

*Pasquaré Claudia Gabriela; Menichelli Fernando Manuel;
Ocampo, Analía Verónica; Carestía, Gustavo Adolfo*

SESGOS DE LA PERCEPCION SOBRE POLITICAS DE ADMINISTRACION EN SALUD: EL CASO DE LA DIMENSIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO PREDICTORA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA

IX Congreso Internacional de Administración

28, 29 y 30 de agosto de 2013

*Pasquaré C.G., Menichelli F.M, Ocampo, A.V., Carestía, G.A. (2013).
Sesgos de la percepcion sobre politicas de administracion en salud:
El caso de la dimensión seguridad del paciente como predictora de
satisfacción del usuario en hospitales de Bahía Blanca. IX Congreso
Internacional de Administración. Buenos Aires, Argentina. En RIDCA.
Disponibile en:*

<https://repositoriodigital.uns.edu.ar/xmlui/handle/123456789/5668>



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Reconocimiento-NoComercial-Sin Derivados 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



RESUMEN

El presente trabajo intenta indagar respecto del nivel de satisfacción de expectativas que los usuarios de los sistemas de salud reciben, de tal manera de proveer de información fiel a la hora de la toma de decisiones en salud.

Dado que la percepción de los usuarios puede presentar sesgos respecto de las definiciones teóricas que realizan los decisores a la hora de elegir qué camino tomar y como asignar los recursos disponibles, se tomo la dimensión seguridad, considerándola como una de las constructoras del concepto de satisfacción del usuario de salud, con el objeto de analizar cómo operan los sesgos de percepción en ella. La hipótesis sobre la que se trabajó es que existe una brecha entre lo percibido y lo definido en el sistema de salud respecto de una de las dimensiones de satisfacción, la seguridad del paciente. Para ello se realizó un estudio cualitativo por medio de 4 grupos focales, considerando el discurso con la técnica de saturación del mismo. Estos grupos fueron integrados por pacientes adultos de ambos sexos internados en el Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero y en el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca, entre el 1 de enero de 2010 y 31 de diciembre de 2010. En función de lo obtenido de los grupos focales y el rastreo de literatura, se identificaron dominios y categorías que ordenaron y clasificaron los conceptos aportados por los participantes. Luego se construyó una matriz en la que se volcaron los datos transcritos. Como reflexión final se puede decir que la técnica de grupos focales utilizada permitió explorar, describir y comprender vivencias y perspectivas de un número de pacientes, profundizando sobre su percepción sobre seguridad en el sistema de salud y su forma de comunicarlo. Los resultados son cualitativos, exploratorios en el medio local y no generalizables. Los datos pueden favorecer el desarrollo de estrategias en el sistema de salud tendientes a mejorar la satisfacción del paciente rescatando información no prevista en las definiciones teóricas.

**SESGOS DE LA PERCEPCION SOBRE POLITICAS DE
ADMINISTRACION EN SALUD.
EL CASO DE LA DIMENSIÓN SEGURIDAD DEL PACIENTE COMO
PREDICTORA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN HOSPITALES DE
BAHÍA BLANCA.**

TEMA: Ideologías y paradigmas administrativos en transformación

“La Administración y las personas en la sociedad global”
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 28 al 30 de agosto de 2013.

Mg. Cra. Claudia Gabriela Pasquare

Domicilio Particular: Blandengues 37.5to Piso.D. Domicilio Laboral: 12 de Octubre y San Juan. 8vo.Piso Teléfono laboral: 291 4598484 interno 2203/2510 Teléfono celular: 2914628718. Correo electrónico particular: claudiapasquare@gmail.com Correo electrónico laboral: pasquare@uns.edu.ar. Magister en Administración. Universidad Nacional del Sur. Contador Público. Universidad Nacional del Sur. Estudios en gestión de recursos humanos y administración de servicios de salud. Profesor Asociado a cargo de las asignaturas: Administración de Personal, Administración de Personal L.A. y Gestión Humana en las Organizaciones de las carreras de Contador Público y Licenciatura en Administración de la Universidad Nacional del Sur. Profesor titular de los cursos Gestión de Recursos Humanos I y II del Posgrado Especialización en Economía y Gestión de los Servicios de Salud. Departamento de Economía de la Universidad Nacional del Sur. Profesor titular del curso Empleos y Políticas de Selección de Personal del Posgrado Especialización en Dirección Estratégica de Recursos Humanos. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Río Cuarto. Investigadora categorizada, Categoría III dirigiendo y participado de diversos proyectos de investigación en el ámbito de la Universidad Nacional del Sur. Disertante en congresos, jornadas y en múltiples actividades formativas en temas relacionados con conducción de personal y gestión de recursos humanos. Directora de tesis en la carrera Licenciatura en Administración, Universidad Nacional del Sur. Directora de tesis de posgrado. Publicación de trabajos en distintos ámbitos de difusión científica. Consultora de empresas en temas de gestión de recursos humanos. Jefa de Departamento Capacitación Y Desarrollo, Hospital Municipal de Agudos “Dr. Leónidas Lucero”.

MBA Lic. Fernando Manuel Menichelli

Domicilio Particular: Bravard 139 Domicilio Laboral: 12 de Octubre y San Juan. 8vo.Piso. Teléfono celular 154078837. Correo electrónico particular: fermanuel@yahoo.com Correo electrónico laboral: fmenichelli@uns.edu.ar. Master en Dirección de Recursos Humanos. Programa internacional cooperación académica del Faculty de la Univesrity at Albany State Univesrity of New York Universidad del Salvador Buenos Aires-. Licenciado en Psicología: otorgado por la “Facultad de Psicología” de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Estudios en gestión de recursos humanos desarrollados en el extranjero. Profesor Adjunto de las asignaturas: Gestión Humana en las Organizaciones y Administración de Personal, de las carreras de Contador Público y Licenciatura en Administración de la Universidad Nacional del Sur. Profesor Adjunto a cargo de la cátedra Relaciones industriales de la carrera Ingeniería Industrial, de la Universidad Nacional del Sur. Investigador categorizado, Categoría IV participación en diversos proyectos de investigación en el ámbito de la Universidad Nacional del Sur. Disertante en congresos, jornadas y diferentes actividades formativas en temas relacionados con conducción de personal y gestión de recursos humanos. Director de tesis en la carrera Licenciatura en Administración, Universidad Nacional del Sur. Director de tesis de especialidad dependiente Universidad Nacional de Mar del Plata. Publicación de trabajos en distintos ámbitos de difusión científica. Consultor de empresas en temas de gestión de recursos humanos. Jefe del área clasificación y diagnostico de internos. Ministerio de Justicia.

Esp. Lic. Analía Verónica Ocampo

Domicilio Particular: Inglaterra 233. Domicilio Laboral: Estomba 968. Teléfono Laboral: 0291-4598484 int. 2381. Teléfono celular: 0291-154023749. Correo electrónico particular: analía_v_ocampo@yahoo.com.ar

Especialista en Economía y Gestión de los Servicios de Salud. Universidad Nacional del Sur. Licenciada en Enfermería. Universidad Nacional de Rosario. Profesor adjunto de la asignatura Gestión y Administración de los Servicios de Enfermería. Asistente de la asignatura Enfermería, Fundamentos, Prácticas y Tendencias II. Carrera de Licenciatura en Enfermería. Departamento Ciencias de la Salud. Investigadora, participante de diferentes proyectos de grupos de investigación en calidad de Codirectora en la Universidad Nacional del Sur. Directora y codirectora de becas de estudiantes avanzados y estímulo a la investigación. Disertante en congresos, jornadas y múltiples actividades formativas. Publicación de trabajos en distintos ámbitos de difusión científica. Ex Jefe de Departamento Enfermería. Enfermera de Docencia e Investigación y subcoordinadora del Comité de Bioética del Hospital Municipal de Agudos Dr. L. Lucero.

Médico GUSTAVO ADOLFO CARESTIA

Domicilio Particular: Ciudad de Cali 2920 Domicilio Profesional: Estomba 873 Tel.: 0291 4544443. Correo Electrónico particular: gcarestia@hotmail.com Correo electrónico laboral: gcarestia@hmabb.gov.ar

Médico, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Especialista en Gastroenterología, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación - Especialista en Administración Hospitalaria, Colegio de Médicos de la Pcia. de Buenos Aires. Ex Concurrente, Unidad de Gastroenterología y Sección de Endoscopia Digestiva Hospital General de Agudos "Dr. J.M.Ramos Mejía" – CABA. Médico de la Unidad de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva del Hospital Municipal de Agudos "Dr. L. Lucero". Ex Médico a cargo del Area de Investigación y del Area de Terapéutica Endoscópica, Unidad de Gastroenterología y Sección de Endoscopia Digestiva Hospital General de Agudos "Dr. J.M. Ramos Mejía" – CABA. Ex Director General, Hospital Municipal de Agudos "Dr.L. Lucero" Bahía Blanca, Ex Secretario de Salud y Acción Social, Municipalidad de Bahía Blanca. Jefe del Departamento de Docencia e Investigación Hospital Municipal de Agudos "Dr.L. Lucero" Bahía Blanca. Autor del anteproyecto de creación de la carrera de Licenciatura en Enfermería para la Universidad Nacional del Sur. Docente en Administración de Servicios De Salud - Puan (Pcia. De Buenos Aires). Representante del Hospital Municipal de Bahía Blanca para la instrumentación de la Carrera de Medicina en la Universidad Nacional del Sur. Colaborador Docente y Asesor para el Municipio de Tandil Sobre Seguro Público de Salud. PNUD: Miembro del Comité Selección Nuevo Receptor Principal (RP). Proy. ARG.03/006- Proyecto Fondo Global. CABA. Autor de diversos trabajos científicos sobre gastroenterología, sistemas de residencias médicas, y construcción del saber administrativo en salud. Participante y disertante en numerosos cursos, congresos y reuniones científicas sobre administración de Servicios de Salud.

INDICE

1. FUNDAMENTACION.....	3
2. OBJETIVOS.....	9
3. REFERENCIAL TEORICO.....	9
4. ASPECTOS METODOLOGICOS.....	17
5. RESULTADOS.....	19
6. CONSIDERACIONES FINALES.....	24

1. FUNDAMENTACION

El presente trabajo forma parte de un proyecto de investigación que los autores están desarrollando, cuyo principal interrogante es indagar aspectos relativos al nivel de satisfacción de expectativas que los usuarios de los sistemas de salud perciben, de tal manera de proveer de información desde la mirada del usuario al momento de la toma de decisiones políticas en materia de salud.

Conocedores de que la administración como disciplina ha llegado tardíamente al mundo de la salud es que se considera que algunos de los aspectos que ella analiza deberían ser tenidos en cuenta al momento de gestionar los sistemas de salud.

Y es en este punto donde se considera que la percepción de los usuarios puede presentar sesgos respecto de las definiciones teóricas que realizan los decisores a la hora de elegir qué camino tomar y como asignar los recursos disponibles.

A los efectos del presente trabajo se ha aislado la dimensión seguridad, considerándola como una de las constructoras del concepto de satisfacción del usuario de salud, con el objeto de analizar cómo operan los sesgos de percepción en ella.

Ahora bien, dado que la seguridad es un concepto "percibido" y dependerá de quien lo defina, resulta pertinente hacer referencia a aproximaciones teóricas relativas al proceso de percepción en el hombre y como éste se produce en diferentes grupos generando visiones compartidas de una realidad dada.

El hombre es un ser social, percibe e interpreta el mundo a partir de los significados aprendidos producto de su interacción con el contexto en el cual se constituye. Es así que como producto nos encontramos con un singular sistema de creencias que guían la percepción. Tal condición podría hacer pensar en que conceptos como el de seguridad en salud pueda adquirir diferentes significados según quien lo enuncie.

Lo que para un grupo es adecuado, para otro no lo es, y es en este punto en el cual observamos que siempre interpretamos al percibir.

No hay percepción sin una concomitante conceptualización de lo que percibo. La percepción es el proceso por el cual se reúne e interpreta la información, es el enlace mediador entre el individuo y su ambiente.

Al hablar de percepción debemos tener en cuenta que es un hecho complejo, selectivo y no sólo está determinado por las variables que hasta aquí hemos expuesto, sino que las motivaciones que tiene el sujeto son un factor condicionante en el acto perceptual, dependiendo del grado de satisfacción que encuentre el sujeto en las distintas jerarquías de necesidades.

Maslow¹ plantea cinco tipos de necesidades en orden jerárquico: necesidades fisiológicas, de seguridad física, de seguridad psicológica o sociales, de estima y reconocimiento y autorrealización y despliegue del potencial. Vemos así como las necesidades humanas de seguridad no solo son definibles desde la óptica de un proceso científico, técnico y administrativo que encuadra la idea de seguridad, sino que es posible contemplar la mirada del usuario del sistema de salud con cierta independencia del que haya sido definido desde la administración de dichos sistemas.

¹ MASLOW ABRAHAM H, Motivación y personalidad. Ediciones Díaz de Santos. 1991

Cada individuo forma su particular visión de la realidad, pero lo hace mediante los conceptos que le proporciona la sociedad en la que vive, y enmarcándolos en el sistema de valores de la cultura a la cual pertenece. Se podría decir que la cultura y la sociedad proporcionan, en forma de representaciones colectivas, la matriz a partir de la cual las personas producen sus representaciones individuales. Estas representaciones constituyen la realidad que percibe e interpreta cada individuo. La realidad, tal y como cada individuo la interpreta, es la única realidad que puede tener efectos sobre él y es en función de ella que la gente actúa. Para modificar los comportamientos o actos de los individuos habrá que incidir en el proceso de construcción subjetiva de los mismos, y ello implicará tener que modificar la vivencia de esa realidad es decir, la experiencia. Es así que al pensar en políticas y prácticas de salud debemos reconocer que la percepción que tienen aquellos que son los destinatarios de estos sistemas es una parte fundamental a ser definida en el planteamiento de este problema de investigación.

Por otra parte encontramos que los gestores de salud en Argentina, han tomado decisiones intentando interpretar las necesidades de la población sobre los servicios de salud y su cobertura, basándose en datos del conocimiento empírico o, en el mejor de los casos, en información parcial, cuando no tendenciosa.

Conocer la percepción de los usuarios al momento de tomar decisiones podrá dar un marco más ajustado a quienes definen políticas de salud generándose un sistema de monitoreo basado en información confiable, oportuna y metodológicamente validada desde la mirada del usuario, que sirva para la toma de decisiones racionales en la gestión de salud.

Dado que la salud es un bien social, se entiende por sistema de salud al conjunto de entidades encargadas de las intervenciones en la sociedad que tienen como propósito principal la salud. Estas intervenciones o acciones de salud abarca la atención a las personas y al entorno, realizada con la finalidad de promover, proteger o recuperar la salud, o de reducir o compensar la incapacidad irrecuperable, independientemente de la naturaleza pública, estatal, no estatal o privada de los agentes sanitarios. Los sistemas de salud son el reflejo de importantes valores sociales que también se expresan en los marcos jurídicos e institucionales en los que se encuadra la formulación de las políticas de salud. Tal condición hace que pueda existir una brecha o diferencia entre lo definido institucionalmente como seguridad en sistemas y las practicas de salud, todo ello desde la mirada institucional legitimada por las instituciones sociales y aquella definida por los usuarios de los sistemas de salud.

Siguiendo con el análisis de la problemática debemos recordar que la Organización Mundial de la Salud (OMS)² define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones, incluidos sus factores determinantes y condicionantes. La OMS definió el sistema de salud como el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover,

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000

recobrar o mejorar la salud. Esto abarca las acciones dirigidas a incidir en los determinantes de la salud, así como las orientadas a mejorar la situación sanitaria.

El abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario resulta problemático, porque las necesidades sociales son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación.

Pese a la falta de definiciones universalmente acordadas, las políticas públicas pretenden reflejar la respuesta del gobierno a las condiciones o circunstancias que generan o generarán necesidades a una cantidad considerable de personas. En teoría, estas respuestas debieran coincidir con el interés público ³ Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan. La falta de integración no solo se observa entre los distintos subsistemas, sino que dentro de cada uno de ellos también existen serios niveles de fragmentación: en el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una falta de articulación entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal), y en el caso de los subsectores de la seguridad social (Obras Sociales) y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliado y modalidad de operación. De ahí la importancia de tener en cuenta las características centrales de cada uno de ellos para lograr una visión cabal del escenario existente en este sector. ⁴

Otra arista del problema objeto de análisis se refiere a la satisfacción de los usuarios con el sistema de salud y cómo la idea de seguridad articula con ella.

En el sector sanitario, desde hace tiempo se recurre a diferentes aproximaciones metodológicas (tanto cuantitativas como cualitativas) para identificar qué aspectos de la atención sanitaria son los más importantes para los pacientes. Habitualmente este tipo de estudios se ha utilizado para diseñar instrumentos de evaluación de la satisfacción del paciente y, por tanto, ha servido para identificar qué dimensiones debían ser evaluadas para conocer mejor sus opiniones o para establecer prioridades en los planes de mejora.

En uno de los estudios más citados, Hall y Dornan⁵ pusieron de relieve que en las encuestas de satisfacción del paciente se prestaba mayor atención a las condiciones para “humanizar” la asistencia médica (en un 65% de los casos), a

³ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD.. Salud En Las Américas, 2007. Volumen I-Regional . Capítulo 4.

⁴ DANIEL MACEIRA .Inequidad en el acceso a la salud en la Argentina. Cuadernos del CLAEH n.º 99 Montevideo, 2.ª serie, año 32, 2009/2 issn 0797-6062 Pp. 7-17

⁵ HALL A. Y DORNAN M, Meta analysis of satisfaction with medical care. Social Science and Medicine. 1988

la cantidad y cualidad de la información que se facilitaba a los pacientes (en un 50%) y a la competencia percibida de los profesionales (en un 43%). Otros autores, a partir de otros enfoques metodológicos, han identificado como factores importantes para determinar el nivel de satisfacción las condiciones del entorno físico (incluyendo el confort), la accesibilidad entendida en sentido amplio (no sólo física), la comunicación médico-paciente, los cuidados de enfermería que se facilitan, la competencia profesional, la cortesía y amabilidad en el trato, el costo de la asistencia y, evidentemente, el resultado alcanzado.

Para los pacientes entrevistados en esa investigación, el concepto de seguridad no se limita a la ausencia de errores, sino que comprende aspectos como confianza, comunicación, información y participación. En la resolución de los eventos adversos⁶, la actitud de disculpa por parte del profesional se considera un elemento clave. Se evalúan positivamente actuaciones existentes como los protocolos y sistemas de notificación, a la vez de señalarse las dificultades en el proceso de implantación.

Respecto a la información, los pacientes demandan una formación de los profesionales en habilidades de comunicación. Una mayor participación en el propio proceso asistencial y en la gestión clínica se considera oportuna, a la vez de constatarse la escasez de posibilidades de participación ciudadana en las políticas de seguridad actuales.

En la atención de la salud interactúan cada vez variables más complejas, ya que se utilizan tecnologías más avanzadas, se realizan más prestaciones, existe una gran diversidad de profesionales y la variabilidad de sus prácticas va en aumento y por todo ello, recibir atención sanitaria implica una mayor cantidad de riesgos potenciales y de posibles (probables) efectos adversos sobre los pacientes.

El mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes en las instituciones de salud se sustenta en el abordaje de la cultura organizacional, el estudio y análisis de los errores y la implementación de soluciones que permitan fortalecer las barreras del sistema y minimicen el riesgo de ocurrencia de eventos adversos que pongan en riesgo la salud, e incluso la vida de los pacientes.

Es importante, entonces, distinguir los conceptos de percepción de seguridad y el de satisfacción. Como ya se expresó anteriormente, por percepción se entiende al acto de recibir, interpretar y comprender las señales sensoriales que provienen de los cinco sentidos, y que está directamente vinculado con el sistema psicológico de cada individuo que hace que el resultado sea diferente

⁶ un evento adverso es el daño inducido por la intervención médica y puede tener relación con un error o no. Esta definición se utiliza mundialmente para la realización de estudios de investigación, en especial cuando determina una discapacidad medible, transitoria o permanente. Como complemento de este concepto, debe establecerse el correspondiente a algunos eventos adversos particularmente graves por su magnitud, trascendencia y consecuencias para el paciente, que han sido denominados *eventos centinela*. La gravedad de un evento centinela es tal, que la existencia de tan solo uno de ellos es suficiente para movilizar al sistema de salud en cuyo contexto hubiera ocurrido, para darle solución o, en su defecto, prevenir nuevos casos. Se considera que un evento centinela es un “hecho inesperado, no relacionado con la historia natural de la enfermedad, que produce la muerte del paciente, pone en riesgo su vida, le deja secuelas, produce una lesión física o psicológica grave o el riesgo de sufrirlas a futuro”.

en otra persona. De manera que la percepción de seguridad, es todo aquello que el paciente capta, procesa y entiende acerca de la seguridad de la atención de salud recibida, otorgándole un juicio de valor de acuerdo a su conocimiento, sus experiencias, sus valores, etc. Por otro lado, el concepto de satisfacción hace referencia a la sensación de bienestar del paciente ante el cumplimiento de sus expectativas y resultados esperados en cuanto a la atención sanitaria recibida.

Sin embargo, seguridad y satisfacción, dos constructos que en principio parecen muy lejos el uno del otro, podrían no ser tan disímiles. Rathert⁷, en un artículo clave, relaciona seguridad del paciente, calidad del proceso de atención y satisfacción del usuario del sistema de salud. Establece que los tres conceptos están relacionados positivamente y, en síntesis, las percepciones de seguridad de los pacientes median la relación entre la calidad del proceso de atención y la satisfacción general percibida: si los pacientes se sienten seguros, lo expresarán combinado con otros factores del proceso de atención en general en términos de satisfacción con el servicio recibido. Lo investigado por Rathert aporta una visión muy atractiva para administradores hospitalarios y gestores de salud pública: relaciona ciertos elementos del proceso de atención directa y positivamente con los niveles de satisfacción de los pacientes porque esos elementos están relacionados con la seguridad. Sin dudas, este tipo de trabajos otorgan herramientas para dirigir futuros esfuerzos y asignación de recursos desde el punto de vista de la gestión.

En la revisión de la literatura realizada por los expertos de la OMS, se ha observado que en los estudios que evalúan los servicios sanitarios, las dimensiones más frecuentes están relacionadas con el grado de satisfacción (satisfacción general, satisfacción con el acceso a cuidados, satisfacción con la continuidad de los cuidados, comunicación con el personal médico o grado de conocimiento de los servicios sanitarios por parte del usuario). No obstante, no se han encontrado por el momento estudios publicados en los que se evalúe el grado de seguridad de los servicios sanitarios percibido por el paciente o el cuidador (en caso de pacientes con discapacidades psíquicas o de pacientes pediátricos).

Tomando como marco conceptual lo investigado por Rathert los pacientes expresan buena parte de sus vivencias de seguridad dentro del proceso de atención en términos de satisfacción con el servicio recibido. De todas formas, la situación de desconocimiento respecto a seguridad entre los pacientes limitaría la posibilidad de que se involucren en los procesos de atención y ejerzan sus derechos. Salvar esa brecha de conocimiento es uno de los desafíos hacia el futuro de los organismos involucrados.

El modelo de atención centrada en el paciente requiere que se asuman responsabilidades por parte del sistema, de los profesionales y de los pacientes. Que el paciente esté adecuadamente informado es un derecho legalmente reconocido. Lograr que el paciente sea consecuente es toda una meta de calidad asistencial con repercusiones sobre la salud de los pacientes y la del sistema. Un planteamiento más avanzado exige que el paciente sea el eje del sistema. En esta línea, varias revistas médicas han publicado

⁷ RATHERT C, BRANDT J, WILLIAMS ES. Putting the «patient» in patient safety: a qualitative study of consumer experiences. Health Expect [Internet]. 2011 may 30 [citado 2012 feb 22]; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21624026>

conjuntamente una declaración de los principios éticos que deben gobernar la profesión médica en los inicios del nuevo milenio:

- Primacía del bienestar del paciente
- Autonomía
- Justicia social

Entonces, en resumen, otro de los aspectos claves que justifica la investigación de la percepción de seguridad por parte de los pacientes surge de la idea de involucrar y comunicarse con los pacientes para el desarrollo de servicios más seguros basado en la idea de que los pacientes pueden contribuir considerablemente a generar entornos de atención con mayores niveles de seguridad.

Por eso, con intervenciones que contemplen involucrar a los pacientes en reuniones y foros de discusión para priorizar asuntos de seguridad y recogiendo aportes de representantes de los pacientes pueden diseñarse sistemas de información de eventos adversos y variadas estrategias para aprender de esos eventos. En otro orden, cultura, lenguaje y comunicación son barreras que tienen un gran potencial para dar lugar a malentendidos mutuos entre los pacientes y sus proveedores de atención de la salud. Se ha reportado que las posibilidades de que los pacientes hablen sobre sus preocupaciones en salud y tomen roles activos en la atención depende fuertemente de la calidad de la relación médico paciente, particularmente de las actitudes y las habilidades comunicacionales.

En otro artículo Mirá⁸ señala que mejorar la comunicación con el paciente contribuye a reducir errores, lo que refuerza el papel de programas para incrementar la seguridad que fomentan un rol más activo en el paciente. Entonces, es deseable que las organizaciones se provean de un sistema formal para recoger “la voz del paciente”.

Todos los aspectos anteriores, junto con otros, deberían ser tenidos en cuenta en el proceso de atención-cuidado. La atención centrada en la persona, considerando el contexto social, los aspectos psicológicos, biográficos y suficientemente lejos de un enfoque meramente biomédico, representa un gran avance en ese sentido. Esta visión, además, trata de establecer una relación de confianza con comunicación sincera y de calidad, en la que pueda establecerse una alianza terapéutica compartiendo las decisiones acerca de estrategias de diagnóstico y tratamiento. Como resalta Zulma Ortiz ⁹ “Los pacientes que no participan en el proceso de decisión, ni están informados, tienen una menor probabilidad de aceptar el tratamiento elegido por el médico y de hacer lo que es necesario para permitir que el tratamiento dé resultado.” Por otro lado, el enfoque de atención centrada en la persona es moralmente correcto y aceptable, como señalan Duggan y Colaboradores¹⁰ en una notable publicación al respecto.

⁸ MIRA JJ, LORENZO S, VITALLER J, ZIADI M, ORTIZ L, IGNACIO E, et al. El punto de vista de los pacientes sobre la seguridad clínica de los hospitales: Validación del Cuestionario de Percepción de Seguridad. Revista médica de Chile. 2009 Nov;137(11):1441–8

⁹ ORTIZ, Z, “Un paciente informado, es un paciente seguro”. Instituto de Investigaciones Epidemiológicas. Academia Nacional de Medicina, Buenos Aires. Enero, 2007. Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar>

¹⁰ DUGGAN et al. The moral nature of patient-centeredness: Is it “just the right thing to do”? Patient Education and Counseling 62 (2006) 271–276.

El trabajo de Duggan se inserta dentro de esa segunda línea de investigaciones centradas en el discurso de los pacientes sobre la atención sanitaria que, en definitiva, busca implicarlos en las distintas fases del proceso asistencial, incluida la toma de decisiones clínicas, como estrategia para incrementar la seguridad.

Existen pocos antecedentes en la literatura internacional y considerablemente menos en este medio acerca de la percepción de seguridad de los pacientes con abordajes cualitativos. Sin embargo, se sabe que otorgan otra perspectiva: Hoff¹¹ en un artículo publicado en la Revista de Calidad y Seguridad del paciente, señaló la necesidad de estudiar la seguridad del paciente desde enfoques cualitativos como complemento (y no sustituto de) abordajes cuantitativos.

En función de todo lo referido es que se busca indagar sobre ¿Cuál es la diferencia percibida por el usuario/paciente sobre la seguridad en el sistema de salud y el concepto de seguridad definido desde el sistema de salud? con la hipótesis de que existe una brecha entre lo percibido y lo definido en el sistema de salud respecto de la dimensión de satisfacción, seguridad del paciente.

2. OBJETIVOS DEL TRABAJO

A los efectos del presente trabajo se buscará lograr el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- Conocer la percepción de los usuarios del sistema de salud en Bahía Blanca sobre la dimensión seguridad.
- Describir las percepciones de los usuarios sobre la dimensión mencionada.
- Describir el concepto desde el sistema de salud
- Describir la brecha entre ambos.

3. REFERENCIAL TEORICO

Con el fin de realizar un análisis pormenorizado de la temática, se estudiaron los siguientes tópicos: cómo la percepción condiciona la interpretación del concepto de seguridad y satisfacción en usuarios de servicios de salud y la necesidad de articular las políticas de salud en relación a quienes son destinatarios de las mismas.

Otro aspecto analizado es el vínculo entre la administración y el ámbito de la salud.

3.1.- ADMINISTRACION, PERSONAS Y PERCEPCION

En este punto se busca analizar como la percepción influye en el comportamiento de las personas (usuarios), que son en definitiva los actores destinatarios de las ideas de administración en salud.

Etimológicamente a palabra Administración viene del latín "Administratione" que significa acción de administrar y el término de administrar esta compuesto por dos vocablos: ad y ministrare, que significa conjuntamente "servir", llevando

¹¹ HOFF TJ, SUTCLIFFE KM. Studying patient safety in health care organizations: accentuate the qualitative. Jt Comm J Qual Patient Saf. 2006 ene;32(1):5–15.

en forma implícita en su sentido que es una actividad cooperativa que tiene el propósito de servir.

Si recurrimos a una búsqueda bibliográfica encontramos que la administración puede definirse de diversas formas, al igual que sucede con otras áreas del conocimiento, pero es posible reconocer sus aspectos más importantes a través del análisis de las principales características que han dado y expresado diversos autores.

La administración, entonces, puede ser entendida como la disciplina que se encarga del manejo científico de los recursos y de la dirección del trabajo humano, enfocado a la satisfacción de un interés.

Cuando se habla de administración, siempre se debe pensar en el ser humano y por lo tanto su marco de referencia, principios, medios y su dinamismo se los da él. Por su aplicación debe estar siempre concebida y orientada en términos humanos, por ello sus sistemas deben ser regidos por normas que los consideren, puesto que no puede haber un verdadero esfuerzo cooperativo permanente si tales factores no constituyen la médula o lo más importante.

La coordinación de ideas y voluntades de acción sólo se logra en forma continuada, cuando los componentes coadyuvan para alcanzar un objetivo común.

Desde una doble mirada podría entenderse a la administración como disciplina y como proceso. Como disciplina es un organismo acumulado de conocimientos que incluye principios, teorías, conceptos, etc. y como proceso comprende funciones y actividades que los administradores deben llevar a cabo para lograr los objetivos de la organización. Por lo que se define a la administración como una ciencia social compuesta de principios, técnicas y prácticas.

Tal lo analizado, al tener el ser humano un rol fundamental en la administración se deberían tener en cuenta ciertas particularidades de su comportamiento ya que ellas influyen en ese rol. Específicamente se hace referencia a la percepción, tema objeto de estudio en el presente trabajo, para lo cual es pertinente hacer referencia a aproximaciones teóricas relativas al proceso de percepción en el hombre y como éste se produce en diferentes grupos generando visiones compartidas de la realidad.

Al ser el hombre un ser social que percibe e interpreta el mundo a partir de los significados aprendidos producto de su interacción con el contexto en el cual se constituye posibilita el proceso de humanización, este según los estímulos a los que sea expuesto.

Hay un interjuego dialéctico entre lo biológico y lo social, de éste emerge una singular constitución subjetiva, con un singular sistema de creencias. En cada contexto o grupo social se crean herramientas, técnicas, símbolos, significados y una visión de la realidad consensuada. Desde una perspectiva cognitiva el hombre puede ser pensado como un procesador de símbolos, con un hard, su base material (el cerebro) , y un soft, sus programas para procesar la información.

Si pensamos en una tribu del Amazonas procurándose su supervivencia y en un individuo de un país desarrollado, sus sistemas de creencias serán diferentes, lo mismo que sus formas de curar, trabajar, organizarse socialmente, en esto toma relevancia fundamental la percepción, ya que no sólo esta limitada por lo biológico, si poseemos o no visión, olfato, gusto, tacto o audición, sino en la interpretación singular de la realidad. Lo que para un

grupo es adecuado, para otro no lo es, y es en este punto en el cual observamos que siempre interpretamos al percibir.

No hay percepción sin una concomitante conceptualización de lo que percibo. Como ya se ha mencionado al inicio del presente trabajo, la percepción es el proceso por el cual se reúne e interpreta la información, es el enlace mediador entre el individuo y su ambiente.

El flujo sensorial es organizado, categorizado por el sistema de creencias, para el aparato perceptual no hay hechos puros y simples. Estamos inmersos en un mundo de sensaciones. Si fuéramos liberados totalmente al plano de la sensación nos sentiríamos desconcertados y perdidos. La conceptualización nos brinda un sentido de orden, constancia y regularidad en el mundo. Cuando un órgano percibe un estímulo externo desencadena impulsos nerviosos hacia el cerebro, donde el flujo es procesado y se da una respuesta que no depende del ambiente, sino de la interpretación que el organismo le da a ese estímulo.

Al percibir a los demás, nos formamos una impresión acerca de los otros calibrándolos. Buscamos determinar a que grupo pertenece, averiguar datos tales como de que se ocupa, roles, edad, sexo, clase social y ocupación. Solo de este modo podemos abordar la situación y determinar que nos cabe esperar de ellos y que es probable que ellos esperen de nosotros. Vander Zanden¹² en su libro menciona que Solomon Asch en 1946 determina a partir de una investigación realizada con estudiantes que las personas organizan sus percepciones a partir de una dimensión o rasgo organizador central, más fuerte que las restantes que tiene un mayor efecto sobre la evaluación global del otro. La conclusión de Asch fue que diferentes tipos de información acerca de una persona tienen también distintos niveles de importancia en la formación de impresiones sobre ella. De acuerdo con el modelo de la suma cada nuevo fragmento de información favorable aumenta el atractivo que una persona tiene para nosotros. Dos rubros de información favorable siempre producirán una impresión más favorable que uno solo de ellos. En cambio de acuerdo con el modelo del promedio el nuevo fragmento de información favorable, no tendrá un efecto favorable salvo que esa característica posea para nosotros mayor valor que la ya conocida. Entonces el efecto quedará diluido. Si el nuevo rasgo descubierto tiene igual valor que el anterior no se modificara nuestra impresión. Y si es menos valorado que el alto promedio anterior disminuirá ese promedio y por ende en atractivo general de la persona.

Si conocemos una de las características de un individuo, presumimos que posee también algunas otras características. A esto se lo denomina efecto de halo. Se tiende a considerar que una persona que posee una serie de cualidades que se consideran valiosas es valioso en todos los demás aspectos. Por ejemplo si juzgamos que una persona es bella y no fea, es probable que consideremos que también es buena, alegre no melancólica, inteligente y no torpe y no vulgar.

Según Asch en Vander Zanden, si se elaboran dos listas con categorías ordenadas, en una presentando primero los rasgos positivos, la impresión que se formará será más favorable que si el mismo listado, comienza con los rasgos desfavorables. Llamamos efecto de precedencia al fenómeno por el

¹² VANDER ZANDEN JAMES. Manual de Psicología Social. Cap II. Ediciones Paidós Ibérica. 1990

cual la información obtenida con anterioridad colorea nuestra percepción de la ofrecida subsiguientemente.

En un estudio que realizó A.S. Luchins¹³ se observó que las primeras impresiones que se obtienen de una persona son aquellas que tienden a perdurar en el tiempo. Esto se lo llama perdurabilidad de las impresiones iniciales. Y Luchins comprobó además que tendemos a ser influidos por lo que acabamos de presenciar. Esto suele suceder cuando ya estamos familiarizados con un individuo y obtenemos con posterioridad una serie de datos acerca de él de otra área nueva de su vida.

Distintas personas tienden a organizar su percepción con dimensiones diferentes. No todos asignamos la misma importancia a rasgos como la riqueza material, el atractivo físico, la inteligencia, la agilidad atlética, el esmero, la religiosidad, etc. Cada sujeto tiende permanentemente a ver a los otros desde su propia perspectiva, así pues los patrones utilizados para evaluar a los demás dependen en mayor medida del carácter singular del perceptor que del carácter singular del percibido.

Es un hecho conocido que no todos percibimos e interpretamos la realidad de la misma manera. Los acontecimientos que se producen en nuestra vida diaria, las informaciones que nos llegan, las relaciones que establecemos, etcétera, suelen presentar un cierto grado de ambigüedad.

Esta ambigüedad favorece a que cada persona se forme su propia opinión y elabore su particular visión de la realidad social. Pero sería un grave error considerar que la elaboración de una visión personal de la realidad constituye un proceso meramente individual e idiosincrásico. Las inserciones del individuo en diversas categorías sociales y su adscripción a distintos grupos condicionan, en gran manera, la elaboración que cada individuo puede hacerse de la realidad social, generando visiones compartidas de dicha realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos.

Es decir, cada individuo se forma su particular visión de la realidad, pero lo hace mediante los conceptos que le proporciona la sociedad en la que vive, y enmarcándolos en el sistema de valores de la cultura a la cual pertenece. Se podría decir que la cultura y la sociedad proporcionan, en forma de representaciones colectivas, la matriz a partir de la cual las personas producen sus representaciones individuales. Estas representaciones constituyen la realidad que percibe e interpreta cada individuo.

La realidad, tal y como cada individuo la interpreta, es la única realidad que puede tener unos efectos sobre él, y es en función de ella que la gente actúa. Para modificar los comportamientos o actos de los individuos habrá que incidir en el proceso de construcción subjetiva de la misma, y ello implicará tener que modificar la vivencia de esa realidad, la experiencia.¹⁴

3.2.- ADMINISTRACION Y SALUD

3.2.1.- ACERCA DE LAS ORGANIZACIONES DE SALUD

Las organizaciones de salud constituyen sistemas sociales abiertos, complejos y dinámicos; entendidos como conjuntos de elementos vinculados entre sí, con

¹³ LUCHINS A.S., Primacy – recency in impresión formation. Yale university press. 1957

¹⁴ VANDER ZANDEN. Manual de Psicología Social. Cap II. Percepciones y atribuciones sociales.

objetivos determinados, que desarrollan interrelaciones que los enriquecen, y que funcionan dentro de una frontera o límites conocidos, abarcados por un contexto mayor que los afecta y por el cual son influidos también. El resultado del sistema muestra un efecto sinérgico respecto del aporte individual de sus componentes.

El sistema de salud, en su conjunto, se ha descrito en la literatura específica como un sistema abierto compuesto por tres subsistemas que interactúan entre sí: el de los estados de salud de los individuos (heterogéneo y heterónimo); el del aparato de producción y distribución de cuidados (atravesado por un modelo sociocultural dominante que es la autoridad del médico) y por último, el de los mecanismos de cobertura de gastos (dominado por los organismos aseguradores, como el Estado).

Asimismo, en función de las características que adquiere la noción de poder en las instituciones de salud, se puede decir que éstas son organizaciones de servicios, en las que el principal beneficiario es el cliente-paciente; signadas por medios de control normativo; y con una misión institucional que le viene impuesta por la participación en el sistema sanitario general, además de tener sus propios objetivos internos.

Las organizaciones de salud públicas en particular, presentan además rasgos distintivos especiales, a saber: estar dirigidas a prácticamente toda la población (aunque se produce un reparto natural del mercado con base geográfica y actúan en forma complementaria con otras prestaciones); atender colectivos y necesidades no rentables para la asistencia sanitaria privada por ser el derecho a la salud algo fundamental de toda la población; los usuarios no pueden medir la calidad del servicio en función del precio pagado, puesto que este no existe; sus objetivos económicos deben llegar apenas al umbral de rentabilidad con grados de calidad y productividad aceptables.

En términos de las configuraciones estructurales de Mintzberg, la necesaria especialización de las funciones del hospital obliga a diferenciar las actividades y da lugar a una división funcional, que comporta descomponer el flujo de actividades. Tal como lo describe Varo¹⁵ (1994), la división funcional se establece según una función asistencial y una función auxiliar. La primera desarrollada por los departamentos médicos y de enfermería, y la segunda por las actividades de gestión, auxiliares y de servicios. Asimismo, el mecanismo de coordinación más apropiado para alcanzar un mayor grado de eficacia en las organizaciones de salud es la supervisión funcional directa de los médicos sobre la mayor parte de las actividades relacionadas con tal función.

De esta forma la configuración del poder imperante en las organizaciones de asistencia sanitaria es la meritocracia, en la que la distribución de la influencia se basa en un sistema de conocimientos y capacidades, por lo cual la institución debe confiar en los especialistas.

3.2.2.- LA ADMINISTRACION DE ORGANIZACIONES DE SALUD

Los procesos de reformas al sistema sanitario, la dependencia presupuestaria, la creciente demanda de atención en todas las especialidades, el aumento de la población desmutualizada, la necesidad de equilibrar recursos escasos y gastos apremiantes, la calidad de atención brindada como objetivo central de

¹⁵ JAIME VARO, Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria. Editorial Diaz de Santos. 1994.

las organizaciones de salud; son algunas de las razones que han facilitado el desarrollo de los conceptos de gestión en el campo de la salud.

La misión fundamental de una organización de salud está encaminada a la recuperación de la salud, en la cual se comprometen todos los esfuerzos administrativos, técnico-científicos, de investigación bajo la responsabilidad de un equipo humano adecuadamente preparado y seleccionado, en concordancia con lo enunciado por Malagon-Londono, Galan-Morera y Ponton Laverde¹⁶.

Prueba de ello, y debido a la compleja relación y responsabilidad que adquieren las organizaciones de salud ante la comunidad, sumado a la necesidad de hacerla una institución confiable y eficiente, es el hecho de que muchos profesionales del ámbito médico comienzan paulatinamente a incorporarse a las cátedras y cursos de administración y gestión de servicios de salud.

La aplicación de paradigmas administrativos provenientes del sector privado ha aportado algunos enfoques y herramientas interesantes. Desde este lugar, las ciencias de la administración han abierto las posibilidades de actuación, buscando alternativas para este sector con identidad propia y viabilidad de acuerdo a la realidad organizacional pública o privada. No obstante, las dificultades halladas plantean que aún queda mucho camino por recorrer.

Desde los aspectos estratégicos, las organizaciones de salud han adoptado conceptos como planeamiento, reingeniería de procesos, administración por objetivos, enfoques de la calidad total, entre otros. También han sido aplicadas herramientas como presupuestos, planes de desarrollo, análisis de la cadena de valor, evaluación de la gestión de los servicios de salud, análisis de costos, entre las más usuales.

Pareciera ser que, ante el crecimiento de las dimensiones de una organización de salud, se hace más pertinente aun la incorporación de nuevas medidas de gestión. La función esencial de la estructura organizativa es dominar la complejidad de las interacciones entre todos los participantes en la acción de cooperación. El crecimiento de la complejidad conduce a aumentar la jerarquía y la reglamentación, a sofisticar los procedimientos y las estructuras y contribuye a racionalizar y extender la burocracia.

En un entorno cada vez más interdependiente, las respuestas a la complejidad de las interacciones son la simplicidad de las estructuras y procedimientos y la movilización de los recursos humanos que, en lugar de persuadir a las personas, adoctrinarlas, deberá tratar de mejorar las condiciones para que se movilicen por sí mismas.

3.3.3.- SISTEMA DE SALUD Y SATISFACCION

Como ya se ha mencionado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el sistema de salud como el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recobrar o mejorar la salud. Esto abarca las acciones dirigidas a incidir en los determinantes de la salud, así como las orientadas a mejorar la situación sanitaria. En el marco de la definición de la OMS, el sistema de salud abarca, además de los

¹⁶ MALAGON-LONDONO, GALAN-MORERA Y PONTON LAVERDE, Garantía de calidad en salud. Editorial Media Interamericana. 2006

establecimientos sanitarios, el cuidado de la salud en el hogar, los proveedores privados, las campañas para el control de vectores, y las aseguradoras, entre otras, y comprende también acciones que realizan otros sectores y que afectan a la salud¹⁷.

En términos generales, un sistema de salud es entonces, la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población con una distribución justa de recursos

En la Argentina el sistema de salud está segmentado y fragmentado, pudiendo identificarse sectores: *el público*, con financiación y provisión públicas; *el de seguridad social* (sistema de obras sociales y las aseguradoras de riesgos del trabajo), y el sistema privado, que comprende el seguro voluntario prepago, organizado según los cálculos de riesgo actuarial (empresas de medicina prepagada), y a los prestadores independientes y establecimientos particulares que proveen servicios a las entidades aseguradoras y a los usuarios particulares con capacidad de pago.

Si pensamos en los actores en el proceso de toma de decisiones para la definición de políticas, estrategias, objetivos, acciones, en salud a nivel nacional podemos observar que participan: el Poder Ejecutivo a través de sus Ministerios de Salud y Economía, el Congreso, los Gobiernos Provinciales y Municipales, la Seguridad Social, las Prepagas, las Asociaciones de Clínicas, los Colegios Médicos, los Trabajadores de la Salud, los Proveedores de Insumos, las Agencias Multilaterales y los Pacientes.

Esto último nos va acercando al problema que nos ocupa ya que a lo largo de la historia los gestores de salud en la Argentina han tomado algunas de sus decisiones haciendo grandes esfuerzos para interpretar las necesidades de la población respecto de los servicios de salud y de la cobertura que los mismos brindan en las distintas etapas de la vida. Esto ha sucedido tanto en los subsectores público o privado, como en el de los financiadores.

Muchas veces se ha escuchado decir: "...nosotros implementamos este programa porque es lo que nuestra población quiere y necesita...", y mayormente estas disposiciones se han basado en datos del conocimiento empírico o, en el mejor de los casos, en información parcial, cuando no tendenciosa.

En base a esas interpretaciones se han implementado políticas de salud que lógicamente han tenido repercusión en la salud de la población.

Esto también puede observarse si se analiza el rol del usuario en algunas investigaciones donde se puede ver que la opinión del mismo está circunscripta a estudios sobre la tasa de uso de los servicios de salud no preguntándose si esa tasa de uso responde a la satisfacción de necesidades reales o a la sola satisfacción de lo posible en el marco de la oferta de servicios existentes.

La satisfacción del usuario es el resultado de la diferencia entre lo que él esperaba que ocurriera (expectativas) y lo que dice haber obtenido (su

¹⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO's Health System Strengthening Strategy. Geneva:WHO; 2006.

percepción de la experiencia). Como se ha analizado anteriormente, esta brecha se puede caracterizar (medir) a través del estudio de dimensiones como fiabilidad, seguridad o garantía, sensibilidad o capacidad de respuesta, empatía y elementos tangibles¹⁸.

Es decir, teniendo en cuenta que las decisiones que se tomen sobre políticas sanitarias, cualquiera sea el nivel en que se asuman, siempre impactarán de manera directa sobre el paciente, éste tiene el "*derecho moral y ético de participar en forma activa y significativa en la elaboración de dichas políticas*".¹⁹ En resumen, considerando la necesidad de que la planificación en salud sea vista como una política que pueda ser analizada y evaluada a largo plazo, resulta necesario que cada una de las decisiones que se tomen estén fundamentadas en datos fidedignos, tomado conocimiento, entre otras cosas, de lo que verdaderamente la población requiere de los servicios de salud, sin dejar de lado sus expectativas, percepción de satisfacción y sesgos que puedan ocurrir.

3.4.- SEGURIDAD DEL PACIENTE DESDE UNA MIRADA TEORICA

A los efectos del análisis y conceptualización de la idea teórica de seguridad del paciente se realizó una búsqueda bibliográfica no sistemática donde se encontraron 15 artículos, de los cuales revisado título y resumen quedaron 5 que fueron considerados más relevantes por poseer algún tipo de clasificación de la dimensión explorada.

A continuación se compartirán las ideas más relevantes, las cuales versan - entre otras- sobre los errores²⁰ y eventos adversos los cuales denotan existencia o no de seguridad en el paciente.

En el año 2000, el Institute of Medicine publicó el informe "To err is human: building a safer health system" en el que se mostró el número de errores

¹⁸ DÍAZ ROCÍO, "Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios".Rev. Calidad Asistencial 2002; 17 (1): 22 – 9.

¹⁹ IAPO, International Alliance of Patient's Organizations. Declaración Política de IAPO La participación de los pacientes. 2005

²⁰ es habitualmente definido como un acto no intencionado, por omisión o comisión, que es inadecuado para el efecto o resultado que se pretende. Hay una tendencia a suponer que iatrogenia y error son sinónimos, aunque sin embargo no es así, ya que muchos errores (la mayoría) no causan daño, que es el elemento que define la iatrogenia. No obstante, debemos tener en cuenta que un porcentaje muy alto de los actos iatrogénicos deriva de un error. Los errores podemos clasificarlos en: los automáticos y las equivocaciones; los primeros son por lejos los más frecuentes y ocurren sobre aquellas actividades que hacemos sin pensar, de memoria, que forman el grueso de nuestro día de trabajo. Son más influenciados por el trabajo y el estrés y sensibles a corregirse con atención y medidas usuales de prevención como el uso de barreras y redundancia. Las equivocaciones son elecciones incorrectas, ocurren sobre actos que requieren mayor elaboración intelectual, y donde la mayor parte se deben a falta de conocimiento, experiencia o criterio para tomar una decisión. Son más difíciles de prevenir, pues ocurren en máxima concentración y su causa puede involucrar defectos no inmediatos como puede ser la formación universitaria deficitaria. El error latente es otro tipo de error que refiere a aquellas situaciones que si bien no son errores en sí mismas predisponen a que estos tengan lugar. Finalmente están los cuasi errores que son aquellos errores que no llegaron a concretarse porque fueron detectados antes que llegaran al paciente y por ende no producen, por definición, eventos adversos.

médicos evitables que ocurren cada día, analizando su carácter sistémico y planteando estrategias de prevención.

En el 2001 se publicó un informe de la OMS sobre la presencia de efectos adversos en la práctica clínica, en el que se incluyeron recomendaciones para su prevención y abordaje.

En 2004 la Agencia Nacional para Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido realizó un documento titulado "La Seguridad del Paciente en siete pasos". En este mismo año, la Organización Mundial de la Salud puso en marcha la Alianza Mundial de la Seguridad del Paciente, colocando a la seguridad en el medio del debate de políticos, administradores de salud, profesionales del equipo de salud, educadores e incluso pacientes.

En 2005, la Agency for Healthcare Research and Quality presentó una guía acerca de 30 prácticas de seguridad, desarrollada por el National Quality Forum.

En 2008, la OMS elaboró un documento en el que expone la evidencia basada en la epidemiología de la seguridad del paciente y en opiniones de expertos. El grupo identificó 23 tópicos que tienen impacto substancial en la atención médica, detectando aquellos puntos que debieran ser investigados para un estudio más profundo y completo de la seguridad del paciente.

El mejoramiento de la seguridad en la atención de los pacientes en las instituciones de salud se sustenta en el abordaje de la cultura organizacional, el estudio y análisis de los errores y la implementación de soluciones que permitan fortalecer las barreras del sistema y minimicen el riesgo de ocurrencia de eventos adversos que pongan en riesgo la salud, e incluso la vida de los pacientes.

En la Argentina la seguridad del paciente está ganando la atención de la población, del ámbito académico y del gobierno de una manera embrionaria y lenta, pero creciente.

En los últimos años, se ha realizado un intenso trabajo con la Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. [*Sancionada: Octubre 21 de 2009 Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009*]. Los derechos del paciente, constituyen premisas esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, y son los siguientes: asistencia, trato digno y respetuoso, intimidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria, interconsulta médica.

4. ASPECTOS METODOLOGICOS

FICHA TECNICA

Diseño: Estudio cualitativo-cuantitativo

Método de abordaje: Grupos focales

Población: Pacientes adultos de ambos sexos internados en el Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero y en el Hospital de la Asociación Médica de Bahía Blanca "Dr Felipe Glasman", de la ciudad de Bahía Blanca.

Criterios de inclusión: Fueron incluidos pacientes adultos (mayores de 18 años) que estuvieron internados entre el 1° de enero de 2010 y 31° de diciembre de 2010 en los hospitales anteriormente mencionados y que aceptaron participar de los grupos focales a través de un consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Se excluyeron aquellas personas con enfermedades que cursan con deterioro cognitivo que impidan la comprensión de alguna situación inherente al estudio.

Variable principal: Concepto teórico de seguridad del paciente vs percepción de seguridad que tiene el mismo

Variables secundarias:

Edad (variable ordinal - categoría de edad)

Sexo (variable nominal dicotómica)

Nivel de instrucción (variable ordinal - categorías)

Internaciones previas SI Cuántas (variable numérica discreta u ordinal [por categorías])
NO

Hospital donde estuvo internado (variable nominal dicotómica)

Servicio en el que permaneció (variable nominal)

Para avanzar con el abordaje metodológico, se realizó una revisión no sistemática de literatura con dos objetivos:

1. *Elaborar un marco teórico para obtener elementos para la delimitación del universo de estudio, dimensiones y categorías.* Presentado en el referencial teórico

2. *Selección de dimensiones y propuesta de ítems a partir de resultados*

Mediante metodología cualitativa (grupos focales), se recabaron y analizaron puntos de vista de los pacientes sobre la atención médica en general y la seguridad del paciente en particular. El objetivo principal del trabajo con grupos focales fue recolectar información acerca de las actitudes, sentimientos, creencias, representaciones, experiencias y reacciones de los participantes respecto de la seguridad percibida durante su internación.

Como primer paso, se obtuvo el registro completo de pacientes internados entre el 1° de enero de 2010 y 31° de diciembre de 2010 del Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero de Bahía Blanca (HMALL) y el Hospital de la Asociación Médica Felipe Glasman (HAM) en los servicios de clínica médica y cirugía. El muestreo fue no probabilístico. La convocatoria se realizó con invitaciones telefónicas a pacientes de dicho listado, donde se les daba una explicación breve del motivo del encuentro. La tasa de respuesta fue menor al 10%.

El número de grupos focales se decidió por saturación. En todos los casos se trató de pacientes adultos (mayores de 18 años) atendidos en los servicios mencionados en el párrafo anterior, que hubiesen sido dados de alta en el último año y no padecieran enfermedades con deterioro cognitivo que impidiera la comprensión de alguna situación inherente al estudio. Se facilitaron recursos de transporte para el traslado al lugar donde se realizaban y se ofreció un refrigerio en cada uno de los encuentros.

Los grupos fueron homogéneos en cuanto al hospital en el que se internaron y al motivo de internación:

- Grupo focal 1: Pacientes internados en el HAM, motivo de internación quirúrgico.
- Grupo focal 2: Pacientes internados en el HAM, motivo de internación clínico.
- Grupo focal 3: Pacientes internados en el HMALL, motivo de internación quirúrgico.
- Grupo focal 4: Pacientes internados en el HMALL, motivo de internación clínico.

El número de participantes varió entre 4 y 8 por grupo focal, sumando un total de 23 pacientes. Cada grupo focal contó con un moderador y al menos 2 observadores que apuntaron lenguaje no verbal de los participantes. Los grupos fueron grabados en audio y video (previo consentimiento informado). La duración de cada sesión de grupo focal fue aproximadamente de una hora.

Es importante destacar que el diseño de esta investigación fue realizado respetando lo estipulado en la Declaración de Helsinki. Todos los pacientes incluidos completaron un consentimiento informado antes de la participación en grupos focales (“grupos de discusión”) y aprobado por el Comité de Bioética del HMALL.

La secuencia de trabajo para cada grupo focal fue la siguiente:

- a. Presentación del grupo, de la metodología del encuentro y aplicación de un consentimiento informado. Aclaración del carácter anónimo y confidencial tanto de la discusión como de los resultados.
- b. Discusión sobre el tema a tratar guiado por un moderador que realizaba las preguntas disparadoras y facilitaba la interacción entre los miembros del grupo.

La técnica de los grupos focales se basó en abrir un coloquio semidirigido mediante algunas preguntas disparadoras realizadas por el moderador. El tópico que se utilizó para abrir el debate fue: “Me gustaría que cada uno comentara por qué estuvieron internados y cuál fue su experiencia durante la internación”. Otras intervenciones que se realizaron en todos los grupos focales fueron las preguntas: “¿En algún momento se les explicó el estudio, el tratamiento médico o quirúrgico que se les iba a hacer, la anestesia que se iba a utilizar, etc?, ¿Tuvieron la oportunidad y se sintieron con confianza para preguntar las dudas que les surgieron? ¿Sus dudas fueron respondidas?, ¿Hubo alguna explicación que no entendieron por la forma o las palabras utilizadas?, ¿Se sintieron partícipes a la hora de tomar alguna decisión en lo que respecta a su situación de salud?, ¿Tuvo dolor durante la internación?, ¿Sintió que fue tratado adecuadamente por el equipo de salud?, ¿Piensan que en algún momento de su atención hubo alguna equivocación?” Además de las anteriores, se formularon preguntas específicas destinadas a ahondar sobre alguna cuestión que estuviera siendo debatida.

- c. Cierre del encuentro.

Para el tratamiento de la información obtenida sumado al rastreo efectuado de la literatura, se identificaron dominios y categorías que ordenaron y clasificaron los conceptos aportados por los participantes. Teniendo en cuenta los dominios y categorías obtenidos, se construyó una matriz en la que se volcaron los datos transcritos. El criterio de análisis fue la espontaneidad (número de veces que un mismo concepto fue mencionado, de forma independiente, por distintos participantes de los grupos, sin cálculos de porcentaje).

A continuación se enuncian los criterios de análisis: Relación equipo de salud-paciente, Comunicación y toma de decisiones compartidas, Confianza, Contención, Derechos del paciente, Respeto, Trato humanitario, Autonomía, Calidad del proceso de atención, Vulnerabilidad y Eventos adversos y error

5. RESULTADOS

Se realizaron 4 grupos focales, uno por cada servicio de cirugía y clínica de cada uno de los hospitales abordados.

El número de participantes varió entre 4 y 8 por grupo focal, sumando un total de 23 pacientes. El análisis de los grupos focales fue realizado por los miembros del equipo investigador con la colaboración de una profesional especializada en técnicas de investigación cualitativas. Todos los

investigadores escucharon los grupos, transcribieron los encuentros y leyeron reiteradas veces las transcripciones. Se prestó atención al lenguaje no verbal aportado por los observadores y el video. A partir de esto se construyó una matriz con dominios y categorías de análisis surgidas a partir de los grupos focales y el análisis de la literatura.

A continuación, se extractaron elementos de la matriz y se redactaron frases relevantes que nos acercaron a la percepción de seguridad que denotaron los participantes presentados por dominios y criterios.

Relación equipo de salud-paciente

Comunicación y toma de decisiones compartidas

Conozco el nombre del médico/a que me atendió la mayor parte del tiempo.

Conozco el nombre del enfermero/a que me asistió la mayor parte del tiempo.

Durante mi internación me llamaron por mi nombre la mayor parte del tiempo.

El personal de salud conoce mi estado de salud (Comunicación y [...], Contención).

Me preguntaron cosas que yo ya había contado en otra ocasión o estaban en mi historia clínica.

Quiero saber qué sucede con mi estado de salud durante la internación.

Prefiero no conocer todos los detalles de mis problemas de salud.

Recibí información frecuente sobre mi estado de salud durante el proceso de atención.

Me preguntaron cosas que me angustiaba responder

Los médicos/enfermeras no tuvieron en cuenta alguna información que les di acerca de mí

Cuando eso pasó tuvo consecuencias negativas para mi salud.

El personal de salud respondió a todas las preguntas que realicé.

La información que me brindaron fue clara.

El médico/a me dio las indicaciones por escrito.

El médico/a hizo dibujos y esquemas para explicarme.

Me sentí satisfecho/a con la información recibida.

Me sentí cómodo a la hora de preguntar mis dudas.

Me quedaron dudas con respecto a algún procedimiento o a mi problema de salud.

Sentí que el médico no me iba a querer contestar la pregunta o me iba a “esquivar”.

Distintos médicos/as me dijeron cosas distintas sobre mi problema de salud.

Recibí más información sobre mi salud por otras fuentes (internet, amigos, vecinos) que por las personas que me atendieron.

La información sobre mi salud fue administrada a mi acompañante o familiar y él/ella me la comunicó a mí.

Los médicos/as me aconsejaron sobre cuál era la mejor opción que debía elegir para mi salud dentro de las posibles.

Preguntaron mi opinión sobre el/los procedimientos que pensaban que debían realizarme.

Sentí que mi opinión fue tenida en cuenta.

Recibí explicaciones sobre los procedimientos diagnósticos y de tratamiento que iban a hacerme antes de que se realizaran.

Pidieron mi consentimiento antes de realizar algún tipo de procedimiento.

Creo que mi médico debería tomar todas las decisiones sobre mi salud.

Sentí que podía tomar una decisión sobre mi salud porque tenía toda la información necesaria.

Estuve de acuerdo con efectuar todos los procedimientos que me realizaron.

Cuando no estuve de acuerdo, me ofrecieron otras opciones.

No pude participar en la decisión sobre el procedimiento que me realizaron.

Me hicieron un procedimiento del que nunca me habían hablado.

Sintió que podía preguntar / despejar dudas

Sentí que el médico no me iba a contestar la pregunta o me iba a “esquivar”

Confianza

Durante mi internación confié plenamente en el equipo de salud.
Siento que no puedo confiar en todos los integrantes del equipo de salud.
Confío completamente en mi médico y dejo que él tome las decisiones.
Confío en mi médico aunque no me trate como yo quisiera.
Me siento seguro porque confío en el equipo que me atiende.
No me siento cómodo cuando me atiende un médico que no conozco.

Contención

Me sentí siempre acompañado (en la sala, antes y después de entrar al quirófano)
El personal de salud siempre estuvo cuando los necesitaba.
El médico vino a visitarme a la habitación suficientes veces.
El personal de salud se mostró preocupado por mi bienestar y comodidad.
Me sentí cuidado durante el proceso de atención.
El personal de enfermería controló mi salud continuamente durante mi internación.
Recibí cariño y apoyo por parte del personal de salud.
El personal de salud siempre se comportó de forma adecuada.
Sentí que el personal estaba capacitado para desempeñar su función.
Me sentí escuchado y comprendido.

Derechos del paciente

Respeto. Trato humanitario

Me sentí respetado por el equipo de salud en todo momento.
Siempre me trataron como un ser humano.
Me sentí maltratado por algún miembro del equipo de salud.
El personal de salud se refirió a mí en forma despectiva.
Algún miembro del equipo que me atendió se burló de mí persona.
En alguna ocasión me sentí un objeto, un número.
Sentí que en algún momento no respetaron mi privacidad.
Me sentí incómodo al menos una vez por situaciones de exposición física.
Sentí pudor en algún momento de mi internación.
El personal de salud me hizo pasar vergüenza.
En alguna oportunidad entraron a mi habitación sin golpear o pedir permiso.
En algún momento sentí que mi intimidad no fue respetada.
En general, los profesionales que me atendieron me llamaban por mi nombre o apellido.
Mi confidencialidad no fue respetada al menos una vez.
En algún momento noté que el médico estaba de mal humor.
Sentí que en alguna oportunidad al médico no le interesaba atenderme.
Me pidieron permiso cada vez que me revisaron.
Me molestó que me revisaran muchas veces.

Autonomía

Mi opinión fue tenida en cuenta en la decisión final sobre la realización de procedimientos (diagnósticos y de tratamiento)
Firmé un consentimiento informado antes de todos los procedimientos que me realizaron.
Sentí que podía negarme en caso de no querer realizarme un procedimiento.
Fui forzado a realizarme algún procedimiento.
Prefiero no saber sobre el procedimiento que me van a realizar.
Pude participar en la decisión sobre lo que me hicieron.

Calidad del proceso de atención

Me preguntaron qué pensaba sobre la atención recibida durante mi internación.
Pude descansar cómodamente durante mi internación.
Noté que el equipo de salud estaba bien organizado.
Conozco la especialidad del médico que me atendió en el hospital.

En el servicio de emergencias fui atendido por médicos emergentólogos y en UTI por terapistas.

Considero que mi problema de salud fue resuelto con éxito.

En alguna ocasión fui movilizado y/o trasladado en forma brusca.

Tuve que esperar más tiempo del que hubiese querido para recibir atención.

Todos los procedimientos fueron realizados en tiempo y forma

Tengo problemas para conseguir turno con el médico.

Me hicieron todos los estudios que necesitaba.

Tuve problemas para hacerme los estudios a tiempo por falta de turnos.

Tuve la posibilidad de elegir al médico que me iba a tratar.

Observé que faltaban recursos o insumos en el hospital

Me pareció que la cantidad de médicos atendiendo en el hospital no fue suficiente.

Pienso que el personal de salud se encuentra muy agotado.

Tuve problemas al momento de autorizar los estudios que me recomendó el médico.

Creo que la limpieza del hospital es importante.

La higiene del lugar donde estuve internado fue adecuada.

Me sentí molesto por ruidos que escuché durante mi internación.

Durante mi internación presencié situaciones incómodas o impactantes.

La atención es mejor cuando conozco de hace tiempo al médico que me atiende.

Existe buena comunicación entre los miembros del equipo de salud.

El trato entre los integrantes del equipo de salud fue cordial.

Fui bien atendido por todo el personal de salud.

Vulnerabilidad

El personal de salud siempre respondió a mis pedidos.

Tuve dolor durante la internación.

El personal de salud me dio la medicación necesaria para no tener dolor.

En general no me siento seguro dentro de un hospital.

Confío en que me administran la medicación correcta.

Eventos adversos y error

Siempre pregunto que es lo que me están dando antes de ingerir una medicación.

No recibí la cantidad adecuada de calmantes.

El médico tenía dudas sobre las decisiones que debía tomar

El médico se equivocó de paciente

El tratamiento que me hicieron salió mal

Un médico no puede dudar cuando decide un tratamiento

En alguna ocasión no supe si era correcta la medicación que me dieron.

El médico realizó los tratamientos que eran necesarios

El médico se confundió en el diagnóstico

El personal de salud hablaba por celular cuando atendía a los pacientes

Noté que algún miembro del equipo de salud no estaba suficientemente atento

Recibí un medicamento que no era el indicado

Sufrí un efecto secundario a causa del medicamento que me dieron

Sufrí complicaciones por el estudio que me realizaron

Me volvieron a operar al poco tiempo por una equivocación del equipo de salud

Me repitieron innecesariamente un estudio o procedimiento.

Se olvidaron de darme mi medicación

Se olvidaron que tenía alguna enfermedad

Fui confundido con otro paciente, al menos una vez.

Los médicos no supieron lo que tenía.

El personal de salud se veía cansado.

El personal de salud estaba siempre ocupado para atenderme.

Tuve una inflamación de una vena (flebitis) donde tenía el suero.

Me contagié una infección dentro del hospital
 Tuve un sangrado prolongado después de una operación o cateterismo.
 Fui llevado a Terapia Intensiva por una complicación
 Tuve una escara durante mi estancia en el hospital.
 Tuve que ser reoperado al poco tiempo de una cirugía inicial.
 Me lastimé (fractura, herida, moretón) porque me caí dentro del hospital.
 No toleré una transfusión sanguínea.
 Fui operada del lado equivocado
 En algún momento de mi internación sentí miedo de que pudiera ocurrir algún error que me afectara
 Involucrar a mi familia en lo que respecta a mi atención es una buena forma de evitar posibles errores.
 Si cuantificamos los enunciados se pueden resumir de la siguiente manera.

DIMENSIÓN/CATEGORÍA	CANTIDAD DE ENUNCIADOS
Relación equipo de salud-paciente	40
Comunicación y toma de decisiones compartidas	34
Confianza	6
Contención	10
Derechos del paciente	24
Respeto. Trato humanitario	18
Autonomía	6
Calidad del proceso de atención	25
Vulnerabilidad	5
Eventos adversos y error	22
TOTAL	116

6. CONSIDERACIONES FINALES

A partir del análisis realizado sobre los resultados obtenidos en los grupos focales se puede advertir que en forma recurrente los pacientes caracterizaron la idea de seguridad en el dominio relación equipo de salud-paciente en la categoría comunicación y toma de decisiones compartidas, por sobre las otras categorías analizadas, en el mismo dominio, enfatizando el carácter personalizado de la relación con los diferentes agentes de salud intervinientes en el proceso de salud. Algunas frases que ilustran la situación descripta son por ej. “Durante mi internación me llamaron por mi nombre, la mayor parte del tiempo”. Otro elemento que se torna relevante en la misma categoría es la obtención de información sobre el proceso en el cual se encuentra implicado, algunas frases que grafican esta condición, son por ej. “Recibí información frecuente sobre mi estado de salud, durante el proceso de atención” “El personal de salud respondió a todas las preguntas que realicé” “La información que me brindaron fue clara”. “El médico/a me dio las indicaciones por escrito”. “El médico/a hizo dibujos y esquemas para explicarme”. “Me sentí satisfecho/a con la información recibida”. “Me sentí cómodo a la hora de preguntar mis dudas” “Preguntaron mi opinión sobre el/los procedimientos que pensaban que debían realizarme”. “Sentí que mi opinión fue tenida en cuenta”. “Recibí explicaciones sobre los procedimientos diagnósticos y de tratamiento que iban a hacerme antes de que se realizaran”. “Pidieron mi consentimiento antes de realizar algún tipo de procedimiento”. Se advierte una marcada recurrencia sobre la obtención de información y la posibilidad de darle valor a las opiniones de los pacientes sobre los caminos a seguir probables, una vez que se les había administrado la información necesaria. Para los pacientes entrevistados en esta investigación, el concepto de seguridad no se limita a la ausencia de errores, sino que comprende aspectos como confianza, comunicación, información y participación. Respecto a la información, los pacientes demandan una formación de los profesionales en habilidades de comunicación. Como así una mayor participación en el propio proceso asistencial. Con relación a la sub categoría contención del mismo dominio, algunas frases que la caracterizan son “Recibí cariño y apoyo por parte del personal de salud.” “Me sentí escuchado y comprendido”. “El personal de salud se mostró preocupado por mi bienestar y comodidad”. En relación a la sub categoría confianza, algunas frases nos muestran como en este dominio se la ha caracterizado “Durante mi internación, confié plenamente en el equipo de salud.” “Confío completamente en mi médico y dejo que él tome las decisiones.” “Confío en mi médico aunque no me trate como yo quisiera.” Es destacable que desde una mirada cuantitativa hubo menor cantidad de referencias y calificaciones en el dominio Relación equipo de salud paciente en las sub categorías confianza y contención, siendo de mayor pregnancia y reiteración la sub categoría comunicación y toma de decisiones compartidas. Es importante destacar en este contexto de resultados las apreciaciones de la investigación realizada por Duggan y Colaboradores en la que arriban a que, los pacientes que no participan en el proceso de decisión, ni están informados,

tienen una menor probabilidad de aceptar el tratamiento elegido por el médico y de hacer lo que es necesario para permitir que el tratamiento dé resultado.” Por otro lado, el enfoque de atención centrada en la persona es moralmente correcto y aceptable, como señalan estos autores. Por otra parte se ha reportado que las posibilidades de que los pacientes hablen sobre sus preocupaciones en salud y tomen roles activos en la atención depende fuertemente de la calidad de la relación médico paciente, particularmente de las actitudes y las habilidades comunicacionales. En otro artículo Mirá señala que mejorar la comunicación con el paciente contribuye a reducir errores, lo que refuerza el papel de programas para incrementar la seguridad que fomentan un rol más activo en el paciente. Entonces, es deseable que las organizaciones provean de un sistema formal para escuchar “la voz del paciente”. Podemos decir que cuando se habla de administración en servicio de salud, siempre se debe pensar en el ser humano y por lo tanto su marco de referencia, principios, medios y su dinamismo los debería definir esta condición. Su aplicación debe estar siempre concebida y orientada en términos humanos, por ello sus sistemas deben ser regidos por normas que los tengan en cuenta, puesto que no puede haber un verdadero esfuerzo cooperativo permanente, si tales factores no constituyen su núcleo. En relación a los restantes dominios y sub categorías Derechos del paciente, Respeto, Trato humanitario, Autonomía, Calidad del proceso de atención, Vulnerabilidad y Eventos adversos y error no serán destacados dado que su el nivel de emergencia no fue significativo, tomando como parámetro los elevados niveles de recurrencias en las caracterizaciones que se realizaron en el dominio relación equipo de salud-paciente predominando en este la sub categoría comunicación y toma de decisiones compartidas en la cual los pacientes habrían realizado sus mayores aportaciones cargándola de significatividad por la marcada recurrencia de consideración atribuida por los diferentes pacientes incluidos en los Focus Group.