

ESTUDIO CUALITATIVO SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SEGURIDAD DE LOS PACIENTES EN DOS HOSPITALES DE BAHÍA BLANCA

Qualitative Study on the Perception of Patient Safety in Two Hospitals in Bahía Blanca City

Marcelo García Diéguez,¹ Analía Ocampo,¹ Alejandro Cragno,¹ Florencia Gallardo,¹ Lucía Lamponi Tappatá,¹ Carla Gazzoni,¹ Juan Trobbiani,¹ Francisco Orozco,¹ Ana Cabrera,¹ Alicia Monaldi,¹ Isabel Sagarzasu,¹ Constanza Vitale¹

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: Pocos estudios exploran la percepción de los pacientes sobre su seguridad de atención y, en general, lo hacen desde la perspectiva de la calidad de atención y la satisfacción respecto a los cuidados recibidos. OBJETIVOS: Describir la percepción de los pacientes sobre su seguridad durante la estadía hospitalaria. MÉTODOS: Se realizó un estudio cualitativo con técnica de grupos focales. Se incluyó a pacientes internados durante 2010 en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca, convocados telefónicamente a partir de un muestreo no probabilístico. RESULTADOS: Se realizaron cuatro grupos focales con un total de 28 pacientes. Se definieron dimensiones y categorías con los conceptos aportados por los participantes. Se construyó una matriz en la que se volcaron los datos transcritos. El criterio de análisis fue la espontaneidad, el consenso y el disenso. Las dimensiones definidas fueron: relación equipo de salud-paciente; derechos del paciente; calidad del proceso de atención; vulnerabilidad percibida; eventos adversos y error. CONCLUSIONES: Los resultados obtenidos son exploratorios y no generalizables. La investigación permitió explorar, describir y comprender vivencias y perspectivas de los pacientes, profundizando acerca de su percepción sobre la seguridad en el sistema de salud y su forma de comunicarla. Los hallazgos proporcionan la base metodológica para desarrollar iniciativas destinadas a mejorar la seguridad en entornos de salud.

PALABRAS CLAVE: Seguridad del paciente - Percepción - Pacientes - Calidad de atención

¹ Grupo de Investigación en Seguridad del Paciente y Educación, Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Beca "Carrillo-Oñativia", estudio individual de perfeccionamiento, Comisión Nacional Salud Investiga, Ministerio de Salud de la Nación Argentina; Becas Estímulos Vocaciones Científicas, Consejo Interuniversitario Nacional y Universidad Nacional del Sur.

FECHA DE RECEPCIÓN: 27 de febrero de 2015

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15 de junio de 2015

CORRESPONDENCIA A: Marcelo García Diéguez
Correo electrónico: gdiéguez@criba.edu.ar

ABSTRACT. *INTRODUCTION:* Few studies explore patients' perception about health care safety. In general, they consider the perspective of quality of care and satisfaction with received treatment. *OBJECTIVES:* To describe the perception of patients about their safety during hospital stay. *METHODS:* A qualitative study with focus group technique was performed. It included patients admitted in 2010 in two hospitals of Bahía Blanca city, who were invited by phone from a non-probabilistic sample. *RESULTS:* A total of 28 patients participated in four focus groups. Dimensions and categories were defined using concepts provided by the participants. A matrix was built for data transfer. The analysis criteria were spontaneity, consensus and dissent. The defined dimensions were: health care team-patient relationship; patient's rights; quality of care; perceived vulnerability; error and adverse events. *CONCLUSIONS:* The results are exploratory and not generalizable. The research allowed to explore, describe and understand patients' experiences and perspectives, deeply examining their perception of health care safety and their way to communicate it. These findings provide the methodological basis to develop initiatives for improving safety in health environments.

KEY WORDS: Patient safety - Perception - Patients - Quality of health care

INTRODUCCIÓN

A partir de la difusión de resultados de diversos estudios, que evidencian la magnitud de eventos adversos directamente atribuibles al cuidado médico y su impacto en la salud, la seguridad del paciente se ha transformado en un aspecto prioritario y gravitante para mejorar la calidad de la atención sanitaria.^{1,2}

Para el análisis de los errores de la atención, generalmente se reconocen dos enfoques contrapuestos: uno centrado en la persona y otro centrado en el sistema. Existe consenso sobre las enormes implicancias de adoptar uno u otro enfoque en las instituciones de salud. Un cuidado seguro va más allá de un servicio de calidad: en él, el ser humano debe constituir el eje principal de la tarea. Esta concepción humanística está relacionada con una atención centrada en la persona.³ El modelo en cuestión requiere que se asuman responsabilidades por parte del sistema, de los profesionales y de los pacientes. Cumplir esta premisa es una meta de calidad asistencial, que repercute en la salud de los pacientes y la del sistema.⁴

A la hora de desarrollar servicios con mayores niveles

de seguridad, resulta clave involucrar a los pacientes en la identificación precoz de riesgos y soluciones a sus problemas, más aún si se tiene en cuenta que al estar bien informados pueden tomar sus propias decisiones.^{3,5}

Para lograr un sistema sanitario más seguro, el mayor reto es cambiar la percepción del error y del riesgo clínico, para que deje de ser una amenaza a la fama y el prestigio profesional; no se debe considerar como una falencia personal, sino como una oportunidad para mejorar el sistema y reducir los riesgos que conlleva la atención sanitaria. Esta mirada permite mejorar los niveles de seguridad y disminuir la cantidad de errores, ya que antepone barreras y actúa sobre fallas latentes del sistema, en lugar de hacerlo sobre fallas proximales (errores humanos puntuales).⁶

En las publicaciones de los últimos años sobre la seguridad del paciente se encuentran, por un lado, estudios que evalúan la incidencia de errores médicos o eventos adversos e intentan analizarlos^{7,8} y, por otro, investigaciones que abordan las opiniones y expectativas de los pacientes y profesionales sobre la seguridad asistencial.^{9,10}

Desde la perspectiva de los pacientes, algunos trabajos exploran la seguridad en función de la calidad de atención y la satisfacción respecto a la atención sanitaria recibida, mientras que otros estudian la seguridad percibida como un constructo independiente.¹¹⁻¹³

Es importante distinguir el concepto de percepción de los pacientes sobre su seguridad y el de satisfacción. Percepción es el acto de recibir, interpretar y comprender las señales que provienen de los cinco sentidos. Dada su vinculación directa con el sistema psicológico, el resultado es diferente en cada persona. En este caso particular, la percepción es todo aquello que el paciente capta, procesa y entiende sobre la seguridad de la atención sanitaria recibida, a la que le otorga un juicio de valor de acuerdo con 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 los resultados previstos en materia de atención. Seguridad y satisfacción aparecen así como dos constructos que, en principio, están alejados entre sí. Sin embargo, podrían no ser tan disímiles. Rathert¹⁴ relaciona seguridad del paciente, calidad del proceso de atención y satisfacción del usuario del sistema de salud. Establece que los tres conceptos están vinculados positivamente, de forma tal que en la percepción de los pacientes sobre su seguridad interviene la relación entre la calidad del proceso de atención y la satisfacción general: si los pacientes se sienten seguros, lo asociarán a otros factores del proceso de atención, por lo general en términos de satisfacción con el servicio recibido.

Una revisión de literatura realizada por expertos de la Organización Mundial de la Salud¹⁵ reveló que, dentro de los estudios que evalúan calidad en los servicios sanitarios, las dimensiones más frecuentemente identificadas 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).

Este trabajo se inserta dentro de la línea de investigación sobre seguridad del paciente, en la que se pretende jerarquizar el discurso de los pacientes sobre las distintas fases de la atención sanitaria (incluida la toma de decisiones clínicas) como estrategia para incrementar la seguridad. Existen pocos antecedentes en la literatura internacional,^{10,16} y muchos menos aún en la nacional, acerca de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de su atención, sobre todo si se tienen en cuenta los abordajes cualitativos.

El objetivo de este estudio fue describir la percepción de los pacientes sobre la seguridad de atención durante su estadía en dos hospitales de la ciudad de Bahía Blanca.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cualitativo fenomenológico, con técnica de grupos focales. La población estuvo compuesta por pacientes adultos internados entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2010 en los servicios de Clínica Médica y Cirugía del Hospital Municipal de Agudos Leónidas Lucero y del Hospital de la Asociación Médica Dr. Felipe Glasman, en la ciudad de Bahía Blanca.

La selección de pacientes se realizó mediante muestreo no probabilístico, en forma secuencial según la fecha de internación en el período de tiempo establecido. La convocatoria fue efectuada por los investigadores mediante invitaciones telefónicas. Se realizó un total de 230 llamados; con un solo intento de comunicación por persona, conforme a lo establecido previamente, se logró una tasa final de participación de 12% (28/230). Al identificar la negativa a participar, se preguntó cuál era el motivo de dicho rechazo. Las principales respuestas fueron: sentimiento de desconfianza frente a la convocatoria, falta de interés en el tema o fallecimiento del paciente. Los participantes del estudio no recibieron remuneración a cambio. Quedaron excluidos los pacientes con deterioro cognitivo, que impedía la comprensión de alguna situación inherente al estudio.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de grupos focales, que permitió obtener las experiencias individuales y subjetivas de los participantes, el producto de las interacciones y los conceptos construidos colectivamente en el debate. Se realizó un total de cuatro grupos focales (uno por servicio de cada hospital), logrando saturación de discurso. El número de participantes varió entre 6 y 8 por grupo, con un total de 28 pacientes.

Cada grupo focal contó con la presencia de un moderador y al menos dos observadores, que apuntaron el lenguaje no verbal. Los grupos fueron grabados en audio y video. La duración de cada grupo focal fue de aproximadamente una hora. Se recabaron y analizaron puntos de vista de los pacientes sobre la atención médica en general y la seguridad del paciente en particular.

La discusión fue guiada por el moderador, quien realizó las preguntas abiertas disparadoras (Tabla 1).

Todos los pacientes aceptaron participar del estudio a través de un consentimiento informado. El protocolo de

investigación respetó los principios de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Bioética e Investigación de ambos hospitales.

Para el análisis de datos, en función de lo obtenido a partir de los grupos focales, se clasificaron los conceptos aportados por los participantes en dimensiones y categorías. Se consideraron dimensiones a los componentes mayores del constructo seguridad. En algunos casos, se precisaron categorías representativas de los conceptos que definían esa dimensión. Con ellos se construyó una matriz, en la

que se volcaron los datos transcritos. El criterio de análisis fue la espontaneidad (número de veces que un concepto fue mencionado), el consenso y el disenso. La finalización de la etapa de trabajo de campo se decidió por saturación del discurso.

RESULTADOS

Las dimensiones y categorías definidas para el análisis de las percepciones de los pacientes sobre su seguridad se describen en la Tabla 2. Estas categorías se construyeron combinando

TABLA 1. Preguntas abiertas disparadoras.

| Cuestionario |
|--|
| ¿Por qué estuvieron internados? |
| ¿Cuáles fueron sus experiencias en general de la internación? |
| ¿En algún momento se les explicó cómo era 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 en 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? |
| ¿Tuvieron dolor durante la internación? |
| ¿Sintieron que fueron tratados adecuadamente por el equipo de salud? |

Fuente: Grupo de investigación sobre seguridad del paciente de la Universidad Nacional del Sur.

TABLA 2. Dimensiones y categorías.

| Dimensión | Categoría | Definición operativa |
|-----------------------------------|---|---|
| Relación equipo de salud-paciente | | Elementos vinculados con las relaciones humanas entre miembros del equipo de salud y los pacientes. |
| | Comunicación y toma de decisiones compartidas | Elementos relacionados con temas de comunicación entre los pacientes y distintos miembros del equipo de salud: llamar por el nombre, información brindada y recibida, oportunidad de preguntar ante dudas. También se incluyeron elementos relacionados con la comunicación en función de una decisión diagnóstica o terapéutica por tomarse. |
| | Confianza | Elementos vinculados con la confianza de los pacientes hacia los profesionales que los atendieron, también relacionados con la toma de decisiones en función de esa confianza. |
| Derechos del paciente | Contención | Elementos relacionados con el acompañamiento del paciente, la preocupación por su bienestar físico y psíquico. |
| | Autonomía | Aspectos relacionados con la bioética y los derechos de los pacientes como seres humanos. Elementos relacionados con la práctica del principio de autonomía, la posibilidad y el derecho de decidir sobre la propia salud. Decisiones respecto a procedimientos diagnósticos y terapéuticos. |
| | Respeto, trato humanitario | Elementos relacionados con el trato hacia el paciente como ser humano, como semejante. Cuidado de normas básicas de educación y respeto para con la otra persona. |
| Calidad del proceso de atención | | Elementos relacionados con percepciones de características que valoran el grado de excelencia en la atención de la salud. |
| Vulnerabilidad | | Elementos relacionados con una sensación de desprotección y fragilidad en la estancia hospitalaria. |
| Eventos adversos y error | | Elementos relacionados con el error: observación de comportamientos, reporte de situaciones relacionadas con errores o directamente reporte de errores. |

Fuente: Grupo de investigación sobre seguridad del paciente de la Universidad Nacional del Sur.

el mapa del concepto de seguridad, surgido del aporte de la bibliografía y los datos. Los resultados fueron los siguientes:

Relación equipo de salud-paciente

- Comunicación y toma de decisiones compartidas

Frente a las decisiones en salud, se encontraron dos posturas opuestas y una gama de intermedios en los pacientes. Algunos prefieren asumir un papel activo en la toma de decisiones (*"Yo preguntaba todo: el suero, el calmante, por qué..."*), mientras que otros delegan la responsabilidad en los profesionales que los asisten (*"A veces no es necesario que te expliquen, entrar en detalles... A mí no me gusta mucho ver, ni indagar, para mí a partir de la confianza ya está... yo estoy muy conforme"*).

Algunos pacientes se mostraron disconformes, ya que sintieron que su médico no generaba un buen espacio de comunicación (*"A veces el médico lo disfraza un poco, porque yo también me enteré qué es el bi-rads 4b, era malignidad. Lo leí en Internet, él no me había dicho... Y ahí empezó el miedo."*, *"Sentí que, si le preguntaba, me iba a esquivar o no me iba a decir."*).

- Confianza

Esta categoría se relaciona con la anterior, ya que los pacientes que confían ciegamente en el personal de salud son los que generalmente delegan la toma de decisiones (*"Me sentía muy seguro, confiando mucho en los médicos. Ya sabían que yo tenía muchos problemas, y bueno, había que operar"*). Por otro lado, los pacientes carentes de confianza consignaron varios motivos, como el miedo al error diagnóstico y a la falta de formación del personal (*"En particular me da mucha desconfianza ir al hospital, no me siento seguro. No tengo miedo por lo que yo pueda tener, sino miedo de que no den el diagnóstico."*).

- Contención

Los pacientes coincidieron en que el contacto profesional se relacionó directamente con la contención percibida (*"Esa recorrida que hacen los médicos, en la que le preguntan a uno muchas cosas... Me sentí respaldado, como que estaban cuidando de mi salud, me sentí tranquilo."*).

Derechos del paciente

- Autonomía

En algunos casos persiste el paradigma de atención centrado en el médico, en el que el profesional posee el saber y decide, mientras que el paciente delega la autonomía para las decisiones sobre su salud (*"Yo soy ingeniero, no soy médico, uno es lego en el tema. Entonces, luego de averiguar sobre un médico, uno consulta confiando en él."*). En cambio, otros pacientes asumen un papel más activo y se sienten responsables de velar por su salud (*"Yo siempre tengo la costumbre de preguntar qué me van a poner. Una noche me trajeron una pastilla, y yo le dije: ¿qué es eso? Me dijeron que era un calmante, y le dije que no quería un calmante porque no tenía dolor."*).

Al consultar a los participantes su opinión acerca del consentimiento informado, se observó que algunos de ellos

tenían un conocimiento difuso y no percibían la importancia de ese documento para cuestiones legales, la práctica de calidad en salud y el empoderamiento y rol activo como pacientes (*"No tenía que pedirme un consentimiento, sobre todo porque yo fui a ver al médico de manera particular, concertamos una fecha, él me programó todo en el hospital, entonces quizá el consentimiento mío está en eso..."*).

- Respeto, trato humanitario

De acuerdo con lo manifestado por algunos participantes, el personal de salud mostró actitudes y comportamientos que los hicieron sentir respetados (*"Cuando te van a curar, que entran dos o tres -yo he estado en habitaciones compartidas y sola también-, pero te piden permiso. Yo he tenido enfermeros muy respetuosos."*, *"A mí me pueden decir abuelito, si quieren, pero no me lo decían, me decían 'Carlos por favor', o sea, me trataban de usted, cosa que en otros lugares no se hace, y se disminuye a veces al paciente con la idea de ponerlo en otra postura, es decir, 'présteme la manito, que la colita, que voy a poner la inyección, que destátese'..."*).

Por el contrario, una participante dijo que se había sentido molesta por la falta de personalización en el trato (*"Mamita, portate bien ... eso me pone los pelos de punta"*).

Calidad de atención

Los participantes adjudicaron las fallas del proceso de atención principalmente a aspectos relacionados con condiciones inherentes al sistema y con lo referido al ambiente físico hospitalario. Los pacientes se mostraron empáticos y contemplativos con el equipo de salud del hospital: mencionaron el agotamiento debido a las jornadas extensas de trabajo, las demandas constantes de los pacientes y la organización, y las escasas horas de sueño (*"Porque si una enfermera hace 24 horas, es mucho. Tiene poco descanso. No va a rendir lo mismo que si hace 8 horas."*). En segundo lugar, los pacientes marcaron cuestiones del entorno, como la limpieza, la falta de insumos y el ruido ambiental (*"Quizás la limpieza no fue muy buena"*, *"Lo que sí habría que notar son algunas faltas de insumos para el trabajo de los enfermeros y los chicos de la cocina. Además, vimos que faltaban almohadas, por ejemplo."*).

Vulnerabilidad percibida

Muchos pacientes experimentaron sentimientos de desprotección, sobreexposición, fragilidad o incluso inseguridad durante su internación (*"Le tuvieron que hacer un estudio, y era innecesaria la exposición y, pese a ello, ella se trataba de cubrir. No era imprescindible que estuviera totalmente descubierta."*, *"En el tema del pudor, en el hospital te ponen una bata que se te escapa ... (risas) ... lo que pasa es que ustedes están habituados, pero nosotros no. No tiene ninguna gracia ver a un viejo con el culo caído. No nos gusta."*).

Eventos adversos y error

Los pacientes mostraron dos actitudes distintas hacia el error en la atención sanitaria. En algunos casos, lo interpretaron

como inaceptable, atribuyendo la total responsabilidad al profesional y sugiriendo una conducta punitiva debido a la falta de competencia individual (*"A mí me revisó un médico, y me dijo que era gastritis. La noche siguiente volví a ir; me atendió otra doctora, que fue la que me dijo que era una pancreatitis aguda y que había que internar porque era un caso grave. Así que por eso yo perdí 24 horas, porque el médico me dijo que era gastritis y empecé a tomar ese medicamento. Confié en él, pero resulta que las cosas se dieron muy mal después, empecé a sentirme mal y tuve que volver otra vez."*) *"La experiencia mía esa del error de diagnóstico me quedó muy grabada, es lo que me ha generado miedo a tener que ir al hospital y que me diagnostiquen mal..."*). Sin embargo, otros pacientes simplemente aceptan el error como una característica inherente al ser humano, muchas veces facilitada por factores como el cansancio y la falta de organización en el equipo de salud (*"Errar es humano, los médicos se pueden equivocar"*).

En todas las categorías de análisis, los pacientes con un buen resultado final luego de su internación dijeron sentirse satisfechos con ella y, por lo tanto, seguros, independientemente de si había habido o no algún error en su atención, fallas en la comunicación o incumplimiento de los derechos del paciente.

La observación de los videos dio contexto a las expresiones de los participantes y facilitó el análisis, pero no aportó mayor información que la obtenida a partir del desgrabado de los registros de audio.

DISCUSIÓN

Lo reportado en la literatura internacional coincide con los hallazgos del presente trabajo. A la hora de hablar de seguridad del paciente, los participantes expresan de forma espontánea su satisfacción y enfatizan elementos clave de la calidad de atención: relación humana con los profesionales, comunicación con el equipo de salud, trato digno y respetuoso, cuidado del pudor, etc. Además, relacionan elementos de la calidad de atención con fallas de la organización. Por este motivo, las categorías y dominios surgidos del análisis de los datos fueron combinados con los principales constructos identificados en investigaciones previas, en aras de mantener un lenguaje común con lo reportado.

Muchos pacientes desconocen el rol que pueden tener ellos mismos y su familia para garantizar la seguridad en la atención recibida. De hecho, en este análisis no se incluyó la categoría "familia" que, por ejemplo, sí resultó relevante y destacada en su carácter protector dentro del estudio de Rathert.¹⁷ Así, muchos pacientes podrían considerar a este entorno como necesario para abogar por sus derechos frente al sistema de salud.^{17,18} Los participantes de los grupos focales no enfatizaron específicamente el papel de su círculo familiar como cuidador dentro de las instituciones, sino que lo consideraron importante para la comunicación y la toma de decisiones, principalmente a través de la construcción de un nexo con el sistema de salud y también como partícipe en las decisiones sobre procedimientos.

Otro componente importante de la calidad en el proceso de atención tiene que ver con lo que en la literatura se denomina ambiente físico (*physical environment, environmental issues*). El medio ambiente en el marco del proceso de atención hace referencia a cuestiones del entorno donde se desarrolla ese proceso (en este caso, los hospitales). Los factores involucrados se relacionan con condiciones básicas de infraestructura, servicios como limpieza e higiene en general y otras características, incluidos los ruidos molestos.^{19,20} En el presente trabajo, el tema del medio ambiente apareció integrado dentro de la calidad del proceso de atención. Los pacientes subrayaron los siguientes aspectos: higiene del hospital, cantidad de insumos (habitaciones compartidas, almohadas) y, sobre todo, ruidos molestos. Weingart, en un trabajo sobre calidad de atención,¹⁸ destacó los aspectos de higiene (sábanas, hospital), olores desagradables y quejas acerca de la comida. Hughes,²¹ en referencia a la revisión publicada por Henriksen,¹⁹ enfatizó cuestiones de diseño edilicio del hospital y consideró también elementos arquitectónicos como factores vinculados a la seguridad.

El análisis de la vulnerabilidad percibida, realizado a partir del discurso de los pacientes, coincide con hallazgos de la literatura: Rathert¹⁷ señala que la sensación de inseguridad y otros sentimientos negativos generados dentro del hospital o hacia él acentúan la situación de vulnerabilidad general de un paciente enfermo y su familia. Vincent, por su parte, afirma que los pacientes experimentan sentimientos de vulnerabilidad incluso cuando el diagnóstico está claro y el tratamiento funciona según lo esperado; desde luego, cuando sufren alguna experiencia negativa o evento adverso, o cuando simplemente temen que algo de eso ocurra, su sensación de vulnerabilidad aumenta y sus reacciones pueden ser severas.⁵

En lo que respecta al enfoque sobre el error, los pacientes en estudio mostraron las dos actitudes. En algunos casos, los participantes interpretaron el error puramente desde los procedimientos técnicos puntuales y la falibilidad humana. En otros, lo adjudicaron al cansancio, la falta de organización, etc. Bajo el primer concepto, el error se atribuye a una situación puntual y particular, propia del que realiza la acción e independiente de otros factores del entorno, y constituye lo que en la literatura sobre seguridad se conoce como análisis del error centrado en la persona.⁶ En el segundo caso, en cambio, se entiende la situación como resultado de múltiples variables del sistema, con algún potencial de modificación. Lo anterior coincide con los hallazgos de Prieto Rodríguez y su trabajo sobre percepción de los pacientes sobre la seguridad en la asistencia de la salud.¹² Asimismo, se inserta en la línea establecida en el estudio *"To err is human"*¹, pues algunos pacientes destacaron el carácter sistémico de muchos errores, en lugar de culpabilizar a un profesional concreto en el que siguen confiando.

El presente trabajo tiene algunas limitaciones. La selección de los participantes fue realizada mediante un muestreo no probabilístico, lo cual no asegura una adecuada representatividad por estratos (gravedad del motivo de interna-

ción, edad, sexo, etc.) ni garantiza que todos los pacientes seleccionables hayan tenido la misma probabilidad de ser invitados a participar. En segundo lugar, es probable que –de los contactados– sólo hayan acudido aquellos con “cuestiones para decidir”, quizás motivados por alguna experiencia cercana al error o evento adverso. Esto no resulta del todo negativo para el estudio, pero implica un sesgo a considerar.

Los resultados obtenidos en este estudio son exploratorios en el medio local, ya que la óptica de los pacientes no ha sido investigada en forma exhaustiva, menos aún si se consideran sólo los enfoques cualitativos.^{10,16,22} La técnica de grupos focales aplicada fue de utilidad porque, además de explorar vivencias y perspectivas de un cierto número de pacientes, permitió observar la interacción de personas, identificando convergencias y divergencias entre sus percepciones.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

La concepción de la satisfacción del paciente como reflejo de la calidad del proceso de atención y la seguridad del paciente como pieza fundamental dentro de este esquema aporta una visión muy atractiva para administradores hospitalarios y

gestores de salud pública, ya que relaciona directamente la seguridad del paciente con medidas de impacto y resultados macro anhelados por ellos. Este trabajo aporta información sobre las percepciones de los pacientes, que podrían ayudar a elaborar herramientas o estrategias para dirigir futuros esfuerzos en la asignación de recursos hospitalarios.

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

La situación de desconocimiento respecto a seguridad limita la posibilidad de que los pacientes se involucren en los procesos de atención y ejerzan sus derechos. Uno de los grandes desafíos para el futuro de los organismos orientados a la seguridad del paciente es salvar esa brecha de conocimientos y desarrollar un marco conceptual sólido, que relacione seguridad del paciente, calidad de atención y satisfacción con el servicio proporcionado.

Los resultados cualitativos de este trabajo no pueden generalizarse, pero son significativos pues aportan información sobre el tema y constituyen una base metodológica para el desarrollo de un instrumento validado y estandarizado, apto para explorar las percepciones de pacientes hospitalizados a través de técnicas cuantitativas.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

Cómo citar este artículo: García Diéguez M, Ocampo A, Cragno A, Gallardo F, Lamponi Tappatá L, Gazzoni C, Trobbiani J, Orozco F, Cabrera A, Monaldi A, Sagarzasu I, Vitale C. Estudio cualitativo sobre la percepción de seguridad de los pacientes en dos hospitales de Bahía Blanca. Rev Argent Salud Pública. 2015; Jun;6(23):15-20.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kohn L, Corrigan J, Donalson MS. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Committee on Quality of Health Care in American Institute of Medicine. Washington: National Academy Press; 2000.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Calidad de atención: seguridad del paciente. 2001, Informe de la 109ª reunión de la Secretaría. [Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/seguridad/articulos/calidaddeatencion.pdf>] [Último acceso: 15 de junio de 2015].
- Van Weel-Baumgarten E. Person Centered Clinical Practice. International Journal of Integrated Care. The Netherlands. 2010;10.
- Aibar Remón C. La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente; 2004. [Disponible en: <http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/ficha.asp?ld1=201>] [Último acceso: 15 de junio de 2015].
- Vincent CA, Coulter A. Patient Safety: What About the Patient? Quality Safety Health Care. 2002;3(11):76-80.
- Ortiz Z, Esandi ME, Andina E. El análisis causa-raíz (ACR). Instrumento para la búsqueda e implementación de soluciones para evitar las muertes maternas, fetales y neonatales. UNICEF Argentina; 2011. [Disponible en: <http://www.unicef.org/argentina/spanish/Guia-ACR-Baja.pdf>] [Último acceso: 15 de junio de 2015].
- Mazor KM, Reed WR, Yood RA, Fischer JB, Gurwitz H. Disclosure of Medical Errors: What Factors Influence How Patients Respond? JGIM. 2006;21(7):704-10.
- Blendon RJ, Desroches CM, Brodie M, Benson JM, Rosen AB, Schneider E, et al. Views of Practicing Physicians and the Public on Medical Errors. N Engl J Med. 2002;347(24):1933-40.
- Pronovost P, Sexton B. Assessing Safety Culture: Guidelines and Recommendations. Quality Safety Health Care. 2005;14(4):231-3.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Evaluación de la percepción de los pacientes sobre la seguridad de los servicios sanitarios: diseño y validación preliminar. Madrid; 2009.
- Mira JJ, Lorenzo S, Vítaller 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. RevMedChil. 2009;137(11):1441-8.
- Prieto Rodríguez MA, et al. Percepción de los pacientes sobre la seguridad de la asistencia sanitaria. Med Clin (Barc). 2008;131(Supl. 3):33-8.
- Wilson RM, Michel P, Olsen S, Gibberd RW, Vincent C, El-Assady R, et al. Patient Safety in Developing Countries: Retrospective Estimation of Scale and Nature of Harm to Patients in Hospital. BMJ. 2012;344:e832.
- Rather C, Brandt J, Williams ES. Putting the «Patient» in Patient Safety: A Qualitative Study of Consumer Experiences. Health Expect; 2011. [Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21624026>] [Último acceso: 15 de junio de 2015].
- Organización Mundial de la Salud. The Research Priority Setting Working Group of the World Alliance for Patient Safety, Summary of the Evidence on Patient Safety: Implications for Research. Ginebra; 2008.
- Entwistle VA, Mc Caughan D, Watt IS, Birks Y, Hall J, Peat M, et al. Speaking Up about Safety Concerns: Multi-Setting Qualitative Study of Patients' Views and Experiences. Quality Safety Health Care. 2010;19:33.
- Rather C, May DR, Williams ES. Beyond Service Quality: The Mediating Role of Patient Safety Perceptions in the Patient Experience-Satisfaction Relationship. Health Care Manage Rev. 2011;36(4):359-68.
- Weingart SN, Pagovich O, Sands DZ, Li JM, Aronson MD, Davis RB, et al. Patient-Reported Service Quality on a Medicine Unit. Int J Qual Health Care. 2006;18(2):95-101.
- Henriksen K, Isaacson S, Sadler BL, Zimring CM. The Role of the Physical Environment in Crossing the Quality Chasm. International Journal for Quality Health Care. 2007;33(11 Supl.):68-80.
- Taylor BB, Marcantonio ER, Pagovich O, Carbo A, Bergmann M, Davis RB, et al. Do Medical Inpatients Who Report Poor Service Quality Experience More Adverse Events and Medical Errors? Med Care. 2008;46(2):224-8.
- Hughes RG. The Impact of Facility Design on Patient Safety - Patient Safety and Quality - NCBI Bookshelf. Chapter 28. [Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2633/>] [Último acceso: 15 de junio de 2015]
- Sexton JB, Helmreich RL, Neilands TB, Rowan K, Vella K, Boyden J, et al. The Safety Attitudes Questionnaire: Psychometric Properties, Benchmarking Data, and Emerging Research. British Medical Care Health. 2006;6:44.