

SECRETARÍA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA

Becas ISALUD

“Dr. Mario González Astorquiza”

Análisis comparativo internacional de los procesos de procuración de órganos sólidos en hospitales seleccionados de Argentina y España

Director: Arturo Schweiger

Co-Directora: Cecilia Murata

Investigadores: Richard Malan;
Liiliana Bisigniano; Martín Torres;
Gisela López; Jéscica Azar; Karina Pujadas;
Luis Migueles; Irina Dozo; Carina Reh;
Amada Sánchez Andía; Nazareno Álvarez

2025

Citar como: Schweiger, A., Murata, C. Malan, R., Bisignano, L., Torres, M., López., G., Azar, J., Pujadas, K., Migueles, L., Dozo, I., Reh, C., Sánchez Andía, A. y Alvarez, N. (2026). Análisis comparativo internacional de los procesos de procuración de órganos sólidos en hospitales seleccionados de Argentina y España. Universidad ISALUD. RID ISALUD.

<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3371>



Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en estudiantes universitarios de la Universidad Isalud sede Tigre y del Centro Universitario Tigre © 2025 por De Campo, Carolina; Arroyo Parisi, Susana; Fil: Coronel, Soledad; Campaña, Fabiana; Carrasco, Mercedes; Gauna, Evelyn; Zerpa, Luz

tiene licencia

CC BY-NC-ND 4.0

Para ver una copia de esta licencia, visita

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimientos

Se agradece especialmente al Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), a la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), a la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva (SATI) y a la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICyUC) por su valiosa colaboración en el desarrollo de la presente investigación. Su aporte fue fundamental tanto en la selección de los hospitales participantes como en la facilitación de los contactos necesarios para la realización de entrevistas a coordinadores hospitalarios e intensivistas, lo que permitió enriquecer el análisis y fortalecer la calidad del estudio.

Índice

Resumen ejecutivo	5
1. Introducción	8
2. Planteo del Problema	11
3. Objetivos	12
3.1. Objetivo general	12
3.2. Objetivos específicos	12
4. Marco teórico.....	13
4.1. La donación y procuración de órganos como problema de política	13
4.2. El proceso de donación de órganos y sus etapas críticas.....	13
4.3. Procesos de procuración y trasplante de órganos en España y en Argentina	14
4.4. Las tasas de procuración de órganos y tejidos	19
4.4.1. Tasas de procuración en prepandemia: 2018 a 2020	21
4.4.2. Tasas de procuración en pospandemia: 2021 a 2023.....	23
4.5. El hospital como organización compleja en la procuración de órganos	25
4.6. Evolución del paradigma: del homo economicus al homo sapiens	25
4.7. Arquitectura de decisiones y el marco EAST	26
4.8. El modelo COM-B para el análisis del comportamiento.....	27
4.9. Ciencias del comportamiento aplicadas a políticas públicas de salud.....	27
4.10. Barreras conductuales en la procuración hospitalaria	28
4.11. Diseño de intervenciones para responder a las barreras en la procuración hospitalaria	29
5. Metodología	30
5.1. Selección de hospitales argentinos y españoles.....	30
5.2. Selección de hospitales argentinos	30
5.3. Selección de hospitales españoles	32
5.4. Instrumento de recolección de datos.....	32
5.5. Procedimientos	33
6. Resultados	35
6.1 Argentina.....	35
6.1.1. Análisis de entrevistas	36
6.2. España	73
6.2.1. Análisis de entrevistas	74

7.	Discusión integrada desde la Economía del Comportamiento: análisis transversal, comparación entre sistemas e implicancias de diseño.....	97
7.1.	Análisis transversal de barreras y facilitadores en la procuración hospitalaria: regularidades en Argentina y España	97
7.1.1.	Argentina.....	97
7.1.2.	España	102
7.2.	Análisis comparativo desde la Economía del Comportamiento: arquitectura de decisiones y desempeño hospitalario en Argentina y España	107
7.3.	Diseño de nudges organizacionales para la procuración de órganos.....	109
8.	Conclusiones y aportes al proceso de procuración hospitalaria	113
9.	Referencias bibliográficas	116

Resumen ejecutivo

Título del Proyecto: Análisis comparativo internacional de los procesos de procuración de órganos sólidos en hospitales seleccionados de Argentina y España

Director: Mg. Arturo Schweiger

Co-dirección: Dra. Cecilia Murata

Equipo de investigación: Dr. Richard Malan, Dra. Liliana Bisigniano, Dr. Martín Torres, Esp. Gisela López, Mg. Jérica Azar, Lic. Karina Pujadas, Dr. Luis Migueles, Dra. Irina Dozo

Becarios: Dra. Carina Reh, Dra. Amada Sánchez Andía, Lic. Nazareno Álvarez

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

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

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

En el plano cuantitativo, un primer nivel de análisis pone de relieve las grandes diferencias en los niveles de procuración de España en comparación con países europeos y el resto del mundo. El nivel de procuración para Argentina no es despreciable, manteniéndose en los primeros puestos para Latinoamérica. Es importante señalar que el análisis comparativo plantea el

abordaje de una problemática compleja para cada país. Por otro lado, es importante tener en cuenta que la selección de hospitales estuvo consensuada institucionalmente tanto por la ONT como por el INCUCAI. En virtud del respaldo de estas organizaciones se viabilizó la obtención de permisos y autorizaciones respectivos para la participación institucional, así como de los profesionales intensivistas. Para el caso de los intensivistas, las gestiones abarcaron, a su vez, a las sociedades científicas de referencia profesional para cada país, a saber, la **Sociedad Española de Medicina Interna Crítica y Unidades Coronarias** (SEMICyUC) de España y la **Sociedad Argentina de Terapia Intensiva** (SATI) de Argentina. Estos planos estructurales e institucionales de los sistemas sanitarios enfatizan la complejidad de los sistemas sanitarios en los que se enmarcan los procesos de procuración.

El eje cualitativo está centrado en los perfiles comportamentales de los intensivistas desde la perspectiva de la Economía del Comportamiento, considerando la complejidad de la problemática bajo estudio y el foco comparativo de análisis. Se diseñó un modelo de entrevista abarcando las dimensiones comportamentales vinculadas a la procuración de órganos sólidos. El proceso de recolección de datos cualitativos también pone de relieve la *articulación internacional*, lo que constituye una característica relevante de este estudio.

El análisis comparativo internacional se organizó en tres niveles: en primer lugar, el análisis de los casos para cada país, esto es, los hospitales argentinos y los hospitales españoles. En segundo lugar, el análisis transversal dentro de cada país, identificando barreras y facilitadores para la procuración de órganos. En tercer y último lugar, el análisis comparativo entre Argentina y España, siempre desde la perspectiva de la Economía del Comportamiento.

Con relación al análisis de los hospitales argentinos, entre las **barreras** identificadas se destacan las fricciones organizacionales, las identidades y roles profesionales, las disparidades en la formación específica requerida, y barreras estructurales del entorno sanitario (sobrecarga, presión, conflicto de prioridades). Entre los **facilitadores** se encontraron la institucionalización de la procuración como parte del rol profesional, el uso de protocolos claros, la capacitación continua, además de contar con referentes organizacionales que lideran el proceso para darle fluidez.

Con relación a los hospitales españoles, entre las **barreras** identificadas, las fricciones se concentran en las dimensiones emocionales y relacionales propias de la interacción humana en situaciones críticas. Se trata de barreras situadas, que emergen en momentos de alta carga afectiva y que requieren habilidades comunicacionales, contención emocional y coordinación

interpersonal. En este sentido las barreras se asocian a la gestión de las dimensiones humanas que atraviesan la toma de decisiones. En cuanto a los **facilitadores** en hospitales españoles, el análisis pone en evidencia que la procuración se encuentra profundamente institucionalizada, acompañada por roles claros, la coordinación estable, los protocolos estandarizados, la cultura compartida y habilidades comunicacionales consolidadas. Por lo tanto, la arquitectura de la decisión está favorecida por las condiciones organizacionales para simplificar el proceso decisorio, automatizar las rutinas y sostener el compromiso del equipo a lo largo del tiempo.

En cuanto al **análisis comparativo internacional**, se han encontrado evidencias de dos configuraciones conductuales diferenciadas del mismo proceso. En Argentina predominan fricciones estructurales asociadas a déficits de capacidad y oportunidad, que elevan el costo de actuar y dificultan la activación del circuito. En España, la arquitectura organizacional reduce fricciones, automatiza comportamientos y desplaza los desafíos hacia dimensiones emocionales y relacionales.

Desde la perspectiva de la Economía del Comportamiento, las diferencias se sustentan en la propia arquitectura del entorno de decisiones. Cuando el contexto simplifica la acción, se clarifican los roles y funciones, alineando el complejo proceso de procuración con rutinas habituales que dan consistencia y predictibilidad al comportamiento. Cuando el contexto impone costos cognitivos y operativos, se dificulta el propio proceso de procuración, incluyendo su omisión.

El análisis comparativo pone el foco en el *diseño institucional*, considerando la procuración como un problema de arquitectura decisional en la política sanitaria. En consecuencia, las intervenciones desde la Economía del Comportamiento apuntan a la estructura del entorno: apelando a la reducción de fricciones, la simplificación de los procedimientos, la facilitación de automatismos a fin de lograr resultados alineados a los estándares internacionales.

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

1. Introducción

La procuración de órganos para trasplante constituye una cuestión central de salud pública, en un contexto marcado por el incremento sostenido de las enfermedades crónicas no transmisibles. Este fenómeno ha generado un aumento progresivo del número de personas que dependen de un trasplante para su supervivencia (Bacqué, Vallejos & Bisigniano, 2017; OMS, 2022; OPS/OMS, 2019). Sin embargo, los niveles de procuración presentan marcadas diferencias entre países, atribuibles a una multiplicidad de factores institucionales, organizacionales y profesionales. El presente trabajo se focaliza en el comportamiento de los médicos intensivistas en relación con la actividad de procuración de órganos.

El Programa Español de Donación y Trasplante se ha consolidado como un modelo de referencia a nivel internacional, manteniendo durante las últimas dos décadas algunas de las tasas de donación más elevadas entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (Arshad et al., 2019; Domínguez-Gil, 2020; Etheredge, 2021; Matesanz et al., 2017). El éxito de este programa se asocia a un conjunto de elementos interrelacionados: una estructura de gestión altamente coordinada, la profesionalización del proceso, la formación continua de los equipos de salud, mecanismos de financiamiento adecuados y una estrategia de comunicación sostenida con la sociedad. Diversas revisiones recientes destacan la posibilidad de adaptar este modelo a otros contextos nacionales, incluso en escenarios económicos restrictivos (Streit et al., 2023a; Streit et al., 2023b).

En América Latina, la implementación de estrategias inspiradas en el modelo español ha contribuido a incrementos significativos en las tasas de donación y trasplante (Duro, 2001; Martínez-Torres et al., 2001; Matesanz & Domínguez-Gil, 2007; Mizraji, 2001; Morales, 2001). En este marco, la capacitación y especialización de los profesionales involucrados en el proceso de procuración y trasplante se reconoce como un factor clave para la sostenibilidad y eficacia del sistema (EDQM, 2016). En particular, el médico intensivista ocupa un rol estratégico, ya que su perfil profesional integra conocimientos y competencias necesarias para intervenir en todas las fases del proceso de procuración (Díaz-Tostado, 2012; Istrate et al., 2015; Martín-Delgado et al., 2019; Sánchez Miret & Araiz, 2001; Sakpal et al., 2018).

En Argentina, si bien las tasas de procuración y trasplante han mostrado una evolución favorable en los últimos años, continúan siendo insuficientes para dar respuesta a la demanda existente en la lista de espera (INCUCAI, 2020). Esta situación se ve agravada por el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles y por la persistencia de importantes disparidades

regionales. Asimismo, el período de análisis considerado (2018–2023) permite observar el impacto significativo que tuvo la pandemia por COVID-19 sobre los procesos de procuración, tanto en Argentina como en España.

La procuración de órganos sólidos constituye una etapa crítica dentro de los sistemas de trasplante, caracterizada por la intervención de múltiples actores, distintos niveles de coordinación y una compleja dinámica de toma de decisiones que se desarrolla principalmente en el ámbito hospitalario. En ambos países, la actividad se encuentra regulada por marcos normativos consolidados y coordinada por organismos nacionales especializados —el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) en Argentina, y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) en España — que articulan su accionar con los hospitales habilitados.

En este campo, la toma de decisiones resulta un componente transversal a todas las instancias del proceso. La literatura ha señalado la importancia de promover actitudes positivas hacia la donación, tanto en la población general como entre los profesionales de la salud, así como de identificar los factores que influyen en la conducta decisoria de los equipos involucrados en la procuración (Butler et al., 2020; Escudero & Otero, 2015; Farrell, 2015; Hvidt et al., 2016; Patel et al., 2019; Ríos et al., 2014; Sebastián-Ruiz et al., 2017).

En este sentido, la Economía del Comportamiento ofrece un marco analítico particularmente relevante para el estudio de los procesos decisorios en el ámbito de la salud. Este enfoque permite identificar sesgos cognitivos y diseñar intervenciones orientadas a modificar conductas de manera sistemática y predecible (Thaler & Sunstein, 2009), favoreciendo tanto la evaluación del impacto de las políticas públicas como la optimización del uso de los recursos sanitarios (Luoto & Carman, 2014; Matjasko et al., 2016; Oliva Moreno et al., 2018; BID, 2022). Su aplicación en el campo de la procuración y trasplante de órganos ha mostrado resultados prometedores (Aghdam et al., 2022).

A pesar de la relevancia del rol profesional en este proceso, en Argentina son escasas las investigaciones que analizan de manera específica el accionar del médico intensivista en la procuración de órganos (Bacqué et al., 2018; Roberti et al., 2014; Rodríguez et al., 2009). Frente a este vacío parcial de conocimiento, la presente investigación propone un análisis comparativo internacional de perfiles comportamentales de intensivistas de hospitales públicos de Argentina y de España.

Si bien ambos países comparten marcos normativos y estructuras institucionales que promueven la donación, los resultados en procuración presentan una marcada variabilidad entre hospitales, incluso entre aquellos con características estructurales similares. Esta heterogeneidad sugiere que los niveles de desempeño no dependen exclusivamente de factores normativos o demográficos, sino también de los procesos organizacionales y de las dinámicas decisorias que se desarrollan al interior de las instituciones.

Desde esta perspectiva, resulta pertinente avanzar en un análisis que permita comprender en profundidad los procesos institucionales de procuración a nivel hospitalario, identificando los factores que actúan como barreras o facilitadores en el complejo proceso de procuración. En este marco, el presente informe se propone integrar y sistematizar la evidencia producida en el proyecto, combinando información cuantitativa sobre el desempeño hospitalario con el análisis de los procesos organizacionales, con el objetivo de aportar una comprensión más acabada de las dinámicas que inciden en la procuración de órganos sólidos en hospitales públicos de Argentina y España.

2. Planteo del Problema

El proceso de procuración de órganos sólidos constituye un componente central para la efectividad de los sistemas de trasplante en cualquier país, ya que determina la disponibilidad de órganos y, en consecuencia, las posibilidades de tratamiento para pacientes en lista de espera. A pesar de los avances en la coordinación y gestión hospitalaria, los procesos de procuración muestran variaciones significativas según las características del sistema sanitario, la organización institucional y los perfiles de los profesionales involucrados.

En Argentina, los procesos de procuración pueden desarrollarse bajo modalidades intrahospitalarias, en las que los propios hospitales gestionan todos los pasos del proceso, o bajo modalidades extrahospitalarias, en las que el servicio de procuración de INCUCAI, externo al hospital, se encarga de la coordinación. En España, los procesos se gestionan a través de servicios de procuración y trasplante con coordinadores hospitalarios específicos, lo que permite una uniformidad y control centralizado. Estas diferencias estructurales y organizativas plantean un desafío para entender la interacción de los factores institucionales y comportamentales en los niveles de desempeño de procuración de órganos.

Si bien existen datos cuantitativos sobre tasas de procuración y listados de hospitales habilitados, aún se conoce poco sobre los factores conductuales y contextuales que inciden en la eficacia de los procesos de procuración a nivel hospitalario. En particular, la toma de decisiones de los intensivistas – profesionales clave en la identificación y manejo de donantes potenciales – puede estar influida por variables de contexto, incentivos institucionales y dinámicas de coordinación que no siempre se reflejan en los datos estadísticos.

Esta situación pone en evidencia la necesidad de un análisis comparativo que permita identificar diferencias estructurales, organizativas y de desempeño entre hospitales de Argentina y de España que impactan en los procesos de procuración de órganos sólidos. Al integrar información cuantitativa sobre desempeño institucional con información cualitativa sobre los perfiles comportamentales de los intensivistas, el proyecto busca generar conocimiento para optimizar la gestión hospitalaria, reducir barreras y fortalecer las prácticas de procuración en ambos contextos.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar comparativamente los procesos de procuración de órganos sólidos en hospitales seleccionados de Argentina y España, en relación con sus niveles de desempeño en procuración

3.2. Objetivos específicos

- Describir las modalidades institucionales de organización y gestión de la procuración de órganos en los hospitales seleccionados de ambos países.
- Analizar los procesos de coordinación y toma de decisiones asociados a la procuración a nivel hospitalario, desde la perspectiva de la Economía del Comportamiento.
- Identificar barreras y facilitadores institucionales que influyen en los procesos de procuración de órganos sólidos, a partir de la información relevada mediante entrevistas y espacios de intercambio con referentes hospitalarios.
- Comparar los procesos institucionales de procuración entre hospitales con distintos niveles de desempeño en procuración.

4. Marco teórico

4.1. La donación y procuración de órganos como problema de política sanitaria

La donación y el trasplante de órganos constituyen una política sanitaria estratégica orientada a reducir la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas y agudas en estadio terminal. A pesar de los avances normativos y tecnológicos, persiste una brecha estructural entre la cantidad de personas en lista de espera y el número de trasplantes efectivamente realizados, lo que posiciona a la procuración de órganos como un problema complejo de gestión del sistema de salud.

La evidencia internacional indica que dicha brecha no puede explicarse únicamente por factores culturales o por la voluntad social de donar, sino que responde en gran medida a limitaciones organizacionales y operativas dentro de los sistemas sanitarios, particularmente en el ámbito hospitalario (Flodén et al., 2006; Siminoff et al., 1995). En este sentido, la donación de órganos debe ser comprendida como un proceso sanitario multietápico, altamente dependiente de la coordinación institucional, la organización del trabajo y las conductas de los equipos de salud.

4.2. El proceso de donación de órganos y sus etapas críticas

El proceso de donación comprende una secuencia de etapas interdependientes que incluyen la detección temprana del potencial donante, su notificación a los organismos de procuración, el mantenimiento clínico adecuado, la evaluación médica y legal, la entrevista familiar y la ablación de órganos. La interrupción o falla en cualquiera de estas instancias implica la pérdida irreversible de una oportunidad de trasplante.

Diversos estudios han identificado que una proporción significativa de las pérdidas de potenciales donantes ocurre en las etapas iniciales del proceso, particularmente en la detección y el reporte oportuno desde las unidades de cuidados críticos y los servicios de emergencia (Oczkowski et al., 2019; Squires et al., 2018). Estas fallas iniciales operan como cuellos de botella sistémicos que limitan el impacto de políticas y marcos normativos favorables.

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

Los procesos de procuración y trasplante se enmarcan en los sistemas sanitarios que prescriben su funcionamiento. El modelo español de donación y trasplante de órganos se sustenta en un entramado normativo e institucional sólido, orientado a garantizar la seguridad del proceso, la calidad asistencial y el respeto por la autonomía de las personas. El marco legal central está constituido por la Ley 30/1979 de Trasplantes, que establece como principio rector el consentimiento presunto, según el cual la extracción de órganos puede llevarse a cabo siempre que la persona fallecida no haya manifestado en vida su oposición. Este principio se complementa con lo dispuesto en el Real Decreto 1723/2012, que regula de manera detallada los requisitos para la obtención y utilización clínica de órganos humanos, incluyendo la obligatoriedad de que la certificación de la muerte sea realizada por profesionales médicos ajenos al equipo extractor, garantizando la separación de funciones y la transparencia del proceso.

Asimismo, la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente incorpora el marco legal para el respeto de la voluntad anticipada, permitiendo a los ciudadanos expresar sus decisiones a través del Registro Nacional de Instrucciones Previas (RNIP), donde puede dejarse constancia expresa respecto del destino del propio cuerpo y de los órganos tras el fallecimiento.

Desde el punto de vista clínico y operativo, el modelo español distingue claramente los escenarios en los que puede producirse la donación de órganos, de acuerdo con los criterios de certificación de la muerte. Esta puede basarse en el cese irreversible de las funciones encefálicas (muerte encefálica) o en el cese irreversible de las funciones circulatorias y respiratorias (donación en asistolia). En relación con esta última, el Documento Nacional de Consenso sobre Donación en Asistolia (2012) diferencia dos modalidades principales: la asistolia no controlada (Tipo II), correspondiente a personas que sufren una parada cardiorrespiratoria tras maniobras de reanimación infructuosas, y la asistolia controlada (Tipo III), que se produce en pacientes con fallecimiento previsible tras la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV). Esta clasificación resulta fundamental para comprender las particularidades éticas, organizativas y clínicas asociadas a cada modalidad de donación.

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT), creada en 1989 en el marco del sistema de salud español consolidado tras la Constitución democrática de 1978, gestiona el proceso de donación y trasplante como una red altamente coordinada que se desarrolla principalmente en el ámbito hospitalario. El proceso se inicia con la detección del posible donante y se extiende

hasta el seguimiento posterior al trasplante, incluyendo la identificación, caracterización y valoración del donante potencial, el mantenimiento de la viabilidad de los órganos, la asignación de receptores y la logística de extracción, transporte e implante.

De manera transversal, la gestión de la información se apoya en sistemas informáticos que permiten administrar las listas de espera, asegurar la trazabilidad de los órganos y garantizar la biovigilancia. Todo el proceso se encuentra sujeto a mecanismos sistemáticos de control de calidad, auditorías, formación continua e investigación, bajo estrictos principios éticos, legales y de confidencialidad.

Si bien el ordenamiento jurídico reconoce el consentimiento presunto, en la práctica clínica el consentimiento familiar o de los representantes legales constituye un componente central del proceso de donación. La entrevista familiar se concibe como un procedimiento estructurado que se desarrolla en tres momentos. En una fase previa, se verifica la existencia de voluntades anticipadas y se prepara la entrevista con información clara, completa y veraz. Durante la fase de entrevista propiamente dicha, se solicita de manera explícita el consentimiento, se responden las dudas de la familia —incluidas aquellas vinculadas a la restauración del cuerpo— y se brinda acompañamiento emocional. Finalmente, en la fase posterior, se documenta formalmente la decisión adoptada y, en determinados casos, se envía una comunicación de agradecimiento como forma de reconocimiento institucional.

Un elemento distintivo del modelo español es la incorporación de los Cuidados Intensivos Orientados a la Donación (CIOD), entendidos como el inicio o la continuidad de medidas de soporte intensivo en pacientes con daño cerebral catastrófico y pronóstico vital irreversible, con el objetivo de posibilitar la donación en caso de evolución hacia la muerte encefálica. Los CIOD se conciben como una extensión de los cuidados al final de la vida y requieren un consenso previo entre los profesionales médicos respecto a la futilidad del tratamiento con fines terapéuticos. El consentimiento inicial para estas medidas suele ser verbal y queda registrado en la historia clínica, mientras que la solicitud formal de donación se realiza únicamente una vez confirmada la muerte encefálica.

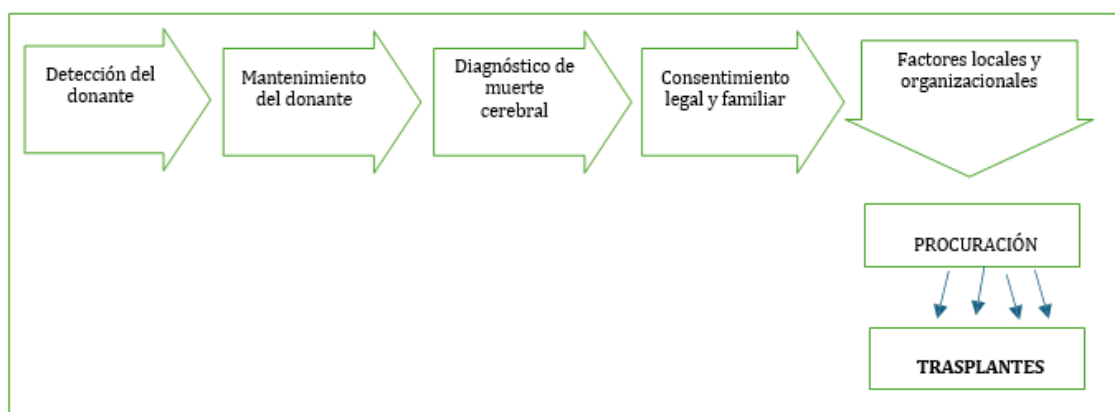
En aquellas situaciones en las que el fallecimiento ocurre en un contexto de muerte accidental o bajo investigación judicial, resulta indispensable obtener la autorización del juez de instrucción correspondiente. Para ello, la Coordinación de Trasplantes debe remitir la documentación pertinente, que incluye el certificado de defunción, un informe médico detallado y una acreditación que certifique que los profesionales que constatan la muerte no

integran el equipo trasplantador. En los casos de donación en asistolia, se aplica además un protocolo específico de cadena de custodia para las muestras biológicas, que quedan a disposición de la autoridad judicial.

En términos estratégicos, el programa español ha mostrado una evolución sostenida orientada a la mejora continua del sistema. En 2008, la ONT lanzó el plan Donación 40, con el objetivo de alcanzar los 40 donantes por millón de habitantes, meta que fue superada en 2018, previo a la pandemia por COVID-19. Este logro impulsó la redefinición de los objetivos estratégicos a largo plazo, con énfasis en la sostenibilidad, la seguridad de los procesos y la optimización del desempeño. Entre las principales líneas de acción se destacan la mejora en la detección de potenciales donantes fuera de las unidades de cuidados intensivos, la ampliación de los criterios de donación, el desarrollo de la donación en asistolia, el fortalecimiento del trasplante renal de donante vivo y la implementación de estrategias específicas para la donación pediátrica (ONT, 2018; Streit et al., 2023).

En este marco, el proceso de procuración y trasplante de órganos sólidos en España se desarrolla íntegramente dentro del hospital y bajo la supervisión del coordinador hospitalario de trasplantes, habitualmente un médico intensivista. Las etapas comprenden la identificación del donante, el mantenimiento adecuado, el diagnóstico de muerte encefálica, la obtención del consentimiento familiar y legal, la consideración de factores organizacionales y locales, la procuración y el trasplante propiamente dicho (Matesanz & Domínguez-Gil, 2007; Domínguez-Gil, 2021) (ver Figura 1).

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



Fuente: Matesanz & Domínguez-Gil, 2007

El Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI) constituye el organismo rector del sistema nacional de donación y trasplante de órganos, tejidos y células en la República Argentina. Se trata de un ente descentralizado y autárquico,

dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, responsable de la promoción, regulación, coordinación y fiscalización de las actividades vinculadas a la procuración y el trasplante, en articulación con los 24 Organismos Provinciales de Ablación e Implante (OPAI). Su finalidad es garantizar un acceso equitativo, transparente y oportuno al trasplante en todo el territorio nacional (INCUCAI, 2021; Torres, 2009).

El marco normativo vigente se encuentra establecido por la Ley N° 27.447, conocida como “Ley Justina”, sancionada en el año 2018. Esta normativa consolidó el sistema de donante presunto (“sistema opt-out” en su denominación sajona) y fortaleció la responsabilidad del Estado en la organización de la actividad, promoviendo la creación y el desarrollo de servicios de coordinación de trasplantes en los establecimientos hospitalarios. Tras su implementación, Argentina alcanzó en 2019 un récord histórico de 19,65 donantes por millón de habitantes; sin embargo, las tasas experimentaron posteriormente un estancamiento, lo que sugiere que el marco legal y el aumento de la conciencia pública, si bien necesarios, no resultan suficientes por sí mismos para garantizar la eficiencia del sistema. La evidencia disponible señala la persistencia de barreras críticas en el proceso intrahospitalario de procuración.

En el marco de este entramado institucional, el Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA), aprobado mediante la Resolución INCUCAI N.º 117/2004, constituye una herramienta estratégica para la gestión integral del sistema. SINTRA permite el registro, monitoreo y evaluación en tiempo real de las actividades de procuración y trasplante, integrando a escala nacional a los distintos actores involucrados, tales como coordinadores hospitalarios, establecimientos asistenciales, centros de diálisis y trasplante, financiadores y organismos provinciales. Asimismo, el sistema se caracteriza por su alto grado de transparencia, al posibilitar la trazabilidad de los procesos y contar con una Central de Reportes y Estadísticas de acceso público (CRESI), que contribuye a la rendición de cuentas del sistema (INCUCAI, 2025).

En términos de políticas específicas orientadas al fortalecimiento de la procuración, un hito relevante fue la aprobación del Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos mediante la Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N.º 199/2004. Este programa marcó un punto de inflexión al reconocer la procuración como una actividad asistencial propia del ámbito hospitalario y al crear la figura del coordinador hospitalario de trasplantes. Bajo este enfoque, los hospitales — y en particular las unidades de cuidados críticos — fueron identificados como los principales generadores de potenciales donantes, incorporando la procuración dentro de sus objetivos institucionales. El programa incluyó, además,

subprogramas específicos orientados a garantizar la calidad y ampliar el alcance del proceso de procuración (Ministerio de Salud de la Nación, 2004).

El fortalecimiento del enfoque intrahospitalario se profundizó posteriormente con la creación del Programa Hospital Donante, aprobado mediante la Resolución INCUCAI N.º 229/2013, que consolidó el rol de los establecimientos de salud como actores centrales del sistema. Este proceso se afianzó a partir de 2022 con el desarrollo del Programa Procurar, elaborado por el INCUCAI y aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación, cuyo objetivo principal es incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos mediante la transformación del modelo organizativo de la procuración, promoviendo el pasaje de esquemas predominantemente extrahospitalarios hacia un modelo intrahospitalario.

El Programa Procurar establece la creación de Unidades Hospitalarias de Procuración de Órganos y Tejidos (UHPROT) dentro de la estructura organizativa de los establecimientos sanitarios, con equipos propios designados por la institución, financiamiento mediante presupuesto interno, protocolos institucionales específicos y programas de capacitación continua. De este modo, la actividad de procuración se integra de manera explícita a los objetivos estratégicos del hospital, promoviendo la autosuficiencia operativa y la consolidación de una cultura institucional favorable a la donación (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

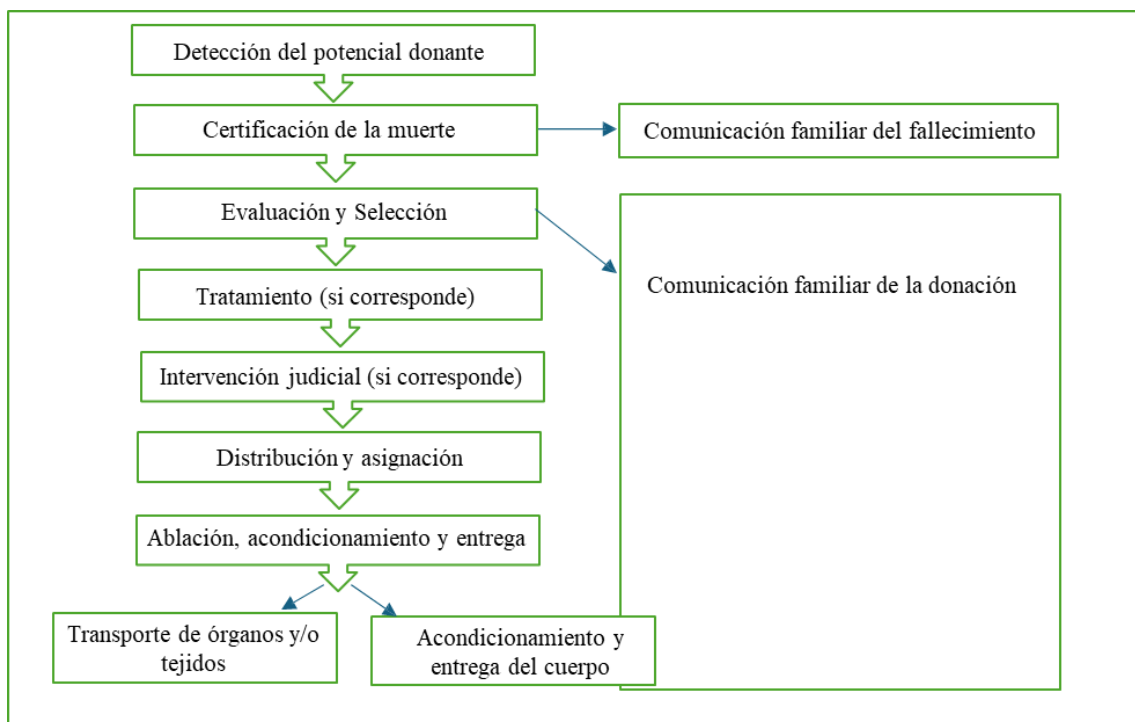
Las UHPROT son responsables del abordaje integral del potencial donante, tanto en los casos de fallecimiento por cese irreversible de las funciones circulatorias — orientados principalmente a la procuración de tejidos — como en aquellos derivados del cese irreversible de las funciones encefálicas, que permiten la procuración de órganos y tejidos. La implementación del Programa Procurar se inició en 2022 mediante la incorporación progresiva de establecimientos, formalizada a través de compromisos de gestión suscriptos entre las autoridades sanitarias nacionales, los OPAI, las autoridades hospitalarias y el INCUCAI, consolidando un esquema de gobernanza compartida y coordinación interinstitucional (Ministerio de Salud de la Nación, 2022).

En este marco, el proceso de procuración y trasplante en Argentina comprende una serie de etapas secuenciales: detección del potencial donante en las unidades de terapia intensiva, certificación de la muerte, selección y mantenimiento del donante, expresión de la voluntad de donación, búsqueda y asignación de receptores, ablación, traslado y trasplante (Ministerio de Salud de la Nación, Resolución N.º 1642/2022) (ver figura 2). Estos procesos pueden desarrollarse bajo tres modalidades de gestión: un modelo intrahospitalario, similar al español;

un modelo extrahospitalario, coordinado por el INCUCAI como organismo externo al hospital; y un modelo mixto, que combina instancias intra y extrahospitalarias. Estas modalidades se inscriben dentro del marco del Programa para la implementación de Unidades Hospitalarias de Procuración de Órganos y Tejidos, orientado a incrementar la disponibilidad de órganos y tejidos para trasplante (INCUCAI, 2023).

En conjunto, la actividad de procuración en Argentina ha mostrado una evolución favorable dentro de la región, resultado de un conjunto coordinado de acciones orientadas a garantizar accesibilidad, equidad y eficiencia en el acceso al trasplante. El rol del INCUCAI como organismo rector, en articulación con los organismos provinciales y con instituciones internacionales —en particular la Organización Nacional de Trasplantes de España, a través del programa Alianza— ha contribuido al fortalecimiento del sistema y a la capacitación sostenida de profesionales argentinos en el modelo español (RCIDT, 2023).

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



Fuente: INCUCAI, 2016; Ministerio de Salud, 2022

4.4. Las tasas de procuración de órganos y tejidos

La tasa de donación de órganos, o índice PMP, expresa la cantidad de donantes por millón de habitantes de la población. Es una medida ampliamente utilizada como parámetro del funcionamiento de los programas de donación. Además, es usado para la comparación de

programas regionales o nacionales en un modo estandarizado (Weiss et al., 2018). La tabla 1 refleja los resultados de la implementación del programa en el contexto europeo en 2023, ordenados según el índice PMP (pacientes por millón de población).

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

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

Fuente: EDQM, 2023

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

Para Latinoamérica, los resultados argentinos en procuración lideran junto con Uruguay y Brasil la región, tal como se observa en la tabla 2. Tal como destaca Domínguez-Gil (2023),

las recomendaciones del consejo europeo presidido por ONT permiten mejorar la atención a los pacientes desde la perspectiva de la donación y el trasplante, así como continuar el desarrollo de sus programas hacia la autosuficiencia, transparencia e innovación responsable.

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

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

PMP: Pacientes por millón de población

Fuente: EDQM, 2023

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

4.4.1. Tasas de procuración en prepandemia: 2018 a 2020

Es importante tener en cuenta que las tasas de procuración son el resultado de la implementación de programas para donación y trasplante bajo las recomendaciones globales. Sin embargo, el impacto de la pandemia por COVID ha afectado todos los resultados. En la tabla siguiente (tabla 3) pueden observarse los resultados prepandemia para los países de la unión europea.

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

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

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

Fuente: EDQM, 2019,2020

En la tabla siguiente (tabla 4) pueden observarse los resultados de la actividad de donación en el período prepandemia para los mismos países de Latinoamérica. Se destacan Brasil, Uruguay y Argentina liderando la región. Asimismo, se evidencia en impacto de la pandemia por COVID en los resultados del 2020. Además, se observa que algunos países de Latinoamérica no han enviado la información específica para cada período presentado.

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

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

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

Fuente: EDQM, 2019, 2020

4.4.2. Tasas de procuración en pospandemia: 2021 a 2023

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

Tabla 5: Actividad de donación de países de Latinoamérica en el período 2018 a 2020

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

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

Fuente: EDQM, 2019, 2020

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

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

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

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

Fuente: EDQM, 2019, 2020

4.5.El hospital como organización compleja en la procuración de órganos

El hospital constituye el escenario central donde se define el éxito o fracaso del proceso de donación. Lejos de ser un espacio neutro de aplicación de normas, el hospital es una organización compleja, caracterizada por múltiples jerarquías profesionales, rutinas asistenciales intensivas, alta presión temporal y coexistencia de prioridades clínicas en competencia. En este contexto, la donación de órganos suele ser percibida como una actividad secundaria o excepcional, especialmente cuando no se encuentra plenamente integrada a los roles profesionales y a los circuitos formales de trabajo. La literatura señala que, en ausencia de mecanismos organizacionales claros, la procuración tiende a quedar relegada frente a demandas asistenciales inmediatas, aun cuando exista acuerdo ético y normativo sobre su importancia (Fenner et al., 2014; Hvidt et al., 2016).

4.6.Evolución del paradigma: del homo economicus al homo sapiens

La economía tradicional ha operado bajo la premisa de que los individuos son agentes racionales que maximizan su utilidad mediante un análisis de costo-beneficio. Sin embargo, la

Economía del Comportamiento surge como una ruptura con este modelo, reconociendo que los seres humanos poseen una racionalidad limitada, problemas de autocontrol y tendencias de reciprocidad.

Daniel Kahneman (2011) postula que la toma de decisiones está regida por dos sistemas: el Sistema 1 (intuitivo, rápido y propenso a sesgos) y el Sistema 2 (reflexivo y lento). En entornos hospitalarios de alta presión, la mayoría de las decisiones se toman a través del Sistema 1, lo que hace que los profesionales sean susceptibles a errores sistemáticos o sesgos cognitivos, como el sesgo del presente —donde se prioriza al paciente actual sobre el beneficio futuro de un receptor desconocido— o el sesgo de statu quo.

En la toma de decisiones, las personas suelen estar influidas por diversos sesgos cognitivos tales como el exceso de confianza, el sesgo de statu quo, el efecto de encuadre, la aversión a las pérdidas, el efecto de primacía, el anclaje, entre otros. Estos sesgos representan desviaciones sistemáticas del comportamiento racional y explican por qué, en determinadas circunstancias, los individuos no adoptan decisiones óptimas (Kahneman, 2011).

4.7. Arquitectura de decisiones y el marco EAST

Uno de los aportes centrales de la Economía del Comportamiento radica en el estudio del marco o encuadre desde el cual las personas perciben y procesan la información al momento de decidir. Este enfoque sostiene que las decisiones no se toman en el vacío, sino que están profundamente condicionadas por factores sociológicos y contextuales, tales como la cultura, las normas sociales y las costumbres propias de cada población. De este modo, se amplía la comprensión tradicional de la racionalidad individual, incorporando dimensiones que explican cómo las personas piensan, sienten y actúan en contextos reales.

Desde esta perspectiva, la Economía del Comportamiento permite aprovechar los mismos mecanismos psicológicos que influyen en conductas de riesgo para promover comportamientos más saludables, reduciendo la probabilidad de desarrollar enfermedades y mejorando los resultados en salud. El objetivo de estas intervenciones es guiar la toma de decisiones a partir de la identificación de los denominados “cuellos de botella” conductuales que interfieren con la adopción de prácticas saludables, lo que requiere comprender el sistema de creencias y el conjunto de reglas que motivan las acciones de los individuos (Abellán & Gómez, 2019).

La Economía del Comportamiento propone que las conductas pueden modificarse mediante la arquitectura de las decisiones, diseñando contextos que faciliten la opción deseada a través de

"nudges" o "empujoncitos" (Abellán & Gómez, 2019). Estas estrategias respetan la autonomía individual y favorecen decisiones alineadas con el bienestar propio, utilizando preferencias conocidas, normas sociales o incentivos no coercitivos. Los nudges se encuadran dentro de la arquitectura de decisiones y constituyen herramientas particularmente útiles para intervenir en contextos organizacionales complejos. Para que estas intervenciones sean efectivas en el ámbito sanitario, deben seguir el marco EAST, asegurando que la acción sea:

- a) Fácil (Easy): Simplificando procesos y reduciendo fricciones.
- b) Atractivo (Attractive): Captando la atención y resaltando propósitos claros.
- c) Social (Social): Utilizando la influencia de pares y normas del entorno.
- d) Oportuno (Timely): Entregando el mensaje en el momento preciso de la decisión.

4.8.El modelo COM-B para el análisis del comportamiento

El modelo COM-B (Capability, Opportunity, Motivation – Behavior) propone que toda conducta es el resultado de la interacción entre la capacidad individual, las oportunidades que ofrece el entorno y los procesos motivacionales. Este modelo permite sistematizar las barreras identificadas en el proceso de donación en términos analíticos y operativos, facilitando el diagnóstico de problemas conductuales en organizaciones de salud (Michie et al., 2011). Postula que el comportamiento humano es el resultado de la interacción entre estos tres componentes:

- a) Capacidad (Capability): Incluye la capacidad psicológica (conocimiento de protocolos como el de Glasgow 7 o el manejo del sistema SINTRA) y física para realizar la tarea.
- b) Oportunidad (Opportunity): Comprende factores externos, tanto físicos (tiempo disponible, recursos materiales como camas de UCI) como sociales (cultura institucional y percepción del rol profesional).
- c) Motivación (Motivation): Incluye procesos reflexivos (creencias sobre los beneficios del trasplante) y automáticos (gestión de emociones negativas asociadas a la muerte).

4.9.Ciencias del comportamiento aplicadas a políticas públicas de salud

Siguiendo a Torrente (2022), las ciencias del comportamiento han aportado un marco conceptual relevante para comprender y modificar conductas en contextos organizacionales

complejos. A diferencia de los modelos racionales clásicos, este enfoque reconoce que las decisiones están influenciadas por sesgos cognitivos, normas implícitas, arquitectura de decisiones y características del entorno en el que se desarrollan.

En el ámbito de las políticas públicas, herramientas como los nudges y la modificación de la arquitectura de decisiones han demostrado ser efectivas para facilitar conductas deseadas sin restringir opciones, especialmente en contextos de alta carga operativa. En materia de donación de órganos, estas aproximaciones permiten explicar por qué las intervenciones exclusivamente informativas o normativas resultan insuficientes para modificar prácticas intrahospitalarias

Desde la psicología cognitiva se ha demostrado que una parte sustancial de las decisiones humanas se toman de manera automática, rápida y con escaso procesamiento deliberativo, especialmente en contextos de alta presión, carga cognitiva y estrés emocional (Kahneman, 2011). En el ámbito hospitalario, estas condiciones son frecuentes y afectan directamente la priorización de tareas, la atención a eventos no rutinarios y la activación de protocolos. Desde esta perspectiva, la omisión en la detección o el reporte de potenciales donantes no debe interpretarse exclusivamente como falta de conocimiento o compromiso, sino como el resultado de procesos decisionales condicionados por el entorno organizacional, la sobrecarga asistencial y la fragmentación de responsabilidades.

4.10. Barreras conductuales en la procuración hospitalaria

La investigación en ciencias del comportamiento identifica que el principal "cuello de botella" en la procuración no es la negativa familiar, sino la subnotificación de potenciales donantes por parte del personal sanitario en áreas críticas (Torrente et al., 2022). Se han tipificado cinco barreras principales que impiden un flujo eficiente:

- a. Identidad del Rol: El personal no percibe la detección de donantes como parte de su función habitual (Oportunidad Social).
- b. Desconocimiento del Sistema Informático: Falta de familiaridad con el sistema de registro SINTRA (Capacidad Psicología).
- c. Deficiencias en Capacitación: Escaso entrenamiento en los procedimientos técnicos de procuración.
- d. Desconocimiento Normativo: Ignorancia sobre las regulaciones vigentes que rigen el proceso.

- e. Sobrecarga de Atención: La atención del profesional se encuentra saturada por las tareas clínicas habituales, lo que desplaza la prioridad de la procuración (Oportunidad Física).

4.11. Diseño de intervenciones para responder a las barreras en la procuración hospitalaria

La identificación de sesgos y barreras permite el diseño de intervenciones destinadas a lograr cambios comportamentales de bajo costo y con resultados que perduren en el tiempo. La aplicación de los principios de la Economía del Comportamiento en este contexto establece objetivos claros y asequibles para los usuarios. En este sentido, el diseño de intervenciones procura en primer lugar el entendimiento de los conceptos y herramientas de esta perspectiva. Este entendimiento permite la promoción del cambio hacia comportamientos deseados y sostenibles. En la investigación mencionada (Budassi et al., 2024; Torrente et al., 2022), el diseño de las intervenciones especifica un conjunto de técnicas comportamentales basadas en el marco EAST integrado al modelo COM-B. El diseño incluye recordatorios, uso de listas de chequeo, simplificación de la información para todos los usuarios, guías de implementación, especificación de las conductas deseadas, entre las técnicas más salientes.

5. Metodología

Diseño de la investigación: Se trata de un estudio de carácter cuanti-cualitativo y comparativo internacional entre Argentina y España. El enfoque central toma el marco de la Economía del Comportamiento aplicada al análisis organizacional, con el fin de identificar prácticas, dinámicas de coordinación, toma de decisiones, barreras y facilitadores institucionales que influyen en el proceso de procuración de órganos a nivel hospitalario.

5.1. Selección de hospitales argentinos y españoles

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

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

5.2. Selección de hospitales argentinos

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

A partir de tales datos cuantitativos, los hospitales argentinos se ordenaron jerárquicamente en función de la cantidad de donantes reales (DR). Este ordenamiento permitió la categorización de las instituciones sanitarias según su nivel de procuración: alto – medio – bajo. A su vez, dentro de cada categoría se seleccionaron dos instituciones sanitarias resultando una totalidad

de seis hospitales para el análisis de la dimensión cualitativa del proyecto. La selección estuvo supervisada por la dirección científica del INCUCAI.

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

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

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

Otro criterio en consideración está vinculado a las características de los hospitales, esto es, que cuenten con unidades o sectores de alta complejidad para pacientes neurocríticos. En este sentido, también se evidenció la heterogeneidad de unidades hospitalarias vinculadas a los procesos de procuración. En consecuencia, se encontraron: a) modalidades en las cuales todos los procesos de procuración eran asumidos por los propios servicios del hospital; b) modalidades en las cuales los procesos de procuración eran asumidos por un equipo perteneciente a INCUCAI, pero externo al hospital; c) otras modalidades intermedias. Estas diferentes modalidades ponen en evidencia los procesos de transición dentro de los programas de procuración en hospitales nacionales.

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

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

5.3. Selección de hospitales españoles

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

5.4. Instrumento de recolección de datos

El instrumento de recolección de datos para esta dimensión cualitativa es la entrevista semiestructurada. Se confeccionó un guion que abarcó las siguientes temáticas:

- a) Roles, funciones y participación de intensivistas: comportamientos, integración y fluidez en la constitución de equipos profesionales
- b) Conocimiento y aplicación de Protocolos: papel regulador de la observancia de guías clínicas asociadas a la toma de decisiones

- c) Responsabilidad del cuidado del donante: actitudes, motivaciones y relaciones de poder, su influencia en la toma de decisiones
- d) Percepción del impacto del cuidado: efectos de las dimensiones analizadas previamente en el proceso efectivo de procuración y trasplante

5.5. Procedimientos

El procedimiento específico se desarrolló en las siguientes fases:

1. Adecuación del Protocolo: Se realizaron ajustes del modelo de entrevista y de los formularios de consentimiento informado para adaptarlos específicamente al contexto sanitario español, contando con el auspicio de la SEMICyUC.
2. Entrenamiento del Equipo: Los investigadores recibieron una capacitación especializada en la técnica de realización de entrevistas y en su posterior análisis cualitativo.
3. Recolección de Datos: Las entrevistas se ejecutaron en dos etapas; inicialmente se contactaron a los coordinadores hospitalarios y, posteriormente, a los intensivistas de las unidades sanitarias seleccionadas.
4. Soporte Cuantitativo: De manera complementaria, se construyó una matriz con datos cuantitativos de los entrevistados para robustecer el análisis.

El análisis de la información se realizó con una guía diseñada bajo la perspectiva de la Economía del Comportamiento. Se estableció como unidad de análisis a la unidad hospitalaria, con el objetivo de comprender y analizar los procesos de procuración de órganos para trasplante que se desarrollan en cada institución, particularmente dentro de las unidades de cuidados intensivos.

El proceso analítico fue estructurado en tres niveles objetivos:

- Análisis individualizado de las entrevistas según la unidad hospitalaria.
- Análisis comparativo interno dentro de cada país.
- Análisis comparativo global entre los ejes de España y Argentina para establecer conclusiones transversales.

Consideraciones Éticas: El proyecto se desarrolló bajo estrictos estándares éticos, garantizando la obtención de consentimientos informados adaptados a las normativas de cada país y contando con las aprobaciones institucionales de los organismos rectores (ONT en España e INCUCAI en Argentina). Se aseguró el anonimato y la confidencialidad de los profesionales participantes en todas las etapas del estudio.

6. Resultados

A continuación, se presentan los resultados del análisis de entrevistas de cada hospital seleccionado, comenzando con los correspondientes a Argentina. Para cada unidad sanitaria se han identificado barreras y facilitadores para la procuración de órganos.

A fin de contextualizar el análisis de las unidades sanitarias de cada país, se presenta una síntesis de información objetiva de los hospitales analizados.

6.1 Argentina

Los datos institucionales de contexto de todos los hospitales seleccionados se presentan en la tabla 7. Se puede observar que todas las unidades sanitarias presentan un nivel elevado de complejidad, con centro de trauma. Solo en tres de estos hospitales funciona una Unidad Hospitalaria de Procuración de Órganos y Tejidos (UHPROT), dentro del Programa Procurar. La presencia de esta unidad hospitalaria refuerza el modelo de procuración intrahospitalaria. En los hospitales analizados sin UHPROT, un equipo extrahospitalario dependiente de INCUCAI conduce y ejecuta el proceso de procuración. Por otro lado, la presencia de un centro de trasplante en la propia unidad sanitaria también facilita el desarrollo de los procesos de procuración.

Para cada unidad sanitaria se presentan los datos de cantidad de camas con respirador, la cantidad de donantes reales (en base a los registrados durante 2023) y su tasa de conversión. Esta tasa expresa el porcentaje de potenciales donantes en muerte encefálica que se convierten en donantes reales; por lo tanto, este dato permite analizar la eficacia de los factores involucrados en los procesos de procuración para trasplante. Para los estándares internacionales, la ONT y el Directorio Europeo para la Calidad de la Medicina y Cuidados de la Salud (EDQM), se ha establecido como línea de base el estándar reportado por España para el año 2021 (78,35%).

Tabla 7: Datos institucionales de los hospitales argentinos participantes

Complejidad	Centro de trauma	UHPROT	Centro de trasplante	Camas con respirador	Donante real	Tasa de conversión (%)
Nivel 3 -NC 24 hrs.	si	si	si	24	18	81
Nivel 3- NC 24 hrs.	si	no	no	18	22	68
Nivel 3- NC 24 hrs.	si	si	si	48	8	47
Nivel 3- NC 24 hrs.	si	si	no	13	15	88
Nivel 3- NC 24 hrs.	si	no	si	66	51	89
Nivel 3 -NC 24 hrs.	si	no	si	42	25	78
Nivel 3 -NC 24 hrs.	si	no	no	45	2	66

Referencia: UHPROT: Unidades Hospitalarias de Procuración de Órganos y Tejidos
Fuente: SINTRA – CRESI

6.1.1. Análisis de entrevistas

Caso 1

Barreras identificadas

a) Desajuste de incentivos económicos

Esta barrera es un ejemplo clásico de cómo la disparidad en la remuneración puede crear un poderoso desincentivo. La diferencia abismal entre lo que un médico puede ganar en una guardia de terapia intensiva en el sector privado y lo que recibe por dedicar el mismo tiempo a un operativo de procuración es tan grande que, en la práctica, expulsa a los profesionales médicos del sistema. Este desajuste convierte la participación en procuración en una decisión económicamente irracional para muchos, socavando la capacidad del sistema para retener talento médico especializado.

Los testimonios de los entrevistados cuantifican la magnitud de esta barrera de forma inequívoca:

Coordinador: "un médico puede estar 24 horas en un operativo y ganar 40000 pesos y un médico va a estar 24 horas en una Guardia de terapia intensiva en un sanatorio y va a... 320000 pesos."

Intensivista A: "No no, no, no recibimos absolutamente nada... Si hubiera algún incentivo sería diferente."

Coordinador: "¿Qué pasó con los médicos? Los médicos decidieron dejar de trabajar en procuración, puesto que la carga horaria y la remuneración que tenían en relación con su carga horaria no les era favorable."

Desde la perspectiva del coordinador, se evidencia la carencia de oportunidades para progresar y quedarse para los médicos. Asimismo, destaca la falta de reconocimiento en el contexto país y refiere un apoyo reducido de instituciones nacionales

b) Fricción por entorno físico y procedimental

En economía del comportamiento, la fricción se refiere a cualquier obstáculo que dificulta la ejecución de una tarea. En el contexto hospitalario analizado, se identifican dos tipos de fricción: por escasez de recursos tecnológicos (física) y por inaccesibilidad de protocolos formales (procedimental). Ambas formas de fricción apuntan a una falta de inversión sistémica y formalización, lo que obliga al personal a depender de un "conocimiento tácito" que es vulnerable a la rotación de personal y aumenta la carga cognitiva en momentos críticos.

La evidencia de estas fricciones es clara en los testimonios:

Intensivista A: "En 12 años no se ha renovado nada y en 12 años ya hemos quedado a veces sin monitores, sin cable de paciente para todos los pacientes. Los monitores fallan..."

Intensivista B: "sé que está, pero son la como te digo, nunca lo leí... El protocolo escrito hace 10 años... tampoco sé dónde ha quedado... como un poco se ha perdido."

Sin embargo, en palabras del coordinador: se crearon protocolos propios que se sostienen a lo largo del tiempo y sirven de referencia para otras unidades sanitarias de la región

c) Heurística afectiva y conflictos de identidad profesional

En este contexto, la Heurística Afectiva se manifiesta como una reacción visceral negativa ante lo que se percibe como el "trabajo sucio" de la procuración. Esta emoción es posteriormente racionalizada y reforzada a través de un conflicto de Identidad Profesional, donde el rol del intensivista se define exclusivamente como "salvar vidas", creando una poderosa barrera cognitiva y emocional para participar en el proceso de donación. La carga emocional del proceso, sumada a estas creencias, genera una resistencia activa o pasiva.

Los siguientes verbatim ilustran esta compleja interacción entre emoción e identidad profesional:

Coordinador Hospitalario: "llegó a decirnos claro, ustedes nos dejan a nosotros la tarea sucia, el trabajo sucio..."

Coordinador Hospitalario: "el intensivista no quiere saber nada del proceso de donación... El intensivista en general no quiere dedicarse a esto, por lo menos en esta provincia."

Médico Intensivista B: "me ha tocado desconectar pacientes con diagnóstico de muerte encefálica, no donantes, en donde hay colegas que por cuestiones religiosas personales no lo hacen..."

d) Heterogeneidad del contexto institucional: sector público vs. privado

El entorno institucional modifica radicalmente el proceso de procuración y los incentivos de los actores. Las entrevistas revelan un fuerte contraste entre el hospital público, con su cultura pro-donación y la autonomía del equipo especializado, y el sector privado. En este último, la aversión al conflicto y la protección de la imagen de marca actúan como barreras significativas. Este comportamiento puede interpretarse a través del prisma de la aversión a la pérdida, donde el miedo a un conflicto reputacional (una pérdida potencial) pesa más que los beneficios de un operativo de donación exitoso (una ganancia potencial), llevando a la inacción.

Esta diferencia fundamental queda patente en el siguiente testimonio:

Coordinador Hospitalario: "en un sanatorio no dicen retírense porque no vamos a permitir que haya conflictos en la puerta de la institución... Por ahí los sanatorios les piden a los coordinadores que van que este trate de evitar el conflicto, que, si una familia se opone, la donación que no presionen, bueno, es muy distinto."

Esta heterogeneidad institucional demuestra que el éxito de la procuración no solo depende del equipo, sino del ecosistema en el que opera, estableciendo el escenario para un análisis estratégico final.

Facilitadores identificados

a) Arquitectura de la decisión: reducción de la carga cognitiva a través de la especialización

El concepto de Arquitectura de la Decisión se refiere al diseño del entorno en el cual las personas toman decisiones. En el contexto de la procuración de órganos, la creación de una unidad especializada y proactiva actúa como una poderosa arquitectura que simplifica radicalmente el proceso para el personal de terapia intensiva. Esta unidad asume la responsabilidad de la detección, el seguimiento y la comunicación, eliminando la ambigüedad y reduciendo la "carga cognitiva" que implica tomar decisiones complejas bajo presión. Al convertir la colaboración en la opción por defecto, es decir, en el camino más sencillo y con menor fricción, se libera al equipo de la UCI de estas tareas y se le permite concentrarse en su rol clínico principal.

Los testimonios del personal sanitario confirman de manera contundente cómo esta especialización estructura el proceso y distribuye las responsabilidades eficazmente:

Coordinador Hospitalario: "nosotros vamos todos los días... haciendo nuestro trabajo que es detección y seguimiento... ya saben que un paciente cuando entra en proceso de donación ya no se hacen cargo, ellos lo liberan y nosotros nos hacemos cargo de absolutamente todo."

Médico Intensivista A: "Toda la parte de comunicación de hablar con la familia, todo eso sí lo... lo hace... el servicio del INCUCAI."

Médico Intensivista B: "Ya interviene directamente procuración, nosotros no, no hablamos de donación ni de nada con mi familiar, a menos que él lo pregunte..."

Este impacto de la especialización se identifica asimismo en las diferencias del rol del coordinador con el rol del intensivista:

Como coordinador se toman todas las decisiones y responsabilidades para el donante. "Como jefe, la función es procuración, no terapia intensiva" "Como coordinador no ejerzo la especialidad" "se podría decir que estoy secuestrado en mi especialidad, puesto que no la ejerzo en el hospital" "me gusta mucho mi especialidad, pero no la ejerzo como coordinador"

Coordinador Hospitalario: "Como intensivista, es un rol colaborador, pero como espectador, no tomo conductas activas".

b) Incentivos no financieros: identidad profesional y reconocimiento social

En un entorno donde los incentivos económicos directos para participar en la procuración son débiles o inexistentes, los incentivos no financieros emergen como un motor de motivación clave. Para el personal, especialmente el de enfermería, el sentido de misión, la jerarquización profesional asociada a un rol especializado y el reconocimiento explícito por parte de la comunidad hospitalaria se convierten en poderosos impulsores del compromiso y la excelencia. Estos factores refuerzan la identidad profesional y generan una satisfacción intrínseca que compensa la ausencia de una retribución económica competitiva.

Las entrevistas revelan el valor que el personal asigna a estas formas de reconocimiento:

Coordinador Hospitalario: "De hecho, el enfermero coordinador hospitalario se siente jerarquizado al trabajar en procuración."

Coordinador Hospitalario: "El reconocimiento del del hospital del equipo hospitalario... Siempre permanentemente nos están llamando para para felicitarlos, para darnos palabras de aliento..."

Médico Intensivista A: "sentimos, bueno, una misión, hicimos la misión, se completó... nos da una sensación de satisfacción y de haber trabajado para algún bien..."

c) Normas sociales y cultura colaborativa

Las Normas Sociales son las reglas no escritas que guían el comportamiento dentro de un grupo. En el contexto analizado, la presencia constante, la proactividad y la integración del equipo de procuración han logrado transformar la cultura organizacional. Lo que inicialmente fue percibido con hostilidad ("los cuervos", "la parca") ha evolucionado hacia una norma social de colaboración. La cooperación con la unidad de procuración se ha convertido en el comportamiento esperado y estándar dentro de la terapia intensiva, creando un entorno "pro-procuración" que facilita enormemente el proceso.

Esta cultura colaborativa se manifiesta claramente en las declaraciones de los entrevistados:

Médico Intensivista B: "en nuestra terapia es como una terapia muy pro-procuración."

Coordinador Hospitalario: "No nos pusieron mote como de los cuervos la parca... Pero eso afortunadamente dentro del hospital ya cambió totalmente."

Médico Intensivista A: "estamos al contacto continuo con la gente de procuración porque ellos nos visitan todos los días... mucha gente del que está trabajando en el equipo del INCUCAI ha sido o trabaja o trabajó en la terapia, o sea que somos conocidos..."

Asimismo, la cultura colaborativa se evidencia en el funcionamiento como equipo de trabajo. El Coordinador médico está altamente capacitado. El equipo conformado inicialmente con una proporción mayor de médicos con especialidad en intensivismo. Actualmente, el equipo está conformado en un 85% por enfermeros/as, que es respaldado explícitamente por el coordinador hospitalario. Según observa el coordinador, en general, los intensivistas no trabajan en procuración.

Coordinador Hospitalario: "El equipo de enfermería es el equipo humano ideal para trabajar en procuración". "Desde enfermería pueden sentirse jerarquizados en la profesión al trabajar en procuración; esto no ocurre con los médicos de la especialidad".

d) Encuadre (framing) positivo: la donación como trascendencia

El Encuadre o Framing es un principio que postula que la manera en que se presenta una idea influye decisivamente en su aceptación. En el delicado momento de la comunicación con la familia, enmarcar la donación no como una pérdida final, sino como un acto de trascendencia, generosidad o una forma de que el ser querido "siga viviendo", es fundamental. Este encuadre positivo ayuda a la familia a resignificar la tragedia, encontrar un propósito en medio del dolor y procesar el duelo de una manera que facilita la aceptación del procedimiento.

El siguiente testimonio ilustra perfectamente el poder de este enfoque:

Médico Intensivista A: "Yo creo que en lo que ellos sienten es que su hijo está vivo en algún sentido, sigue vivo en algún sentido al donar... o el bien que puede hacer su hijo con su muerte, el bien hacia otras personas es lo que lo satisface un poco..."

Estos facilitadores socioculturales y de diseño demuestran un sistema con un "software" humano y organizacional robusto. Sin embargo, este software opera sobre un "hardware" sistémico con fallas críticas que amenazan su funcionamiento.

Caso 2

Barreras identificadas

- a) La fragmentación institucional y la falta de apropiación del proceso

Una de las barreras más significativas identificadas es la percepción de que la procuración de órganos es una responsabilidad exclusiva de organismos externos y no una función integral del hospital. El coordinador describe una actitud generalizada entre sus colegas que se resume en frases como "que vengan ellos, para eso están ellos".

Esta visión fragmentada delega la responsabilidad y exime al resto del personal hospitalario de su rol en el proceso.

Esta falta de apropiación institucional es el principal obstáculo cultural que impide el desarrollo de un sistema eficiente. Genera un profundo "desgaste" en el equipo de procuración, que debe compensar con esfuerzo adicional la falta de apoyo generalizado. Este modelo se opone directamente al modelo español, descrito por el coordinador como un "engranaje" institucional donde el proceso de donación es "muy natural". La falla fundamental en la acá reside en no concebir la procuración como "el orgullo del hospital", un indicador de la calidad del trabajo de toda la institución. Es esta ausencia de una misión compartida la que previene que las piezas del sistema funcionen de manera coordinada, como un engranaje bien aceitado.

b) Conflictos interdepartamentales y resistencia colegiada

La falta de una cultura institucional favorable a la donación se traduce en conflictos interdepartamentales y resistencias activas o pasivas por parte de otros servicios, que ven el proceso de procuración como una interferencia en sus rutinas o, en el peor de los casos, con desconfianza. El coordinador relata incidentes específicos que ilustran estas tensiones:

Anestesiología: Un jefe de servicio dio la directiva de no permitir el ingreso del equipo de procuración al quirófano por temor al "robo de medicaciones", a pesar de que el equipo no utiliza fármacos de ese servicio.

Traumatología y Quirófano: Se registraron demoras significativas para ceder un quirófano prioritario para una ablación, que estaba siendo utilizado para una fractura que esperaba desde la mañana.

Laboratorio: El personal de laboratorio en ocasiones no trata las muestras del donante como una urgencia, lo que retrasa el proceso y exige una supervisión constante.

Cirugía: Se observa una actitud pasiva por parte de los residentes de cirugía, quienes, por directivas de sus jefes, se limitan a observar el procedimiento "del vidrio para afuera", sin involucrarse ni ofrecer ayuda.

A esta resistencia se suma una capa de desconfianza que el médico intensivista A describe como una "mala fama" inicial del proceso dentro del propio personal de salud. Algunos colegas asumen que existe una motivación económica oculta, lo que convierte a la procuración en un "tabú". Estos recurrentes roces interdepartamentales no son incidentes aislados, sino síntomas de una cultura institucional fragmentada donde la misión compartida de salvar vidas se subordina a los silos departamentales, una falla crítica que las políticas públicas deben abordar directamente.

Esta resistencia colegiada, si bien cultural, se ve exacerbada por deficiencias estructurales más profundas, particularmente las condiciones económicas y de recursos que erosionan la moral y la capacidad de colaboración del personal.

c) Desafíos estructurales: el impacto socioeconómico en la práctica médica

Las condiciones laborales, la remuneración y la disponibilidad de recursos en el sistema de salud pública no son factores abstractos; impactan directamente en la motivación, la capacidad y la disposición de los profesionales para asumir la carga adicional que representa un proceso

de donación. Aquí, las dificultades estructurales del sistema exacerban las tensiones profesionales y constituyen una barrera sistémica para la consolidación de la procuración.

d) Remuneración, pluriempleo y desgaste profesional

Una de las principales fuentes de desmotivación es la disparidad salarial. El coordinador ofrece un dato contundente: una guardia de 24 horas en terapia intensiva se remunera con aproximadamente 40.000 pesos, mientras que en otras provincias la cifra puede alcanzar los 200.000 pesos y en otras provincias, los 400.000. Esta precariedad económica obliga a los especialistas al "pluriempleo", lo que inevitablemente conduce al "desgaste", al "estrés" y al ausentismo.

Esta situación socava directamente la capacidad del sistema para retener a sus profesionales más comprometidos. Como reflexiona el coordinador, ante la oferta de salarios sustancialmente mayores en otros lugares, es muy difícil motivar a un colega para que se quede a colaborar en un proceso complejo y demandante: "¿cómo yo puedo hacer [incentivar] a que no, que quédate a vamos a trabajar en eso?". Si bien el médico intensivista B coincide en que existe un "agotamiento físico" derivado del pluriempleo, ofrece una perspectiva complementaria, señalando que, a pesar del cansancio, el compromiso de los profesionales se mantiene. No obstante, el desgaste crónico sigue siendo un factor de riesgo para la sostenibilidad a largo plazo del programa.

e) Escasez de recursos y apoyo ministerial

La falta de recursos materiales y humanos agrava aún más el panorama, generando un ciclo de desmotivación y pérdida de capital humano. Los testimonios revelan varios puntos críticos:

En lo que respecta a fuga de talentos, se menciona el caso concreto de dos enfermeros altamente capacitados en procuración que, al "no tener lugar" y estabilidad en el sistema público, emigraron al "Hospital X" en Buenos Aires. Emigraron a un hospital en otra provincia, desde el interior del país.

También se menciona la falta de insumos: La escasez de elementos básicos como "potasio" o "antibióticos" deteriora las condiciones laborales y genera frustración en el personal que busca realizar su trabajo con excelencia.

La necesidad de camas es otra problemática, la alta demanda de camas en terapia intensiva, según relata el médico intensivista B, puede generar tensiones con el proceso de mantenimiento del donante, que ocupa un recurso crítico mientras otros pacientes esperan.

Finalmente, se percibe una falta de apoyo estratégico y tangible por parte del Ministerio de Salud provincial. El coordinador lo describe como la "tercera pata" que falta para consolidar el sistema, a diferencia del modelo español donde el ministerio apoya activamente a la Organización Nacional de Trasplantes (ONT). Si bien hay respaldo, este no se considera suficiente para abordar las necesidades estructurales de recursos, contratos y equipamiento que permitirían al programa de procuración alcanzar su máximo potencial.

Estas precariedades sistémicas no solo afectan la moral del personal, sino que condicionan de manera crítica el momento más delicado del proceso: la interacción con una familia en duelo.

f) La dimensión sociocultural: la familia del donante frente a la donación

En el corazón del proceso de donación se encuentra la familia del potencial donante. A pesar de que la normativa vigente establece la presunción de donación, la comunicación y la aceptación familiar siguen siendo factores determinantes para el éxito y la legitimidad social de la procuración. La interacción con la familia es un momento de alta sensibilidad, donde convergen factores culturales, religiosos y socioeducativos que el equipo de salud debe saber gestionar con empatía y profesionalismo.

g) Análisis de las negativas familiares: creencias, desconfianza y nivel socioeducativo

Las barreras culturales y religiosas, aunque menos frecuentes que en el pasado, todavía están presentes. El coordinador identifica una tendencia a "aferrarse al... a la carne", una resistencia a la donación arraigada en concepciones tradicionales sobre el cuerpo, especialmente en personas provenientes del interior de la provincia.

Curiosamente, el médico intensivista A observa una mayor resistencia en la "clase media alta" en comparación con "la gente más humilde", que a menudo se muestra "más solidaria". Señala que la resistencia es particularmente notoria cuando los familiares son profesionales de la salud o abogados, quienes, a pesar de su nivel de formación, suelen presentar mayores objeciones.

Otro desafío significativo, apuntado por el médico intensivista B, proviene de los familiares no directos. A menudo, "algún tío o algún primo lejano" que no ha seguido de cerca la evolución del paciente desde su ingreso puede irrumpir en la etapa final, generando conflictos o sembrando dudas en el núcleo familiar directo que ya había sido informado y contenido por el equipo médico.

Facilitadores identificados

a) La comunicación como herramienta crítica y de contención

Para superar estas barreras, los equipos han desarrollado estrategias de comunicación estructuradas. El equipo del médico intensivista A implementa un enfoque en tres etapas: diagnóstico de muerte cerebral (con apoyos visuales como la tomografía), notificación al INCUCAI enmarcada en la ley, y finalmente, la conversación sobre la donación desde un ángulo de solidaridad.

El médico intensivista B subraya que el éxito de esta comunicación depende de una base de confianza construida desde el inicio. Argumenta que una "relación fluida" y transparente desde el ingreso del paciente a terapia intensiva facilita el diálogo posterior. Sin embargo, esta estrategia ideal de comunicación se enfrenta a una dura realidad sistémica. El coordinador hospitalario describe las condiciones que muchas familias soportan: "duermen en el piso, tienen frío, tienen hambre... a veces le destratan". Esta descripción revela una falla estructural que socava cualquier intento de construir confianza. Las mejores prácticas de comunicación no pueden tener éxito en un vacío; dependen de un estándar mínimo de trato humano que el sistema en su conjunto a menudo no logra proporcionar, creando una barrera fundamental para el diálogo empático.

A pesar de estas dificultades, los equipos implementan medidas de contención activas, como el "trato preferencial" que describe el intensivista B, ofreciendo horarios de visita más flexibles y espacios privados para el diálogo, en un esfuerzo por mitigar las deficiencias del entorno hospitalario.

b) Liderazgo, cohesión de equipo y formación continua

El liderazgo y una visión compartida actúan como un motor fundamental para superar la inercia institucional. El coordinador describe a su equipo como un grupo de "profesionales, jóvenes que tenemos la misma visión", una alineación que les otorga la fuerza para "derribar" las barreras más arraigadas, como la resistencia de jefes de servicio de mayor antigüedad y la inercia de otros departamentos. Este compromiso compartido crea una resiliencia colectiva frente a la adversidad.

La formación activa de las nuevas generaciones de profesionales es otra estrategia clave. El médico intensivista A, en su rol como jefe de residentes, conscientemente "arrastró" a su equipo para que se involucrara activamente en la detección y el mantenimiento de donantes. Esta transferencia de conocimiento y valores no solo capacita, sino que también genera una cultura de compromiso desde las etapas formativas.

Para agilizar la operatividad, se han creado herramientas de comunicación interna. La intensivista A menciona el uso de un grupo de WhatsApp donde los residentes notifican en tiempo real los ingresos de pacientes con bajo puntaje en la escala de Glasgow o los óbitos, permitiendo al equipo de coordinación iniciar el protocolo de manera inmediata y eficiente.

c) Estandarización de procesos y conciencia pública

La estandarización de los procedimientos es fundamental para garantizar la calidad y la eficiencia. Si bien los equipos se basan en las guías nacionales del INCUCAI, existe un esfuerzo proactivo por adaptarlas y crear herramientas propias. El coordinador, por ejemplo, está desarrollando "checklist" específicos para la selección de córneas y para el mantenimiento de donantes de órganos, buscando optimizar la toma de decisiones y minimizar errores.

Paralelamente, el impacto de las campañas de sensibilización ha sido un factor facilitador crucial. El médico intensivista B destaca la importancia de actividades como caminatas en la costanera y charlas en escuelas y facultades. Según su percepción, estas acciones han logrado que la donación "se integró a lo cotidiano de la gente" y que, en general, "ya no es algo que la gente lo rechace". Este cambio en la percepción social crea un entorno más favorable y reduce las barreras en el momento del diálogo con las familias.

Caso 3

Barreras identificadas

a) Sesgo del status quo y resistencia al cambio

La transición de un modelo donde la procuración era gestionada por una entidad externa (como el INCUCAI o OPAI) a un modelo de responsabilidad interna genera una notable resistencia. Este fenómeno, conocido como sesgo del status quo, no es solo una preferencia por lo conocido; en el contexto de agotamiento descrito, se convierte en un mecanismo de defensa desesperado contra una mayor depleción cognitiva y emocional. El equipo percibe la nueva tarea no como una evolución de su rol, sino como una carga adicional que altera una rutina ya de por sí abrumadora.

"Esto que hacía un proceso externo al hospital. Bueno, esto que creo que va en contra de la... detección y... de la prosecución del... proceso." (Jefe de UTI)

El cambio del modelo "extrahospitalario" al "intrahospitalario" es percibido como una

imposición que, naturalmente, provoca una reacción adversa en un personal que ya se siente sobrecargado.

"Al ser eh eh extrahospitalario... a que de repente te digan, 'No, mira, los tenés que hacer vos', eh, y bueno, eso causa resistencia también en el equipo de salud." (Jefe de UTI)

b) Aversión a la pérdida y percepción de costos

Para un equipo médico que ya opera al límite de su capacidad, cualquier nueva tarea se percibe como una pérdida directa de tiempo y energía, recursos invaluableles. Este fenómeno es conocido en la economía conductual como aversión a la pérdida, principio que establece que el dolor psicológico de un costo se siente más agudamente que una ganancia equivalente. El agotamiento magnifica este efecto: el "costo" de un trabajo adicional se siente exponencialmente más alto para un profesional que ya está exhausto.

"Como que se siente... que cada vez le da más trabajo y esto lo ven como una carga más de trabajo." (Jefe de UTI)

La Dra. E especifica que los aspectos más desalentadores no son clínicos, sino administrativos y legales, percibidos como un trabajo adicional que resta "entusiasmo".

"Lleva tiempo y suma y suma trabajo la la terapia intensiva... cuestiones como médicos legales y de tema de trámites y y eso es lo que me parece que más nos... saca un poco el entusiasmo."
— (Médico Intensivista)

c) Fricción administrativa y carga cognitiva

Los procesos burocráticos y la documentación actúan como una fricción que desincentiva la acción. En un entorno donde los recursos cognitivos son escasos, incluso los obstáculos administrativos menores crean una resistencia psicológica desproporcionada. La necesidad de ser "extremadamente prolijo" en la documentación, como señala el médico intensivista impone una carga cognitiva significativa. Esto no es un simple inconveniente; es un impuesto directo sobre un recurso críticamente limitado, que puede disuadir al personal de iniciar el proceso.

"Todo lo que conlleva y el tema de procuración eh en la cuestión legal... hay ser extremadamente prolijo. Eh, entonces eso demanda, me parece que demanda más... tiempo y trabajo." (Médico Intensivista)

Facilitadores identificados

a) El poder de los protocolos y la ley como opción por defecto

La protocolización y la existencia de una ley de donante presunto actúan como una poderosa opción por defecto. Este mecanismo reduce drásticamente la carga cognitiva y la ambigüedad. Lo que antes era una elección compleja, se convierte en un procedimiento estándar.

"Para mí... el que haya protocolos facilita precisamente la toma de decisiones porque es como que no la tomas vos la decisión, o sea, son pasos que que hay que seguir." (Médico Intensivista)

Esta arquitectura conductual se ve reforzada por un fuerte incentivo negativo. La advertencia de que "si no lo haces te hacen un sumario" transforma el protocolo de una simple guía a una norma ineludible. Desde una perspectiva conductual, esto aprovecha la aversión a la pérdida de un sumario administrativo, asegurando un cumplimiento casi absoluto.

"La adhesión es del 100% porque si no lo haces te hacen un sumario, así que no hay mucha opción." (Médico Intensivista)

La ley refuerza este efecto, cambiando el punto de partida de la conversación. Ya no se "pide" la donación, sino que se "informa" sobre un proceso legal establecido.

b) Encuadre y motivación intrínseca

El encuadre se refiere a cómo la presentación de una situación influye en la decisión. Reencuadrar la muerte no como un fracaso terapéutico, sino como una oportunidad para salvar vidas, funciona como un antídoto directo contra la aversión a la pérdida descrita anteriormente. Reequilibra la ecuación psicológica de costo-beneficio al introducir una "ganancia" poderosa y tangible —el sentido de propósito— que contrarresta la "pérdida" percibida de tiempo y esfuerzo.

"Perdí un paciente joven, eh, pero mira qué bueno que ahora hay tres, cuatro, siete personas más que van a seguir viviendo." (Coordinador Hospitalario)

Esta narrativa transforma la muerte en un acto trascendente, proporcionando una motivación intrínseca que combate el agotamiento.

"Es como encontrarle la vuelta a algo más... que no sea siempre todo muerte, que la muerte tenga un significado." (Coordinador Hospitalario)

c) Liderazgo, normas sociales y cambio cultural

El comportamiento individual está fuertemente influenciado por las normas sociales. Un liderazgo activo que prioriza la procuración, junto con un cambio generacional, está estableciendo nuevas normas culturales que favorecen la donación. El coordinador ofrece un

ejemplo concreto de cómo se refuerza activamente esta nueva norma al confrontar a una colega reticente: "No le estamos pidiendo que nos donen las córneas, le estamos informando que para la ley es donante y nosotros estamos para cumplir la ley." (Coordinador Hospitalario)

Esta intervención directa no es solo una conversación; es la demostración en tiempo real de un cambio cultural, donde el liderazgo apoya y defiende el proceso, convirtiéndolo en una prioridad institucional.

"Tuvimos un cambio generacional en el hospital y unos jefes que tengo que me apoyan un montón... es como que el cambio cultural se está empezando a ver." (Coordinador Hospitalario)

Este cambio cultural es sostenido por un elemento transversal que resulta ser decisivo: las habilidades de comunicación del equipo.

d) La dimensión comunicacional: habilidades blandas como catalizador clave

En el entorno de alta presión de la procuración de órganos, la comunicación no es una "habilidad blanda"; es una competencia clínica central con consecuencias operativas directas. Su dominio es crucial en dos frentes: en la interacción con familias que atraviesan el momento más difícil de sus vidas y en la articulación de un equipo multidisciplinario que debe funcionar con cohesión bajo una intensa presión.

El análisis revela una brecha formativa histórica. Los profesionales con más antigüedad señalan una falta de entrenamiento formal, un vacío que los líderes de servicio intentan llenar hoy de manera informal. El jefe de servicio de terapia intensiva resume el desafío con una frase paradójica y memorable, señalando que estas habilidades blandas son, en realidad, "duras de aprender". Esta idea encapsula perfectamente la dificultad y la importancia de esta capacitación.

"Cuando yo estudié todo eso, no estaba parte del programa." (Jefe de UTI)

"Cuesta motivarlo con respecto a estas habilidades eh blandas eh que que son muy difíciles, son duras de aprender." (Jefe de UTI)

Sin embargo, la experiencia práctica demuestra el valor de esta formación. Profesionales que tuvieron una capacitación temprana en procuración, incluyendo técnicas como el role-playing, adquirieron herramientas que hoy aplican y transmiten a través de la tutoría directa, demostrando que estas habilidades pueden y deben ser enseñadas.

"El hecho de trabajar en procuración de órganos cuando era mucho más joven eh me sirvió porque... hice cursos de comunicación... pasamos por talleres eh donde había eh "role playing" con familia." (Jefe de UTI)

Estos hallazgos convergen en una serie de conclusiones y recomendaciones orientadas a fortalecer sistémicamente el proceso de procuración.

Caso 4

Barreras identificadas

a) Déficit formativo en comunicación con familias

A pesar de la solidez clínica del equipo, la formación en comunicación aparece como una deuda estructural. La ausencia de capacitación sistemática genera heterogeneidad en los abordajes y aumenta la inseguridad profesional. Desde la economía del comportamiento, este déficit incrementa la carga emocional y la probabilidad de negativas familiares.

"No tenemos capacitaciones formales en comunicación." (Médico intensivista)

"La comunicación se va aprendiendo más por la práctica." (Médico intensivista)

"La formación en comunicación es una deuda bastante importante." (Coordinador hospitalario)

"La comunicación como relación de ayuda no está bien trabajada." (Coordinador hospitalario)

"Uno puede tener voluntad, pero sin herramientas es muy difícil." (Coordinador hospitalario)

b) Sobrecarga asistencial y expansión de la demanda

La ampliación de la terapia intensiva y el aumento sostenido de la demanda generan sobrecarga laboral y fatiga decisional. Esta situación limita la disponibilidad emocional y temporal de los profesionales para sostener procesos prolongados de procuración.

"Después de la pandemia pasamos de una terapia de 8 camas a una de 30."

(Coordinador hospitalario)

"Hay sobrecarga laboral." (Coordinador hospitalario)

"Eso termina afectando el proceso." (Coordinador hospitalario)

c) Variabilidad comunicacional fuera de horarios habituales

Durante guardias nocturnas o fines de semana, la comunicación con las familias depende del profesional disponible. Esta variabilidad afecta la coherencia del proceso y puede generar confusión o desconfianza.

“Fuera del horario habitual depende mucho del médico que esté de guardia.” (Coordinador hospitalario)

“La comunicación se vuelve más heterogénea.” (Coordinador hospitalario)

“Eso después tiene consecuencias en la entrevista final.” (Coordinador hospitalario)

d) Impacto emocional no acompañado institucionalmente

El contacto permanente con la muerte, el duelo y el sufrimiento familiar genera un impacto emocional significativo en los equipos de terapia intensiva involucrados en la procuración según los entrevistados. Los profesionales refieren un desgaste acumulativo asociado a la atención de pacientes jóvenes, situaciones inesperadas y entrevistas emocionalmente demandantes. La ausencia de dispositivos formales de contención institucional —como espacios de supervisión, acompañamiento psicológico o instancias sistemáticas de descarga emocional— incrementa el riesgo de agotamiento y burnout. Desde la economía del comportamiento, la falta de apoyo reduce la resiliencia del equipo y afecta la sostenibilidad del compromiso a largo plazo, aun en contextos de alta motivación vocacional.

El impacto emocional del trabajo en terapia intensiva y procuración se intensificó durante la pandemia, dejando secuelas en los equipos. Uno de los entrevistados describe un quiebre emocional colectivo y la necesidad posterior de incorporar cuidados paliativos como respuesta a ese desgaste.

“La pandemia nos desbordó emocionalmente.” (Jefe de UTI)

“No todos toleran estar siempre así.” (Jefe de UTI)

“Necesitamos algún espacio de descarga.” (Médico intensivista)

“Después de algunos casos el equipo queda muy golpeado.” (Coordinador hospitalario)

“No hay espacios formales para procesar lo que vivimos.” (Coordinador hospitalario)

“Ese desgaste se va acumulando.” (Coordinador hospitalario)

e) Ausencia de incentivos y error de percepción de la motivación extrínseca

La falta de reconocimiento específico para la procuración genera percepciones de inequidad. A ello se suma un sesgo que asocia incentivos con falta de vocación, cuando en realidad cumplen una función simbólica de validación del esfuerzo.

“No hay un reconocimiento diferencial.” (Coordinador hospitalario)

“Eso genera malestar en el equipo.” (Coordinador hospitalario)

“Todo eso va por el mismo precio, no hay ningún reconocimiento.” (Médico intensivista)

“El esfuerzo es enorme y no está contemplado.” (Médico intensivista)

Facilitadores identificados

a) Socialización temprana en procuración desde la residencia

La presencia del organismo jurisdiccional provincial (los entrevistados nombran INCUCAI como un equivalente al referirse a la institución provincial) dentro del hospital permite que la procuración se incorpore desde etapas tempranas de la formación profesional. Los médicos ingresan a la residencia ya expuestos a la lógica del trasplante, lo que favorece la naturalización de la práctica y su integración al quehacer cotidiano. Este proceso de socialización temprana reduce resistencias, consolida hábitos y transforma la procuración en una norma implícita del servicio. Desde la economía del comportamiento, este mecanismo funciona como un ancla cognitiva que estructura decisiones futuras y disminuye la necesidad de incentivos externos.

“Nosotros ya cuando entramos a la residencia, el INCUCAI tiene sede acá en el hospital, entonces ya iniciamos la residencia metidos en todo lo que es procuración y trasplante.” (Jefe de UTI)

“La mayor parte de los médicos del servicio somos residentes formados acá.” (Jefe UTI)

“Para nosotros la procuración y el trasplante son una habitualidad, es parte de lo que hacemos desde la residencia.” (Jefe de UTI)

“Antes el equipo de procuración venía de afuera; hoy es parte del hospital.” (Coordinador hospitalario)

“El proceso de procuración fue incorporándose como un trabajo más del intensivista.” (Coordinador hospitalario)

“Los residentes siguen considerando al paciente como propio hasta que pasa al quirófano.” (Coordinador hospitalario)

b) Integración funcional entre terapia intensiva y procuración

La procuración se encuentra integrada a la práctica cotidiana de la terapia intensiva, sin ruptura del cuidado asistencial. Los intensivistas continúan considerando al paciente como propio hasta el diagnóstico de muerte encefálica, lo que favorece continuidad, responsabilidad compartida y eficiencia. Esta integración evita la externalización del proceso y reduce fricciones organizacionales. Desde el enfoque conductual, disminuye la carga cognitiva al no exigir cambios abruptos de rol.

“El proceso de procuración fue incorporándose como un trabajo más del intensivista.”
(Coordinador hospitalario)

“Nosotros seguimos al paciente hasta que INCUCAI hace el diagnóstico.” (Médico intensivista)

“El mantenimiento del donante siempre fue parte del trabajo de la terapia.” (Jefe de UTI)

c) Protocolización del diagnóstico y mantenimiento del donante

El diagnóstico de muerte encefálica y el mantenimiento del donante se encuentran altamente protocolizados, lo que brinda seguridad clínica y respaldo institucional. La estandarización reduce la variabilidad individual y orienta la acción en escenarios de alta complejidad. Desde la economía del comportamiento, los protocolos funcionan como guías que reducen la incertidumbre y facilitan la toma de decisiones bajo presión.

“Eso ya lo hacemos casi automáticamente.” (Médico intensivista)

“El diagnóstico de muerte encefálica es clínico, pero el mantenimiento está muy protocolizado.” (Coordinador hospitalario)

“En el mantenimiento del donante no hay mucho que escapar.” (Coordinador hospitalario)

“Todo el equipo sabe cuáles son los pasos del mantenimiento.” (Coordinador hospitalario)

d) Comunicación progresiva y coherente con las familias

La comunicación con las familias se construye de manera secuencial, a partir de informes clínicos progresivos. Esta estrategia permite preparar emocionalmente a los familiares y evita quiebres narrativos al momento de abordar la donación. Desde una perspectiva conductual, la coherencia informativa reduce resistencias y facilita decisiones complejas.

“Si vemos que el paciente está mal neurológicamente y que puede evolucionar a muerte encefálica, hablamos con la familia y le decimos que el pronóstico neurológico es malo.”
(Médico intensivista)

“Les explicamos, en criollo, que su cerebro se está apagando, que está perdiendo los reflejos.”
(Médica intensivista)

“No hablamos directamente de la donación, pero les decimos que el cerebro se está desconectando del cuerpo y que es irreversible.” (Médica intensivista)

“Cuando el pronóstico es malo, vamos pintando el panorama de a poco.” (Coordinador hospitalario)

“Tratamos de identificar quién es el referente familiar para preparar la entrevista.”
(Coordinador hospitalario)

“Cuando llega el coordinador de trasplantes, la familia ya tiene una base de información previa.” (Coordinador hospitalario)

e) Disponibilidad de espacios físicos adecuados para la entrevista

La existencia de una sala específica para entrevistas familiares constituye un facilitador ambiental relevante. Este espacio favorece la privacidad, reduce el estrés y mejora la calidad del vínculo comunicacional. En términos conductuales, el entorno actúa como un “empujón” que facilita conversaciones difíciles.

“Durante mucho tiempo dábamos informes en los pasillos.” (Coordinador hospitalario)

“Ahora tenemos una sala de informes propia.” (Coordinador hospitalario)

“La sala permite privacidad y estar alejados del ruido de la terapia.” (Coordinador hospitalario)

“Tratamos de crear un espacio que sea solo para esas familias.” (Jefe de UTI)

“A veces son cinco minutos y a veces cuarenta minutos, dependiendo de la situación.” (Jefe de UTI)

“Eso ayuda a preparar a la familia para lo que puede venir.” (Jefe de UTI)

Caso 5

Barreras identificadas

a) Percepción de falta de equidad frente a la actividad de procuración

Los profesionales perciben una desproporción entre el esfuerzo requerido y la retribución recibida. Esta percepción favorece conductas defensivas y reduce la predisposición a involucrarse activamente. La procuración comienza a ser vivida como una tarea adicional no reconocida, debilitando su legitimidad institucional. Esta barrera impacta tanto a nivel individual como organizacional, limitando la conformación de equipos estables.

“Me quedo toda la noche con el paciente y después no hay ningún reconocimiento.” (Médico intensivista)

“El esfuerzo que implica la procuración no siempre está contemplado por la institución.” (Jefe de UTI/Emergencia)

“Sin algún tipo de reconocimiento, cuesta sostener el compromiso del equipo.” (Coordinadora hospitalaria)

b) Entorno físico inadecuado para la comunicación con familias

El entorno físico inadecuado para la comunicación con familias constituye una barrera ambiental con fuerte impacto conductual. La ausencia de espacios privados y tranquilos incrementa el estrés emocional y dificulta la construcción de confianza. Desde la perspectiva de los nudges, el ambiente actúa como un modulador silencioso de la decisión: un espacio hostil reduce la probabilidad de aceptación. Esta barrera afecta tanto a las familias como a los profesionales, quienes deben sostener conversaciones críticas sin apoyo contextual. La falta de condiciones adecuadas favorece malentendidos, reacciones defensivas y desgaste emocional del equipo, incluso en profesionales con buenas habilidades comunicacionales.

“No siempre tenemos un lugar adecuado para hablar con la familia.” (Jefe de UTI/Emergencia)

“Hablar de estos temas en un pasillo no ayuda en nada.” (Médico intensivista)

“El espacio físico condiciona mucho cómo se da la entrevista.” (Coordinadora hospitalaria)

c) Sesgos culturales y resistencia profesional frente a la muerte

Los sesgos culturales vinculados a la muerte y al rol médico constituyen una barrera cognitiva persistente. Algunos profesionales mantienen representaciones que excluyen la procuración del núcleo de la práctica médica. Desde la economía del comportamiento, se identifican sesgos de statu quo y aversión a lo no aprendido, especialmente en generaciones con menor formación en donación. Estas creencias generan evitación, retrasos en la notificación y resistencia a involucrarse. La falta de formación en cuidados al final de la vida refuerza la incomodidad

frente a la muerte, consolidando actitudes defensivas difíciles de modificar. Superar esta barrera requiere estrategias sostenidas de sensibilización institucional.

“Muchos todavía sienten que esto no es parte de su rol médico.” (Jefe de UTI/Emergencia)

“A algunos colegas les cuesta mucho involucrarse cuando el paciente ya no tiene chances.”
(Médico Intensivista)

“Hay resistencias culturales que no se cambian solo con protocolos.” (Coordinadora hospitalaria)

d) Falta de integración de la UHPROT como servicio propio

La falta de integración plena de la UHPROT como servicio propio del hospital constituye una barrera organizacional relevante para la consolidación del proceso de procuración. Si bien la unidad cumple funciones centrales y altamente especializadas, su ubicación simbólica y operativa aparece, en algunos casos, como periférica al organigrama asistencial tradicional. Esta situación refuerza la percepción de la procuración como una actividad paralela o “externa”, más que como un componente estructural del hospital.

Desde la economía del comportamiento, esta barrera puede analizarse como un problema de señalización institucional y de normas implícitas. Cuando la UHPROT no está claramente integrada como servicio, se debilitan las señales que indican que la procuración es una prioridad organizacional. Esto impacta en la disposición de otros servicios a involucrarse activamente, favoreciendo conductas de delegación y reduciendo la cooperación espontánea. La falta de integración formal también incrementa los costos de coordinación interservicios y refuerza fricciones operativas, especialmente en contextos de alta presión asistencial.

Asimismo, la integración incompleta limita el reconocimiento simbólico y práctico del equipo de procuración dentro del hospital. La UHPROT queda asociada a personas específicas más que a una función institucional estable, aumentando la vulnerabilidad frente a cambios de personal y afectando la sostenibilidad del proceso. Esta situación dificulta la construcción de identidad organizacional compartida y reduce la capacidad de la UHPROT para actuar como referente transversal en formación, sensibilización y mejora continua.

Superar esta barrera implica avanzar hacia una integración explícita de la UHPROT en la estructura hospitalaria, con reconocimiento formal, circuitos claros de articulación y legitimidad equivalente a otros servicios críticos. La incorporación como “servicio propio” no solo ordena el funcionamiento, sino que actúa como un nudge organizacional que refuerza

normas sociales internas, favorece la apropiación colectiva y consolida la procuración como parte del núcleo del cuidado hospitalario.

“Muchas veces se sigue viendo a la UHPROT como algo aparte del hospital.” (Coordinadora hospitalaria)

“Si no está integrada como un servicio más, cuesta que los demás se involucren.” (Jefe de UTI/Emergencia)

“Cuando la procuración no tiene lugar propio en la estructura, queda muy atada a las personas.” (Médico intensivista)

e) Falta de apropiación del proceso de procuración

La falta de apropiación del proceso de procuración aparece como una barrera organizacional y cultural que limita su consolidación como práctica integrada al que hacer asistencial cotidiano. Si bien el hospital cuenta con protocolos y una estructura formal de coordinación, el proceso continúa siendo percibido por algunos profesionales como una tarea “ajena” o delegable exclusivamente al equipo de procuración. Esta externalización simbólica reduce el sentido de corresponsabilidad y favorece conductas de baja implicación, como la notificación tardía o la escasa participación en instancias clave del proceso.

Desde la economía del comportamiento, esta barrera puede interpretarse como un problema de identidad de rol y de normas sociales incompletas: cuando la procuración no se internaliza como parte del rol profesional esperado, la acción queda sujeta a la motivación individual y no a una regla compartida. La ausencia de apropiación colectiva incrementa la variabilidad entre servicios y profesionales, generando dependencia de “personas clave” y debilitando la sostenibilidad del sistema. Asimismo, refuerza el sesgo de statu quo, donde se prioriza la práctica asistencial tradicional por sobre la incorporación activa de la donación como parte del continuum de cuidados al final de la vida.

Esta barrera se ve reforzada cuando la procuración no es vivida como un logro institucional compartido, sino como una actividad del “equipo de trasplantes”. La apropiación incompleta limita el aprendizaje organizacional, dificulta la transmisión de la cultura de donación a nuevos profesionales y reduce el impacto de la formación recibida. Superar esta barrera requiere estrategias orientadas a reforzar normas sociales internas, visibilizar el impacto colectivo del proceso y promover la identificación de la procuración como un componente legítimo y propio de la práctica hospitalaria.

“Hay servicios que todavía sienten que la procuración es algo externo, que no les pertenece.”
(Coordinadora hospitalaria)

“Si no lo sentís como parte de tu trabajo, lo dejas para después y ahí se pierden oportunidades.”
(Médico intensivista)

“Cuesta que todos lo vivan como un proceso del hospital y no solo del equipo de procuración.”
(Jefe de UTI/Emergencia)

Facilitadores identificados

a) Motivación intrínseca y vocación

La motivación intrínseca, representa desde los inicios de la institución, el eje central de la participación de los profesionales en la procuración. Los entrevistados expresan un interés genuino del tema. El sentido de trascendencia asociado a la donación de órganos y tejidos y el destino de mismos promueve y sostiene la tarea en entornos de alta exigencia y sobrecarga laboral. La vocación individual, entendida como un valor compartido, fortalece el sentido de pertenencia y la continuidad de los procesos.

“Lo hacemos porque creemos en esto, no porque haya un reconocimiento.” (Médico Intensivista)

“Lo que me impulsa es saber que hay alguien esperando; eso compensa el cansancio.” (Jefe de UTI/Emergencia)

“Este trabajo no se sostiene solo con horarios, se mantiene con convicción.” (Coordinadora hospitalaria)

“La ayuda al prójimo... más que otra cosa... viendo la posibilidad de que algunos sean de múltiples órganos y ayudar a todo el país.” (Médico Intensivista)

“Aunque esté cansado... trato a los demás como quiero que me traten a mí.” (Médico Intensivista)

b) Formación y desarrollo de capacidades (necesidad de formación/oportunidad)

La capacitación sobre temas vinculados con la donación de órganos y tejidos se refleja en las entrevistas en distintos momentos de la formación profesional.

El hospital promueve la formación sistemática y certificada a través de cursos, becas y programas de posgrado nacional e internacionales. Esto permitió estructurar un perfil profesional con competencias técnicas asistenciales y de comunicación, como así también en

la gestión de los procesos, que luego traduce en rol formador dentro del hospital. Se complementa con el aprendizaje adquirido en la práctica diaria y en la observación de procesos reales.

A su vez se hace referencia a encuentros virtuales organizados por el servicio de procuración para todo el personal del hospital.

Los entrevistados refieren que la formación en habilidades blandas, especialmente en comunicación con familias, resultó determinante para transformar las prácticas cotidianas y otorgar confianza en situaciones emocionalmente complejas.

“Nuestra capacitación fue muy rica... tuvimos que hacer también el curso de gestión en regulación sanitaria”. (Coordinadora hospitalaria)

“La capacitación que recibí fue muchísima, sobre todo en comunicación.” (Coordinadora hospitalaria)

“La capacitación en comunicación familiar fue clave; cambió mi manera de abordar a las familias” (Coordinadora hospitalaria)

“Son charlas en el Zoom del hospital con acceso libre a cualquier profesional” (Jefe UTI-Emergencia)

“Aprendimos mucho en la práctica, observando y acompañando los procesos.” (Médico Intensivista)

c) Protocolización y estructura formal del proceso

La existencia de protocolos claros y de una estructura formal de procuración constituye un facilitador organizacional clave. La protocolización reduce la ambigüedad, estandariza prácticas y limita la variabilidad dependiente del profesional de turno. Desde la economía del comportamiento, los protocolos funcionan como una arquitectura de decisiones que guía la acción y disminuye el esfuerzo cognitivo individual. La estructura formal legitima la procuración como parte del circuito asistencial y no como una actividad excepcional. Asimismo, mejora la coordinación interservicios y reduce fricciones organizacionales. La institucionalización del proceso permite distribuir responsabilidades y disminuir la sobrecarga del intensivista asistencial, favoreciendo la sostenibilidad en el tiempo.

“Con protocolos claros, todos saben qué hacer y cuándo intervenir.” (Coordinador hospitalario)

“Cuando está todo protocolizado, la procuración se integra mejor al trabajo diario.” (jefe de UTI/Emergencia)

“Tener reglas claras te da respaldo y te saca el miedo a equivocarte.” (Médico intensivista):

d) Articulación funcional con terapia intensiva

La articulación funcional entre el servicio de procuración y la terapia intensiva constituye un facilitador organizacional clave que impacta directamente sobre la carga asistencial del equipo médico. La división clara de tareas permite que el intensivista asistencial continúe priorizando la atención de pacientes potencialmente recuperables, mientras el equipo de procuración asume el seguimiento específico del donante. Desde la economía del comportamiento, esta distribución reduce la sobrecarga cognitiva y emocional asociada a la multitarea en contextos críticos. La posibilidad de derivar rápidamente el caso mediante una interconsulta formal actúa como un atajo decisional que disminuye la fricción operativa. La respuesta oportuna del equipo de procuración refuerza la confianza en el sistema y consolida expectativas de funcionamiento eficiente. Esta dinámica reduce conductas defensivas, evita demoras en la notificación y disminuye la percepción de aislamiento del intensivista. La procuración deja de ser una responsabilidad individual para convertirse en un proceso compartido, más sostenible en el tiempo.

“Cuando detectamos un posible donante cargamos la interconsulta y el equipo de procuración responde enseguida.” (Médico Intensivista)

“Ahora ellos se encargan del seguimiento y a nosotros nos libera un poco.” (Médico Intensivista)

“La división de tareas ordena el trabajo de la terapia y evita que el intensivista se sobrecargue.” (jefe de UTI/Emergencia)

“La articulación con la terapia es clave; si la respuesta no es rápida, el proceso se enfría.” (Coordinadora hospitalaria)

“Antes sentíamos que hacíamos todo solos; ahora sabemos que hay un equipo que acompaña.” (jefe UTI/Emergencia)

“La articulación con procuración nos ordena el trabajo y nos saca mucha presión.” (jefe UTI/Emergencia)

Caso 6

Barreras identificadas

a) Equipo reducido y alta dependencia de actores clave

El reducido número de profesionales activos en procuración configura una barrera estructural que expone al proceso a sobrecarga y fragilidad organizacional. La dependencia de pocos actores clave incrementa el riesgo de discontinuidad ante ausencias o rotación del personal. Esta concentración de responsabilidades reduce la resiliencia del sistema.

“Somos apenas cinco personas en procuración, eso nos sobrecarga.” (Coordinador hospitalario).

“Somos poquitos realmente en el equipo.” (Director regional)

“Empecé sola, no teníamos equipo.” (Director regional)

“Siempre terminan siendo los mismos.” (Coordinador hospitalario)

“Al ser tan pocos, estamos siempre muy presentes en cada uno de los procesos.” (Coordinador hospitalario)

b) Impacto emocional no acompañado institucionalmente

El contacto permanente con la muerte y el sufrimiento familiar genera un fuerte impacto emocional en los equipos de terapia intensiva. La ausencia de dispositivos formales de contención institucional incrementa el desgaste, el rechazo inicial a la procuración y el riesgo de “burnout”. La falta de apoyo reduce la resiliencia del equipo y condiciona la sostenibilidad del modelo.

“La terapia intensiva te desgasta mucho.” (Director regional)

“El impacto emocional es grande y no todos están preparados.” (Jefe UTI)

“Si no estás acompañado, genera mucho rechazo.” (Director regional)

c) Percepción de falta de equidad frente a la actividad de procuración

La coexistencia de distintos esquemas de reconocimiento económico entre los actores involucrados en la procuración genera tensiones internas y conflictos simbólicos dentro del equipo de salud. La percepción de que algunos profesionales reciben honorarios diferenciados —particularmente aquellos vinculados formalmente al sistema de procuración— instala un error cognitivo que asocia la existencia de incentivos con una supuesta falta de vocación. Este

sesgo invisibiliza el esfuerzo asistencial, emocional y temporal que implica el sostenimiento de un potencial donante y debilita la cohesión del equipo. La ausencia de reconocimiento simbólico y material afecta la motivación intrínseca percibida, incrementa el malestar y compromete la sostenibilidad del modelo.

“Un mantenimiento de un potencial donante es muy demandante y muchas veces es por el mismo precio.” (Jefe de UTI)

“Eso en algún momento generó conflictos, sobre todo por la diferencia de honorarios.” (Jefe de UTI)

“Parece que si alguien cobra es porque no tiene vocación, y no es así.” (Coordinador/a hospitalario)

d) Dificultades iniciales en la comunicación con familias

La comunicación con familias en situaciones de muerte encefálica se presentó inicialmente como una barrera significativa. La falta de formación específica y de experiencia en entrevistas complejas dificultó el abordaje temprano del proceso. Esta barrera fue disminuyendo con el aprendizaje progresivo y la incorporación de referentes internos.

“No todos estaban preparados para ese tipo de comunicación.” (Jefe de UTI)

“Era muy difícil explicar algo tan complejo.” (Coordinador hospitalario)

“Al principio no estaba trabajado el tema con las familias.” (Director regional)

Tiempo insuficiente para el duelo Procesos “apurados” generan rechazo.

“Cuando nos apuramos, los resultados fueron desastrosos” (Coordinador hospitalario).

Facilitadores identificados

a) Liderazgo personal en la construcción del sistema y ventana de oportunidad política

Facilitador estratégico–institucional

El inicio del sistema de procuración en esta unidad de análisis se ve favorecido por un cambio en la estrategia de gobierno que habilita institucionalmente la temática y crea una ventana de oportunidad política.

En este contexto, el liderazgo personal de la referente provincial resulta clave para transformar una decisión política en un proceso concreto y sostenido.

La concentración inicial de los roles jurisdiccional y coordinador hospitalario en una sola persona permitió una conducción unificada, con baja fragmentación y alta capacidad de decisión, facilitando la traducción inmediata de los lineamientos estratégicos a la práctica hospitalaria cotidiana. Este liderazgo actúa como señal organizacional clara, reduce la ambigüedad institucional y moviliza a los actores en un contexto inicialmente adverso. La apropiación personal del desafío impulsa la creación de procesos propios adaptados al contexto local y sostiene la persistencia del modelo en el tiempo.

Referente provincial de procuración: “Hubo un cambio de estrategia de gobierno y como vieron que me interesaba la temática me ofrecieron el cargo.” (Director regional)

“Empecé sola. Si bien era jurisdiccional provincial, hacía de coordinadora hospitalaria en el hospital .. , que era donde yo estaba trabajando porque conocía el lugar.” (Director regional)

b) Integración funcional entre terapia intensiva y procuración

La doble pertenencia favorece una lógica de continuidad asistencial permitiendo que la identificación del potencial donante, el mantenimiento clínico y la comunicación con la familia se desarrollen como un proceso longitudinal, evitando rupturas simbólicas y operativas asociadas a la irrupción de “equipos externos” en momentos de alta carga emocional. La procuración deja de percibirse como una intervención externa que irrumpe en un momento sensible y pasa a formar parte de un continuo cuidado, lo que disminuye resistencias y tensiones entre los equipos. Asimismo, la inserción “desde adentro” facilita la toma de decisiones oportunas, mejora la coordinación interdisciplinaria y optimiza la gestión del tiempo en contextos de alta complejidad.

La integración refuerza la legitimidad del proceso de donación dentro de la terapia intensiva. Al no existir una separación nítida entre “los que asisten” y “los que procuran”, se consolida una identidad compartida que alinea objetivos clínicos, éticos y organizacionales.

Esta configuración disminuye la fricción organizacional, reduce los costos cognitivos asociados a la coordinación interequipos y fortalece la confianza tanto del personal asistencial como de las familias. La familiaridad previa entre los actores habilita canales informales de comunicación (mensajes directos, consultas espontáneas) que aceleran la toma de decisiones y legitiman el proceso dentro de la cultura de la UTI. Asimismo, la continuidad de “las mismas caras” en el vínculo con la familia contribuye a sostener la coherencia narrativa del proceso, aspecto central para la aceptación de la donación.

“Si bien era jurisdiccional provincial, hacía de coordinadora hospitalaria en el hospital .. , que era donde yo estaba trabajando porque conocía el lugar.” (director regional)

“Al estar ahí en el trabajo diario ya podés hacer ese seguimiento, es mucho más fácil, sale mucho más fluido porque estás en el lugar de trabajo.” (Coordinador hospitalario).

“La relación con la terapia intensiva es bastante fluida porque somos parte de la misma.” (Coordinador hospitalario).

“Enseguida que hay un donante, a cualquier hora, escribir un WhatsApp es un compañero tuyo, entonces ya está al tanto y pone al tanto al resto del equipo; eso hace que todo sea mucho más fluido” (Jefe de UTI)

“Siempre hubo alguien de la terapia adentro de la unidad de procuración, entonces nunca se siente como algo impuesto; son cosas consultadas y habladas con la jefatura” (Jefe de UTI)

c) Capacitación específica y aprendizaje situado

La instrucción formal especializada combinada con capacitaciones institucionales amplias (comunicación, diagnóstico de muerte encefálica, ecografía) refuerza la competencia técnica y emocional del equipo. Este proceso mixto de capacitación formal y aprendizaje situado mejora la seguridad en la toma de decisiones y reduce la improvisación en escenarios complejos.

“El Programa Nacional ¹ es solamente para aquellos interesados en ejercer en la UHPROT.” (Coordinador hospitalario).

“Hubo capacitaciones para todo el personal de áreas críticas en comunicación y diagnóstico de muerte.” (Coordinador hospitalario).

“Desde acá se empezó a formar a toda la provincia, fue nuestro hospital el que marcó la diferencia” (Director regional)

d) Sensibilización y formación transversal de actores no asistenciales ²

¹ Programa Nacional de Capacitación Especializada en Gestión Hospitalaria de Procuración y Trasplante aprobado por el Directorio del INCUCAI mediante Resolución N.º 36/2024. Examen final 250 horas cátedra. Capacitación de posgrado en donación y trasplante para adquirir conocimientos teórico-prácticos especializados sobre el proceso de procuración de órganos y tejidos en instituciones y centros sanitarios con internación. Destinatarios: Médicos/as. Enfermeros/as. Otros profesionales de la salud (kinesiólogos, instrumentadores quirúrgicos, odontólogos, etc.) con justificación de las autoridades del establecimiento de salud donde trabaja y/o del organismo provincial de ablación e implante. Perfil de graduado/a: Se espera que quienes realicen el posgrado puedan ocupar el rol de coordinadores hospitalarios en los centros asistenciales donde trabajan: profesionales especializados, encargados de la organización y de la gestión integral de la procuración de órganos y tejidos.

² El personal no asistencial (APA) comprende al personal administrativo, de mantenimiento y de seguridad, quienes cumplen funciones clave de apoyo al proceso asistencial.

La extensión de las actividades hacia sectores institucionales no asistenciales —como recepción, admisión y seguridad. Constituye un facilitador relevante del proceso de procuración. Estos actores, aunque no participan directamente en las decisiones clínicas, cumplen un rol clave en la experiencia de las familias y en el funcionamiento operativo del hospital. Involucrarse en el proceso como parte de este favorece un clima institucional más empático y alineado con la donación.

Esta estrategia actúa como un mecanismo de alineación de normas sociales internas, reforzando la comprensión compartida del proceso y disminuyendo conductas defensivas o de resistencia pasiva que pueden surgir por desconocimiento. La formación transversal contribuye a que el proceso de procuración sea percibido como una responsabilidad institucional colectiva y no como una práctica aislada de un equipo específico.

“La UHPROT por su cuenta genera algunas actividades de formación para los distintos sectores institucionales que intervienen en el proceso.” (Coordinador hospitalario).

“Se capacita al personal de recepción, admisión y seguridad para que puedan entender un poco el proceso y acompañarnos, y no ser una barrera más.” (Coordinador hospitalario).

Cuando el hospital entero sabe qué es la donación, se evitan comentarios fuera de lugar y situaciones que después son difíciles de reparar” (Jefe de UTI)

e) Protocolización progresiva y trabajo interdisciplinario

La elaboración de protocolos, inicialmente basados en lineamientos nacionales y luego adaptados localmente (le pertenece al hospital y luego se generaliza al resto de la provincia), facilitó la estandarización del proceso.

La participación de bioética y la incorporación de protocolos de adecuación del esfuerzo terapéutico fortalecieron la legitimidad clínica y ética de la procuración, incluyendo la donación en asistolia controlada.

“Tomábamos los protocolos del INCUCAI y después los adaptábamos nosotros.”

(Director regional)

“Protocolizamos absolutamente todo.” (Director regional)

“Bioética de la provincia nos ayudó mucho.” (Director regional)

“Seguimos el protocolo nacional de muerte encefálica y también adaptamos el modelo español y el trabajo brasilero” (Coordinador hospitalario).

“En muerte encefálica lo tenemos súper trabajado, los protocolos están claros y no tenemos grandes dificultades.” (Jefe de UTI)

“No es algo impuesto; siempre hubo alguien de la UTI dentro de la unidad de procuración, entonces los protocolos se discuten.” (Jefe de UTI)

f) Infraestructura para la contención familiar y el proceso de procuración

La adecuación progresiva de la infraestructura hospitalaria emerge como un facilitador relevante del proceso de procuración, en particular en lo referido a la comunicación y contención de las familias. Si bien el hospital no fue originalmente diseñado con este propósito, la creación de espacios específicos para entrevistas y acompañamiento emocional permitió mejorar la calidad del vínculo con los familiares en momentos críticos.

La disponibilidad de salas destinadas a informes y entrevistas favorece la privacidad, reduce el estrés ambiental y habilita un clima de mayor confianza. El entorno físico funciona como un “nudge” que facilita conversaciones complejas y mejora la comprensión de la información brindada, impactando positivamente en la aceptación de la donación.

“Tener una sala específica cambia mucho la manera de hablar con la familia.” (Jefe de UTI)

“Cuando armamos un espacio para las familias, la entrevista fue distinta.” (Coordinador hospitalario)

“Pudimos habilitar un área de comunicación en la terapia para dar más privacidad a las familias” (Coordinador hospitalario).

“En el este hospital se abrió la primera sala de entrevistas, fue un hito” (director regional).

g) Transformación cultural a partir del trasplante en el propio hospital

Un punto de inflexión en este proceso es la realización del trasplante dentro del propio hospital, que transforma la representación simbólica de la donación. El pasaje de una lógica centrada exclusivamente en la pérdida y la muerte hacia la visualización concreta del trasplante y sus resultados positivos modifica la percepción de la comunidad hospitalaria. Desde la economía del comportamiento, este efecto opera como un refuerzo positivo visible, que fortalece la motivación intrínseca y consolida nuevas normas culturales.

Como resultado, se observa una transformación cultural sostenida: las nuevas generaciones de profesionales se incorporan a un entorno donde la donación y el trasplante forman parte natural

de la práctica asistencial cotidiana, reduciendo la necesidad de incentivos externos y fortaleciendo la sostenibilidad del sistema.

“El trasplante en el hospital vino a cambiar todo.” (Director regional)

Caso 7

Barreras identificadas

a) Aplicación heterogénea de los protocolos

A pesar de la disponibilidad de protocolos, su aplicación es heterogénea y depende en gran medida del profesional de guardia. Esta variabilidad introduce inconsistencias en el proceso, genera demoras y aumenta la carga cognitiva del equipo.

Desde el enfoque conductual, la falta de internalización uniforme de las reglas fomenta la dependencia del hábito individual, debilitando el efecto estandarizador del protocolo y afectando la calidad y previsibilidad de la procuración.

“Todo depende también del día que se produzca esto, porque no todos los médicos lo hacen.” (Médico intensivista B)

“Depende del día que algunos protocolos se cumplan y otros no.” (Médico intensivista B)

“Si el médico no está acostumbrado, el protocolo queda en segundo plano.” (Médico intensivista B)

Depende mucho de quién se haga cargo de ese trabajo.” (Médico intensivista A)

b) Falta de formación en generaciones anteriores

La ausencia de formación sistemática en procuración de órganos y cuidados al final de la vida en generaciones médicas anteriores emerge como una barrera cultural y organizacional relevante. Los entrevistados refieren que, durante la formación de grado y la residencia de cohortes más antiguas, la donación de órganos no formaba parte de los contenidos curriculares ni de las prácticas clínicas habituales. Esta carencia formativa contribuyó a la consolidación de representaciones profesionales que delimitan la práctica médica exclusivamente al tratamiento del paciente vivo, excluyendo el abordaje del proceso de muerte y la posibilidad de la donación. Esta concepción opera como un sesgo de status quo, que refuerza conductas de evitación frente a situaciones emocionalmente complejas y dificulta la adopción de nuevas normas institucionales, aun cuando existan marcos legales y protocolos claros.

Asimismo, estas resistencias no se vinculan a una oposición explícita a la donación, sino a una falta de herramientas conceptuales y simbólicas para integrar la procuración como parte del continuo del cuidado. Esta situación genera tensiones intergeneracionales dentro de los equipos y limita la colaboración interdisciplinaria, especialmente cuando profesionales con trayectorias más extensas ocupan posiciones de decisión. En este escenario, la capacitación posterior logra mitigar parcialmente la barrera, pero no sustituye el impacto de una socialización temprana durante la formación inicial.

“Muchos médicos decían: yo me dedico a los vivos, no a los muertos.” (Coordinador/a hospitalaria)

“En la formación de antes no se hablaba de donación ni de final de vida.” (Médico intensivista A)

“A los médicos más grandes les cuesta más incorporarlo porque no lo tuvieron en la residencia.” (Médico intensivista B)

c) Entorno físico inadecuado para la comunicación con familias

La carencia de espacios físicos adecuados para la comunicación con familias emerge como una barrera ambiental relevante que condiciona el proceso de procuración. Los entrevistados coinciden en que el hospital no fue diseñado para sostener entrevistas sensibles ni instancias de acompañamiento emocional en situaciones de muerte encefálica o final de vida. La necesidad de brindar información crítica en espacios improvisados, compartidos o próximos a áreas asistenciales intensivas expone a las familias a ruidos, interrupciones y un entorno altamente medicalizado, lo que incrementa el estrés y dificulta la comprensión de la información brindada. Desde la economía del comportamiento, este entorno opera como un nudge negativo que amplifica las emociones adversas y reduce la capacidad de procesamiento cognitivo en momentos de alta vulnerabilidad.

Asimismo, la falta de privacidad limita la posibilidad de construir un vínculo de confianza sostenido entre el equipo de salud y la familia. Los entrevistados refieren que, en ausencia de un espacio reservado, la comunicación se vuelve más breve, defensiva y fragmentada, afectando la coherencia narrativa del proceso. Esta barrera no solo impacta en la aceptación de la donación, sino también en la experiencia global de los familiares durante el tránsito por el hospital. Si bien se reconocen esfuerzos aislados por mejorar la situación, la ausencia de una infraestructura institucionalizada para la comunicación continúa siendo un obstáculo estructural.

“No teníamos un lugar adecuado para hablar con las familias.” (Coordinador hospitalario)

“Muchas veces la entrevista se hace en lugares que no son los mejores, con ruido y gente entrando y saliendo.” (Médico intensivista B)

“El hospital no está preparado para tener un espacio tranquilo donde sentarse a hablar con la familia.” (Médico intensivista A)

d) Sesgos emocionales y resistencia cultural

Los sesgos emocionales y la resistencia cultural frente a la muerte emergen como una barrera transversal que condiciona la disposición de los equipos de salud a involucrarse activamente en la procuración. Los entrevistados coinciden en señalar que el malestar emocional asociado al fallecimiento de un paciente genera conductas de evitación, especialmente en profesionales que no cuentan con formación específica en cuidados al final de la vida. Esta evitación se traduce en postergación de decisiones, dificultades para iniciar conversaciones sensibles y resistencia a asumir roles vinculados a la donación. Las emociones negativas —como el miedo, la angustia o la incomodidad— operan como frenos decisionales que inhiben la acción aun cuando el marco normativo y los protocolos sean conocidos.

Se destaca en las entrevistas que estas resistencias no responden a una oposición explícita a la donación, sino a una dificultad cultural para integrar la muerte como parte del proceso de cuidado. Esta tensión se expresa en discursos que buscan preservar una identidad profesional centrada exclusivamente en la curación, relegando el acompañamiento del final de la vida a un segundo plano. A su vez, los intensivistas señalan que estas barreras emocionales se hacen más visibles en contextos de alta carga asistencial, donde el desgaste y el estrés potencian la necesidad de evitar situaciones emocionalmente demandantes. En este marco, la resistencia cultural no solo afecta la procuración, sino que debilita la cooperación interdisciplinaria y la implementación efectiva de los protocolos existentes.

“Había mucha resistencia, más desde lo emocional que desde lo técnico.” (Coordinador hospitalario)

“Cuando el caso es muy fuerte desde lo emocional, aparece la tendencia a correrse.” (Médico intensivista A)

“A muchos colegas les cuesta hablar de muerte, no es algo que esté trabajado.” (Médico intensivista B)

e) Percepción de falta de equidad frente a la actividad de procuración

Los entrevistados refieren que la procuración suele ser vivida como una tarea adicional, exigente y emocionalmente demandante, que no siempre cuenta con un reconocimiento proporcional en términos institucionales, simbólicos o materiales. Esta percepción de inequidad se expresa tanto en la distribución de cargas laborales como en la valoración del esfuerzo realizado, generando malestar y resistencias implícitas a la participación activa.

La percepción de injusticia o trato desigual impacta directamente en la motivación y en la disposición a cooperar. Cuando los profesionales perciben que el esfuerzo adicional no es reconocido de manera explícita, se activa un sesgo de comparación social que erosiona la motivación intrínseca y favorece conductas defensivas, como el distanciamiento del proceso o la delegación de responsabilidades. Esta barrera no necesariamente se traduce en un rechazo abierto a la donación, sino en una menor implicación cotidiana y en la naturalización de la procuración como una tarea “de otros”.

Asimismo, los entrevistados señalan que la falta de equidad percibida se ve reforzada por la ausencia de criterios claros y transparentes respecto de roles, tiempos y responsabilidades. En este contexto, la procuración puede ser interpretada como una actividad que beneficia al sistema en su conjunto, pero cuyos costos emocionales y organizativos recaen de manera desigual sobre ciertos profesionales o servicios. Esta dinámica afecta la sostenibilidad del proceso y requiere intervenciones orientadas a fortalecer el reconocimiento institucional y la distribución equitativa de las cargas.

“Muchas veces se vive como un trabajo extra que se suma a todo lo demás.” (Médico intensivista A)

“Es un proceso muy demandante y no siempre está acompañado por un reconocimiento.” (Médico intensivista B)

“Había profesionales que sentían que la procuración era responsabilidad de otros.” (Coordinador hospitalario)

Facilitadores identificados

a) Motivación intrínseca y compromiso ético con la procuración

Aparece una motivación profunda asociada al sentido del trabajo intensivista y al impacto positivo de la donación en terceros. La procuración es concebida como parte constitutiva de la práctica clínica y no como una tarea externa. Esta motivación intrínseca sostiene la

participación aun en contextos de alta carga laboral y ausencia de incentivos económicos, funcionando como motor del compromiso sostenido.

La procuración se vive como una responsabilidad moral y un acto de compromiso con la vida de otros, lo que permite sostener la tarea aun cuando genera sobrecarga o malestar.

Médico intensivista A: “Uno lo hace por conciencia, no por obligación.”

Médico intensivista A: “Sabemos lo que significa un potencial donante para salvar otras vidas.”

Médica intensivista B: “Yo lo veo como parte de mi trabajo, no como otra opción profesional.”

Médico intensivista B: “Lo que más me motiva es pensar en la persona que va a recibir ese órgano.”

b) Formación y actualización profesional como disparador de acción

La formación especializada en procuración —tanto a nivel internacional como a través del INCUCAI— emerge como un facilitador clave para la consolidación del rol. La entrevistada no solo incorpora conocimientos técnicos, sino que actúa como agente multiplicador al diseñar instancias formativas para residentes y personal de enfermería.

Desde el enfoque conductual, la disponibilidad de conocimiento reduce la incertidumbre y habilita la acción, generando nuevas normas y expectativas sociales dentro del hospital.

La capacitación continua aparece como un facilitador clave para transformar la protocolización formal en práctica efectiva. Las instancias de formación —cursos, precongresos y capacitaciones internas— permiten reforzar conocimientos, homogeneizar criterios y favorecer la internalización de los protocolos.

Desde la economía del comportamiento, la repetición y el entrenamiento sistemático consolidan hábitos profesionales, reduciendo la dependencia del criterio individual y fortaleciendo la adherencia a los lineamientos establecidos.

“Desde la residencia ya se procuraba bien, uno se va formando con esa idea.” (Médico intensivista A)

“Hay capacitaciones hacia los residentes, sobre todo en medicina de emergencias.” (Médico intensivista A)

“Hay capacitaciones muy buenas; eso ayuda a ordenar cómo debe hacerse.” (Médico intensivista B)

“Cuando el médico trabaja habitualmente con el equipo, el protocolo ya lo tiene incorporado.”
(Médico intensivista B)

“Las capacitaciones hacen que todos hablemos el mismo idioma.” (Médico intensivista B)

“Hice el máster en España y después toda la formación con INCUCAI.” (Coordinador hospitalario)

“Armanos módulos para residentes y enfermería.” (Coordinador hospitalario)

c) Existencia de protocolos claros y conocimiento institucional del proceso

Los entrevistados refieren que el proceso está claramente establecido y que existe una comprensión compartida sobre qué hacer y cómo actuar ante un potencial donante. La presencia de protocolos formales de procuración, alineados al INCUCAI y conocidos por los equipos, aparece como un facilitador central.

Este marco normativo reduce la incertidumbre clínica y ética, legitima la intervención y brinda respaldo a los profesionales asistenciales. La protocolización funciona como un ancla cognitiva que ordena la acción, disminuye la variabilidad y favorece la adherencia, especialmente en contextos de alta presión asistencial.

El desarrollo de protocolos propios, ajustados al perfil de hospital de urgencias y trauma, constituye un facilitador decisivo.

La adaptación a nivel de la provincia de Córdoba de las normativas nacionales permitió resolver cuellos de botella clínicos, homogeneizar prácticas y mejorar la adherencia de los equipos asistenciales, especialmente en el diagnóstico de muerte encefálica y el mantenimiento del donante.

Coordinador hospitalario de procuración: “Tuvimos que armar protocolos propios porque el hospital es de trauma.”

Coordinadora hospitalaria de procuración: “Una vez protocolizado, se solucionaron problemas como los tiempos para el diagnóstico de muerte.”

Médico intensivista A “Hay un conocimiento bien estricto de qué protocolo seguir y todo eso.”

Médico intensivista A: “Está muy claro lo que es el diagnóstico de muerte cerebral y todo lo que viene después.”

Médico intensivista B: “Nos guiamos con los protocolos de INCUCAI, los tenemos en el celular.”

Médico intensivista B: “Accedemos ahí a los pasos a seguir y nos vamos guiando.”

d) Inclusión activa del personal de enfermería en los procesos de procuración

Los entrevistados coinciden en señalar que la cercanía cotidiana de enfermería con el paciente y su familia les otorga una posición privilegiada para detectar necesidades emocionales, sostener la comunicación y acompañar el proceso de duelo. A diferencia de otros profesionales con intervenciones más episódicas, el personal de enfermería mantiene una presencia continua, lo que favorece la construcción de vínculos de confianza y reduce la percepción de extrañeza o invasión asociada al proceso de procuración.

La inclusión activa del personal de enfermería en el proceso de procuración constituye un facilitador organizacional clave en el contexto de esta unidad de análisis. La familiaridad opera como un mecanismo que disminuye los costos emocionales de decisiones críticas. La confianza previamente construida facilita la recepción de información sensible y reduce resistencias defensivas por parte de las familias. En este sentido, la participación activa de enfermería — incluso liderando o co-participando en entrevistas en determinados casos— contribuye a humanizar el proceso y a dotarlo de mayor coherencia narrativa. Los entrevistados destacan que cuando enfermería está involucrada desde etapas tempranas, la comunicación fluye de manera más empática y sostenida, impactando positivamente en la aceptación de la donación.

Asimismo, la inclusión de enfermería fortalece el trabajo interdisciplinario y reduce fricciones internas, al distribuir responsabilidades comunicacionales y emocionales. No obstante, este facilitador requiere reconocimiento institucional y capacitación específica para sostenerse en el tiempo, evitando la sobrecarga de este colectivo.

“El enfermero tiene un rol central porque está todo el tiempo con la familia.” (Coordinador hospitalario)

“Muchas veces la familia confía más en la enfermera porque es la cara conocida.”

(Médico intensivista B)

“Cuando enfermería participa, la entrevista es mucho más humana.” (Médico intensivista A)

6.2. España

Para los hospitales españoles también se obtuvieron datos institucionales de contexto que se presentan en la tabla 8. Como se puede observar, se trata de unidades hospitalarias con niveles

de complejidad equiparables a los argentinos. Algunos hospitales españoles funcionan como centros de referencia y trasplante para cada una de sus comunidades autonómicas, o como centros de trasplante, o como centros de capacitación. Los centros de capacitación no realizan trasplantes.

La cantidad de donantes reales son los registrados para el año 2023 e informados oportunamente por la ONT en sus memorias anuales.

Tabla 8: Datos institucionales de los hospitales españoles participantes

Complejidad	Total camas	Camas UCI	Donante real	Rol en la red	Trasplantes que realiza
Alta complejidad / terciario	1100	56	73	centro de referencia y trasplante	riñón, hígado, pulmón, corazón (adulto y pediátrico)
Complejidad intermedia	859	30	19	centro de capacitación	donación - no trasplante
Alta complejidad / terciario	844	44	44	centro de trasplante	riñón, hígado, corazón
Alta complejidad / terciario	754	40	11	centro de trasplante	riñón, hígado
Alta complejidad / terciario	613	40	28	centro de referencia y trasplante	riñón, hígado, pulmón, corazón
Complejidad intermedia	354	10	3	centro de capacitación	donación - no trasplante

Referencia: UCI: Unidad de Cuidados Intensivos

Fuente: Memorias ONT, Memorias institucionales

6.2.1. Análisis de entrevistas

Caso 1

Barreras identificadas

- a) El fracaso terapéutico como barrera psicológica: el sesgo del profesional y su impacto no verbal

Una de las barreras más sutiles y poderosas reside en la propia mentalidad del profesional. Un intensivista sobrecargado puede vivir la muerte de un paciente como un "fracaso personal suyo o profesional". Este modelo mental interno desencadena una transmisión no verbal de derrota o desinterés que contamina el entorno de decisión de la familia. Este lenguaje no verbal puede predisponer a una respuesta negativa, cerrando la puerta a la donación antes incluso de que se formule la pregunta, independientemente de los valores subyacentes de la familia.

Como señala un directivo, la principal barrera no siempre está en la sociedad:

"Probablemente la barrera más importante a la donación no es la población [...] Si un médico no tiene claro o no sabe cómo funciona o no está de acuerdo, ¿no? O incluso viven como un

fracaso [...] ese lenguaje no verbal que comunican a la familia influye mucho." – (Coordinador hospitalario)

b) El Estado emocional "caliente" y el riesgo de fractura relacional

La toma de decisiones en momentos de duelo se produce en un estado emocional "caliente", caracterizado por una alta carga afectiva que limita la capacidad para el procesamiento racional de la información. En este contexto, cualquier fricción en la relación con el equipo médico puede llevar a la pérdida catastrófica del "capital relacional" construido. Una comunicación deficiente, la percepción de falta de transparencia o una mala relación previa actúan como catalizadores negativos. A menudo, una negativa a la donación no se basa en una oposición al acto en sí, sino en una ruptura de la confianza con el sistema.

La fragilidad de esta interacción es evidente:

"La parte negativa [es] cuando la no hay una claridad o no hay una buena relación con la familia, así de primeras." – (Médico Intensivista)

c) La falta de apoyo estructurado a la salud mental

Los profesionales que gestionan el proceso de donación están sometidos a un estrés emocional constante. La ausencia de un sistema de apoyo en salud mental accesible y proactivo constituye una barrera estructural. La falta de este recurso puede conducir al burnout y a la fatiga por compasión, mermando la capacidad de los profesionales para manejar las complejas interacciones emocionales que son el núcleo de su trabajo. Los entrevistados contrastan el modelo reactivo actual —"tienes que ir a algo muy concreto"— con modelos más eficaces donde el psicólogo es "una figura de a pie, digamos", normalizada e integrada en el día a día de la UCI, como ocurría en un hospital anterior en la región.

La necesidad de un apoyo más integrado es una demanda clara:

"Yo creo que sí que sería estaría bien. [...] ¿Y el hospital tiene les facilita a ustedes este tipo de profesionales o no? Tiene psicólogos, pero es como que tienes que ir a algo muy concreto [...] no es una figura de a pie, digamos." – (Coordinador hospitalario)

El análisis de estos facilitadores y barreras conduce a una serie de conclusiones sobre la estructura organizacional necesaria para navegar con éxito este complejo entorno.

Facilitadores identificados

- a) Facilitar, no pedir: la entrevista familiar como arquitectura de una decisión significativa.

Los coordinadores de trasplantes no se limitan a seguir un guion; diseñan activamente la "arquitectura de la decisión" para la familia. Aunque la ley española se basa en el consentimiento presunto, en la práctica se crea un entorno de elección activa, informada y profundamente empática. La conversación se "encuadra" no como una solicitud de órganos, sino como una oportunidad para honrar la voluntad del ser querido y encontrar un sentido trascendente en medio de la tragedia. Se prioriza el apoyo emocional y la escucha activa sobre cualquier forma de persuasión directa. El coordinador actúa como un facilitador, un "aceite que hace que todo fluya", en un momento de máximo dolor.

Esta delicada función se refleja en la siguiente reflexión: "...y así me lo enseñó mi jefa, eh, es como eh para ti será una persona más, un número, ¿no? Pero para ellos probablemente tú eres la persona más importante en su vida durante mucho tiempo porque estás eh presente en un momento muy doloroso." – (Coordinador Hospitalario)

- b) La confianza y la continuidad como capital relacional

La confianza emerge como el activo más valioso de todo el proceso. La estrategia de que el coordinador realice la entrevista familiar junto al intensivista que ha tratado al paciente no es casual. La presencia del médico conocido por la familia reduce drásticamente la incertidumbre y la potencial resistencia. Desde una perspectiva conductual, una relación de confianza preexistente disminuye el "costo de transacción" emocional y cognitivo para la familia, facilitando que puedan procesar la información y tomar una decisión alineada con sus valores.

La importancia de esta continuidad relacional es destacada por los propios intensivistas:

"Al final la familia nos conoce más a nosotros, es bueno que que nos vean con eh comprometidos también, ¿no? [...] acompañamos al equipo." – (Médico Intensivista)

- c) El predominio de la motivación intrínseca sobre los incentivos extrínsecos

El sistema español de procuración funciona notablemente en ausencia de incentivos económicos directos para los profesionales. El análisis sugiere que su fortaleza radica precisamente en esto. El motor del sistema es la motivación intrínseca: el profesionalismo, el altruismo, el orgullo por la excelencia del sistema y el deseo de dar sentido al propio trabajo. La introducción de incentivos extrínsecos podría ser contraproducente, generando un "efecto de desplazamiento". Este fenómeno describe cómo los incentivos externos pueden erosionar la

motivación interna, convirtiendo un acto profesional y profundamente humano en una mera transacción, lo que socavaría la confianza de profesionales y familias.

La resistencia a la monetización del proceso es clara: "No lo sé, pero a mí no me parece bien. O sea, porque es que ahí empieza el problema. [...] para mí es un tema de mentalidad total." – (Coordinador hospitalario)

d) "Nudges" organizacionales: la detección activa para superar la inercia

El cambio de un modelo pasivo (esperar a que un médico notifique un posible donante) a un modelo de "detección activa" puede interpretarse como un nudge u empujón conductual a nivel organizacional. Los coordinadores revisan proactivamente las unidades de críticos, identificando potenciales donantes. Esta estrategia combate eficazmente el "sesgo del statu quo" y la inercia, tendencias naturales en profesionales sobrecargados de trabajo. Al convertir la identificación de donantes en una parte proactiva y esperada del flujo de trabajo diario, se normaliza el proceso y se maximizan las oportunidades.

Este cambio de mentalidad se identifica como una mejora crucial: "Yo creo que sobre todo ha habido el cambio del chip de la detección activa. No, de no esperar a que el paciente vaya mal [...] sino esto, ¿no? Pues estar pendiente de los pacientes, eh revisar las unidades de crítico." – (Coordinador hospitalario)

Caso 2

Barreras identificadas

a) Desafíos sistémicos y de recursos

Sobrecarga Asistencial: Los intensivistas enfrentan una carga horaria elevada (mencionada en torno a 48 horas semanales más guardias), lo que reduce drásticamente el tiempo disponible para la formación continua y la dedicación a tareas proactivas. Este agotamiento no solo limita el rendimiento, sino que aumenta el riesgo de "burnout", afectando la capacidad del sistema a largo plazo.

Ausencia de Tiempo Protegido para la Coordinación: Una barrera clave, identificada de forma unánime, es que el trabajo de coordinación de trasplantes se realiza "a mayores" del trabajo clínico habitual. No existe un tiempo protegido y exclusivo asignado a esta labor. Esta falta de profesionalización del rol impide dedicar el tiempo necesario a mejorar protocolos, impartir formación interdepartamental y realizar una detección activa más exhaustiva.

Fugas en la Detección: Se pierden donantes potenciales en servicios fuera de la UCI, como en "la planta de neurología". Esto ocurre por una falta de concienciación, de proactividad o de conocimiento de los protocolos por parte del personal de dichos servicios, que no siempre identifican a un paciente como candidato a donación y, por tanto, no activan al equipo de coordinación.

Ausencia de un "Círculo de Retroalimentación": En los hospitales que son procuradores, pero no trasplantadores, el personal sanitario no llega a ver el resultado final y positivo de su esfuerzo. No presenciar el "milagro" del trasplante y la recuperación del receptor crea un vacío motivacional. Esta falta de un círculo de retroalimentación positivo puede disminuir el impulso y la implicación del equipo a largo plazo.

b) Resistencia comportamental e inercia

Aunque la cultura general es favorable, persiste una cierta resistencia al cambio por parte de algunos profesionales. Esta inercia, que puede ser "persona dependiente", a menudo se debe a un sesgo de statu quo o a una sobrecarga cognitiva, donde el "desconocimiento" de nuevos protocolos (como la donación en asistolia) o una visión más tradicional de la medicina intensiva hacen que el esfuerzo de adoptar nuevas prácticas se perciba como demasiado alto.

c) La decisión familiar: conflicto e incertidumbre

Finalmente, la barrera más decisiva se encuentra en la propia unidad familiar. Las negativas a la donación se deben principalmente a dos factores:

Conflicto Familiar: La política de la ONT es clara: "no generar conflicto". Si existe un desacuerdo entre los miembros de la familia sobre la donación, el proceso se detiene, incluso si la ley de consentimiento presunto permitiría continuar. La prioridad del sistema es el respeto al duelo familiar y evitar cualquier percepción de coerción.

La Voluntad No Expresada: La causa más frecuente de negativa familiar no es un rechazo activo a la donación, sino la incertidumbre. Cuando el tema nunca se ha discutido en vida, la familia, en un momento de duda y dolor, tiende a optar por la inacción por defecto.

"el no haberlo hablado termina desembocando en negativa, porque como no sabía que quería, no lo voy a hacer. Eso sí que nos pasa a menudo."

Facilitadores identificados

a) Integración y sinergia del equipo

Un facilitador estructural clave es la profunda integración del equipo de coordinación de trasplantes dentro de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). En España, cerca del 90% de los coordinadores de trasplantes son médicos y enfermeros intensivistas, lo que significa que a menudo son los mismos profesionales que atienden a los pacientes críticos en su día a día. Esta doble función reduce drásticamente la fricción interdepartamental y aprovecha la confianza preexistente como capital social, dos factores clave para agilizar procesos complejos bajo presión. La sinergia resultante permite una detección más rápida de potenciales donantes y una gestión del proceso mucho más eficiente, ya que el conocimiento del paciente, del entorno de la UCI y de los protocolos de donación reside en el mismo equipo profesional.

b) Profesionalización y formación continua a través de la ONT

La Organización Nacional de Trasplantes (ONT) actúa como un pilar fundamental del sistema, garantizando un alto nivel de competencia y estandarización en todo el país. La ONT proporciona formación gratuita y sistemática a todos los residentes de medicina intensiva, asegurando que cada nuevo especialista posea una base sólida sobre la donación y la detección de donantes. Adicionalmente, ofrece cursos de alta especialización para los coordinadores en áreas críticas como: comunicación de malas noticias; gestión de la donación en asistolia; y técnicas de gestión y coordinación de equipos.

Esta profesionalización continua genera una base homogénea de conocimiento y confianza, permitiendo que los profesionales actúen con seguridad y sigan protocolos basados en las mejores prácticas, independientemente del hospital en el que se encuentren.

c) Protocolos proactivos y cultura de donación institucional

El modelo analizado se caracteriza por una transición de un enfoque pasivo a uno decididamente proactivo. En lugar de esperar a que surja una oportunidad de donación, los equipos de coordinación implementan protocolos de búsqueda activa de donantes potenciales. Esto implica la revisión sistemática de ingresos y, crucialmente, la búsqueda activa en servicios donde se identifican "fugas" de donantes potenciales, como Neurología o Urgencias, y el seguimiento de pacientes en los que se plantea una adecuación de medidas de soporte vital. Como resume el coordinador hospitalario, el objetivo es generar una "cultura de donación" en toda la institución, donde cada profesional, desde la urgencia hasta la planta, sea consciente de su papel en el proceso y sepa cómo activar el protocolo de donación.

Si bien estos facilitadores estructurales diseñan un camino de menor resistencia, su efectividad se magnifica o anula por la psicología del actor principal: el intensivista. La siguiente sección analiza cómo la evolución de su identidad profesional se ha convertido en el catalizador más potente del sistema.

d) El factor humano: catalizadores culturales y psicológicos

Más allá de los organigramas y los protocolos, el éxito de la procuración reside en las actitudes, las creencias y la calidad de la comunicación humana. En el momento de máxima vulnerabilidad para una familia, la empatía, la confianza y la claridad son determinantes. Esta sección analiza los cambios culturales dentro de la medicina intensiva y las estrategias de comunicación que actúan como potentes facilitadores comportamentales, transformando una situación de duelo en una oportunidad de trascendencia.

e) La identidad evolutiva del intensivista

Se ha producido un cambio de paradigma fundamental en la autopercepción del médico intensivista. La visión tradicional, centrada exclusivamente en "salvar la vida del paciente a toda costa", ha evolucionado hacia una perspectiva más holística que integra la donación como una extensión del cuidado al final de la vida. La donación ya no se ve como un fracaso terapéutico, sino como parte de un "buen morir" y, crucialmente, como una forma de "salvar otras vidas". Este cambio de mentalidad es esencial para que el profesional vea la procuración no como una tarea ajena, sino como una parte integral de su labor.

"intensivistas teníamos esta cosa de o tenemos que salvar vidas, ¿no? Y si aquí ya no salvamos vidas, pues esta ya no es nuestra labor, ¿no? Sin embargo, ahora aquí sí que tenemos ya integrado que esto también es parte de nuestra labor, porque en el fondo sí que estamos salvando vidas."

f) El movimiento de "humanización" de la UCI

El movimiento de "humanizar la UCI", muy presente en el sistema sanitario español, ha sido un catalizador indirecto pero poderoso para la donación. Al promover una mayor apertura de las unidades a las familias, flexibilizar los horarios de visita y fomentar un entorno más compasivo y transparente, se ha fortalecido la relación de confianza entre el equipo sanitario y los familiares. Este contexto de apoyo y empatía facilita enormemente las conversaciones difíciles, incluida la de la donación, ya que la familia percibe al equipo médico no como un extraño, sino como un aliado en un momento de profundo dolor. Este capital de confianza no solo facilita la conversación sobre la donación en el momento final, sino que crea un entorno

donde las conversaciones sobre voluntades anticipadas podrían integrarse de forma más natural, atacando la raíz de la principal barrera: la incertidumbre familiar.

g) Estrategias de comunicación basadas en la confianza

Las entrevistas revelaron un conjunto de estrategias de comunicación deliberadas y basadas en principios de la psicología del comportamiento, diseñadas para apoyar a la familia y facilitar una decisión informada.

Separación de la Información: Se evita comunicar el pronóstico infausto y plantear la opción de la donación en la misma conversación. Esta separación temporal es crucial, pues permite a la familia procesar el shock inicial del duelo antes de enfrentarse a una nueva decisión. Comprimir ambas informaciones podría generar un bloqueo emocional y una negativa reactiva.

Construcción de una "Relación de Ayuda": El equipo de coordinación se posiciona como un soporte para la familia, no como un mero solicitante de órganos. Su objetivo es generar una relación de confianza y ayuda, ofreciendo apoyo y explicando que la donación es un derecho del paciente y una opción para la familia. Este enfoque cambia la dinámica de la conversación de una transacción a un acto de cuidado.

Uso de un Equipo Multidisciplinar: Para ofrecer un apoyo integral y adaptado a las necesidades específicas de cada familia, se recurre a un equipo multidisciplinar. La enfermería, por su cercanía continua, la psicóloga, para el manejo del duelo, e incluso el capellán, para el soporte espiritual, son figuras clave que contribuyen a crear un entorno de seguridad y acompañamiento que respeta todas las dimensiones del ser humano.

Este enfoque humanista se complementa con el análisis de los incentivos, tanto extrínsecos como intrínsecos, que motivan al personal a implicarse en este complejo proceso.

h) Empujes y Motivaciones: el rol de los incentivos en la procuración

La relación entre los incentivos y las profesiones de alta vocación, como la medicina, es compleja. Un sistema de incentivos mal diseñado podría erosionar la motivación intrínseca, mientras que uno bien calibrado puede reconocer el esfuerzo y alinear los objetivos individuales con los organizacionales. Desde la perspectiva de la economía del comportamiento, esta sección evalúa cómo los incentivos financieros y no financieros influyen en la motivación del personal sanitario para participar activamente en el exigente proceso de procuración de órganos.

i) Análisis de los incentivos económicos

El sistema de compensación económica identificado es mixto y matizado. Por un lado, el equipo de coordinación de trasplantes recibe una remuneración "por acto", lo que significa que existe una compensación directa por cada donante generado. Por otro lado, la unidad generadora (la UCI) recibe un incentivo menor, calificado por los entrevistados como "simbólico" o "pequeñito" (entre 70 y 80 euros), que se reparte entre el personal.

La percepción general es que este incentivo no es el motor principal de su trabajo. Más que un motor de rendimiento, el incentivo actúa como una señal de respeto profesional en un sistema que, según los entrevistados, a menudo da por sentada la vocación del sanitario. Como reflexiona una de las doctoras, en la sociedad actual, el valor económico se ha convertido en el lenguaje principal para demostrar el respeto por el trabajo de un profesional, incluso en campos altamente vocacionales.

j) El poder de la motivación intrínseca

A pesar de la existencia de incentivos económicos, el motor más poderoso que impulsa a los profesionales parece ser la motivación intrínseca. Las entrevistas están repletas de referencias a recompensas no financieras, como los profundos sentimientos de "gratificación" y de "sentirse útil". La capacidad de transformar una tragedia en un acto que salva múltiples vidas proporciona una recompensa emocional y un sentido de propósito que el dinero difícilmente puede replicar. Este sentimiento de estar facilitando un acto de altruismo extremo en el peor momento de la vida de una familia es una fuente de motivación extraordinaria.

"Yo yo yo lo vivo de una forma gratificante. De hecho, a mí me sigue emocionando cuando haces una entrevista y la familia al final decide donar, ¿no? Porque me parece un momento que es muy duro y que empatizas mucho cuando alguien en ese momento tan duro eh pues decide tomar una decisión que es bueno, tan altruista, ¿no?"

A pesar de la fortaleza de estos facilitadores y motivaciones, el camino hacia la donación no está exento de obstáculos significativos que merecen un análisis detallado.

Caso 3

Barreras identificadas

a) Carga cognitiva y fricciones operativas

El entorno hospitalario, caracterizado por su alta carga asistencial y la constante presión sobre los recursos, genera barreras significativas. Esta categoría se define como los obstáculos derivados de la sobrecarga de trabajo y la escasez de recursos (como camas de UCI), que desencadenan un clásico sesgo de disponibilidad: el problema inmediato y tangible (un paciente vivo esperando una cama) ejerce una fuerza cognitiva superior al beneficio más abstracto y futuro de una donación para un receptor anónimo.

La carga de trabajo general puede hacer que la detección de un posible donante pase a un segundo plano.

Coordinador hospitalario: "La carga asistencial influye mucho también en que se lleven a cabo, en que se ofrezca o que se pregunte."

La escasez de camas en la UCI es la manifestación más crítica de esta fricción. La necesidad de liberar espacio para pacientes con posibilidad de recuperación crea un conflicto de prioridades que perjudica al potencial donante. La coordinadora lo expresa con una claridad conductual reveladora, ilustrando cómo lo "urgente" desplaza a lo "importante":

Coordinador hospitalario: "...la falta de camas es otra barrera importante... cuando necesitas camas, cuando estás con la UCI llena, m yo creo que nos cuesta ver que que el posible donante de órganos es igual de importante que el paciente que tienes con un infarto de miocardio...".

Esta perspectiva es corroborada por el jefe de servicio, quien confirma que "la limitación de camas de UCI eso puede ser un problema porque lógicamente un donante ocupa una cama de UCI durante a veces varios días". Estas barreras estructurales se suman a los complejos desafíos emocionales y de creencias.

b) Sesgos emocionales y creencias personales

La toma de decisiones bajo un alto impacto emocional representa el desafío más delicado del proceso. El duelo y las creencias personales profundamente arraigadas son factores que la lógica y los protocolos por sí solos no pueden resolver. Esta categoría abarca las barreras que surgen del estado emocional de la familia (dolor, culpa) y de sus marcos de creencias (religiosas, culturales), que pueden entrar en conflicto con la propuesta de donación.

Las creencias religiosas pueden crear un obstáculo insuperable si la familia percibe la donación como una transgresión.

Médico Intensivista A: (Sobre su primera entrevista) "la familia era muy muy creyente... pensaban que el hecho de extraerle órganos iba a hacer que no pudiera ir al cielo... desde nuestro punto de vista, claro, eso fue algo que dificultó la toma de decisiones."

El propio profesional sanitario también enfrenta un conflicto emocional interno. La frustración de no haber podido salvar una vida debe ser gestionada para poder abordar a la familia con la empatía necesaria para solicitar un acto de generosidad.

Médico Intensivista A: "tienes un cierto sentimiento de frustración porque no has podido hacer nada por una persona y en cambio quieres hablar para pedir algo a una familia, algo tan valioso como son sus órganos... es un conflicto un poco a veces que difícil".

Finalmente, una barrera interna puede provenir de la falta de compromiso de algunos profesionales. La coordinadora describe a colegas que "se desinvolucran completamente de esto", mientras que otro intensivista añade una capa de complejidad al mencionar casos de "objectora de conciencia" que, aunque no se oponen, solicitan que otro profesional gestione el proceso. Estas barreras son las más complejas y requieren habilidades interpersonales avanzadas, no solo conocimiento técnico.

Facilitadores identificados

a) Motivación intrínseca y altruismo prosocial

La motivación intrínseca del personal sanitario y de las familias donantes actúa como el motor principal del sistema. Esta se define como la pulsión interna, basada en el altruismo y el beneficio social, que actúa como un poderoso impulsor del comportamiento pro-donación, superando las dificultades operativas y emocionales. El sistema se nutre de dos vertientes complementarias de esta motivación: una profesional-interna y otra relacional-empática.

La vertiente profesional se centra en la satisfacción de transformar una pérdida en una oportunidad de vida, un acto que dota de un propósito trascendente a la labor médica.

Médico Intensivista A: "el hecho de que una persona eh que por la que tú ya no puedes hacer más... una vez que ha fallecido puede ayudar a otra persona a sobrevivir. Eso es una motivación especial. Claro, es importante saber que una persona por la que tú ya no puedes hacer nada puede ayudar a otra a vivir."

Esta motivación confiere un valor añadido a la profesión, como relata el mismo profesional, que al salvar una vida se va a casa "pensando que has hecho que no solamente has hecho un trabajo para ganar dinero, ¿no? Que has hecho algo más otra por otra persona". La segunda vertiente, relacional y empática, se alimenta del impacto observable en las familias. La donación se convierte en un acto que proporciona consuelo y significado en medio del duelo.

Coordinador hospitalario: "Yo cuando ofrezco la donación a los familiares, o sea, vivo tan de cerca cómo les cambia la cara. Cuando dicen que sí... cómo les alivia la cara, cómo tienen una expresión de felicidad, de pensar que algo de ellos va a estar en otra y de y pensar que algo de esas personas queridas que pierden va a estar presente...".

La fuerza de esta creencia se manifiesta de la forma más profunda en la experiencia personal de la coordinadora, quien, tras conseguir que su padre fuera trasladado a su hospital al final de su vida, vivió el proceso desde el otro lado, ofreciendo la donación a su propia familia. Lo describe como algo "muy bonito", un testimonio que encapsula la autenticidad y el poder de esta motivación intrínseca como pilar del sistema.

Esta poderosa fuerza motivacional individual se nutre y, a su vez, fortalece un contexto social más amplio donde la donación es una norma aceptada y valorada.

b) Norma social y concienciación colectiva

La norma social favorable a la donación es un pilar fundamental del éxito del modelo español. Se define como una conciencia ciudadana y profesional profundamente arraigada que establece la donación como un comportamiento esperado y valorado. Esta cultura de aceptación generalizada, construida a lo largo de décadas, reduce significativamente la fricción en la toma de decisiones y normaliza el acto de donar.

Este logro es el resultado de un trabajo sostenido y deliberado de concienciación, que ha permeado todas las capas de la sociedad, desde los ciudadanos hasta los gestores sanitarios.

Médico Intensivista B: "En España hay una conciencia que empieza en la ciudadanía y que sigue a los médicos y los gestores... esto es se considera prioritario".

Este esfuerzo histórico fue crucial para establecer conceptos médicos complejos. El médico intensivista B, recuerda cómo hace 30 o 35 años tuvo que realizar una labor pedagógica activa, primero para convencer a los propios profesionales sanitarios y luego a la población, sobre la validez de la muerte encefálica. Hoy, ese trabajo ha dado sus frutos.

Médico Intensivista B: "La gente entiende lo que es la muerte encefálica y tú les dices, está muerto, ha hecho una muerte encefálica... la población ha integrado ese concepto... Y hoy no hay que hacer no hay que hacer explicaciones."

Esta normalización ha creado un "caldo de cultivo" cultural que no solo facilita el proceso actual, sino que también lo protege de posibles retrocesos, consolidando la donación como un valor nacional resiliente.

Médico Intensivista B: "Se ha generado ahí un caldo de cultivo, una cultura e nacional que que es muy difícil te revierta".

Esta sólida norma social se ve reforzada y operativizada a través de herramientas estructurales que garantizan la coherencia y eficiencia del sistema.

c) Estructura y protocolización (reducción de la carga cognitiva)

Los protocolos y las estructuras organizativas actúan como una "arquitectura de decisión" que guía a los profesionales a través de un proceso complejo y de alto estrés. Esta categoría se define como el conjunto de guías, checklists y roles definidos (como el del coordinador de trasplantes y la ONT) que funcionan como un nudge conductual: no fuerzan una decisión, pero hacen que el camino deseado —un proceso riguroso y sin errores— sea el de menor resistencia para un profesional cognitivamente sobrecargado.

Estos protocolos operan en múltiples niveles. A nivel práctico, funcionan como una herramienta de descarga cognitiva, un "checklist" para asegurar que no se omita ningún detalle crítico, tal como lo describe la coordinadora al recordar los inicios de su programa:

Coordinadora hospitalaria: "...hicimos un poquito el protocolo como un checklist también de los pasos así de posible donante, diagnóstico de muerte encefálica, consentimiento familiar, pues punto a punto el checklist...".

A nivel sistémico, representan un estándar nacional de cuidado que elimina variaciones arbitrarias y genera confianza.

Médico intensivista A: "En general está sí está protocolizado ya, como digo, a nivel nacional, o sea, eh los protocolos son los mismos para nuestro hospital aquí que para otros hospitales de España."

Finalmente, a nivel cultural, encarnan la profesionalización y seriedad del sistema, funcionando más como "una vía, una guía" que, como un mandato rígido, reflejando una cultura profesional profundamente integrada.

Médico intensivista B: "...es un protocolo paso a paso... más que un protocolo, es una vía, una guía."

Este sistema de facilitadores, sin embargo, coexiste con barreras significativas que debe superar constantemente para mantener su eficacia.

Caso 4

Barreras identificadas

a) Carga emocional del proceso de donación

El proceso de donación se asocia a una carga emocional significativa para los profesionales, vinculada al fallecimiento del paciente y al acompañamiento de las familias.

“Es una situación emocionalmente dura” (Médico intensivista).

“Tiene una carga emocional importante” (Jefe de UCI).

b) Sobrecarga laboral asociada a la coordinación

La coordinación de trasplantes implica una tarea adicional a la labor asistencial habitual, requiriendo disponibilidad continua y ampliación de la jornada laboral.

“Supone un trabajo extra respecto al trabajo habitual” (Médico intensivista).

“Requiere disponibilidad constante” (Jefe de UCI).

c) Complejidad en la distribución de incentivos económicos

La remuneración asociada a la coordinación presenta componentes fijos y variables cuya distribución requiere acuerdos institucionales.

“El reparto del dinero genera discusiones” (Médico intensivista).

“Cada hospital tiene sus particularidades” (Jefe de UCI).

d) Percepción ambivalente del rol de la procuración

Se describen percepciones diversas sobre el rol de la procuración en algunos sectores del hospital, asociadas a la proximidad con el fallecimiento.

“A veces se ve al equipo de trasplantes de forma ambivalente” (Médico intensivista).

“Depende de la cultura del hospital” (Jefe de UCI).

e) Heterogeneidad entre hospitales

Los entrevistados señalan que el modelo organizativo del hospital no es homogéneo con otros centros, existiendo diferencias estructurales y de volumen de actividad.

“No hay dos hospitales iguales” (Médico intensivista).

“Cada centro tiene su propia historia” (Jefe de UCI).

Facilitadores identificados

a) Integración histórica de la donación en la práctica hospitalaria

La donación de órganos se describe como una práctica incorporada desde hace décadas al funcionamiento del hospital. Los entrevistados señalan que la identificación de potenciales donantes forma parte de la rutina asistencial, especialmente en las unidades críticas. Esta integración se sostiene en el tiempo y es reconocida por los equipos como parte del trabajo cotidiano.

“La donación es algo que está establecido desde hace muchos años en el hospital” (Médico intensivista).

“Forma parte de la dinámica habitual del servicio” (Jefe de UCI).

b) Presencia de coordinadores integrados al equipo asistencial

Los coordinadores de trasplantes pertenecen al propio servicio de medicina intensiva, desarrollando tareas asistenciales y de coordinación. Esta integración permite un conocimiento directo de los pacientes y de los procesos clínicos, facilitando la continuidad del cuidado y la comunicación interna.

“Los coordinadores son médicos de nuestro propio servicio” (Médico intensivista).

“Conocen a los pacientes desde su ingreso” (Jefe de UCI).

c) Protocolización del proceso de donación

El proceso de donación se encuentra regulado por protocolos nacionales que se aplican de forma sistemática en el hospital. Los entrevistados describen una adhesión estricta a estos lineamientos, abarcando todas las etapas del proceso.

“Es uno de los procesos más protocolizados que tenemos” (Médico intensivista).

“Los protocolos se cumplen de forma estricta” (Jefe de UCI).

d) Formación en donación a lo largo de la trayectoria profesional

La formación en donación y trasplantes se describe como parte del recorrido formativo del intensivista, incluyendo la residencia y la práctica profesional continua.

“Durante la especialidad tenemos formación específica en donación” (Médico intensivista).

“Forma parte del bagaje formativo del intensivista” (Jefe de UCI).

e) Naturalización del ingreso a UCI con objetivo de donación

Se describen ingresos a la unidad de cuidados intensivos con el objetivo específico de preservar órganos para donación. Esta práctica es aceptada por el equipo y se integra al funcionamiento habitual.

“Ingresan pacientes cuyo único objetivo es la donación” (Médico intensivista).

“El equipo lo tiene totalmente integrado” (Jefe de UCI).

Caso 5

Barreras identificadas

a) Formación no obligatoria en procuración de órganos

Los entrevistados señalan que, si bien existe oferta formativa en donación y trasplantes, la capacitación no es obligatoria para todos los profesionales. El acceso a estas instancias depende del interés individual y del recorrido personal de cada médico. Esta situación genera trayectorias formativas heterogéneas dentro del hospital. Los profesionales describen que la formación se adquiere de manera progresiva y no necesariamente estructurada.

“No es obligatorio para acabar la especialidad” (Médico intensivista).

“La formación depende mucho de cada uno” (Coordinador hospitalario).

b) Carga asistencial persistente en el rol de coordinación médica

La coordinadora hospitalaria continúa desarrollando actividad asistencial en la unidad de cuidados intensivos, combinando estas tareas con las funciones propias de la coordinación de trasplantes. Los entrevistados refieren que la liberación de carga asistencial es parcial y variable. Esta doble función se mantiene en la práctica cotidiana del hospital. La superposición de tareas es descripta como una característica habitual del rol.

“Compagino la asistencia con la coordinación” (Coordinador hospitalario).

“No hay una dedicación completa definida” (Coordinador hospitalario).

c) Variabilidad organizativa entre hospitales

Los entrevistados aclaran que la organización del proceso de procuración descrita corresponde a su hospital y no es homogénea en todo el sistema sanitario. Existen diferencias entre hospitales en cuanto a recursos, estructuras y modos de funcionamiento. Esta variabilidad es mencionada como un rasgo del contexto institucional más amplio. Los profesionales señalan que cada centro desarrolla su propio modelo organizativo.

“Esto no es igual en todos los hospitales” (Médica intensivista).

“Depende mucho del centro donde trabajas” (Médica intensivista).

d) Exigencia emocional sostenida en el acompañamiento de familias

Los entrevistados describen la carga emocional asociada al acompañamiento de familias en situaciones de final de vida y donación de órganos. Señalan que este componente emocional forma parte del trabajo cotidiano y requiere disponibilidad constante. El contacto con las familias se presenta como una tarea exigente que se suma a la asistencia clínica. Esta dimensión emocional es reconocida como inherente al proceso.

“Es una parte muy dura del trabajo” (Médica intensivista).

“Hay que estar siempre disponible para las familias” (Coordinador hospitalario).

Facilitadores identificados

a) Integración de la donación como práctica habitual del hospital

En el hospital analizado, la donación de órganos se encuentra incorporada de manera estructural a la dinámica cotidiana de la unidad de cuidados intensivos. Los entrevistados describen que la evaluación del potencial donante forma parte de los procesos habituales ante pacientes con evolución clínica desfavorable. Esta práctica se encuentra naturalizada en el funcionamiento del servicio, sin requerir instancias extraordinarias de activación. Los profesionales refieren que la procuración es considerada una extensión de la atención al paciente crítico y no una actividad separada de la rutina asistencial.

Los entrevistados refieren que no existe una retribución económica individual específica asociada a la actividad de procuración de órganos en la unidad de cuidados intensivos. Señalan que los recursos económicos generados se gestionan a nivel del servicio o de la institución. La

ausencia de incentivos individuales es descripta como una condición conocida dentro del hospital. Esta situación no aparece como explicitada en términos contractuales.

“Siempre se evalúa si puede ser donante, eso lo tenemos muy interiorizado” (Médico intensivista).

“Es algo que forma parte de nuestro trabajo diario en la UCI” (Médica intensivista).

“A nivel personal no cobramos dinero extra” (Médica intensivista).

“Es un fondo que maneja el servicio, no algo individual” (Coordinador hospitalario).

b) Estructura formal de coordinación hospitalaria de trasplantes

El hospital cuenta con una estructura formal de coordinación de trasplantes, integrada por un equipo estable compuesto por médicos intensivistas y personal de enfermería. Esta coordinación se encuentra institucionalizada dentro del hospital y articulada con la unidad de cuidados intensivos y los servicios quirúrgicos. Los entrevistados describen que el equipo de coordinación desarrolla sus funciones de manera permanente, lo que permite sostener la continuidad del proceso de procuración. La existencia de esta estructura organizada es señalada como una característica propia del hospital.

“La coordinación la formamos un médico y varios enfermeros con dedicación completa” (Coordinador hospitalario).

“Es un equipo estable que trabaja siempre dentro del hospital” (Médica intensivista).

c) Disponibilidad de recursos humanos en la unidad de cuidados intensivos

Los entrevistados describen una dotación amplia de profesionales en la unidad de cuidados intensivos, especialmente durante la jornada diurna. Señalan la presencia simultánea de médicos adjuntos, residentes y personal de enfermería, lo que permite distribuir tareas asistenciales y sostener procesos complejos como la procuración de órganos. Esta disponibilidad de recursos humanos es mencionada como una condición habitual del funcionamiento del servicio. Los profesionales refieren que la organización por turnos facilita el abordaje de situaciones de alta complejidad.

“Por la mañana podemos ser diez o quince médicos trabajando” (Médica intensivista).

“La plantilla amplia facilita mucho el trabajo diario” (Médica intensivista).

d) Formación en donación durante la residencia y la práctica profesional

Los entrevistados refieren haber recibido formación en donación y trasplantes durante la residencia en medicina intensiva, así como a través de cursos organizados por organismos nacionales. Esta formación incluye contenidos vinculados al mantenimiento del donante, los aspectos clínicos del proceso y la comunicación con las familias. La capacitación es descripta como un componente presente a lo largo del recorrido profesional. Los profesionales señalan que estas instancias formativas acompañan su práctica cotidiana.

“Durante la residencia tenemos formación en donación” (Médica intensivista).

“Hay cursos organizados a nivel nacional de manera permanente” (Coordinador hospitalario).

e) Continuidad en la comunicación con las familias

En el hospital se prioriza que la comunicación con las familias sea realizada por profesionales que mantienen un vínculo previo con el paciente. Los entrevistados describen que esta continuidad en la relación favorece el diálogo y permite sostener un acompañamiento más cercano. La comunicación se desarrolla como un proceso progresivo y no como una intervención aislada. Esta modalidad es señalada como una práctica habitual dentro del servicio.

“El mismo médico que ha llevado al paciente suele hablar con la familia” (Médica intensivista).

“La relación previa con la familia ayuda mucho en todo el proceso” (Coordinador hospitalario).

Caso 6

Barreras identificadas

a) Carga emocional del proceso de donación

En el hospital, el proceso de donación es descrito por los entrevistados como una práctica que conlleva una carga emocional significativa para los profesionales involucrados. Esta carga se vincula al acompañamiento de familias en situaciones de fallecimiento y a la necesidad de sostener entrevistas en contextos de alta sensibilidad emocional. Los profesionales refieren que estas instancias forman parte habitual del trabajo cotidiano en las unidades críticas y que se presentan de manera reiterada en el desarrollo de los procesos de donación. La exposición continua a estas situaciones atraviesa la práctica diaria y constituye una dimensión presente en el funcionamiento del hospital.

“Son situaciones emocionalmente muy duras” (Médico intensivista).

“La entrevista con la familia siempre impacta” (Coordinador hospitalario).

b) Sobrecarga laboral del rol de coordinación

En el hospital, la función de coordinación de trasplantes es descrita como una tarea que se suma a la actividad asistencial habitual desarrollada en la unidad de cuidados intensivos. Los entrevistados refieren que este rol requiere una disponibilidad prácticamente permanente, incluyendo horarios nocturnos, fines de semana y períodos de localización fuera del horario laboral regular. La coordinación implica responder a múltiples demandas en forma simultánea, vinculadas tanto al seguimiento de potenciales donantes como a la organización de los operativos. Esta carga adicional se integra a la práctica cotidiana del hospital y condiciona la organización del trabajo de los profesionales que desempeñan esta función.

“Estás localizado prácticamente todo el tiempo” (Coordinador hospitalario).

“Es un trabajo extra al asistencial” (Médico intensivista).

c) Dificultades en modalidades específicas de donación

En el hospital, los entrevistados describen que la incorporación de modalidades específicas de donación, como la donación en asistolia controlada, presenta dificultades en su implementación cotidiana. Señalan que estas modalidades no son vividas de manera homogénea por todos los integrantes del equipo asistencial y que existen diferencias en la aceptación y en la forma de abordarlas. Estas dificultades se expresan en la práctica diaria y se vinculan con las trayectorias profesionales, las experiencias previas y las percepciones individuales de los profesionales involucrados. La variabilidad en la vivencia de estas modalidades condiciona su desarrollo dentro del funcionamiento habitual del hospital.

“Hay compañeros a los que les cuesta más la donación en asistolia” (Médico intensivista).

“No todos lo viven de la misma manera” (Coordinador hospitalario).

d) Presión asistencial creciente

En el hospital, los entrevistados describen un contexto de elevada ocupación de la unidad de cuidados intensivos, caracterizado por una alta demanda asistencial y un aumento sostenido de la complejidad de los pacientes ingresados. Esta presión asistencial condiciona la organización cotidiana del trabajo y reduce los tiempos disponibles para sostener todas las instancias que requiere el proceso de donación. La atención prioritaria de pacientes críticos, la rotación permanente de ingresos y la necesidad de respuesta inmediata ante situaciones clínicas urgentes configuran un escenario en el que la procuración debe desarrollarse en paralelo a múltiples

demandas asistenciales. Los profesionales señalan que esta situación forma parte del funcionamiento habitual de la unidad y atraviesa de manera constante la práctica cotidiana.

“La presión asistencial cada vez es mayor” (Médico intensivista).

“El tiempo es un factor crítico” (Coordinador hospitalario).

Facilitadores identificados

a) Integración de la donación en la práctica cotidiana

En el hospital, la donación de órganos es descrita como una práctica incorporada al funcionamiento cotidiano de la unidad de cuidados intensivos. Los entrevistados señalan que la identificación de potenciales donantes se realiza de manera sistemática ante pacientes con daño neurológico grave o con evolución clínica desfavorable. Esta consideración se introduce desde etapas tempranas de la internación y se mantiene presente durante todo el proceso asistencial. La donación es presentada como una posibilidad que acompaña el cuidado integral del paciente crítico y que forma parte de las rutinas habituales del servicio, sin requerir instancias excepcionales de activación.

“La donación forma parte de nuestro día a día como intensivistas” (Médico intensivista).

“Siempre estamos atentos a posibles donantes” (Coordinador hospitalario).

b) Estructura formal de coordinación hospitalaria

En el hospital, la coordinación de trasplantes se encuentra organizada como una estructura formal integrada al propio servicio de cuidados intensivos. Los entrevistados describen que esta función es desempeñada por profesionales con una trayectoria asistencial prolongada dentro de la institución, lo que les permite un conocimiento profundo del funcionamiento interno, de los circuitos asistenciales y de los equipos de trabajo. Esta integración facilita la articulación cotidiana entre la coordinación y la práctica clínica, permitiendo que las actividades vinculadas a la donación se desarrollen en estrecha relación con el resto del servicio. La presencia de una estructura formalizada constituye una característica estable del funcionamiento hospitalario.

“El coordinador conoce perfectamente cómo funciona el hospital” (Médico intensivista).

“Llevo muchos años trabajando en este hospital” (Coordinador hospitalario).

c) Protocolización del proceso de donación

En el hospital, el proceso de donación y procuración de órganos es descrito como altamente protocolizado y regulado por lineamientos nacionales y autonómicos. Los entrevistados señalan que existen procedimientos claramente definidos que abarcan las distintas etapas del proceso, desde la identificación del potencial donante hasta la organización del operativo de extracción. Estos protocolos son aplicados de manera sistemática por los equipos asistenciales y constituyen una referencia permanente para la práctica cotidiana. La utilización de procedimientos estandarizados permite que el proceso se desarrolle de forma ordenada y homogénea dentro del funcionamiento habitual del hospital.

“Está todo absolutamente protocolizado” (Coordinador hospitalario).

“Seguimos los mismos procedimientos en cada caso” (Médico intensivista).

d) Formación sostenida en donación y trasplantes

En el hospital, la formación en donación y trasplantes es descrita como un componente presente a lo largo del recorrido profesional de los entrevistados. Los profesionales refieren haber recibido capacitación específica durante la residencia en medicina intensiva, así como formación continua en etapas posteriores de su trayectoria laboral. Esta formación incluye contenidos vinculados al diagnóstico de muerte encefálica, al mantenimiento del donante y a los aspectos organizativos del proceso de procuración. La actualización permanente forma parte de la práctica habitual del hospital y acompaña el desarrollo cotidiano de las actividades relacionadas con la donación.

“Durante la residencia recibimos formación en donación” (Médico intensivista).

“La formación es continua a lo largo de los años” (Coordinador hospitalario).

e) Experiencia en comunicación con familias

En el hospital, la comunicación con las familias es descrita como una práctica central y habitual dentro del proceso de donación. Los entrevistados señalan que las entrevistas familiares forman parte del trabajo cotidiano de los profesionales de la unidad de cuidados intensivos y de la coordinación de trasplantes. Estas instancias se desarrollan en espacios físicos destinados específicamente a la comunicación y en momentos definidos del proceso asistencial. La experiencia acumulada en la transmisión de información clínica y en la comunicación de malas noticias acompaña de manera permanente el funcionamiento del hospital y se integra a las rutinas habituales de atención.

“Las entrevistas familiares forman parte de nuestro trabajo habitual” (Coordinador hospitalario).

“Tenemos experiencia en comunicar malas noticias” (Médico intensivista).

7. Discusión integrada desde la Economía del Comportamiento: análisis transversal, comparación entre sistemas e implicancias de diseño

Finalizado el análisis de los casos hospitalarios, esta sección integra los hallazgos desde una perspectiva transversal y comparativa, con el objetivo de sistematizar regularidades, interpretarlas a la luz de la Economía del Comportamiento y derivar implicancias de diseño orientadas a mejorar el desempeño del sistema de procuración.

7.1. Análisis transversal de barreras y facilitadores en la procuración hospitalaria: regularidades en Argentina y España

7.1.1. Argentina

I. Barreras transversales en los hospitales argentinos

El análisis cualitativo de los casos hospitalarios argentinos evidencia que las principales dificultades del proceso de procuración están presentes en las etapas iniciales del proceso de procuración, particularmente en la detección y notificación de potenciales donantes. En este sentido, las fricciones organizacionales internas también se integran con otros factores del proceso, por ejemplo, la negativa familiar. El principal “cuello de botella” identificado se localiza en la subnotificación por parte del personal sanitario de áreas críticas. Estas fricciones no responden a fallas individuales ni a falta de compromiso ético, sino a condicionantes conductuales y estructurales que se repiten de manera consistente entre instituciones, configurando barreras transversales al sistema hospitalario.

a) Desalineación del rol profesional

Una primera regularidad observada refiere a la dificultad para integrar la procuración dentro de las funciones cotidianas del personal asistencial. La detección de potenciales donantes no se percibe como parte constitutiva del rol clínico habitual, sino como una tarea adicional. Esta percepción reduce la probabilidad de activación espontánea del proceso y lo vuelve dependiente de la motivación o iniciativa individual.

En contextos de alta presión asistencial, las tareas que no forman parte del núcleo del rol tienden a postergarse o directamente omitirse. De este modo, la procuración queda supeditada al compromiso personal de algunos profesionales, en lugar de operar como un comportamiento institucionalizado y sistemático.

b) Fricción operativa y desconocimiento del sistema de registro

Una segunda barrera transversal se vincula con el uso de herramientas administrativas y tecnológicas necesarias para formalizar la notificación. La falta de familiaridad con el sistema informático de registro introduce fricciones cognitivas y operativas que dificultan el cumplimiento del procedimiento.

Desde una perspectiva conductual, estos obstáculos técnicos incrementan el costo percibido de la acción: cuando el proceso resulta complejo, poco intuitivo o requiere pasos adicionales, aumenta la probabilidad de postergación del procedimiento o de desistir en su cumplimiento. Así, pequeñas fricciones administrativas se traducen en pérdidas efectivas de oportunidades de procuración.

c) Déficit de capacitación específica

En concordancia con lo anterior, se identifica un déficit formativo en los procedimientos específicos de procuración. El escaso entrenamiento técnico limita no sólo el conocimiento operativo, sino también la seguridad del profesional para iniciar el proceso.

La falta de capacitación genera inseguridad, dependencia de actores especializados y menor autonomía decisional, lo que retrasa la detección temprana y reduce la fluidez del circuito. En este sentido, la barrera no es únicamente informativa, sino también práctica: la ausencia de entrenamiento sistemático debilita la capacidad efectiva de acción del equipo.

d) Incertidumbre normativa

Otra regularidad transversal corresponde al desconocimiento del marco regulatorio que rige la procuración. La falta de claridad respecto de protocolos, responsabilidades y regulaciones vigentes introduce incertidumbre en la toma de decisiones.

Esta ambigüedad normativa favorece los comportamientos de evitación. Frente al riesgo de cometer errores administrativos o legales, los profesionales tienden a demorar o no activar el proceso. De este modo, la ausencia de información clara y accesible actúa como barrera indirecta, inhibiendo conductas que, en teoría, cuentan con respaldo institucional.

e) Sobrecarga asistencial y conflicto de prioridades clínicas

Finalmente, la barrera más consistente y estructural observada en los casos argentinos se relaciona con la sobrecarga de trabajo en las unidades críticas. El entorno hospitalario se caracteriza por alta presión temporal, múltiples demandas simultáneas y competencia constante entre prioridades clínicas.

En este contexto, la procuración compite con tareas percibidas como más urgentes o inmediatas. La atención se concentra en la resolución de situaciones agudas; mientras que actividades no rutinarias o consideradas secundarias tienden a postergarse. La saturación de la agenda asistencial desplaza sistemáticamente la prioridad del proceso de donación, aun cuando exista acuerdo ético o normativo sobre su relevancia.

Desde la psicología cognitiva, estas condiciones reducen la capacidad de procesamiento deliberativo y favorecen decisiones rápidas basadas en hábitos y rutinas. Como consecuencia, la activación del protocolo de procuración —al no estar completamente automatizada— presenta menor probabilidad de ejecución.

Síntesis analítica de barreras identificadas

En conjunto, las evidencias permiten señalar que las barreras del sistema hospitalario argentino no responden principalmente a resistencias actitudinales o negativas explícitas hacia la donación, sino a fricciones organizacionales que operan de manera sistemática sobre el comportamiento cotidiano en los equipos de salud.

Estas barreras pueden agruparse en tres dimensiones interrelacionadas. En primer lugar, barreras de identidad y rol, donde la procuración no se encuentra plenamente integrada a las responsabilidades habituales del personal. En segundo lugar, barreras de capacidad técnica y normativa, asociadas a falta de formación, manejo de herramientas y claridad regulatoria. Finalmente, barreras estructurales del entorno asistencial, caracterizadas por sobrecarga, presión temporal y conflicto de prioridades.

Esta configuración sugiere que el problema central no es actitudinal, sino sistémico. La procuración compite en desventaja dentro de organizaciones complejas que privilegian la urgencia clínica inmediata. En consecuencia, mejorar el desempeño hospitalario requiere intervenciones que reduzcan fricciones, automaticen comportamientos y alineen el proceso con las rutinas habituales del trabajo asistencial, más que estrategias centradas exclusivamente en la sensibilización individual.

II. Facilitadores transversales en los hospitales argentinos

Así como el análisis identificó fricciones organizacionales que obstaculizan la procuración, también emergen de manera consistente una serie de prácticas, condiciones y arreglos

institucionales que actúan como facilitadores del proceso. Estos elementos no dependen exclusivamente de recursos materiales extraordinarios, sino, principalmente, de la forma en que la procuración se integra a la dinámica cotidiana del hospital, se institucionaliza en los roles profesionales y se sostiene mediante rutinas claras de coordinación.

A diferencia de las barreras, que operan como omisiones o desplazamientos involuntarios, los facilitadores se caracterizan por reducir incertidumbre, simplificar decisiones y convertir la activación del proceso en un comportamiento esperado y fluido dentro de la organización. En este sentido, el desempeño hospitalario no se explica únicamente por la disponibilidad de infraestructura, sino por la existencia de mecanismos que ordenan la acción colectiva y disminuyen fricciones cognitivas y operativas.

a) Integración de la procuración al rol profesional

Un primer facilitador transversal se observa cuando la procuración es percibida como parte constitutiva del trabajo clínico habitual. En aquellos contextos donde la detección de potenciales donantes se incorpora a las rutinas asistenciales, el comportamiento se activa con mayor naturalidad y menor dependencia del compromiso individual.

Esta integración identitaria transforma la procuración en una responsabilidad compartida por el equipo, lo que incrementa la probabilidad de notificación temprana y reduce la variabilidad asociada a la motivación personal. Cuando el proceso forma parte de “lo que se hace siempre”, disminuye la carga deliberativa y se consolida como práctica institucional estable.

b) Claridad de procedimientos y protocolos definidos

Otro facilitador recurrente es la existencia de circuitos operativos claros, con pasos definidos, responsabilidades explícitas y criterios estandarizados. La claridad procedimental reduce la ambigüedad en la toma de decisiones y facilita que los profesionales sepan qué hacer, cuándo hacerlo y a quién recurrir.

La presencia de protocolos conocidos y accesibles disminuye la fricción administrativa y el costo cognitivo de iniciar el proceso. En estos escenarios, la activación del circuito no requiere interpretaciones “*ad hoc*”, sino que se apoya en guías preestablecidas que simplifican la acción y generan mayor seguridad operativa.

c) Capacitación y entrenamiento específico

La formación técnica continua aparece como un facilitador clave para fortalecer la capacidad de acción de los equipos. La capacitación no sólo aporta conocimientos procedimentales, sino

que incrementa la confianza y la autonomía profesional para identificar potenciales donantes y activar el protocolo sin demoras.

Cuando los equipos cuentan con entrenamiento sistemático, la procuración deja de percibirse como una tarea compleja o especializada y se convierte en una práctica accesible. Este fortalecimiento de competencias reduce la dependencia de actores individuales y mejora la fluidez del proceso en su conjunto.

d) Coordinación interna y presencia de referentes

La existencia de figuras de referencia claras —como coordinadores hospitalarios o equipos especializados— también actúa como facilitador organizacional. Estos roles funcionan como nodos de articulación entre servicios, ordenan responsabilidades y sostienen el proceso frente a la fragmentación propia de las instituciones complejas.

La presencia de liderazgo operativo facilita la comunicación, agiliza la resolución de obstáculos y mantiene la procuración visible dentro de la agenda institucional. Asimismo, ofrece apoyo técnico y emocional a los profesionales, reduciendo la incertidumbre y promoviendo mayor involucramiento del equipo.

e) Priorización institucional y apoyo del entorno organizacional

Finalmente, los hospitales que muestran mejores desempeños tienden a generar condiciones estructurales que legitiman la procuración como prioridad asistencial. Esto se traduce en tiempos protegidos, disponibilidad de recursos mínimos y reconocimiento institucional del proceso y de los profesionales involucrados.

Cuando la organización valida explícitamente la importancia de la donación, la actividad deja de competir frente a otras demandas clínicas. Esta priorización reduce el conflicto de tareas y permite que la procuración se integre de manera armónica al flujo cotidiano de trabajo.

Síntesis analítica de facilitadores identificados

En conjunto, los facilitadores identificados muestran un patrón convergente: el buen desempeño hospitalario no depende exclusivamente de motivaciones individuales o de recursos extraordinarios, sino de la capacidad del sistema para reducir fricciones y estructurar comportamientos. Allí donde la procuración se institucionaliza como parte del rol profesional, se apoya en protocolos claros, se sostiene mediante capacitación continua y cuenta con referentes organizacionales, el proceso tiende a activarse de forma más consistente y previsible.

En contraste con una lógica centrada en la sensibilización o el compromiso personal, los hallazgos sugieren que los resultados mejoran cuando la organización simplifica la acción, clarifica responsabilidades y alinea la procuración con las rutinas habituales del trabajo asistencial. De este modo, la procuración deja de depender de esfuerzos extraordinarios y pasa a integrarse como una práctica regular del sistema hospitalario.

7.1.2. España

I. Barreras transversales en los hospitales españoles

El análisis de los casos hospitalarios españoles muestra que, incluso en un sistema consolidado y de alto rendimiento en procuración, persisten obstáculos que afectan el desarrollo del proceso a nivel microorganizacional. A diferencia de lo observado en Argentina, donde predominan fricciones estructurales asociadas a capacitación, roles y sobrecarga operativa, en el contexto español las barreras tienden a localizarse en dimensiones más sutiles del comportamiento humano y de la interacción clínica: factores emocionales, relacionales y cognitivos que influyen en momentos críticos de decisión.

Estas barreras no responden a fallas de diseño institucional ni a ausencia de protocolos, sino a la propia complejidad psicológica del trabajo sanitario en situaciones de muerte, duelo y comunicación con las familias. Se trata, en consecuencia, de fricciones situadas que emergen en la práctica cotidiana y que pueden erosionar el proceso, aun cuando el sistema formal funcione adecuadamente.

a) Impacto emocional del fracaso terapéutico en el profesional

Una primera regularidad identificada se vincula con el estado emocional del propio equipo de salud frente al fallecimiento del paciente. La muerte puede ser vivida por el intensivista como un fracaso personal o profesional, generando sentimientos de frustración, agotamiento o desánimo que condicionan la disposición para iniciar la entrevista sobre donación.

Este impacto emocional no sólo afecta la motivación interna, sino también la comunicación interpersonal. El lenguaje no verbal, el tono o la actitud del profesional pueden transmitir derrota, distancia o falta de convicción, influyendo indirectamente en la percepción de la familia. De este modo, el estado anímico del equipo se convierte en un factor que puede predisponer negativamente el contexto de decisión, aun antes de formular la entrevista de donación.

La barrera, por tanto, no es técnica ni normativa, sino psicológica: la dificultad de transitar rápidamente del duelo clínico a una conversación empática y proactiva con los familiares.

b) Estado emocional “caliente” de las familias y fragilidad decisional

Otra barrera transversal se relaciona con el momento en que ocurre la solicitud de donación. Las familias atraviesan la decisión en un contexto de alto impacto afectivo, caracterizado por dolor, shock y sobrecarga emocional. En estos estados “calientes”, la capacidad de procesamiento racional se reduce y aumenta la sensibilidad a cualquier señal de desconfianza o fricción relacional.

En este marco, pequeños errores comunicacionales —falta de claridad, mensajes ambiguos, escasa empatía o percepciones de opacidad— pueden amplificarse y provocar una ruptura del vínculo con el equipo médico. La negativa a la donación no siempre expresa una oposición al acto en sí, sino una pérdida de confianza en el sistema o en la relación establecida.

Así, la calidad de la interacción interpersonal se vuelve determinante: cuando la relación se deteriora, el proceso se ve comprometido independientemente de la predisposición de la familia.

c) Creencias personales, culturales o religiosas

El análisis también identifica barreras asociadas a marcos de creencias profundamente arraigados. En algunos casos, convicciones religiosas o culturales pueden entrar en conflicto con la donación de órganos, generando resistencias difíciles de modificar mediante la información técnica o la argumentación racional.

Estas situaciones representan límites estructurales de la persuasión clínica: la decisión no se apoya únicamente en datos o explicaciones médicas, sino en valores identitarios que operan como criterios morales. En tales contextos, la capacidad de intervención del equipo es acotada, y el proceso enfrenta obstáculos que exceden el plano organizacional.

d) Desvinculación o bajo compromiso de algunos profesionales

Finalmente, se observan casos puntuales de baja implicación o desvinculación de ciertos miembros del equipo respecto del proceso de procuración. Algunos profesionales pueden percibir la actividad como ajena a sus responsabilidades o preferir delegarla en otros colegas, generando discontinuidades en la activación del circuito.

Si bien estas situaciones no son predominantes, su impacto puede ser significativo, ya que la procuración depende de la coordinación fluida entre múltiples actores. La falta de

involucramiento de un eslabón del equipo introduce demoras, fragmentación o pérdida de oportunidades, evidenciando la importancia de la adhesión colectiva al proceso.

Síntesis analítica de barreras identificadas

En conjunto, las barreras identificadas en los hospitales españoles muestran un patrón diferente al observado en el contexto argentino. Mientras que en este último predominan restricciones estructurales y de capacidad, en España las fricciones se concentran en dimensiones emocionales y relacionales propias de la interacción humana en situaciones críticas.

Las principales dificultades no derivan de la ausencia de protocolos o recursos, sino del impacto psicológico del fallecimiento en los profesionales, del estado emocional de las familias, de marcos culturales o religiosos específicos y de variaciones en el compromiso individual. Se trata, por lo tanto, de barreras situadas, que emergen en momentos de alta carga afectiva y que requieren habilidades comunicacionales, contención emocional y coordinación interpersonal más que ajustes organizativos formales.

Este hallazgo sugiere que, en sistemas maduros, el desafío no reside tanto en la infraestructura del proceso como en la gestión de las dimensiones humanas que atraviesan la toma de decisiones.

II. Facilitadores transversales en los hospitales españoles

El análisis de los casos hospitalarios españoles muestra que el alto desempeño en procuración no se explica exclusivamente por la existencia de normativa o recursos técnicos, sino por la consolidación de una arquitectura organizacional que facilita de manera sistemática la activación del proceso. A diferencia de contextos donde la procuración depende de esfuerzos individuales o de acciones excepcionales, en los hospitales españoles el proceso se encuentra fuertemente institucionalizado, integrado a las rutinas asistenciales y sostenido por dispositivos de coordinación estables.

Estos facilitadores operan reduciendo fricciones, simplificando decisiones y convirtiendo la procuración en un comportamiento esperado y previsible dentro del funcionamiento hospitalario. De este modo, el sistema no exige motivación extraordinaria, sino que estructura el entorno para que la acción ocurra de manera más automática o fluida.

a) Institucionalización del rol del coordinador hospitalario

Uno de los facilitadores más consistentes es la presencia de una figura formalmente reconocida de coordinación hospitalaria de trasplantes. Este rol funciona como eje articulador del proceso, concentrando responsabilidades, ordenando la comunicación entre servicios y garantizando continuidad operativa.

La existencia de un referente claro reduce la fragmentación organizacional propia de los hospitales complejos y evita que la procuración dependa de la buena voluntad dispersa del equipo. El coordinador no sólo cumple funciones técnicas, sino también de liderazgo cotidiano: mantiene visible el proceso, acompaña a los profesionales, resuelve obstáculos y asegura que los protocolos se activen en tiempo y forma. Esta centralización funcional disminuye la incertidumbre y facilita la toma de decisiones.

b) Integración de la procuración a las rutinas asistenciales

Otro facilitador transversal es la incorporación de la procuración a la práctica clínica habitual. La detección de potenciales donantes forma parte de los circuitos normales de trabajo en áreas críticas, lo que reduce su carácter excepcional y favorece su activación automática.

Cuando la procuración se integra a las rutinas, deja de percibirse como una tarea adicional y pasa a ser una extensión natural del cuidado del paciente. Esta normalización disminuye la carga deliberativa y la dependencia del compromiso individual, generando mayor estabilidad en el desempeño. En términos conductuales, el proceso se transforma en hábito organizacional.

c) Protocolos claros y circuitos estandarizados

La claridad procedimental también aparece como un facilitador clave. La existencia de protocolos conocidos, pasos definidos y responsabilidades explícitas reduce la ambigüedad y simplifica la acción. Los profesionales saben con precisión qué hacer ante la identificación de un potencial donante, a quién notificar y cómo continuar el circuito.

Este ordenamiento disminuye el costo cognitivo de la decisión y evita demoras asociadas a interpretaciones “*ad hoc*”. Al estandarizar el proceso, la organización reduce variabilidad y aumenta la consistencia del desempeño entre equipos y turnos, favoreciendo una mayor previsibilidad del sistema.

d) Cultura organizacional pro-donación y compromiso colectivo

El análisis también evidencia la presencia de una cultura institucional que legitima la procuración como parte del compromiso asistencial del hospital. La donación no se concibe

como una actividad marginal, sino como una responsabilidad compartida por el equipo de salud y por propio hospital.

Esta cultura se traduce en actitudes de colaboración, disposición a participar y apoyo mutuo entre profesionales. El proceso no recae exclusivamente en individuos específicos, sino que se sostiene colectivamente. La adhesión simbólica y práctica del equipo fortalece la continuidad del circuito y reduce los riesgos de desvinculación o delegación excesiva.

e) Competencias comunicacionales y manejo del vínculo con familias

Finalmente, los facilitadores incluyen el desarrollo de habilidades interpersonales para la comunicación con familiares en contextos de duelo. La experiencia acumulada, la formación en entrevista y la sensibilidad para gestionar momentos emocionalmente complejos favorecen interacciones más empáticas y confiables.

Estas competencias permiten construir rápidamente un vínculo de credibilidad con la familia, reducir tensiones y sostener conversaciones difíciles con mayor contención. En consecuencia, se minimizan fricciones relacionales que podrían derivar en negativas evitables. La calidad del trato humano se convierte, así, en un recurso organizacional central para el éxito del proceso.

Síntesis analítica de facilitadores identificados

En conjunto, los facilitadores observados en los hospitales españoles configuran un sistema donde la procuración se encuentra profundamente institucionalizada. El desempeño no depende de acciones heroicas, ni de esfuerzos individuales extraordinarios, sino de la existencia de roles claros, coordinación estable, protocolos estandarizados, cultura compartida y habilidades comunicacionales consolidadas.

Mientras que en contextos menos estructurados la procuración compite con otras demandas clínicas y se activa de manera irregular, en el modelo español el entorno organizacional reduce fricciones y orienta el comportamiento hacia la acción deseada. De este modo, la procuración se integra como práctica regular del hospital y no como evento excepcional.

Estos hallazgos sugieren que, en sistemas maduros, el éxito se asocia menos a la incorporación de nuevos recursos y más al diseño de condiciones organizacionales que simplifiquen decisiones, automaticen rutinas y sostengan el compromiso colectivo en el tiempo.

7.2. Análisis comparativo desde la Economía del Comportamiento: arquitectura de decisiones y desempeño hospitalario en Argentina y España

El enfoque de la Economía del Comportamiento permite interpretar los resultados de esta investigación más allá de explicaciones centradas en actitudes individuales o niveles de compromiso profesional. Desde esta perspectiva, la procuración en hospitales públicos constituye un comportamiento situado que depende críticamente de la interacción entre capacidades humanas limitadas y entornos organizacionales complejos. En consecuencia, el desempeño debe comprenderse de modo integrado y articulado como resultado de motivaciones o valores, en concordancia con el efecto de la arquitectura de decisiones que estructura, facilita u obstaculiza la acción cotidiana de los equipos de salud.

El análisis comparativo entre Argentina y España muestra que las diferencias observadas en los niveles de procuración responden principalmente a configuraciones distintas del entorno organizacional que modifican sistemáticamente la probabilidad de activar el proceso. En ambos casos, los comportamientos emergen de manera predecible a partir de fricciones, automatismos, cargas cognitivas y estados emocionales propios del contexto hospitalario.

a) Fricciones estructurales y costos de acción en el contexto argentino

En los hospitales argentinos, las barreras se concentran predominantemente en dimensiones de capacidad y oportunidad, tal como lo plantea el modelo COM-B. La falta de capacitación específica, el desconocimiento de procedimientos normativos y la complejidad de los sistemas de registro incrementan el esfuerzo cognitivo requerido para notificar y activar el circuito de procuración. A esto se suma una sobrecarga asistencial constante, que reduce la atención disponible para tareas que no forman parte del núcleo inmediato de la práctica clínica.

Desde la lógica conductual, estos factores configuran un entorno de alta fricción. Cada paso adicional, duda o requisito administrativo eleva el costo percibido de la acción y favorece la postergación. En contextos de presión temporal, los profesionales tienden a priorizar aquellas tareas ya automatizadas y urgentes, relegando aquellas que demandan deliberación o coordinación.

La subnotificación como obstáculo, por lo tanto, no debe interpretarse como una decisión consciente de no actuar, sino como un efecto acumulativo de pequeñas barreras situacionales que desplazan sistemáticamente el comportamiento esperado. El problema central no reside en la falta de intención, sino en un entorno que complejiza su ejecución.

b) Automatización del comportamiento y reducción de fricciones en el contexto español

En contraste, el sistema español presenta una configuración organizacional que reduce significativamente estos costos de acción. La institucionalización del rol del coordinador hospitalario, la claridad de los protocolos y la integración de la procuración a las rutinas asistenciales simplifican el proceso y disminuyen la necesidad de decisiones deliberadas constantes.

Desde la Economía del Comportamiento, estas condiciones pueden entenderse como una arquitectura de decisiones que orienta el comportamiento hacia la acción deseada. La procuración se encuentra integrada al flujo habitual de trabajo, por lo que deja de depender de motivaciones extraordinarias o esfuerzos adicionales. El proceso se activa con mayor automaticidad, convirtiéndose en hábito organizacional.

Mientras que en el contexto argentino la acción requiere superar múltiples fricciones, en el español el entorno está diseñado para facilitar las acciones de modo simple, claro y esperable. Esta reducción sistemática de obstáculos explica, en gran medida, la mayor consistencia del desempeño profesional del equipo.

c) Dimensión emocional y decisiones en contextos de alta carga afectiva

El análisis de los casos españoles introduce, además, un componente conductual complementario: la influencia de los estados emocionales en la toma de decisiones. Tanto los profesionales como las familias enfrentan la procuración en situaciones de duelo, estrés y alta carga afectiva, lo que reduce la capacidad de procesamiento y aumenta la sensibilidad a señales interpersonales.

En estos estados “calientes”, factores como el lenguaje no verbal, la calidad del vínculo o la percepción de confianza adquieren un peso decisonal adicional. Pequeñas fricciones relacionales pueden amplificarse y derivar en negativas evitables. Así, incluso en sistemas organizativamente sólidos, la dimensión emocional emerge como un punto crítico que puede condicionar el resultado del proceso.

Esta evidencia muestra que, una vez resueltas las fricciones estructurales, el desempeño pasa a depender en mayor medida de variables psicológicas y comunicacionales, propias de la interacción humana en situaciones críticas.

Síntesis comparativa

En conjunto, la comparación entre ambos países permite observar dos configuraciones conductuales diferenciadas del mismo proceso. En Argentina predominan fricciones estructurales asociadas a déficits de capacidad y oportunidad, que elevan el costo de actuar y dificultan la activación del circuito. En España, en cambio, la arquitectura organizacional reduce estas fricciones, automatiza comportamientos y desplaza los desafíos hacia dimensiones más sutiles, principalmente emocionales y relacionales.

Desde la Economía del Comportamiento, esta diferencia no se explica por mayor motivación o compromiso individual, sino por la forma en que cada sistema diseña su entorno de decisiones. Allí donde el contexto simplifica la acción, clarifica responsabilidades y alinea la procuración con las rutinas habituales, el comportamiento se vuelve más consistente y predecible. Donde, por el contrario, el entorno impone costos cognitivos y operativos elevados, la omisión emerge como resultado esperable.

Este enfoque comparativo desplaza el foco desde la sensibilización individual hacia el diseño institucional. Los hallazgos sugieren que mejorar el desempeño hospitalario requiere intervenir sobre la estructura del entorno —reduciendo fricciones, simplificando procedimientos y facilitando automatismos— más que apelar exclusivamente a cambios actitudinales. En consecuencia, la procuración puede entenderse como un problema de arquitectura de decisiones tanto como de política sanitaria.

7.3. Diseño de nudges organizacionales para la procuración de órganos

Los hallazgos empíricos y su interpretación desde la Economía del Comportamiento permiten avanzar más allá del diagnóstico descriptivo y proponer intervenciones concretas orientadas a modificar el entorno de decisiones en el que operan los equipos de salud. Este enfoque parte del supuesto de que el comportamiento es altamente sensible a la configuración del contexto.

Desde esta perspectiva, las oportunidades de mejora surgen tanto de la evidencia teórica acumulada sobre los tipos de intervenciones conductuales que resultan efectivas —reducción de fricciones, simplificación de procesos, establecimiento de hábitos y uso de normas sociales— como de las buenas prácticas identificadas en algunos casos de Argentina y, particularmente, en España. En ambos contextos, los facilitadores observados pueden ser considerados nudges organizacionales ya operativos, es decir, como ajustes del entorno que favorecen la conducta deseada, esto es que los procesos de procuración resulten más fáciles, más claros y más fluidos.

A continuación, se presentan lineamientos de diseño conductual orientados a fortalecer la procuración hospitalaria, organizados según los principios del marco EAST (hacer la acción fácil, atractiva, social y oportuna) y del modelo COM-B (capacidad, oportunidad y motivación).

a) Reducir fricciones y simplificar la acción (Easy)

Una primera línea de intervención consiste en disminuir los costos cognitivos y operativos asociados a la activación del proceso. La evidencia muestra que cada paso adicional, ambigüedad o requisito técnico incrementa la probabilidad de omisión, especialmente en contextos de sobrecarga asistencial.

En este sentido, resultan pertinentes intervenciones orientadas a simplificar y estandarizar procedimientos: formularios breves, circuitos de notificación intuitivos, checklists integrados a la historia clínica, accesos directos a sistemas de registro, o protocolos visuales de consulta rápida. Estas medidas no modifican la normativa sustantiva, pero reducen la fricción cotidiana, haciendo que iniciar la procuración requiera menos esfuerzo cognitivo.

La experiencia de hospitales con mejor desempeño muestra que, cuando el proceso se percibe como simple y claro, aumenta significativamente su activación espontánea.

b) Fortalecer capacidades mediante entrenamiento práctico (Capability)

Los déficits de capacitación observados, especialmente en el contexto argentino, sugieren la necesidad de intervenciones que fortalezcan la capacidad técnica de los equipos. Sin embargo, desde una mirada conductual, la formación resulta más efectiva cuando se vincula a situaciones concretas de acción y no únicamente a instancias teóricas.

Simulaciones, ejercicios de role-playing, prácticas guiadas o entrenamientos breves y periódicos permiten consolidar habilidades operativas y reducir la inseguridad frente a la toma de decisiones. Este tipo de dispositivos transforma el conocimiento abstracto en competencia aplicada, disminuyendo la dependencia de especialistas y favoreciendo mayor autonomía del equipo.

El objetivo no es únicamente informar, sino facilitar que el comportamiento deseado se logre de modo natural y rutinario.

c) Institucionalizar roles y responsabilidades claras (Opportunity)

La evidencia comparativa muestra que la presencia de figuras de coordinación formalmente reconocidas constituye uno de los facilitadores más robustos del sistema español. Desde la

Economía del Comportamiento, esta práctica puede interpretarse como una intervención de arquitectura organizacional que reduce ambigüedad y distribuye responsabilidades de manera explícita.

Definir referentes claros, circuitos de comunicación establecidos y puntos de contacto específicos simplifica la acción colectiva y evita la difusión de responsabilidades. Cuando cada profesional sabe con precisión cuál es su rol dentro del proceso, disminuye la probabilidad de inacción por incertidumbre o delegación implícita.

Estas intervenciones no requieren necesariamente nuevos recursos, sino un diseño más transparente de la estructura funcional.

d) Incorporar recordatorios y activadores oportunos (Timely)

Otra estrategia relevante consiste en introducir señales o recordatorios en momentos críticos del flujo de trabajo. La literatura conductual muestra que las decisiones son altamente sensibles al momento oportuno: pequeñas intervenciones en el instante adecuado pueden modificar significativamente la conducta.

Alertas automáticas ante criterios clínicos compatibles con muerte encefálica, recordatorios integrados a sistemas informáticos o checklists al cambio de guardia pueden funcionar como disparadores que reactiven la atención sobre la procuración. Estos dispositivos ayudan a contrarrestar el olvido o la postergación involuntaria derivados de la sobrecarga cognitiva.

De este modo, el entorno “empuja” suavemente hacia la acción sin imponer obligaciones adicionales.

e) Reforzar normas sociales y cultura organizacional (Social)

Los hallazgos también muestran que el comportamiento se ve influido por percepciones y expectativas del entorno social. Cuando la procuración es visible, reconocida y compartida colectivamente, aumenta su legitimidad dentro del equipo.

Estrategias como la devolución periódica de resultados, la visibilización de logros institucionales, el reconocimiento de buenas prácticas o la circulación de historias de éxito contribuyen a consolidar normas sociales favorables. Estas intervenciones refuerzan la idea de que la procuración es parte del estándar profesional esperado, promoviendo mayor involucramiento colectivo.

La cultura organizacional, en este sentido, actúa como un nudge simbólico que orienta los comportamientos sin necesidad de coerción.

f) Apoyo emocional y mejora de la comunicación con familias (Motivation)

Finalmente, los hallazgos del contexto español subrayan la importancia de la dimensión emocional en situaciones de duelo. Intervenciones orientadas a fortalecer habilidades comunicacionales, brindar contención psicológica a los equipos o establecer guías conversacionales pueden mejorar la calidad del vínculo con las familias y reducir negativas evitables.

Estas acciones no buscan persuadir de manera directa, sino crear condiciones de confianza, empatía y claridad que favorezcan decisiones más reflexivas. Desde la perspectiva conductual, se trata de intervenciones que reducen fricciones relacionales y mejoran el clima emocional del momento decisional.

Síntesis propositiva

En conjunto, estas propuestas plantean que la procuración hospitalaria puede abordarse como un problema de diseño conductual que incluye la regulación o sensibilización. La evidencia comparativa muestra que pequeñas modificaciones en el entorno —simplificar procesos, clarificar roles, establecer rutinas, introducir recordatorios o fortalecer normas sociales— pueden producir cambios sustantivos en el comportamiento colectivo.

Los nudges organizacionales aquí delineados ofrecen herramientas de bajo costo y alta factibilidad para mejorar la activación del proceso en la práctica cotidiana sin sustituir las políticas sanitarias estructurales existentes. De este modo, la traducción de los hallazgos empíricos en intervenciones conductuales permite cerrar el ciclo entre diagnóstico, teoría y acción, integrando la Economía del Comportamiento como marco operativo para el diseño de sistemas hospitalarios efectivos.

8. Conclusiones y aportes al proceso de procuración hospitalaria

El presente estudio se propuso analizar comparativamente los procesos de procuración de órganos sólidos en hospitales públicos seleccionados de Argentina y España, integrando información cuantitativa sobre desempeño hospitalario con evidencia cualitativa sobre los perfiles comportamentales de médicos intensivistas. El desarrollo del proyecto contó con el respaldo y auspicio de los órganos rectores de Argentina (INCUCAI) y de España (ONT), así como de las sociedades científicas de los profesionales participantes del estudio SATI (Argentina) y SEMICyUC (España), lo que permitió fortalecer la consistencia institucional y metodológica de la investigación.

Desde la perspectiva de la Economía del Comportamiento, el análisis permitió identificar patrones organizacionales y conductuales que inciden en la activación del proceso de procuración de órganos sólidos en ambos sistemas sanitarios.

En relación con el objetivo general, los resultados indican que el desempeño hospitalario en procuración no depende exclusivamente de factores normativos o estructurales del sistema de salud, sino también de la organización institucional del proceso y de la arquitectura de la toma de decisiones en el ámbito hospitalario. La evidencia comparativa confirma que el hospital constituye el nivel operativo donde se define la continuidad o interrupción del proceso de procuración, y que las diferencias de desempeño entre instituciones se vinculan con la integración organizacional de la procuración dentro de las rutinas asistenciales de las unidades de terapia intensiva.

En cuanto a la organización institucional del proceso, el análisis evidencia configuraciones diversas en ambos países. En España, la procuración aparece más integrada a la estructura hospitalaria y a los roles profesionales, mientras que en Argentina se observan modelos organizativos heterogéneos —intrahospitalarios, extrahospitalarios y mixtos— en proceso de consolidación. Esta diversidad organizacional no constituye únicamente una limitación, sino también una oportunidad de aprendizaje institucional y adaptación progresiva del sistema.

El análisis cualitativo permitió identificar barreras y facilitadores en ambos contextos. Entre las barreras comunes se destacan la sobrecarga asistencial, la complejidad organizacional del hospital, las tensiones emocionales asociadas a la comunicación con familias en situaciones críticas y la coexistencia de múltiples prioridades clínicas en las unidades de cuidados intensivos. Estas condiciones, propias de organizaciones hospitalarias de alta complejidad,

inciden en la activación del proceso de procuración de órganos sólidos independientemente del contexto del sistema sanitario nacional de Argentina y de España.

En el caso de Argentina, las barreras se vinculan principalmente con fricciones organizacionales, diferencias en la apropiación institucional del proceso y desafíos en la integración de la procuración a las rutinas hospitalarias y de las unidades de terapia intensiva en particular. Al mismo tiempo, se identificaron facilitadores relevantes, como la presencia de coordinadores hospitalarios comprometidos, la capacitación continua, el desarrollo de unidades hospitalarias de procuración y la consolidación progresiva de una cultura organizacional favorable a la donación de órganos sólidos.

En el caso de España, las barreras se concentran principalmente en dimensiones emocionales y relacionales vinculadas a la comunicación con las familias y al acompañamiento en situaciones de duelo, mientras que los facilitadores se asocian a la coordinación institucional, la claridad de roles y la estabilidad organizacional del proceso de procuración de órganos sólidos. Estos elementos contribuyen a sostener la continuidad operativa del sistema, aunque no eliminan la complejidad inherente a la toma de decisiones en contextos críticos.

El análisis comparativo internacional no muestra sistemas opuestos, sino diferentes configuraciones organizacionales de un mismo proceso sanitario, atravesadas por desafíos específicos en cada contexto. En ambos países se identifican capacidades institucionales consolidadas junto con áreas de mejora vinculadas a la coordinación hospitalaria, la integración de la procuración a las prácticas profesionales y el acompañamiento de los equipos de salud en el proceso decisional.

Desde la perspectiva de la Economía del Comportamiento, los hallazgos del estudio refuerzan el concepto de que la procuración de órganos sólidos a nivel hospitalario puede comprenderse como un problema de diseño organizacional y de arquitectura de decisiones. La evidencia sugiere que la reducción de fricciones, la clarificación de roles, la simplificación de procedimientos y el fortalecimiento de normas sociales favorables a la donación pueden contribuir a mejorar la activación del proceso en distintos contextos institucionales.

En este sentido, uno de los principales aportes del estudio consiste en la traducción de los hallazgos empíricos en implicancias de diseño organizacional aplicables a ambos sistemas sanitarios. Las intervenciones inspiradas en la Economía del Comportamiento —como recordatorios operativos, protocolos simplificados, fortalecimiento de la coordinación

hospitalaria y desarrollo de habilidades comunicacionales— aparecen como estrategias de mejora que pueden contribuir a optimizar los procesos de procuración hospitalaria.

Finalmente, la investigación aporta evidencia empírica sobre los procesos organizacionales y comportamentales que intervienen en la procuración de órganos sólidos en el ámbito hospitalario, contribuyendo a una comprensión más integral del fenómeno desde una perspectiva comparativa internacional. Lejos de establecer jerarquías entre sistemas, el estudio pone de relieve la importancia del aprendizaje institucional, la adaptación organizacional y el diseño de entornos que faciliten la toma de decisiones en procesos sanitarios complejos.

9. Referencias bibliográficas

- Abellán, J. M., & Gomez, D. J. (2019). Economía del comportamiento para mejorar estilos de vida y reducir factores de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 197-199. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.014>
- European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2022). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2021. Vol. 27*. Estrasburgo, Francia: EDQM.
- European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare (EDQM) (2024). *Newsletter Transplant International Figures on Donation and Transplantation 2023. Vol 29*. Estrasburgo, Francia: EDQM.
- Farrell, A.-M. (2015). Addressing organ shortage: Are nudges the way forward? *Law, Innovation and Technology*, 7(2), 253–282. oi:10.1080/17579961.2015.1106105
- Fenner, H., Buss, C., & Gardiner, D. (2014). Intensive care staff attitudes to deceased organ donation. *Journal of the Intensive Care Society*, 15(1), 53–56.
- Flodén, A., Kolvered, M., Frid, I., & Backman, L. (2006). Causes why organ donation was not carried out. *Transplantation Proceedings*, 38, 2619–2621.
- Gramajo, P., Sansoni, F., Dozo, I., & Migueles, L. (2012). Accesibilidad al trasplante de células progenitoras hematopoyéticas según entidades financiadoras de salud en Argentina, 2000–2010. *Revista Argentina de Salud Pública*, 3(10), 30–36.
- Honorable Congreso de la Nación Argentina. (2018). *Ley N° 27.447. Trasplante de órganos, tejidos y células*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Hvidt, N. C., Mayr, B., Paal, P., Frick, E., Forsberg, A., & Büssing, A. (2016). For and against Organ Donation and Transplantation: Intricate Facilitators and Barriers in Organ Donation Perceived by German Nurses and Doctors. *Journal of Transplantation*(3454601), 1-13. doi:10.1155/2016/3454601
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2016). *Guía para el proceso de donación y trasplante: Dirigida al personal sanitario*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.

- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2020). *Memoria 2020. Procuración y trasplante de órganos, tejidos y células en Argentina*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2021). *Misión, visión y funciones del INCUCAI*. INCUCAI.
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2024). *Programa Nacional de Capacitación Especializada en Gestión Hospitalaria de Procuración y Trasplante*. Ministerio de Salud de la Nación. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/incuca>
- Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante. (2025). *Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante (SINTRA)*. INCUCAI.
- Istrate, M. G., Harrison, T. R., Valero, R., Morgan, S. E., Páez, G., Zhou, Q., & Manyalich, M. (2015). Benefits of transplant procurement management (TPM) specialized training on professional competence development. *Experimental and Clinical Transplantation*, Suppl. 1, 148–155. doi:10.6002/ect.mesot2014.O128
- Kahneman, D. (2003). Mapas de racionalidad limitada: psicología para una economía conductual. *Revista Asturiana de Economía*, 28, 181-225.
- Luoto, J., & Carman, K. G. (2014). *Behavioral economics guidelines with applications for health interventions*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Manyalich, M., Cabrer, C., Valero, R., Paredes, D., Páez, G., Navarro, A., de Cabo, F., Trías, E., & Ruiz, A. (2001). Proyecto TPM (Transplant Procurement Management): Formación avanzada internacional de coordinadores de trasplante. *Nefrología*, 21(Suppl. 4), 151–158.
- Martín-Delgado, M. C., Martínez-Soba, F., Masnou, N., Pérez-Villares, J. M., Pont, T., Sánchez-Carretero, M. J., & Domínguez-Gil, B. (2019). Summary of Spanish recommendations on intensive care to facilitate organ donation. *American Journal of Transplantation*, 19, 1782–1791. doi:10.1111/ajt.15253
- Martínez Torres, A., Rivas, R., Mármol, A., & Vilá Cienfuegos, M. P. (2001). Influencia del modelo español en la organización del programa cubano de trasplante renal. *Nefrología*, 21(Suppl. 4), 148–150.

- Matesanz, R. (Ed.). (2008). *El modelo español de coordinación y trasplantes* (2.^a ed.). Madrid: Aula Médica.
- Matesanz, R., & Domínguez-Gil, B. (2007). Strategies to optimize deceased organ donation. *Transplantation Reviews*, 21, 177–188. doi:10.1016/j.trre.2007.07.005
- Matesanz, R., Domínguez-Gil, B., Coll, E., Mahíllo, B., & Marazuela, R. (2017). How Spain reached 40 deceased organ donors per million population. *American Journal of Transplantation*, 17, 1447–1454. doi:10.1111/ajt.14104
- Matjasko, J. L., Cawley, J. H., Baker-Goering, M. M., & Yokum, D. V. (2016). Applying Behavioral Economics to Public Health Policy. *American Journal of Preventive Medicine*, 50(5S1), S13–S19. doi:10.1016/j.amepre.2016.02.007
- Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6(42), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Migueles, L. E., Tappari, N. F., Palazzo, J. R., Buffa, R. E., Rywaka, R. D., Vieytes, G. F., . . . Zurita, D. H. (2021). Redes de Servicios Médicos y Tratamiento del Cáncer de Cérvix en Posadas, Avellaneda y Ciudad Autónoma de Buenos Aires. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, e30.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2004). *Resolución N°199/2004. Programa Federal de Procuración de Órganos y Tejidos*. Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Programa Procurar: Lineamientos para la implementación de Unidades Hospitalarias de Procuración de Órganos y Tejidos*. Argentina.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Proceso de consentimiento a la donación de fallecido: Programa Marco de Calidad y Seguridad*. Organización Nacional de Trasplantes.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). *Proceso de entrevista para el planteamiento de Cuidados Intensivos Orientados a la Donación de órganos: Programa Marco de Calidad y Seguridad*. Organización Nacional de Trasplantes
- Oczkowski, S. J. W., et al. (2019). Facilitators and barriers to successful organ donation. *Progress in Transplantation*, 29(2), 179–184.

- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Trasplante de órganos y tejidos* (A75/41). Ginebra: OMS.
- Organización Nacional de Trasplantes. (2012). *Documento de Consenso Nacional sobre Donación en Asistolia*. Madrid. ONT
- Pinto, D., Ibararán, P., Stampini, M., Carman, K. G., Guanais, F., Luoto, J., ... & Cali, J. (2014). *Empujoncitos sutiles: el uso de la economía del comportamiento en el diseño de proyectos de salud*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Schweiger, A., Azar, J., & Sonis, A. (2022). La economía del comportamiento se ha convertido en una herramienta potente para los diseñadores de políticas públicas. *Revista Isalud*, 17(84), 36-42.
- Siminoff, L. A., Arnold, R. M., & Caplan, A. L. (1995). Health care professional attitudes toward donation. *Journal of Trauma*, 39(3), 553–559.
- Squires, J. E., et al. (2018). Barriers and enablers to organ donation. *Transplantation Direct*, 4(7), e368.
- Streit, S., Johnston-Webber, C., Mah, J., Prionas, A., Wharton, G., Casanova, D., & Papalois, V. (2023). Ten lessons from the Spanish model of organ donation and transplantation. *Transplant International*, 36, 11009. doi:10.3389/ti.2023.11009
- Streit, S., Johnston-Webber, C., Mah, J., Prionas, A., Wharton, G., Paulino, J., & Papalois, V. (2023). Lessons from the Portuguese solid organ donation and transplantation system. *Transplant International*, 36, 11008. doi:10.3389/ti.2023.11008
- Thaler, R. H. (2017). *Portarse mal: El comportamiento irracional en la vida económica*. Buenos Aires: Paidós.
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2009). *Un pequeño empujón (nudge). El impulso que necesitas para tomar mejores decisiones sobre salud, dinero y felicidad*. Barcelona: Taurus.
- The Lancet. (2024). Organ donation: Lessons from the Spanish model. *The Lancet*, 404(10459), 1171. doi:10.1016/S0140-6736(24)02128-7
- Torres, M. (2009). Sistema nacional de procuración de órganos y tejidos para trasplante. *Vida y Ética*, 10(2), 59-70.

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