo (19 profesionales). No hay casos “en desacuerdo”.

Tabla 10. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo a la participación en cursos de capacitación en procuración de órganos

¿Participarían en cursos de capacitación de procuración de órganos?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
PARTICIPARÍA	5	62%	7	78%	7	100%	8	47%	13	59%
PROBABLEMENTE PARTICIPARÍA	3	38%	1	11%	.	0%	7	41%	9	41%
NO PARTICIPARÍA	.	0%	1	11%	.	0%	2	12%	.	0%
Totales	8	100%	9	100%	7	100%	17	100%	22	100%

Tabla 11. Distribución de los profesionales de acuerdo al grado de acuerdo con la capacitación en diferentes temas

Temas	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Desacuerdo	
Muerte encefálica	78%	22%	0%	0%	100%
Mantenimiento/Tratamiento del donante	79%	21%	0%	0%	100%
Detección del potencial donante	73%	27%	0%	0%	100%
Comunicación de malas noticias	67%	30%	3%	0%	100%
Fases del proceso de donación	73%	27%	0%	0%	100%

Por servicios: En todos los servicios la mayoría de los miembros está Muy de acuerdo con la necesidad de capacitación en cuanto a “Muerte encefálica”. En todos los servicios más del 70% de los miembros está Muy de acuerdo con la necesidad de capacitación en cuanto a “mantenimiento del donante”. En todos los servicios la mayoría está muy de acuerdo o de acuerdo con la capacitación en mantenimiento del donante. Ningún caso se manifestó en



desacuerdo. Sólo 2 se manifestaron en desacuerdo con respecto a la capacitación de “comunicación de malas noticias”; corresponden 1 a Diagnóstico por Imágenes y 1 a Enfermería. En todos los servicios más del 50 % está muy de acuerdo o de acuerdo con que se realicen capacitaciones en torno a las fases del proceso de procuración.

HOSPITAL URGENCIAS

EJE CONOCIMIENTO

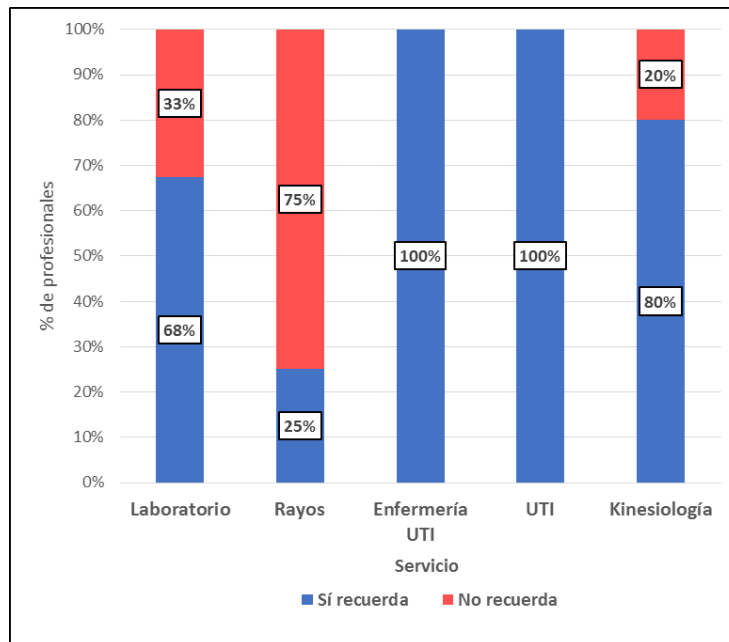


Figura 8. Profesionales que recuerdan que el servicio haya participado en un proceso de donación (por servicio)

En todos los servicios, excepto en el de Diagnóstico por Imágenes, más del 60% de los encuestados recordaban que el servicio al que pertenecen haya participado de algún proceso de donación de órganos y tejidos.



Tabla 12. Ranking de respuestas a la pregunta “Si el servicio participó de un proceso de procuración de órganos, ¿cómo se enteró?”

	Orden	¿Cómo se enteró?	Porcentaje de casos
Kinesiología (total de respuestas 4)	1ro.	<i>“Por haber participado”/</i>	75%
	2do.	<i>“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”</i>	25%
UTI (total de respuestas 5)	1ro.	<i>“Por haber participado”</i>	100%
Enfermería UTI (total de respuestas 14)	1ro.	<i>“Por haber participado”</i>	82%
	2do.	<i>“Por comentarios de colega, boca en boca”</i>	27%
	3ro.	<i>“otros”</i>	18%
Rayos (total de respuestas 5)	1ro.	<i>“Por comentarios de colega, boca en boca”</i>	68%
	2do.	<i>“Por haber participado”/ “A través de los MMC”</i>	33%
Laboratorio (total de respuestas 11)	1ro.	<i>“Por haber participado”</i>	90%
	2do.	<i>“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión” “A través de los MMC”</i>	10%

En UTI y Enfermería UTI sólo en 1 caso se marcó la opción de “a través de los medios de comunicación”. En el caso de Diagnóstico por Imágenes, se enteraron en primer lugar por comentarios de un colega o el “boca en boca”.

- En todos los servicios, menos Diagnóstico por Imágenes, fueron más los profesionales que afirmaron haber participado al menos 1 vez (y hasta más de 5 veces) en un proceso de donación de órganos y tejidos, que aquellos que respondieron no haber participado nunca. En el caso de la UTI, todos los profesionales aseguraron haber participado más de 5 veces del procedimiento. En los servicios de Enfermería de la UTI y de Kinesiología también hubo un alto porcentaje de encuestados que marcaron esta opción: 45.5% y 40% respectivamente. El 62.5% de los encuestados en Diagnóstico por Imágenes afirmó no haber participado nunca. Hubo un caso perdido en rayos y uno en laboratorio.



Distribución de los profesionales de acuerdo al conocimiento del Art. 33 de la Ley “Justina”

En cada uno de los servicios, la mayoría de los profesionales encuestados están al tanto de lo que establece la actual Ley de donación y trasplante sobre la carátula del “donante presunto”. En los servicios de UTI y Laboratorio, el 100% de los encuestados respondió correctamente. No obstante, que hubo algunos casos en los que no se sabía lo que establece la Ley o bien no se respondió la pregunta directamente. Un caso de Enfermería de la UTI marcó la opción correspondiente a lo establecido por la Ley anterior. Tanto en kinesiología como en enfermería, un profesional no respondió.

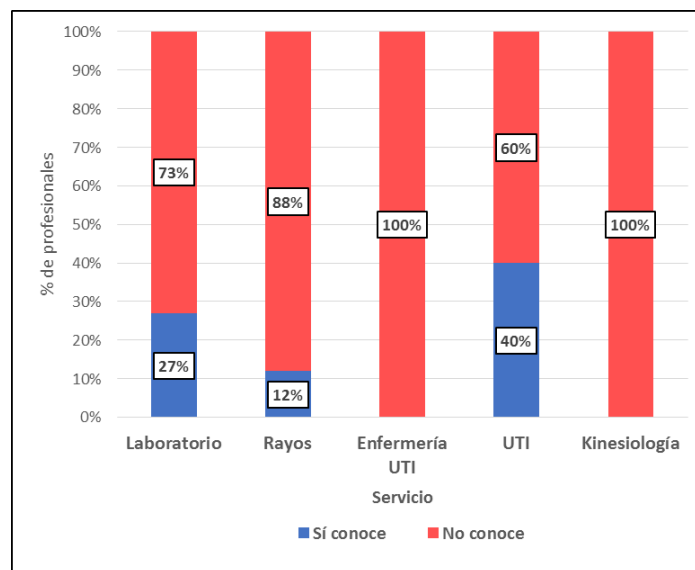


Figura 9. Conocimiento del Programa “Córdoba Procura” (por servicios)

Tanto en Kinesiología como en Enfermería de la UTI, hubo un caso perdido y todos los demás encuestados que si respondieron a la pregunta dijeron no conocer el Programa. De un total de 42 respuestas obtenidas, sólo 7 profesionales dijeron conocer al programa.

- La mayoría de los profesionales aseguró haberse enterado de la existencia del Programa en el mismo hospital y sólo en un caso, el encuestado se enteró a través de los medios masivos de comunicación. Sólo hubo 6 respuestas a la pregunta.



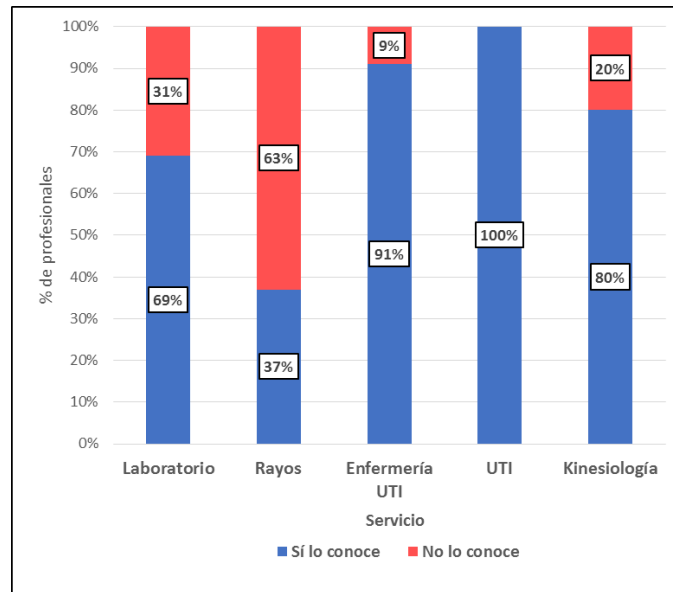


Figura 10. *Conocimiento del coordinador hospitalario (por servicio)*

Cuando se preguntó acerca de la figura del “Coordinador hospitalario” en el Hospital Urgencias, fueron mayoría los encuestados que dijeron conocer al CH: en general, el 74% de los profesionales encuestados (31 casos de 42 que respondieron).

- Cuando se preguntó si podían mencionar algunas de las funciones del CH, las respuestas en cada servicio fueron muy variadas. Hubieron varios casos no respondieron a la pregunta: 2 de Kinesiología, 3 de Enfermería, 6 de Rayos y 7 de Laboratorio. En el servicio de Kinesiología, los únicos encuestados que respondieron a esta pregunta mencionaron como única función la detección de PD. En Enfermería de la UTI, sólo el 50% (la mitad) de los encuestados pudo mencionar más de una función del CH, el 37% mencionó sólo la mantención del donante y 1 encuestado que dijo no conocer las funciones (3 casos que no respondieron). Si bien en la UTI fueron mayoritarios los profesionales que nombraron varias de las tareas que le competen al CH, hubo 1 caso que mencionó como única función entablar las comunicaciones y otro, la detección del PD. En Diagnóstico por Imágenes sólo un encuestado respondió y habló solamente de la detección.
- Al cruzar ambas variables: “conocimiento del Programa Córdoba Procura” y “conocimiento del CH”, se registró que de 40 profesionales que respondieron – en



las dos temáticas- 23 no conocen al Programa pero sí conocen al CH. Por otro lado, sólo 7 profesionales conocen tanto a uno como al otro.

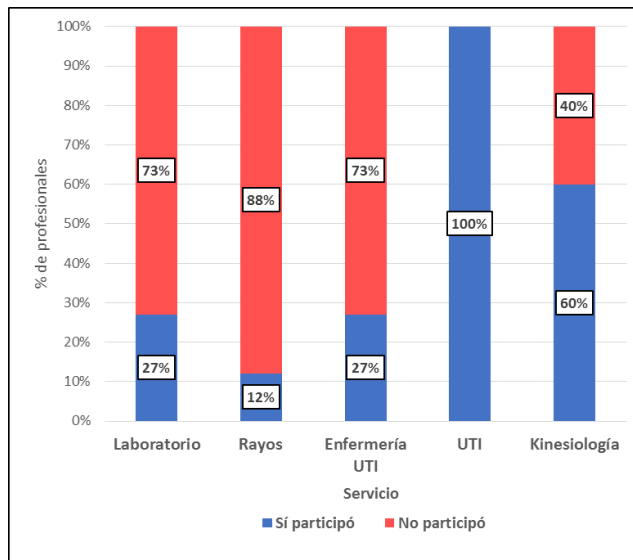


Figura 11. Participaron de algún curso de capacitación en el hospital (por servicio)

Todos respondieron (44 casos). A nivel general, la mayoría (64%) de los profesionales del hospital no participó de ningún curso de capacitación sobre el tema de la procuración de órganos y tejidos para trasplante.

- Únicamente en la UTI, todos los médicos encuestados (100%) participaron de al menos una capacitación, habiendo casos en los que se participó en más de un curso y hasta en 5. En general, en los demás servicios, quienes dijeron haber participado lo hicieron en 1 o 2 ocasiones.

Participaron de algún curso de capacitación por fuera de la institución (por servicio)

Cuando se preguntó si habían participado de alguna capacitación en el tema, por fuera de la institución (Hospital Urgencias) se registró que la gran mayoría no se habían capacitado fuera del hospital. Hubo un caso perdido (laboratorio) y de los 43 profesionales que respondieron, sólo 9 alegaron haber tomado una capacitación sobre procuración y trasplante de órganos y tejidos fuera de esta institución, es decir, sólo el 21%. La UTI fue el único servicio en el que fueron más los profesionales que participaron de alguna capacitación externa, representando



al 80% de los encuestados en este servicio. En este caso, sólo un encuestado respondió negativamente. Contrariamente, en los servicios de Kinesiología y Laboratorio, todos los profesionales que respondieron a esta pregunta marcaron no haber participado de ninguna capacitación fuera del hospital. En Enfermería de la UTI, si bien la mayoría respondió por “no”, cerca del 40% de los encuestados dijo haber participado. En Diagnóstico por Imágenes sólo se registró un caso afirmativo.

EJE CAMPO DE REPRESENTACIÓN

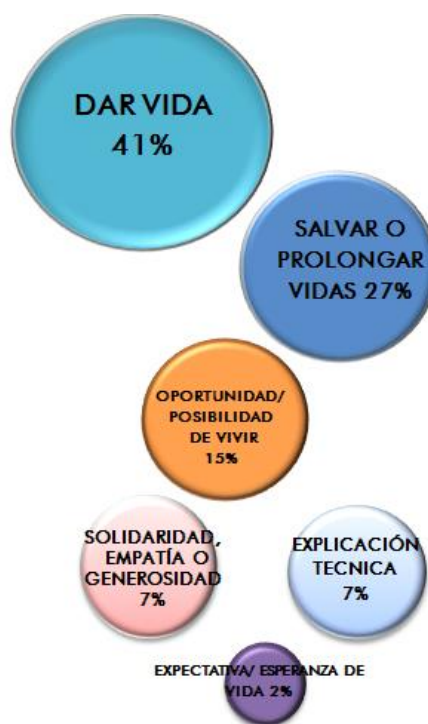


Figura 12. Significado que le asignan los profesionales a la donación (sin distinción por servicio)

Hubo 3 profesionales que no respondieron a esta consigna.

Por servicios:

De los tres casos perdidos (sin respuesta), 1 pertenece a UTI, 1 a Enfermería UTI y el otro a Rayos. Dentro de cada servicio se pudo observar que: En los servicios de Enfermería de la UTI y de Laboratorio, la mayoría de los profesionales asocia a la donación de órganos con la idea de “dar vida”: el 60% de los enfermeros y el 47% de los miembros del servicio de Laboratorio. En el caso de Diagnóstico por Imágenes o “Rayos”, la mayor parte de los



profesionales (43%) atribuyeron el significado de “*salvar o prolongar vidas*”. En Kinesiología, los resultados fueron muy variados, pero las respuestas más frecuentes (40%) son las que relacionan a la donación con una “*oportunidad o posibilidad de vivir*”. Finalmente, en la UTI, todos los profesionales de salud - excepto un caso perdido - atribuyen significados diferentes a la donación, entre los que podemos mencionar: “*dar vida*” (25%), “*salvar o prolongar la vida*” (25%), “*oportunidad/posibilidad de vivir*” (25%) y una explicación técnica.

- Los siguientes resultados derivan de la pregunta acerca del **grado de satisfacción por haber participado de un proceso de donación de órganos**. (Los resultados de ese apartado son analizados en el Eje Actitud):



Figura 13. Causas que los llevaron a determinar el grado de satisfacción de haber participado en un proceso de donación de todos los profesionales en el hospital (sin identificar servicios)

Hubo un total de 26 casos que no respondieron, por lo que sólo el 41% de los encuestados respondió acerca del por qué. Dentro de la categoría “*otros*” se agruparon respuestas aisladas (únicas). En general éstas se asocian a: el dolor por la familia del donante, la dualidad del profesional entre la satisfacción por lograr la donación y a su vez el dolor por la familia del donante, la indiferencia con el tema y la falta involucramiento en el proceso.

Por servicios:

De los 26 casos perdidos: 1 pertenece al servicio de UTI, 4 al de Enfermería UTI, 7 a Rayos, 9 a Laboratorio y 5 a Kinesiología. Por lo que, la mayoría de los profesionales del servicio de Diagnóstico por Imágenes (88%) y la totalidad de los encuestados en Kinesiología no respondieron a esta pregunta. En Laboratorio, si bien hubo muchos casos perdidos, quienes



respondieron mencionaron principalmente la finalidad positiva de la causa y en un único caso se lo consideró una parte más del trabajo. En la UTI, es completamente pareja la cantidad de profesionales que menciona la finalidad positiva de la causa: “*el ayudar a otros*” como un motivo para calificar de gratificante o muy gratificante a la experiencia; y aquellos que se limitan a considerarlo “*una parte más de su trabajo*”: 50% en cada caso. En el servicio de Enfermería de UTI, los resultados fueron muy similares a los de los médicos, pero en este caso cabe resaltar que un profesional aseguró no tener contacto directo con el proceso por lo que le resulta indiferente.

Tabla 13. Grado de acuerdo con las siguientes premisas relacionadas con la donación y procuración de órganos (sin distinguir servicios)

Premisa	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Deseacuerdo	
1. “La procuración de órganos y tejidos es un trabajo exclusivo de INCUCAI/ECODAIC”	26%	53%	19%	2%	100%
2. “La procuración de órganos y tejidos es un trabajo de los centros de trasplante”	21%	37%	37%	5%	100%
3. “La procuración de órganos y tejidos es un trabajo de los hospitales”	33%	53%	9%	5%	100%
4. “La procuración de órganos y tejidos es una especialidad médica”	23%	47%	30%	0%	100%
5. “La actividad de donación debe ser paga por tratarse de una actividad adicional”	20%	30%	39%	11%	100%
6. “Un proceso de donación le genera al hospital un alto gasto”	16%	28%	47%	9%	100%
7. “Desarrollar un proceso de donación en el hospital es cumplir con una responsabilidad médica”	51%	28%	21%	0%	100%
8. “El hospital tiene otras prioridades sanitarias antes que desarrollar procesos de donación”	4%	30%	57%	9%	100%
9. “El hospital no cuenta con la estructura adecuada ni con el personal capacitado para desarrollar procesos de donación”	5%	27%	48%	20%	100%

Alrededor del 80% de los profesionales coinciden con las premisas 3 (86%) y 7 (79%). Sin embargo, el 79% acuerdan con la premisa 1.



Por servicios:

- **Premisa 1:** En la UTI, ningún profesional asiente con la premisa: el 80% respondió estar en desacuerdo y el 20% muy en desacuerdo con la afirmación. Contrariamente, tanto en Kinesiología como en Diagnóstico por Imágenes, no hubo ningún caso discrepante: Kinesiología: 40% está muy de acuerdo y 60% de acuerdo y Diagnóstico por Imágenes: 43% muy de acuerdo y 57% de acuerdo. En el Laboratorio, sólo 1 profesional se mostró en desacuerdo; luego el 27% están muy de acuerdo y el 67% de acuerdo. En Enfermería de la UTI, más del 70% de los profesionales de salud asienten con la idea (55% de acuerdo y 18% muy de acuerdo).
- **Premisa 2:** UTI fue el único en el que la totalidad de los profesionales está en desacuerdo con la idea (80% en desacuerdo y 20% muy en desacuerdo). En todos los demás servicios, la mayoría de los encuestados concuerda: Kinesiología: el 20% está muy de acuerdo, el 40% de acuerdo y el 20% en desacuerdo. Laboratorio: el 33% está muy de acuerdo, el 33% está de acuerdo, el 27% en desacuerdo y sólo el 7% muy en desacuerdo. Enfermería de la UTI: EL 18% está muy de acuerdo, el 54% de acuerdo y sólo el 27% está en desacuerdo. Diagnóstico por imágenes es el que más paridad de respuestas presenta, habiendo un 43% de los profesionales de acuerdo y otro 43% de ellos en desacuerdo.
- **Premisa 3:** En Enfermería de la UTI y Laboratorio no se registró ningún caso en desacuerdo: Enfermería UTI: el 45.5% de los profesionales están muy de acuerdo y el 54.5% están de acuerdo con que la procuración es una tarea de los hospitales. Laboratorio: el 27% están muy de acuerdo y el 73% de acuerdo. En “Rayos” hubieron algunos profesionales en desacuerdo con la premisa, pero más del 70% concuerdan. En Kinesiología hay más variedad de respuestas: el 40% de los profesionales encuestados en el servicio están muy acuerdo con la premisa, el 20% están de acuerdo, el 20% en desacuerdo y también el 20% muy en desacuerdo. En la UTI, el 60% de los médicos concuerdan.
- **Premisa 4:** En el servicio de Laboratorio, todos manifestaron estar de acuerdo: 33% (muy de acuerdo) y 67% (de acuerdo). En la UTI, también son mayoría los profesionales que concuerdan con la afirmación (40% muy de acuerdo y 20% de acuerdo). En Kinesiología las respuestas fueron equitativas: el 50% dijo estar de



acuerdo y el otro 50% en desacuerdo con esta afirmación. En los demás servicios, los resultados fueron: Enfermería de UTI: 36% de acuerdo, 9% muy de acuerdo y 55% en desacuerdo. Diagnóstico por Imágenes: 38% de acuerdo, 25% muy de acuerdo y 37% en desacuerdo.

- **Premisa 5:** Respecto a esta premisa hubo paridad de respuestas al interior de cada servicio. Enfermería UTI: 28% de acuerdo, 27% muy de acuerdo, 36% en desacuerdo y 9% muy en desacuerdo. En los casos de Laboratorio y UTI si bien los resultados son parejos, la mayoría de los profesionales concuerda. Laboratorio: 33% muy de acuerdo, 27% de acuerdo, 20% en desacuerdo y 20% muy en desacuerdo. UTI: 20% muy de acuerdo, 40% de acuerdo y 20% en desacuerdo. En Kinesiología, a pesar de las pocas diferencias, la mayoría no concuerda: el 40% se mostró de acuerdo, el 40 % en desacuerdo y el 20% muy en desacuerdo con la afirmación.
- **Premisa 6:** Tanto en Kinesiología como en la UTI, el 80% de los profesionales de cada servicio se mostraron en desacuerdo con esta afirmación. En el caso de Enfermería de la UTI, las diferencias fueron menores pero, también hubo una mayoría en desacuerdo: 20% de acuerdo, 20% muy de acuerdo y 60% en desacuerdo. Diagnóstico por imágenes tuvo paridad de respuestas: el 50% de los profesionales concuerdan, mientras que el 25% de los encuestados está en desacuerdo y el otro 25% muy en desacuerdo. Por último, los resultados en el Laboratorio también fueron parejos, pero predominan los profesionales que asienten: 27% muy de acuerdo y 33% de acuerdo. Mientras que otro 33% de los profesionales del servicio están en desacuerdo y sólo un 7% muy en desacuerdo con esto.
- **Premisa 7:** En los casos de la UTI y Kinesiología, todos los profesionales encuestados coinciden con la premisa. En la UTI el 80% están muy de acuerdo con esto y el 20% de acuerdo. Mientras que en Kinesiología se registró: 50% de acuerdo y 50% muy de acuerdo. En Diagnóstico por Imágenes sólo el 12.5% se manifestó en desacuerdo con la afirmación y en Laboratorio sólo el 7%. Enfermería de la UTI fue el único en el que la mayor parte de los encuestados dijeron no estar de acuerdo con la afirmación: 64% de desacuerdo. Sólo el 27% se mostró de acuerdo y el 9% muy de acuerdo al respecto.
- **Premisa 8:** En Kinesiología y UTI, ninguno de los profesionales está de acuerdo



con la idea. En Kinesiología el 100% de los miembros del servicio dijeron estar en desacuerdo; y en la UTI 80% dijo estar en desacuerdo y el otro 20% muy en desacuerdo al respecto. En el Laboratorio hubo variedad de respuestas pero la mayoría de los profesionales está en desacuerdo con la afirmación: 54% en desacuerdo y 13% muy en desacuerdo. En Diagnóstico por Imágenes los resultados fueron equitativos entre quienes coinciden con la premisa: 50% de los encuestados en el servicio; y quienes no están de acuerdo con esto: 38% en desacuerdo y 12% muy en desacuerdo. Sólo en Enfermería de la UTI son más los profesionales que afirman la premisa: 18% muy de acuerdo y 36% de acuerdo.

- **Premisa 9:** Sólo en Kinesiología, la totalidad de los profesionales respondieron que no estaban de acuerdo con esta afirmación: 80% en desacuerdo y 20% muy en desacuerdo. En Laboratorio, sólo el 20% concuerdan con la premisa; mientras que el 80% restante no están de acuerdo con esto: 47% en desacuerdo y 33% muy en desacuerdo. Lo mismo sucede en la UTI: sólo el 20% están de acuerdo y luego, 40% en desacuerdo y 40% muy en desacuerdo. En Diagnóstico por Imágenes los resultados son muy similares: el 75% de los profesionales están en desacuerdo y sólo el 25% restante están de acuerdo. En Enfermería de la UTI, más del 70% de los miembros del servicio adhieren a la premisa: 64% de acuerdo y 9% muy de acuerdo. Mientras que sólo el 18% están en desacuerdo y el 9% restante muy en desacuerdo al respecto.

EJE ACTITUDES

Tabla 14. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo al grado de satisfacción por haber participado en un proceso de donación

¿Cómo le resultó la experiencia de participar en un proceso de procuración?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Muy gratificante	.	0%	1	20%	2	20%	1	50%	4	57%
Gratificante	2	100%	3	60%	5	50%	.	0%	3	43%
Indiferente	.	0%	1	20%	1	10%	1	50%	.	0%
Poco gratificante	.	0%	.	0%	2	20%	.	0%	.	0%
Nada gratificante	.	0%	.	0%	.	0%	.	0%	.	0%
Totales	2	100%	5	100%	10	100%	2	100%	7	100%

Se registró un total de 18 casos perdidos. De los 26 profesionales que respondieron a esta pregunta, sólo el 8% (2 casos) consideraron su experiencia como partícipes en un proceso de



donación de órganos y tejidos como “poco gratificante”. Otros 3 casos (11.5%) lo consideran indiferente. En ningún caso se marcó la opción “nada gratificante”.

Tabla 15. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo a la participación en comités y comisiones de procuración

¿Participarían en comités de procuración de órganos?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
PARTICIPARÍA	1	20%	2	40%	2	18%	1	13%	2	13%
PROBABLEMENTE PARTICIPARÍA	4	80%	2	40%	7	64%	4	50%	11	74%
NO PARTICIPARÍA	.	0%	1	20%	2	18%	3	37%	2	13%
Totales	5	100%	5	100%	11	100%	8	100%	15	100%

El 64% de los miembros del Hospital Urgencias, respondieron que “probablemente participarían” de estos hipotéticos comités. El 18% afirmó que participaría de ellos y el otro 18% dijo que no participaría. Hubo un caso de UTI que no participaría.

Tabla 16. Grado de acuerdo con la participación de especialidades y áreas en comités y comisiones de procuración (por servicio)

Especialidades y servicios	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Deseacuerdo	
<i>Dirección Médica</i>	57%	36%	5%	2%	100%
<i>Jefes de Servicio</i>	57%	39%	4%	0%	100%
<i>Jefes de Residentes</i>	49%	35%	16%	0%	100%
<i>Comités de capacitación y docencia</i>	51%	40%	7%	2%	100%
<i>Comité de ética</i>	67%	30%	3%	0%	100%



Tabla 17. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo a la participación en cursos de capacitación en procuración de órganos

¿Participarían en cursos de procuración de órganos?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
PARTICIPARÍA	3	60%	2	40%	6	55%	2	25%	7	47%
PROBABLEMENTE PARTICIPARÍA	2	40%	3	60%	5	45%	5	62%	18	53%
NO PARTICIPARÍA	.	0%	.	20%	.	18%	1	13%	.	0%
Totales	5	100%	5	100%	11	100%	8	100%	15	100%

El 45% de los profesionales encuestados en el Hospital Urgencias respondieron que si participarían de las hipotéticas capacitaciones, el 52% dijeron que probablemente participarían y sólo el 2% aseguraron que no participarían de los cursos. El único caso que no participaría se presentó en el servicio de Rayos.

Tabla 18. Grado de acuerdo con la capacitación en diferentes temas

Temas	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Deseacuerdo	
Muerte encefálica	77%	23%	0%	0%	100%
Mantenimiento/Tratamiento del donante	74%	26%	0%	0%	100%
Detección del potencial donante	72%	28%	0%	0%	100%
Comunicación de malas noticias	56%	37%	7%	0%	100%
Fases del proceso de donación	74%	26%	0%	0%	100%

Por servicio:

- **ME:** En el servicio de Diagnóstico por Imágenes el 100% de los encuestados marcó la opción de “muy de acuerdo”; al igual que 80% de los médicos de la UTI, el 73% de los miembros de Enfermería de la UTI, el 73% de los miembros del Laboratorio, y el 60% de los miembros de Kinesiología y Fisioterapia.
- **Mantenimiento/ Tratamiento del donante:** En la UTI y el Laboratorio, el 80% de los profesionales de cada servicio marcaron la opción “muy de acuerdo”; al igual que el 73% de los miembros de Enfermería de UTI, el 71% de los miembros de Diagnóstico por Imágenes y el 60% de los miembros de Kinesiología y Fisioterapia.
- **Detección del PD:** En la UTI y el Laboratorio, el 80% de los profesionales de cada servicio marcaron la opción “muy de acuerdo”; al igual que el 71% de los



miembros de Diagnóstico por Imágenes, el 64% de los miembros de Enfermería de la UTI y el 60% de los miembros de kinesiología y Fisioterapia.

- **Comunicación de malas noticias:** Este fue el único tema en el que hubieron casos que marcaron la opción “en desacuerdo”. De estos casos, 2 pertenecen al servicio de Diagnóstico por Imágenes y 1 al de Enfermería de UTI. De los médicos de la UTI, el 80% marcaron la opción “muy de acuerdo”; al igual que el 73% de los miembros de Laboratorio y el 60% de los miembros de Kinesiología y Fisioterapia. En los servicios de Enfermería de UTI y Diagnóstico por Imágenes la opción más marcada fue la de “de acuerdo”, el 54.5% de los miembros del primer servicio marcaron esta opción, al igual que el 43% de los miembros del segundo.
- **Fases del proceso:** La opción más marcada en cada servicio fue la de “muy de acuerdo”. El 80% de los médicos de la UTI marcaron esta opción; al igual que el 79% de los miembros del Laboratorio, el 75% de los miembros de Diagnóstico por Imágenes, el 73% de los miembros de Enfermería de UTI y el 60% de los miembros de Kinesiología y Fisioterapia.

HOSPITAL DE NIÑOS:

EJE CONOCIMIENTO

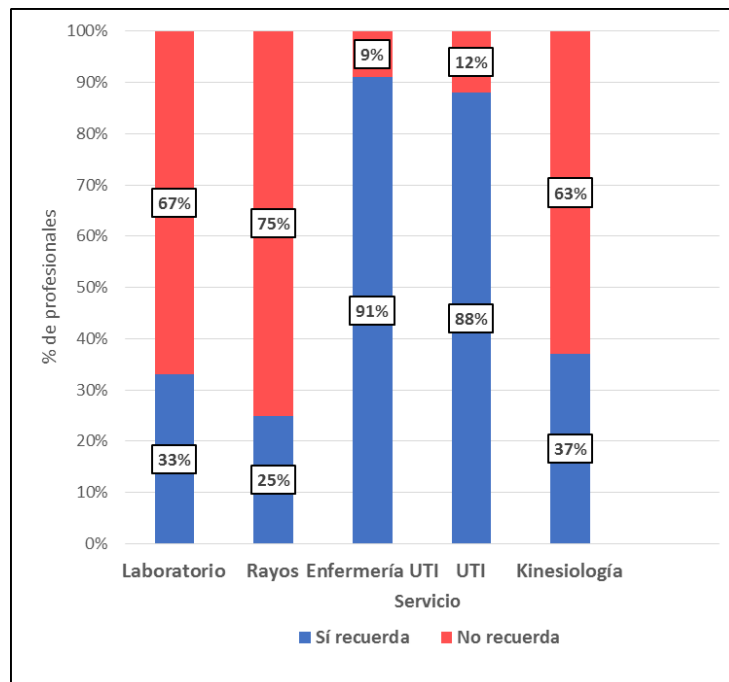


Figura 14. Profesionales que recuerdan que el servicio haya participado en un proceso de donación (por servicio)



De los 59 profesionales del Hospital de Niños, 36 (61%) respondieron que Sí recuerdan que el servicio al que pertenecen haya participado en algún proceso de donación dentro del hospital. Mientras que el resto no recuerdan (39%, 23 casos).

Tabla 19. *Ranking de respuestas de los profesionales por servicio, a la pregunta “Si el servicio participó de un proceso de procuración de órganos, ¿cómo se enteró?”*

	Orden	¿Cómo se enteró?	Porcentaje de casos
Kinesiología (total de respuestas)	1ro.	<i>“Por haber participado”</i>	67%
	2do.	<i>“Por comentarios de un colega o de boca en boca”</i>	33%
UTI (total de respuestas)	1ro.	<i>“Por haber participado”</i>	71%
	2do.	<i>“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”</i>	14%
	3ro.	<i>“Por comentarios de un colega o de boca en boca”</i>	43%
Enfermería UTI (total de respuestas)	1ro.	<i>“Por haber participado”</i>	62%
	2do.	<i>“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”</i>	19%
	3ro.	<i>“Por comentarios de un colega o de boca en boca”</i>	14%
	4to.	<i>“A través de los MMC”</i>	5%
Rayos (total de respuestas)	1ro.	<i>“Por haber participado”</i>	67%
	2do.	<i>“Por comentarios de un colega o de boca en boca”</i>	33%
Laboratorio (total de respuestas)	1ro.	<i>“Por haber participado”“Porque lo comunicaron en un Ateneo o reunión”“Por comentarios de un colega o de boca en boca” “A través de los MMC”</i>	25%

De los 44 profesionales que contestaron cómo se habían enterado, la mayoría coincidió en que fue por haber participado (52% 23 casos). En segundo lugar, se enteraron por comentarios de un colega o a través del boca en boca (20% 9 casos), y luego le sigue quienes respondieron haberse enterado en un ateneo o reunión (14% 6 casos) y por último quienes se enteraron a través de los medios de comunicación (4% 2 casos). 4 profesionales (10%) respondieron “otros” En los servicios de UTI y Enfermería de UTI, la gran mayoría contestó haberse enterado porque participaron.

- De los 59 encuestados 58 contestaron la pregunta. De ese total, 31 profesionales (53%) aseguraron que nunca participaron de un proceso de donación. De los que sí participaron, 7 profesionales (8%) aseguraron haberlo hecho una vez, 12 profesionales (16%) entre 2 y 5 veces y 8 (14%) más de 5 veces. Podemos decir que la mayoría de



los que participaron lo hicieron entre 2 y 5 veces. Aunque también son significativos los casos que lo hicieron más de 5 veces.

Distribución de los profesionales de acuerdo al conocimiento de lo dispuesto en el Art. 33 de la ley “Justina”

A nivel general, la mayoría contestó acertadamente en qué consiste la ley (65%). Lo más destacable es que en el servicio de Enfermería UTI, hay un 50% que sabe y un 50% que no lo sabe. En la UTI, un 63% si conoce la ley frente a un 37% que no. Si bien la mayoría conoce, el porcentaje que no sabe es significativo.

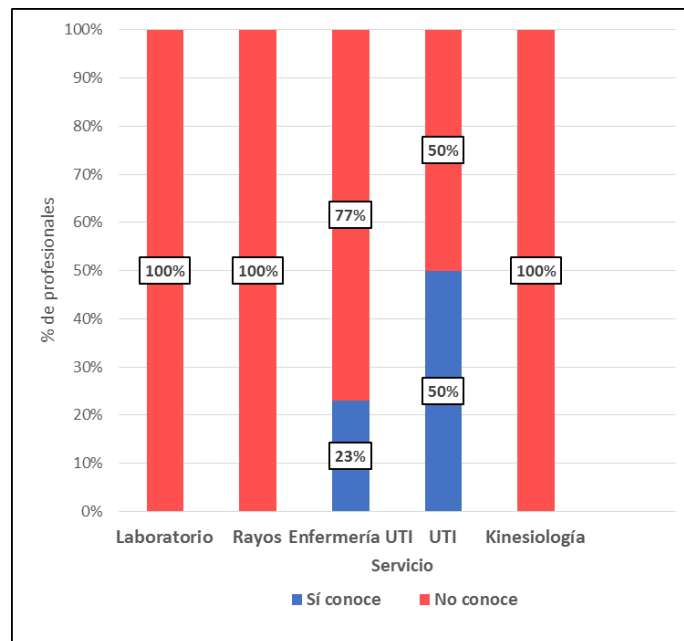


Figura 15. Conocimiento el Programa “Córdoba Procura” (por servicio)

A nivel general un 83% (49 casos) no conoce el programa “Córdoba Procura”. En Kinesiología, en Laboratorio y en Diagnóstico por Imágenes, la totalidad de los miembros encuestados no lo conocen. Y en los servicios más directamente involucrados como Enfermería UTI más del 70% de sus miembros tampoco y en UTI, hay paridad entre los que los conocen y los que no.

- De las 9 personas que contestaron que sí conocen al Programa, 7 de ellos contestaron cómo lo conocieron (pertenecientes a UTI y Enfermería). 2 contestaron



que se enteraron en el hospital, 3 de ellos a través de los MMC y 2 a través de capacitaciones o encuentros.

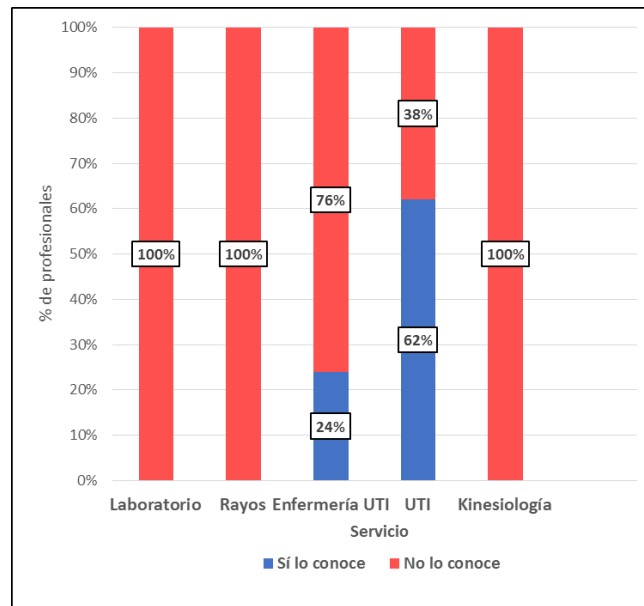


Figura 16. *Conocimiento del Coordinador Hospitalario (por servicio)*

Con respecto al conocimiento del coordinador hospitalario los resultados a nivel general (57 profesionales contestaron) arrojan lo siguiente: un 81% no conoce al coordinador hospitalario (46 profesionales). Sólo 9 casos contestaron cuando se les preguntó por las funciones de los CH (todos de UTI y Enfermería), de los cuales 3 respondieron no conocerlas (enfermería). Sólo 4 pudieron mencionar más de una función.

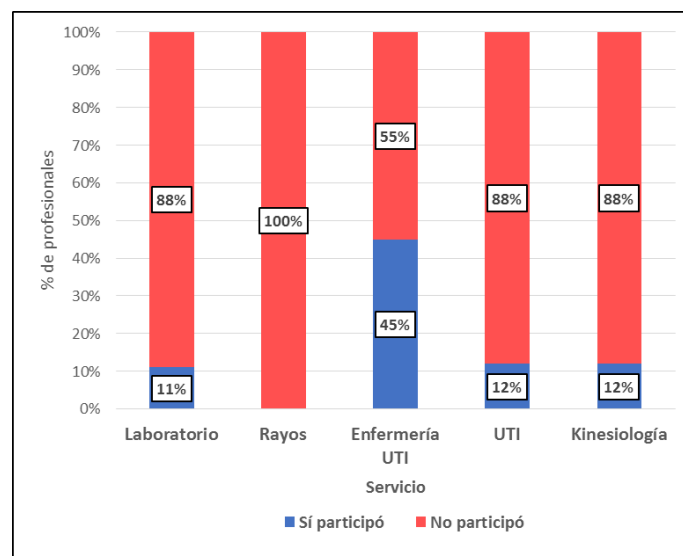


Figura 17. *Participación de algún curso de capacitación en el hospital (por servicio)*



A nivel general, en el hospital los resultados fueron los siguientes: Del total de casos, un 78% no participó (45 profesionales) el resto sí lo hizo (22%). De los 13 profesionales que Sí han participado de capacitaciones en el hospital sólo 9 mencionaron la cantidad de veces que lo hicieron. 4 casos participaron 1 vez; 3 casos participaron hasta 2 veces; 2 casos participaron 5 veces.

Con respecto al apartado sobre capacitaciones por fuera de la institución los resultados fueron los siguientes

La mayoría de los profesionales respondieron no haber participado (67%); en el servicio de Enfermería UTI la mayoría dijo que sí había participado (59%).

EJE CAMPO DE RERESSENTACIÓN



Figura 18. Significado que le asignan los profesionales a la donación (sin distinción por servicio)



Las definiciones que más se repitieron fueron “dar vida” y “salvar o prolongar vidas”. Esto se reflejó en los resultados por servicio

- Los siguientes resultados derivan de la pregunta acerca del **grado de satisfacción por haber participado de un proceso de donación de órganos**. (Los resultados de ese apartado son analizados en el Eje Actitud).

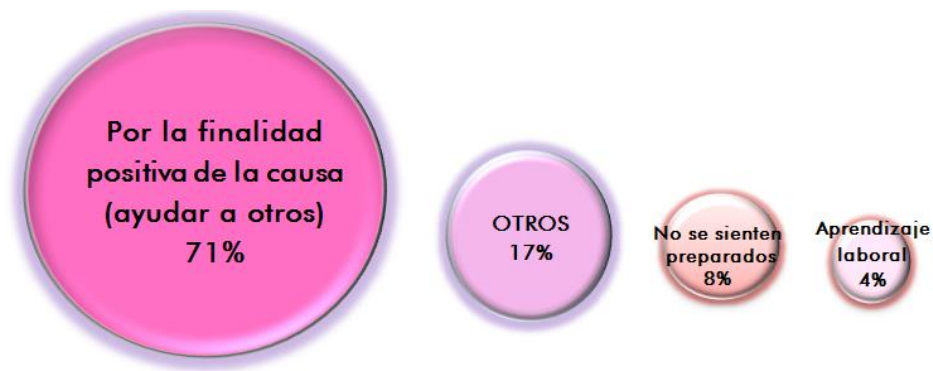


Figura 19. Causas que los llevaron a determinar el grado de satisfacción de haber participado en un proceso de donación de todos los profesionales en el hospital (sin identificar servicios)

De los 27 casos que respondieron cómo les había resultado la experiencia de participar en un proceso de donación 24 justificaron su respuesta. De esos 24: La mayoría, 71% (17 casos) dijo “por la finalidad de la causa/ayudar a otros”. En “otros” las respuestas fueron: 1 caso dijo que la experiencia de participar en un proceso de donación fue poco gratificante por “el dolor de la familia”, otro profesional aseguró “que se sentía gratificado por la familia del paciente receptor, pero triste por la familia donante”, otro caso contestó “no estar inmerso en la actividad, por eso no tenía opinión al respecto”, y otro “no le interesa el tema”.



Tabla 20. Grado de acuerdo con las siguientes premisas relacionadas con la donación y procuración de órganos (sin distinguir servicios):

Premisa	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Desacuerdo	
1. "La procuración de órganos y tejidos es un trabajo exclusivo de INCUCAI/ECODAIC"	24%	30%	41%	5%	100%
2. "La procuración de órganos y tejidos es un trabajo de los centros de trasplante"	17%	34%	42%	7%	100%
3. "La procuración de órganos y tejidos es un trabajo de los hospitales"	23%	46%	27%	4%	100%
4. "La procuración de órganos y tejidos es una especialidad médica"	16%	43%	33%	8%	100%
5. "La actividad de donación debe ser paga por tratarse de una actividad adicional"	21%	36%	27%	16%	100%
6. "Un proceso de donación le genera al hospital un alto gasto"	12%	38%	40%	10%	100%
7. "Desarrollar un proceso de donación en el hospital es cumplir con una responsabilidad médica"	38%	45%	17%	0%	100%
8. "El hospital tiene otras prioridades sanitarias antes que desarrollar procesos de donación"	5%	17%	59%	19%	100%
9. "El hospital no cuenta con la estructura adecuada ni con el personal capacitado para desarrollar procesos de donación"	4%	36%	48%	12%	100%

Por servicio:

- **Premisa 1:** La UTI fue el único servicio en el que casi el 90% de los médicos no están de acuerdo con la afirmación. En Enfermería de la UTI, los resultados fueron más equitativos pero también son mayoría los profesionales que disienten con esta premisa: el 50% dijeron estar en desacuerdo y el 9% muy en desacuerdo. No obstante, cerca del 40% de los encuestados en el servicio dijeron estar de acuerdo (14%) y muy de acuerdo (27%) al respecto. El servicio que presenta paridad en las respuestas de acuerdo y en desacuerdo es el de Kinesiología y Fisioterapia. Más del 80% de los profesionales de salud que pertenecen a los servicios de Laboratorio y Diagnóstico por Imágenes, consideran a la procuración como una tarea exclusiva del INCUCAI/ECODAIC.
- **Premisa 2:** En Kinesiología, Rayos y Laboratorio la mayoría está de acuerdo o muy de acuerdo con la premisa. En el caso de Enfermería UTI la mayoría está en



desacuerdo muy en desacuerdo pero hay que destacar que se presentaron 7 casos “de acuerdo”. Hay que destacar que la UTI es el único servicio en el que todos los profesionales están en desacuerdo o muy en desacuerdo con la premisa.

- **Premisa 3:** En Kinesiología, UTI, Rayos la mayoría está de acuerdo o muy de acuerdo con la premisa. En el caso de Laboratorio todos los miembros están de acuerdo.
- En Enfermería UTI la mayoría está en desacuerdo pero se presentan 8 casos “de acuerdo”.
- **Premisa 4:** En UTI, Rayos y Laboratorio la mayoría está de acuerdo o muy de acuerdo con la premisa. En el caso de Kinesiología hay igualdad entre los que están de acuerdo y los que no. En Enfermería UTI son mayoría los que están en desacuerdo pero hay 8 profesionales que están de acuerdo.
- **Premisa 5:** UTI Y Rayos la mayoría está de acuerdo o muy de acuerdo con la premisa. En el caso de Kinesiología, son mayoría los que están de acuerdo frente a los que están en desacuerdo pero solo por un caso. En Enfermería hay paridad de respuestas entre los de acuerdo y los que no lo están y en Laboratorio la mayoría está en desacuerdo.
- **Premisa 6:** En Enfermería la gran mayoría (más del 80%) está en desacuerdo o muy en desacuerdo. Kinesiología, en Laboratorio y en UTI la mayoría de los profesionales están en desacuerdo o muy en desacuerdo con la premisa por pocos casos. En rayos hay paridad entre los de acuerdo y los que no están de acuerdo.
- **Premisa 7:** En todos los servicios menos en Enfermería UTI, todos o casi todos están muy de acuerdo o de acuerdo con la premisa, sólo hay un caso en desacuerdo en cada uno de los servicios de Laboratorio y Kinesiología. En Enfermería UTI, más del 80% se encuentra en desacuerdo o muy en desacuerdo con la premisa.
- **Premisa 8:** En kinesiología la totalidad de los profesionales está en desacuerdo y muy en desacuerdo con la premisa. En el resto de los servicios la mayoría también está en desacuerdo o muy en desacuerdo pero presentan casos de acuerdo. En UTI, 2 casos, en Enfermería UTI 6 casos, en Rayos, 3 casos y en Laboratorio también 3 casos.
- **Premisa 9:** En Kinesiología, UTI, Laboratorio y Rayos la mayoría está en desacuerdo o muy en desacuerdo con la premisa. En Enfermería UTI, la mayoría está de acuerdo o muy de acuerdo.



EJE ACTITUDES

Tabla 21. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo al grado de satisfacción por haber participado en un proceso de donación

¿Cómo le resultó la experiencia de participar en un proceso de procuración?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
Muy gratificante	1	33%	5	83%	8	20%	1	100%	1	100%
Gratificante	1	33%	1	17%	7	50%	.	0%	.	%
Indiferente	1	33%	.	0%	.	10%	.	0%	.	0%
Poco gratificante	.	0%	.	0%	.	20%	.	0%	.	0%
Nada gratificante	.	0%	.	0%	1	0%	.	0%	.	0%
Totales	3	100%	6	100%	16	100%	1	100%	1	100%

De los 36 encuestados que contestaron si haber participado en algún proceso de donación, 27 respondieron cómo les resultó la experiencia. 15 profesionales contestaron “Muy gratificante”, 10 “gratificante”, 1 profesional dijo “Poco gratificante” y otro dijo “nada gratificante”. Los servicios de kinesiología y enfermería son los servicios que presentan casos que contestaron “indiferente” y “nada gratificante”.

Tabla 22. Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo a la participación en comités y comisiones de procuración

¿Participarían en comités de procuración de órganos?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
PARTICIPARÍA	1	13%	4	50%	10	45%	2	18%	3	33%
PROBABLEMENTE PARTICIPARÍA	7	87%	4	50%	10	45%	8	73%	4	45%
NO PARTICIPARÍA	.	0%	.	0%	2	10%	1	9%	2	22%
Totales	8	100%	8	100%	22	100%	11	100%	9	100%



Tabla 23. *Distribución de los profesionales (sin determinar servicio) de acuerdo al grado de acuerdo con la participación de especialidades y áreas en comités y comisiones de procuración*

Especialidades y servicios	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Desacuerdo	
<i>Dirección Médica</i>	62%	34%	4%	0%	100%
<i>Jefes de Servicio</i>	61%	39%	0%	0%	100%
<i>Jefes de Residentes</i>	40%	52%	8%	0%	100%
<i>Comités de capacitación y docencia</i>	48%	50%	2%	0%	100%
<i>Comité de ética</i>	67%	33%	0%	0%	100%

En general la mayoría de los profesionales del Hospital de Niños concuerda con la inclusión de todas estas especialidades en un hipotético comité o comisión de procuración. En cada apartado por especialidad hubo entre 5 y 7 casos perdidos los cuales pertenecían siempre a los servicios de Enfermería UTI, Rayos y Laboratorio. Sólo en UTI se registraron casos en desacuerdo (2 casos) con la inclusión de la Dirección médica. En todos los servicios menos en Laboratorio se presentó 1 caso en desacuerdo con la inclusión de los jefes de residentes en los futuros comités. Sólo en UTI hubo un caso en desacuerdo con la inclusión del área Comité de capacitación y docencia.

Tabla 24. *Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo a la participación en cursos de capacitación en procuración de órganos*

¿Participarían en cursos de capacitación de procuración de órganos?	Servicios									
	Kinesiología		UTI		Enfermería UTI		Rayos		Laboratorio	
	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.	Cant.	Porc.
PARTICIPARÍA	5	63%	5	63%	16	73%	6	50%	7	78%
PROBABLEMENTE PARTICIPARÍA	2	25%	3	37%	5	23%	5	42%	2	22%
NO PARTICIPARÍA	1	12%	.	0%	1	4%	1	8%	.	0%
Totales	8	100%	8	100%	22	100%	11	100%	9	100%

En todos los casos hubo mayoría contundente de los que participarían o probablemente lo harían.



Tabla 25. *Distribución de los profesionales (por servicio) de acuerdo al grado de acuerdo con la capacitación en diferentes temas*

Temas	Respuesta (en %)				Totales
	Muy de Acuerdo	De Acuerdo	En Deseacuerdo	Muy en Deseacuerdo	
<i>Muerte encefálica</i>	71%	29%	0%	0%	100%
<i>Mantenimiento/Tratamiento del donante</i>	69%	31%	0%	0%	100%
<i>Detección del potencial donante</i>	67%	30%	3%	0%	100%
<i>Comunicación de malas noticias</i>	64%	32%	2%	2%	100%
<i>Fases del proceso de donación</i>	64%	36%	0%	0%	100%

En todos los apartados por tema hubo entre 2 y 3 casos perdidos pertenecientes a Enfermería UTI, Rayos y Laboratorio. Sobre “detección del potencial donante” hubo dos casos en desacuerdo dentro de Enfermería UTI. Hubo un profesional que está “muy en desacuerdo” y otro “en desacuerdo” pertenecientes a Rayos y Laboratorio respectivamente, con la inclusión de “comunicación de malas noticias” en futuras capacitaciones.



INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación, se analizan los resultados presentados anteriormente de manera conjunta, y organizados bajo las categorías que reúnen el contenido de las Representaciones Sociales de los profesionales de la salud.

La donación como una forma de dar sentido a la muerte y prolongar la vida

Cuando los coordinadores hospitalarios se refieren a la donación y trasplante de órganos, lo entienden unánimemente como la posibilidad de darle una finalidad o un sentido a la muerte. Todos han hecho énfasis en resignificar el concepto o la idea de muerte que comúnmente predomina en el imaginario social, al abrirse la posibilidad de que, mediante la donación, la vida no termine en el acto de morir sino que pueda “*prolongarse*” más allá. Además, la donación es vista como “*alivio*”, “*luz*” o “*esperanza*” entre todo el dolor que implica la muerte de un ser querido, lo cual a su vez facilita la aceptación de ésta. Tanto porque así “*la muerte no es un final*”; como también por la posibilidad de “*dar vida*”. En este sentido donar es considerado un “*acto de bondad pura*” o de “*solidaridad*”.

“Ser donante lo veo desde (...) la posibilidad de tener la certeza de que aun mi muerte tiene un objetivo, tiene un fin. Que no solamente acaba ahí en el morir digamos (...) Me parece que la idea de transcurrir este mundo, pensando en que no solamente se acaba cuando me muero sino que después sigue a mí me funciona. Me sirve” (CH1).

“Aparece esta luz, yo la veo así, como una luz de esperanza para decir bueno, que a partir de ese dolor y de esa muerte, que hay posibilidades de dar vida. Y eso me pareció grandioso. Con lo cual no digo que se fácil, ni nada. Es como ver desde otro enfoque la muerte, que a partir de ahí puede generarse vida” (CH3).

Sin embargo, una de las entrevistadas agregó que, si bien lo entiende como generosidad con el otro, también lo es con uno mismo:

“También es una cuestión de egoísmo, si vos no procuras órganos de cualquiera para cualquiera, de un donante que vos no conoces para un receptor anónimo que tampoco conoces, si vos no procuras eso, te puede tocar a vos ¿quién te va a procurar a vos? A vos o a tu entorno. Porque todos son anónimos hasta que te toca uno de cerca... y ahí entra el egoísmo” (CH4).

La concepción de la donación y trasplante que poseen los profesionales de la salud, y



especialmente aquellos que se vinculan con las familias de los pacientes y cumplen con la función de comunicarles la donación, tiene una influencia fundamental en el proceso de procuración. Puesto que, es esa noción la que se transmite a los familiares y por ende a la sociedad.

“Entonces yo cuando se lo explico a la familia, se los explico así. Que esa pérdida que es irreversible en su vida, tenga un significado” (CH1).

A su vez, estos significados atribuidos a la donación, incorporados a los conocimientos y las percepciones acerca de la actividad que tienen los profesionales de la salud, repercuten directamente en su accionar y sus modos de comunicar:

“Sé de la carga emocional que hay detrás de eso...de generar expectativas... la gente que espera el órgano, muchas expectativas, por eso yo lo trato con mucha responsabilidad” (CH2).

La coordinadora del Hospital San Roque agrega que:

“Así como las personas son distintas, el discurso y las formas de relacionarse con los parientes también es distinta” (CH4).

Como mencionamos, los coordinadores hospitalarios (CH) presentaron similitudes en las representaciones que tienen en torno a la donación y trasplante. Estas posturas, se reflejan significativamente en el sentido que le dan a la actividad los demás profesionales de la salud.

Los resultados obtenidos a nivel general en los tres hospitales, resumen que, más del 60 % de estos últimos asocian a la donación con “dar vida” y “salvar o prolongar vidas”. Se deben destacar otros significados que surgieron repetidamente, aunque en menor medida: “solidaridad, empatía o generosidad” y “oportunidad/posibilidad de vivir”.

Como se puede ver, si bien los términos empleados son variados, las concepciones atribuidas en todos los casos tienen una connotación positiva y relacionada a la vida.

Vinculado a esto, los profesionales que participaron en procesos de donación en su lugar de trabajo manifestaron su grado de gratitud con la experiencia. En la gran mayoría de los casos, en los tres hospitales, los agentes de salud declararon que la misma fue “gratificante” e incluso “muy gratificante”. Justificaron su valoración por: “la finalidad positiva de la causa”, aunque algunos alegaron que lo consideran como “un aprendizaje laboral”. En menor medida, hubo casos que se consideraron “indiferentes”, ya que entienden que sólo “es una parte más



de su trabajo”. Hubo pocos casos aislados que calificaron la experiencia de “poco gratificante” ya que resaltaron el dolor de las familias. Merece la pena destacar, que si bien existen investigaciones que han estudiado que entre las principales causas de la negativa social a la donación, se encuentra la preocupación a que el cuerpo se desfigure, entre los profesionales de la salud sólo un caso manifestó este miedo.

La sanción de la Ley Justina favorece y facilita la labor médica de procuración/ La sanción de la Ley Justina es aceptada positivamente por los familiares

Todos los coordinadores hospitalarios coinciden en que la implementación de esta nueva ley y más precisamente las modificaciones del artículo 33 (donante presunto) les aliviana el trabajo; en primer lugar, porque permite abordar la comunicación con la familia desde otro lugar:

“Para nosotros fue muy positivo, nos sacó un gran peso de encima, salir a hablar con la familia y contarles que el paciente es donante, no es lo mismo que preguntarles (...) pasamos de pedir a decir: “lo acompañamos en esto” (CH 5).

Por otro lado, la coordinadora del Hospital San Roque agrega que:

“Hay mucha más facilidad, como ya se sabe y se habló tanto, la gente de entrada ya te dice... ‘¿y este sirve para donante? (...) te facilita... es como que la primer parte del discurso con la familia ya lo tenés” (CH 4).

De acuerdo a la percepción de los CH, esto último se da en tanto que los familiares de los potenciales donantes también aceptan la Ley positivamente, ya que anula la instancia de tener que decidir por la persona fallecida. En resumen:

“Lo que veo es que últimamente ellos mismos te hablan del tema de donación de órganos que antes no (...) Aparte termina de ser un cargo para la familia el tener que tomar la decisión porque hay atrás una ley que dice que si no tiene declarado la negatividad para ser donante el juez puede tomar la decisión, ya no termina siendo tanto peso tomar la decisión sobre un familiar que está muerto” (CH2).

Además, agrega cómo la difusión de la Ley a nivel social generó mucha conciencia y conocimiento de la gente en el tema, ayudando también a agilizar la tarea:

“Lo que me impresionó este último tiempo es que hay más conocimiento sobre la donación de órganos. No sé si lo saben bien cómo es la ley pero la han escuchado nombrar y ellos mismos te preguntan ‘¿cómo sigue la cosa?’ ‘¿qué vamos a hacer?’ y ellos esperan el tema de la donación de órganos (...) la difusión televisiva del caso y el



tema tomó más relevancia” (CH2).

Sin embargo, cabe destacar que, si bien la Ley generó una mayor predisposición de la sociedad a la donación y se facilitó el procedimiento gracias a esto, cuando la familia se muestra muy negada, en general los coordinadores hospitalarios evitan confrontarse con ellos:

“Si una persona te dice que no, así esté la ley...vos podrías obligarlo (...) pero hay una bajada de línea del ECODAIC, no peleamos por un órgano porque perdemos diez (...) entonces, no vamos a pelear, por uno, o no es un donante excelente, porque por este, que salga en los medios, que te filme la vecina, peleando al médico con la vecina, mira como le están traficando los órganos de fulanos, perdiste los cinco próximos, se te complica...” (CH4).

La realidad es distinta en el contexto institucional pediátrico:

“Con esta Ley se modificó y se favoreció mucho a la donación en adultos, pero en pediatría no ha cambiado mucho. Porque vos dependes si o si de la autorización de los que tienen la patria potestad de los chicos” (CH 3).

Por otro lado, los coordinadores consideran que la instauración de la carátula de donante presunto agiliza la actividad dentro del equipo médico de salud, ya que establece la obligación de brindar atención y cuidado a todo potencial donante (PD). Respecto a esto la coordinadora del Hospital Córdoba asegura:

“Me parece a mí, que a partir de la Ley Justina se da esto de que el médico pueda tener la herramienta de que diga `bueno, esto yo lo tengo que hacer´. Entonces obliga a sus directivos, a su gente, al dueño de la clínica a que lo tenga que hacer” (CH1).

En consonancia con esto, en el Hospital Córdoba el porcentaje total de los que conocen lo que establece la Ley Justina en su Art.33 es de 89%. Similar es el resultado en el Hospital de Urgencias donde 86% contestó acertadamente. Sin embargo, no es menor destacar que en ambos nosocomios todos los servicios presentaron al menos un caso en el que el profesional lo desconoce.

En el caso del Hospital de Niños, si bien la mayoría (65%) sí conoce lo que establece la ley, los profesionales que no la conocen también representan un porcentaje significativo. En dicho hospital el dato más llamativo es que dentro del servicio de Enfermería UTI, cuyos profesionales tienen un contacto más directo con la actividad de procuración, hay un 50% que no está al tanto de las modificaciones de la ley. Asimismo, tres de los terapeutas tampoco lo estaban.



Cabe recordar que estos datos fueron recolectados un año después a la sanción de la ley, la cual tuvo una fuerte repercusión mediática y difusión. Por ello se cree relevante destacar la importancia de que haya profesionales que aún desconocen una ley nacional que impacta en su ámbito de trabajo y que afecta directamente sus competencias como agentes de salud.

Si bien la procuración no se visibiliza como el trasplante, no son actividades aisladas, sino que forman parte de un todo integral

Dada la ausencia del tema de la procuración en los medios masivos de comunicación y en las conversaciones cotidianas, frente a lo que es el trasplante en sí, se consultó a los CH acerca de cómo ellos veían al proceso de procuración de órganos y tejidos. Todos coincidieron en considerar que el “proceso que está todo relacionado y no por etapas” (CH1), es decir, no hay “*parte*” más ni menos importante, sino que todo está integrado en un mismo proceso y que cada instancia es crucial para llegar a un buen resultado:

“Capaz que hay partes más visibles o menos visibles de lo que es todo el proceso, pero creo que el fin es el mismo” (CH5).

No obstante, también todos comentaron que el trasplante es “*mejor visto*”, “*tiene mejor prensa*” o es más visible y no siempre se sabe lo que “*hay detrás*” (la procuración) y el esfuerzo que ésta implica. Si bien no creen que sea necesario visibilizarlo más, si consideran fundamental que “*la gente*” entienda esta “*continuidad*” y la totalidad de un proceso en el que cada etapa depende de la anterior. Una de las CH, resumió una creencia popular de la siguiente manera:

“La procuración es mala porque se te muere uno, hay muerte hay dolor hay cosa, y esta es buena (el trasplante) porque acá hay esperanza, hay todo un procedimiento de resurgir” (CH4).

En el mismo sentido, la CH del Hospital de Córdoba reafirma:

“En ese éxito del trasplante hay otra cara, absolutamente necesaria e irremplazable. Entonces nosotros lo tratamos de ver desde la misma visión de continuidad y de que todo es un acto médico” (CH1).

Por estas declaraciones de los coordinadores, interesó indagar en los conocimientos del resto de la comunidad hospitalaria en cuanto al proceso y como éstos lo interpretan.

A pesar de los avances en el tema, los profesionales de la salud todavía tienen vacíos de



conocimiento en cuanto al proceso de donación y trasplante de órganos; por lo que es urgente generar educación en el tema para aumentar el compromiso médico

A lo que refieren los profesionales en cuanto a esta premisa es que, si bien se ha avanzado en materia de donación de órganos a nivel médico e institucional, siguen existiendo reticencias por miedos o tabúes, pero principalmente por desconocimiento. A nivel general, los coordinadores reconocen que no todos los profesionales están, o se sienten lo suficientemente preparados para formar parte de un proceso de procuración y responder a las demandas de la actividad.

“Hay tanta resistencia en el medio, del equipo en general, enfermeros, médicos que tienen una creencia errada en el tema de procuración” (CH 2); “Es que también hay mucha falta de información, o mala información” (CH 3).

Por ejemplo, uno de los temas controversiales de la actividad es el de diagnóstico de muerte encefálica. Respecto a esto, todos coinciden en que no hay descreimiento del tema ni posturas injustificadas en contra de este procedimiento médico, sino, lo que hay, en la mayoría de los casos son vacíos en la formación profesional que generan ignorancia:

“El problema es el desconocimiento. Y no solamente por parte de los médicos sino de los medios (...) yo creo que el médico que está bien formado, lo entiende, lo sabe, lo conoce. El médico que no, no creo que pase por una cuestión de convicción sino de conocimiento” (CH 1).

En el mismo sentido, la coordinadora del Hospital Misericordia menciona:

“Si vos me preguntás donde se debería empezar, creo que en la facu, y después hacer de esto, la educación, en la medicina, es el espiral, vos no podés enseñar algo en primer año, enseñar en primer año y retomar, retomar, retomar, y cada vez que retomas amplias. Esa es la forma en que se enseña para que se instale el conocimiento” (CH5).

Frente a esto, se hace notoria la necesidad de generar espacios de formación en el tema para que los profesionales se sientan más familiarizados y seguros al respecto, pero que a su vez, sirva para fomentar el compromiso con la actividad y generar roles activos.

“Todo lo que sea seguir informando acerca de procuración está bueno (...) y eso que dijiste vos del diagnóstico, eh, esas cosas siempre está bueno que se sepan, después la predisposición... pero siempre tratar de sacar miedos, siempre informarse, informar, cómo se hace, cómo se logra. (...) Eso que te digo, que llegue más información a los profesionales de la salud, o que se yo, que se haga un ateneo por año sobre



procuración, pero todo lo que sea sacar miedos, sacar dudas, eso siempre suma” (CH2).

De hecho, la Ley Justina establece la obligación tanto para las instituciones de salud como para los organismos reguladores, de generar acciones de difusión y capacitación dentro de las instituciones, implementando regímenes de capacitaciones permanentes para el personal afectado al proceso de donación y trasplante. No obstante, al consultarle a los profesionales de los hospitales Córdoba, Urgencias y de Niños por su participación en cursos de capacitación, tanto dentro como fuera de los hospitales, se observó que:

En el Hospital Córdoba, el 83% de los profesionales no participaron de cursos de capacitación dentro de la institución. Sólo 10 de los que sí habían participado aclararon cuántas veces, y en general, había sido sólo una vez. En los servicios de Laboratorio y Rayos, menos del 6% de los profesionales recuerda haber participado. Por otro lado, llama notablemente la atención que en los servicios de UTI y de Enfermería UTI, la gran mayoría de los profesionales no participaron de capacitaciones en el hospital. A su vez, la mayoría de los profesionales de este hospital tampoco participaron en capacitaciones extrahospitalarias, aunque se destaca que son más los que se capacitaron por fuera del hospital que dentro.

En el Hospital Urgencias, si bien el panorama es más positivo, también la mayoría (64%) de los profesionales no participó de ningún curso de capacitación sobre el tema de la procuración de órganos y tejidos para trasplante. Con respecto a los resultados por cada servicio fueron muy variados. Únicamente en la UTI, todos los médicos encuestados participaron de al menos una capacitación, habiendo casos en los que se participó en más de 1 curso y hasta en 5. Es llamativo que en el servicio de Enfermería UTI, una vez más, más del 70% de los profesionales respondió no haber participado de ninguna capacitación. Contrariamente al Hospital Córdoba, en este caso fueron más los profesionales que se capacitaron dentro del Hospital que por fuera.

En el Hospital de Niños los resultados generales son similares a los anteriores, el 78% de los profesionales no se han capacitado en esta temática dentro del hospital. Dentro de cada servicio (a excepción de Enfermería UTI) los que participaron no superan al 12%. Lo singular en este caso, y contrario a los otros dos hospitales, es que en Enfermería UTI prácticamente hay paridad entre quienes participaron de capacitaciones (45%) y quienes no lo hicieron. Los profesionales de este hospital se han capacitado más por fuera que por dentro de la institución.



Particularmente en Enfermería UTI, el 59% de los profesionales tomaron capacitaciones extrahospitalarias.

La falta de instrucción en materia de procuración de órganos para trasplante entre los profesionales es notoria. A pesar de que estos resultados puedan estar determinados en gran parte por la voluntad de cada profesional, se hace necesario revisar las propuestas de capacitación que ofrecen las instituciones hospitalarias, a quiénes se dirigen, qué grado de difusión tienen dentro de la institución, con qué frecuencia y demás. Especialmente considerando el alto porcentaje de profesionales que se desempeñan en las unidades de cuidados intensivos y aun así no se han formado en esta temática.

La instauración del Programa Córdoba Procura y la incorporación de la figura del CH es vista como un avance significativo en materia de donación de órganos

Los CH en general resaltaron cómo estas políticas se vieron reflejadas en una mayor eficacia en los procesos de procuración dentro de cada hospital; y además, cómo se les alivió a ellos el trabajo al tener bien definidas sus tareas y poder involucrar a otras personas que también los puedan identificar como referentes del tema dentro de la institución. Es decir que, al definir los roles, el Programa permitió que se establezcan algunos canales de comunicación. La CH del Hospital Córdoba lo resume de este modo:

“Arrancamos casi solas a ser coordinadoras hospitalarias desde el INCUCAI, y en el transcurso del tiempo surge esto del Córdoba Procura que no tiene más de diez años, en donde ya hay un médico asignado para cada guardia y demás. Pero en ese entonces estábamos nosotras solas en todo el proceso, desde la comunicación con la familia, la mantención y en gran parte de lo que tenía que ver también con el operativo pura y exclusivamente. Ahora, bueno, las cosas han evolucionado por suerte y entonces ya es más fácil” (CH1).

Igualmente, una de las coordinadoras del Hospital de Niños refuerza la idea de que la figura del CH es fundamental dentro del proceso, ya que permite que haya una sola persona dedicada a un potencial donante; lo cual “disminuye las posibilidades de decir que salió mal porque tenía que también hacer otras cosas” (CH3). Tal como sintetiza el coordinador del Hospital Urgencias, esta figura implica que los demás profesionales de la salud tengan a una persona de referencia en el tema, sepan a quién dirigirse y lo identifiquen fácilmente; en fin “con la presencia simple de alguien se sabe cómo manejarse” (CH2).



Al mismo tiempo, los coordinadores deben asumir otra tarea adicional: ser los agentes encargados de la comunicación con los familiares de los donantes en el momento que se inicia el proceso de procuración. Todos concuerdan en que son ellos, los más preparados para hacerlo, dado que generalmente los CH son médicos o enfermeros de las Unidades de Terapia Intensiva. Por lo que consideran que tienen más llegada a las familias al ser quienes cuidaron al paciente desde el primer momento, depositando así confianza y credibilidad en ellos.

Como refiere la CH del Hospital Córdoba:

“Quien te comunique una cosa tan terrible, tiene que ser una persona de confianza, o por lo menos que hayas tenido algún contacto de permanencia en el lugar” (CH1).

En este contexto cabe recordar que el programa es impulsado por ECODAIC para incorporar a la provincia los alcances de la estrategia “*hospital donante*” (impulsada a nivel nacional). Los pilares para la implementación de este programa se basan fundamentalmente en el compromiso de gestión; que involucra, en primera instancia, a la autoridad sanitaria provincial, la dirección de las instituciones de salud, los jefes de servicio, siendo el rol de los organismos jurisdiccionales de donación ser los encargados de acompañar y afianzar la gestión del programa.

De acuerdo a los comentarios de los CH, el trabajo de ECODAIC en este sentido es valorado positivamente y se destaca el apoyo constante a las instituciones:

“Siempre los coordinadores del ECODAIC están con nosotros y nos acompañan mucho” (CH3).

“Ellos ponen más de ellos de lo que deben (...) ECODAIC pone lo máximo de sí” (CH5).

Se debe agregar que, si bien entre los objetivos del programa se contempla el involucramiento de toda la comunidad hospitalaria incluyendo a las áreas críticas (servicios directamente vinculados a la procuración), se observa que el nivel de conocimiento del programa y del CH de los profesionales es muy bajo.

A nivel general, más del 80% de los profesionales en cada uno de los hospitales no conocen el Programa Córdoba Procura, incluso en los servicios más involucrados en la procuración. En el servicio Enfermería UTI, ninguno de los profesionales del Hospital Urgencias conoce al programa; en los otros dos hospitales, más del 70% tampoco. A nivel



general, los profesionales de UTI son quienes más conocen, igualmente, en cada hospital el porcentaje no supera el 60%. Son muy pocos los casos que conocen el programa en los servicios restantes.

Es notable, por lo tanto, el escaso conocimiento del Córdoba Procura dentro de los hospitales, esto a pesar de que está vigente desde el año 2013 en la provincia. Planteados estos resultados, se puede observar que la difusión y alcance del programa al interior de las instituciones sanitarias no ha sido exitoso.

Con respecto a la figura del CH, el panorama es un poco más alentador. Aun así, continúa siendo bajo el nivel de conocimiento entre los servicios considerados. Sólo en el Hospital Urgencias, la mayoría de los profesionales (74%) conocen al/ los CH de la institución. En los otros dos hospitales, la mayor parte de los encuestados ignoran su identidad. Se puede suponer que ésta marcada diferencia se relacione con el rol partícipe que tiene la directora del primer hospital en el proceso de donación; quien es una de las referentes provinciales en la materia.

Cabe resaltar el poco conocimiento de la figura de CH que se registró en los servicios de Enfermería UTI, teniendo en cuenta que este rol suele desempeñarlo un enfermero o médico terapeuta. Por último, de los pocos profesionales que conocen al CH en los hospitales, la mayoría no pudieron identificar sus funciones cuando se les preguntó.

En este orden, la entrevistada del Hospital de Niños asume la necesidad imperiosa de que los propios CH den a conocer sus responsabilidades:

“Y también, bueno, parte de nuestra función es tratar de que se visualice. Que nuestra función también se visualice. Primero, tenemos que empezar en el servicio y después, a nivel del hospital” (CH3).

La gravedad de este asunto se recupera al analizar la categoría referida a la necesidad de apoyo institucional y entre servicios, en los procesos de procuración.

Finalmente, otro de los puntos que incorpora el Programa es el pago de honorarios e incentivos para los profesionales expresamente convocados para los operativos de procuración. Los entrevistados hicieron referencia a esto, asumiendo que son remunerados por su trabajo en el proceso, aunque coinciden en que el reconocimiento económico es mínimo.



Entre las declaraciones de los CH acerca de estos temas, se destaca la siguiente:

“Cuando hicieron el Programa “Córdoba Procura” designaron personas a cargo que seríamos nosotros, y designar personas a cargo, es pagarle un sueldo aparte, por una tarea aparte. (..) Si, muy bonita la palabra, fabuloso el concepto, pero si no hay alguien al que vos le pagas para que haga la tarea no se hace, pasa en la medicina y en cualquier parte, nos decían, a nosotros los terapeutas, es parte de su trabajo... sí...pero nosotros sabemos que hay gente que cobraba por eso” (CH5).

Se consultó a los profesionales por su grado de acuerdo con el pago por la participación en operativos de procuración, como una actividad adicional en el trabajo. A nivel general los resultados estuvieron divididos entre quienes concuerdan con esto y quiénes no. Pero entre los profesionales de la UTI (terapeutas y enfermeros), la mayoría está de acuerdo con que esta tarea sea especialmente remunerada. Esto se debe en gran medida a que los enfermeros y terapeutas tienen más posibilidades de ser designados como coordinadores; además son quienes más inmersos están en las actividades que le competen al CH y reconocen el esfuerzo que conllevan.

El apoyo institucional (tanto de los demás servicios, como de los directivos) es fundamental para garantizar el correcto desarrollo de un proceso de procuración de órganos y tejidos

Los objetivos mencionados que orientan las acciones generadas a través del Programa Córdoba Procura no son inmotivados; sino que responden a la necesidad de contar con el indispensable apoyo de la institución hospitalaria, en todas sus áreas. Esto se respalda en los testimonios de los entrevistados, los cuales insisten en que, cuanto más institucionalizado está el proceso, más fácil se hace y mejores son los resultados.

“Al correr del tiempo, hemos logrado expandirnos a los otros servicios (...) me parece a mí que sí, que es fundamental porque si no, no se puede. Es muy difícil si no tenemos la colaboración de todos. Nosotros entendemos esto de que no siempre tenemos todas las herramientas; pero el poder contar con laboratorio si lo necesitamos, con diagnóstico, un chico de cardio que me haga la gamba y me haga un ecocardio, es difícil. Porque si no, todo es cuesta arriba. Cuesta, cuesta” (CH1).

De hecho, los servicios contemplados en este estudio, se eligieron por sugerencia de los CH, quienes acentuaron su destacado papel en el operativo de procuración.

“La predisposición por ahí, las chicas de laboratorio son excelentes, enfermería, la



gente de diagnóstico por imagen (...) nos movemos con tomografías, y entonces los chicos tienen generalmente muy buena predisposición” (CH2).

También,

“Los kinesiólogos, que hacen un papel muy importante en el mantenimiento de los pulmones que es uno de los órganos más difíciles - si no el más difícil-. Y después, laboratorio, diagnóstico por imágenes es muy importante... porque te hace las radiografías. Los cardiólogos, neurólogos. El neurólogo es el que te va a ir registrando, por así decirlo, la actividad cerebral” (CH3).

Para justificar la implicancia de estos servicios, y la importancia de que todos los profesionales involucrados puedan identificar a la figura del CH en la institución y de que tengan conocimientos en materia de donación, la CH del San Roque ejemplifica:

“Si vos tenés que llevar a un paciente, todo divino, pero al camillero se le ocurre hacer paro, ¿qué haces? Si el que tiene que llevar el oxígeno a la terapia no lo llevo ese día... y vos no tenés, pero no puedes llevarlo sin oxígeno... está colgando de un hilo, todos están ahí... te tenés que apurar para todo... si a la del laboratorio la llamaste 33 veces para sacar sangre del mismo paciente... radiografías, necesitas ecografías para verle los pulmones, los riñones, tenés que hacer un test de embarazo y no hay test, no puedo ablacionar si no sé si está embarazada o no (...) sin todo eso no funciona, cosa que no todo el mundo sabe del proceso de ablación” (CH4).

Por otra parte, los coordinadores también se refieren a la relación directa que esto tiene con el vínculo con la familia del paciente:

“Muchas veces la habilidad, o la actitud del enfermero, es la que facilita o entorpece la comunicación para que la decisión sea positiva. Ellos tienen que también estar muy interiorizados y acompañarlos. Porque si ellos son empáticos, contenedores” (CH3).

Refiriéndose a las dificultades que puede generar el hecho de que los demás miembros del Hospital no estén al tanto de ciertos temas vinculados al proceso de donación- trasplante, la CH del Hospital San Roque (con respecto a la muerte encefálica) dice:

“Qué pasa si alguien... el camillero, la enfermera... el que lleva el oxígeno, cualquiera salió y les dijo a los familiares que estaba muerto” (CH4).

Al consultar a los profesionales acerca de si recordaban que su servicio haya participado en algún proceso de donación, se advierte que:

En general, prácticamente todos los miembros de UTI y Enfermería UTI recuerdan haber



participado entre dos y cinco veces. Los demás profesionales también recuerdan que sus servicios (Kinesiología y Laboratorio) hayan participado al menos una vez; excepto en Diagnóstico por Imágenes donde muchos miembros no recordaban si se había tenido participación. A su vez, todos están al tanto de esto por haber participado ellos mismos o bien, por recibir comentarios de un colega.

En cuanto a esto se puede decir que hay significancia en que los profesionales que trabajan en la terapia intensiva estén al tanto de la colaboración del servicio en procedimientos de procuración, ya que es allí donde éstos efectivamente tienen lugar. Además, las tres instituciones contempladas son grandes generadoras de donantes; por lo que los procesos de procuración ocurren con periodicidad.

Por otro lado, los demás servicios no tienen contacto directo con estos pacientes; por lo que se entiende que algunos profesionales puedan no recordar su participación. No obstante, se considera importante hacerles a saber a los profesionales cuando su trabajo contribuye al desarrollo de un operativo de donación; ya que esto genera conciencia e incentiva la cooperación:

“Cada vez que se logra un buen resultado, es un estímulo para la gente. Bueno, el último creo que fue ahora, hace un mes más o menos. El estímulo que es para la gente, está todo el mundo ‘que yo quiero saber, quiero conocer, quiero formar parte del equipo’, todos los enfermeros, parte del equipo médico, etc. O sea que sí, la gente se estimula mucho cuando hay un resultado positivo” (CH3).

Volviendo al tema de la implicancia de los servicios en el proceso de procuración, se evidenció que hay una gran confusión entre los profesionales en torno a qué entidades o instituciones son responsables de esta actividad. Entre las creencias erradas, se considera que: la procuración es una tarea exclusiva del ECODAIC y/o que la procuración es un trabajo de los centros de trasplante. Sin embargo, cuando se les consultó si estaban de acuerdo con que la actividad de procuración de órganos y tejidos es un trabajo de los hospitales, la gran mayoría de los profesionales se manifestaron de acuerdo. En este punto, fue singular el resultado del servicio de Enfermería UTI en el Hospital de Niños; ya que la mayor parte de sus miembros se mostraron en desacuerdo.

Cabe destacar que, en general, los profesionales de UTI y Enfermería UTI son quienes tienen más en claro a quien le corresponde la tarea.



Por último, hay que reconocer que la institucionalización del tema sólo puede ser posible si se cuenta con el compromiso de los directivos de los hospitales y aún más, de los organismos gubernamentales correspondientes. Esto se evidencia en las declaraciones de los CH, donde se pueden visualizar dos contextos institucionales divergentes:

“El apoyo institucional existe, pero bueno, tiene miles de problemáticas la dirección o la cabeza del hospital. O sea, no es que han venido a preguntarnos qué necesitamos. (...) No nos ha pasado de ir a preguntar o a pedir algo específicamente como para poder notar si te apoyan o no te apoyan” (CH3).

Mientras que el coordinador del Urgencias se refiere a la Directora del hospital como quien lo ha incentivado en esta labor y quien lo promueve dentro de la institución:

“Cristina es... en ese sentido, digamos la mentora de todo esto, y siempre estuvo presente a pesar de ser la directora” (CH2).

Garantizar el desarrollo de un proceso de procuración de órganos y tejidos para trasplante es una labor médica

Todo lo anterior puede condensarse en la manifestación de esta premisa, en la cual, todos los CH hicieron especial énfasis.

“Yo creo que lo que nosotros hacemos no es más ni menos que la función de cualquier médico. Todos los que somos médicos tenemos la obligación de denunciar a un paciente que está en clínica de muerte, es una obligación, no es una opción. Y, a partir de la Ley Justina, tenemos la obligación de arbitrar las maneras de que, si ese paciente no fue expreso no donante, sea donante. (...) Ninguno de los médicos que estamos a cargo de una terapia intensiva o de lo que fuere podemos pasar por alto la posibilidad de que un paciente que fallece puede ser donante y hacerlo es una negligencia médica. O sea que tampoco es que estamos haciendo uso de una función, estamos haciendo uso de la labor de médico. Las convicciones son personales y uno puede decidir por uno pero no por el otro. O sea yo puedo, cuando tengo convicciones decidir no ser donante porque mi religión no me lo permite, por ejemplo. Pero soy médica y tengo que tratar de que este paciente sea donante, porque es parte de mi laburo y entiendo lo que es” (CH1).

A lo que se agrega:

“Hay médicos que no le dan tanta bola... pero ahora no, hay un marco legal, que tiene que ser declarado, avisado, ahora te podés meter en un lío si no avisas la muerte



cerebral, entonces tenés como un marco legal donde los médicos deben moverse dentro de ciertos parámetros” (CH2).

Es observable como todos han recalcado que, a partir de la nueva ley, la procuración de órganos en el ámbito hospitalario ha pasado de depender de la voluntad y convicción de cada profesional a constituirse como una responsabilidad legal y obligatoria.³⁵

“Por ahí, hace un tiempo en algún momento en mi carrera, cuando no estaba la Ley Justina, como que cruzarme con algún médico que no le preste atención al donante, que no haga parte del mantenimiento del donante, que considere que el paciente está muerto y no como un posible donante” (CH5).

De la misma manera, todos los profesionales consultados, concuerdan con que “desarrollar un proceso de procuración en el hospital es cumplir con una responsabilidad médica”. No obstante, llama la atención que tanto en el Hospital Urgencias como en el de Niños, el único servicio en el cual la mayoría de sus miembros está en desacuerdo con esto es el de Enfermería UTI. Este dato es verdaderamente destacable por el hecho de que los enfermeros que trabajan en las unidades de cuidados intensivos, tal como se ha venido desarrollando, ocupan un rol primordial en el proceso. En consiguiente, estar en desacuerdo con esta premisa es una incoherencia. Por tal motivo, puede presumirse que haya habido una malinterpretación de la pregunta, al considerar que con el término “responsabilidad médica” se hiciera alusión únicamente a los médicos.

La falta de recurso humano es la principal falla en el desarrollo de los procesos de procuración de órganos y tejidos para trasplante en las instituciones hospitalarias públicas

Los coordinadores hospitalarios mencionaron las deficiencias que encontraban en el proceso de procuración, sugirieron posibles mejoras para hacer, y todos coincidieron en este punto. Aún más que la falta de recursos materiales en las instituciones, resaltaron la necesidad de contar con más personal especializado y/o capacitado para colaborar en los procesos de donación y procuración.

“Ustedes saben que la terapia intensiva es un área de poca gente, crítica, que el gobierno no considera así, no somos muchos terapistas, entonces hay muchas terapias que no tienen terapistas, que tienen médicos de guardia recién recibidos, cirujanos,

³⁵**Art. 39.-** Notificación. Todo médico que certifique el fallecimiento de una persona debe iniciar el proceso de donación, conforme las normas que a dichos fines dicte el INCUCAI (Ley N°27447, 2018). Complementada por: **Art. 48.-** Será reprimido con multa, conforme los valores que determine la reglamentación, e inhabilitación especial de uno (1) a tres (3) años, el médico que no diere cumplimiento a las obligaciones previstas en el artículo 39. En caso de reincidencia la inhabilitación será de cinco (5) años a perpetua (Ley N°27447, 21018).



nefrólogos, algunos idóneos, que pueden manejar y otros que no, pero ellos no tienen en su formación la mantención del donante, entonces la importancia que ese médico le va a dar al paciente que tiene muerte encefálica es nada, ya se murió, pase el que sigue, necesito la cama. Que no haya terapistas en todas las terapias intensivas es un problema” (CH5).

Respecto a esto, se mencionó mucho la sobrecarga de trabajo que tienen los médicos en general, y más todavía en servicios como la UTI; por lo cual son pocos los que se predisponen a realizar una “tarea extra” como es el mantenimiento de PD u otras aristas de la procuración.

“No hay muchos... disponibles, muchos médicos disponibles, y todavía acá no están tan en boga las otras profesiones que puedan formar parte... enfermeros, asistentes sociales. Yo tengo un enfermero que trabaja conmigo pero afuera de la terapia, y no funciona (...) requiere mucho esfuerzo, mucha dedicación” (CH4).

También en este sentido, algunos destacaron que la actividad de procuración debe ser adecuadamente remunerada por los motivos mencionados y el arduo trabajo que implica:

“Quizás el recurso de que le paguen a alguien más... eso sí, no el recurso... de que necesitan... un aparato, una oficina, una computadora” (CH4).

Sin embargo, dos coordinadores plantearon que, si bien, es necesario el incentivo económico, es prácticamente indiscutible que quienes desarrollen estas tareas lo hagan con convicción.

“No vas a hacer algo porque te den plata, porque si no te sentís cómodo haciéndolo no vas a hacerlo” (CH2).

“Para mí, personalmente, te paguen lo que te paguen si no te gusta eso, no lo vas a hacer. Y, aunque no nos paguen, lo hacemos con amor. En mi caso por lo menos” (CH3).

En aras de conocer el interés general de los profesionales en torno a la participación en la actividad, se les consultó si integrarían comités y comisiones de procuración y si se capacitarían en procuración, dentro del ámbito laboral.

En el Hospital Córdoba, en general, los profesionales tienen intención de participar en comités, ya que la mayoría, participaría (33%) o probablemente lo haría (51%). En el Hospital de Niños se reflejan los resultados anteriores. Y dentro del Hospital de Urgencias, son pocos los casos que aseguran su participación, aunque el 64% probablemente lo haría.



Podemos concluir, dados estos resultados, que los profesionales de las distintas especialidades si tienen una potencial inclinación a integrar comités o comisiones que trabajen para fomentar la actividad de procuración a nivel institucional: sólo el 14% del total, no participaría.

Con respecto a las capacitaciones el interés se vio aún más marcado, ya que sólo el 4% de los profesionales de los hospitales no participaría. Para agregar, entre los temas que los profesionales consideran que se deberían incluir en las formaciones, podemos mencionar: fases del proceso de procuración, muerte encefálica, mantenimiento y tratamiento del donante, detección de potenciales donantes, y comunicación de malas noticias.

Por último, en cuanto a las mejoras que les gustaría que hubiera en un futuro para la procuración, muchos hablaron de acotar los tiempos de espera para las familias; lo que estaría fuertemente vinculado con la necesidad de más personal. Uno de los coordinadores sugirió lo siguiente:

“Creo que se podría ver la forma incluso de armar equipos, así como yo estoy los lunes, un equipo de un bioquímico, enfermero y un radiólogo, entonces trabajas con los chicos que están abocados al paciente y haces guardias. Me parece que estaría mucho más fácil y demás, y creo que se trabajaría mejor” (CH2).

De igual modo, la agilización del proceso, también le compete a las entidades nacionales y provinciales, e indudablemente a la Justicia.

“Cuando entran temas administrativos nosotros nos atolondramos, no sabemos dar respuesta, Ahora por ejemplo estamos esperando que venga la morgue, yo ya le dije a la señora... y a mí se me terminan las respuestas y a mí me pone nerviosa eso porque no depende de mí, porque si depende de mí yo diría ‘venga morgue judicial’, y ya soluciono” (CH5).

“Mirá hace poco estuve en una charla en el Ministerio de Justicia. Era una charla que daba la gente de ECODAIC a jueces, abogados y demás que participaban. Y bueno, vos te das cuenta que en realidad les parece que saben pero no. En realidad, es como cualquier persona que no tiene mucha idea. Entonces lo que trataba de exponer la gente del ECODAIC era esto: decir "cuanto más tardan ustedes en movilizar todo el aparato judicial, es la posibilidad que nosotros perdemos de donar (...) por ejemplo con el chico este multiorgánico tardaron 6 horas en venir” (CH3).



La comunicación, en sus diferentes dimensiones, es uno de los principales aspectos a mejorar en la dinámica de los procesos de donación y procuración de órganos y tejidos para trasplante

“Siempre, siempre hay cosas para mejorar. La comunicación sin lugar a dudas” (CH5).

Los coordinadores hospitalarios tienen distintas concepciones de la comunicación y de cómo la mejora en este aspecto puede favorecer a la institucionalización de la procuración en los hospitales. Aun así, todos mencionan a esto como un eje importante y en el cual sienten que hay un vacío; que es percibido en las distintas instancias del proceso de procuración, tanto en el vínculo entre los profesionales como también al contactarse con las familias.

“Falta mucho. Es un camino largo, que recién nosotras empezamos hace menos de un año y que bueno, nos faltan también muchas herramientas en cuanto a comunicación sobre todo (...) lo que se debe mejorar es la comunicación del equipo de salud. Para hablar todos el mismo idioma y, de esa manera poder tener todos los mismos objetivos” (CH3).

“Cuando ya sos coordinadora te van capacitando, inclusive tenemos distintas reuniones entre coordinadores. Que incluye un equipo importante de gente, con comunicadores, psicólogos y hacemos los cursos de cómo decir malas noticias, cómo se habla, cómo se dice, qué palabras se emplean y cuáles no. Todo lo que tiene que ver con la comunicación con el otro, y el lenguaje no corporal no lingüístico que por ahí no tenemos tan en cuenta” (CH1).

Al resto de la comunidad hospitalaria no se les consultó expresamente sobre los aspectos comunicacionales, de cualquier manera, otros de los temas que salieron a la luz dejaron entrever su relación con esta dimensión. Por ejemplo, se distinguió que la principal fuente de información que tienen los profesionales en los temas de procuración dentro del hospital son sus propios colegas. Es decir, que el “*boca a boca*” es la principal vía de comunicación. Si bien los resultados arrojan que participan y han participado en capacitaciones esporádicas y que se les han informado cuestiones relevantes o grandes acontecimientos en materia de donación, a través de ateneos o reuniones, estas acciones no alcanzan a institucionalizarse como canales formales de comunicación y no alcanzan a solventar las demandas de información por parte de los trabajadores de la salud.

Para poner en contexto estas limitaciones en materia comunicacional, se debe aclarar que ninguno de los hospitales aquí contemplados cuenta con un área específica de comunicación.



Lo cual, es comprensible si se tienen en cuenta las condiciones en qué se encuentra el sistema sanitario público, nacional y provincial, siendo la falta de recursos uno de los obstáculos más significativos. Entre ellos el capital humano, el cual es escaso y no sólo en la procuración, tal como se mencionó antes.

“Por ejemplo, acá en el hospital el área de comunicación es la del Ministerio, no tiene una propia, lo que nos salvaría de tantos problemas, pero de tantos, pero no la tiene (...) Usamos mucho el comité de capacitación y docencia (...) para comunicación todo el mundo llega a ese comité, la mayoría sí, médico y enfermeros sí, pero acá trabajan mucamas, camilleros técnicos...y todo el mundo debería estar incluido en esa información” (CH5).



CAPÍTULO 6:

A MODO DE CIERRE



CONCLUSIONES

La donación y trasplante de órganos y tejidos es un fenómeno médico-social, en tanto requiere de la participación de la sociedad en su conjunto y de los agentes que forman parte del ámbito sanitario.

Estos últimos, no conforman un grupo cerrado y homogéneo, sino que se trata de un conjunto de diferentes profesionales que intervienen de manera distinta y en diversas instancias del proceso. A su vez, esas particularidades no vienen dadas sólo por la distribución de roles en función de sus especialidades médicas, sino que, remiten también al sentido común a través del cual éstos clasifican, explican e incluso evalúan los objetos sociales que componen su realidad cotidiana.

Bajo esta modalidad de pensamiento, las Representaciones Sociales surgen como sistemas que sintetizan dichas explicaciones mediante un conjunto de estereotipos, creencias, opiniones, valores y normas, que suelen orientar actitudes positivas o negativas. De este modo se constituyen como: “lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas” (Araya Umaña, 2002, p.11).

A través de esta investigación, se exploraron las Representaciones Sociales de los profesionales de la salud con respecto a la donación y trasplante como temática general, pero también al proceso de obtención de órganos y tejidos, considerado una de sus instancias fundamentales.

A nivel general, tanto los Coordinadores Hospitalarios (CH) como los demás profesionales de la salud que intervienen en la etapa procuradora, tienen una representación del fenómeno de la donación y trasplante claramente estructurada. En la cual, la presencia de las tres dimensiones: información, campo de representación y actitud, se percibe por medio de sus declaraciones.

La donación de órganos y tejidos es representada como una forma de dar vida y resignificar la muerte. Bajo esta visión, se encontró que aquellos profesionales que han registrado su voluntad de donar lo han hecho positivamente, lo que refleja su actitud favorable frente al tema. Asimismo, todos los profesionales están al tanto de que los hospitales en los que trabajan son sede de operativos de donación y trasplante con periodicidad.



Por su parte, el proceso de procuración y en concreto, la etapa de obtención de órganos y tejidos, no suscita la misma homogeneidad en sus representaciones, y su grado de estructuración es diferente entre los grupos conformados por los CH y el resto de los profesionales. En este sentido la tridimensionalidad se manifiesta solamente entre los coordinadores. No es sorprendente que sea así, dado que su función es indispensable y además conscientemente auto percibida.

De tal manera, respecto al eje informacional, se delimitó que los integrantes de este grupo tienen amplios conocimientos del funcionamiento del proceso, y se encuentran capacitados para desempeñar su función. Además, esos conocimientos se basan en fuentes expertas en la temática (ECODAIC, por ejemplo) y en su propia experiencia en el área.

Se observa que el campo de representación del grupo de CH engloba, sobre todo, la idea del proceso de procuración como un todo integral, en el que no hay etapas separadas sino una continuidad hacia el mismo fin. También rescatan el lugar que ocupan los trabajadores de la salud en la obtención de órganos, asociando su rol a tareas indispensables y fundamentales para lograr la finalidad última del proceso.

La postura general, en relación al objeto de la representación, termina de descubrirse en las actitudes. En relación a esto, los CH tienen una actitud proactiva en el proceso y frente a los desafíos que éste conlleva, la cual se manifiesta en las sugerencias que expresaron para potenciar su eficacia. Por otro lado, todos se han referido al gran esfuerzo que demanda cumplir el rol de coordinar la donación en los hospitales y, aun así, siguen reafirmando su voluntad para llevarlo a cabo.

El grupo compuesto por el resto de la comunidad hospitalaria presenta una actitud estructurada, pero una información y un campo de representación más bien difusos. Esto se condice con lo que establece Moscovici (1979) respecto a que la actitud “es la más frecuente de las tres dimensiones”, por lo que es razonable concluir que “nos informamos y representamos una cosa únicamente después de haber tomado posición y en función de esa posición tomada” (p.49).

Lo anterior se ejemplifica en la predisposición que mostraron los profesionales a participar en distintas áreas y actividades vinculadas a la procuración, propuestas en los cuestionarios. También, el hecho de que hayan manifestado su satisfacción de haber sido parte de



procedimientos de procuración en las instituciones.

A pesar de que las actitudes recién descritas son determinadas, los ejes “campo de representación” e “información” no fueron del todo coherentes en este grupo. En primer lugar, los profesionales no pueden distinguir fácilmente los pasos operativos básicos que componen al proceso; por otro lado, tampoco tienen en claro a quienes les compete llevarlo a cabo, y mucho menos los niveles de responsabilidad atribuidos. Esto puede justificarse con el hecho de que no sepan identificar si son los centros de trasplante, o ECODAIC, o los hospitales, quienes deben iniciar la procuración. Cabe agregar que tampoco conocen con seguridad cuál es la participación que tiene cada uno de los servicios a los que pertenecen, ni el rol particular de cada profesión. La falta de información, se sobreentiende, puede provenir de la ausencia de un marco de referencia en el tema, en tanto que no conocen ni al Programa Córdoba Procura, ni a los coordinadores hospitalarios. Al mismo tiempo, aluden haber asistido pocas veces a cursos instructivos en materia de procuración.

Pudimos diferenciar, a estos dos grupos -los coordinadores hospitalarios por un lado y los miembros de los servicios que intervienen, por el otro-, en función de la visión que tienen de la actividad. Este último punto se hizo posible, siguiendo la propuesta de Moscovici, gracias a la comparación del contenido y el grado de coherencia de las tres dimensiones (1979). Es decir, que los profesionales de la salud no se presentan en forma unívoca con relación a las representaciones de la procuración de órganos y tejidos que poseen.

Si se vuelve a tomar en cuenta que las Representaciones Sociales se construyen en las conversaciones cotidianas, no es menor considerar que las referencias del procedimiento de procuración que tienen los integrantes de las comunidades hospitalarias estudiadas, provienen, en su mayor medida, de los diálogos mantenidos con sus colegas y del “*boca en boca*” que se genera en cada institución.

Tal es así que, a la hora de pensar en las estrategias impulsadas para incorporar a la procuración a políticas propias de cada hospital, resuena una vez más la necesidad de constituir relaciones entre los diferentes actores y saberes, lo cual requiere poner en juego una adecuada estrategia de comunicación.

Si bien, en sus orígenes, los programas “Hospital Donante” y “Córdoba Procura” hicieron



énfasis en la comunicación como herramienta de gestión indiscutida para lograr que la procuración sea parte de las rutinas hospitalarias, sus propósitos comunicacionales no muestran haber tenido una llegada concreta en los hospitales públicos que se adhieren en la ciudad de Córdoba. Para empezar, el Programa Córdoba Procura no cuenta con una reglamentación oficial propia, sino que cada uno de los hospitales han tomado algunos de sus lineamientos generales y los principales aspectos que se proponen en el “Hospital Donante”. Entre estos puntos, se pueden mencionar: la integración del sistema de salud en la procuración de órganos y tejidos, la disminución de escapes de potenciales donantes y el involucramiento del Sistema de Salud Provincial en el financiamiento de la procuración intrahospitalaria.

Como se ha reflejado, la gran mayoría de los profesionales de la salud no conocen siquiera la existencia de este programa ni tampoco lo han escuchado nombrar en sus lugares de trabajo, por ello, cabe suponer, que el primero de los puntos mencionados arriba no ha podido cumplir su objetivo.

Analizando el problema desde la perspectiva teórica de la “Comunicación para la Salud”, en el presente estudio se concluye que las deficiencias del programa provincial provienen, en su primera instancia, de la ausencia de una indagación previa acerca de quiénes serían sus destinatarios y, principalmente, de las ideas y preconceptos que éstos ya tenían formados del tema en cuestión. Frente a los vacíos que deja esta consideración, en términos comunicacionales, recuperamos la palabra de Díaz: “la comunicación no sólo es importante a la hora de intervenir en una comunidad sino que es, sobre todas las cosas, una herramienta fundamental para el armado y la consolidación de los equipos de intervención comunitaria” (2011, p. 35).

Siguiendo ese razonamiento, se propone aquí reevaluar las estrategias para la institucionalización hospitalaria de la procuración, tomando el enfoque relacional de la comunicación y las herramientas que éste ofrece en el campo específico de la salud. Éste supone esencialmente incorporar a la comunicación de manera transversal en los proyectos de transformación social, poniendo en primer plano a los destinatarios y tomando elementos relativos a los intercambios sociales y a la cultura, como marcos de interpretación de la realidad.

Se entiende que todo proceso de cambio atraviesa al menos tres grandes etapas: la primera, de información (en la que los individuos conocen una determinada temática); la segunda, de



generación y/ o cambio en las representaciones (lo que permite que surja la voluntad de adoptar una nueva conducta); y, finalmente, la acción hacia el cambio que requiere también del apoyo social para ser sostenible en el tiempo (Díaz, 2011). No obstante, se conoce que cambiar conductas colectivas no es algo fácil, en tanto que hay que tener en cuenta la multiplicidad de factores socioculturales que indefectiblemente intervienen. En este sentido, la investigación permite dilucidar que el “Córdoba Procura” no ha logrado conectar con la comunidad hospitalaria; y, en breves palabras, aunque se tenía en claro qué hacer, quizás no se supo cómo. Concretamente, se ha puesto casi exclusivo énfasis en el primer elemento nombrado: la información.

Sin embargo, brindar información a los destinatarios de una acción comunicacional, no resulta suficiente sin un trabajo conjunto por conocer y modificar sus percepciones y representaciones de la realidad abordada. Claro que, esto trae consigo la aceptación de que las transformaciones sociales se producen sólo gradualmente. Pero es ese trabajo, el que hace viable la motivación de los individuos para la acción y el surgimiento de un entorno social, que apoye los cambios de salud propuestos.

Justamente, es por estos motivos que la investigación hasta aquí desarrollada ofrece un aporte revelador, al brindar un panorama general de los conocimientos, creencias, valores, opiniones y actitudes, que subyacen en las prácticas sociales de los profesionales de la salud.

Por último, cabe hacer especial hincapié en que el desarrollo y la promoción de la investigación científica y académica en torno a la donación, procuración y trasplante, son cuestiones presentes en las políticas propuestas en el Programa Hospital Donante (Apartado 4.3.12, 2013), como así también en lo establecido por la “Ley Justina” (Art. 57, inciso 11, Ley N°27447, 2018). A pesar de esto, algunas de las instituciones hospitalarias aquí estudiadas e incluso las autoridades sanitarias de la provincia presentaron resistencia para colaborar con la realización de este trabajo.

Es por ello, que se espera, que lo recorrido en este estudio y los resultados finalmente obtenidos, puedan abrir el camino a futuras investigaciones que permitan superar sus límites y profundizar en el panorama de la procuración en Córdoba.



REFERENCIAS



Bibliografía:

- ABRIC**, Jean-Claude (coord.) (2001), *Prácticas sociales y representaciones*, México: Ediciones Coyoacán.
- ARAYA UMAÑA**, Sandra: (2002). “Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión”. Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- BELTRÁN**, Luis Ramiro (1995): “Salud pública y comunicación social”. Taller de planeamiento estratégico de comunicación en salud. Colecc. LR Beltrán PP-AI-087.
- Recuperado de: <http://www.bibvirtual.ucb.edu.bo/beltran/digital/PP-AI-087.pdf>
- BERGER, P., LUCKMAN, T.** (1991). “La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Argentina: Amorrortu.
- DIAZ**, Blanca, **MERCADO** Francisco J., **PADILLA**, Cesar: (2010). “La donación y el trasplante de órganos según los profesionales de la salud”. DR © 2010 Universidad de Guadalajara-Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Guadalajara, Jalisco, México. ISBN: 978-607-450-297-8
- DÍAZ, H.:** (2011). “La Comunicación para la salud desde una perspectiva relacional”. En “Comunicación y salud: nuevos escenarios y tendencias”, 2011, p.33- 49. Editado por Editorial Complutense, S. A. Madrid.
- ELEJABARRIETA**, F. (1991). *Las representaciones sociales*. En Echevarria, A. *Psicología social socio cognitiva*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer, S.A.
- IBÁÑEZ, T.** (2001), “Representaciones sociales, teoría y método”, en Tomas Ibáñez, (Coordinador), *Psicología social construccionista*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, pp. 123-216.
- JODELET**, Denise: (1986) “La representación social: fenómenos, conceptos y teoría”. En: *Psicología Social II*. Barcelona, Paidós.
- KNOBEL**, Michele; **LANKSHEAR**, Colin (2000): “PROBLEMAS ASOCIADOS CON LA METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA”. *Perfiles Educativos*, enero-marzo, número 87 Universidad Nacional Autónoma de México México D. F



-**KORNBLIT**, Ana Lía (2007). “Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos procedimientos de análisis”. Biblios.

-**MATA**, María Cristina: (1988). “Comunicación popular: de la exclusión a la presencia”. Córdoba, Argentina. Editorial Mimeo.

-**MOSCOVICI**, Serge: (1979). “El psicoanálisis, su imagen y su público”. Buenos Aires, Argentina, Huemul.

-**PEREIRA DE SÁ**, C. (1998). A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais. Río de Janeiro. Brasil: UER

Publicaciones en revistas:

-**ALEMÁN**, María del C. Suárez, **BORROTO**, Madeleine Mesa, **HERNANDEZ**, Idalmis Leon, **RODRIGUEZ**, Elisa Knapp: (2003). “Representación social de la salud humana”. REVISTA CUBANA DE PSICOLOGÍA Vol. 20, No. 2. Facultad de Psicología. Universidad de La Habana

-**CUEVAS**, Yasmin (2016). “Recomendaciones para el estudio de las Representaciones Sociales en Investigaciones educativas”. Año 11, Núm 21,

-**DÍAZ**, Hernán; **URANGA**, Washington: (2011). “Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria”. En Revista Comunicación y Salud, vol1. Pp 118-124. Editado por INICyS (Instituto Internacional de Comunicación y Salud) ISSN: 2173-167

-**DOBROVSKY**, G. (2005) “Donación de Órganos y subjetividad” la escena de la muerte encefálica y la procuración de órganos para trasplante. Editorial De la Campana. La Plata. Cap. 8 (Pág. 147-173)

-**FERREYRA**, Sonia Edit: (2015). “Donación de órganos: solidaridad, altruismo e inclusión social”. Revista Plaza Pública, Tandil, Año 8 - N° 13, ISSN 1852-2459.

-**MERCADO**, F. **PADILLA**, C. **DÍAZ**, B: (2010). “La donación y el trasplante de órganos según los profesionales de la salud” Panorama bibliográfico y bibliografía anotada. Universidad de Guadalajara Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

-**SANABRIA RAMOS**, Giselda: (2001). “¿Hemos avanzado en la evaluación de la



comunicación en salud?”. Políticas y estrategias en Salud Pública. Facultad de Salud Pública. En Rev Cubana Salud Pública 2001; 27 (1): 5-10. Recuperado de:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol27_1_01/spu01101.pdf

-**VELEZ VELEZ**, Esperanza: (2007). “Donación de órganos, una perspectiva antropológica”. En Revista de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. vol. 10 (n° 3) .Versión impresa ISSN 1139-1375. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752007000300004

Trabajo de grado:

-**ISOGLIO**, Antonela. (2016): “Donación de órganos. Un análisis comunicacional de sus significados sociales”. Trabajo Final para optar al grado académico de Licenciado en Comunicación Social, Universidad Nacional de Córdoba. Posadas: Editorial Universitaria de la Universidad Nacional de Misiones. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/11086/4662>

Legislaciones:

-**Resolución Ministerial N° 199**. “Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos”. Ministerio de Salud, Buenos Aires. 2/03/2004. Recuperado de:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/05-resolucion_msal_199-04.pdf

-**Ley N° 26.066**. “Modificación de la Ley 24.193 de Trasplante de Órganos y Tejidos”, B. O. N° 30.807 publicado el 22/12/2005.

-**Resolución 275.2010**. “Protocolo Nacional para Certificar el Diagnóstico de Muerte Bajo Criterios Neurológicos”. Ministerio de Salud, Buenos Aires. 9/02/2010. B. O. N° 31.844 publicado el 16/02/2010.

-**Resolución 229.2013**. “Programa Nacional “Hospital Donante”. Ministerio de Salud, Buenos Aires, 27/06/2013. Recuperado de:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/08-sisot-res_incucai_229_13.pdf

-**Resolución 143.2014**. “Creación del Sistema de Asistencia Financiera para la instalación del Programa Hospital Donante”. Ministerio de Salud, Buenos Aires, 15/04/2014.

-**Resolución 037.2015**. “Creación de la Unidad de Evaluación del Programa Hospital Donante”. Ministerio de Salud, Buenos Aires, 30/07/2015.



-Programa “Hospital Donante”- Hospital Córdoba, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (**Introducción al programa “Córdoba Procura**).

-Resolución 194.2016. “Programa Nacional de Atención Integrada del Paciente Crítico y Potencial Donante”. Ministerio de Salud, Buenos Aires. 30/05/2016. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/sisot-resolucion-presidencia_194_16.pdf

-Ley N° 27447. “Ley de Trasplante de Órganos, Tejidos y Células: Ley Justina”. Congreso de la Nación Argentina, Buenos Aires. 04/07/2018. B.O N°33919 publicado el 26/07/2018.

-Decreto 16/2019. “Ley de trasplante de órganos, tejidos y células”. Ciudad de Buenos Aires, 04/01/2019. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318537/norma.htm>

-“Protocolo de actuación: Artículo 33 de la ley N° 27.447”-Anexo único. Ciudad de Buenos Aires, 21/08/2018. Recuperado de: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/rs-2018-40486274-apn-incuca_i_ms-resolucion_directorio_5418-anexo_unico.pdf

-Constitución de la Organización Mundial de la Salud [OMS]. Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 07/04/1948. Recuperado de: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

- **“Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud”.** Organización Mundial de la Salud. Canadá 1986. Recuperado de: <https://www.fundadeps.org/recursos/documentos/160/carta-ottawa.pdf>

Notas periodísticas:

-“ECODAIC e ICUCAI optimizan el Programa Hospital Donante”. Portal de Noticias, Gobierno de la Provincia de Córdoba. 14/02/2014. Recuperado de: http://prensa.cba.gov.ar/salud/ecodaic-e-incuca_i-optimizan-el-programa-hospital-donantede

-“Cómo es el trasplante de órganos y tejidos en Córdoba”. Tránsito Córdoba.13/04/2016 Recuperado de: <https://transitocordoba.com/2016/04/como-es-el-transplante-de-organos-y-tejidos-en-cordoba/>

- **“Un mensaje esperanzador: Crece la donación de órganos en la Argentina”.** Clarin.com



(Sociedades) 30/05/2018. Recuperado de: https://www.clarin.com/sociedad/crece-donacion-organos-argentina_0_SkBtFDhy7.html

- **“2019 comenzó con cifras récord de donación de órganos”** Infobae (Salud). 27/02/2019
Recuperado de: <https://www.infobae.com/salud/2019/02/27/2019-comenzo-con-cifras-record-de-donacion-de-organos/>

- **“Donación de órganos: una bandera gigante de Justina ilumina la Casa Rosada”**. La Nación (Sociedades). 27/02/2019. Recuperado de: <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/la-casa-rosada-le-brinda-homenaje-donantes-nid2223874>

- **“Día Mundial del Trasplante de Órganos: en Argentina hay más de 17 mil pacientes en lista de espera”**. Vía País. Redacción Vía País. 27/02/2019. Recuperado de:
<https://viapais.com.ar/argentina/882538-dia-mundial-del-trasplante-de-organos-en-argentina-hay-mas-de-17-mil-pacientes-en-lista-de-espera/>

-**“El ECODAIC cumplió 30 años”**. Portal de Noticias. Gobierno de Córdoba (Salud).4/04/2019. Recuperado de: <http://prensa.cba.gov.ar/salud/el-ecodaic-cumplio-30-anos/>

Sitios web y documentos disponibles online:

- **“Glosario de términos”** INCUCAI- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Recuperado de:
<http://www.incucai.gov.ar/index.php/institucional/glosario/Glosario-1/>.

-**“Comunidad hospitalaria”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/incucai/comunidad-hospitalaria>

-**“Sistema Nacional de Procuración”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de:
<https://www.argentina.gob.ar/salud/incucai/comunidad-hospitalaria/sistema-nacional-procuracion>

-**“Estrategias y programas”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de:



<https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/estrategias-y-programas>

- **“Pasos Operativos”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/pasos-operativos>

- **“Capacitación”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/capacitacion-incucaicomunidad-hospitalaria/capacitacion-incucaicomunidad-hospitalaria>

- **“Reportes y estadísticas”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/reportes-estadisticas>

“Materiales y recursos” (1). Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/incucaicomunidad-hospitalaria/materiales-recursos>

- **“Recomendaciones para elaborar un plan de comunicación”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Materiales y recursos”.

Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001271cnt-recomendaciones_elaborar_plan_comunicacion.pdf

- **“El hospital y su rol en la procuración de órganos y tejidos” (1b)**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Materiales y recursos”. Mayo 2015. Recuperado de:

http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001270cnt-hospital_y_su_rol.pdf

- **“Reportes provinciales”**. Página oficial del Gobierno de la Nación. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. INCUCAI. Recuperado de:

https://www.incucaicomunidad-hospitalaria/mod_orgprovinciales/reportes_provinciales.php?jur=7

- **Manual: “Comisión de Selección y mantenimiento del donante de órganos”**. INCUCAI 12/2005. Recuperado de: https://www.incucaicomunidad-hospitalaria/files/docs-incucaicomunidad-hospitalaria/Materiales/profesionales/08-manual_mantenimiento_incucaicomunidad-hospitalaria_15_05_06.pdf

- **“Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos”**. INCUCAI- Ministerio de



Salud de la Nación. 07/2013. Recuperado de: https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Prof-Sist-Procuracion/01-programa_federal.pdf

-**“Procurar para curar, Manual de tratamiento del donante a corazón batiente”**: (s.f). INCUCAI. Recuperado de: https://www.incucai.gov.ar/files/docs-incucai/Materiales/profesionales/06-manual_procurar_para_curar.pdf

-**“Estrategia Hospital Donante”** INCUCAI- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Recuperado de: <https://www.incucai.gov.ar/index.php/component/content/article/20-institucional/lineas-de-accion/70-estrategia-hospital-donante>

-**“Estrategias de procuración”** INCUCAI- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. Recuperado de: <https://www.incucai.gov.ar/index.php/component/content/article/20-institucional/lineas-de-accion/468-estrategias-de-procuracion>

-**“Argentina Justicia Cerca: quiero ser donante de órganos”**. Página oficial del Gobierno de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://www.argentina.gob.ar/justiciacerca/donante>

-**“De las representaciones colectivas a las representaciones sociales”**, (2015) KORNBLIT, Ana Lía. Recuperado de: <http://milnovecientoosesentayochoblogspot.com/2015/04/de-las-representaciones-colectivas-las.html>

-**“Recomendaciones para la comunicación en donación y trasplante”**, (2012). XII Reunión de la Red- Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplante [RCIDT] 24, 25 y 26 de Octubre de 2012, Quito, Ecuador.

-**“Manual de Donación y Trasplante de Órganos Humanos”** (2015). Caballero, F. & Matesanz, R, 31 de diciembre de 2015, España. Recuperado de: <http://www.coordinaciontrasplantes.org/>

Materiales Institucionales ECODAIC:

-Placas digitales de ECODAIC.

-Folletería institucional de ECODAIC.



-“Ley de Trasplante de órganos y Tejidos” Ley N° 24.193. (Texto actualizado por Ley N°26.066). Impresión: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, abril 2017.

Materiales digitales de otras instituciones:

-Placas digitales del equipo de procuración Hospital Privado.

-Placas digitales del Módulo Optativo “Procuración y Trasplantes de Órganos” de la Carrera de Medicina de la UNC.

Entrevistas exploratorias realizadas:

-Entrevista con Lic. **Paula Colella**, Comunicadora Social de ECODAIC. (Septiembre y octubre 2018)

- Entrevista con Dr. **Martín Torres**, médico cardiólogo, coordinador operativo de ECODAIC. (Septiembre y octubre 2018)

-Entrevista con Dr. **Pablo Novoa**, médico nefrólogo y jefe del servicio de Nefrología en Sanatorio Allende. (Octubre 2018)

-Entrevista con Dra. **Aldana Mano**, médica miembro del equipo de procuración de órganos del Hospital Córdoba. (Diciembre 2018)

-Entrevista con Dr. **Edgar Enrique Lacombe**, médico nefrólogo, primer procurador y ablacionista de órganos en Córdoba y creador del CUCAI, hoy ECODAIC. (Febrero 2019)

-Entrevista con Dra. **Cristina Gómez**, Médica Directora del Hospital Municipal de Urgencias y referente de procuración en la ciudad. (Abril 2019)

