



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador



TRABAJO DE TITULACIÓN

SUBMODALIDAD: CAPITULO DE LIBRO

**TEMA: EL IMPACTO DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA EN LA
SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS PAÍSES LATINOAMERICANOS**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE CALIDAD
EN SALUD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE**

DIRECTORA: DRA. OLGA GONZALEZ

AUTOR: LIC. VANESSA MOLINA

QUITO, 2023

DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las políticas y manuales de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas políticas.

Asimismo, cedo los derechos en línea patrimoniales de mi trabajo de titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción dentro de las regulaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombre: Vanessa Molina

Cédula: 1723821284

Lugar y fecha: Quito, noviembre de 2023.

DEDICATORIA

Quiero dedicar a mi fuente de amor incondicional, mi querida madre, cuya sabiduría y apoyo han sido mi faro en esta travesía. A mi amada hija, quien con su inocencia y experiencia propia como paciente me ha recordado la importancia de cada paso en el camino hacia una atención médica más segura.

A los lectores que se interesen por estas páginas para comprender y mejorar la seguridad del paciente, que este capítulo sea un pequeño faro de conocimiento y conciencia en nuestro esfuerzo colectivo por promover una atención médica efectiva.

Este capítulo de libro está dedicado a todas las personas que han contribuido a mi formación profesional y personal.

Con gratitud y dedicación,

Vanessa Janeth Molina Churo

Autora

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a tres fuentes de inspiración fundamental en mi vida: Dios, Madre e Hija, sin dejar a un lado a la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador y a la tutora.

En primer lugar, agradezco a Dios por todas las bendiciones que me ha dado, por la salud, la familia, el trabajo y por la oportunidad de redactar este capítulo. Su infinita bondad y misericordia me han acompañado en todo momento.

A mi madre por ser la base de mi vida, por su apoyo constante y por ser mi mayor inspiración. Su sabiduría y consejos han sido fundamentales para mi desarrollo personal y profesional. A mi hija por ser la luz de mi vida, por su alegría contagiosa, su amor incondicional y por qué a su corta edad, me apoya y me motiva a ser una mejor persona y a luchar por mis sueños.

Por último, agradezco a la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador quien me dio la oportunidad de ser parte de la institución y a mi tutora quien fue una guía y apoyo en este novedoso camino.

Que este trabajo sea una pequeña contribución para fomentar la seguridad en la atención al paciente.

Vanessa Janeth Molina Churo

ÍNDICE GENERAL

DERECHOS DE AUTOR.....	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. METODOLOGÍA.....	2
3. DESARROLLO.....	4
3.1. Evolución de los modelos clínicos y procesos diagnósticos en medicina.....	4
3.1.1. Modelo de la escuela académica.....	4
3.1.2. El modelo natural.....	4
3.2. El humanismo de Carl Rogers y los modelos de atención centrados en la persona.....	5
3.2.1. Método clínico centrado en el paciente.....	6
3.2.2. El acogimiento.....	7
3.2.3. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en América Latina.....	9
3.3. Impacto de la seguridad del paciente en la atención centrada en la persona.....	14
3.3.1. La participación del paciente en su seguridad.....	16
3.3.2. La confianza en la seguridad del paciente.....	17
3.3.3. Información y empoderamiento del paciente.....	18
3.3.4. Barreras de seguridad durante el proceso asistencial en ACP.....	21
3.3.5. La participación del paciente en el listado de verificación quirúrgica.....	23
4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	27
Conclusiones.....	27
Recomendaciones.....	28
5. BIBLIOGRAFÍA.....	30

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	20
<i>Descriptiva de variables cuantitativas ACP</i>	20
Tabla 2	22
<i>Barreras relacionadas con la seguridad durante el proceso asistencial</i>	22
Tabla 3	25
<i>Listado de verificación quirúrgica</i>	25

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	7
<i>Método clínico centrado en el paciente</i>	7
Figura 2	9
<i>Esquema de Toma de decisiones compartidas</i>	9

RESUMEN

. El siguiente trabajo es una revisión de publicaciones científicas expuestas en revistas académicas desde el 2014. La búsqueda de estas fuentes llevó a analizar los modelos clínicos y los fundamentos que explican el enfoque de atención centrado en la persona. Especial atención recibió el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, al ser una de las experiencias vigentes en el sistema de salud de América Latina. Esta revisión permitió determinar que el modelo de atención centrado en la persona favorece la participación del paciente en su seguridad, su confianza y el empoderamiento sobre las decisiones vinculadas a su salud.

Palabras clave: atención centrada en la persona, confianza, seguridad, empoderamiento, América Latina

ABSTRACT

The work entitled The impact of person-centered care on patient safety in Latin American countries is a documentary analysis of articles published in indexed journals during the last ten years. The search for these sources led to analyzing the clinical models and foundations that explain the person-centered care approach. The Comprehensive Family and Community Health Care Model received special attention, as it is one of the current experiences in the Latin American health system. This review allowed us to determine that the person-centered care model favors patient participation in their safety, confidence, and empowerment over decisions related to their health.

Keywords: person-centered care, trust, security, empowerment, Latin America

1. INTRODUCCIÓN

. Es preciso, para dar inicio a este trabajo, acercarse a una definición del concepto atención centrada en el paciente (ACP). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define así: El derecho a la salud incluye el acceso pertinente, admisible y accesible a servicios de calidad que garanticen este derecho. Así, ese derecho se relaciona con otras facultades humanas como estar informados, la toma de decisiones y la no discriminación. De aquí se puede inferir el derecho a controlar su salud y tener acceso a un sistema de protección que se ofrezca al conjunto de la sociedad de modo equitativo y a ser beneficiario del nivel más pleno de salud que se le pueda ofrecer. (Dois, 2022)

Se hace énfasis en el derecho que tienen los pacientes dentro del sistema de salud de controlar su salud. Esta es una declaración inequívoca que faculta al paciente a ser protagonista en los fallos sobre su salud. En este sentido, el modelo de ACP genera vínculos entre el personal técnico y profesional de la salud con los pacientes, su familias y la comunidad. Esto es importante recalcarlo, pues, este modelo genera una simbiosis integral que no separa a la enfermedad del paciente y de su entorno, sino que, al contrario, la amalgama. Para el modelo de ACP los derechos y deberes de los involucrados se basan en la responsabilidad mutua sobre los cuidados de la salud. Se busca generar un vínculo entre el equipo sanitario, los pacientes, sus familias y la sociedad (Dois, 2022).

Se pasa entonces, de un modelo que se enfoca en la patología, a un enfoque que pone en su centro a la persona y a sus condiciones socioculturales. La atención centrada en el paciente plantea, asimismo, una nueva ética en la comunicación con el paciente, pues, se genera una dinámica dialógica que rompe con las jerarquías entre médico y

paciente. Este paradigma, como se puede inferir, reestructura los roles de usuarios y proveedores de atención de salud. Se mira al otro y se cuenta con él en las decisiones médicas.

Esta exploración documental ha permitido crear una secuencia que conduce la redacción de este capítulo en una secuencia que inicia con una exposición comparativa de los modelos clínicos y los procesos diagnósticos en medicina. Se avanza hacia un análisis del humanismo de Carl Rogers y los modelos de ACP.

De los modelos que se derivan de la atención centrada en la persona se hace énfasis en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, pues, es una de las experiencias que ha tenido influencia decisiva en varios sistemas de salud de América Latina. A la par, se revisan las perspectivas latinoamericanas del modelo de atención centradas en la persona y el impacto de la seguridad del paciente en la atención centrada en la persona.

Bajo estas directrices se propone una participación del usuario médico en su seguridad, confianza y contar con información para tomar decisiones sobre su salud. Se finaliza el proceso analizando la participación del paciente en el listado de verificación quirúrgica.

2. METODOLOGÍA

Se desarrolla una revisión bibliográfica que incluye exclusivamente datos abiertos y/o públicos. Utilizamos el método analítico sintético, con la interpretación, síntesis y referentes teóricos. Este trabajo de revisión documental permitió el análisis de

publicaciones académicas y científicas sobre la ACP y la seguridad del paciente. Estas publicaciones se generaron entre el 2013 y el 2023. Los artículos se enfocaron, especialmente, hacia Ecuador y América Latina.

La búsqueda se desarrolló en los siguientes portales de datos:

SCIELO

ELSEVIER

DIALNET

MEDINAB

Se trabajó con el criterio de búsqueda atención centrada en la persona. También se generó búsquedas con el criterio seguridad, paciente y ACP. Estos textos brindan información sobre Perú, Colombia, Chile, Brasil y Argentina. Se han obtenido datos de la OMS la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la entidad ministerial en temas de salud del Ecuador. Se revisaron investigaciones de posgrado vinculados con los criterios de búsqueda y se consideraron como literatura gris.

3. DESARROLLO

3.1. Evolución de los modelos clínicos y procesos diagnósticos en medicina

En los distintos contextos históricos y socioculturales, la práctica médica ha sido orientada desde distintos enfoques. En occidente, dos paradigmas ubicados en las antípodas han coexistido definiendo los modelos clínicos y los procesos diagnósticos: el modelo académico y la escuela natural. Se inicia revisando el modelo académico.

3.1.1. Modelo de la escuela académica

Este modelo académico busca “clasificar el cuadro del paciente de acuerdo con una taxonomía de enfermedades exclusivamente” (Cacace y Giménez, 2022, p. 62). Esta orientación, que nace en Cnido, se alinea con el enfoque reduccionista de Galeno.

Este modelo encontrará sus fundamentos en los aportes que se suceden a partir de las observaciones clínicas objetivas de Sydenham; la anatomía patológica, el estudio de signos y síntomas, hasta la descripción de los cuadros semiológicos. El modelo ontológico, sostiene que la enfermedad es una “entidad ubicada en órganos y conceptualmente independiente de la persona enferma” (Cacace y Giménez, 2022, p. 65). Este paradigma está en clara controversia con el modelo ecológico.

3.1.2. El modelo natural

Su antecedente se remonta a la Grecia clásica, entre los médicos de Cos, quienes “no separaban la enfermedad de la persona ni la persona de su medio” (Cacace y Giménez, 2022, 64). El rasgo distintivo de este modelo es su carácter holístico, que

describe la dolencia a partir de la comprensión de la patología en estrecho vínculo con el entorno donde se genera. Posteriormente, los seguidores de Hipócrates, seguirían esta tendencia.

Con el paso de los siglos, los estudios sobre el cuerpo humano y la enfermedad van cimentando el método clínico que, a inicios del siglo anterior, con los trabajos de Francis Crookshank, se orienta hacia dos modelos: el ontológico y el ecológico o fisiológico. Este último se corresponde con la arcaica escuela natural de los griegos.

Dentro de este enfoque, la enfermedad aparece debido a una homeostasis entre el organismo y el entorno. Es difícil desagregar la patología del paciente y del ambiente. Hay un vínculo entre el padecimiento y sus ámbitos (Cacace y Giménez, 2022). Estas ideas, como se verá, sostienen varias de las premisas del modelo de atención que se concentra en el paciente.

3.2. El humanismo de Carl Rogers y los modelos de atención centrados en la persona

El modelo ontológico fragmenta el cuerpo humano, ha obviado el enfoque integral del paciente. Se ha ignorado ámbitos importantes como los aspectos psicosociales relacionados con la patología. Además, se ha deteriorado el vínculo médico-paciente (Cacace y Giménez, 2022). En este panorama surgen alternativas para crear un modelo que se centre en el paciente. Por ejemplo, generan modelos como la escucha activa, los enfoques explicativos relacionados a la dolencia, el enfoque modelo biospsicosocial, la relación médico-paciente y la teoría general holística o integral. Cada una de estas

tendencias brinda importancia significativa a la relación del individuo con su ambiente y sus relaciones.

En la década del 50, el psicólogo Carl Rogers desarrolla la Terapia centrada en el cliente, cuya premisa fundamental es que la atención se desarrolla en torno a las necesidades y expectativas de salud que tiene el paciente. La enfermedad no es el foco de atención (Pascual, Gil, Sánchez y Menárquez). De aquí que, el paciente deja de tener un rol pasivo y participa activamente en su tratamiento.

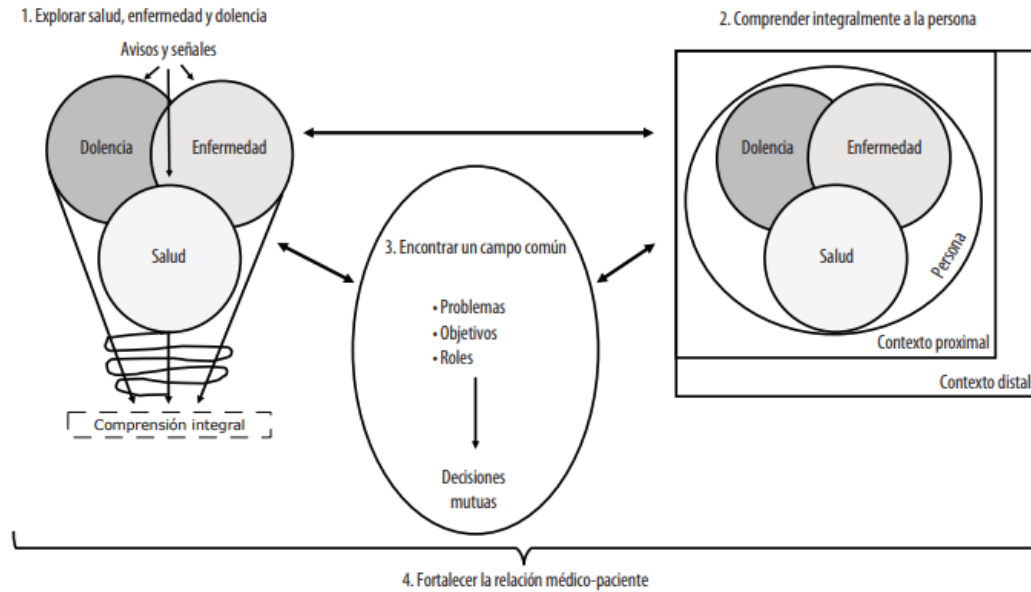
En el mismo orden de ideas, Michael Balint presentó el enfoque de medicina que se centra en el cliente, es decir, en el usuario del sistema de salud. Su propósito fue estructurar un diagnóstico general que no se limitara al cuadro clínico, sino que, considerara además las distintas circunstancias psicológicas y de vida del paciente (Cacace y Giménez, 2022). Hasta la fecha, varios enfoques se han desarrollado a la luz de este paradigma.

3.2.1. Método clínico centrado en el paciente

Ian McWhinney, padre de la Medicina Familiar, cuestionaba el reduccionismo de la medicina moderna. En un intento por conjugar el modelo natural descriptivo y el académico clínico propone la creación del Método Clínico centrado en el Paciente (MCCP).

Figura 1

Método clínico centrado en el paciente



Fuente. Tomado de (Cacace y Giménez, 2022)

Este método operacionaliza un modelo biopsicosocial que se ha convertido en la base epistemológica, metodológica y bioética de la Medicina Familiar. Este modelo ha definido un modo propio en el ejercicio médico que considera los aspectos biomédicos, la experiencia humana, los aspectos subjetivos en la interacción con el paciente y la participación activa de este último.

3.2.2. El acogimiento

Este concepto es el eje transversal en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC). Se implementó en Argentina y luego en Brasil como parte la política de *Humanización del Sistema Único de Salud*. Este modelo tiene dos dimensiones fundamentales: servicios de salud multidisciplinares y cuidados en relación con el otro. Cacace y Giménez (2022), lo definen así: Este enfoque se sustenta bajo dos

constructos: el entorno relacionado a los procesos de servicios de salud es pluridisciplinario; los cuidados se edifican siempre en interacción con el otro, profesional de la salud, paciente, familias. Se requiere de vínculos subjetivos entre los grupos de salud y las personas que requieren atención médica. Así, se deconstruyen los nexos entre los participantes del ámbito salud y se maneja una visión que integra la salud-enfermedad-atención-cuidados (PSEAC). Todos los participantes cumplen un rol. Las relaciones que se tejen son horizontales, equitativas, interactivas e interdisciplinarias.

El modelo tiene una construcción dialógica y horizontal. La responsabilidad sobre el cuidado es compartida entre el personal sanitario, los pacientes y sus familias. La escucha activa del paciente es parte del proceso diagnóstico y de tratamiento. Los cuidados en salud apuntan a la integralidad, la resolución y la continuidad.

Este modelo se direcciona hacia la humanización y mejora de calidad en cuidados sanitarios. Genera efectos en cuanto a la gestión más apropiada de recursos y construye vínculos importantes entre el personal sanitario y los pacientes.

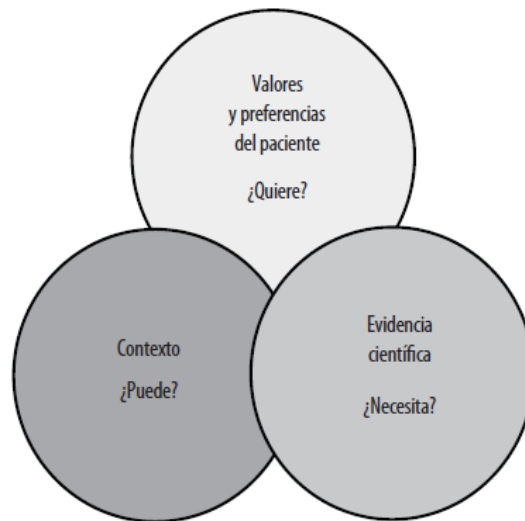
Este modelo, tiene elementos comunes con la clínica ampliada de Franco Bassaglia, que se concentraba en la idea de generar espacios clínicos donde el paciente interactúa en temas de salud, política, gerencia, promoción y asistencia. Emplea una serie de herramientas que permiten la gestión del modelo como la toma de decisiones compartidas (TDC) que se toman entre el paciente y el médico.

Para la ejecución de la TDC se brinda información precisa al paciente sobre la naturaleza de su situación médica, se plantean alternativas de posibles resultados como producto de la aplicación del tratamiento. Se consideran las expectativas, temores, el

contexto personal, familiar y sociocultural del paciente y del sistema de salud. En la Figura 2 se desarrolla el TDC.

Figura 2

Esquema de Toma de decisiones compartidas



Fuente: Tomado de (Cacace y Giménez, 2022)

El proceso contempla estas fases.

Identificación precisa del punto de decisión.

Dotación de información al paciente sobre el caso médico y las distintas alternativas médicas para tratarlo.

Obtención de la perspectiva del paciente.

Guía constante al paciente. Esta práctica se desarrolla durante todo el proceso.

Evaluación sobre la decisión final del paciente y su familia.

3.2.3. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en América Latina (AL)

3.2.3.1. México y Brasil

Los primeros programas enfocados desde la medicina familiar (MF) en América Latina se desplegaron por México y Brasil. Esto ocurrió durante los setenta. Luego de la Declaración de Alma-Ata, que determinó la trascendencia de la atención primaria de la salud (APS), estos programas se multiplicaron en toda la región. Lamentablemente, las reformas de los sistemas sanitarios desarrolladas en las últimas cuatro décadas por los países latinoamericanos han generado resultados restringidos, discordantes y hasta nocivos en términos de justicia y otras dimensiones sanitarias. El enfoque atomizado y selectivo de la APS, que no cuente con una serie de redes de asistencia integradas a nivel hospitalario genera inequidades en el acceso al sistema de salud (González, 2013).

Luego de las recomendaciones de la OPS sobre la necesidad de fortalecer la APS transversalizados por principios como justicia en lo social, una salud mejor, que permita la participación y el respaldo entre los integrantes de la sociedad, varios países como México, aumentaron y consolidaron el modelo de atención primaria en salud (APS) y se aumentó las plazas de medicina familiar. En este sentido el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) ahondó en su modelo de atención basado en la APS; y, de ese modo, multiplicó sus cuotas para medicina familiar. De 316 en 2001 se pasó a 1.136 en el 2012 (González, 2013, p. 2). Situación similar ocurrió en Brasil, por medio de la gestión realizada por la Secretaría Municipal de Salud de Río de Janeiro (SMS-RJ) que amplió la cobertura de la APS por medio de un enfoque centrado en salud familiar.

En 2008, sólo el 3,5% de la población en la ciudad alcanzaba la cobertura de Unidades de salud familiar, la más baja entre las capitales de Brasil. Con la reforma de la APS, la SMS-RJ alcanzó una población mayor al 40% de los habitantes de Río de

Janeiro. Esto se alcanzó en el lapso de cinco años. Se generaron 732 equipos multidisciplinarios nuevos. Estos grupos estaban conformados por galenos, licenciados en enfermería, asistentes de enfermería, operadores de la salud comunitaria y técnicos en salud bucal. En total se dio atención a más de 2,5 millones de personas.

En buena medida, este crecimiento acelerado se debió a las estrategias generadas por la SMS-RJ. Se cautivó a miles de médicos familiares de todas las regiones de Brasil; se generaron incrementos de salario, estímulos por el buen desempeño. Finalmente, se creó un programa macro de residencia en medicina de AL, esto se dio en el 2011. (González, 2013)

Este programa, que inició con 60 plazas para médicos familiares, aumentó su oferta hasta 150 en 2015. La adjudicación de estas plazas alcanzó entre 90 y 100%. Para implementar el mecanismo se desarrollaron varias estrategias como atraer egresados, introducir becas de incentivos en la formación, elección de centros de salud con instalaciones más apropiadas y capacitación basada en competencias.

3.2.3.2. Argentina

Pero, este panorama no se reprodujo en toda la región. En Argentina, por ejemplo, no hubo una mayor oferta de plazas en correlación con la adjudicación. En contraste, en Argentina, el mayor índice de las plazas que se ofertaron no tuvo una correlación con la adjudicación. Por esta razón, no se cubrió el 60% de las plazas anuales. (González, 2013). Estas cifras pueden ser producto de una política de salud que no gestiona las adjudicaciones de los médicos familiares como ocurre en México y en Río de Janeiro, en donde el IMMS y el SMS-RJ absorben para sus subsistemas esas plazas.

La ACP ha tenido varios programas que han buscado su implementación. En esta medida la OMS ha propuesto dos directrices claves que validan y orientan la ACP. El primero es generar procesos de participación de los pacientes en sus cuidados. El segundo, que se gestionen sistemas de atención personalizada. (Dois, 2022)

3.2.3.3. Chile

En Chile, este enfoque se concretó por medio del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria que se organiza a través de tres principios vitales: atención centrada en la persona, integralidad en la atención y continuidad en el proceso de salud. Este modelo se gesta a través de la construcción de un vínculo entre equipo de salud, pacientes, familias, comunidad. Se hace un especial énfasis en los deberes, derechos y la corresponsabilidad de todos los participantes en el cuidado.

Este modelo tiene la siguientes características: un trato sensible, considerado, con empatía, con gran solvencia profesional, eficaz y que sintonice con los requerimientos, valores y expectativas de cada paciente. Además, el modelo tiene como rasgo característico el suministrar información clave para que los pacientes interactúen y participen en las decisiones sobre sus cuidados. Se reconoce de este modo, las destrezas personales, las competencias para decidir, las dimensiones éticas y las afinidades personales. (Dois, 2022).

Hay varios trabajos que han determinado que este modelo genera resultados importantes en indicadores de salud como niveles de satisfacción del paciente, resultados médicos de salud a mediano y largo plazo. Finalmente, la ordenación y gestión de los servicios en salud es más apropiada.

3.2.3.4. Colombia

El modelo se acepta con relativa facilidad entre los profesionales y los estudiantes universitarios. Sin embargo, en Colombia se genera una paradoja que subyace en la confrontación entre la Academia Nacional de Medicina, algunas facultades, asociaciones científicas que promueven el modelo ACP y las organizaciones intermediarias que promueven una práctica de provisión de servicios de salud como un bien de mercado sujeto a leyes de oferta y demanda. En ese sentido, acceden a los cuidados de salud quienes puedan pagarlos.

Pese a que en el país del norte se ha aprobado como Ley Estatutaria el proyecto que declaraba que la salud es un derecho, aún persisten las prácticas mercantiles sobre la dotación de servicios de salud.

3.2.3.5. Perú

El sistema sanitario en Perú vio cuadruplicar las denuncias en contra de médicos entre 1991 y 2010. Esto, para Pedro Ortiz, pensador peruano, se expresa críticamente sobre el sistema médico en este país.

Asegura que se ha simplificado el acto médico. Hay evidente negligencia, dejadez, el desinterés y falta de empatía en el quehacer médico. El actuar es poco profesional, los procesos burocráticos son excesivos y son incongruentes con el paciente y la retribución económica que se requiere por estos servicios. Hay demasiada de diagnósticos errados y un abuso injustificado de la tecnología. El número de exámenes médicos son innecesarios y las instrucciones terapéuticas son poco claras. En suma, este pensador peruano considera que se este tipo de atención médica provoca daños más que alivio a los pacientes (Perales, Armas y Cluzet, 2016).

Este escenario ha hecho alentadora la implementación del modelo de ACP, pues, la atención médica descuidada, superficial e incompleta plantean la inclusión de nuevos paradigmas de atención en salud en donde se garantice la seguridad de los pacientes que usan el sistema de sanidad.

Varias premisas apuntan hacia la ACP, se describen a continuación:

1. Marco conceptual holístico
2. El paciente y su mundo
3. El sistema formador
4. Las instituciones de salud
5. La responsabilidad del médico

3.3. Impacto de la seguridad del paciente en la atención que se centra en la persona

La seguridad del paciente se centra en la persona, su impacto está relacionado con la gestión que realiza cada una de las organizaciones sanitarias a través de los comportamientos éticos, el sistema de creencias, las cualidades, sus enfoques sobre la realidad, las reglas, las actuaciones, las destrezas y las pautas de conducta individual y grupal. Todos estos factores son determinantes en el compromiso del personal de las unidades médicas que son quienes garantizan la seguridad del paciente. La propuesta es que lo hagan enmarcados en una cultura de seguridad en la cual se trabaje en equipo con un apoyo de liderazgo, en donde haya una correcta la comunicación entre pacientes y personal en salud (Meléndez et al., 2020).

Es importante comprender que la seguridad del paciente genera un impacto en la ACP, para solucionar diferentes errores que se presentan en las unidades de la salud, debido a que ningún error debe ser archivado, pues el único efecto que se debe encontrar en el personal de las unidades clínicas de los países latinoamericanos, es la ética, puesto que a través de esta se puede realizar una revisión honesta y abierta contribuyendo a propiciar un vínculo más oportuno entre galeno y cliente de salud. Es por esta razón que se debe entregar un cuidado de calidad mediante, una atención que permita la seguridad en el paciente (Athié y Dubón, 2020).

Para valorar el impacto de la ACP se han desarrollado varias herramientas. Pascual, Gil, Sánchez y Menárquez (2022) valoraron las dimensiones más importantes a incluirse en ACP. Esto permitiría hacer una proyección del impacto de la ACP en los usuarios del sistema de salud. Las siguientes son las dimensiones fundamentales de la ACP.

En la dimensión de valores la consideración, la flexibilidad, un encuentro centrado en el diálogo, el respeto a tomar decisiones autónomas y estar informado sobre los cuidados en salud son fundamentales. Así también, la atención holística, la empatía por las circunstancias de la vida personal y familiar. Que el médico tenga en cuenta las ideas, las dimensiones éticas, las actitudes, los temores y rasgos preferenciales de los pacientes dentro de su contexto son muy valorados. Finalmente, es clave el papel que juega el paciente en las disposiciones sobre su estado de salud. Para ello, el médico tiene la responsabilidad presentar al paciente las opciones terapéuticas posibles para su diagnóstico, cuidado o tratamiento. Se invita a que se genere una deliberación mutua y cortés sobre estos aspectos. (Pascual et al., 2022)

En los siguientes apartados se desarrollan varias de estas dimensiones. En su análisis se busca ir determinando el impacto de la ACP en dimensiones como la seguridad, la participación, la confianza del paciente.

3.3.1. Participación del paciente en su seguridad

En América Latina, la seguridad del paciente se está convirtiendo en prioridad. En las distintas casas de salud, los profesionales médicos comienzan a permitir la participación de los pacientes en los temas de cuidado de su salud. Estos últimos, van adquiriendo conocimientos y habilidades desde la mirada del profesional que está enfocada en la atención directa con el paciente. La finalidad es cometer la menor cantidad de eventos adversos entregando un servicio de calidad (Aguirre 2021).

De esta manera, la participación del paciente en su seguridad, requiere de un aprendizaje permanente sobre el modo de interacción de los componentes del sistema de salud; sin embargo, es importante que el personal médico ponga en práctica el conocimiento y las conductas éticas que han mostrado su efectividad en los tratamientos, con el fin de minimizar el nivel de ocurrencias de errores, o eventos adversos contribuyendo a garantizar que el paciente tenga seguridad y a brindar calidad en la atención del paciente. (Athié y Dubón, 2020)

En este sentido, la seguridad del paciente se presenta en las organizaciones de la salud como un intento racional de evitar cualquier tipo de lesión a los pacientes. Además, es clave para definir la calidad asistencial. Es el prerrequisito para el desarrollo de cualquier actividad médica. Solo el seguimiento de información actual permitió conocer

que la seguridad del paciente ha sido considerando una cuestión de prioridad en la práctica de salud (Rocco y Garrido 2017).

Por otra parte, Guzmán, Machado y Torres (2022) buscaron determinar la capacidad del paciente para participar de la atención en salud. Los resultados que se obtuvieron describen las dimensiones relacionadas con la ACP.

¿Qué dimensiones permiten medir la habilidad del usuario para interactuar en sus cuidados mientras está hospitalizado? Algunos indicadores fueron los siguientes: aumento del índice de seguridad del paciente (20,9 %); trabajo asistencial coordinado (5,7 %); proceso médico eficiente (5,7 %), ACP en los cuidados de enfermería (5,7 %); comunicación (29,1 %); planeamiento médico (14 %) contexto sanitario (19,8 %).

Buena parte de los estudios dieron cuenta de un accionar positivo en temas relacionados con ACP. Se sugirieron también la inclusión de ciertos elementos al entorno, el reordenamiento del escenario físico y médico. También se dio énfasis a las técnicas de cambio comportamental (Guzmán, Machado Y Torres, 2022)

Una inferencia de estos resultados plantea que indicadores como la seguridad, comunicación y el entorno asistencial fueron importantes a la hora de generar seguridad entre los pacientes bajo el marco de la ACP.

3.3.2. La confianza en la seguridad del usuario del sistema de salud

Sin duda alguna, la seguridad del sistema de salud genera confianza en el sistema médico. Es importante considerar que, el profesional de la salud es el que recepta todo lo que el usuario refiere, aun cuando este se encuentra en silencio. Tomando en cuenta que al hablar del efecto placebo del médico, da a conocer que, con la sola presencia del

galeno, se provoca una percepción de sentir seguridad, pues, el paciente asumen que será escuchado y comprendido. Entre las relaciones humanas, el vínculo que se da entre el médico y su usuario es una de las relaciones más desarrolladas y diversas. Se debe entender que el paciente y el médico comienzan a generar interdependencia. Por un lado, está el acceso al saber, el deseo de curarse y su rol comprometido con el tratamiento médico. (Villalobos y Calvanese, 2021)

Así mismo, en LA, se sabe que las organizaciones de la salud buscan afianzar la confianza en que el paciente esté seguro mediante una buena gestión en la atención sanitaria, en la cual se tomen medidas rápidas al momento de presentarse enfermedades graves, así como el virus en la pandemia, tomando en cuenta que las unidades de salud buscan mantener una buena relación entre el equipo médico y el cliente. (Quispe, 2020)

3.3.3. Información y empoderamiento del paciente

Notablemente, se puede conocer que en las unidades clínicas de Latinoamérica la información que proporcionan las unidades de salud al paciente contribuye de manera eficiente al desarrollo del proceso de atención asistencial, debido a que se centran en la seguridad del paciente y mejorando la relación entre usuario y doctor, a fin de entregar un servicio de calidad (González, 2021).

Es decir, que la información en los pacientes es de mucha importancia ya que, otro medio de obtener esta, es por medio de internet que permite al paciente tener acceso con rapidez a la información aprobada por el personal médico, de esta manera, se fortalece una relación entre el paciente y las unidades de salud (González, 2021).

De esta manera, se ha visto la necesidad de implementar las historias clínicas electrónica (HCE) en las en las organizaciones de salud ya que establece un proceso de cambio tecnológico para los pacientes de Latinoamérica, tomando en cuenta que la atención se centra en la persona que es el paciente (Chá, 2020).

Es por esta razón que para mayor seguridad del usuario se ha tenido que sustituir el papel por el registro clínico electrónico (RCE) dejando de ser un registro de información solo para el médico y de la organización, si no, para el trabajo en equipo de manera integral (Chá, 2020). Así mismo, las unidades sanitarias han dado a conocer que, los pacientes se han ido empoderando mediante la constante educación o capacitación que los médicos les entregan, considerando el rol del paciente por tener un mayor control en cuanto a las decisiones que tienen que ver con la salud (Paloma et al., 2021).

Es decir, que, el empoderamiento que tienen los pacientes de los países latinoamericanos permite que estos se transformen en entes participativos sobre las decisiones relacionadas con su salud. Para esto se vuelve clave el desarrollo de las habilidades y la motivación necesarias para que integre en su vida esta participación activa en salud. (Paloma et al., 2021)

Para cerrar este apartado sobre el impacto de la ACP se recogen varios resultados. Rojano, Serra, Soler y Salvá (2020) exponen estos datos que se observan en la tabla 1.

Tabla 1

Descriptiva de variables cuantitativas ACP

	ACP						Convencional						p
	n	\bar{x}	DS	P25	P50	P75	n	\bar{x}	DS	P25	P50	P75	
Edad (años)	66	86,7	7,5	84,3	87,8	92,2	59	85,3	8,3	81,7	85,9	91,8	0,365
Tiempo en el centro (años)	66	3,0	3,5	0,6	2,0	3,7	59	4,6	4,6	1,0	2,5	6,2	0,041
OMS5IB	65	55,6	21,6	40,0	60,0	72,0	58	43,9	21,0	36,0	42,0	56,0	0,003
EUROQOL5D-5L. Índice de salud	64	64,6	15,5	52,0	64,0	76,0	58	57,8	18,0	44,0	54,0	68,0	0,027
EUROQOL5D-5L. Puntuación EVA	64	55,1	17,5	50,0	50,0	70,0	59	46,1	20,8	30,0	50,0	50,0	0,011
TOPAS. Puntuación general	66	75,6	14,8	66,3	76,9	87,5	59	66,8	14,3	54,2	65,6	80,0	0,001
Dimensión I. Actitud del residente hacia estar viviendo en el centro.	66	71,4	20,6	50,0	75,0	90,0	59	53,9	22,5	35,0	50,0	75,0	<0,001
Dimensión II. Calidad de los cuidados y cuidadores.	66	88,8	14,3	83,6	94,5	100,0	59	88,5	14,2	81,8	92,7	100,0	0,913
Dimensión III. Compromiso del residente y relación con sus iguales.	66	52,6	32,7	25,0	55,0	82,5	59	32,8	30,4	2,5	22,5	60,0	0,001
Dimensión IV. Mantenimiento del contacto con personas y lugares.	66	79,9	22,2	70,0	87,5	100,0	59	81,4	27,8	70,0	100,0	100,0	0,737
Dimensión V. Calidad del entorno físico	66	83,7	12,5	80,0	84,0	92,0	59	72,1	16,7	60,0	72,0	84,0	<0,001
Número de problemas de salud	66	4,6	2,1	4,0	5,0	6,0	59	5,6	1,9	4,0	6,0	7,0	0,005
Índice de Charlson	66	1,2	1,1	0,0	1,0	2,0	59	1,8	1,6	1,0	1,0	3,0	0,017
Número de medicamentos	66	6,4	3,0	4,0	6,0	9,0	58	8,2	3,1	6,0	8,0	11,0	0,001
Puntuación MEC Lobo	66	15,3	10,0	8,0	14,0	25,0	54	15,8	12,2	1,0	16,5	25,0	0,819
NPIQ: N° síntomas	63	1,7	1,4	1,0	2,0	3,0	58	1,6	1,3	1,0	1,0	2,0	0,983
NPIQ: Puntuación (frecuencia x severidad).	62	9,7	9,0	1,0	8,0	16,0	58	9,1	8,7	4,0	8,0	12,0	0,475
SPPB	41	2,9	2,5	1,0	3,0	4,0	25	2,8	2,3	1,0	3,0	4,0	0,951
Índice de Barthel	66	54,8	31,7	30,0	62,5	85,0	55	44,6	34,2	0,0	55,0	70,0	0,094
Índice de Lawton (actividades autónomas)	65	1,3	1,4	0,0	1,0	2,0	56	1,4	1,8	0,0	1,0	2,0	0,867

\bar{x} = media; DS = desviación estándar; P25, P50 y P75 percentiles 25, 50 y 75.

Fuente: Tomado de (Rojano, Serra, Soler y Salvá, 2020)

En los datos se observan las diferencias favorables a la ACP en cuanto a sensación de bienestar, vida de calidad y resiliencia. Las consecuencias son más evidentes en la calidad del medio físico que lo rodea, el comportamiento del equipo médico y su compromiso en relación con los iguales, (Rojano, Serra, Soler y Salvá, 2020).

Finalmente, este estudio arroja estas conclusiones. El enfoque ACP incide positivamente en la capacidad de confrontación y recuperación. Es importante, sin embargo, un ajuste de las variables que influyan sobre estos aspectos (Rojano, Serra, Soler y Salvá, 2020).

Se puede inferir que, el impacto de la ACP puede a tener un importante nivel de relevancia en aspectos como la seguridad, el bienestar, la capacidad de salir adelante, la participación del paciente en su atención en salud, que son dimensiones clave dentro de la ACP. En el siguiente apartado se analizan las barreras en la seguridad del proceso asistencial en ACP.

3.3.4. Barreras de seguridad durante el proceso asistencial en ACP

Los centros hospitalarios emblemáticos del ministerio de salud de cada país de Latinoamérica atienden a pacientes con diferentes patologías complejas. Es importante conocer que, una atención médica que denote calidad incluye, además de cordialidad, empatía, consideración, la gestión eficiente de los recursos materiales y capacidad real para resolver problemas (Soto, 2019).

Sin embargo, la realidad de los hospitales públicos discrepa mucho de los parámetros de calidad que son recomendados, mostrando deficiencias representativas al momento de resolver los problemas, debido a la falta de métodos que permitan entregar un diagnóstico, o la falta de equipos adecuados y la insuficiencia en la gestión de fármacos y otros materiales para la atención médica. (Soto, 2019)

Es importante conocer cuáles son las barreras de seguridad durante el proceso asistencial, debido a que en la atención médica pueden surgir errores repetitivos, siendo indispensable analizar sobre los posibles elementos que pudieron haber ocasionado para

de esta manera poder actuar sobre estos. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que en las unidades de salud existe una tendencia natural que de manera general las unidades clínicas tienden a ocultar los errores, debido al temor a ser sancionados o demandados (Athié y Dubón, 2020).

Cabe considerar, que en las organizaciones de salud se presentan barreras de seguridad en los países latinoamericanos ya que, durante el proceso asistencial se muestran diferentes circunstancias que se convierten en barreras al acceso. Estas se hallan en estrecha relación con las condiciones materiales de las casas de salud (Hidalgo et al., 2022).

El sistema de salud, al momento de obtener una cita, dependen de las características del paciente de acuerdo, a la enfermedad que presenta.

Las barreras relacionadas con el proceso de seguridad asistencial de salud son las siguientes:

Tabla 2

Barreras relacionadas con la seguridad durante el proceso asistencial

Carencia diaria de cupos para atención médica.
Call center saturado
Proceso clínico que inicia con medicina general para ser derivado a las especialidades.
Ineficiencia en la línea de dotación de medicamentos y de otros recursos médicos para el tratamiento.

Fuente: Tomado de (Soto, 2022).

En este sentido es importante resaltar que para dar solución a las barreras de seguridad que se presentan durante el proceso asistencial, es necesario que en todos los países de Latinoamérica hagan parte de las organizaciones de la salud la ética de la seguridad clínica ya que es indispensable para poder dar a conocer los errores, inclusive los casi errores que se van dando durante el proceso o aquellos que se presentan sin consecuencias significativas, de esta manera, se las entidades de salud podrán mostrar una gestión transparente de los mismos (Athié y Dubón, 2020).

3.3.5. La participación del paciente en el listado de verificación quirúrgica

Hay 234 millones de cirugías que se desarrollan cada año. La cirugía, es así, uno de los procedimientos médicos más importantes de la atención al paciente. Sin embargo, las complicaciones quirúrgicas corresponden a la tercera causa de muerte a nivel mundial; esto se ha convertido en un problema público de salud. Uno de los objetivos de las instituciones sanitarias, en la actualidad, es generar estrategias que minimicen el índice de eventos adversos (López, 2020).

En este contexto, es importante conocer que, la participación del paciente en el proceso de verificación del listado de cirugía quirúrgica es muy escasa, debido a que en algunos países de la Latinoamérica no cuentan con un sistema consolidado que permita medir la atención en cirugía (Ramos y Torres, 2020).

Es decir, dependiendo del acceso a la salud, el paciente puede conocer su estado de salud, debido al escaso personal médico no se cuenta con el tiempo necesario para capacitarles a los pacientes sobre su enfermedad, sin embargo, es necesario que este,

conozca que procedimiento va a ser realizado ya sea una cesáreas, laparotomías y reparaciones de fracturas expuestas entre otras (Ramos y Torres, 2020).

En los países industrializados, entre el 3 y el 16% de las cirugías con hospitalización presentan complicaciones. Los efectos pueden ser: discapacidad permanente o inclusive la muerte. Este último efecto se da entre un 0.4 a 0.8% (y de 0.5 a 5% en cirugías mayores). Del mismo modo, 63 millones de personas son intervenidas quirúrgicamente por lesiones de tipo traumático. 10 millones por dificultades derivadas de una cesárea y 31 millones por problemas de tipo oncológico (López, 2020).

De esta manera, es importante que el paciente tenga conocimiento y participe en el listado de verificación quirúrgica en la parte de la entrada. A continuación, se presenta la lista de verificación de la seguridad de la cirugía (LVSC):

En México, D.F. se midió la adherencia del equipo de servicios quirúrgicos a la LVCS. En este trabajo se determinó que los niveles de adherencia fueron en aumento del 38, al 73 hasta alcanzar el 93% de uso de la LVCS. Por otro lado, un desglose de estos resultados determinó que el personal de enfermería es quien más emplea esta herramienta. En contraste, los cirujanos, fueron quienes menos se adhirieron al uso de la LVCS. Una de las conclusiones importantes de este trabajo es que la implementación de la LVCS va de la mano de una cultura de seguridad.

No obstante, la cirugía al presentarse como un problema en los países latinoamericanos, sobre todo, en los tercermundistas han sido los que menos atención han recibido debido a que no cuentan con diferentes recursos que se presentan como limitaciones y barreras de acceso a la atención como falta de calidad en la atención hospitalaria o no disponibilidad (Ramos y Torres, 2020).

Finalmente, en Latinoamérica, existen múltiples programas de salud pública, los cuales están direccionados para atender las necesidades de los grupos poblaciones con más riesgo, estos programas en su mayoría son para realizar una prevención, mediante una detección temprana de enfermedades infecciosas o crónico degenerativas.

4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

El modelo de ACP tiene sus orígenes más arcaicos entre los médicos de Cos que no separaban la enfermedad de la persona ni la persona de su medio. En el siglo XX, Francis Crookshank, se orienta hacia dos modelos: el ontológico y el ecológico o fisiológico. Este último enfoque considera que la enfermedad surge por un desequilibrio entre el organismo y el ambiente. Estas concepciones sostienen varias de las premisas del modelo de ACP.

El modelo de ACP tiene sus fundamentos epistemológicos y axiológicos en los aportes del psicólogo Carl Rogers y en su Terapia centrada en el cliente. Su premisa concentra la atención en los requerimientos y expectativas de salud del paciente. Asimismo, Michael Balint, propuso un sistema en donde se estructuraba un diagnóstico general que, considerara además del cuadro clínico, las distintas circunstancias psicológicas y de vida del paciente. Estas premisas han recibido la acogida de la OMS y la OPS.

En América Latina, el enfoque de ACP se sistematizó en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario que pugna por un trato sensible, con respeto, empatía, competencia, eficiencia y que sintonice con las necesidades, valores y preferencias de cada paciente. Estos principios fueron acogidos por la OMS y la OPS y generaron recomendaciones que apelan por la participación, la solidaridad entre países, la justicia social, el derecho a una salud integral y la APS. Bajo esta modalidad se provee de la información necesaria para que las personas puedan participar de las decisiones

relativas a su salud. Este modelo, especialmente, se ha desarrollado en Chile, México y Brasil.

En América Latina hay una confrontación de dos visiones: por un lado, se acoge con entusiasmo el modelo centrado en el paciente desde los espectros médicos y académicos. Por otra parte, este enfoque confronta con la perspectiva neoliberal de la salud paga que es excluyente y jerarquizante.

La implementación del Modelo de ACP ha sido acogido de modo muy diverso. México, Brasil y Chile lideran la implementación de este modelo. En contraste, Argentina, Colombia, Perú, Ecuador no han sistematizado este modelo de modo transversal en su sistema de salud. En parte, esta situación se debe a las reformas políticas en los sistemas sanitarios de AL.

Recomendaciones

Es importante que las prácticas médicas estén alineadas con un enfoque que reconozca el papel del paciente en las decisiones vinculadas a su salud. En ese sentido, la implementación de un modelo centrado en la persona, implica un cambio de paradigma que reoriente la visión de los sistemas de salud. Este enfoque debe ser parte de las directrices que se manejen desde las organizaciones que son parte del sistema de salud. Se deben superar las contradicciones entre el enfoque centrado en el paciente y las políticas neoliberales que pugnan por la privatización del derecho a la salud.

La implementación del modelo de ACP debe estar sostenidos por procesos sistemáticos y organizados de formación, sensibilización y capacitación dirigida a todos los actores del hecho de salud: usuarios, familias, comunidad y técnicos y profesionales

de la salud. El enfoque es participativo y, en consecuencia, discurre en el diálogo de los involucrados. Bajo este modelo, la labor educativa del sistema de salud es fundamental. El médico familiar no es un profesional que se limita a brindar atención médica, sino que, especialmente es un comunicador y educador de la familia y la sociedad en temas de salud.

Si se quiere garantizar que se ejerza el derecho de las personas y la comunidad a la salud, es indefectible que los sistemas de salud latinoamericanos se reorienten hacia un modelo centrado en la persona. Este modelo garantiza el derecho a que la salud del paciente considere sus decisiones sobre sus cuidados médicos. Además, estimula la integración de programas y proyectos que incluyan a las familias y a la comunidad en la construcción de un sistema preventivo que considere al individuo, sus condiciones personales, familiares y socioculturales como parte fundamental a la hora de comprender su salud.

En los países donde ha tenido éxito la implementación del modelo centrado en la persona, se contó siempre con una institucionalidad que promueve y sostiene este enfoque. Es válido entonces que, la gestión de los temas relacionados a medicina familiar en la región, esté a cargo de una institucionalidad que promueva y garantice las plazas de medicinas familiares con una serie de medidas complementarias como la atracción de egresados, introducción de becas de incentivos en la formación, elección de centros de salud con instalaciones más apropiadas y capacitación basada en competencias.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre MH. (2021). Producción científica sobre seguridad del paciente en el área de Enfermería en Latinoamérica. *Sal. Cienc.* <https://doi.org/10.56294/saludcyt202117>
- Athié-Gutiérrez, César, & Dubón-Peniche, Madel Carmen. (2020). Valoración ética de los errores médicos y la seguridad del paciente. *Cirugía y cirujanos*, 88(2), pp. 219-232. Epub 15 de noviembre de 2021. <https://doi.org/10.24875/ciru.18000625>
- Cacace, P., & Giménez, G. (2022). Modelos de atención centrados en la persona: evolución de concepto humanizadores de nuestras prácticas. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 63-72.
- Dois, A. (2022). La atención centrada en la persona como eje del modelo de salud. *Revista de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 97-109.
- González, A. (2013). Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. *Pan American Journal of Public Health*.
- Guzmán, M., Machado, R., & Torres, J. (2022). Atención centrada en el paciente hospitalizado para la mejora de la calidad de atención. *ECIMED*.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud: Síntesis de resultados y recomendaciones. *Revista de la Organización Panamericana de la Salud*, 1-27.
- Pascual, J., Gil, T., Sánchez, J., & Menárquez, J. (2022). ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. *ELSEVIER*, 1-11.

- Perales, A. M., Armas, R., & Cluzet, O. (2016). Perspectivas latinoamericanas sobre medicina centrada en la persona. *Simposio*, 801-810.
- Quispe-Juli Cender Udai, Moquillaza-Alcántara Víctor Hugo, Arapa-Apaza Katherine Linda (2020). Telesalud en Latinoamérica: una mirada a los estudios registrados en clinicaltrials.gov. *Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud*;30(4)e1389.
- Ramos-De la Medina, Antonio, & Torres-Cisneros, Juan Roberto. (2020). La cirugía como problema de salud pública en México y el concepto de cirugía global. *Cirujano general*, 42(1), 57-60. Epub 24 de septiembre de 2021. <https://doi.org/10.35366/92713>
- Rocco Cristián, Garrido Alejandro (2017). Seguridad del Paciente y Cultura de Seguridad. *Rev. Med. Clin. Condes*; 28(5) pp. 785-795.
- Rojano, X., Serra, E., Soler, O., & Salvá, A. (2020). Impacto en residencias de la atención centrada en las personas (ACP) sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de salir adelante. Estudio transversal. *Elsevier*.
- Soto, Alonso. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36(2), 304-311. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>
- Villalobos, J., & Calvanese, N. (2021). La relación médico-paciente ¿Un cambio de paradigma? *Ética Médica*, 1070-1074.