

La Cultura Organizacional como garantía de la seguridad y protección al paciente como usuario de los servicios de salud

The Organizational Culture as guarantee of the safety and protection to the patient as user of the health services

Carlos Alberto Martínez Blanco¹, Mauricio Blanco Rojas², Yamilé Valdés González¹, Edilberto González Ortíz³, María Caridad Rubio Hernández⁴, Alicia Sende Odoardo¹, Yoel Hernández Rivas¹

¹Hospital Universitario "General Calixto García", ²Centro de Estudios de Administración Pública de la Universidad de La Habana, ³Hospital Clínico Quirúrgico docente "Julio Trigo López", ⁴Instituto de oncología y Radiobiología.

Contacto: mblanco@infomed.sld.cu

Recibido: 9 de abril de 2018

Aceptado: 30 de Junio de 2018

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo transversal sobre la cultura organizacional como garantía de seguridad y protección al paciente como usuario de los servicios de salud, deber del Estado, que asegura el derecho ciudadano fundamental a la atención médica en Cuba, establecido constitucionalmente y consustancial a los principios de la ética de la medicina revolucionaria cubana, como elemento fundamental para la legitimación de nuestro sistema político y social. En correspondencia y tomando en cuenta los importantes avances, que en torno a esta temática vienen ocurriendo en el mundo contemporáneo y especialmente en la Región de las Américas, se aborda este tema, con la perspectiva de introducirnos en el camino que nos conduzca al mejoramiento de los comportamientos humanos en torno a este tema. Se aplicó un diseño de campo, se seleccionó una muestra de pacientes atendidos en el Hospital Universitario "General Calixto García" de La Habana, a quienes se les aplicó una encuesta relacionada con el conocimiento que poseen sobre protección al paciente, las normas jurídicas que sustentan este derecho y el uso del consentimiento informado en la práctica clínica, como instrumento de participación del paciente en la toma de decisiones. Los resultados alertan el desconocimiento existente en pacientes sobre la protección al paciente como usuarios de los servicios de salud. El consentimiento informado no alcanza ser una herramienta de uso cotidiano, indispensable en la práctica clínica, garantía de la participación y la autonomía del paciente en la toma de decisiones en torno a la solución de su problema de salud.

Palabras clave: Cultura Organizacional; Política Pública; Protección; Medidas de Seguridad; Seguridad Social; Seguridad del Paciente.

SUMMARY

A transverse descriptive study is realized on the organizational culture as safety guarantee and protection to the patient like user of the health services, duty of the State, which assures the fundamental civil right to the medical attention in Cuba, established constitutionally and innate at the beginning of the ethics of the Cuban revolutionary medicine, like fundamental element for the legitimization of our political and social system. In mail and taking into consideration the

important advances, which concerning this subject-matter have happening in the contemporary world and especially in the Region of the Americas, this topic is tackled, with the perspective to introduce us in the way that leads us to the improvement of the human behaviors concerning this topic. It applied a field design to itself, there selected a sample of patients attended in the University Hospital "General Calixto García" of Havana, to whom one applied a survey related to the knowledge that they possess of protection to the patient, the juridical norms that sustain this right and the use of the assent informed in practice clinic, like instrument of participation of the patient in the decision making. The results alert the existing ignorance in patients on the protection to the patient like users of the health services. The informed assent does not reach to be a tool of daily, indispensable use in practice clinic, guarantee of the participation and the autonomy of the patient in the decision making concerning the solution of its problem of health.

Key words: Organizational Culture; Public Policy; Protection; Security Measures; Social Security; Patient Safety.

INTRODUCCIÓN

"No vayas por donde el camino te lleve. Ve en cambio por donde no hay camino y deja rastro".
*"Ralph Waldo Emerson"*¹

La definición más conocida y simple de cultura organizacional es la de Deal y Kennedy en 1982, la forma como hacemos las cosas por aquí. En 1984 Schein da una definición más amplia como: "Un patrón de supuestos básicos, Inventada, descubierta o desarrollada por un grupo determinado durante un proceso de aprendizaje en el tratamiento de los problemas de adaptación externa e integración interna. Refiere además, que dicho patrón ha proporcionado resultados positivos y por lo tanto retiene la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación con los problemas organizacionales." ^{2, 3,4}

Este autor expresó una definición clara y acertada de la Cultura Organizacional, y que es asumida actualmente por muchos investigadores del tema. Otros como Chiavenato (1989), Delgado (1990), Freitas (1991), Garmendia (1993), Valle (1995), Granell (1997), García y Dolan (1997), Serna (1997), Guedez (1998), Cardoso (2000), reconocen a la Cultura Organizacional como un medio de satisfacción de necesidades dentro de la organización, donde se refleja la cultura del macro sistema (sociedad); el resultado de una historia, de una visión compartida del mundo, con un sistema de

conocimientos como resultado del aprendizaje personal y organizacional, que incluye a su vez sistema de símbolos y significados en la institución, las relaciones de poder establecidas, entre otras.

En Cuba se han efectuado estudios de la cultura en las empresas^{5,6}, donde se destaca entre otros, los criterios de Cruz Cordero, que recalca la importancia de la cultura en el proceso de socialización dentro de la empresa, a través de una objetivación social. En su opinión, no existe organización sin una cultura inherente, que la identifique, la distinga y oriente su accionar y modos de hacer, rija sus percepciones y la imagen que sus públicos tengan desde la misma. Para ella Cultura Organizacional es una forma aprendida de hacer en la organización, que se comparte por sus miembros, consta de un sistema valores y creencias básicas que se manifiesta en: normas, actitudes, conductas, comportamientos, la manera de comunicarse, las relaciones interpersonales, el estilo de liderazgo, la historia compartida, el modo de dar cumplimiento a la misión y la materialización de la visión, en su interacción con el entorno, en un dado. ^{7, 8,9}

El objetivo fundamental de la organización y administración de los servicios de salud es la protección al paciente, esta disciplina surgida en la práctica, con un desarrollo de más de 200 años, ha sido el quehacer de innumerables profesionales que en diversas épocas y circunstancias, han intentado dirigir

sobre bases científicas las tareas de la protección de la salud de la población¹⁰. Este tema, es consustancial al Sistema de Salud Pública cubano y constituye su esencia, ha sido abordado desde la década de los 80 por el profesor Fernando Rojas Ochoa en su obra, "A cerca de la Historia de la Protección de la Salud a la Población."^{11,12}

El proceso de surgimiento como nueva especialidad tuvo sus antecedentes en Europa con el surgimiento de la policía médica, concepción de Wolfgang Thomas Rau en 1764, al publicar "Consideraciones acerca de la utilidad y necesidad de un reglamento para la policía médica de un Estado".

En 1771 Christian Rickman propone un código de policía médica que abarcará los programas gubernamentales y sus reglamentos para, entre otros propósitos preservar la protección contra enfermedades infecciosas, el tabaco y las bebidas, la inspección de los alimentos y el agua, la limpieza y el drenaje de las ciudades. Este movimiento tiene su punto culminante en Alemania en Johann Peter Frank, pionero de la salud pública y la medicina social.

En su libro "Policía Médica propone una serie de medidas de carácter gubernamental para la protección de la salud de los individuos."¹⁵

La protección al paciente constituye un complejo sistema de relaciones que ubica al individuo como usuario de los servicios de salud en el centro de la dinámica institucional, donde impactan las acciones preventivas, de curación o rehabilitación del estado de salud.

En nuestro medio la protección al paciente no se abordada integralmente, como conjunto de todas las acciones realizadas por los profesionales con implicación sobre el bienestar del paciente, en el amplio espectro de las implicaciones de cada una de ellas, sino, en sus consideraciones particulares, como la relacionada con el consentimiento informado vinculado a la práctica clínica y quirúrgica, procedimientos de diagnósticos, la investigación científica, los ensayos clínicos,

es decir su visión se limita a algunos procesos específicos, quedando un amplio campo de aplicación en el amplio ámbito de la práctica médica, en áreas como las Unidades de Cuidados Intensivos en atención al paciente grave, Servicios Quirúrgicos, vinculado a las re intervenciones quirúrgicas en el paciente complicado y el uso de la tecnología de diagnóstico invasivo.

En Cuba este interesante tema no alcanza las mismas dimensiones sociopolíticas y culturales que en otras latitudes, e incluso se manifiesta de forma distinta a otros países de la región, lo cual está relacionado con el papel del Estado como garante fundamental en el desarrollo sociocultural de una sociedad socialista.

La plataforma programática de lo que sería nuestro sistema de salud quedó sentenciada en el alegato de autodefensa "La Historia me Absolverá", testimonio en el que el joven abogado Fidel Castro Ruz denunció los desmanes y la trágica situación de salud que se vivía en la república neocolonial, que privaba de todos derechos ciudadanos a la población. Con la creación del Departamento de Sanidad en el Segundo Frente Oriental Frank País, en abril de 1958 y después en otras regiones de la Sierra Maestra, se construían los cimientos de lo que sería en un futuro cercano el Sistema Nacional de Salud cubano, desde entonces, atender y curar los heridos, proporcionarles seguridad y protección en el campo de batalla era la misión fundamental y responsabilidad, de esta estructura sanitaria militar, se forjaban así en este escenario los valores y principios éticos y morales que regirían la conducta en la práctica de la medicina revolucionaria, donde el ser humano adquirió su verdadero valor.

El triunfo de la Revolución el 1ro de enero de 1959 marcó el momento del cambio de la realidad cubana en el ámbito social; este hecho trascendental para la región y el mundo, trajo consigo el rescate de la soberanía, justicia social, equidad, la libertad e igualdad

plena de derechos y oportunidades en cuestiones vitales como la vida, la salud, la educación y la seguridad social, de forma gratuita y accesible para todos, materializándose en el desarrollo de políticas públicas, cuyo impacto en la sociedad civil ha legitimado el Sistema Político cubano. El derecho a la atención médica gratuita y a la protección de la salud, se convirtió en el derecho fundamental de todos los ciudadanos. De esta forma, comienzan a ponerse en práctica un conjunto de medidas en el sector de la Salud cubano como parte de las políticas públicas encausadas por el gobierno revolucionario. En esa primera etapa de la Revolución democrática, popular y antiimperialista, se destinaron más recursos del presupuesto estatal al sector de la salud. Esto permitió la creación en 1960 del Sistema Nacional de Salud y del Servicio Rural, como respuesta a los graves problemas de salud identificados por el Ejército Rebelde durante la guerra revolucionaria en la Sierra Maestra y en los más intrincados escenarios en los cuales se combatió.^{13,14}

El Hospital Universitario General Calixto García, fundada el 23 de enero de 1896⁷ y con 117 años de experiencia brindando asistencia médica, es una institución del Sistema Nacional de Salud, que brinda servicios sanitarios en el segundo nivel de atención en todas las especialidades médicas, excepto en Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Cirugía Cardiovascular, con una elevada incidencia en la atención las urgencias, emergencias médicas y al enfermo grave, lo que representa más del 70 % de las atenciones brinda. Es un hospital terminal, es decir, los pacientes como regla general no son remitidos a otras instituciones.¹⁶

La seguridad del paciente como elemento fundamental evaluador del sistema de calidad en el desarrollo del proceso asistencial, ha adquirido gran relevancia en los últimos años, tanto para los gestores y profesionales que desean ofrecer una asistencia sanitaria

eficiente, como para los pacientes y sus familiares, quienes desean sentirse seguros y confiados en los cuidados sanitarios recibidos.

Toda asistencia en sí misma implica un riesgo para el paciente y se expresa en diferentes consecuencias que son producto de la interacción entre la afectación o no del paciente, su vulnerabilidad, las equivocaciones humanas y los fallos del sistema.

La gestión eficaz de los riesgos implica un compromiso y una gran responsabilidad por parte del personal y de los gestores sanitarios y, su éxito depende de que los profesionales, que están en primera línea asistencial, perciban la necesidad de desarrollar una estrategia que prevenga o reduzca la repetición de los diferentes eventos que se producen en su lugar de trabajo.^{17, 18}

El impacto de la falta de seguridad en el proceso asistencial ha originado que las principales organizaciones internacionales de salud, ministerios de salud de muchos países y otros organismos académicos o de investigación hayan desarrollado proyectos y estrategias para promover acciones y medidas que permitan su prevención y control.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte, con relación a la calidad de la atención y seguridad del paciente, que las intervenciones en la asistencia sanitaria se realiza con el fin de beneficiar a los pacientes, pero la combinación de procesos, tecnología e interacciones humanas, puede dar lugar, en un porcentaje elevado, a efectos adversos.

Evitar daños a los pacientes ha sido siempre un objetivo prioritario de los profesionales de la salud y la sentencia "primun non nocere" atribuida al médico y filósofo griego Hipócrates, sigue hoy más vigente que nunca como prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas de los salubristas.^{19,20}

La importancia que tiene para el profesional evitar dañar a los pacientes, se ha visto acrecentada en la última década a partir de un informe publicado en EEUU por el Instituto de

Medicina (IOM) en el año 1999: "To error is human" que recoge información decisiva para la búsqueda de nuevas estrategias para gestionar los riesgos debido a la asistencia sanitaria.^{21,22}

El deber del médico, al enfrentarse a un paciente, debe ser, ante todo, proteger la dignidad y respetar la libertad de éste, hacerlo partícipe de su problema de salud informándole las cuestiones fundamentales que necesita conocer, solicitarle su consentimiento y conducirlo adecuadamente en proceso de toma de decisiones

El derecho fundamental al consentimiento informado, si bien proclamado por los tratados internacionales y consagrados por la opinión de casi todas las corrientes de pensamiento bioético, es frecuentemente cuestionado como impracticable en la realidad.

El impacto de este tema, tanto en el paciente y sus familiares, como en el desarrollo científico técnico institucional, motivó nuestro interés en profundizar en esta temática e intentar modestamente contribuir a despertar la motivación en los profesionales por impulsar el diseño e implementación de estrategias de protección y seguridad al paciente como usuario de los servicios públicos de salud, vinculado al sistema de gestión de la calidad del proceso asistencial.

El presente trabajo tiene el propósito de introducirnos en la temática la cultura de la seguridad y protección al paciente, como parte de la cultura organizacional no suficientemente transitada, convencidos de las reservas existentes en nuestros ámbitos de actuación toda vez que se vincula con los comportamientos humanos, para su desarrollo como garantía de la seguridad de los servicios que brindamos y que conduce al mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria.

Para ello hemos realizado un estudio descriptivo transversal, en función de los objetivos de la investigación, su objeto y campo de estudio, fueron aplicados como

técnicas investigativas, la entrevista individual, la encuesta y la observación, con un enfoque dialectico-materialista, y dentro de postulados metodológicos, en nexo, con las características distintivas de este trabajo. Tal perspectiva, hizo posible el empleo de métodos teóricos como el análisis y crítica de fuentes; gracias a él, pudo resumirse y analizarse la cantidad de información proporcionada por los métodos empíricos. Para el análisis de la información se utilizó el paquete estadístico STATISTICA 7.0. y para su procesamiento se emplearon medidas de resumen para datos cualitativos (porcentajes)²². Las encuestas (anexos 1 y 2) se confeccionaron para ser aplicadas a pacientes y profesionales, fueron previamente consultadas con profesores del Diplomado en Administración Pública. La información se presenta resumida en tablas y un gráfico. La organización de las referencias a la bibliografía consultada en el documento se realizó, según las normas de Vancouver.

Los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, en su capítulo VI, sobre Salud, establece las premisas fundamentales que constituyen prioridad en la actualización de nuestro modelo económico, con el objetivo de garantizar la continuidad e irreversibilidad de nuestro sistema político y social, fomentar el desarrollo económico del país y elevar la calidad de vida de nuestra población, conjugados con la necesaria formación de valores éticos y políticos de nuestros ciudadanos, ratificando la voluntad política del Estado cubano de lograr un socialismo próspero y sostenible, por lo que el momento es muy oportuno para el desarrollo de este trabajo en el que nos proponemos los siguientes objetivos.²³

Objetivo General:

- Conocer cómo se integra la seguridad y protección al paciente como usuario del

servicio público de salud en la cultura organizacional del Hospital Universitario "Gral. Calixto García".

Objetivos Específicos:

- Determinar la aplicación en la práctica clínica de la protección al paciente como usuario de los servicios públicos de salud, por los profesionales de la Institución.
- Evaluar el uso del consentimiento informado hospitalario como mecanismo de protección al paciente en la práctica clínica.

MARCO TEÓRICO

Son muchos los textos que a nivel internacional hacen alusión genérica al derecho de protección de la salud, muestra de ello son "El derecho universal" del 19 de diciembre 1948, el "Convenio para la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales" del 4 de noviembre 1950, la "Carta Social Europea" del 18 de octubre de 1961, la "Declaración de Lisboa", sobre los derechos de los pacientes, adoptada en la 34 asamblea médica mundial Lisboa, Portugal, en 1995 y revisada su redacción en la 171 sección del consejo, Santiago de Chile, octubre 2005.

La protección al paciente abarca todo el inmenso campo de la práctica clínica, no existe escenario en el cual el paciente no se encuentre expuesto a riesgos. Uno de los campos en el que más se ha avanzado es el ensayo clínico, donde uno de los principios rectores como en la actuación sanitaria general es la autonomía del paciente, vista como la capacidad de decidir sobre su situación; este ha desterrado el modelo paternalista de la relación médico-paciente (RMP), manifestado en este caso por el consentimiento informado, conforme al cual el

paciente es libre de participar o no en ensayos clínicos.

El consentimiento informado (CI) constituye un elemento esencial de la actual RMP y uno de los principales derechos de los pacientes. Su doctrina presupone que el enfermo, o la persona en situación de riesgo de enfermar, tras recibir y comprender una información suficiente acerca de su problema clínico, de forma autónoma y libre, aceptan los diagnósticos y tratamientos sugeridos por el médico. Asegurar y garantizar una información adecuada, que permita participar al paciente en la toma de decisiones que le afecten.^{25, 26}

Es muy importante entender que el criterio de la autonomía no significa respetar cualquier cosa que se quiera, pues la conducta no debe perjudicar a los demás, la autonomía no existe sin obligaciones, lo que significa que los pacientes no pueden lograr cualquier tratamiento que deseen, ni tampoco exigir al médico tomar decisiones que vayan contra su conciencia. Los médicos no tienen obligación de hacer cosas que dañen al paciente o que sean médicamente inútiles.

*Se define Autonomía, como la facultad para gobernarse a si mismo, inherente a los seres racionales, que les permite actuar y elegir de forma razonada sobre la base de una apreciación personal. Es la capacidad para tomar decisiones.*²⁷

Es el derecho a la protección de la salud, el primer derecho de todo usuario de los servicios públicos. La Constitución de la República de Cuba en el artículo 43 define claramente que el Estado consagra el derecho conquistado por la Revolución de que los ciudadanos reciban asistencia médica en todas las instituciones de salud y en el Capítulo VII sobre los Derechos, Deberes y Garantías Fundamentales, en su artículo 50, quedó plasmado el derecho que tienen los ciudadanos a que se atienda y proteja su salud y como el Estado garantiza este derecho.²⁸

En correspondencia el Estado cubano estableció la base normativa legal para la

atención médica en Cuba, expresada en la Ley No 41/1983 Ley de la Salud Pública, la que establece en su artículo 4, inciso a) El reconocimiento y garantía del derecho de toda la población a que se atienda y proteja adecuadamente su salud en cualquier lugar del territorio nacional, el artículo 18 norma que en la práctica médica se aplican los medios preventivo-curativos y de rehabilitación aprobados por el Ministerio de Salud Pública.²⁹ La seguridad del paciente según Vincent³⁰, se puede definir como la ausencia, prevención o minimización del daño producido por el proceso de atención sanitaria.

Las Estrategias de Seguridad del Paciente son acciones que se desarrollan a nivel político, institucional y a nivel de los propios profesionales, con el objetivo de prevenir o minimizar el daño que puede producirse durante el proceso de atención sanitaria y que son sometidas a una evaluación sistemática rigurosa.

Las estrategias de seguridad del paciente en la actualidad, difieren de aquellas en la que los profesionales se sienten controlados y fiscalizados. Este nuevo enfoque se basa fundamentalmente en el análisis de los errores en la actividad diaria, para aumentar la seguridad de la asistencia, con el convencimiento de que aunque la mayoría de los errores los ejecutan las personas, estos se deben a defectos latentes del sistema que deben ser corregidos para poder evitar fallos humanos.

La sociedad española de medicina interna (SEMICYUC), reporta en el Informe de Seguridad y Riesgo de Enfermos Críticos, que el 57 % de los profesionales se sienten partícipes de la seguridad de los pacientes, no obstante un 56 % de ellos asegura, no cometer errores que produzcan daños a los pacientes.^{31,32}

Esto se explica porque el error se confunde en muchas ocasiones con culpa personal y, la detección y prevención de errores que se

promueven con las estrategias de seguridad del paciente, son percibidas a veces por los profesionales como tareas de fiscalización por parte de los gestores.

En general se puede hablar de tres obligaciones de los profesionales de la salud: resultados, seguridad y medios. La obligación de seguridad es la acción destinada a cubrir el conjunto de cuidados necesarios para garantizar la seguridad del proceso de atención a fin de evitar accidentes. La seguridad por lo regular, se refiere a la exigencia para las instituciones, que deben asegurar el buen funcionamiento de las instalaciones y los equipos garantizando las condiciones mínimas que permitan ejercer la práctica médica.

La incidencia de eventos adversos es uno de los indicadores más utilizados para la evaluación de los sistemas de protección del paciente y la seguridad del proceso asistencial. Como evento adverso podemos considerar todo efecto secundario o contrario a la finalidad con la cual se realiza una acción médica sobre el paciente y que ejerce un efecto negativo en su evolución, afectando la seguridad del paciente durante el proceso de atención sanitaria.

Diferentes estudios internacionales tratan de demostrar su comportamiento en regiones del mundo y su impacto en el coste anual de los sistemas de salud. Así el estudio Nacional de Eventos Adversos (EA) en hospitales (ENEAS), realizado en España en el 2005, arrojó que algo más de 9 de cada 100 pacientes ingresados sufre un evento adverso, y de ellos casi el 50 % podrían haber sido evitados.

El proyecto de identificación de efectos adversos (IDEAS), llevado a cabo en una muestra de 24 hospitales españoles, revisando de forma retrospectiva un total de 5 624 altas, se obtuvo un porcentaje de 9,3 de efectos adversos en pacientes ingresados, similar al registrado en los países

desarrollados del entorno; fueron identificadas las 3 causas inmediatas relacionadas con efectos adversos en hospitales españoles, por orden de frecuencia: los relacionados con la medicación, las infecciones nosocomiales (de origen intrahospitalarias), y las relacionadas con problemas técnicos durante un procedimiento.

Desde el punto de vista económico se cuantificó un coste para el Sistema de Salud español de 125 millones de euros, solamente considerando el exceso de días de estancia provocado por estos eventos.^{11,12}

Desde el 2006 el Ministerio de Salud español, ha financiado proyectos de prevención de las infecciones nosocomiales, desarrollando unidades de gestión de riesgo, unidades funcionales de atención al paciente, acciones de mejora en la identificación de pacientes, implementación de prácticas clínicas seguras relacionadas con procedimientos quirúrgicos, uso seguro de medicamentos, cuidados médicos, así como proyectos de investigación. El estudio sobre la seguridad del paciente en la Atención Primaria de Salud (APEAS), con el objetivo de identificar los eventos adversos e incidentes que se derivan de la asistencia sanitaria en la Atención Primaria, eventos adversos, más frecuentes fueron los relacionados con la medicación, valoración y diagnóstico.

Los Ministerios de salud, con el objetivo de garantizar la máxima calidad de la atención sanitaria a los ciudadanos, y ofrecer a su vez herramientas a los profesionales y gestores, han desarrollado planes de calidad, priorizando la seguridad del paciente como elemento fundamental para mejorar la calidad de la asistencia que prestan.^{22,23}

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), a su vez Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en las Américas, fue la sede del Lanzamiento Mundial de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente en Washington DC en octubre de 2004, es una iniciativa internacional en el

marco de la OMS, cuyo objetivo es facilitar el desarrollo de políticas y soluciones en la seguridad del paciente para todos los Estados Miembros de la OMS.

La OPS en 2007 definió cinco líneas estratégicas para el fortalecimiento de los programas de calidad de la atención, incluyendo la seguridad del paciente: primera, posicionar la calidad y la seguridad del paciente como prioridad sectorial, segunda, promover la participación ciudadana en temas de calidad, tercera, generar información y evidencia en materia de calidad, cuarta, desarrollar, adaptar y apoyar la implantación de soluciones en calidad, quinta, desarrollar una estrategia Regional para el fortalecimiento de la calidad.

Existen algunas evidencias de la voluntad política y el desarrollo de acciones para el fortalecimiento de la calidad de la atención y seguridad del paciente en las Américas, así 34 ministros de salud de países de América Latina han firmado compromisos con el desarrollo de acciones encaminadas al control de la infección asociada a la atención sanitaria, y el pilotaje exitoso en un centro hospitalario de la Región, de la estrategia multimodal de promoción de la higiene de las manos, que conlleva la ubicación de solución alcohólica para la desinfección de las manos, accesible a los profesionales que laboran en el área de atención al paciente.²⁴

Sin lugar a dudas, se avanza en la investigación científica en el campo de la protección al paciente en el mundo, como derecho fundamental y se realizan grandes esfuerzos en el desarrollo de estrategias y proyectos que garanticen su seguridad en la práctica clínica y se aprecia un mayor interés de los gobiernos en la implementación de políticas públicas encaminadas a prevenir y reducir los riesgos en los usuarios de los servicios de salud, se trata entonces de hacer partícipes a los actores fundamentales y decisores en el logro de este propósito.

Aspectos éticos.

La protección de los participantes en la investigación exige respetar su autonomía, informándoles de los fines que se persiguen con el desarrollo del proceso investigativo. Junto a este principio está el de la privacidad que exige anonimato de los que participan. La necesaria confirmación de los involucrados, tras la oportuna investigación de lo que se pretende y de lo que se ha conseguido, para poder respetar dichos principios (autonomía y privacidad) resulta irrenunciable.

El enfoque cualitativo predominante en esta investigación constituye un complejo contexto de relaciones, compromisos, conflictos, colaboraciones y escuchas, que suponen un

nivel adicional de consideraciones éticas que aparecen en torno a las intenciones y fines de los investigadores.

La investigación fue realizada por profesionales calificados y la información obtenida en el procesamiento de las encuestas previamente confeccionadas se guardó con la más estricta confidencialidad. Los participantes tuvieron la posibilidad de no involucrarse en el estudio si así lo consideraban sin previa explicación, por su libre y espontánea decisión, sin que esto repercutiese en su atención posterior ni en las relaciones entre los profesionales ni la relación médico-paciente.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Fueron aplicadas 86 encuestas, de ellas 60 (69,7 %) a pacientes y 26 (30,2) a profesionales, obteniéndose como resultado que el 63,3 % de los pacientes entrevistados (38) y el 65,4 (17) de los profesionales, respondieron no conocer los mecanismos de protección al paciente. Este hecho pudiera estar relacionado con la no existencia de un diseño estratégico claro y participativo sobre esta temática.

El 34,6 % que respondió conocer los mecanismos para la protección al paciente, los asoció a: consentimiento informado y al reglamento hospitalario 1 (3,8 %), consentimiento informado 3 (11,5 %), consentimiento informado y normas técnicas 1 (3,8 %), consentimiento informado y procedimientos 2 (7,7 %), trato adecuado a pacientes y familiares y cumplimiento de indicaciones médicas 1 (3,8 %) y solo 1 (3,8 %) de los profesionales encuestados la asoció al lavado de manos, la asepsia y antisepsia en el quirófano, y la aplicación del método clínico.

Desde finales de 2004 en Cantabria, España, se trabaja en estrategias relacionadas con la mejora de la seguridad del paciente que incluye la formación de profesionales en seguridad del paciente, higiene de las manos, inserción y mantenimiento del catéter, bacteriemia cero, dolor postoperatorio, identificación del paciente de riesgo, úlceras por presión, errores de medicación, y se han creado unidades funcionales de seguridad del paciente (UFSP).

En todos estos temas se imparten formación tanto presencial como on-line a los profesionales, se les ha dotado de material informativo, se han establecido guías y protocolos para implantar prácticas seguras y luego se han medido los resultados, que en algunos casos, han puesto en evidencia mejoras significativas, como por ejemplo la reducción de la incidencia de bacteriemia por catéter venoso central en las unidades de cuidados intensivos del 3,86 al 2,39 en los dos años del programa Bacteriemia Cero, y otras veces más moderadas como el incremento de la adhesión a la higiene de manos que, tras una campaña de 5 años y muchas actividades ha pasado del 40 al 46 %.^{10,22}

El 36,7 % de los pacientes encuestados refirieron no sentirse protegidos como usuarios de los servicios de salud, a pesar de haber recibido atención médica y solucionado su problema de salud, lo que pudiera estar en relación con el hecho de no identificar que toda asistencia sanitaria se realiza con el fin de proteger la salud la salud.

La alta posibilidad de prevención, la tendencia creciente de los eventos adversos por aumento de la complejidad de la asistencia sanitaria, la gravedad de las consecuencias, el gran impacto económico y social y la repercusión, tanto en pacientes como en profesionales que resultan víctimas de los eventos adversos, justifica el diseño de programas y otras estrategias de intervención para el fortalecimiento de la seguridad y protección al paciente.

Así, en España, siguiendo las indicaciones de la OMS y el Comité Europeo de Sanidad, el Ministerio de Sanidad ha priorizado la estrategia de seguridad del paciente en el Plan de calidad del Sistema Nacional de salud desde el año 2006.

Esta estrategia se desarrolla a través del Ministerio, en ella se definen las líneas estratégicas a seguir, se establecen las consejerías y servicios de salud que coordinan e implantan los proyectos y programas de los propios profesionales con la incorporación de las prácticas seguras a su actividad. Tiene como objetivos fundamentales la promoción de la cultura de seguridad, promover la investigación en esta materia, establecer sistemas de notificación de eventos adversos para el aprendizaje, promover la participación de los pacientes e implantar prácticas seguras en los centros del Sistema Nacional de Salud.^{24, 25}

El 53,4% de los pacientes encuestados desconocía sus derechos. Al establecer la relación entre el conocimiento de los derechos y la sensación de protección se encontró una relación directa; aquellos que respondieron afirmativamente, expresaron sentirse protegidos.

Este hecho se justifica por la falta de cultura jurídica general que existe en la población cubana a partir del papel hasta cierto punto paternalista que ejerce el Estado como garante de los derechos fundamentales conquistados, tales como: la igualdad, la equidad y la justicia social, y legitimados por el papel protagónico de las masas populares durante el proceso revolucionario.

El derecho a la información es un derecho por si mismo, pero sobre todo es un requisito ineludible para la toma de decisiones correctas, es decir, adecuadas a los intereses, deseos y preferencias de quienes harán uso de los servicios sanitarios.

A pesar del papel que han jugado los medios masivos de difusión y las nuevas tecnologías de la informática y las comunicaciones (TICs) en la divulgación de los avances de las ciencias médicas que permiten que se pueda acceder a información de forma sencilla y rápida, una parte de los ciudadanos se encuentran en una situación desventajosa para el ejercicio de la autonomía y toma de decisiones a partir del desconocimiento.

En nuestro medio, los derechos del paciente en la práctica clínica en ocasiones quedan reducidos a un conjunto de procedimientos asistenciales rutinarios, que forman parte de la actividad diaria, en los que no se gestiona de manera consciente, proactiva e intencional la seguridad y protección al paciente como un derecho y garantía ciudadana.

Estos aspectos deben ser parte integrante de los sistemas de gestión de la calidad en las instituciones de salud, el proceso de gestión de calidad lleva implícito la protección y seguridad del paciente de forma íntegra como parte consustancial al proceso asistencial.

En nuestra serie el 68,4 % de los pacientes encuestados no fue informado en el momento de su ingreso sobre los aspectos generales de la seguridad y protección al paciente. La encuesta aplicada a los profesionales, arrojó que el 61 % informa a veces a los pacientes, el 8 % siempre y el 7,7 %

nunca, lo que explica la desinformación existente en pacientes, siendo este elemento de gran importancia en su percepción de seguridad y protección.

Los pacientes acuden llenos de incertidumbre e inseguridad en busca de asistencia sanitaria constituye una preocupación en ellos como consumidores su presente y su futuro, les preocupa las experiencias previas de eventos adversos sus consecuencias, un porcentaje de los cuales saben ellos son evitables y tienen un alto coste social y económico.

Las indagaciones en cuanto al conocimiento que poseen los pacientes sobre consentimiento informado, arrojaron que el 55% de los entrevistados desconocía este derecho, lo que nos da una idea de las limitaciones que aún existen en la relación médico paciente.

El consentimiento informado debe ser materializa la efectividad de la relación médico-paciente, una garantía para el ejercicio de su autonomía y no un documento simplemente para eximir de responsabilidad al equipo de salud.

La encuesta realizada a los profesionales sobre la utilización de mecanismos de protección al paciente arrojó que el 30,8 % los utiliza siempre, el 19,2 % a veces y el 50 % nunca. El 73,2 % de los que respondieron afirmativamente, no respondieron la interrogante sobre cuáles mecanismos utilizaban. El 7,7 % expresó utilizar el consentimiento informado como mecanismo de protección al paciente.

El responsable de la información es el profesional de la salud, y dicho componente debe ser suficiente y comprensible. En la relación médico-paciente existe una asimetría cognitiva, que debe ser comprendida, como la obligación del médico de entregar la información que sea necesaria para que ese paciente tome una decisión que no le produzca daño a su biología, o a su forma de vivir. La información necesaria es aquella que le permite a ese paciente la toma de decisión, sin sufrimiento.

26, 27, 28

En la práctica se recurre al consentimiento informado, no tanto por respeto a la autonomía de los pacientes, sino como escudo contra quejas de familiares en los casos en que se puede prever un evento desfavorable en la evolución de un enfermo.

Los médicos no están acostumbrados a discutir sus pensamientos e información con los pacientes, excepto cuando se necesita tomar una decisión de un modelo puntual. De igual forma, los pacientes que están acostumbrados a funcionar pasivamente en la relación tendrán que ser re-educados acerca de su nuevo rol.

Algunos pacientes tienen descrita una visión ritualista y burocrática del consentimiento informado, e incluso se sienten asustados y presionados por tener que dar consentimiento escrito y reportaron que no lo leían y que no lo entendían.

En Cuba no es una exigencia legal absoluta, sin embargo, tal vez ese hecho sea una oportunidad de darle la relevancia ética que le corresponde, más que entenderlo como una regulación relacionada con el derecho. Hay exigencias éticas universales que no se pueden imponer; son deseables, pero no de forma obligada, heterónoma, sino fomentadas mediante actitudes positivas. Las estructuras organizativas de los médicos (sociedades profesionales, y facultades de medicina) tienen que asumir la responsabilidad de impulsar la puesta en práctica de este marco ético mediante la información y formación sistemática de sus miembros para propiciar así, el necesario cambio de mentalidad y de cultura organizacional.

Este problema sin lugar a dudas requiere un esfuerzo de asimilación, formación y compromiso, para que se convierta en verdadero instrumento para el mejoramiento de los comportamientos humanos

de quienes intervienen en el proceso asistencial, una auténtica herramienta de regulación y equilibrio entre los principios de beneficencia y autonomía.^{31, 32}

Sobre el conocimiento que los pacientes y profesionales poseen sobre las normas jurídicas de la protección al paciente, es de significar, que el 82 % de los encuestados refirieron desconocer las normas jurídicas sobre las cuales se sustenta, lo que adquiere mayor relevancia para el estudio que realizamos si observamos que el 96,2 % de los profesionales encuestados no domina el ordenamiento jurídico de este problema, resultando esta evidencia más preocupante, considerando que son los ejecutores de las acciones sobre el paciente, ante lo cual deben adoptar desde el punto de vista ético una actitud responsable tanto desde el punto de vista profesional, institucional, social y jurídico, como de las implicaciones que desde el punto de vista médico legal se derivan del actuar médico.

El 95 % de los pacientes encuestados desconocen el basamento jurídico del servicio que reciben y por tanto no se encuentran en condiciones de exigir sus derechos, este hecho limita el papel regulador que juega la legislación al ser del desconocimiento de quienes ejecutan las políticas y de quienes reciben su impacto. Los pacientes que respondieron afirmativamente sobre el conocimientos de las normas jurídicas vinculadas a la protección al paciente, no hicieron mención a ninguna de las existentes.

Además de lo refrendado en la Constitución de la República de Cuba, en el año 1983 se promulga la Ley 41/83 de La Salud Pública, donde se consagran los preceptos constitucionales, el derecho a la salud de todos los cubanos. La Ley 62/87, Código Penal cubano, reconoce como uno de los bienes jurídicos la salud individual y colectiva.

Especial referencia merece el art. 146 que pena al médico que, "requerido para prestar algún auxilio relacionado con su profesión, en caso urgente y de grave peligro para la salud o la vida de una persona, se abstenga de prestarlo sin causa justificada.

También La Ley 13/77 de Protección e Higiene del Trabajo, conjuntamente con la Ley 49/84, Código del Trabajo son consecuentes con el reconocimiento que nuestra constitución hace de la salud como un derecho fundamental, otorgándole al Estado la obligación de garantizar el derecho a la protección e Higiene del Trabajo.

La Ley 81/97 del Medio Ambiente recoge en su articulado varios preceptos, orientados a propiciar el cuidado de la salud humana, en coordinación con los Ministerios de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente, Salud Pública y la Agricultura en un enfoque multisectorial.

El valor fundamental de los resultados descritos hasta aquí, es la motivación y la inquietud generada, ofreciéndonos las coordenadas para intentar transitar por este atractivo camino, dándole continuidad a esta investigación. Su interpretación nos permitió arribar a las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

1. La cultura de seguridad y protección al paciente como usuario de los servicios de salud en el HUGCG es limitada.
2. Es limitado el dominio que existe en pacientes y profesionales sobre seguridad
3. La mayoría de los pacientes y profesionales no identifican las acciones que se realizan de protección al paciente como usuario de los servicios de salud, lo que es expresión de desconocimiento.

y protección al paciente como usuario de los servicios de salud.

4. Un porcentaje considerable de profesionales no identifican como acciones de protección a paciente, las que realizan sistemáticamente en el proceso asistencial.
 5. El consentimiento informado no constituye una herramienta de uso sistemático en el proceso asistencial, ni es considerado como un elemento fundamental en la protección al usuario, lo que limita la relación médico paciente.
 6. El consentimiento informado no es percibido como un derecho del paciente, que garantice el pleno ejercicio de su autonomía.
 7. Existe desconocimiento de las normativas jurídicas sobre la que se sustenta la protección al paciente, tanto en usuarios como en profesionales.
- 2.- Deal TE, Kennedy AA. Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life. Harmondsworth: Penguin Books; 1982.
 - 3.- Schein, E. H. (1985) Organizational Culture and Leadership, San Francisco, Jossey-Bass.
 - 4.- Domínguez Silva I. Rodríguez Domínguez BB. Navarro Domínguez JA. La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud. Rev. Med. Electrón. v.31 n.6. Matanzas nov.-dic. 2009.
 - 5.- Domínguez Silva I. Rodríguez Domínguez BB. Navarro Domínguez JA. La cultura organizacional para los sistemas organizacionales de salud. Rev. Med. Electrón. v.31 n.6 Matanzas nov.-dic. 2009.
 - 6.- Cruz Cordero, Teresa (1995): Consultoría Gerencial. Tesis de Maestría.
 - 7.- Cruz, Teresa y Mirta Villanueva (1993): Motivación. Apuntes Gerenciales.
 - 8.- Cruz Cordero, Teresa (1998): Motivación. Hoy y Mañana, ponencia.
 - 9.- Hernández V; Quintana V; Mederos R; et al. Influencia de la cultura organizacional en la calidad del servicio en el Hospital "Mario Muñoz Monroy".
 - 10.- Rojas Ochoa F. Acerca de la Historia de la Protección de la Salud a la Población. La Habana. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1988 [mimeógrafo].
 - 11.- Rojas Ochoa F. Salud Pública Medicina Social. Editorial Ciencias Médicas, 2009, 254 p.
 - 12.- Castro Ruz, F. La Historia me absolverá, Editorial de Ciencias sociales, La Habana, 1973.
 - 13.- Colectivo de autores. Sanidad Militar. Casa editorial Verde Olivo. Ciudad de la Habana, 2008.
 - 14.- Tabares Neyra, L., Hernández Cabrera A., Blanco Rojas M. "Apuntes sobre la Salud Pública en Cuba", en libro Tormillo Urbina, J., Cayón de las Cuevas, J. (Directores). Estudios sobre derecho de la Salud. Anrazadi, Depósito Legal: NA 2798/ 2011:783-795.
 - 15.- Delgado García, G., Hospital Cínico Quirúrgico Docente "General Calixto García": Recuento Histórico en su Centenario. En Boletín Epidemiológico, Hospital Docente: "General Calixto García", La Habana, vol 11, 12, Nos. 1-2 1/1996, 12/1997.
 - 16.- World Health Organization, The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy y Life, Geneve: Who, 2002. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en>.

RECOMENDACIONES

Continuar profundizando en este tema, mediante el diseño de una investigación a mediano y largo plazos, realizando cortes evaluativos periódicos, que permitan una mayor aproximación a lo que acontece actualmente en el Sistema de Salud cubano, en el ámbito de la protección y seguridad del paciente como usuario de los servicios públicos de salud y su incorporación como elemento fundamental de la cultura organizacional en los centros asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Libro Blanco sobre la implantación de sistemas de gestión de la calidad en instituciones de la sanidad pública cubana y boliviana. Colectivo de autores. EDITA: Serviguide, SL. Depósito Legal C: 300-2008.

- 17.-Recio Segoviano, M., Limón Ramirez, R., Martín Cruz, A., "La gestión de riesgo sanitario" en el libro Aranaz, J., Aibar, C. Vitaller, J. Mira, J.J (Directores), Gestión Sanitaria. Calidad y Seguridad de los Pacientes, Ediciones Díaz de Santos, 2008, págs. 271-277.
- 18.-Rebollo Rodrigo, H. Seguridad del paciente: estrategias y retos de futuro Estudios sobre derecho de salud, en Estudios sobre derecho de la Salud. Anrazadi, Depósito Legal: NA 2798/2011:493-502.
- 19.-Aranz, J. M, Aibar, C. y cols del Grupo de Estudios del Proyecto IDEA, Identificación de Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización-ENEAS 2005, Publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo, depósito Leagl: M-19200-2006.
- 20.- Aranz, J. M, Aibar, C. y cols del Grupo de Trabajo APEAS, Estudio APEAS, Estudio sobre la seguridad de los Pacientes en Atención Primaria de salud, Publicación del Ministerio de Sanidad y Consumo, depósito Leagl: M-57973-2008.
- 21.-Artilles Visbal L., Otero Iglesias J., Barrios Osuna Irene. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2009.
- 22.-Lineamientos de la Política Económica del Partido y La Revolución. Capítulo VI, Política Social. La Habana, 2011; Lineamientos: 154-160, pág.24.
- 23.-Bacallao San Julián, F., Matos Santos I. Consentimiento informado: Un puente hacia el cambio en la relación médico-paciente. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Volumen 18, Número 1, 2012.
- 24.-Gorrita Pérez RR. Consentimiento informado: un dilema ético a la luz de la sociedad actual. Revista de Ciencias Médicas La Habana 2012; 18 (1).
- 25.-Gorrita Pérez RR. La relación médico paciente en la sociedad actual: autonomía integridad y consentimiento informado. Revista de Ciencias Médicas La Habana [periódica en línea]. 2008 [citado 25 Sep. 2009];14(1).
- 26.-Quadrelli Henrig S., Lyons G, Cohen Diana. El respeto por la autonomía ¿cuanta información desean conocer los pacientes para tomar decisiones? medicina (Buenos Aires) 2008; 68: 198-204.
- 27.-Constitución de la República de Cuba. Artículo 50, pág.28.
- 28.-Ley No. 41. Ley de la Salud Pública, La Habana, 1983.
- 29.-Vincent, C, Patient safety, Elsevier Churchill Livingstone, Edinburg, 2006, pig 31.
- 30.-Agencia de Calidad dl Sistema Nacional de salud, Incidentes y Eventos Adversos en Medicina Intensiva. Seguridad y Riesgo en el Enfermo Crítico, SYREC 2007, informe, mayo 2009, Madrid, Ministerio de Sanidad y Política Social 2007.
- 31.-Rebollo Rodrigo, H., Madrazo Leal, C., Gómez Fleitas, M., "Sistema de vigilancia continua de eventos adversos en los servicios quirúrgicos de Cantabria", Med Clín (Barc), 2010, 135 (Supl 1): 12-16.