



Universidad Nacional
Federico Villarreal

Vicerrectorado de
INVESTIGACION

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DEL PROGRAMA NACIONAL DE
TRASPLANTE RENAL, ESSALUD, LIMA-PERÚ 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA**

AUTOR:

LILIANA MARISOL GONZALES HAMADA

ASESOR:

DR. CARLOS GERMAN MEDINA SORIANO

JURADO:

DR. ELIAS MELITON ARCE RODRIGUEZ

DR. JOSE LUIS LA ROSA BOTONERO

DR. GLENN ALBERTO LOZANO ZANELLY

LIMA- PERÚ

2019

DEDICATORIA

A mi familia por su motivación constante que me ha permitido terminar con éxito el doctorado.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi eterna gratitud a todos mis compañeros de trabajo del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud, por el apoyo que me han dado, sus valiosas sugerencias, críticas y material desinteresado para la elaboración de este trabajo de investigación.

ÍNDICE

	Pág.
I. Introducción	09
1.1 Planteamiento del Problema.....	11
1.2 Descripción del Problema.....	11
1.3 Formulación del Problema	13
• Problema General.....	13
• Problemas Específicos.....	14
1.4 Antecedentes	14
1.5 Justificación de la investigación.....	15
1.6 Limitaciones de la investigación	16
1.7 Objetivos.....	16
• Objetivo General	16
• Objetivos Específicos	16
1.8 Hipótesis	17
1.8.1 Hipótesis Principal	17
1.8.2 Hipótesis Especificas	17
II. Marco Teórico	18
2.1 Marco Conceptual	18
2.2 Antecedentes Teóricos	19
2.3 Marco Filosófico	26
2.4 Teorías Generales	30
2.5 Bases Teóricas Especializadas sobre el Tema	38
2.6 Marco Legal	75
III. Método	76
3.1 Tipo de Investigación	76
3.2 Población y muestra	77
3.3 Operacionalización de variables	77

3.4 Instrumentos	79
3.5 Procedimientos	81
3.6 Análisis de Datos	83
3.7 Consideraciones Éticas	84
IV. Resultados	85
V. Discusión de resultados	100
VI. Conclusiones	103
VII. Recomendaciones	104
VIII. Referencias	105
IX. Anexos	109

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal, determinar el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, Lima –Perú 2017.

La investigación fue de tipo aplicada de nivel descriptivo, ya que permitió describir y registrar las actividades de gestión realizadas por el personal del Servicio de Trasplante Renal. Se trabajó con una muestra de 15 funcionarios.

Se utilizó como instrumentos de investigación una ficha de recolección de datos validados y confiables, se planteó como hipótesis que el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal es positivo.

Se concluyó que el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal es positivo en EsSalud en un 80%, debido a los resultados de las actividades realizadas en el departamento de trasplante renal, además tiene componentes básicos en 93.3%, objetivos claros y precisos en un 73.3%, un proceso claro y ordenado en un 60%, el marco lógico facilita la organización del programa en un 86.7%, tiene indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados en un 73.3%.

Se recomienda que se realice a nivel nacional el Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud debido a su alto impacto positivo en la salud pública.

Palabras claves: Programa nacional, trasplante renal, impacto en la salud pública.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the impact on public health of the National Renal Transplant Program of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital of EsSalud, Lima -Perú 2017.

The research was of a descriptive level applied, since it allowed to describe and record the management activities carried out by the staff of the Renal Transplant Service. We worked with a sample of 15 officials.

A validated and reliable data collection form was used as research instruments, and it was hypothesized that the impact on public health of the National Renal Transplant Program is positive.

It was concluded that the impact on public health of the National Renal Transplant Program is positive in EsSalud by 80%, due to the results of the activities carried out in the kidney transplant department, and it has 93.3% basic components, clear objectives and accurate in 73.3%, a clear and orderly process in 60%, the logical framework facilitates the organization of the program in 86.7%, has specific indicators for the evaluation of management and results in 73.3%.

It is recommended that the National Renal Transplant Program of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital in EsSalud be carried out at the national level due to its high positive impact on public health.

Key words: National program, kidney transplant, impact on public health.

RESUMO

Este objetivo principal pesquisa foi determinar o impacto sobre a saúde pública do Programa Nacional do National Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud, Lima-Peru 2017 Transplante Renal.

A pesquisa foi de nível descritivo aplicado, uma vez que permitiu descrever e registrar as atividades de manejo realizadas pela equipe do Serviço de Transplante Renal. Nós trabalhamos com uma amostra de 15 funcionários.

Foi utilizado como ferramentas de pesquisa uma coleção separador de dados validados e confiável é a hipótese de que o impacto sobre a saúde pública do Programa Nacional de Transplante Renal é positivo.

Concluiu-se que o impacto na saúde pública do Programa Nacional de Transplante renal é positivo em EsSalud em 80%, devido aos resultados das actividades realizadas no departamento de transplante renal, também tem componentes básicos em 93,3%, objetivos claros e 73,3% de precisão de uma forma clara e ordenada em 60%, o processo quadro lógico facilita a organização do programa em 86,7%, tem indicadores específicos para avaliar a gestão e os resultados em 73,3%.

Recomenda-se a ser realizada a nível nacional do Programa Nacional de Guillermo Almenara Hospital Nacional Irigoyen em EsSalud transplante renal por causa de seu alto impacto positivo na saúde pública.

Palavras-chave: Programa nacional, transplante renal, impacto na saúde pública.

I. INTRODUCCIÓN

La ERC es considerada como un problema de salud pública en el Perú, teniendo un crecimiento anual de 10-15% pacientes por año. Las principales causas de ERC en Terapias de Reemplazo Renal (TRR) son la diabetes e hipertensión arterial. Teniendo insuficiente oferta de servicios de salud y una gran sobredemanda existente. La Ley de Aseguramiento Universal creemos permitirá disminuir la brecha oferta-demanda

El trasplante renal es la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal crónica terminal (ERC V) porque mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis. Además de ser la terapia más costo efectiva, si la comparamos con la hemodiálisis o la diálisis peritoneal.

El costo de un Trasplante Renal en el Perú varía desde 109,000 a 168,000 soles. El 86.5% de los costos de Trasplante renal en el Perú son cubiertos por EsSalud, MINSA cubre el 6% (100% subsidiado por el estado), ITOT 4.5%, clínicas Privadas 3%.

En costo del trasplante renal, no solo está considerado el Pre-Intra y el post operatorio, sino también la medicación inmunosupresora, controles analíticos y pruebas diagnósticas de seguimiento, incluyendo potenciales hospitalizaciones; estos costos son algo más baratos que aquellos de las instituciones particulares

En nuestro país no existe un sistema nacional de trasplantes, una entidad que englobe a toda organización relacionada con la actividad trasplantadora; lo que encontramos son programas aislados no interconectados, sin un objetivo común.

Si bien es cierto que en Setiembre del 2008 se crea la ONDT “Organización Nacional de Donación y Trasplantes” a cargo del ministerio de salud; como ente rector encargado de la promoción, coordinación, supervisión y control, de los aspectos relacionados a la donación y trasplante de órganos y tejidos en el territorio nacional, actualmente, cumpliendo función principalmente normativa sin capacidad operativa real; ni autonomía económica, para que pueda desarrollar sus funciones a la par que los países vecinos.

Desde el año 2007 hasta el año 2014 se han realizado 1055 trasplantes renales en el Perú, 959 han sido ejecutados por EsSalud y 96 por el MINSA; los trasplantes

ejecutados por el MINSA constituyen el 9% del total de trasplantes ejecutados. ASIS ERC 2015. Dr. Cesar Loza

El número anual de Trasplante renal no se incrementó en los últimos 5 años.

Hay 600 pacientes en Lista de Espera. Encontrándose una morbimortalidad en Lista de espera de un 8%. El tiempo en L. E es de aproximadamente 50-60 meses.

En el Perú los centros trasplantadores realizan mayormente trasplante con donante cadavérico que con donante vivo.

Los resultados nuestros de trasplantes provenientes de donantes vivos son comparables con aquellos de los grandes centros.

Perú ha desarrollado exitosamente modelos financiados con fondos públicos de asistencia a la salud de enfermedades de alto costo más allá de las expectativas de un país en vías de desarrollo, patologías como HIV, TBC.

El Departamento de Trasplantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara fue creado en octubre del 2008, contando con 6 camas exclusivas a trasplante renal.

En otros países como en Brasil su Sistema Nacional de Trasplante demanda que a todos los pacientes en diálisis se les ofrezca la posibilidad de recibir un trasplante de órganos de un donante cadavérico, también de enlistarlos al menos que exista alguna contraindicación, con esta política aproximadamente el 70% de sus pacientes con falla renal son enlistados, lo cual contrasta con nuestro país donde solo enlistamos al 5%.

En la investigación se ha trabajado los siguientes aspectos:

I. Introducción Planteamiento del Problema, se presenta la descripción del problema, lo que permite la formulación del problema, los antecedentes, la justificación de la investigación, las limitaciones encontradas, los objetivos y la Hipótesis.

II. Marco teórico, se presentan los antecedentes teóricos, el marco filosófico, se describen las teorías generales y especializadas; así como el marco conceptual, lo que permite dar sustento al trabajo de investigación.

III: Método, se selecciona el tipo de investigación, la determinación de la población y la muestra, la operacionalización de las variables, validez del

instrumento y las técnicas para el procesamiento de los datos y las consideraciones éticas.

IV: Resultados, se presenta a manera de tablas y gráficos los resultados de la aplicación de instrumentos de investigación, con su respectivo análisis e interpretación; así como la prueba de la hipótesis.

V: Discusión, se realiza la discusión de los resultados comparándolos con otros investigadores.

VI. Conclusiones

VII. Recomendaciones las cuales se han desprendido de los objetivos de la investigación.

1.1. Planteamiento del Problema

La gestión administrativa y estratégica de la donación y el trasplante de órganos, tejidos y células, se enfrenta a los mismos problemas coyunturales y estructurales de las demás áreas de la administración de empresas y las organizaciones que conforma, el aparato público, es por lo que la aplicación de las mejores prácticas de la Gerencia Estratégica pueden ser necesarias a la hora de perfilar la planificación y el diseño de la donación y el trasplante, las normativas, protocolos, la legislación, las medidas institucionales y las operaciones puramente administrativas rutinarias.

1.2. Descripción del Problema

La gestión o dirección de las políticas e implementación de programas de donación y trasplante, especialmente en los países en vías de desarrollo, los cuales padecen de grandes problemas instituciones de alta complejidad, sobre todo porque en la cadena de valor de la realización del trasplante hay demasiados actores, los cuales, cada uno, como es natural, tienen sus propios intereses y muchas veces existen islas de poderes, que defienden hasta llegar a la irracionalidad.

Esta realidad, hace obligatorio que el ente directivo de los Programas de Donación y Trasplante sea una especie de armador (como en el baloncesto), que

pueda alinear en torno a la donación y el trasplante a estos actores: ministerio de salud, médicos, enfermeras, directores de centros hospitalarios, encargados de áreas dentro del centro hospitalario, los grupos de especialistas, gremios médicos, la seguridad social, aseguradoras de salud, centros de salud privados, médicos que ejercen el trasplante de manera privada, pacientes, familiares, médicos forenses, abogados, etc., para que todos como una orquesta respondan de manera armoniosa cuando se presenta la oportunidad de realizar un trasplante.

Evidentemente que la gestión de la donación y el trasplante debe estar gestionada a todos los niveles de forma estratégica, porque está demostrado que el simple hecho de que el coordinador de trasplante en un establecimiento de salud tenga una mala relación con un jefe de otra área para que un trasplante no se realice.

Algunas herramientas de la gestión estratégica son:

Definir las etapas de desarrollo de la institución

Elaboración de planes estratégicos a largo plazo en materia de trasplante que permitan enfocarse y trazar el camino a seguir con miras a alcanzar el fin deseado.

Crear un ambiente de gerencia participativa, pero que realmente sea de participación, para poder involucrar a los actores claves dentro del proceso de implementación de los programas de donación y trasplante.

Establecer buenos sistemas de información gerencial, que permitan monitorear y evaluar el avance del programa, y, además, desarrollar y establecer como un principio la rendición de cuentas y la transparencia.

El desarrollo e implementación de programas de auditoría de la calidad del órgano recibido y seguimiento del trasplante, como medida de garantizar la eficacia de la atención, integridad física del paciente, la aplicación correcta de las normativas y la detección de fraudes o desviaciones dolosas de la práctica médica, y que, además, sirvan de guía para la implementación de mejoras continuas y así avanzar hacia la aplicación de mejores prácticas.

Contar de un contacto directo con los establecimientos superiores y otras instituciones vinculadas, para así tener el apoyo político mínimo necesario para la aplicación de estos programas.

El Programa Nacional de Trasplante Renal en EsSalud propone un cambio en la atención a los problemas de salud por insuficiencia renal, ya que después de 38 años de ser la primera entidad en el país en realizar trasplante Renal, es la primera vez que se adopta un enfoque integral, coordinado y con una cobertura a todos los grupos involucrados en los procesos de donación y trasplante, incluyendo a la población en general.

Gracias a este programa nacional en EsSalud, las tasas de trasplantes renales a nivel nacional deberían incrementarse; parte fundamental de este Instituto es la capacitación para los profesionales involucrados en este proceso, de igual manera es el de impulsar el desarrollo de la investigación sobre la materia dentro del territorio nacional.

Estos programas tendrán un carácter normativo y rector para todas las instancias del Sistema Nacional de Salud. Con los organismos públicos de seguridad social y en coordinación con los servicios estatales de salud, así como con otras instancias del Gobierno, se promoverán convenios con instituciones públicas y privadas, así como con organizaciones no gubernamentales, para involucrar a la sociedad y con ello trabajar en conjunto bajo esquemas de concertación emitidos por esta organización.

El Programa Nacional de Trasplante Renal en EsSalud, constará de dos partes: la primera de ellas se refiere al análisis de la problemática del trasplante Renal en el Perú y en la segunda, se incluirán las estrategias a seguir en este proceso.

1.3 Formulación del problema

- **Problema General**

¿Cómo es el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de Essalud, Lima –Perú 2017?

- **Problemas Específicos**
 - ¿Cuáles son los **componentes básicos** de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?
 - ¿Cómo son los **objetivos** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?
 - ¿Cómo es el proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?
 - ¿Cómo es el **marco lógico** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?
 - ¿Cuáles son los **indicadores de la evaluación de la gestión y resultados** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?

1.4 Antecedentes del Problema

El Programa Nacional de Trasplante Renal tendrá como función principal: normar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios en trasplante Renal en el Perú, pero sabemos que sin donante no hay trasplantes, para lo cual debemos coordinar con las áreas competentes en el Tema de Donación de Órganos y tejidos el desarrollo de una cultura de Donación, que debe ser implementada en los colegios, universidades, etc., para disminuir el estigma que por años ha prevalecido sobre la donación y trasplante de órganos y tejidos, con el fin de alcanzar una actitud positiva en la sociedad, a través de otorgar una mejor calidad en la atención del enfermo con insuficiencia de algún órgano o tejido, realizando un diagnóstico y ofreciendo una oportunidad temprana de trasplante de órganos y tejidos, asegurando de igual manera, la protección financiera en el proceso de trasplante.

Con la instalación y puesta en funcionamiento del Programa Nacional de trasplante renal. EsSalud, se estaría implementado uno de los objetivos estratégicos de la nueva Gestión, orientado a brindar atención integral de salud, digna y de alta calidad, con calidez y compromiso a todos los asegurados cambiando el modelo de atención con énfasis en el aspecto preventivo

promocional, que plantea el programa nacional como uno de los bastiones de su quehacer.

1.5 Justificación de la Investigación

Se plantean los siguientes motivos que justificaron este estudio:

Teórica

El trabajo permitió investigar aspectos teóricos de diferentes autores referentes al Programa Nacional de Trasplante Renal en EsSalud a fin de aceptar o rechazar estos fundamentos.

Práctica

El trabajo permitió realizar el Programa Nacional de trasplante renal, como propuesta para mejorar el servicio de EsSalud en el Perú

Metodológica

El trabajo permitió utilizar instrumentos de evaluación para analizar el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

Pertinencia

El estudio planteado fue pertinente porque abordó una problemática actual como es el trasplante renal en EsSalud. El aporte novedoso es proponer el Programa Nacional de trasplante renal inicialmente en el Hospital Guillermo Almenara para que posteriormente pueda ser generalizado y ampliarlo a los otros establecimientos de salud a nivel nacional.

Viabilidad.

Es un tema que se puede abordar, se contó con los recursos necesarios. Se tuvo el apoyo de la Dirección de EsSalud, para llevar adelante varias investigaciones,

incluida la presente. Las recomendaciones que resulten producto de este estudio se pueden aplicar en nuestra Institución: EsSalud, a nivel nacional.

1.6. Limitaciones de la Investigación

Las limitaciones de la investigación estuvieron determinadas por:

- La poca disponibilidad del tiempo de la investigadora para llevar a cabo la investigación, lo cual se ha superado reajustando el cronograma de actividades.
- El trabajo ha sido autofinanciado, ajustándose al presupuesto de la investigadora.
- Las características profesionales del personal de salud que labora en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud.
- La investigación se limitó principalmente a determinar el impacto en la salud pública del Programa Nacional de trasplante renal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud.

1.7 Objetivos

- **Objetivo General**

Determinar el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen de EsSalud, Lima –Perú 2017

- **Objetivos Específicos**

- Identificar los **componentes básicos** de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud
- Establecer los **objetivos** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud
- Identificar el **proceso** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

- Determinar el **marco lógico** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud
- Establecer los **indicadores para la evaluación de la gestión y resultados** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

1.8 Hipótesis

1.8.1. Hipótesis principal

El impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen es positivo en EsSalud, Lima – Perú 2017.

1.8.2. Hipótesis Específicas

- Existen **componentes básicos** de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud
- Existen **objetivos** claros y precisos del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud
- El **proceso** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud es claro y ordenado
- El **marco lógico** facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud
- Existen **indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados** del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Marco Conceptual

Programa

Proyecto o planificación ordenada de las distintas partes o actividades que componen algo que se va a realizar. Exposición o declaración previa de las cosas que se van a realizar en una determinada materia.

Trasplante renal

El trasplante de riñón o trasplante renal es el trasplante de un riñón en un paciente con enfermedad renal avanzada. Dependiendo de la fuente del órgano receptor, el trasplante de riñón es típicamente clasificado como de donante fallecido (anteriormente conocido como cadavérico), o como trasplante de donante vivo.

Enfermedad renal crónica

Enfermedad Renal Crónica (ERC) es tener una Velocidad de Filtración Glomerular (VFG) $<60 \text{ mL/mln}/1,73 \text{ m}^2$, y/o la presencia de daño renal, independiente de la causa, por 3 meses o más. Una VFG $<60 \text{ ml/min}/1,73 \text{ m}^2$ por sí sola define ERC, porque implica la pérdida de al menos la mitad de la función renal, lo que ya se asocia a complicaciones

Impacto en la salud

La OMS define la evaluación del impacto en la salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos.

Diseño

Actividad creativa que tiene por fin proyectar objetos que sean útiles y estéticos. Conjunto de estudios necesarios para conseguir el título de diseñador y ejercer esa actividad.

2.2 Antecedentes Teóricos

2.2.1 Antecedentes Internacionales

MEDINA-PESTANA, José O. y cols. (2010) *“Trasplante de riñón en Brasil y su disparidad geográfica”* Universidad Federal de São Paulo – UNIFESP. El Sistema Nacional de Trasplante de Brasil coordina y regula el programa de trasplante público más grande del mundo. Desde su implementación en 1997, el número de trasplantes de riñones aumentó de 920 (5,8 pmp) en 1998 a 4630 (24,1 pmp) en 2010. Este crecimiento se debió principalmente al aumento del número de donantes efectivos de 1,8 pmp en 1998 a 9,3 pmp en 2010, con un correspondiente aumento en el número de riñones trasplantados de donantes fallecidos (3,8 pmp en 1999 frente a 9,9 pmp en el 2010). El número de trasplantes de riñón de donantes vivos no ha aumentado significativamente 1,065 (6,7 pmp) en 1998 a 1,641 (8,6 pmp) en 2010, ya sea como consecuencia del aumento observado en el programa de donantes fallecidos o quizás debido a las estrictas regulaciones gubernamentales que permiten sólo los trasplantes de donantes relacionados. Del 2000 al 2009, la edad media de los donantes vivos aumentó de 40 a 45 años, mientras que aumentó de 33 a 41 años para los donantes fallecidos, de los cuales aproximadamente el 50% fallecen por accidente cerebrovascular. Existen claras disparidades regionales en la ejecución de los trasplantes en las regiones nacionales. Mientras que el estado de São Paulo ocupa el primer lugar en la donación y trasplantes de órganos (22,5 pmp), algunos estados de la región norte tienen desempeños mucho más pobres. Estas disparidades están directamente relacionadas con las diferentes densidades de población regional, la distribución del producto interno bruto y el número de médicos capacitados para el trasplante. La evaluación inicial de los centros con excelentes resultados indica que no hay diferencias claras en la supervivencia del injerto en comparación con los centros en los EE.UU. y Europa. La etnicidad y el tiempo de diálisis, pero no el tipo de régimen inmunosupresor, influyen decisivamente en los resultados medidos. Desde la implementación de los reglamentos nacionales de investigación clínica en 1996, los centros brasileños han participado en una serie de ensayos nacionales e internacionales de colaboración para el desarrollo de regímenes inmunosupresores. Además del desafío de reducir las disparidades regionales relacionadas con el acceso al trasplante, se pueden

obtener mejoras adicionales mediante la creación de un registro nacional de los resultados de los pacientes trasplantados y donantes vivos, así como mediante la promoción de estudios clínicos y experimentales para mejorar y comprender la respuesta inmune de la población brasileña relacionada con el trasplante. Palabras clave: Trasplante de órganos. Legislación, Salud. Servicios de salud. Epidemiología. Trasplante de riñón. Tolerancia Inmune. (24)

GONZÁLEZ-BEDAT, María Carlota y cols. (2014) *“Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos”* El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, 2014-2019, En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad, reconoce que “La enfermedad renal crónica causada principalmente por las complicaciones de la diabetes y la hipertensión ha aumentado en la Región”. En él se define por primera vez una meta concreta sobre la enfermedad renal crónica: alcanzar una prevalencia del tratamiento de sustitución de la función renal de por lo menos 700 pacientes por millón de habitantes en 2019. Los Registros de Diálisis y Trasplante (RDT) nacionales constituyen una herramienta útil para la investigación epidemiológica, la planificación de la atención de salud y la mejora de su calidad. Su éxito depende de la calidad de sus datos y los procedimientos de control de calidad. En este artículo se describen la situación actual de los RDT nacionales de la Región, sus contenidos informativos e indicadores de calidad, y ofrecen recomendaciones para crearlos y mantenerlos. Se destaca su heterogeneidad o ausencia en algunos países en consonancia con las inequidades de acceso a los tratamientos de reemplazo renal que afrontan los pacientes. La carencia total de información en países del Caribe impide incluirlos en esta comunicación, lo que requiere inmediata atención. Palabras clave: Sistema de registros; diálisis renal; diálisis peritoneal; trasplante de riñón; América Latina. (13)

MATAS A. J. y cols. (2014), *“OPTN/SRTR 2013 Annual data Report: Kidney”*. Un nuevo sistema de asignación de riñones, que se espera sea implementado a finales de 2014, caracterizará a los donantes en una escala de porcentaje (0% -100%) usando el índice de donantes de riñón (KDPI). El 20% de los riñones donantes fallecidos con la mayor expectativa de longevidad postrasplante se asignará primero al 20% de los candidatos con la supervivencia de postrasplante más esperada; Los riñones que no se aceptan serán ofrecidos al 80% restante de los candidatos. El

tiempo de espera comenzará en el momento de la iniciación de la diálisis de mantenimiento (incluso si antes de la inclusión en la lista) o en el momento de la inclusión con una tasa de filtración glomerular estimada de 20 ml / min / 1,73 m² o menos. Bajo el sistema actual, el número de candidatos en lista de espera continúa aumentando, ya que cada año se añaden más candidatos que los que se eliminan. Los tiempos de espera medianos para adultos aumentaron de 3 años en 2003 a más de 4.5 años en 2009. Las tasas de donación no han aumentado. Los resultados a corto plazo siguen mejorando; La supervivencia del injerto censurado por la muerte a los 90 días después del trasplante fue del 97% o más para los trasplantes de donantes fallecidos y más del 99% para los trasplantes de donantes vivos. En 2013, 883 candidatos pediátricos fueron añadidos a la lista de espera; 65.8% de los candidatos pediátricos en la lista en 2013 se trasplantó con fallecido. La supervivencia del injerto a cinco años fue mayor para los receptores donantes vivos menores de 11 años (89%) y menor para los receptores donantes fallecidos de 11 a 17 años (68%). Palabras clave: Enfermedad renal terminal, trasplante de riñón, asignación de órganos. (22)

CARRILLO-ALGARRA, Ana Julia y cols. (2015) *“El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida”*. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Investigadora Grupo Perspectivas del Cuidado. Bogotá (Colombia). Objetivo: comprender las experiencias de cuidado de enfermeras integrantes de grupos de trasplante de la ciudad de Bogotá. Materiales y métodos: investigación cualitativa, utilizó la estrategia de grupos focales; la organización y el análisis de datos siguieron la propuesta de codificación de Janice M. Morse; participaron, previo consentimiento informado, 10 de 20 enfermeras de unidades de trasplante. Se realizó triangulación entre las integrantes del equipo investigador y la literatura relevante. Resultados: emergieron 6 categorías: 1) los múltiples significados del trasplante: cambio, pasión, satisfacción, esperanza, libertad, mayor cercanía, responsabilidad, compromiso, complejidad; 2) las redes de apoyo: familia, asociación de enfermeras, grupo de trabajo interdisciplinario, empresas promotoras de salud, industria farmacéutica; 3) implicaciones del día a día: relación cercana con el paciente y la familia, fortalecimiento de la autoestima profesional, estatus dentro del grupo de trasplante, manejo de las cargas; 4) trayectorias del cuidado profesional: acompañamiento de la enfermera a través del ciclo vital del paciente y

posibilidad de identificar necesidades por la estrecha relación con él; 5) el perfil de la enfermera: carácter, conocimiento, compromiso, disponibilidad permanente y capacidad de gestión; 6) contradicciones del trasplante: rechazo al injerto, sufrimiento, desesperanza, sistema de salud; para enfermería, las agotadoras jornadas de trabajo. Palabras clave Trasplante de riñón, acontecimientos que cambian la vida, investigación cualitativa, atención de enfermería, narración (Fuente: DeCS, Bireme). (4)

COBO SÁNCHEZ, José Luis y cols. (2017) *“Impacto en un programa de trasplante renal de un protocolo de donación tras muerte cardiaca controlada con soporte de ECMO”*. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España. Objetivo: Analizar el impacto de un protocolo de donación tras muerte cardiaca controlada con soporte de sistema de oxigenación de membrana extracorpórea (PMCC-ECMO) en el programa de trasplante renal de nuestro centro. Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo en una cohorte de injertos renales (IR) procedentes de un PMCC-ECMO. Se evalúan los IR procedentes de 8 pacientes con enfermedad irreversible (EI) en los que se aplica limitación del esfuerzo terapéutico y se consideran como potenciales donantes durante el último semestre del 2014 y el primer trimestre de 2015. Se excluyeron los IR enviados fuera de la comunidad. Se evaluaron indicadores del proceso de donación (IPD) y resultados clínicos de los injertos (RCI). Resultados: IPD: 100% hombres, edad media 60 años, tiempo medio agónico 9,37 minutos; causa EI 62,5% de origen pulmonar, 37,5% de origen neurológico. Se obtuvieron 13 riñones, 3 hígados y 2 pulmones: 2 IR fuera de la comunidad. Los IR provenientes del PMCC-ECMO supusieron un 20% de los IR del 2014 en nuestro centro. RCI: De los 11 IR trasplantados en nuestro centro, sólo 1 no fue viable por trombosis de las venas renales, y otro IR se retrasó la función renal por causas inmunológicas. Valores medios función IR al mes: creatinina sérica 1,88 mg/dl, aclaramiento creatinina 56,82 mL/min, urea 0,798 g/L. Conclusiones: El PMCC-ECMO ha tenido un alto impacto en el programa de trasplante renal, tanto por incrementar la tasa de donación, como por la alta tasa de viabilidad de los injertos. Palabras clave: obtención de tejidos y órganos (métodos); atención de enfermería; trasplante renal; donación de órganos tras la muerte cardiaca; donantes tipo III de Maastricht. (6)

2.2.2 Antecedentes nacionales

LOZA-CONCHA, Ricardo y QUISPE, Antonio M. (2000-2001) *“Costo-utilidad del trasplante renal frente a la hemodiálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal en un hospital peruano”*. Servicio de Nefrología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud. Lima, Perú. Objetivos. Determinar y comparar las razones de costo-utilidad de los trasplantes renales con donante cadavérico (TRDC) practicados en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen los años 2000-2001, frente a hemodiálisis (HD), cinco años después del inicio del tratamiento. Material y métodos. Se realizó un estudio de costo utilidad, estudiando a todos los pacientes continuadores cinco años post TRDC, a quienes se asignó como controles, dos pacientes con cinco años de HD pareados por edad, sexo y tiempo de enfermedad. Se evaluaron los costos de cada procedimiento, los años de vida ajustados a la calidad (AVAC) utilizando el cuestionario SF-36 y se calcularon las razones de costo utilidad (CU) y costo utilidad incremental (CUI). Resultados. Se realizaron 58 TRDC los años 2000-2001. Cinco años después, 17 (29 %) pacientes fallecieron y 27 (47 %) continuaron con su tratamiento post-TRDC. Treinta y uno (53 %) TRDC fracasaron; 26 % por rechazo al trasplante, 55 % por complicación y 19 % por tratamiento irregular. Los puntajes SF-36v2TM promedio obtenidos por los TRDC y HD fueron 95 ± 13 y 87 ± 18 puntos respectivamente. En ambos años, los AVAC obtenidos por los TRDC y HD fueron de 251 y 229 puntos respectivamente; las razones de CU para los TRDC y los HD fueron de USD 11 984 y USD 9243, y la razón de CUI fue de USD 40 669. Conclusiones. Los TRDC realizados los años 2000-2001, cinco años después resultaron menos costo útil que las HD; y los TRDC realizados el 2000 tuvieron una menor razón de costo utilidad incremental que los efectuados el 2001, probablemente por su mayor razón de tratamientos irregulares. (17)

HERRERA-AÑAZCO, Percy (2016) *“La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados”*. Servicio de Nefrología, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú. Se describe la producción científica peruana que sobre enfermedad renal crónica (ERC) se ha escrito en la literatura médica mediante una revisión bibliográfica no sistemática hasta abril del 2016. Los resultados se dividieron en seis áreas temáticas: prevalencia de ERC,

etiología de la ERC, diagnóstico y manejo, cobertura de la atención, costos de la atención y mortalidad. Se encontraron 39 artículos, pero solo 16 se utilizaron para el análisis. La prevalencia de la ERC en algunas regiones del país llega a 16%. La diabetes y la glomerulonefritis son las causas más frecuentes ERC en hemodiálisis (HD). En Lima y Callao, menos del 9% de pacientes diabéticos tienen albuminuria en su evaluación. El despistaje de ERC en pacientes hipertensos es costo efectivo. Menos del 50% de la población que requiere HD la está recibiendo. La mortalidad de población incidente en HD puede llegar hasta el 50% a los siete meses. La principal causa de muerte es cardiovascular. En conclusión, La ERC es una patología frecuente, con problemas en el diagnóstico y tratamiento temprano. Hay problemas de cobertura de HD y la mortalidad en HD es alta. Palabras clave: Insuficiencia renal crónica; Epidemiología; Diálisis renal (fuente: DeCS BIREME). (16)

GÓMEZ-RÁZURI, Katherine y cols. (2014) “Mitos sobre la donación de órganos en personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales donantes en un hospital peruano: estudio cualitativo”. Hospital Nacional de Lambayeque-Perú. Objetivos. Explorar los mitos sobre la donación de órganos en un Hospital Nacional de Lambayeque-Perú, en el año 2014. Materiales y métodos. Se realizó un estudio cualitativo-fenomenológico con veinticuatro entrevistas a profundidad no estructuradas a personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales donantes. El muestreo fue intencional opinático finalizado por saturación teórica de cada estamento. Se utilizó una guía de entrevista evaluada por cinco expertos. Se realizó triangulación de datos. Resultados. Veintitrés entrevistados (95,8%) mostraron actitud favorable hacia la donación de órganos. En el Documento Nacional de Identidad, trece (54,2%) refieren "no" a la donación. Los mitos fueron: la edad o enfermedades contraindican la donación; el receptor de un órgano experimenta actitudes de su donador y vive en él; la muerte cerebral es inmovilidad del cuerpo y un estado reversible; las religiones no aceptan la donación de órganos, esta afecta la integridad física y la resurrección, y existen preferencias en la lista de espera de donantes así como el tráfico de órganos. Conclusiones. Los mitos explorados en el presente estudio muestran perspectivas religiosas, socioculturales, psicológicas y éticas. La aparente falta de conocimiento del diagnóstico de muerte cerebral es el punto de partida que marca el proceso de donación. La existencia de

un coordinador hospitalario, el rol de los guías espirituales y la correcta información brindada por medios de comunicación serían piezas clave para derribar estos mitos. **Palabras clave:** Folclore; Obtención de tejidos y órganos; Trasplante de órganos; Muerte encefálica; Tráfico de órganos; Análisis cualitativo. (12)

MÉNDEZ-CHACÓN, Pedro y cols. (2017) *“Trasplante renal grupo sanguíneo ABO incompatible. Experiencia colaborativa inédita España y Perú”*. Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. La incompatibilidad de grupo sanguíneo ABO y la sensibilización al HLA constituyen grandes barreras a vencer en pro de la óptima utilización de riñones de donante vivo. Describimos en nuestro medio el primer trasplante renal exitoso ABO incompatible en un paciente de 24 años, retrasplantado renal, altamente sensibilizado (PRA: 89%) y sin opción alguna en disponer de donantes cadavéricos ni familiares. Sin embargo, su único donante vivo HLA compatible era de grupo sanguíneo A incompatible con el grupo O del receptor. El paciente requirió de un régimen preconditionante consistente en recambios plasmáticos, rituximab, inmunoglobulina y terapia inmunosupresora cuádruple, a fin de reducir los títulos elevados de isoaglutininas anti-A de 1:128 a niveles de seguridad de 1:8, para el éxito del trasplante. Este fue realizado en Coordinación con la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Clínico de Barcelona España (HCB). La ausencia de rechazo mediado por isoaglutininas muestra el potencial beneficio del protocolo al remover los anticuerpos anti-grupo sanguíneo. A los dos años del trasplante, la función renal se mantiene estable con niveles de creatinina 1,5 mg%. Concluimos que el trasplante renal ABO incompatible (ABOi) es opción viable para pacientes cuyo único donante sea grupo sanguíneo incompatible, y entre nosotros representa esperanzadora fuente de órganos. **Palabras clave:** ABO Incompatible; Trasplante Renal; Acomodación; Anticuerpos anti HLA; Riesgo Inmunológico. (25)

CAVERO FRISANCHO, Priscilla Nahyr y cols. (2017) *“Impacto de las características basales del donante en la evolución y el curso clínico de los receptores de trasplante renal en el período 2007-2014 de un hospital público de Lima”* Unidad de Trasplante Renal del Hospital Nacional Cayetano Heredia. **Objetivo:** Determinar la función renal del receptor de Trasplante renal y su relación con las condiciones pretrasplante del donante. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo de una gran serie de casos. Se recolectaron datos de las historias clínicas

en la Unidad de Trasplante Renal del Hospital Nacional Cayetano Heredia del periodo del 2007 a 2014, luego se realizó una base de datos en Microsoft Excel 2016 y esto fue transferido al software STATA versión 14. Se consideró el valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Resultados: De un total de 86 trasplantados, se trabajó con 29 receptores y sus respectivos donantes. De las características pretrasplante del donador, la única que probablemente influyó en la probabilidad de desarrollar disfunción de injerto en el receptor fue el sexo femenino, con tendencia a alcanzar una diferencia estadística significativa, ($p = 0.09$). Conclusión: No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características pretrasplante del donante y el resultado final de la función renal del receptor. (5)

CHAMAN ORTIZ J.C., GONZALES HAMADA et al. (2011) “*Problemática del trasplante de órganos y tejidos en el Perú. Perspectivas Futuras del Trasplante Renal en el Perú 2011*”. El presente documento tiene como finalidad el de presentar de forma resumida la problemática de los principales Trasplantes de Órganos y Tejidos, revisada y expuesta por expertos nacionales en lo referente a trasplante de hígado, riñón y de progenitores hematopoyéticos, analizando el contexto regional y mundial, la situación actual y resultados de la actividad de trasplante en nuestro país, así como las perspectivas futuras y alternativas de solución de un problema que es de carácter universal. Palabras clave: Trasplante, donante, receptor, progenitores hematopoyéticos. (8)

2.3 Marco filosófico

2.3.1 Marco histórico-filosófico del trasplante renal

El intento por preservar la vida y la función de los órganos es la dinámica propia de la medicina desde el inicio de los tiempos. La disfunción o la pérdida de un órgano, tejido o parte de algún segmento de la economía corporal es un tema de permanente investigación y, su reposición, el objetivo. Las primeras ideas de un trasplante con fines de vida tienen que ver con la historia y los relatos bíblicos; así, Eva es producto del uso de una costilla de Adán. También en las culturas maya, egipcia y otras se han encontrado representaciones que sugieren, ante la disfunción de algún

órgano o extremidad, su reposición. En el siglo xv, representado en un óleo como el milagro de San Cosme y San Damián y sin la representación de la profesión médica, se establece la idea más clara de la posibilidad de implantar un injerto. La novela gótica de Mary Shelley, en 1818, describe las vivencias de un médico cuya obsesión es conocer los enigmas relacionados con la vida y la muerte, la creación y la destrucción, logrando dar vida a un hombre mediante el implante de órganos, producto de cadáveres diseccionados. Como Julio Verne, su imaginación y su capacidad de anticipación lógica, desde tiempos remotos, la medicina se planteó la posibilidad de los implantes exitosos y no fue sino hasta el siglo xx que el implante de órganos se hace una realidad científica en pleno desarrollo. Los trasplantes comienzan a convertirse en una práctica habitual; por ejemplo, hoy en México ha sido posible, como el milagro de San Cosme, el trasplante de extremidades. Hace casi un siglo, el doctor Carrell describió las suturas vasculares, iniciando así un viaje de investigación, ensayos, errores y muchos problemas que se fueron allanando en el camino; cada paso es un escalón de descubrimientos que han permitido, con el beneficio del tiempo, acercarnos cada vez más al implante perfecto. Los trasplantes de órganos, como práctica científica, se iniciaron a finales del siglo XIX utilizando monos y cerdos sin lograr resultados adecuados, sólo era cuestión de minutos u horas para observar el final de la vida. Luego la irradiación corporal total y entonces se asomaban los inicios de la inmunología como parte del proceso que impedía la sobrevida de largo plazo de los órganos. En 1933, el doctor Voronoy realizó el primer trasplante a una joven con insuficiencia renal crónica en uremia, a partir de un órgano de una mujer de 60 años fallecida. La «magia», sólo duró dos días y sobrevino la muerte de la paciente. Después de éste, muchos intentos fallidos ocurrieron por todo el mundo, pero ya en 1954 se realizó el primer trasplante de riñón de gemelos univitelinos y el evento fue exitoso. Los avances en la inmunología no se hicieron esperar y quedó claro que había que bloquear la respuesta inmunológica para el éxito de los trasplantes. Sin embargo, el inicio de esta aventura fue también catastrófico dado que, aunque el injerto era capaz de progresar de manera positiva, la sobrevida del paciente era limitada por eventos de septicemia, condicionados por fármacos que resultaban altamente tóxicos. La evolución de los trasplantes en el mundo ha pasado de los experimentos en animales a la observación de los aspectos inmunológicos que limitan la sobrevida del injerto; de ahí, al uso de irradiación corporal con el objeto de depletar al sistema

inmune y la utilización de múltiples fármacos como 6-mercaptopurina, azatioprina y esteroides que lograron consolidar hasta la década de los años ochenta los trasplantes renales, sin embargo, aún con una sobrevida del injerto de 70% a un año. Es en la década de los noventa cuando la introducción de la ciclosporina y, más tarde, el tacrolimus (los inhibidores de calcineurina) hicieron posible la disminución del rechazo agudo y la sobrevida del injerto. Sin embargo, la nefrotoxicidad de estos fármacos y el desarrollo de nuevas vías para la inhibición de la respuesta clonal han logrado el desarrollo de fármacos cada vez más selectivos como el ácido micofenólico, rapamicina y medicamentos que son capaces de bloquear la coestimulación. Con el desarrollo de nuevos fármacos y los avances tecnológicos en medicina, también en trasplantes han ocurrido cambios con respecto al conocimiento de agentes infecciosos involucrados, así como nuevas formas de entender el rechazo agudo del injerto. Día a día, el conocimiento en ciencias básicas y clínicas es mayor; sin embargo, en los últimos veinte años, no parece haber algo que haya revolucionado de manera clara la expectativa del injerto en el largo plazo. Sin duda, la tolerancia inmunológica y el blanco de los estudios en trasplante de órganos y la velocidad de las investigaciones en el mundo, lograrán en el mediano plazo acercarnos a esta meta.

En el Perú el primer trasplante renal lo realizó el Dr. Augusto Hernández Mendoza, el día 7 de abril de 1965 en el Hospital Obrero de Ica, con riñón de cadáver, este paciente logró vivir 5 días. El 9 de agosto de 1969, se realizó el primer trasplante renal donante vivo en el Hospital Naval dirigido por el Dr. Raúl Romero Torres, en una paciente mujer de 22 años, quien recibió el riñón de su hermana, habiendo sido este el primer trasplante exitoso en el Perú y el segundo de Sudamérica. El Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins inicia su actividad trasplantadora el 29 de octubre de 1969, con el Dr. Marino Molina Schippa. En tanto que el Hospital Nacional Guillermo Almenara hace lo mismo en abril de 1973, dirigido por el Dr. Alfredo Piazza. Finalmente, el primer trasplante renal realizado en el Ministerio de Salud se dio el 14 de diciembre de 2007 en el Hospital Cayetano Heredia a cargo del Dr. Luis Zegarra. En nuestro país no existe un sistema nacional de trasplantes, una entidad que englobe a toda organización relacionada con la actividad

trasplantadora; lo que encontramos son programas aislados no interconectados, sin un objetivo común.

Si bien es cierto que en Setiembre del 2008 se crea la ONDT “Organización Nacional de Donación y Trasplantes” a cargo del ministerio de salud; como ente rector encargado de la promoción, coordinación, supervisión y control, de los aspectos relacionados a la donación y trasplante de órganos y tejidos en el territorio nacional, actualmente, cumpliendo función principalmente normativa sin capacidad operativa real; ni autonomía económica, para que pueda desarrollar sus funciones a la par que los países vecinos.

Desde el año 2007 hasta el año 2014 se han realizado 1055 trasplantes renales en el Perú, 959 han sido ejecutados por EsSalud 90.9% y 96 por el MINSA 9%. (ASIS ERC 2015. Dr. Cesar Loza) El número anual de Trasplante renal no se incrementó en los últimos 5 años.

Hay 600 pacientes en Lista de Espera. Encontrándose una morbimortalidad en Lista de espera de un 8%. El tiempo en L. E es de aproximadamente 50-60 meses.

En el Perú los centros trasplantadores realizan mayormente trasplante con donante cadavérico que con donante vivo. Los resultados nuestros de trasplantes provenientes de donantes vivos son comparables con aquellos de los grandes centros. Perú ha desarrollado exitosamente modelos financiados con fondos públicos de asistencia a la salud de enfermedades de alto costo más allá de las expectativas de un país en vías de desarrollo, patologías como HIV, TBC. Sin embargo, en el tema Enfermedad renal crónica-trasplante renal no se está trabajando desde el enfoque preventivo promocional; sino muchas veces desde el enfoque recuperativo lo que es muchas veces más costoso. Debemos tener claro que el trasplante no solo es mucho más costo efectivo; sino que además mejora enormemente la calidad de vida de los pacientes.

No hay manera de asegurar que la donación sea realmente altruista y la pregunta es: ¿siempre tendría que ser así? Mientras tanto, las personas siguen muriendo en espera de un órgano. El trasplante de órganos mejora la calidad y la expectativa de vida, no necesariamente cura y, en casos como el trasplante de riñón, es considerada como terapia sustitutiva de la función renal y a los pacientes

trasplantados se les considera como enfermos renales crónicos. Es por esto que el proceso de trasplante no es un evento que dura toda la vida y el paciente no puede considerarse curado. Una limitación, cada vez más frecuente, para resolver el problema de las largas listas de espera es que los pacientes trasplantados también ahora son parte de estas listas una vez que han perdido la función del injerto. Algunos problemas que enfrentamos los médicos relacionados con el trasplante de órganos es el vasto desconocimiento de los no especialistas y la desinformación constante, el advenimiento de fármacos genéricos cuya biodisponibilidad es altamente variable.

2.4 Teorías generales relacionadas sobre el tema

2.4.1 Componentes básicos de un programa de salud

2.4.1.1 Consideraciones Generales

Un Programa de Salud es el Instrumento Técnico-Administrativo que tiene por objeto dar respuesta a la Problemática de Salud de la Población en sus Dimensiones Individual, familiar y colectiva. Desde su perspectiva administrativa un programa se asume como un proceso sistematizado, coherente y lógico, cuyos componentes o fases (planeación-ejecución-control y evaluación) están íntimamente interrelacionados. La perspectiva técnica se explica porque un programa debe sustentarse en metodologías, técnicas e instrumentos científicamente validados.

Un Programa de Salud, podría decirse es el brazo ejecutor de las políticas y planes que se establecen a nivel nacional y estatal y que permean hasta los niveles regional y local. En términos prácticos un Programa de Salud es una guía conductora de las acciones a realizar en la población y su entorno con el objeto de mejorar sus condiciones de salud. La aplicación de los Programas de Salud deriva de la caracterización y análisis de la situación de salud (diagnóstico) que prevalece en la población y su aplicación por lo general es de carácter permanente. Debido a que en esencia un Programa de Salud busca modificar positivamente la problemática de salud existente, requiere de retroalimentarse continuamente en función de los resultados y alcance de sus objetivos, esto con la finalidad de readecuarlo a las circunstancias prevalecientes. Un programa no debe entenderse como una simple serie de pasos que

se siguen uno detrás de otro (como receta) de manera mecánica para obtener un resultado. Al contrario, cada uno de sus elementos o componentes se encuentran íntimamente relacionados y los defectos o desviaciones de alguno de estos elementos puede afectar de manera significativa al resto de los componentes. En otras palabras, un programa no es una sumatoria de acciones sino un proceso que busca la transformación de la situación existente en una realidad concreta. Un Programa tampoco es un simple requisito burocrático que una vez elaborado se archive en un escritorio y que al siguiente año se desempolva, se actualice la fecha y se vuelva a archivar. Al contrario, un programa como antes se señaló, es un instrumento de uso cotidiano, perfectible, que es necesario seguir su desarrollo, analizar sus fortalezas y debilidades, actualizarlo constantemente y adecuarlo a las circunstancias concretas.

2.4.1.2. Componentes

La descripción de los componentes básicos que se presentan en este apartado no pretende ser exhaustiva. Más bien tiene el propósito de ofrecer una serie de conceptos y reflexiones técnicas que faciliten la lectura, la descripción y el análisis, y operación de los programas de salud, sin embargo, con mayor o menor número de apartados todos llevan implícito el mismo eje de diseño: planeación-ejecución-control-evaluación. A su vez cada uno de estos ejes puede estar compuesto por diversos componentes. Lo importante de este proceso es que debe existir una adecuada sistematización, coherencia y lógica entre los diferentes ejes y sus componentes.

2.4.1.3. Estructura y componentes de un programa de salud

En general un programa contiene:

- 1.- Introducción
- 2.- Antecedentes
- 3.- Justificación
- 4.- Objetivos
- 5.- Metas
- 6.- Universo
- 7.- Límites
- 8.- Organización

- 9.- Recursos
- 10.-Actividades
- 11.-Información
- 12.-Supervisión
- 13.-Evaluación
- 14.-Cronograma
- 15.-Bibliografía
- 16.-Anexos

Descripción de los componentes:

1.- Introducción:

Resume el contenido general del programa, señalando sus propósitos, objetivos, procedimientos, y los beneficios esperados con su ejecución.

- Se debe presentar en no más de una cuartilla y por lo general se elabora al final del Diseño del Programa, una vez que se tiene una idea global y clara de todo el proceso.

2.- Antecedentes:

Refiere los antecedentes que dieron origen al programa, se describen aspectos geográficos, históricos, económico sociales y culturales. Todos estos aspectos relacionados al programa en cuestión.

- Una fuente básica es el diagnóstico de salud realizado en la zona o área donde se pretende operar el programa.
- En ocasiones se describen aspectos teóricos, conceptuales y metodológicos del problema o problemas que el programa pretende atender.

3.- Justificación:

Se describe el por qué y para qué del programa. En general se construye a través de cuatro elementos: magnitud del problema(s), trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

- Se entiende por magnitud del problema al tamaño que tiene este en términos cuantitativos y de acuerdo con las características demográficas de la población. Así aquí quedan cotejados los aspectos de mortalidad, morbilidad y población en riesgo relacionados con el o los problemas a atender. En otras palabras, se trata de describir a

cuanta gente afecta el problema de salud y cuál es la población que por sus características está sujeta al riesgo de presentar dicho problema.

- Trascendencia se entiende como el impacto social que dicho problema(s) está causando en la población a nivel individual, familiar o colectivo. Algunos elementos que se manejan aquí son: el costo económico (costo de atención médica); impacto en el sistema productivo (trabajo y retribuciones); impacto en los servicios de salud (calidad de la atención). En últimas fechas un elemento que se está considerando para valorar la trascendencia de los problemas de salud y que sustentan la justificación de implementar programas que los atiendan, es el cálculo de los años de vida potencialmente perdidos AVPP. Por ejemplo, si en una región determinada la esperanza de vida al nacer (EVN) es de 70 años y si en esa misma región muere un niño de 5 años, entonces potencialmente se perdieron 65 años de vida. Si hiciéramos la sumatoria de todas las personas de cualquier edad que murieron durante el lapso de un año y se relaciona la EVN de la región se obtiene el total de AVPP. Esto marca la pauta para justificar la necesidad de implementar Programas Específicos de Intervención.

- Vulnerabilidad aquí se hace referencia a que si con los conocimientos y la tecnología disponible es posible resolver el problema o partes de él. Por ejemplo, un problema como las infecciones respiratorias es más vulnerable que el problema del SIDA, aunque su magnitud y trascendencia sean diferentes. Debido a que aquí interactúan determinantes de tipo socioeconómico de difícil abordaje y control se debe ser cuidadoso al definir la vulnerabilidad de un problema.

- Factibilidad en este aspecto se debe referir si se cuenta con los recursos humanos, materiales y financieros suficientes para operar el programa de salud en cuestión.

- NOTA: Generalmente en un programa de salud la Justificación no se presentan textualmente los términos de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad, por lo que el pasante el estudiante debe leer cuidadosamente si el contenido que presenta contiene implícitamente estos elementos.

4.- Objetivos:

Este componente es uno de los más importantes en un programa de salud, pues son estos los que definen los logros que se pretenden alcanzar con la operación del programa, por lo tanto, deben ser planteados de la manera más clara y sencilla posible.

- Dentro de las características más importantes de un objetivo es que estos señalan el qué, cómo, cuándo y dónde de las acciones a realizar,
- Deben ser observables y medibles para facilitar la evaluación y su grado de cumplimiento; son diseñados iniciando con un verbo en infinitivo que señala la acción fundamental (identificar, determinar, evaluar, etc.).
- Deben ser realistas y alcanzables de acuerdo a los recursos, métodos y técnicas disponibles. Generalmente los objetivos en un programa se desagregan en objetivos generales y específicos; los generales como su nombre lo indica, señalan de manera global los alcances o logros que pretende el programa; los específicos son una desagregación lógica y jerárquica de los objetivos generales que permite reconocer de manera puntual los logros intermedios que se pretenden lograr para cumplir con el objetivo general. Un aspecto muy importante es la coherencia que deben guardar los objetivos con los antecedentes y la Justificación antes descritos.

5.- Metas:

En términos sencillos son la traducción cuantitativa de los objetivos, así un objetivo puede derivar en la definición de una o más metas; se suelen expresar en números absolutos o porcentuales.

- Cuando se plantean metas de tipo cualitativo se debe prever la manera de transformarlos a representaciones numéricas o a descripciones cualitativas concretas.
- Una consideración complementaria en el diseño de los objetivos y metas es que en ocasiones estos se plantean con visión más política que técnica para satisfacer intereses ajenos a los de la propia comunidad donde se aplican. Sin embargo, no es fácil distinguir el trasfondo sino a través de la práctica y con una visión crítica.

6.- Universo:

En este apartado se define la población objetivo a la que está dirigido el programa, generalmente distingue las poblaciones en riesgo de enfermar o morir por el problema de salud que pretende atender el programa.

7.- Límites:

Este componente suele agregarse en el de universo, pero para los fines de este documento se presenta por separado.

- Los límites tienen dos componentes:
 - Los límites de tiempo se refieren a la delimitación temporal del programa, es decir cuál será su duración, aquí cabe señalar que aun cuando son de aplicación permanente los programas se evalúan y rediseñan año con año;
 - Los límites de espacio determinan el lugar o lugares donde se operará el programa.

8.- Organización:

En este componente se describen los diferentes niveles jerárquicos de la institución que en mayor o menor medida participan en el diseño, operación y evaluación del programa.

- Generalmente suele presentarse un esquema del organigrama de la institución partiendo de los niveles jerárquicos más altos y con cuadros y flechas se señalan los niveles participantes hacia abajo.
- Luego del esquema se describen de manera general las principales funciones que deberán desempeñarse en cada nivel.
- Es importante observar la coherencia entre la organización y las funciones con los objetivos y las metas y la justificación del programa para corroborar que los niveles participantes son los idóneos en la operación del programa.

9.- Recursos:

Este componente tiene por objeto señalar con la mayor precisión posible los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para operar el programa.

- Esto es fundamental para la operación del programa lo más óptimamente posible; su correlación con los objetivos y metas del programa es obligada.
- Los recursos humanos deben dar cuenta detallada del número y tipo de personal (médico, paramédico, administrativo, técnico de apoyo y otros).
- En los recursos materiales se detalla en número, tipo y costo del material, equipo, insumos que se requieren para operar el programa.
- Los recursos financieros se refieren a detallar de cuánto dinero se requiere para operar el programa. Aquí se incluye el costo por salarios del personal, de los materiales, equipos e insumos que es necesario adquirir.

10.-Actividades:

Este es otro de los componentes más importantes de un programa, pues es aquí donde se materializan todos los demás componentes, además de constituirse en el punto de contacto más inmediato y cercano entre los servicios de salud y la población beneficiaria.

- En este apartado generalmente se detallan los procedimientos y las actividades que se desarrollan según el tipo de recursos humanos que participa.
- Es muy importante observar la coherencia entre objetivos, metas y actividades; es decir, se debe analizar si con las actividades descritas es posible alcanzar las metas planteadas y estas a su vez hacen factible el logro de los objetivos.
- Por otro lado, deberá cotejarse si con los recursos disponibles es posible desarrollar todas las actividades.
- También las actividades deberán ser programadas en un límite de tiempo para lo cual generalmente se presenta un cronograma que puede detallar las actividades por día, semana o mes según el nivel donde se realicen y de las necesidades específicas de cada programa, generalmente se incluye al fin del programa.

11.- Información:

Habitualmente este apartado junto con la supervisión y la evaluación se presentan dentro del componente denominado control. Aquí se separan con fines descriptivos.

- El sistema de información es de gran trascendencia ya que es a través de éste que es posible realizar el seguimiento y monitoreo de las actividades que cotidianamente realiza el personal que participa en el programa.
- En general para cada programa se diseñan una variedad de instrumentos o formatos que registran las actividades cotidianas que realiza el personal. La cantidad de formatos varían de institución a institución y del tipo de programa de que se trate; igualmente el nivel de detalle es variado.
- Existen además formatos concentración de actividades para cada nivel dentro de la organización de cada institución con diversas formas de manejo y procesamiento, desde el manual hasta el computarizado.
- La confiabilidad y validez de la información depende fundamentalmente de la fuente primaria donde se obtiene, por lo que las posibilidades de evaluar adecuadamente los alcances y limitaciones de un programa dependen en gran medida de la eficacia del sistema de información en el nivel local.

12.- Supervisión:

Supervisar regularmente las actividades que se realizan en los distintos niveles organizativos de la institución para cada programa de salud tiene por objeto identificar los puntos de falla o desviaciones en su operación y aplicar las medidas correctivas más pertinentes.

- De acuerdo con las normas técnicas establecidas para cada programa los supervisores diseñan Guías de observación para verificar su cumplimiento y posibles desviaciones.
- Así su función fundamental es la de asesorar y capacitar al personal operativo en su ámbito de trabajo.

13.- Evaluación:

Aunque este componente está implícito en todo el proceso del programa su orientación fundamental está dirigida a determinar en qué medida se alcanzaron los objetivos y las metas del programa, así como medir el impacto logrado en la población.

- Este componente correlaciona todos los componentes del programa y propone las modificaciones y adecuaciones necesarias para su perfeccionamiento.

14.- Cronograma:

- (ver componente de actividades)

15.- Bibliografía:

En este apartado se deben señalar todas las fuentes biblio - hemerográficas consultadas para la elaboración del trabajo.

16.- Anexos:

Generalmente en este apartado se presentan entre otros, los formatos e instructivos que componen el sistema de información del programa, además de otros documentos de apoyo necesarios para la operación del programa.

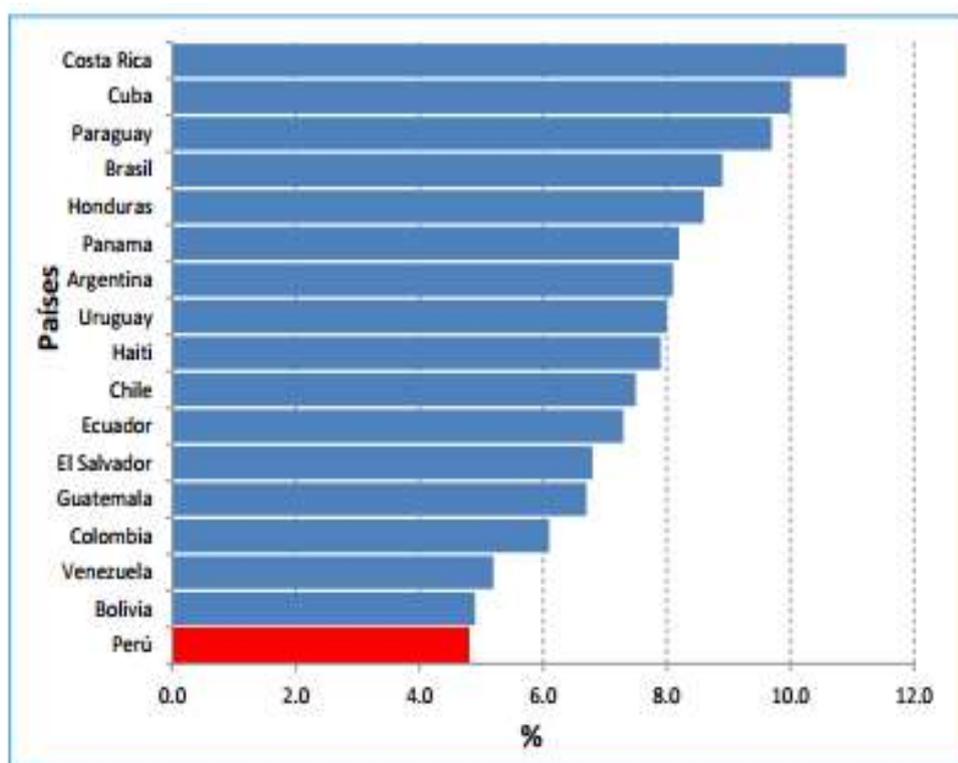
2.5 Bases teóricas especializadas sobre el tema

2.5.1 Programa Nacional de Trasplante Renal

2.5.1.1. Análisis de la situación de Salud en el Perú

Para poder entender la real situación de la enfermedad renal crónica en el Perú, primero debemos analizar la situación de la de Salud en este país.

Según el Banco Mundial la participación del gasto nacional en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno-PBI- ha disminuido de 5,7% en el 2008 a 5.5% en el 2014; siendo el menor de la región y por debajo del promedio de América del Sur (6,8%). Fig. Gasto total en salud como porcentaje del PBI 2011



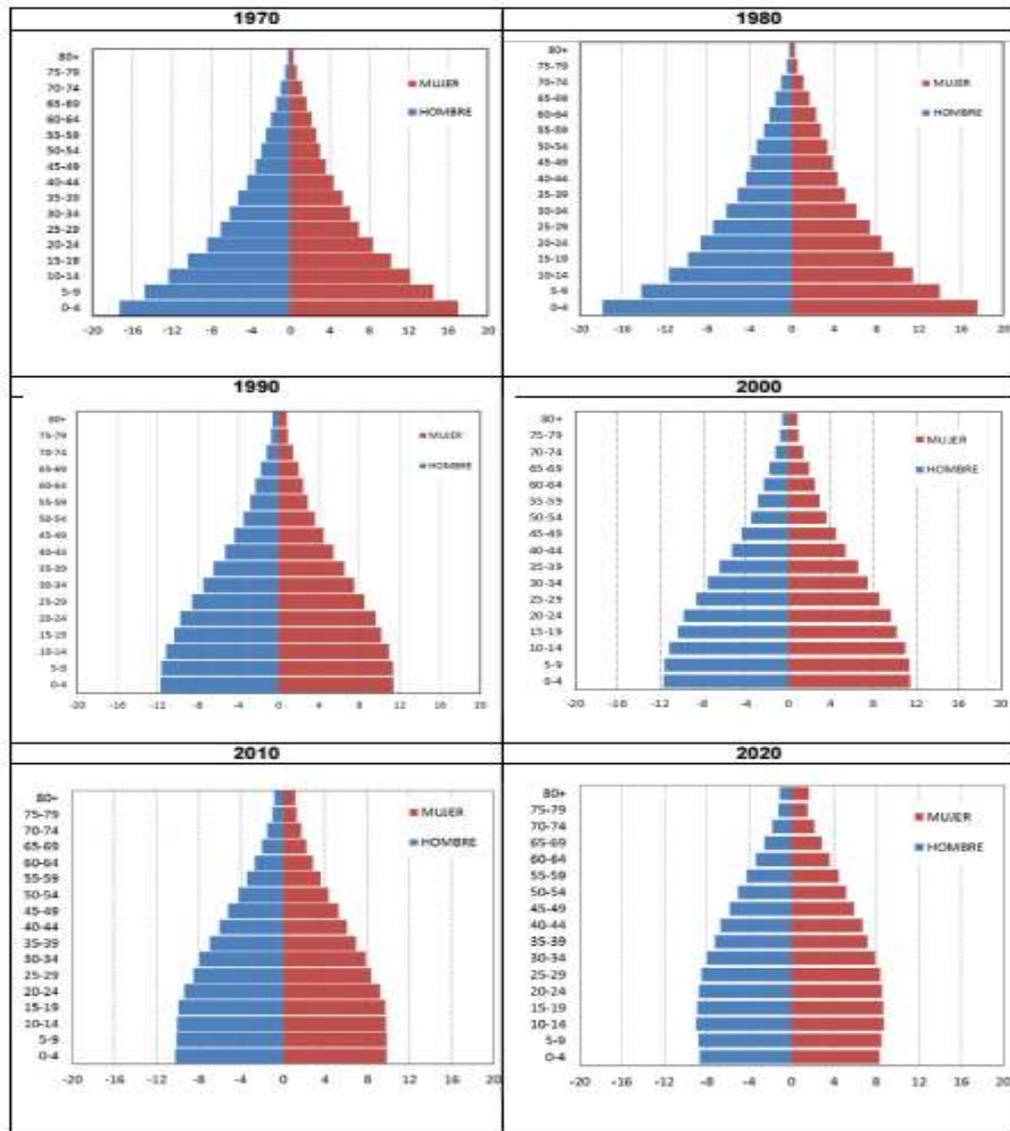
Fuente: Estadísticas del Banco Mundial. Disponible en <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS/countries>

Para el año 2013 se estima que la población peruana es de 30 millones 475 mil 144 habitantes, distribuidos en un área de 1,285 millones km², los cuales están divididos en 24 departamentos y una provincia constitucional. El 76% reside en el ámbito urbano y la tercera parte en Lima.

La economía peruana es 41 en el mundo, PBI 6.733,8 millones de dólares, del cual solo 3.32% es asignado al sistema de salud pública. La expectativa de vida al nacer es de 72.5 años, la tasa de fertilidad es de 2.3, y el sueldo mínimo vital es de 267.66 dólares (INEI 2014)

Al igual que en el resto del mundo se evidencia una tendencia al envejecimiento relativo de la población, el 8.6% de los habitantes tendrá más de 65 años en 2025, como consecuencia del aumento de la esperanza de vida en todas las edades. Estos cambios demográficos significarán un desafío en términos de atenciones de

Salud. Gráfico: Pirámides de población Perú 1980 al 2020



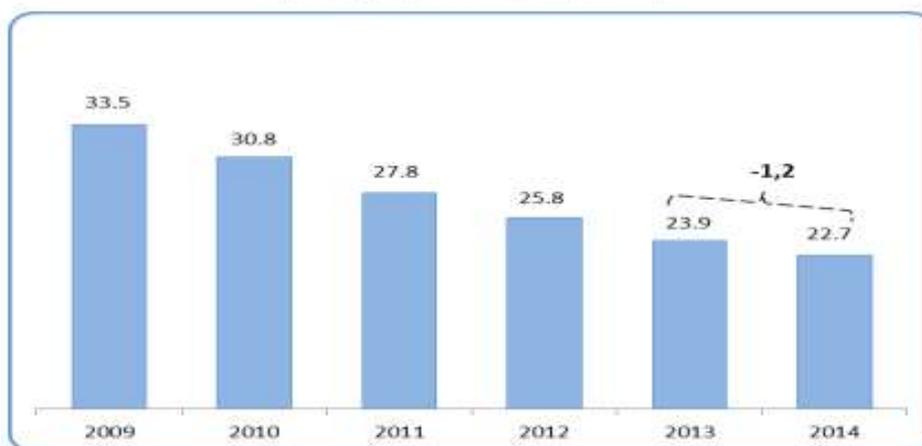
Fuente: INEI, Elaboración DGE.

La tasa global de fecundidad muestra una disminución sostenida desde el año 1986, pasando de 4,3 hijos por mujer a 2,6 en el año 2012; descendiendo rápidamente a partir de los 35 años. Las mayores tasas de fecundidad se encuentran en Loreto (4,6 hijos por mujer), Amazonas (3,4) y Ucayali (3,3); además están Huancavelica y Tumbes con (3,2 cada uno). (24)

En lo que respecta al saneamiento básico, se observa mejoras en las coberturas en los últimos años, sin embargo, aún un 30% de la población no tiene acceso a agua potable. La pobreza en el país muestra una tendencia descendente, afectando al 22.7% de la población peruana en el 2014. Respecto a la pobreza extrema, ésta afecta al 4.3%, habiendo descendido en 5.2 puntos porcentuales en los últimos 5

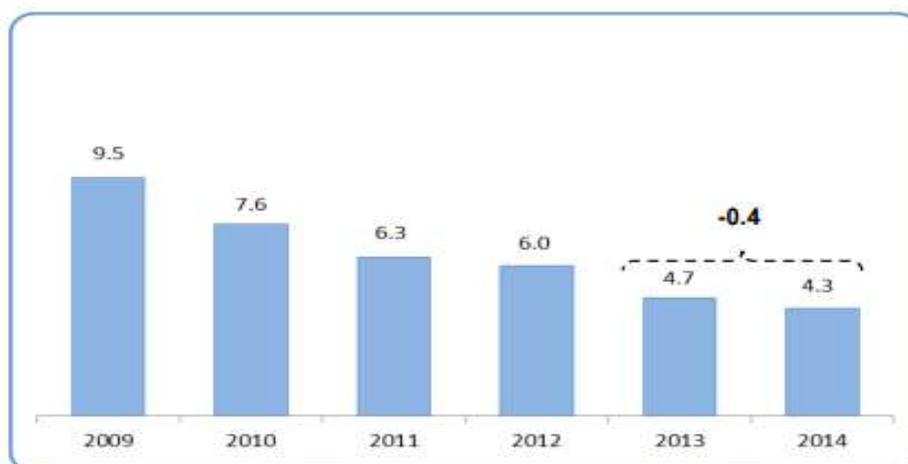
años. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2014 INEI.
Gráfico: Perú: Evolución de la incidencia de la pobreza total y pobreza extrema 2009-2014

GRÁFICO Nº 3.1
PERÚ: EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA POBREZA TOTAL, 2009-2014
(Porcentaje respecto del total de población)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2009-2014.

GRÁFICO Nº 3.4
PERÚ: EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE LA POBREZA EXTREMA, 2009 -2014
(Porcentaje respecto del total de población)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares 2009-2014.

El sistema de salud del Perú es un sistema mixto agrupado en dos grandes subsectores: el público y el privado. El subsector público está conformado por el Ministerio de Salud, el Seguro Social, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Sanidad de la Policía Nacional. El subsector privado se divide en lucrativo que incluye a las Entidades Prestadoras de Servicios, las aseguradoras privadas, las

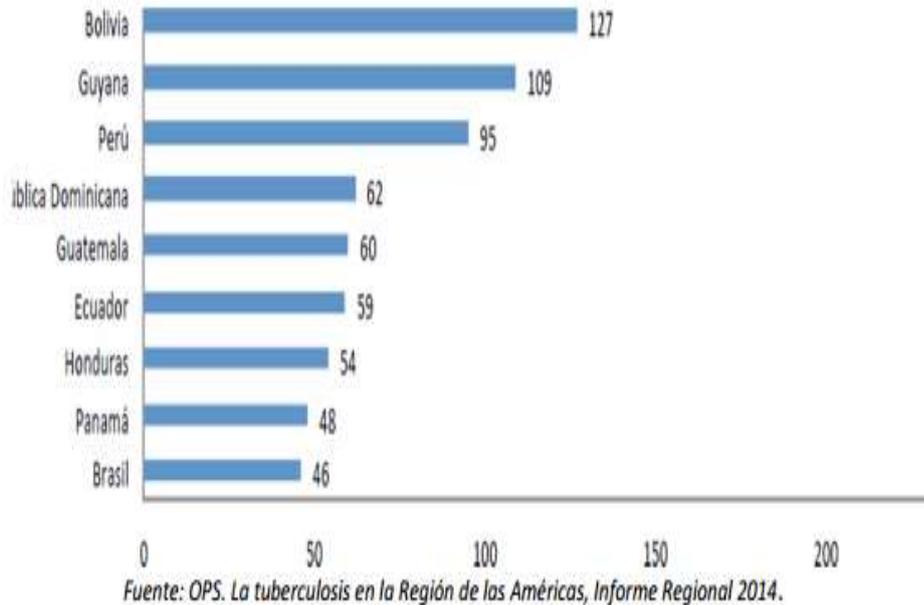
clínicas privadas, consultorios médicos y odontológicos, laboratorios clínicos y servicios de diagnóstico de imágenes. El no lucrativo está conformado por los Organismos No Gubernamentales, la Cruz Roja Peruana, CARITAS, ADRA-Perú, servicios de salud parroquiales, entre otros. (24)

Tenemos altas tasas de mortalidad materna; mientras que en Lima muere una mujer por causas relacionadas con su embarazo, parto o puerperio; ocho fallecen en Cajamarca, principalmente en las zonas rurales donde está concentrada la pobreza, altas tasas de mortalidad infantil y elevada prevalencia de malaria, dengue, Leishmaniosis y hepatitis B. Rev. Perú Med Exp Salud Pública. 2011; 28(3):564-70. Ciro Maguiña, Edén Galán-Rodas

Las infecciones respiratorias agudas bajas constituyen la principal causa de defunción y representan el 12,1% del total de las muertes. Las enfermedades cerebrovasculares y las isquémicas del corazón ocupan el segundo y tercer lugar con 5,3% y 4,8%, respectivamente, como se da en los países en vías de desarrollo. Las cifras de desnutrición crónica muestran una tendencia descendente, afectando en el 2012 al 18,1% de los menores de cinco años. Este problema es mayor en los niños residentes en el quintil inferior de pobreza (38,8%) y en el ámbito rural (31,9%). (24). En lo que respecta a la tuberculosis para el año 2012 se estimó una incidencia de tuberculosis de 29 casos por 100 mil habitantes en la región de las Américas y el caribe. El 60% de los casos nuevos se concentraron en cuatro países, siendo Haití, Bolivia, Guyana y Perú los países que reportan las más altas tasas de incidencia en toda la región de las Américas y el Caribe.

Para el año 2012, en la región de las Américas se estimó 6962 casos de TB MDR entre los casos notificados de TB pulmonar, siendo Perú y Brasil los países con más de la mitad de todos los casos estimados en la región. Con altas tasas de mortalidad. Análisis de la situación epidemiológica de la tuberculosis en el Perú. 2015 elaborado por Dra. Mirtha Gabriela Soto Cabezas

Figura: Región de las Américas: Los diez países con más alta tasa de incidencia estimada de TBC 2012 (por 100,000 habitantes)



El sistema de salud es segmentado y fragmentado. Cerca del 20 % de la población no tiene ningún tipo de cobertura sanitaria. El seguro social cubre solo al 25 % de la población, el 5 % tiene seguros privados de salud y el 50 % tiene asistencia sanitaria estatal (3). El sistema de salud posee un insuficiente y limitado aseguramiento en salud. Las diferentes medidas políticas implementadas hacen más de una década (Seguro Integral de Salud-SIS y recientemente el Aseguramiento Universal en Salud AUS) son soluciones parciales e incompletas que no van al fondo del problema y, por el contrario, en muchos casos, perpetúan la segmentación del sistema. (22)

2.5.1.2 Situación de la donación y trasplante en el Perú

La Organización Nacional de Donación y Trasplante (ONDT) del Perú se crea mediante Ley N° 28189 “Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos y es reglamentada a través del Decreto Supremo N° 014-2005-SA, cuenta con un representante de las siguientes instituciones: • Ministerio de Salud • EsSalud • Ministerio del Interior • Ministerio de Defensa • Asociación de Clínicas Particulares.

El Decreto Supremo N° 023-2005-SA del 1 de enero de 2006, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, crea

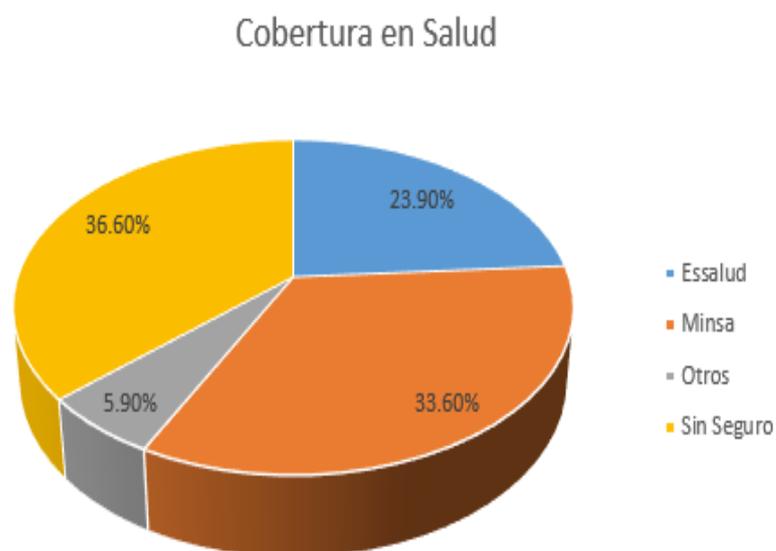
estructuralmente a la ONDT, como dirección autónoma. La ONDT entra en funcionamiento en septiembre de 2008 presupuestaria y administrativamente.

La ONDT dependiente del Ministerio de Salud tiene la responsabilidad de las acciones de rectoría, promoción, coordinación, supervisión y control de los aspectos relacionados a la donación y trasplante de órganos y tejidos en el territorio nacional. Sin embargo, al momento es un ente fundamentalmente de tipo normativo no teniendo capacidad operativa real. (23)

2.5.1.3. Enfermedad Renal crónica (ERC)

La ERC es considerada como un problema de salud pública en el Perú, teniendo un crecimiento anual de 10-15% pacientes por año. Las principales causas de ERC en TRR son la diabetes e hipertensión arterial. Teniendo insuficiente oferta de servicios de salud y una gran sobredemanda existente. La Ley de Aseguramiento Universal creemos permitirá disminuir la brecha oferta-demanda

Al 2013 se estimaba que el 63.4% de la población peruana contaba con algún tipo de seguro de salud, EsSalud 23.9%, MINSA 33.6%, Otros Seguros (Fuerzas Armadas y Policiales, Particulares) 5.9%, en tanto la población no asegurada era de 36.5%. (26). Al año 2014, la población cubierta por el SIS se incrementó a 51.1%, EsSalud 34.5%, en tanto que la población no asegurada se estimaría en 14.3% ASIS ERC 2015. Dr. Cesar Loza



No se cuenta con un sistema de información de la ERC integrado, siendo el Registro Nacional de Diálisis de la seguridad Social (RENDES), el más importante

(20). No existen estudios nacionales que hayan evaluado la prevalencia de la Enfermedad Crónica en sus diferentes estadios, principalmente en el estadio V la misma que requiere algún tipo de terapia de remplazo renal ya sea: Hemodiálisis, Diálisis Peritoneal, trasplante Renal. Terapias muy costosas y, por lo tanto, poco asequibles.

Según el estudio NANHES the National Health and Nutrition Examination Survey 1999-2004, la prevalencia de enfermedad renal crónica en mayores de 20 años sería de 16.8%, siendo el Estadio I 5.7%. II 5.4%, III 5.4%, IV y V 0.4%, en población mexicana americana 10.2%. (25)

Tomando en cuenta estos estudios, si los extrapolamos a la realidad nacional, año 2015 contamos actualmente en nuestro país con una población de 31151,643 millones, siendo la población mayor de 20 años de 19565,334, correspondiendo el 0.1% a enfermos renales crónicos en estadio V (19196,944 pacientes), requiriendo terapias de remplazo renal según los diferentes estamentos a EsSalud 6631 pacientes, MINSa 9815 pacientes, sin ningún tipo de seguro a 11,119 pacientes.

Según INEI 2015 EsSalud, cuenta con 10030 pacientes en TRR, en tanto MINSa con solo 2037 pacientes según lo publicado en el ASIS ERC 2015. Dr. Cesar Loza. Otros (Fuerzas armadas, policiales y particulares) 785 pacientes. Si consideramos que existe un total de 19197 pacientes que requieren diálisis, según lo proyectado, se concluye que 6345 pacientes no acceden a estos servicios de salud.

Tabla 4: Datos estimados de la prevalencia de la enfermedad renal crónica en el Perú para la población adulta mayor de 20 años

PREVALENCIAS ESTIMADA DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA EN EL PERU**						
	%	Población*	Estimado Estadios III-IV**	Estimado Estadio V***	Observado estadio V	Brecha
Sin Ningún Seguro de Salud	14,3	2 750 922	359 270	2 751	ND	ND
Seguro Integral de Salud (SIS)	51,1	9 815 397	1 281 891	9 815	2 037	7 778
ESSALUD	34,5	6 630 624	865 960	6 631	10 030	-3 399
Total	7/47	19 196 944	2 507 121	19 197		

*INEI: 2014

**Porcentajes de la Población en estadio I-IV: 13,07% (NHANES 1999 – 2004)

***Porcentajes de la Población en estadio V: 0,10% (NHANES 2005 – 2006)

Fuente: Encuesta sobre capacidad resolutiva para la ERC - DGE

Elaborado por la DGE

Según los datos anteriormente expuestos observamos que EsSalud cubre aproximadamente al 80% de la población en diálisis, siendo la institución que mayor dinero destina a este tipo de terapias.

El costo integral por paciente en estos programas es de aproximadamente 39000 soles anuales, en el año 2015 se registra un 1 millón 261 mil 259 sesiones de hemodiálisis, con un costo total de 315 314,750 millones de soles anuales. Destinando finalmente 3.3% de su presupuesto anual para los costos de tratamiento de la ERC terminal, dedicados a menos del 0,1 % de la población asegurada (27).

Se estima que existen aproximadamente 12852 pacientes en diálisis en el Perú, con una prevalencia de 415 pmp, número por debajo de los encontrados en otros países como Japón 2205 pmp, Estados Unidos 1811 pmp y España 1092, Argentina 649 pmp; pudiéndose esto deber a un problema de subregistro en nuestro país. No todos los pacientes que reciben diálisis son susceptibles de ser sometidos a un trasplante renal, en nuestro país el promedio de pacientes en lista de espera debería ser alrededor de un 30%, es decir deberíamos tener en Lista de Espera 3855 pacientes, sin embargo, solo están registrados aproximadamente 600 pacientes es decir solo el 5%. Cada año se amplía la brecha entre la demanda y la oferta de trasplante renal, existiendo una morbilidad en Lista de espera de aproximadamente 8%.

2.5.1.4. Donación y Procura de Órganos

En los últimos 3 años, la obtención de órganos de donante cadáver aumento de 1.8 a 4 por millón de habitantes en el Perú, ubicándonos aún en los últimos lugares en Latinoamérica. Esto ocasiona que día a día aumente las listas de espera de pacientes que requieren trasplantes de diversos órganos y tejidos, no teniendo oportunidad de trasplantarse, lo que lleva a la muerte de muchos de ellos. En el donante cadavérico, el proceso de donación se inicia desde el diagnóstico de muerte encefálica realizada por un neurólogo o neurocirujano. El Perú, es uno de los países de la región que tiene menor cantidad de donantes por cada millón de habitantes y mayor cantidad de porcentajes de negativas familiares. Siguiendo con lo anterior, las cifras internacionales proporcionadas por el Consejo Iberoamericano de Donación y Trasplantes, muestran que la tasa de donantes por millón de habitantes de nuestro país(3.2) se encuentra lejos de Uruguay (17.1), Argentina (13.7), Brasil

(12.7), Colombia (6.8) y más lejos aún que los países de Europa como España (35.3). Ver Tabla 1. De igual manera, en casi todos los países de la región existen porcentajes elevados con relación de familias que se oponen a la donación de órganos como: Perú, (63.6%), Chile (48.9%), Uruguay (47.4%), Argentina (47.2%), o Brasil (44.3%), evidenciándose una tendencia creciente no favorable para el establecimiento de alternativas de política pública en beneficio de la donación y trasplante de órganos. Ver Tabla 2 Donación de Trasplantes de Órganos 2014 Autor Víctor Hugo Neciosup

Tabla 1
Tasa de donantes por cada millón de habitantes 2013

País	Tasa de donantes
España	35.3
Uruguay	17.1
Argentina	13.7
Brasil	12.7
Colombia	6.8
Chile	5.9
Ecuador	4.0
Venezuela	3.7
Perú	3.2

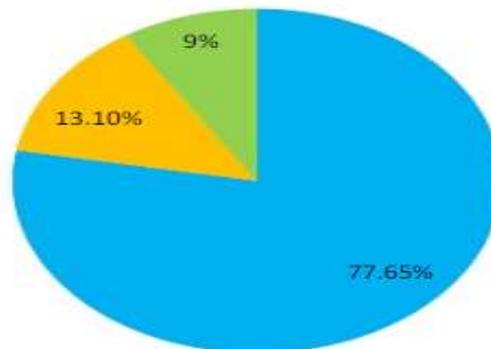
Fuente: Newsletter Transplant 2014. Council of Europe.
Elaboración: Área de Servicios de Investigación.

Tabla 2
Porcentaje de familias que se oponen a la donación de órganos 2013

País	Años		
	2011	2012	2013
Colombia	28.6	25.2	36.9
Ecuador	41.5	16.5	25.9
Venezuela	37.8	29.4	23.0
Brasil	-	37.2	44.3
Argentina	48.3	-	47.2
Uruguay	18.2	28	47.4
Chile	51.1	48.1	48.9
Perú	49	61.3	63.6

Fuente: Newsletter Transplant 2014. Council of Europe.
Elaboración: Área de Servicios de Investigación.

Gráfico 1
Porcentaje de personas identificadas que consignan en su DNI la declaración de ceder sus órganos y tejidos



■ No acepta donar ■ Acepta donar ■ No especifica donar

fuente: Registro Único de Identificación de Personas Naturales (RENIEC)
laboración: Área de Servicios de Investigación.

Dentro de la región de Lima Metropolitana, existen alrededor de 8 millones de habitantes ⁽²¹⁾; en estudios retrospectivos realizados en diferentes hospitales, la cifra teórica de la capacidad generadora de donantes de un país, es de 40 a 60 muertes encefálicas por millón de habitantes (pmh). Se estima que fallecen en situación de muerte cerebral el 1 a 4 % de todos los pacientes de un hospital y un 10 % en las unidades de cuidados intensivos ⁽²²⁾; es así que solamente llegan a ser donantes efectivos de órganos un 15 a 67 %. El resto se pierden por negativas a la donación, negativa judicial o parada cardíaca durante el mantenimiento, teniendo en cuenta que los casos de muerte cerebral por millón de población deberían ser 1500 en nuestro país; a pesar de existir una reglamentación nacional que establece como obligatoria la notificación de todos los potenciales donantes de órganos, esta no se cumple, logrando solamente 120 donantes efectivos/año.

2.5.1.5. Trasplante

En nuestro país no existe un sistema nacional de trasplantes, una entidad que englobe a toda organización relacionada con la actividad trasplantadora; lo que encontramos son programas aislados no interconectados, sin un objetivo común.

Por lo que es importante la creación de un Instituto Nacional de Trasplante Renal que concentre tal actividad.

Desde el año 2007 hasta el año 2014 se han realizado 1055 trasplantes renales en el Perú, 959 han sido ejecutados por EsSalud y 96 por el MINSA; los trasplantes ejecutados por el MINSA constituyen el 9% del total de trasplantes ejecutados. ASIS ERC 2015. Dr. Cesar Loza

El número anual de Trasplante renal no se incrementó en los últimos 5 años.

Hay 600 pacientes en Lista de Espera. Encontrándose una morbimortalidad en Lista de espera de un 8%. El tiempo en L. E es de aproximadamente 50-60 meses.

En el Perú los centros trasplantadores realizan mayormente trasplante con donante cadavérico que con donante vivo.

Los resultados nuestros de trasplantes provenientes de donantes vivos son comparables con aquellos de los grandes centros.

Perú ha desarrollado exitosamente modelos financiados con fondos públicos de asistencia a la salud de enfermedades de alto costo más allá de las expectativas de un país en vías de desarrollo, patologías como HIV, TBC.

El Departamento de Trasplantes del Hospital Nacional Guillermo Almenara fue creado en octubre del 2008, contando con 6 camas exclusivas a trasplante renal.

En otros países como en Brasil su Sistema Nacional de Trasplante demanda que a todos los pacientes en diálisis se les ofrezca la posibilidad de recibir un trasplante de órganos de un donante cadavérico, también de enlistarlos al menos que exista alguna contraindicación, con esta política aproximadamente el 70% de sus pacientes con falla renal son enlistados, lo cual contrasta con nuestro país donde solo enlistamos al 5%.

2.5.1.6. Costos en Trasplante renal

Muchas veces se piensa equivocadamente, que tanto la hemodiálisis como el trasplante renal ofrecen el mismo beneficio, sin embargo eso no es así, la calidad de vida de un paciente trasplantado es mucho mejor que la de aquel que está sometido a diálisis; además, el paciente trasplantado tiene una esperanza de vida tres veces

mayor que la del paciente dializado, por lo que este puede reinsertarse a la población económicamente activa, disminuyendo así sus costos; situación que no se produce en el paciente dializado que por el contrario pasa a una situación de invalidez permanente. Costo de las terapias para tratar la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) Aníbal Salas (1), Rosina Hinojosa (2), Carlos Battilana (3)

Desde una perspectiva económica y de efectividad clínica y sobre todo a partir de los resultados del coeficiente costo-efectividad, puede decirse de manera más contundente que el trasplante renal, efectivamente debería ser la intervención de mayor promoción y aplicación en cuanto a las otras terapias de sustitución renal. (28)

Tarrida y cols., presenta un estudio de costos en el Hospital Clínico de Barcelona, concluyendo que el coste promedio anual de un paciente en Hemodiálisis es de 43000 € paciente/año en comparación con el trasplante renal 29,897€ paciente/año. Hasta ahora, se ha descrito que el periodo de recuperación económica para el trasplante en comparación con HD era de dos años debido a que durante el primer año el trasplante era más caro debido al acto quirúrgico, el tratamiento inmunosupresor y los reingresos. Contrariamente a lo anteriormente descrito, se muestra una mayor rentabilidad durante el primer año. Incluso el segundo año después de TRDV, el coste es de aproximadamente 11 000 €/año, un 74% más económico que la hemodiálisis.

Análisis económico de la enfermedad renal crónica terminal: trasplante renal de donante vivo frente a hemodiálisis Alsina Tarrida A1, Sánchez-Escuredo A2, Campistol Plana JM2, Oppenheimer Salinas F2, Fernández Vega E1

En el Perú, existen datos publicados sobre los costos en Trasplante Renal versus hemodiálisis, sin embargo, estos costos presentan una serie de deficiencia al momento de su elaboración; por lo que no se han mencionado en el presente trabajo.

Costo total de trasplante renal con donante cadavérico, costo efectividad del trasplante renal versus hemodiálisis en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima Perú 2008-2013

DESCRIPCION	COSTO TOTAL	
	SOLES	DOLARES
DONANTE - (Costo asignado al Órgano Riñón)		
SELECCION DEL DONANTE (Identificación y Calificación)	1.144,17	401,46
MANTENIMIENTO EN UCI (24 Horas)	344,08	120,73
OPERATIVO PROCURA	2.133,79	748,70
ABLACION	4.089,87	1.435,04
PRESERVACION	4.186,21	1.468,84
PROCESO DE DONANTE FRUSTRO	4.759,23	1.669,91
SUB TOTAL	16.657,36	5.844,69
RECEPTOR		
CALIFICACION	5.300,77	1.859,92
BANCO DE ORGANOS	4.350,00	1.519,30
PREPARACION PRE QUIRURGICA	7.820,52	2.744,04
TRASPLANTE	11.877,47	4.167,53
POST OPERATORIO	28.144,15	9.875,14
SUB TOTAL	57.472,90	20.165,93
SEGUIMIENTO AMBULATORIO ANUAL	32.821,54	11.516,33
TOTAL GENERAL	106.951,79	37.526,95

Nota:

- La estructura de costos está diseñada para un trasplante sin complicación.
- Incluye el costo asignado al órgano riñón, receptor y seguimiento ambulatorio anual.

2.5.1.7. Centros Trasplantadores en el Perú

Los principales centros trasplantadores se encuentran en Lima y Callao, tenemos al Hospital Nacional Guillermo Almenara, Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Hospital Alberto Sabogal

(EsSalud). El Hospital Cayetano Heredia (Minsa). Las fuerzas armadas y policiales cuentan con el Instituto de Trasplantes de Órganos y Tejidos de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú (ITOT). En el interior del país solo EsSalud realiza trasplantes renales: Arequipa, Cuzco, Chiclayo, Huancayo, Tacna. ASIS ERC 2015. Dr. Cesar Loza

Con solo 3 centros (27%), que realizan más de 30 trasplantes por año.

2.5.1.8. Financiamiento de los trasplantes

El costo de un Trasplante Renal en el Perú varía desde 109,000 a 168,000 soles.

El 86.5% de los costos de Trasplante renal en el Perú son cubiertos por EsSalud, MINSA cubre el 6% (100% subsidiado por el estado), ITOT 4.5%, clínicas Privadas 3%

En costo del trasplante renal, no solo está considerado el Pre-Intra y el post operatorio, sino también la medicación inmunosupresora, controles analíticos y pruebas diagnósticas de seguimiento, incluyendo potenciales hospitalizaciones; estos costos son algo más baratos que aquellos de las instituciones particulares.

2.5.2. La población y el trasplante renal

El trasplante renal es la terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal crónica terminal porque mejora la calidad de vida y la supervivencia frente a la diálisis. Además de ser la terapia más costo efectiva, si la comparamos con la hemodiálisis o la diálisis peritoneal.

Indicaciones y contraindicaciones del trasplante renal

Indicaciones	Contraindicaciones absolutas	Contraindicaciones relativas
- Glomerulonefritis ⁽¹⁾	- Cáncer reciente o metastásico	- Edad >75 años (¿biológica?)
- Pielonefritis	- Infección activa aguda o crónica	- Cáncer previo no controlado
- Enf. hereditarias ⁽²⁾	- Alto riesgo de no sobrevivir a la cirugía	- Malformación grave del tracto urinario
- Metabolopatías ⁽³⁾	- Expectativa de vida <2 años	- Drogadicción o alcoholismo
- Uropatía obstructiva	- Enf. psiquiátrica grave, crónica y no controlable	- Incumplimiento terapéutico reiterado
- Nefropatía tóxica ⁽⁴⁾		- Nefropatía activa clínica o serológica
- Enf. sistémicas (LES)		- Riesgo de recurrencia grave
- Sínd. hemolítico-urémico		- Hepatitis B con replicación viral
- Tumores		- Comorbilidad severa extra-renal
- Congénitas		- Coagulopatía severa
- Nefropatía aguda irreversible		- Retraso mental severo
- Trauma		- Infección VIH complicada

(1) Glomerulonefritis postinfecciosa, membranosa, membrano-proliferativa, Nefropatía IgA, segmentaria y focal, síndrome de Goodpasture, púrpura de Schönlein-Henoch.

(2) Poliquistosis renal, síndrome de Alport, enfermedad quística medular.

(3) Diabetes mellitus, hiperoxaluria, cistinosis, enfermedad de Fabry, amiloidosis, gota, etc...

(4) Nefropatía por analgésicos, por opiáceos, etc.

2.5.2.1. Estadística Española latinoamericana y peruana

España, con 1.851 donantes y 4.769 órganos trasplantados en 2015, con una tasa de 40,2 donantes por millón de población (p.m.p.). Estadística 2015 se realizaron 2.905 trasplantes renales. El número de donantes cadavéricos de órganos por millón de habitantes (PMH) es el indicador más utilizado para comparar la actividad entre países. En los últimos años su desarrollo ha tendido a estancarse, excepto en los países que, partiendo de indicadores relativamente bajos, han implementado fuertes políticas activas para su evolución. Estados Unidos tiene una media de 26 donantes PMH. Europa sostiene una media de alrededor de 20 donantes PMH. España es el país del mundo con mayor actividad trasplanto- lógica y sus 35 donantes PMH representan la meta para todos los demás países del globo, y un franco desafío. Entre los países de la Unión Europea, se destacan países como Portugal y Croacia que han sabido implementar políticas destinadas específicamente a aumentar la tasa de donación de órganos en los últimos años. Canadá, Alemania y Australia, países con sistemas sanitarios desarrollados, tienen una tasa de donación similar a la de Argentina que supera los 15 donantes PMH

2.5.2.2. Población adscrita en EsSalud

EsSalud trasplantes de órganos, trasplante renal a nivel nacional

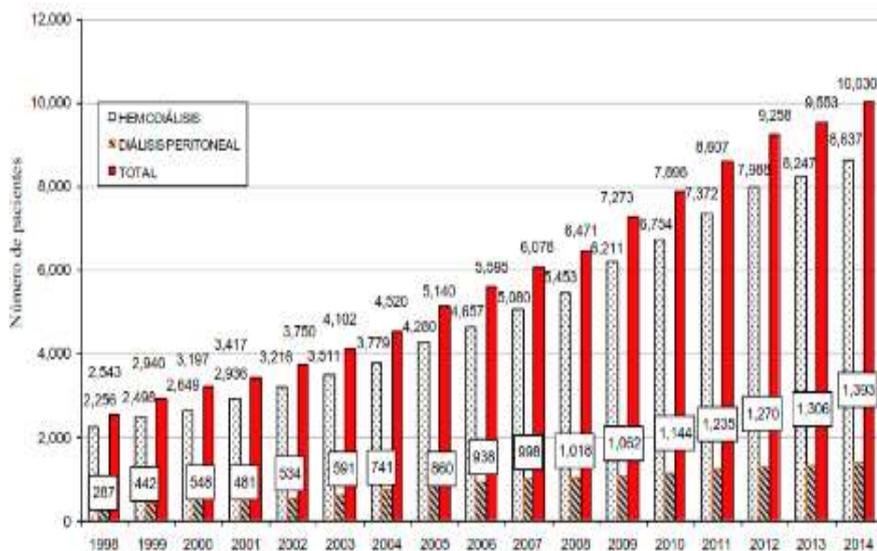


Gráfico 3.1. Prevalencia puntual de pacientes en diálisis. EsSalud años 1998 - 2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Riñón	54	62	65	66	137	143	194	119	137	117	156
Hígado	4	4	9	7	12	23	39	27	26	25	24
Corazón	1	1	2	0	0	4	6	8	9	14	9
Pulmón	0	1	1	0	0	1	4	3	2	0	1
Córneas	73	57	40	26	28	72	90	78	95	90	145
Médula	41	40	39	43	39	54	65	74	57	50	117
TOTAL	173	165	156	142	216	297	398	309	326	296	452

Tabla 5.1.1. Número de trasplantes por órgano o tejido EsSalud. Años 2005 - 2015

HOSPITAL	RENAL	HÍGADO	CÓRNEA	CORAZÓN	PÁNCREAS	PULMÓN	MÉDULA ÓSEA	TOTAL
H.N. E. REBAGLIATI	48	1	64	0		0	100	213
H.N. G. ALMENARA	63	22	25		0	1	1	112
H.N. C.A. SEGUÍN ESCOBEDO	7		4				6	117
H.N. ADOLFO GUEVARA	5		0					5
H.N. ALMANZOR AGUINAGA	8		11				13	32
H.N. RAMIRO PRIALÉ	1	1						8
H. IV ALBERTO SABOGAL	22		10					32
H. TACNA	2							2
INCOR				9				9
INST. PERUANO DE OFTALMOLOGIA			25					25
TOTAL	156	24	145	9	0	1	120	455

■ No realiza este tipo de trasplante

Trasplantes por Centro Asistencial y por órgano o tejido. EsSalud 2005-2015

2.5.3. Diagnóstico situacional de la población asegurada

2.5.3.1 Población asegurada población total

La población de asegurados afiliados a EsSalud a diciembre 2015 totaliza 10 millones 754 mil 665 personas, siendo titular el 54.1% y derechohabientes o familiares el 45.9%.

La población agrupada según tipo de seguro se compone de la siguiente manera: Asegurados Regulares (94.3%), Asegurados Agrarios (5.4%) y Seguros Potestativos 0.3%

Distribución De Asegurados Por Tipo De Asegurado, 2015



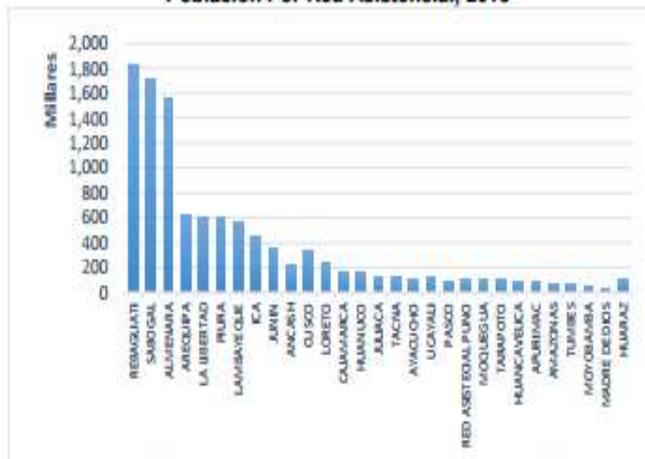
Distribución De Asegurados Por Tipo De Seguro, 2015



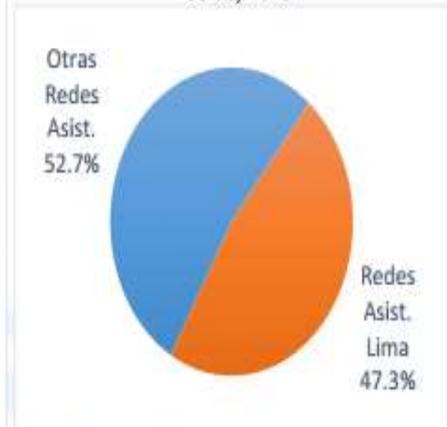
2.5.3.2 Población asegurada adscrita según redes asistenciales

La población asegurada está adscrita a los establecimientos de primer nivel de atención, refiriéndose a hospitales para atenciones de mayor complejidad. La población asegurada adscritas a las Redes asistenciales de Lima representan el 47.3% de la población total lo cual se detalla a continuación:

Población Por Red Asistencial, 2015



Población Asegurada según Redes de Lima y Otras, 2015

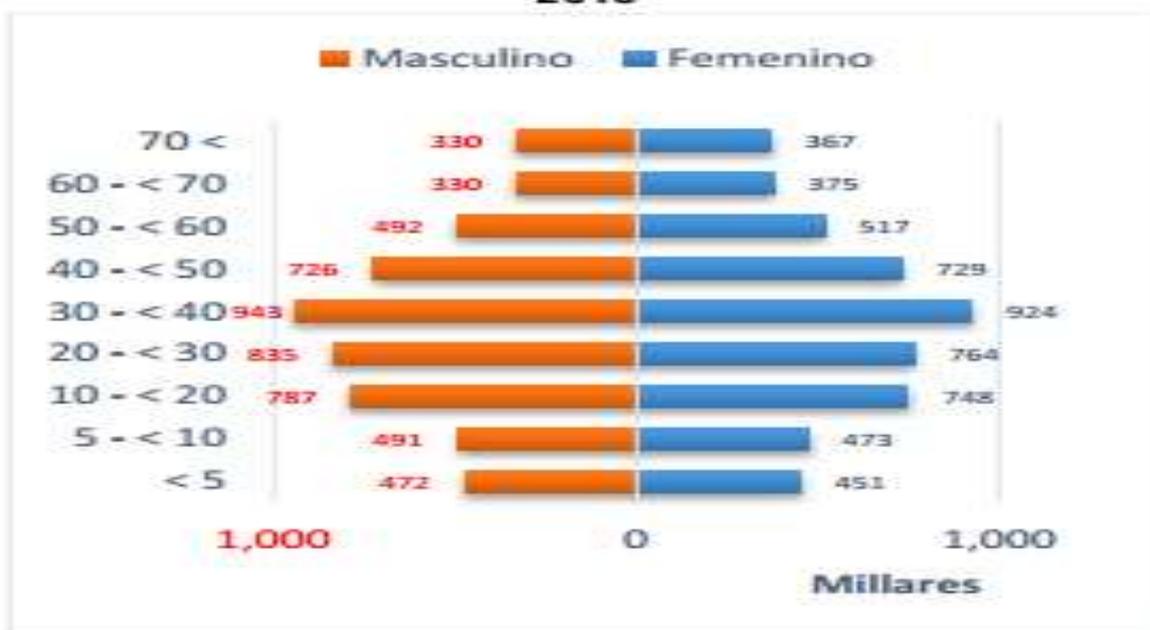


Fuente: Gerencia Central de Aseguramiento – SIA Diciembre 2015

2.5.3.3 Población asegurada según edad y sexo

Población Asegurada Activa según Grupos de Edad, 2015 Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas La población asegurada masculina representa el 50.3% y la población femenina el 49.7%. Dicha población agrupada por rangos de edad se concentra en mayor proporción en el rango de 30 a menos de 40 años, que representa el 17.4%; mientras que el rango que menor cantidad de población concentra son los mayores de 70 años, que representa el 6.5% de la población total asegurada activa.

Población Asegurada Activa según Grupos de Edad, 2015



Fuente: Gerencia Central de Seguros y Prestaciones Económicas

Niveles de Atención	Población Total Asegurada	Titular	Derecho Habiente
TOTAL	10,754,665	5,819,773	4,934,892
Nivel I	6,405,787	3,512,847	2,892,940
Nivel II	4,348,878	2,306,926	2,041,952

2.5.3.4 Características del área de influencia de la seguridad social

- 1.-Relacion entre los centros de hemodiálisis y las unidades de Trasplante renal
- Coordinando y facilitando la inclusión de los pacientes en diálisis crónica en L.E
- Las unidades de Diálisis son las responsables de la inclusión de un paciente en L.E
- Todos los pacientes que dializan en un centro de diálisis deberían ser considerados potenciales candidatos a TR, sino hay contraindicaciones absolutas
- En todos los centros de Diálisis se dará información sobre TR a todos los potenciales candidatos a TR
- En esta área de influencia existe un inadecuado sistema de referencia y contra referencia, la que impide una derivación adecuada y oportuna de los pacientes al Programa Nacional de Trasplante Renal; así como también, la contra referencia de los pacientes trasplantados a sus lugares de origen no es total.
- En cuanto a trasplante renal, no existe una comunicación ni coordinación con el Centro Nacional de Hemodiálisis de Es Salud, así mismo con los centros de hemodiálisis contratados de Es Salud para incrementar la demanda de los pacientes a trasplantar.

2.5.3.5 Servicios potenciales en la zona de influencia

El programa Nacional Trasplante Renal de Essalud propone brindar atención en tres fases

Pre-trasplante:

1.1.1 Identificación del potencial receptor de Trasplante: Desde la primera consulta recibida por el equipo de Trasplante.

1.1.2 Calificación del potencial receptor de Trasplante: Se aplica el protocolo de atención el cual debe durar un promedio de 3 meses hasta su conclusión con 3 posibilidades: a. APTO por la cual debe incluirse en lista de Espera luego de la presentación en Junta Medica con el equipo multidisciplinario de Trasplantes. b. DESCALIFICADO: El paciente presenta una severa contraindicación de trasplante y es contra referido a su lugar de origen. c. OBSERVADO: El paciente aun no cumple requisitos para ingresar a Lista de espera o presenta una contraindicación relativa que debe ser corregida y luego de ello presentada para su discusión posterior. En la realidad

estos tiempos están extremadamente prolongados: 18 meses para evaluación pre-Trasplante Renal. Todo ello está relacionado a la limitación de las consultas de evaluación pretrasplante especialmente: Cardiología para ecocardiografía, eco-estrés con dobutamina, test de perfusión miocárdica y riesgo quirúrgico cardiológico. Neumología: Pruebas de función pulmonar, D/C TBC (TEM tórax, quantiferon)

1.1.3 Mantenimiento del paciente en Lista de Espera: El paciente apto que fue aceptado en el comité intrahospitalario de Trasplantes es ingresado a L. Espera es sometido a controles por consultorio externo de acuerdo con el protocolo vigente: cada 2 meses.

Post Trasplante:

- Inmediato: en el servicio, en casos de complicación en la UCI.
- Mediato: Hospitalización y consulta externa periódica.
- Tardío: Control por C. Externa,

En el caso de trasplante de Riñón el estándar internacional es de 49.8 trasplantes por millón de personas, Essalud solo alcanzo por ejemplo en los 2015, 151 trasplantes renales, es decir solo un 4.7% de la demanda. Con la creación de este programa nacional de Trasplante renal, se propone incrementar la cobertura a 10% al primer año, 20% al 3er año.

2.5.3.6 Posibilidades y Limitaciones técnicas y administrativas:

Las políticas del sistema de ESSALUD son el fundamento para asumir la decisión de Fortalecer un Programa Nacional de Trasplante Renal, que contribuirá a garantizar la buena imagen de calidad en la atención a los pacientes asegurados en el sistema.

Las limitaciones técnicas y administrativas existentes a la fecha podrán ser superadas con las intervenciones que se han propuesto en el proyecto.

Proyección de la Población con demanda potencial de Atenciones, Hospitalizaciones y Requerimientos de camas para los servicios de trasplante de Riñón:

	REGISTRADO				PROYECTADO		
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Población bajo cobertura	3,867,465	4,097,549	4,335,773	4,552,562	4,780,190	4,971,397	5,170,253
Atenciones	3,790	3,582	3,747	4,155	4,723	4,912	5,108
Consultantes	630	650	815	900	908	945	982
Trasplantes	51	45	64	51	70	84	100
Egresos	275	264	254	342	359	373	388
Cama para trasplantes	1.42	1.25	1.78	1.42	1.94	2.33	2.78
Camas para egresos	7.58	7.75	9.22	9.58	9.96	10.36	10.77
Total de camas	9	9	11	11	12	13	14
Camas del Servicio	6	6	8	8			
Camas adicionales	3	3	3	3			

2.5.4. Fundamento del programa de trasplante renal

2.5.4.1. Diagnóstico situacional

FODA

Problemas

- 1.-No existe un sistema nacional de Trasplante Renal
- 2.-Existe mayor número de pacientes en Diálisis.
- 3.-Existe mayor número de pacientes en Lista de Espera para un Trasplante Renal.
- 4.-No existe un registro nacional de potenciales donantes.
- 5.-No existe notificación de potenciales donantes a pesar de ser obligatoria su notificación.
- 6.-Alto porcentaje de Negativa Familiar.
- 7.-Falta de regulación por parte ONDT.
- 8.-Falta de Decisión Política en el Tema Trasplante.
- 9.-Demanda de Trasplante renal en nuestro país insatisfecha.
- 10.-Oferta de Donación escasa.

11.-Costos elevados de mantenimiento en Lista de espera.

12.-Elevada morbimortalidad en Lista de espera

Soluciones

1.-Fortalecimiento del sistema nacional de Trasplantes (ONDT) a fin de mejorar la donación a 10 pmp, en los siguientes 3 años.

2.-Ampliar cobertura en salud de pacientes con ERC V

3.-Crear los mecanismos necesarios a fin de que exista cobertura de salud en lo que respecta a trasplantes de órganos y tejidos para toda la población.

4.-- Desarrollo de los programas de trasplante renal en hospitales a nivel nacional, no sólo circunscrito a EsSalud, fortaleciendo a MINSA, FFAA y FFPP y Clínicas Particulares acreditadas ante la ONDT.

5.-Mejorar la cultura de donación empezando desde los colegios, poniéndola en el currículo escolar.

6.-Incentivar la investigación básica y clínica en el área de trasplantes, estableciendo centros piloto.

7.-Impulsar a los establecimientos del MINSA como unidades donadoras y trasplantadoras, (no solo Hospital Cayetano Heredia).

8.-Intervención del estado en garantizar medicamentos inmunosupresores que cuenten con estándares de calidad internacional.

9.-Desarrollo del Programa de Donante Vivo Relacionado, a fin de contribuir en la disminución de la brecha existente entre la oferta y la demanda.

10.-Coordinación de Procura intrahospitalario quien incentivaría la educación continua, incremento de conocimiento, diagnóstico temprano, adecuado mantenimiento, para incrementar en el futuro el número de trasplantes.

11.-Se debe tener un marco normativo integral y un sistema de registro e información moderno y seguro, generando bases sólidas para la evaluación y fiscalización total de la actividad y asegurando calidad y disponibilidad de información a la sociedad.

12. Difundir y promocionar la cultura de la donación.

13.-financiar programas de postgrado en trasplantes en USA y Europa, durante los siguientes 20 años a través de agencia de fondos de investigación.

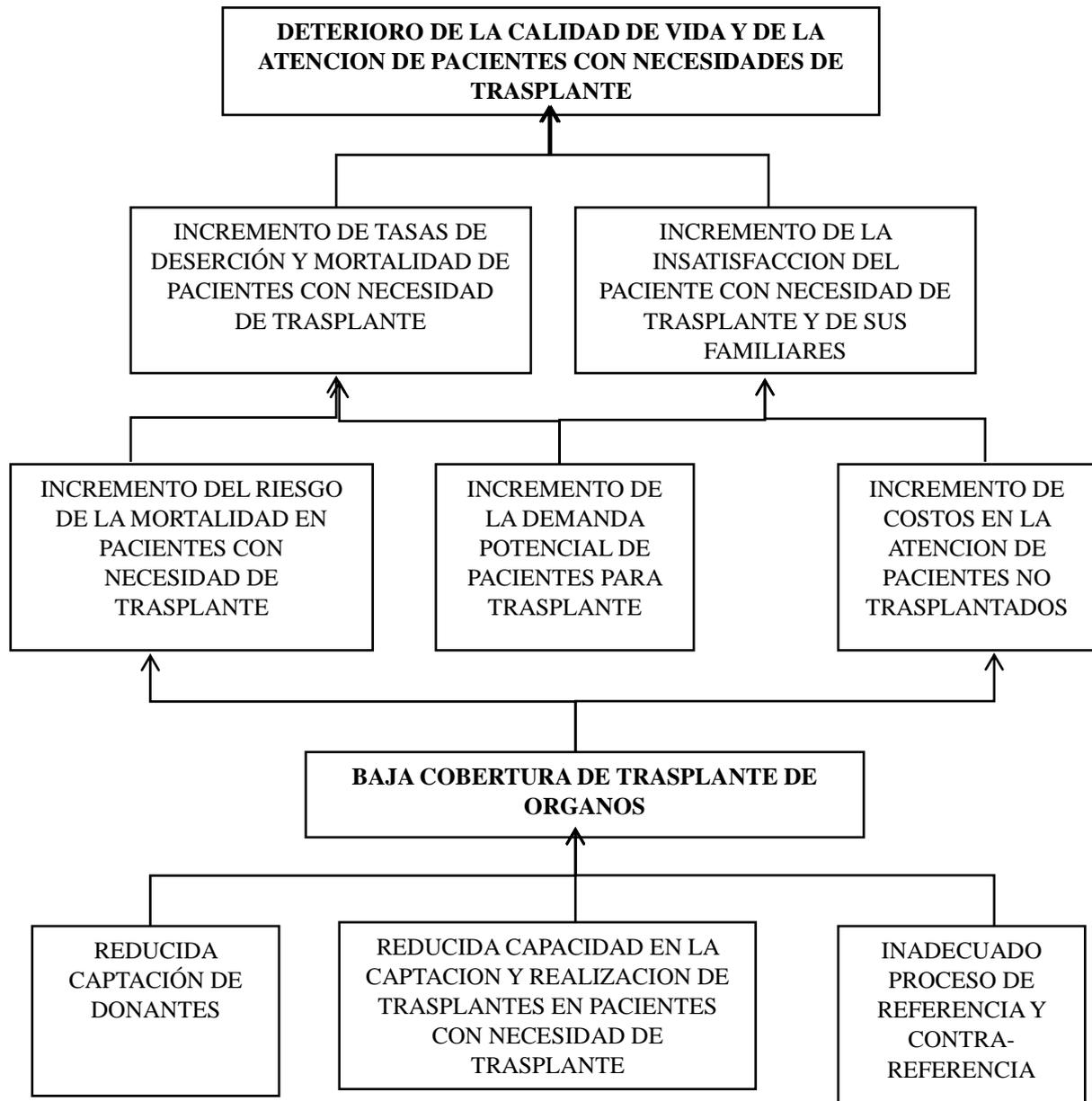
Debilidades

- 1.Baja cobertura
- 2.El aumento de los pacientes en diálisis ha sido muy importante. En cambio, los pacientes que están dializándose y esperan trasplante no han aumentado en la misma proporción.
- 3.Existen indicadores de calidad en trasplante renal; los que no se están evaluando.
- 4.No existe un sistema interconectados entre el Banco de Órganos, Equipos de Trasplante-Procura.
- 5.No existe un sistema de asignación de órganos automatizado y transparente.
- 6.No existe un registro nacional de trasplante, con datos nacionales e históricos

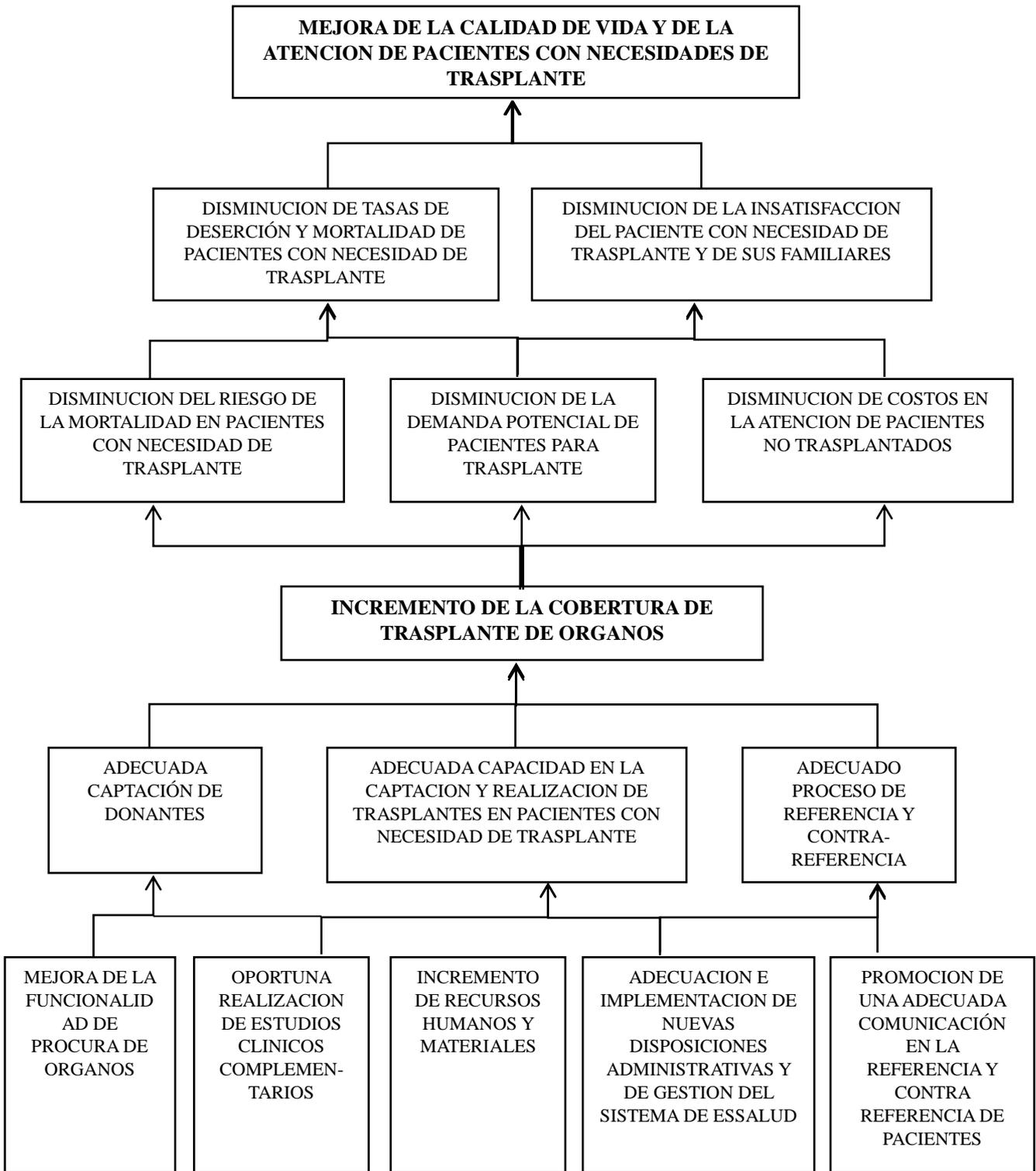
Amenazas

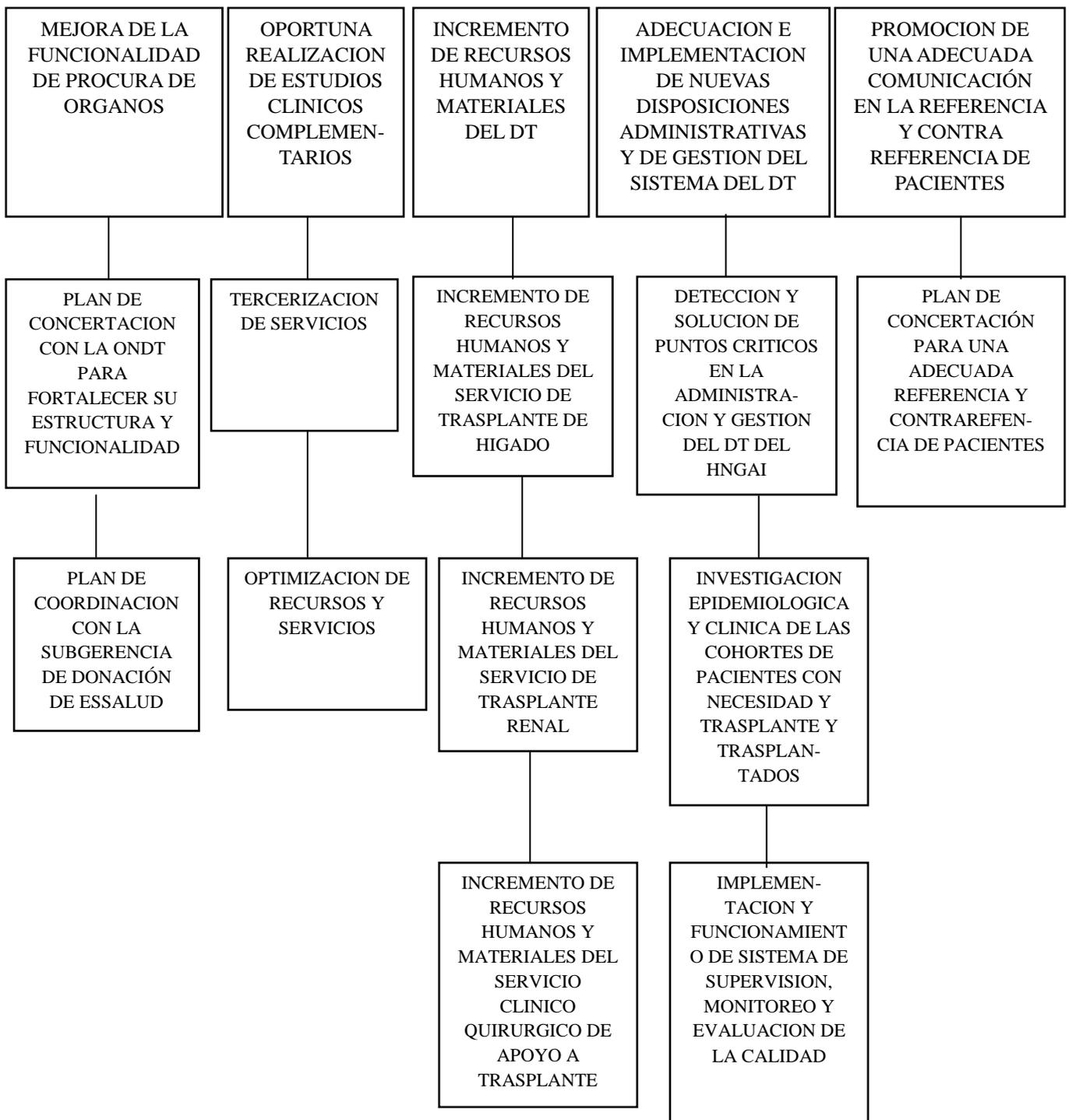
1. No existe un sistema nacional de Trasplante Renal.
2. Existe mayor número de pacientes en Diálisis.
3. Existe mayor número de pacientes en Lista de Espera para un Trasplante Renal.
- 4.No existe un registro nacional de potenciales donantes.
- 5.No existe notificación de potenciales donantes a pesar de ser obligatoria su notificación.
- 6.Alto porcentaje de Negativa Familiar.
- 7.Falta de regulación por parte ONDT.
- 8.Falta de Decisión Política en el Tema Trasplante.
- 9.Demanda de Trasplante renal en nuestro país insatisfecha.
- 10.Oferta de Donación escasa.
- 11.Costos elevados de mantenimiento en Lista de espera.
- 12.Elevada morbimortalidad en Lista de espera

2.5.4.2 Árbol de Causas-Efectos: Gráfico



2.5.4.3 Árbol de Medios-Fines: Gráfico





2.5.4.4 Matriz de Marco Lógico:

CORRESPONDENCIA					
CAUSA/ EFECTO		RESUMEN DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
	FIN	Mejora de la calidad de vida y de la atención de pacientes con necesidades de trasplante de Essalud	<p>Incrementar un 5% el Índice del Nivel de calidad de vida de los pacientes con necesidad de trasplante</p> <p>Incrementar un 5% el Índice del Nivel de satisfacción de los familiares y pacientes con necesidad de trasplante</p> <p>Disminuir un 5% las Tasas de Deserción de los pacientes con necesidad de trasplante</p> <p>Disminuir un 5% las Tasas de Mortalidad de los pacientes con necesidad de trasplante</p>	<p>Informe estadístico del Departamento de Trasplante</p> <p>Informe de Encuestas de Nivel de Calidad de Vida y Nivel de satisfacción de familiares y pacientes</p>	<p>Existen los recursos financieros para la implementación del proyecto</p> <p>Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD</p>
	PROPOSITO	Incremento de la cobertura de trasplante Renal de Essalud	<p>Crear los mecanismos necesarios a fin de que exista cobertura de salud en lo que respecta a trasplante renal para toda la población. Incrementar las Tasas de Trasplante Renal en Essalud</p> <p>1. Riñón: Alcanzar las coberturas de: Primer año: 10% de la demanda 326 Segundo año 15% de la demanda 489 Tercer año: 20% de la demanda 653</p> <p>2.-Disminuir los tiempos de Ingreso a Listas de Espera</p>	<p>Informe estadístico del Programa Nacional de Trasplante Renal de Essalud</p> <p>Indicador de tiempo de ingreso a lista de espera y trasplante renal</p>	<p>Se fortalece la estructura y funcionalidad de la ONDT y se mejora la captación de donantes.</p> <p>Existen las facilidades administrativas y gerenciales de Subgerencia de Procura. EsSalud</p> <p>El Programa Nacional de Trasplantes de Essalud contara con profesionales y rec.materiales para cubrir la demanda de trasplantes</p> <p>Se reduce los tiempos de demora para el ingreso a Lista de Espera</p>

CORRESPONDENCIA					
CAUSA/ EFECTO	COMPONENTES	RESUMEN DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
		1. Mejora de la funcionalidad de procura de órganos.	<p>Incrementar un 50% las Tasas de Donación de Órganos.</p> <p>No existe notificación de potenciales donantes a pesar de ser obligatoria. No contamos con un sistema nacional de Trasplante</p> <p>Renal en nuestro país.</p> <p>Coordinación con el equipo de Procura intrahospitalario incentivando la educación continua, incremento de conocimiento diagnóstico temprano, adecuado mantenimiento, para incrementar en el futuro el número de trasplantes</p>	<p>Informe estadístico de la ONDT</p> <p>Informe estadístico de la Gerencia de Donaciones de ESSALUD</p>	<p>Se fortalece la estructura y funcionalidad de la ONDT.</p> <p>Existen las facilidades administrativas y gerenciales de LA Gerencia de Trasplantes de ESSALUD</p>
		2. Oportuna realización de estudios clínicos complementarios	<p>Alcanzar el 70% de pacientes que se han evaluado en el Servicio de Trasplante en menos de 90 días desde la solicitud de la cita para evaluación de trasplante</p>	<p>Informe estadístico del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud</p>	<p>Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD</p>
		3. Valoración y Seguimiento en L.E	<p>1.-Relacion entre los centros de hemodiálisis y las unidades de Trasplante renal</p> <p>-Coordinando y facilitando la inclusión de los pacientes en diálisis crónica en L.E.</p> <p>-Las unidades de Diálisis son las responsables de la inclusión de un paciente en L.E</p> <p>-Todos los pacientes que dializan en un centro de diálisis deberían ser considerados potenciales candidatos a TR, sino hay contraindicaciones absolutas</p> <p>-En todos los centros de Diálisis se dará información sobre TR a todos los potenciales candidatos a TR</p>	<p>Informe estadístico mensual de las Unidades de Diálisis Renal Essalud, indicando pacientes en nuevos en diálisis y referidos a las unidades de Trasplante renal</p>	<p>Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD</p>
		4. Incremento de recursos humanos y materiales	<p>Lograr incrementar el número de profesionales al Programa Nacional de</p>	<p>Informe del proyecto de</p>	<p>Existen los recursos financieros para la</p>

		del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud	<p>Trasplante Renal Essalud</p> <p>Lograr el 100% de adquisiciones de acuerdo a lo solicitado en el Programa</p>	Fortalecimiento del Programa Nacional Trasplante Renal Essalud	<p>implementación del proyecto</p> <p>Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD</p>
		5. Adecuación e implementación de nuevas disposiciones administrativas y de gestión del sistema del Programa Nacional de Trasplantes Essalud	100% de Medidas de adecuación administrativa y gerencial implementadas por el Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud	Informe de actividades del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud	Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD
		6. Promoción de una adecuada comunicación en la referencia y contra referencia de pacientes.	100% de Medidas implementadas para la mejora de la referencia y contra referencia de pacientes	Informe de actividades del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud	Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD

CORRESPONDENCIA							
CAUSA/ EFECTO	ACCIONES	RESUMEN DE OBJETIVOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS		
		1.1 Decisión Política en el Tema Trasplante	1.-Colocar el Tema Trasplante Renal en la Agenda Nacional. 2.-Intervención del estado en garantizar medicamentos inmunosupresores que cuenten con estándares de calidad internacional.	Informe de actividades del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud			
		1.1. Plan de actividades con la ONDT para fortalecer su estructura y funcionalidad	1.-Fortalecimiento del sistema nacional de Trasplantes (ONDT) a fin de mejorar la donación a 10 pmh, en los siguientes 3 años. Empoderar a la ONDT como ente regulador				Existen las facilidades administrativas y gerenciales de la ONDT
		1.2. Plan de coordinación con la subgerencia de donación de ESSALUD	Un Plan de coordinación con la Gerencia de Trasplantes de ESSALUD diseñado e implementado				Existen las facilidades administrativas y gerenciales de la subgerencia de donación de ESSALUD
		1.3 Impulsar el subprograma de Donante Vivo Relacionado	1.-Desarrollo del Sub-programa de Donante Vivo Relacionado, a fin de contribuir en la disminución de la brecha existente entre la oferta y la demanda.				
		2.1. Tercerización de servicios	Tercerización del 100% de servicios para estudios clínicos complementarios en la evaluación de trasplante que no puedan ser asumidos por ESSALUD				Existen las facilidades financieras, administrativas y gerenciales de ESSALUD
		2.2. Plan de Optimización de recursos y servicios.	1.-Se debe tener un marco normativo integral y un sistema de registro e información moderno y seguro, generando bases sólidas para la evaluación y fiscalización total de la actividad y asegurando calidad y disponibilidad de información a la sociedad 2.- No existe un sistema interconectados entre el Banco de Órganos, Equipos de Trasplante-Procure.				Existen las facilidades financieras, administrativas y gerenciales de ESSALUD
		3.1. Incremento de recursos humanos y materiales del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud	Recursos Humanos: • Personal Directivo				Existen los recursos financieros para la implementación del proyecto

		<ul style="list-style-type: none"> • Personal Administrativo • Personal Asistencial • Personal Logístico • Personal de Apoyo <p>Recursos Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambiente directivo • Oficinas administrativas • Ambientes Asistenciales • Salas de conferencia • Computadoras • Impresoras, • Muebles de oficina • Material de oficina • Software Institucional 		Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD
	4.1 Detección y solución de puntos críticos en la administración y gestión del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud	<p>Una Investigación Operativa para la detección de puntos críticos en la administración y gestión del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un Plan de Intervención diseñado e implementado para la solución de los puntos críticos en la administración y gestión del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud 	Informe de actividades del Programa Nacional de Trasplantes EsSalud	Existen los recursos financieros para la implementación del proyecto
	4.2. Apoyo Investigación Clínica y Experimental de las cohortes de pacientes con necesidad y trasplante y trasplantados	<p>1.-Apoyo a las Investigaciones Clínico - experimental del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud</p> <p>2.-Incentivar la investigación básica y clínica en el área de trasplantes, estableciendo centros piloto.</p> <p>3.-Financiar programas de postgrado en trasplantes en USA y Europa, durante los siguientes 20 años a través de agencia de fondos de investigación.</p>		Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD
	4.3. Implementación y funcionamiento de sistema de supervisión, monitoreo y evaluación de la Calidad	<p>Un Documento de Gestión del sistema de supervisión, monitoreo y evaluación de la Calidad del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud.</p> <p>Plan de Intervención diseñado e implementado del sistema de supervisión, monitoreo y evaluación de la Calidad en el Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud</p>	Informe de actividades del Programa Nacional de Trasplantes	Existen los recursos financieros para la implementación del proyecto

			<p>Recursos Humanos:</p> <p>Un responsable del SSME de la Calidad del Programa Nacional de Trasplante Renal Essalud</p> <p>Una secretaria del SSME de la Calidad del Programa Nacional de Trasplante renal Essalud</p> <p>Recursos Materiales:</p>	EsSalud	Existen las facilidades administrativas y gerenciales de ESSALUD
		5.1. Plan de concertación para una adecuada referencia y contra referencia de pacientes	Un Plan de concertación diseñado e implementado para una adecuada referencia y contra referencia de pacientes		

2.5.5 Procesos del Plan de Implementación del Proyecto

2.5.5.1 Definir las etapas y duración de cada una de las acciones

	Primer Año	Segundo Año	Tercer Año
Plan de concertación con la ONDT	12 meses	12 meses	12 meses
Plan de coordinación con la subgerencia de donación y Trasplantes de ESSALUD	12 meses	12 meses	12 meses
Tercerización de servicios	12 meses	12 meses	12 meses
Plan de Optimización de recursos y servicios	12 meses	12 meses	12 meses
Incremento de recursos humanos y materiales del DT	4 meses		
Detección y solución de puntos críticos en la administración y gestión del DT	12 meses	12 meses	12 meses
Investigación Clínica y Experimental	12 meses	12 meses	12 meses
Implementación y funcionamiento de SSME de la Calidad	12 meses	12 meses	12 meses
Plan de concertación para la referencia y contra referencia de pacientes	12 meses	12 meses	

2.5.5.2 Definir las actividades y cronogramas para cada acción

Años	1 año												2	3
Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	año	año
Plan de concertación con la ONDT														
Diseño de Plan														
Ejecución y seguimiento de plan														
Evaluación de Plan														
Plan de coordinación con la subgerencia de donación de ESSALUD														
Diseño de Plan														
Ejecución y seguimiento de plan														
Evaluación de Plan														
Tercerización de servicios														
Concertación y acuerdos														
Ejecución y seguimiento de tercerización														
Evaluación de Tercerización														
Plan de Optimización de recursos y servicios														
Diseño de Plan														
Ejecución y seguimiento de plan														
Evaluación de Plan														

Años	1 año												2	3
Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	año	año
Incremento de recursos humanos y materiales del DTO														
Selección de personal	■													
Contratación de personal		■												
Implementación de recursos físicos y materiales del DT		■												
Detección y solución de puntos críticos en la administración y gestión del DTO														
Investigación Operativa	■	■											■	■
Diseño de Plan			■										■	■
Ejecución y seguimiento de plan				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Evaluación de Plan												■	■	■
Investigación Epidemiológica y Clínica	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Plan de Investigación	■	■											■	■
Realización de investigaciones			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Presentación de Investigaciones												■	■	■

Años	1 año												2	3
Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	año	año
Implementación y funcionamiento de SSME de la Calidad														
Conformación de Equipo SSME de la Calidad														
Elaboración de Documento de Gestión del SSME de la Calidad														
Diseño de Plan del SSME de la Calidad														
Ejecución y seguimiento de plan														
Evaluación de Plan														
Plan de concertación para la referencia y contra referencia de pacientes														
Plan de Concertación														
Ejecución y seguimiento de plan														
Evaluación de Plan														

2.6. Marco Legal

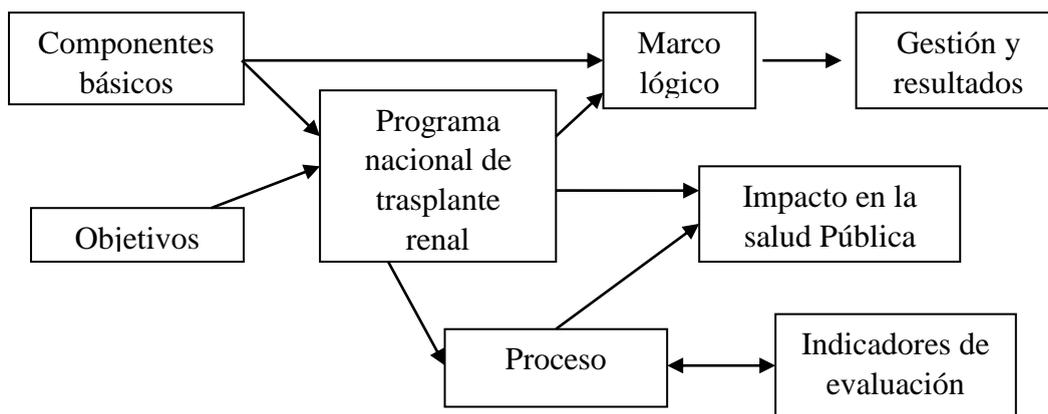
El Seguro Social de Salud - ESSALUD es un organismo público descentralizado, del Sector Trabajo y Promoción del Empleo, con personería jurídica de derecho público interno. Creada por Ley N° 27056 y con autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable

Adicionalmente a la Constitución Política del Perú, existen leyes que norman el funcionamiento de ESSALUD

- Ley General de Salud (Ley No. 26842)
- Modernización de la Seguridad Social en Salud (Ley No. 26790)
- Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud
- Creación del Seguro Social de Salud EsSalud (Ley 27056)
- Reglamento de la Ley de Creación del Seguro Social de Salud
- Normas Técnicas del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo
- Promoción del Sector Agrario (Ley No. 26865)

Seguro Regular para Pescadores Independientes (Ley No. 27177)

Figura 1 Esquema de relación de variables



Fuente: Elaboración propia de la autora

III. MÉTODO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Según su propósito el tipo de investigación fue aplicada. *"Este tipo de Investigación se dirige fundamentalmente a la resolución de problemas"*. (Hurtado León, I.; Toro Garrido, J. 1998).

También se puede decir que la investigación fue de tipo "**Aplicada**" ya que se encargó de conocer la situación presente en la Gestión del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud, con el fin de aprovechar las oportunidades de mejora que se detecten y de esta manera proponer el Programa Nacional de Trasplante Renal de EsSalud. Este tipo de investigación se caracteriza porque los resultados obtenidos pretenden aplicarse o utilizarse en forma inmediata para resolver alguna situación problemática. Busca el conocer para hacer, para actuar, para construir, para modificar. Le preocupa la aplicación inmediata sobre una realidad circunstancial, antes que el desarrollo de una teoría.

El nivel de investigación es "**Descriptiva**", ya que permite describir y registrar las actividades de gestión realizadas por el personal del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

El diseño de esta investigación fue "**De Campo**", ya que permitió la observación y la recolección de datos directamente de la realidad en un ambiente cotidiano, específicamente de todas las actividades realizadas por el personal del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud a través de la observación directa, seguimientos, entrevistas y reuniones, para identificar y evaluar la gestión realizada, logrando obtener una información más exacta y detallada para el excelente desarrollo del Diseño e implementación del Programa Nacional de Trasplante Renal.

Por otro lado, también se dice que la investigación fue "**No Experimental**", ya que su elaboración contribuyó al mejoramiento continuo del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

3.2. Población y Muestra

La población es finita y estuvo representada por todas las actividades realizadas por el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud, se considera la población a 15 funcionarios, de esta manera se podrá evaluar la gestión y poder determinar su política, objetivos, mapas e indicadores para proponer el Programa Nacional de Trasplante Renal.

La muestra va a estar representada por la evaluación de las actividades de la gestión realizadas por el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud, tomando en cuenta al 100%; es decir 15 funcionarios.

3.3 Operacionalización de variables

3.3.1. Identificación de variables

Variable Independiente (VI)

-Programa Nacional de Trasplante Renal

- Componentes Básicos
- Objetivos
- Proceso
- Marco lógico
- Indicadores de evaluación

Variable Dependiente (VD):

-Impacto en la Salud Pública

- Positivo
- Negativo

VARIABLES	SUBVARIABLES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CRITERIOS DE MEDICIÓN	TÉCNICA O INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	
VI= Programa Nacional de Trasplante Renal	Componentes básicos	Marco referencial	Nominal	-Situación de salud -Situación de la donación	Guía de observación	
		-Donación y procura de órganos	Nominal	-Tasa de donantes -Oposición a la donación	Guía de observación	
		-Costos	Nominal	-Análisis económico	Guía de observación	
		-Financiamiento	Nominal	-EsSalud -Clínicas privadas	Guía de observación	
	Objetivos	Mejorar la calidad de vida	Nominal	Porcentaje de mejora C.V.	Guía de observación	
		Incremento cobertura trasplante	Nominal	Porcentaje de incremento cobertura	Guía de observación	
		Mejora de la funcionalidad de procura de órganos.	Nominal	Porcentaje tasa de donación	Guía de observación	
		Oportuna realización de estudios clínicos complementarios	Nominal	Porcentaje de pacientes evaluado servicio	Guía de observación	
		Incremento de recursos humanos	Nominal	Porcentaje de profesionales	Guía de observación	
		Plan de actividades con la ONDT	Nominal	Fortalecimiento ONDT	Guía de observación	
		Apoyo Investigación Clínica y Experimental	Nominal	Porcentaje de investigación	Guía de observación	
		Marco Lógico	Matriz	Nominal	Adecuada No adecuada	
	Evaluación de la gestión y resultados	Eficiencia Eficacia Efectividad				
	Procesos	Plan de implementación	Nominal	Mapa de procesos		
		Actividades y cronograma	Nominal	Mapa de procesos		
	VD= Impacto en la Salud Publica			Nominal	Positivo Negativo	Guía de observación

3.4. Instrumentos de la recolección de datos

La recopilación de datos se desarrolló teniendo en cuenta los siguientes elementos:

- Análisis Documental.
- Entrevistas.
- Material Bibliográfico
- Observación
- Encuestas

3.4.1. Análisis documental

La revisión documental, por su parte, se empleó a través del desarrollo del proceso de investigación, que se llevó a cabo y se refiere a la recopilación de información requerida para conocer minuciosamente la situación planteada en el estudio, donde se revisaron Normas, Leyes, Instrucciones, Planes y Manuales sobre la Gestión del Departamento de Trasplantes y el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

3.4.2. Entrevistas

Se realizaron varias entrevistas con preguntas no estructuradas, es decir, una conversación con el personal médico que labora en el Departamento de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud, con el fin de obtener conocimientos técnicos de toda la información necesaria para el desarrollo del Plan Estratégico para elaborar el Programa Nacional de Trasplante de Renal.

Este tipo de instrumento fue muy importante ya que permitió conocer los hechos a través de la comunicación con el personal del Departamento de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud, logrando obtener datos precisos para apoyar la investigación.

3.4.3. Material Bibliográfico

Para el desarrollo de este estudio fue preciso revisar todas las fuentes documentales que sirvieron de soporte, es por ello que en esta indagación se recurrió a consultar, diferentes textos, folletos, trabajos de grado,

guías, glosarios, entre otros, en donde todos ellos fueron de gran ayuda para permitir la realización de este trabajo, ya que se obtuvo conocimiento previo o soporte bibliográfico vinculado a los temas de implementación de un Programa Nacional de Trasplante Renal.

3.4.4. Observación

Se utilizó la Observación Directa, como instrumento para poder recaudar información, lo cual a su vez permitió detectar las actividades de gestión realizadas por el Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

3.4.5. Encuestas

Las encuestas fueron preguntadas de manera estructurada que guardaron relación con el tema en estudio. Se consiguieron estadísticas precisas y se pudo llegar a conclusiones específicas. Las encuestas fueron realizadas al personal funcionario del Servicio de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- EsSalud.

3.5. Procedimientos

Los datos primarios de entrada fueron evaluados y ordenados, para obtener información significativa, que luego fueron analizados para la siguiente etapa.

3.5.1 Las etapas programadas para el procesamiento de datos:

Entrada: Los datos fueron obtenidos y llevados a un bloque central (Programa SPSS) para ser procesados.

Proceso: Durante el proceso se ejecutaron las operaciones necesarias para convertir los datos en información significativa. Cuando la información estuvo completa se ejecutó la operación de salida, en la que se preparó un informe provisional.

Salida: En todo el procesamiento de datos se planteó como actividad adicional, la administración de los resultados de salida, que se puede definir como los procesos necesarios para que la información útil llegue al usuario. La función de control asegura que los datos estuvieron siendo procesados en forma correcta.

Codificación. Se asignó un código numérico a cada una de las alternativas de las preguntas del cuestionario (s) o guía y de esta manera se facilitó la tabulación y conteo de los datos.

- **Codificación de una pregunta cerrada:** Para este tipo de pregunta, dicho código se asignó en el momento que se diseña el instrumento.
- **Codificación de preguntas abiertas:** las preguntas abiertas se codificaron después de haber recopilado los datos, de manera de asignar los códigos a las respuestas dadas por los informantes.

Tabulación. El recuento de las respuestas contenidas en los instrumentos se realizó a través del conteo de los códigos numéricos de las alternativas de las preguntas cerradas y de los códigos asignados a las respuestas de las preguntas abiertas, con la finalidad de generar resultados que se muestran en cuadros (o tablas) y en gráficos. La tabulación se realizó en forma combinada manual y electrónica para reducir errores de procesamiento.

Registro de Datos. Se le asignó automáticamente un número consecutivo (número de registro) a cada registro un campo clave para su búsqueda.

En resumen, se usó el Excel para la construcción y codificación de variables en el cuestionario (Base de datos, elaboración de cuestionarios) y el Word perfect 12 para elaborar la guía estructurada de discusión; para luego alimentar el programa SPSS.

3.5.2 Validez y confiabilidad del instrumento

Validez del instrumento, se realizó a través de una ficha de validación el cual fue proporcionado a los expertos constituidos por médicos con grados académicos de doctores en salud pública (Ver Anexo 04).

Confiabilidad del instrumento, fue sometida a prueba de Alpha Cronbach.

El estadístico de fiabilidad empleado, Alfa de Cronbach, reveló que los instrumentos empleados son fiables y hacen mediciones estables y consistentes.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,81	12
0,61	04
0,71	08

Estadísticos de validez

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		0,824
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	142,032
	Gl	12
	Sig.	0,000

El estadístico de fiabilidad y validez empleado, Kaiser-Meyer-Olkin, reveló que los instrumentos empleados son válidos ($KMO > 0,5$).

3.6 Análisis de los Datos

Como el presente estudio tiene gran componente cualitativo, los resultados e información generada en hoja Excel, se puso en el programa estadístico SPSS ultima versión. Se realizó el Análisis Estadístico Descriptivo, y el Análisis Inferencial:

Para la búsqueda de asociación o correlación y test de significancia Estadística y los intervalos de confianza y para ver si hay o no asociación.

Se plantea que los resultados serán publicados en revistas científicas reconocidas

3.7 Aspectos éticos de la investigación

Se usó el consentimiento informado oral y escrito voluntario de cada personal funcionario entrevistado. No se consignó el nombre del funcionario en los cuestionarios e instrumentos de investigación. Se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida sobre los participantes. La información obtenida es solo para los objetivos del estudio. A los funcionarios se les otorgó el derecho a retirarse del estudio sin perjuicio para ellos.

Se respetó los principios éticos de Belmont, incluyendo: el respeto a la dignidad humana, de beneficencia, y el principio de justicia (Selección justa no discriminatoria), trato respetuoso y amable en todo momento.

IV RESULTADOS

4.1. Presentación y análisis de resultados

4.1.1. Impacto en la salud pública

Tabla N° 1

Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Impacto en la salud pública	N°	%
Total	15	100
Positivo	12	80.0
Negativo	3	20.0

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Gráfico N° 1

Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017



Fuente: EsSalud – Lima, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplante renal en su mayoría son positivas con 80%, seguido de

negativo con 20%. Es decir, el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal es positivo para EsSalud.

a. Componentes básicos

Tabla N° 2

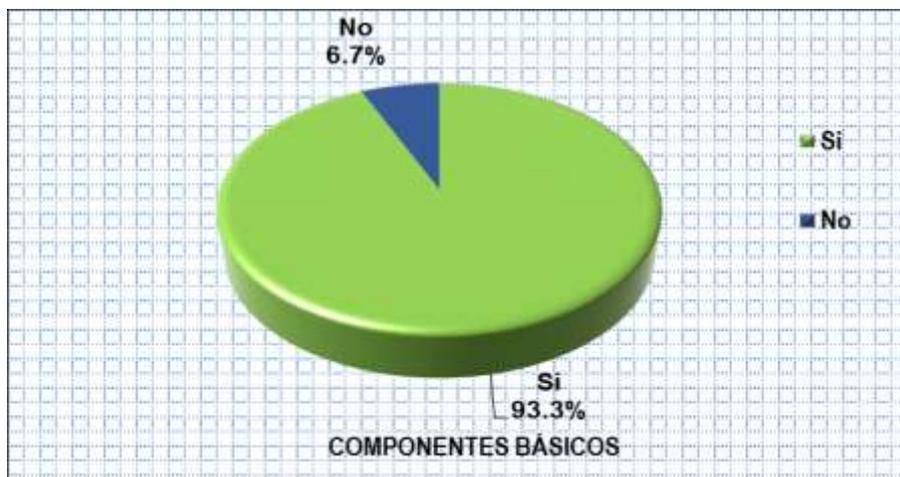
Componentes básicos. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Componentes básicos	N°	%
Total	15	100
Si	14	93.3
No	1	6.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Gráfico N° 2

Componentes básicos. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017



Fuente: EsSalud – Lima, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplante renal en su mayoría si tienen componentes básicos con 93.3% y no lo tienen 6.7%. Es decir que, existen componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

b. Objetivos

Tabla N° 3

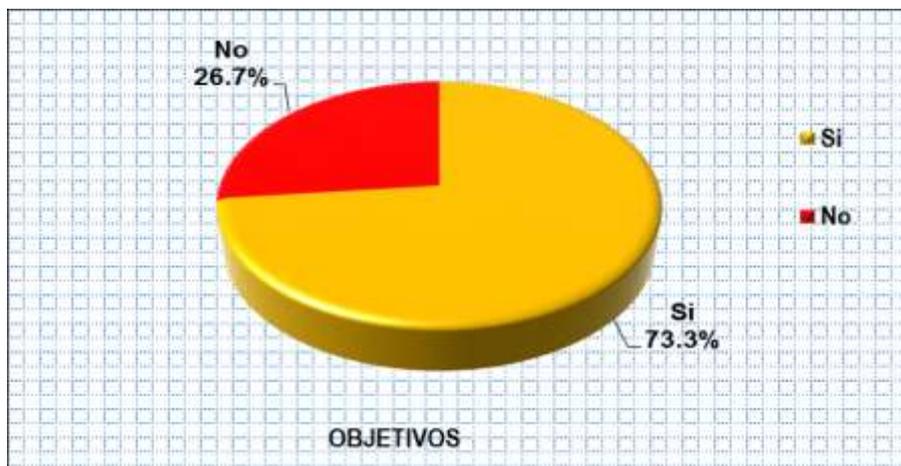
Objetivos. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Objetivos	N°	%
Total	15	100
Si	11	73.3
No	4	26.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Gráfico N° 3

Objetivos. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017



Fuente: EsSalud – Lima, 2017

En el gráfico se observa que, en las actividades realizadas por el departamento de trasplante renal en su mayoría si tienen objetivos claros y precisos con 73.3% y no lo tienen 26.7%. Es decir que, existen objetivos claros y precisos en el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

c. Marco lógico

Tabla N° 4

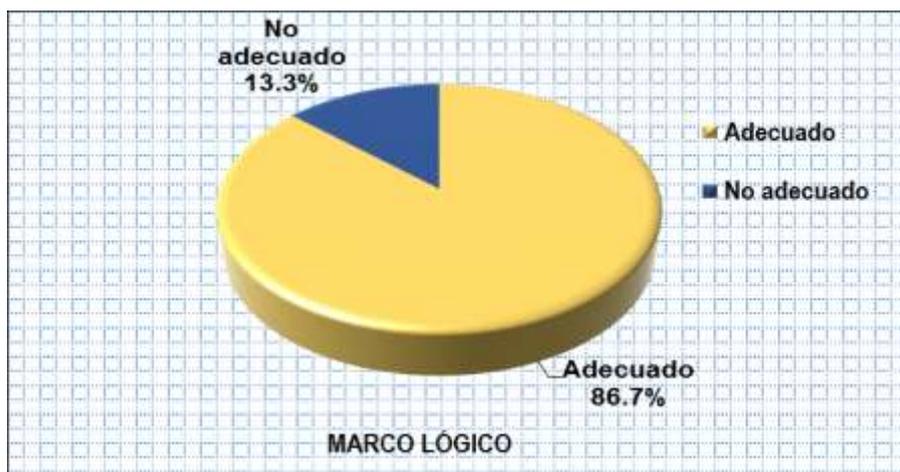
Marco lógico. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Marco lógico	N°	%
Total	15	100
Adecuado	13	86.7
No adecuado	2	13.3

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Gráfico N° 4

Marco lógico. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017



Fuente: EsSalud – Lima, 2017

En el gráfico se observa que, en las actividades realizadas por el departamento de trasplante renal en su mayoría tienen un marco lógico adecuado con 86.7% y no lo tienen 13.3%. Es decir que, el marco lógico facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

d. Evaluación de la gestión de resultados

Tabla N° 5

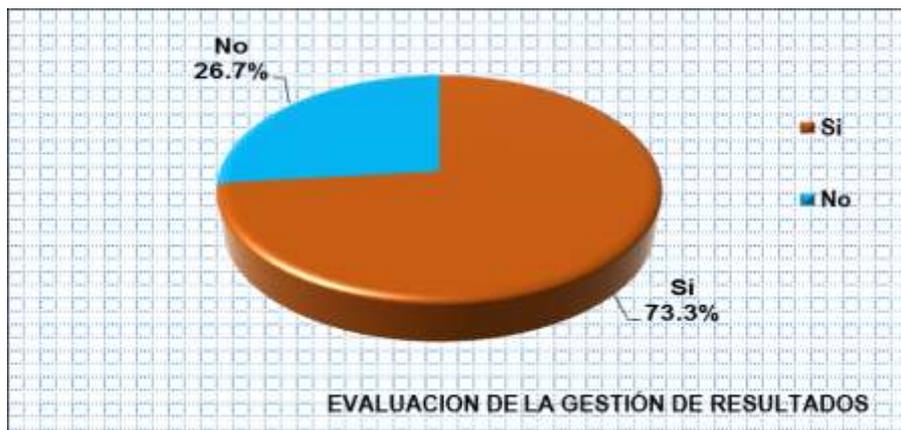
Evaluación de la gestión de resultados. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Evaluación de la gestión de resultados	N°	%
Total	15	100
Si	11	73.3
No	4	26.7

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Gráfico N° 5

Evaluación de la gestión de resultados. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017



Fuente: EsSalud – Lima, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplante renal en su mayoría si tienen indicadores específicos para evaluación de la gestión de resultados con 73.3% y no lo tienen 26.7%. Es decir que, existen indicadores específicos para la evaluación de la gestión de resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

e. Procesos

Tabla N° 6

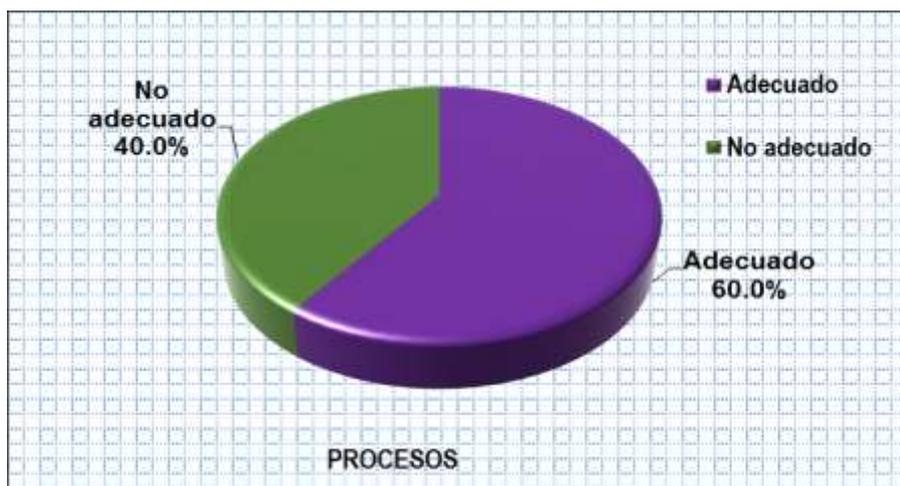
Procesos. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Procesos	N°	%
Total	15	100
Adecuado	9	60.0
No adecuado	6	40.0

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Gráfico N° 6

Procesos. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017



Fuente: EsSalud – Lima, 2017

En el gráfico se observa que, las actividades realizadas por el departamento de trasplante renal en su mayoría tienen procesos adecuados con 60% y no lo tienen 40%. Es decir que, El proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud es claro y ordenado.

4.1.2. Evaluación Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal según indicadores

Tabla N° 7

Componentes básicos según indicadores. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores	Componentes básicos					
	No		Si		TOTAL	
	n ₁	%	n ₂	%	n	%
Situación de salud	5	33.3	10	66.7	15	100
Situación de la donación	5	33.3	10	66.7	15	100
Tasa de donantes	5	33.3	10	66.7	15	100
Oposición a la donación	4	26.7	11	73.3	15	100
Análisis económico	3	20.0	12	80.0	15	100
Financiamiento EsSalud	4	26.7	11	73.3	15	100
Finamamiento Clínicas privadas	4	26.7	11	73.3	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Tabla N° 8

Objetivos según indicadores. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores	Objetivos				TOTAL	
	No		Si		TOTAL	
	n ₁	%	n ₂	%	n	%
Mejora de calidad de vida	5	33.3	10	66.7	15	100
Incremento de cobertura de trasplante	4	26.7	11	73.3	15	100
Mejora de funcionalidad de procura de órganos	3	20.0	12	80.0	15	100
Oportuna realización de estudios clínicos	6	40.0	9	60.0	15	100
Incremento de recursos humanos	2	13.3	13	86.7	15	100
Plan de actividades con la ONDT	4	26.7	11	73.3	15	100
Apoyo a la investigación clínica y experimental	5	33.3	10	66.7	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Tabla N° 9

Evaluación de la gestión y resultados. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores	Evaluación de la gestión y resultados				TOTAL	
	No		Si		TOTAL	
	n ₁	%	n ₂	%	n	%
Eficiencia	5	33.3	10	66.7	15	100
Eficacia	3	20.0	12	80.0	15	100
Efectividad	6	40.0	9	60.0	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

Tabla N° 10

Procesos. Impacto en la salud pública del programa nacional de trasplante renal, ESSALUD, Lima-Perú, 2017

Indicadores	Procesos				TOTAL	
	No adecuado		Adecuado		TOTAL	
	n ₁	%	n ₂	%	n	%
Plan de implementación	4	26.7	11	73.3	15	100
Actividades y programas	2	13.3	13	86.7	15	100

Fuente: EsSalud – Lima, 2017

4.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis principal

H₁: El impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal es positivo para EsSalud, Lima –Perú 2017
($\Pi > 0.5$, El porcentaje positivo es mayor al 50%)

H₀: El impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal no es positivo para EsSalud, Lima –Perú 2017
($\Pi \leq 0.5$, El porcentaje positivo no es mayor al 50%)

Comprobación de hipótesis

La hipótesis principal se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Trasplante Renal de EsSalud tiene un impacto positivo.

Tabla N° 11

Prueba binomial para comprobar el impacto del Programa Nacional de Trasplante Renal de EsSalud

	Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Si	1,00	12	,80	,50	,035
No	,00	3	,20		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como $p=0,035/2=0,0175 < 0.05$, se rechaza H₀, es decir que el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal es positivo para EsSalud, Lima –Perú 2017.

Hipótesis específica 1

H₁: Existen componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud. *(El porcentaje “si” es mayor)*

H₀: No existen componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud *(El porcentaje “si” no es mayor)*

Comprobación de hipótesis

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene componentes básicos.

Tabla N° 12
Prueba binomial para comprobar los componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

	Categoría	N	Proporción observada	Prop. de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Si	1,00	14	,93	,50	,001
No	,00	1	,07		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como $p=0,001/2=0,0005 < 0,05$, se rechaza H₀, es decir que Existen componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

Hipótesis específica 2

H₁: Existen objetivos claros y precisos del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud. *(El porcentaje “si” es mayor)*

H₀: No existen objetivos claros y precisos del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud *(El porcentaje “si” no es mayor)*

Comprobación de hipótesis

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene objetivos claros y precisos.

Tabla N° 13

Prueba binomial para comprobar los objetivos claros y precisos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

	Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Si	1,00	11	,73	,45	,025
No	,00	4	,27		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como $p=0,025/2=0,0125 < 0,05$, se rechaza H₀, es decir que Existen objetivos claros y precisos del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

Hipótesis específica 3

H₁: El marco lógico si facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud. *(El porcentaje “si” es mayor)*

H₀: El marco lógico no facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud *(El porcentaje “si” no es mayor)*

Comprobación de hipótesis

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene marco lógico.

Tabla N° 14
Prueba binomial para comprobar marco lógico del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

	Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Positivo	1,00	13	,87	,50	,007
Negativo	,00	2	,13		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como $p=0,007/2=0,0035 < 0,05$, se rechaza H₀, es decir que El marco lógico si facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

Hipótesis específica 4

H₁: Existen indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud. *(El porcentaje “si” es mayor)*

H₀: No existen indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud. *(El porcentaje “si” no es mayor)*

Comprobación de hipótesis

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene evaluación de la gestión y resultados.

Tabla N° 15

Prueba binomial para comprobar la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

	Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Si	1,00	11	,73	,45	,025
No	,00	4	,27		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como $p=0,025/2=0,0125 < 0.05$, se rechaza H₀, es decir que existen indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

Hipótesis específica 5

H₁: El proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud si es claro y ordenado. *(El porcentaje “si” es mayor)*

H₀: El proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud no es claro y ordenado. *(El porcentaje “si” no es mayor)*

Comprobación de hipótesis

La hipótesis se contrastó mediante la prueba estadística binomial, que se utiliza para analizar variables dicotómicas y comparar las proporciones observadas en cada categoría de variable y comprobar si el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene proceso claro y ordenado.

Tabla N° 16
Prueba binomial para comprobar el proceso claro y ordenado del
Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud

	Categoría	N	Proporción observada	Proporción de prueba	Sig. exacta (bilateral)
Si	1,00	9	,6	,4	,095
No	,00	6	,4		
Total		15	1,00		

Fuente: elaboración en IBM SPSS

Decisión: Como $p=0,095/2=0,0475 < 0.05$, se rechaza H₀, es decir que el proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud si es claro y ordenado.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

5.1. Discusión

En los resultados de nuestro trabajo de investigación se demuestra que el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen es positivo en EsSalud en un 80%, debido a los resultados de las actividades realizadas en el departamento de trasplante renal, además tiene componentes básicos en 93.3%, objetivos claros y precisos en un 73.3%, un proceso claro y ordenado en un 60%, el marco lógico facilita la organización del programa en un 86.7%, tiene indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados en un 73.3%. En el trabajo de investigación de **Medina-Pestana**, José O. y cols. (2010) denominado: “Trasplante de riñón en Brasil y su disparidad geográfica”, refiere que el Sistema Nacional de Trasplante de Brasil coordina y regula el programa de trasplante público más grande del mundo; sin embargo existen claras disparidades regionales en la ejecución de los trasplantes en las regiones nacionales; además la etnicidad y el tiempo de diálisis, pero no el tipo de régimen inmunosupresor, influyen decisivamente en los resultados medidos, afirma que se pueden obtener mejoras adicionales mediante la creación de un registro nacional de los resultados de los pacientes trasplantados y donantes vivos, así como mediante la promoción de estudios clínicos y experimentales para mejorar y comprender la respuesta inmune de la población brasileña relacionada con el trasplante. En el trabajo realizado por **González-Bedat**, María Carlota y cols. (2014) referente a “Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos” al autor reconoce que “La enfermedad renal crónica causada principalmente por las complicaciones de la diabetes y la hipertensión ha aumentado en la Región”. En él se define por primera vez una meta concreta sobre la enfermedad renal crónica: alcanzar una prevalencia del tratamiento de sustitución de la función renal de por lo menos 700 pacientes por millón de habitantes en 2019. Su éxito depende de la calidad de sus datos y los procedimientos de control de calidad. En la investigación realizada por **Matas A. J.** y cols. (2014), referente a:

“OPTN/SRTR 2013 Annual data Report: Kidney”, afirma que un nuevo sistema de asignación de riñones, que se espera sea implementado a finales de 2014, caracterizará a los donantes en una escala de porcentaje (0% -100%) usando el índice de donantes de riñón (KDPI). El 20% de los riñones donantes fallecidos con la mayor expectativa de longevidad postrasplante se asignará primero al 20% de los candidatos con la supervivencia de postrasplante más esperada; los riñones que no se aceptan serán ofrecidos al 80% restante de los candidatos. La supervivencia del injerto a cinco años fue mayor para los receptores donantes vivos menores de 11 años (89%) y menor para los receptores donantes fallecidos de 11 a 17 años (68%). En la investigación realizada por **Carrillo-Algarra**, Ana Julia y cols. (2015) denominada: “El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida”. Toma en cuenta en su trabajo 6 categorías: 1) los múltiples significados del trasplante: cambio, pasión, satisfacción, esperanza, libertad, mayor cercanía, responsabilidad, compromiso, complejidad; 2) las redes de apoyo: familia, asociación de enfermeras, grupo de trabajo interdisciplinario, empresas promotoras de salud, industria farmacéutica; 3) implicaciones del día a día: relación cercana con el paciente y la familia, fortalecimiento de la autoestima profesional, estatus dentro del grupo de trasplante, manejo de las cargas; 4) trayectorias del cuidado profesional: acompañamiento de la enfermera a través del ciclo vital del paciente y posibilidad de identificar necesidades por la estrecha relación con él; 5) el perfil de la enfermera: carácter, conocimiento, compromiso, disponibilidad permanente y capacidad de gestión; 6) contradicciones del trasplante: rechazo al injerto, sufrimiento, desesperanza, sistema de salud; para enfermería, las agotadoras jornadas de trabajo. En el trabajo realizado por **Cobo Sánchez**, José Luis y cols. (2017) sobre el “Impacto en un programa de trasplante renal de un protocolo de donación tras muerte cardiaca controlada con soporte de ECMO”, refiere que el PMCC-ECMO ha tenido un alto impacto en el programa de trasplante renal, tanto por incrementar la tasa de donación, como por la alta tasa de viabilidad de los injertos. En la investigación realizada por **Loza-Concha**, Ricardo y **Quispe**, Antonio M. (2000-2001) denominado:

“Costo-utilidad del trasplante renal frente a la hemodiálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal en un hospital peruano”, afirma que los TRDC realizados los años 2000-2001, cinco años después resultaron menos costo útil que las HD; y los TRDC realizados el 2000 tuvieron una menor razón de costo utilidad incremental que los efectuados el 2001, probablemente por su mayor razón de tratamientos irregulares. En el trabajo de **Herrera-Añazco**, Percy (2016) referente a “La enfermedad renal crónica en el Perú”, afirma que la ERC es una patología frecuente, con problemas en el diagnóstico y tratamiento temprano. Hay problemas de cobertura de HD y la mortalidad en HD es alta. En la investigación realizada por **Gómez-Rázuri**, Katherine y cols. (2014) titulada: “Mitos sobre la donación de órganos en personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales donantes en un hospital peruano: estudio cualitativo”, concluye que los mitos explorados en el presente estudio muestran perspectivas religiosas, socioculturales, psicológicas y éticas, además menciona que la aparente falta de conocimiento del diagnóstico de muerte cerebral es el punto de partida que marca el proceso de donación; así como toma en cuenta la existencia de un coordinador hospitalario, el rol de los guías espirituales y la correcta información brindada por medios de comunicación serían piezas clave para derribar estos mitos. En el trabajo de **Méndez-Chacón**, Pedro y cols. (2017) referente a: “Trasplante renal grupo sanguíneo ABO incompatible. Experiencia colaborativa inédita España y Perú”, concluye que el trasplante renal ABO incompatible (ABOi) es opción viable para pacientes cuyo único donante sea grupo sanguíneo incompatible, y entre nosotros representa esperanzadora fuente de órganos. En la investigación realizada por **Cavero Frisancho**, Priscilla Nahyr y cols. (2017) referente a “Impacto de las características basales del donante en la evolución y el curso clínico de los receptores de trasplante renal en el período 2007-2014 de un hospital público de Lima”, su objetivo fue determinar la función renal del receptor de Trasplante renal y su relación con las condiciones pretrasplante del donante. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las características pretrasplante del donante y el resultado final de la función renal del receptor. En el trabajo de

Chaman Ortiz J.C., Gonzales Hamada et al. (2011) titulado: “Problemática del trasplante de órganos y tejidos en el Perú”, se resume la problemática de los principales Trasplantes de Órganos y Tejidos, revisada y expuesta por expertos nacionales en lo referente a trasplante de hígado, riñón y de progenitores hematopoyéticos, analizando el contexto regional y mundial, la situación actual y resultados de la actividad de trasplante en nuestro país, así como las perspectivas futuras y alternativas de solución de un problema, concluyendo que es una problemática de carácter universal.

VI. CONCLUSIONES

- El impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen es positivo en EsSalud en un 80%, seguido de negativo con 20%, debido a los resultados de las actividades realizadas en el departamento de trasplante renal.
- El Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud, tiene componentes básicos en 93.3% y no lo tienen en 6.7%.
- El Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene objetivos claros y precisos en un 73.3% y no lo tienen en un 26.7%.
- El Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene un proceso claro y ordenado en un 60% y no lo tiene en un 40%.
- El marco lógico facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud en un 86.7% y no lo facilita en un 13.3%.
- El Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud tiene indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados en un 73.3% y no lo tienen en un 26.7%; siendo evidenciadas en las actividades realizadas por el departamento de trasplante renal.

VII. RECOMENDACIONES

- Se recomienda que se realice a nivel nacional el Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen en EsSalud debido a su alto impacto positivo en la salud pública.
- Se debe tomar en cuenta los componentes básicos en la estructura del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.
- Se debe considerar los objetivos claros y precisos que se distingue en el Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.
- Se debe tomar en cuenta en la propuesta del programa el proceso claro y ordenado del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.
- Se recomienda considerar el marco lógico ya que facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.
- Considerar en la propuesta los indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud.

VIII. REFERENCIAS

- Amato D, Alvarez-Aquilar C, Castaneda-Limones R et al (2005). Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. *Kidney Int Suppl*; 97: S11–S17.
- Arredondo, Armando (1998). Costo-efectividad de intervenciones para insuficiencia renal crónica terminal. *Rev. Saúde Pública* vol. 32 n. 6 São Paulo Dec.
- Barreto S (2013). Situación de los pacientes dializados en Paraguay. Registro Paraguay. Asunción: Sociedad Paraguaya de Nefrología.
- Carrillo-Algarra, Ana Julia y cols (2015). “El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida”. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Investigadora Grupo Perspectivas del Cuidado. Bogotá (Colombia).
- Cavero Frisancho, Priscilla Nahyr y cols (2017). “Impacto de las características basales del donante en la evolución y el curso clínico de los receptores de trasplante renal en el período 2007-2014 de un hospital público de Lima” Unidad de Trasplante Renal del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Cobo Sánchez, José Luis y cols (2017). “Impacto en un programa de trasplante renal de un protocolo de donación tras muerte cardiaca controlada con soporte de ECMO”. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Collins AJ, Foley RN, Herzog C et al (2008). United States Renal Data System. Annual Data Report. Am J Kidney Dis 2009; 53: S1–S374.

Chaman Ortiz J.C., Gonzales Hamada et al (2011). Problemática del trasplante de órganos y tejidos en el Perú. Perspectivas Futuras del Trasplante Renal en el Perú; 50 N° 4.

Chen N, Hsu CC, Yamagata K et al (2010). Challenging chronic kidney disease: experience from chronic kidney disease prevention programs in Shanghai, Japan, Taiwan and Australia. Nephrology (Carlton);15(Suppl 2): 31–36.

Dante Amato y cols (2005). Prevalence of chronic kidney disease in an urban Mexican population. Kidney International, Vol. 68, Supplement 97, pp. S11-S17.

Gerencia Central de Planificación y Desarrollo (2015). Sistema Estadístico de Salud

Gómez-Rázuri, Katherine y cols (2014). “Mitos sobre la donación de órganos en personal de salud, potenciales receptores y familiares de potenciales donantes en un hospital peruano: estudio cualitativo”. Hospital Nacional de Lambayeque-Perú.

González-Bedat, María Carlota y cols. (2014) “Los registros nacionales de diálisis y trasplante renal en América Latina: cómo implementarlos y mejorarlos” El Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud, 2014-2019

Gómez R (2013). Registro Colombiano de diálisis y Tx ACN-HTA. Bogotá:
Ministerio de Salud de Colombia;

Hallan SI, Orth SR (2010) . The KDOQI 2002 classification of chronic kidney disease: for whom the bell tolls. *Nephrol Dial Transplant*; 25: 2832–2836.

Herrera-Añazco, Percy (2016) “La enfermedad renal crónica en el Perú. Una revisión narrativa de los artículos científicos publicados”. Servicio de Nefrología, Hospital Nacional Dos de Mayo. Lima, Perú.

Loza-Concha, Ricardo E. Quispe, Antonio M. (2000-2001) “Costo-utilidad del trasplante renal frente a la hemodiálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal crónica terminal en un hospital peruano”. Servicio de Nefrología, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud. Lima, Perú.

LEY N°28189 (2004). Ley General de Donación y Trasplante de Órganos y/o Tejidos Humanos

D.S. N°014-2005-SA (2000).Reglamento de la Ley 28189 LEY N°27282

Ley de Fomento de la Donación de Órganos y Tejidos Humanos (2000).

Resolución Suprema (2008) N°002-2008-SA (Comisión Multisectorial).

(2009) LEY N° 29471 Ley que Promueve la obtención, la donación y el Trasplante de órganos o tejidos humanos.

D.S N°011-2010-SA (2010).. Reglamento de la Ley N° 29471 Ley que promueve la obtención, la donación y el trasplante de órganos o tejidos humanos.

Maguiña, Ciro y Galán-Rodas, Edén (2011) . Rev. Perú Med Exp Salud Pública.;
28(3):564-70

Matas A. J. y cols. (2014), “Registro Científico de Receptores de Trasplantes,
Fundación de Investigación Médica de Minneapolis, Minneapolis, MN”.

Medianero Burga, David (2014) . Marco conceptual del proceso de planeamiento
estratégico en el sector público. Dirección Nacional de Presupuesto
Público del Ministerio de Economía y Finanzas.

Medina-Pestana, José O. y cols (2010). “Trasplante de riñón en Brasil y su
disparidad geográfica” Universidad Federal de São Paulo – UNIFESP.

Méndez-Chacón, Pedro y cols (2017). “Trasplante renal grupo sanguíneo ABO
incompatible. Experiencia colaborativa inédita España y Perú”. Facultad de
Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima,
Perú.

Méndez Huerta, Mauricio Cuauhtémoc y Mayorga Madrigal (2014) . Aspectos
filosóficos y sociales del trasplante de órganos. Universidad de
Guadalajara Primera edición, D.R. © Editorial Juan Manuel 130 Zona
Centro Guadalajara, Jalisco, México

MINSA (2013). Lineamientos para la reforma del sector salud. Junio.

Ministerio de Salud Pública, (2012).Programas del Ministerio de Salud Pública,

Omaña Mendoza, Enrique. Políticas y Planes de Salud, UACM (2012). Manual de
Procedimientos para el reconocimiento de registros, encuestas y sistemas

de información de utilidad para el Sistema Nacional de Salud. Madrid; MSSSI; Organización Panamericana de la Salud (2013). Plan estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014–2019. Washington, DC: OPS.

Secretaría de Salud (2001). Programa de Acción: Trasplantes Primera Edición, D.R. © Secretaría de Salud Lieja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F. Impreso y hecho en México

Vassalotti JA, Li S, McCullough PA et al (2010). Kidney early evaluation program: a community-based screening approach to address disparities in chronic kidney disease. *Semin Nephrol*; 30: 66–73.

Valdez Huarcaya, William y cols (2013). Análisis de la Situación de Salud en el Perú

IX. ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA DEL PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE RENAL, ESSALUD, LIMA-PERÚ 2017”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cómo es el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud, Lima –Perú 2017?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar el impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud, Lima –Perú 2017</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>El impacto en la salud pública del Programa Nacional de Trasplante Renal es positivo para EsSalud, Lima –Perú 2017</p>	<p>-Programa Nacional de Trasplante Renal (VI)</p> <p>Componentes Básicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objetivos - Proceso - Marco lógico - Indicadores de evaluación <p>Variable Dependiente (VD):</p> <p>-Impacto en la Salud Pública</p> <ul style="list-style-type: none"> -Positivo -Negativo 	<p>POBLACIÓN:</p> <p>La población es finita y está representada por todas las actividades realizadas por el Servicio de Trasplante Renal del HNGAI- EsSalud. Se considera a 15 funcionarios</p> <p>MUESTRA:</p> <p>La muestra va a estar representada por la evaluación de las actividades del Servicio de Trasplante Renal del HNGAI- EsSalud. Se considera 100% de la población.</p> <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Descriptivo -Aplicada -De campo <p>INSTRUMENTOS A UTILIZARSE</p> <p>Guía de observación sobre la gestión</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>¿Cuáles son los componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?</p> <p>¿Cómo son los objetivos del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?</p> <p>¿Cómo es el proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?</p> <p>¿Cómo es el marco lógico del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?</p> <p>¿Cuáles son los indicadores de la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud?</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>Identificar los componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p> <p>Establecer los objetivos del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p> <p>Identificar el proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p> <p>Determinar el marco lógico del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p> <p>Establecer los indicadores para la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICOS</p> <p>Existen componentes básicos de un Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p> <p>Existen objetivos claros y precisos del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p> <p>El proceso del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud es claro y ordenado</p> <p>El marco lógico facilita la organización del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p> <p>Existen indicadores específicos para la evaluación de la gestión y resultados del Programa Nacional de Trasplante Renal para EsSalud</p>		<p>PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS</p> <p>Fox Pro 6.0 para la conformación de la base de datos (codificación); el Programa SPSS v. 21 para el análisis matemático y el Programa Excel versión 2000</p>

ANEXOS N° 02

GUÍA DE OBSERVACION

PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE RENAL Y SU IMPACTO HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN-ESSALUD

Instrucciones generales: La presente Guía de observación, tiene como propósito evaluar la propuesta del Programa Nacional de Trasplante Renal del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud

I. PROGRAMA NACIONAL DE TRASPLANTE RENAL

1.1.3.1.1 COMPONENTES BASICOS:

a. Marco referencial	
Situación de salud	1: Buena referencia 2: Regular referencia 3: Mala referencia
Situación de la donación	1: Buena referencia 2: Regular referencia 3: Mala referencia

b. Donación y procura de órganos	
Tasa de donantes	1: Misión 2: Visión
Oposición a la donación	1: Realidad interna y externa 2: Árbol problemas

c. Costos	
Análisis económico	1: Adecuado 2: No adecuado

d. Financiamiento	
EsSalud	1: Si 2: No
Clínicas Privadas	1: Si 2: No

1.1.3.1.2 OBJETIVOS

1. Mejorar la calidad de vida	
Porcentaje de mejora de calidad de vida	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
2. Incremento de cobertura de trasplante	
Porcentaje de incremento de cobertura de trasplante	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
3. Mejora de la funcionalidad de procura de órganos.	
Porcentaje de tasa de donación	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
4. Oportuna realización de estudios clínicos complementarios	
Porcentaje de pacientes evaluado servicio	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
5. Incremento de recursos humanos	
Porcentaje de profesionales	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
6. Plan de actividades con la ONDT	
Fortalecimiento ONDT	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
7. Apoyo Investigación Clínica y Experimental	
Porcentaje de investigación	1: Alto 2: Medio 3: Bajo

1.1.3.1.3 MARCO LÓGICO

Marco lógico	
Matriz	1: Adecuado 2: No adecuado

1.1.3.1.4 EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN Y RESULTADOS

Gestión y resultados	
Eficiencia	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
Eficacia	1: Alto 2: Medio 3: Bajo
Efectividad	1: Alto 2: Medio 3: Bajo

1.1.3.1.5 PROCESOS

1. Plan de implementación	
Mapa de procesos	1: Adecuado 2: No adecuado
2. Actividades y programas	
Mapa de procesos	1: Adecuado 2: No adecuado

II. IMPACTO EN LA SALUD PÚBLICA

N°	Elemento	Si	No
1.	Impacto		

ANEXO N° 03

GUÍA DE VALIDEZ PARA EL EXPERTO

INSTRUCTIVO: Marque con un aspa (X) en el recuadro que corresponda a su respuesta y escriba en los espacios en blanco sus observaciones y sugerencias en relación a los ítems propuestos.

Emplee los siguientes criterios: **A:** De acuerdo **B:** En desacuerdo

ASPECTOS PARA CONSIDERARSE	A	B
1. ¿Las preguntas responden a los objetivos de la investigación?	X	
2. La pregunta realmente mide la variable	X	
2.1. Variable independiente	X	
2.2. Variable dependiente	X	
3. ¿El instrumento persigue el objetivo general?	X	
4. ¿El instrumento persigue los fines de los objetivos específicos?	X	
5. ¿Las ideas planteadas son representativas del tema?	X	
6. ¿Hay claridad en los ítems?	X	
7. ¿Las preguntas despiertan ambigüedad en sus respuestas?		X
8. ¿Las preguntas responden a un orden lógico?	X	
9. ¿El número de ítem por dimensiones es el adecuado?	X	
10. ¿El número de ítems por indicador es el adecuado?	X	
11. ¿La secuencia planteada es la adecuada?	X	
12. ¿Las preguntas deben ser reformuladas?		X
13. ¿Deben considerarse otros ítems?		X

EXPLIQUE AL FINAL:

OBSERVACIONES	SUGERENCIAS

Nombre y firma del Experto