

## **La experiencia del paciente en la atención sanitaria: un análisis cualitativo de las dimensiones relacionales de la atención.**

*A Experiência do Paciente no Cuidado em Saúde: Uma Análise Qualitativa das Dimensões Relacionais do Atendimento*

*The Patient Experience in Health Care: A Qualitative Analysis of the Relational Dimensions of Care*

Ayla Aparecida Lorena Seixas – Centro Universitario Redentor ( UniRedentor ), Itaperuna, RJ, Brasil.

Annabelle de Fátima Modesto – Centro Universitario Redentor ( UniRedentor ), Itaperuna, RJ, Brasil, annabelle.vargas@afya.com.br

Nombre del autor – nombre de la institución educativa, correo electrónico

### **Resumen:**

**INTRODUCCIÓN:** Este estudio aborda la experiencia del paciente en la atención sanitaria, investigando cómo se vive la atención y qué efectos produce en la relación con los servicios de salud. Si bien las situaciones negativas, como las deficiencias en la atención, se discuten frecuentemente desde una perspectiva técnica y legal, estas experiencias también tienen repercusiones subjetivas, emocionales y relacionales, que influyen en cómo el individuo percibe la atención recibida. **OBJETIVO:** Investigar la atención sanitaria desde la perspectiva de los pacientes, identificando sus principales repercusiones. **MÉTODO:** Este es un estudio de investigación cualitativa, realizado mediante entrevistas semiestructuradas con participantes que relataron sus experiencias en la atención sanitaria. **RESULTADOS/DISCUSIÓN:** El análisis de datos permitió identificar tres categorías centrales: la humanización de la atención, la importancia de la escucha activa y las repercusiones de estas experiencias en la confianza del paciente en el sistema de salud. **CONCLUSIÓN:** Se concluye que la experiencia del paciente en la atención sanitaria va más allá de la dimensión técnica, estando profundamente influenciada por aspectos emocionales y relacionales, lo que subraya la necesidad de prácticas más humanizadas, basadas en la escucha y el fortalecimiento del vínculo y la confianza en el sistema de salud.

**Palabras clave:** Mala praxis; Relación médico-paciente; Humanización de la atención médica.

### **Resumo:**

**INTRODUÇÃO:** O presente estudo aborda a experiência do paciente no cuidado em saúde, investigando como o atendimento é vivenciado e quais efeitos produz na relação com os serviços de saúde. Embora situações negativas, como falhas no cuidado, sejam frequentemente discutidas sob a perspectiva técnica e jurídica, essas experiências também apresentam repercussões subjetivas, emocionais e relacionais, influenciando a forma como o indivíduo percebe o atendimento recebido. **OBJETIVO:** Investigar o cuidado em saúde sob a perspectiva dos pacientes, identificando suas principais repercussões. **MÉTODO:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada por meio de entrevistas semiestructuradas com participantes que relataram suas experiências no atendimento em saúde. **RESULTADOS/DISCUSSÃO:** A análise dos dados permitiu a identificação de três categorias centrais: a humanização do atendimento, a importância da escuta qualificada e as repercussões dessas experiências na confiança do paciente no sistema de saúde. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a experiência do paciente no cuidado em saúde ultrapassa a dimensão técnica, sendo profundamente influenciada por aspectos emocionais e relacionais, o que evidencia a necessidade de práticas mais humanizadas, baseadas na escuta e no fortalecimento do vínculo e da confiança no sistema de saúde.

**Palabras-clave:** Impericia; Relaciones Médico-Paciente; Humanización da Assistência.

**Abstract:**

**INTRODUCTION:** This study addresses the patient experience in health care, investigating how care is experienced and what effects it produces in the relationship with health services. Although negative situations, such as failures in care, are frequently discussed from technical and legal perspectives, these experiences also present subjective, emotional, and relational repercussions, influencing how individuals perceive the care they receive. **OBJECTIVE:** To investigate health care from the patients' perspective, identifying its main repercussions. **METHOD:** This is a qualitative study conducted through semi-structured interviews with participants who reported their experiences in health care services. **RESULTS/DISCUSSION:** Data analysis enabled the identification of three central categories: the humanization of care, the importance of qualified listening, and the repercussions of these experiences on patient trust in the health system. **CONCLUSION:** It is concluded that the patient experience in health care goes beyond the technical dimension, being deeply influenced by emotional and relational aspects, which highlights the need for more humanized practices based on listening and on strengthening bonds and trust in the health system.

**Keywords:** Malpractice; Physician-Patient Relations; Humanization of Assistance.

## 1. Introducción

En el contexto actual de la atención sanitaria, la experiencia del paciente se ha convertido en un elemento central para comprender la calidad de la atención brindada. Más allá de los aspectos técnicos y científicos, la forma en que los usuarios experimentan la atención implica dimensiones subjetivas, emocionales y relacionales que influyen directamente en su percepción de los servicios de salud y del propio proceso salud-enfermedad.

En este contexto, si bien el debate sobre la negligencia médica se enmarca tradicionalmente en el ámbito jurídico, también revela importantes implicaciones para la experiencia de los pacientes. En el ámbito legislativo, el deber legal de los médicos ha evolucionado significativamente en los últimos tiempos, mientras que la conciencia ciudadana sobre sus derechos ha aumentado gracias a un mayor acceso a la información. Dentro de la responsabilidad civil médica, destacan conceptos como la culpa, que, según Novais, Moreira y Cabral (2024, p. 344), se divide en dos categorías: dolo y negligencia, esta última subdividida en incompetencia, imprudencia y negligencia. Desde una perspectiva jurídica, estas categorías se refieren a resultados deficientes de la labor médica, sin que existiera la intención de producirlos.

Según Lima (2023), entre las principales causas asociadas a estas fallas se encuentran la sobrecarga del sistema de salud, la falta de capacitación adecuada, las presiones financieras, los

recursos limitados, la mala comunicación y los factores económicos. Estas condiciones demuestran que tales sucesos no se limitan al desempeño individual del profesional, sino que también reflejan debilidades estructurales en el sistema de salud. La negligencia, a su vez, puede manifestarse de diversas formas, desde el maltrato —como violencia física y/o verbal, humillación, restricción del entorno social, pérdida de autonomía y privación de necesidades básicas— hasta la explotación financiera, produciendo efectos significativos en la vida de los pacientes.

Las repercusiones de estas experiencias son de gran alcance y pueden afectar significativamente la vida de los pacientes y sus familias. Entre las principales consecuencias se encuentra el empeoramiento del estado de salud, ya que los errores de diagnóstico, las prescripciones de medicamentos inadecuadas o las fallas en los procedimientos pueden provocar complicaciones graves, sufrimiento prolongado e incluso la muerte. Además, estas situaciones pueden generar daños psicológicos, emocionales y económicos para las personas involucradas (Lima, Carolina, 2024).

En Brasil, el significativo aumento de las demandas por negligencia médica subraya la relevancia del problema. En tan solo un año, se registró un incremento del 506% en el número de demandas, pasando de 12.268 en 2023 a 74.358 en 2024, según datos del Consejo Nacional de Justicia (CNJ). Estas demandas se relacionan principalmente con daños morales o materiales derivados de la prestación de servicios de salud. Además, se ha identificado la formación ética deficiente de los médicos como un factor que contribuye a la mala praxis en el ejercicio de la profesión (Bitencourt *et al.*, 2007).

Sin embargo, al buscar asistencia sanitaria, el individuo se encuentra en una situación de vulnerabilidad, en una posición de dependencia respecto al profesional, quien a menudo es física y emocionalmente frágil (Carmes, Tesser y Cutolo, 2024). En este contexto, resulta fundamental considerar no solo los aspectos técnicos de la atención, sino también sus dimensiones humanas y relacionales, lo que remite al concepto de humanización.

La humanización de la atención sanitaria cobró prominencia dentro del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, especialmente con la consolidación de la Política Nacional de Humanización (PNH), resultado de movimientos sociales orientados a la redemocratización de la sociedad brasileña (Corsino & Sei, 2019). Este movimiento surgió como respuesta a un modelo de atención históricamente marcado por la jerarquía, el autoritarismo y la centralidad del conocimiento médico, en el que el paciente a menudo era reducido a un objeto de intervención técnica. Este proceso contribuyó a la precariedad de las relaciones de atención,

favoreciendo la naturalización del sufrimiento, la reducción de la responsabilidad profesional y el distanciamiento entre los usuarios y los servicios de salud (Rios, 2009; Neulls , 2016).

Además, factores históricos y sociales, como la discriminación por raza, etnia y género, también influyen en la forma en que se brinda la atención, impactando directamente la experiencia del paciente. Cuando un usuario acude al sistema de salud, busca no solo la resolución de los síntomas, sino también dar sentido a su sufrimiento, que se satisfagan sus necesidades y que se genere una sensación de seguridad ante su situación.

Por lo tanto, comprender la experiencia del paciente en el sistema de salud resulta fundamental para mejorar la calidad de la atención brindada. En este sentido, el presente estudio tuvo como objetivo investigar este fenómeno desde la perspectiva del paciente, identificando sus principales repercusiones. Así, busca comprender cómo se viven estas experiencias y cómo influyen en la relación con el sistema de salud, especialmente en lo que respecta a la humanización de la atención, la calidad de la escucha y la construcción o debilitamiento de la confianza en el sistema de salud.

## **2. Materiales y métodos**

En la literatura especializada, se acepta generalmente que la investigación puede concebirse como cualitativa, cuantitativa o mixta ( cualitativa -cuantitativa), dependiendo cada una del enfoque adoptado. En el caso de este trabajo, se trata de un estudio de investigación cualitativa. Creswell (2013) señala que las investigaciones cualitativas se caracterizan por la descripción y la comprensión profunda de los significados y procesos subjetivos atribuidos a las experiencias y prácticas cotidianas, dentro de una lógica de descubrimiento, donde la esencia reside en el análisis de las perspectivas de los sujetos, interpretando los fenómenos en su entorno natural.

En este sentido, en la investigación cualitativa, los datos nunca son evidentes por sí mismos (Demo, 1995), y su recolección y análisis se producen, sobre todo, a partir de las reflexiones del investigador, en un diálogo crítico con el objeto analizado. La selección de datos es una parte integral e inseparable del proceso de investigación. Los datos se recolectaron mediante entrevistas semiestructuradas, como se muestra en el apéndice. Durante una entrevista, además de escuchar una narrativa compleja, profunda y potencialmente contradictoria, también se reflexiona sobre los pasos a seguir, se analizan los significados de las respuestas del entrevistado y se buscan posibles aclaraciones. Este proceso solo es posible con la ayuda de una guía de entrevista adecuada.

Mediante entrevistas, se escuchó a siete personas: seis de ellas afirmaron haber sufrido algún tipo de error médico, y la séptima, un médico, abordó el tema de forma más general. Cada diálogo duró aproximadamente entre 10 y 15 minutos y se transcribió en un lugar seguro para la elaboración de este proyecto. Además, utilizando el análisis de contenido propuesto por Bardin, se decodificaron los datos. Según Valle y Ferreira (2025), los datos generados en la investigación cualitativa deben analizarse de forma coherente, empleando técnicas que permitan una perspectiva reflexiva, integral y dinámica.

Una de las técnicas de análisis de datos cualitativos utilizadas en el campo de la educación es el análisis de contenido (AC). Entendido como un conjunto de técnicas que buscan comprender los significados manifestados por los sujetos que participan en un proyecto de investigación, los documentos analizados y otras formas de expresión, el AC se ha consolidado como uno de los métodos más utilizados en los estudios educativos.

Desde la perspectiva de Bardin, el análisis de contenido aporta importantes contribuciones a la investigación cualitativa en educación, como un análisis sistemático y riguroso de los datos, una comprensión más profunda de los fenómenos estudiados, un enfoque flexible y adaptable, la posibilidad de identificar lagunas en la literatura y la triangulación de datos. Las principales limitaciones del análisis de contenido para la investigación cualitativa en educación incluyen el riesgo de reduccionismo, la excesiva subjetividad en la construcción de categorías, la dificultad para manejar datos no textuales y las limitaciones para generalizar los resultados.

Es importante que el investigador sea consciente de estas limitaciones al utilizar el análisis de contenido en su investigación. Esta técnica de análisis es reconocida y ampliamente aplicada en la investigación social, humana y educativa por investigadores que buscan comprender los significados del discurso, trascendiendo los criterios de objetividad de las palabras y, mediante la inferencia, construyendo una interpretación amplia y una conexión con el marco teórico (Minayo, 2014), basada en el tratamiento de datos orientado a identificar lo que se dice sobre el objeto de estudio. Investigación aprobada por el Comité de Ética con el número de dictamen 8.051.914.

Tabla: Perfil de los encuestados

IDENTIFICACIÓN	SEXO
Entrevistado A	Femenino
Entrevistado B	Femenino
Entrevistado C	Femenino
Entrevistado D	Prefirió no hacer comentarios.
Entrevistado E	Femenino
Entrevistado F	Masculino
Entrevistado G	Masculino

Fuente: Elaborado por el autor.

Los datos se obtuvieron de un informante clave. La técnica del informante clave es un método ampliamente utilizado en la investigación cualitativa, especialmente en estudios etnográficos y estudios de caso. Este enfoque consiste en identificar y seleccionar personas que poseen conocimientos especializados o experiencia significativa sobre el fenómeno de interés.

Estos participantes, conocidos como informantes clave, aportan información relevante y detallada a lo largo del proceso de investigación, contribuyendo a una comprensión más profunda del objeto de estudio. De esta forma, esta estrategia permite obtener datos más completos y contextualizados, acordes con la realidad investigada.

### 3. Resultados y discusión

En la investigación cualitativa, esta sección de resultados y discusión tiene como objetivo presentar e interpretar los datos obtenidos a la luz del marco teórico adoptado,

permitiendo la construcción de significado a partir de las experiencias de los participantes. A diferencia de los enfoques cuantitativos, esta etapa no se limita a la presentación de datos, sino que implica un proceso interpretativo que articula el discurso, las categorías analíticas y la literatura científica, promoviendo una comprensión más profunda del fenómeno estudiado. En este contexto, el análisis de contenido se destaca como una estrategia metodológica capaz de organizar y sistematizar los datos, permitiendo la identificación de categorías temáticas relevantes y la producción de inferencias bien fundamentadas (González, 2020; Minayo, 2021; Siqueira *et al.*, 2024).

A continuación se presentan las categorías de análisis tal como se describen en la metodología.

a. La relación entre la atención humanizada y la calidad de la atención.

La humanización es un término difícil de definir, dada su naturaleza subjetiva, compleja y multidimensional. En el contexto de la atención sanitaria, la humanización, que va mucho más allá de la mera calidad clínica de los profesionales, exige calidad en el comportamiento. Los diccionarios portugueses definen la palabra "humanizar" como: hacer humano, civilizar, dar condición humana. Por lo tanto, se puede afirmar que la humanización es un proceso en constante transformación, influenciado por el contexto en el que se produce, promovido y sometido por la propia humanidad (Rizzoto MLF, 2002).

Ante la necesidad de cambios en los servicios prestados por el Sistema Único de Salud (SUS) brasileño, el Ministerio de Salud creó la Política Nacional de Humanización (PNH), o Política para la Humanización de la Atención y la Gestión en Salud dentro del SUS (HumanizaSUS). Con base en esta propuesta, la humanización se define como una política, y ya no como un programa, que guía los principios y modos de operación en las relaciones entre los diferentes actores de la red del SUS. Para humanizar la relación entre servicio, profesional de la salud y usuario, no basta con considerar la cuestión de la responsabilidad y el respeto, prerequisites para brindar atención. Desde la perspectiva de la PNH, la humanización de las prácticas de atención y gestión en salud debe tener en cuenta a la humanidad como una fuerza colectiva que impulsa y dirige el movimiento de las políticas públicas (Simões *et al.*, 2007).

Humanizar el cuidado va más allá de atender con cordialidad y respeto. Implica reconocer la humanidad en el otro, su capacidad de pensar, actuar e interactuar, de expresar y ejercer su autonomía ante las situaciones vividas. Se trata, sobre todo, de respetar la manifestación de sentimientos, deseos e intenciones (Minayo, 2004).

Respecto a este asunto, uno de los participantes comentó:

Entrevistado A: *“Es muy importante ser humano. No solo intentar ser profesional y frío. Ser humano.”*

Este tema también fue abordado por el entrevistado E:

*“Ese es el tipo de humanidad que necesita tener un médico.”*

La humanización combina la competencia técnica con habilidades humanas, como la empatía, la cordialidad y la compasión, entre otras, para que el profesional de la salud actúe con una base humanística y ética que minimice la agresión en los entornos sanitarios (Rios, 2009). Sin embargo, la mayor dificultad radica en la aplicabilidad de este concepto, ya que implica la cultura profesional.

La humanización se ha debatido desde el momento de la toma de decisiones sobre el modelo de atención sanitaria, razón por la cual se optó por la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, el mero hecho de que el sistema tuviera un enfoque humanizado no bastaba para satisfacer las necesidades de la población. Así, la demanda social de mejores prácticas sanitarias culminó con la inclusión del tema en la XI Conferencia de Salud del año 2000. Las principales demandas de los usuarios se referían a la cualificación y ampliación de la atención, la eficacia y la disponibilidad de los servicios (Souza; Mendes, 2009, p. 682).

“La humanización es una construcción colectiva que solo será posible mediante el intercambio de conocimientos; por lo tanto, determina que el trabajo debe estructurarse en equipos multidisciplinarios. Así, la red de humanización puede considerarse una construcción de ciudadanía, en la que se valora a todos los involucrados en el proceso salud-enfermedad ” (Rodrigues; García; Ribas, 2016, p. 67).

b. La importancia de la escucha en la atención sanitaria.

La escucha activa en el ámbito sanitario va más allá del simple acto de oír. Se trata de una práctica activa, ética y cualificada que presupone una atención plena al discurso del paciente y una sensibilidad que permita captar no solo las palabras, sino también las emociones, los silencios y los significados implícitos. La escucha cualificada constituye uno de los pilares de la humanización, ya que posibilita comprender al paciente más allá del síntoma presentado, integrando las dimensiones subjetivas en el razonamiento clínico (Rios, 2009).

Dentro del Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, la recepción, guiada por la Política Nacional de Humanización, está intrínsecamente ligada a la escucha. Acoger significa recibir al usuario de manera responsable, garantizarle el acceso y buscar responder a sus necesidades de forma decisiva. Esta práctica reorganiza el proceso de trabajo al priorizar la escucha inicial como herramienta de clasificación de riesgos y también como estrategia para generar confianza. De esta manera, la escucha deja de ser un acto secundario y adquiere una posición central en la prestación de cuidados (Brasil, 2004).

La escucha activa contribuye a diagnósticos más precisos e intervenciones más apropiadas, ya que amplía la comprensión del contexto vital del paciente. A menudo, las quejas recurrentes no se explican exclusivamente por factores biológicos, sino que están relacionadas con determinantes sociales, emocionales o familiares. Cuando el profesional dispone del tiempo y la disposición necesarios para escuchar, puede identificar aspectos que pasarían desapercibidos en consultas rápidas y mecanizadas (Simões *et al.*, 2007).

Entrevistado C:

*"Creo que una de las cosas que un médico debe saber es escuchar antes de dar un diagnóstico. A veces, realmente existe una enfermedad física, pero podría ser de origen emocional. Hoy en día, es mucho más importante registrarlo en la historia clínica que tratar al paciente."*

Desde una perspectiva ética, escuchar implica reconocer la dignidad del otro. La falta de escucha puede generar sentimientos de devaluación, abandono y desconfianza en el sistema de salud. Por otro lado, cuando el paciente percibe que su voz es valorada, se fortalece la confianza en el equipo y aumenta su participación activa en el tratamiento. Este enfoque favorece la corresponsabilidad, un principio esencial de la atención integral (Waldow; Borges, 2011).

Entrevistado E:

*"A veces, una persona no tiene nada, pero necesita ser escuchada."*

Sin embargo, la práctica de la escucha activa se enfrenta a importantes barreras estructurales, como la demanda excesiva, los objetivos cuantitativos y la escasez de recursos humanos. Estos factores pueden reducir el tiempo de consulta y comprometer la calidad de la interacción. En este contexto, la formación continua de los equipos y la reorganización de los

flujos asistenciales se convierten en estrategias necesarias para garantizar que la escucha activa se integre eficazmente en la rutina de los servicios. Es fundamental que las instituciones promuevan una cultura organizacional que valore el diálogo y la acogida como dimensiones centrales de la atención, y no como elementos secundarios. La implementación de protocolos que aseguren un tiempo mínimo de consulta adecuado y espacios para la discusión en equipo también puede contribuir a fortalecer prácticas más sensibles y eficaces. De esta manera, la escucha activa deja de ser un ideal teórico para convertirse en una práctica concreta, respaldada por condiciones estructurales y el compromiso institucional ( Minayo , 2004).

Por lo tanto, la escucha activa en la atención sanitaria no es un complemento, sino un elemento estructurante de la calidad asistencial. Humaniza las relaciones, mejora la práctica clínica, fortalece los vínculos y contribuye a mejores resultados terapéuticos. Invertir en la escucha activa es invertir en la eficacia y la legitimidad del sistema sanitario (Rodrigues; Garcia; Ribas, 2016).

c. La confianza del paciente en el sistema de salud después de experiencias negativas.

La confianza es un elemento central en la relación entre el usuario y el sistema de salud. Es un componente subjetivo que se construye progresivamente a partir de las experiencias vividas dentro de los servicios. Cuando un paciente experimenta situaciones negativas, como negligencia, falta de respeto, demoras excesivas o comunicación inadecuada, la credibilidad institucional se ve socavada y el vínculo terapéutico se debilita (Lima, 2023). Incluso con el creciente número de errores reportados, se desconoce qué sucede realmente con las víctimas; los estudios brasileños hacen mayor hincapié en el número de quejas registradas ante los consejos médicos regionales (CMR), los procesos disciplinarios aplicados, el perfil de los médicos denunciados y también presentan algunas "reglas" importantes para que los médicos eviten y prevengan errores y eviten situaciones desagradables. En otras palabras, la gran mayoría no aborda la subjetividad ni los problemas pertinentes a las víctimas. Las experiencias negativas pueden producir efectos duraderos, como la resistencia a buscar el servicio nuevamente, la baja adherencia al tratamiento y la difusión de percepciones negativas en la comunidad. La confianza, una vez rota, no se restaura fácilmente. Depende de acciones consistentes que demuestren compromiso con la calidad, la ética y el respeto por el usuario. De este modo, la humanización asume un papel estratégico en la reconstrucción de esta relación (Cruz Riveiros , 2020).

Entrevistado F: *"Me da miedo dejar a un familiar mío, o a mí mismo, a merced del sistema de salud pública."*

Entrevistado G: *"Hombre... no tengo problema en confiar menos. Creo que siempre he sido desconfiado. Siempre he sabido que hay profesionales que son diferentes a los demás. Puedo contar con los dedos de una mano a los profesionales en los que confío, a aquellos que me gustaría que me trataran."*

La comunicación transparente y la escucha activa son fundamentales para restablecer la confianza. Cuando los profesionales reconocen sus errores, aclaran dudas y demuestran empatía ante el sufrimiento, se crea un espacio para reconstruir la relación. El reconocimiento de un error, cuando se produce, no debe interpretarse como una debilidad institucional, sino como una práctica ética que fortalece la credibilidad del sistema (Magalhães, 2023).

Además, la confianza está directamente relacionada con la percepción de eficacia y aceptación. Los servicios que garantizan la continuidad de la atención y un fácil acceso tienden a generar mayor seguridad entre los usuarios. La presencia de equipos multidisciplinarios integrados también contribuye a una experiencia más positiva, ya que amplía las posibilidades de respuesta a las necesidades presentadas. Cuando el paciente percibe que existe coordinación entre los diferentes niveles de atención y que su demanda no se fragmentará, se fortalece el sentimiento de apoyo y responsabilidad compartida. Esta integración favorece intervenciones más completas y reduce la repetición de información, evitando el estrés emocional. De esta manera, la organización eficiente de la red de atención no solo mejora la calidad de la atención técnica, sino que también consolida vínculos y reafirma la credibilidad del sistema de salud ante la población (Silva; Cruz; Silva, 2023).

Desde una perspectiva colectiva, la confianza en el sistema de salud es esencial para la consolidación de las políticas públicas. Un sistema que carece de credibilidad enfrenta mayor resistencia social y menor participación comunitaria. Por lo tanto, invertir en humanización, escucha activa y cualificación profesional no solo es una cuestión de cuidado, sino también estratégica para la sostenibilidad del Sistema Único de Salud (SUS) brasileño. Cuando la población reconoce la legitimidad de las acciones desarrolladas por los servicios de salud, se observa una mayor adherencia a las campañas preventivas, los programas de seguimiento y las guías terapéuticas propuestas. La confianza fortalece el control social y fomenta la participación activa en los espacios de toma de decisiones, como los consejos y congresos de salud. De esta manera, la credibilidad institucional se convierte en un elemento estructurador para la

efectividad de las políticas públicas y para el mantenimiento de un sistema universal, equitativo e integral (Souza; Mendes, 2009).

Entrevistado A:

*Confieso que me asusté muchísimo al recibir el diagnóstico, pero no solo por el cáncer, sino también por el error que cometieron. Ella no pudo haber cometido ese error. Admito que estaba muy preocupada, pero sigo confiando en ella y sigo acudiendo a los mismos médicos.*

Así, incluso tras experiencias negativas, es posible reconstruir la confianza mediante prácticas basadas en la ética, la empatía y la responsabilidad compartida. La humanización de la atención se presenta, por lo tanto, no solo como una directriz normativa, sino como una condición indispensable para fortalecer el vínculo entre la población y el sistema de salud. Reconstruir la confianza requiere, ante todo, el reconocimiento de las deficiencias existentes en la atención. Cuando el usuario percibe que sus quejas son validadas y que existe voluntad institucional para mejorar los procesos, se crea un entorno propicio para el acercamiento. La transparencia en la información, la claridad en la comunicación y el respeto por las decisiones compartidas contribuyen significativamente a restaurar la credibilidad del servicio y a minimizar los sentimientos de inseguridad o abandono (Ferreira; Artmann, 2018).

Las prácticas que promueven la participación activa del paciente en la planificación terapéutica refuerzan el sentimiento de pertenencia y autoestima. La corresponsabilidad en la atención amplía el compromiso mutuo entre el profesional y el usuario, transformando la relación de atención en una colaboración. Este enfoque fortalece el vínculo y fomenta una mayor adherencia a las directrices propuestas, reduciendo la probabilidad de nuevas experiencias negativas derivadas de fallos de comunicación o expectativas no alineadas. Finalmente, es fundamental comprender que la reconstrucción de la confianza es un proceso continuo, respaldado por políticas institucionales coherentes y una cultura organizacional orientada hacia una atención humanizada. La consolidación de este compromiso colectivo no solo repara los vínculos debilitados, sino que también previene futuras rupturas, contribuyendo a la construcción de un sistema de salud más sensible, ético y socialmente legítimo ( Méndez Toledo, 2025).

La confianza es un elemento central en la relación entre el usuario y el sistema de salud. Es un componente subjetivo que se construye progresivamente a partir de las experiencias vividas dentro de los servicios. Cuando el paciente experimenta situaciones negativas, como negligencia, falta de respeto, demoras excesivas o comunicación inadecuada, la credibilidad

institucional se ve socavada y el vínculo terapéutico se debilita. Si bien los informes de errores van en aumento, se observa que la literatura nacional, en su mayor parte, prioriza los datos cuantitativos, como el número de quejas y demandas, en detrimento de la comprensión de las experiencias subjetivas de las víctimas (Lima, 2023).

Las experiencias negativas pueden tener efectos duraderos, como la resistencia a volver a buscar el servicio, la baja adherencia al tratamiento y la propagación de percepciones negativas en el entorno social. La confianza, una vez rota, no se recupera fácilmente, ya que depende de acciones consistentes que demuestren compromiso con la calidad, la ética y el respeto hacia el usuario. En este contexto, la humanización adquiere un papel estratégico en la reconstrucción de esta relación (Cruz Riveros, 2020).

Además, la pérdida de confianza no se manifiesta de forma homogénea entre los individuos. Algunos pacientes comienzan a evitar por completo los servicios de salud, retrasando la búsqueda de atención, lo que puede empeorar su estado clínico. Otros adoptan una postura más cautelosa, cuestionando la conducta profesional y buscando múltiples opiniones, lo que evidencia dificultades para establecer un vínculo terapéutico. Estos comportamientos revelan rupturas significativas en la relación entre el paciente y el sistema de salud (Bell, SK *et al.*, 2020).

Otro aspecto relevante se refiere al impacto emocional de estas experiencias. Tras experiencias negativas, pueden surgir sentimientos como miedo, ansiedad, inseguridad y desconfianza, influyendo directamente en la forma en que la persona se relaciona con la atención médica futura. De esta manera, el daño trasciende la dimensión clínica, afectando también aspectos psicológicos y subjetivos, lo que refuerza la necesidad de un enfoque más integral de la atención sanitaria (Mazor, KM *et al.*, 2019).

En este sentido, resulta fundamental adoptar estrategias institucionales que no solo prevengan errores, sino que también gestionen adecuadamente las situaciones adversas. Prácticas como la comunicación transparente, el apoyo posterior al evento y el seguimiento del paciente pueden contribuir a minimizar los efectos y a reconstruir la confianza. Además, la formación continua de los profesionales en ética y habilidades comunicativas es esencial para mejorar las relaciones establecidas en la atención sanitaria (OMS, 2020).

Es importante destacar que la confianza también está directamente relacionada con la percepción de justicia del paciente. Cuando se reconocen los errores, se exige responsabilidad y se repara el daño, existe una mayor posibilidad de restablecer el vínculo. Por el contrario, la retención de información o las posturas defensivas tienden a intensificar el sufrimiento y a consolidar la desconfianza en el sistema (Finkelstein, A. *et al.*, 2024).



Por lo tanto, reconstruir la confianza debe entenderse como un proceso continuo que involucra tanto las actitudes individuales de los profesionales como cambios estructurales en las instituciones de salud. Invertir en prácticas humanizadas, fortalecer la escucha activa y promover la atención centrada en el paciente son medidas fundamentales para restablecer los vínculos debilitados y garantizar una mayor eficacia en la atención brindada (Shannon, SE *et al.*, 2025).

## **5. Conclusión**

Este estudio permitió comprender, desde la perspectiva de los pacientes, los efectos de la negligencia, la mala praxis y la imprudencia en el ámbito sanitario, demostrando que tales incidentes trascienden las fallas técnicas y afectan las dimensiones emocionales, sociales y relacionales de las personas. El análisis de datos identificó tres temas centrales: la humanización de la atención, la importancia de la escucha activa y la confianza en el sistema sanitario tras experiencias negativas. Los resultados demostraron que la ausencia de prácticas humanizadas y de escucha efectiva contribuye significativamente a la aparición de experiencias negativas, debilitando el vínculo entre paciente y profesional y comprometiendo la integralidad de la atención brindada (Buss *et al.*, 2020).

La humanización se ha consolidado como un elemento esencial para la calidad asistencial, trascendiendo la competencia técnica e incorporando aspectos éticos, empáticos y relacionales. Asimismo, la escucha activa se ha destacado como una herramienta fundamental para la comprensión integral del paciente, contribuyendo a diagnósticos más precisos, una mayor adherencia al tratamiento y el fortalecimiento del vínculo terapéutico. En cuanto a la confianza en el sistema de salud, se observó que las experiencias negativas pueden generar efectos duraderos, influyendo en el comportamiento de los usuarios y su relación con los servicios. Sin embargo, se constató que esta confianza puede reconstruirse mediante prácticas basadas en la transparencia, la empatía y la responsabilidad profesional, reforzando la importancia de la atención centrada en el paciente (Cruz Riveros, 2020).

Además, los hallazgos de este estudio resaltan la necesidad de reorganizar los procesos de trabajo en el sector salud, priorizando no solo la eficiencia técnica, sino también la calidad de las relaciones establecidas en la atención. La importancia de la escucha activa, la acogida y la comunicación efectiva debe entenderse como una estrategia fundamental para prevenir errores y promover experiencias de atención más positivas. En este sentido, la inversión en la

formación continua en salud, enfocada en el desarrollo de las competencias relacionales y éticas de los profesionales, se vuelve esencial, contribuyendo a la consolidación de prácticas más humanizadas y efectivas (Novello *et al.* , 2024).

Por lo tanto, se puede concluir que la mejora de la atención sanitaria no depende exclusivamente de los avances técnicos, sino también del fortalecimiento de las relaciones humanas en la atención. Es fundamental invertir en la formación ética y comunicativa de los profesionales, así como en la implementación de políticas institucionales que valoren la humanización y la escucha activa como pilares de la atención. Finalmente, es importante ampliar los estudios que consideran la perspectiva de los pacientes, contribuyendo a una comprensión más integral de los efectos de los errores en la atención sanitaria y al desarrollo de estrategias que promuevan una atención más segura, ética y centrada en el paciente, además de fortalecer la confianza social en los sistemas de salud ( Paho , 2021).

## Referencias

BARDÍN, Laurence. Análisis de contenido. São Paulo: Edições 70, 2016.

BELL, SK y *otros*. Perspectivas de los pacientes sobre Errores médicos perjudiciales : un estudio cualitativo Estudio . *BMJ Quality & Safety* , vol. 29, n.º 11, págs. 944-952, 2020.

BRASIL. Ministerio de Salud. HumanizaSUS : Política Nacional para la Humanización de la Atención y la Gestión del SUS (Sistema Único de Salud). Brasilia: Ministerio de Salud, 2004.

BUSS, Paulo Marchiori; HARTZ, Zulmira María de Araújo; PINTO, Ligia Giovanella. Salud global y políticas públicas. *Ciência & Saúde Coletiva* , v. 25, n. 5, pág. 1581-1592, 2020.

CAVEIÃO, Cristiano *et al.* Humanización en los servicios de salud. [ Sl .: sn], [sd].

Cláudia Batista Mélo; Leandro Nobre Fialho de Carvalho Rocha; Tiago Eduardo Lins da Costa; Flávio Murilo Lemos Gondim; Gabrieli Duarte Farías; Eduarda Gomes Onofre de Araújo; Júlio César Guimarães Freire; Marcelo Magalhães Días; Carmen Silvia Laureano Dalle Piagge . La humanización en la salud. graduación cursos : desafíos para la implementación nacional directrices . DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd.v11i6.29325>

Corsino, DLM; Sei, MBA Humanización en los currículos de cursos de salud en universidades públicas de Paraná. *Revista de Psicología y Salud* , Campo Grande, 11(1), 43-52, 2019.

CRESWELL, John W. Investigación cualitativa y diseño de investigación. 3.<sup>a</sup> ed. Porto Alegre: Penso, 2014.



CRUZ RIVEROS, Consuelo. la naturalidad de atención humanizada. *Enfermería (Montevideo)* , v. 9, núm. 1, pág. 21-32, 2020.

DEMO, Pedro. Metodología científica en las ciencias sociales. 3ª edición. São Paulo: Atlas, 1995.

FERREIRA, LR; ARTMANN, E. Discursos sobre humanización: profesionales y usuarios en una institución de salud compleja. *Ciência & Saúde Coletiva* , v. 23, n. 5, pág. 1437 – 1450, 2018.

FINKELSTEIN, A. y otros. Divulgación Tras un error médico . *Revista de Israel Política de salud Investigación* , vol. 13, núm. 1, págs. 1-10, 2024.

GALVÃO E SILVA ADVOGADOS. Negligencia médica. Disponible en:  
<https://www.galvaoesilva.com/negligenciamedica/>.

GONZÁLEZ, FE. Reflexiones sobre algunos conceptos de investigación cualitativa. *Qualitative Research Journal* , vol. 8, n.º 17, págs. 155-183 , 2020.

LIMA, Carolina Vitória Rodrigues. Negligencia médica en Brasil. 2023.

MAGALHÃES, Livia de Souza. Aspectos éticos y legales de la negligencia médica. 2023.

MAZOR, KM *et al.* Asociado a la atención médica daño . *Paciente Educación y Consejería* , vol. 102, núm. 3, págs. 584-589, 2019.

MEDEIROS, Marcelo. Enfoque de investigación cualitativa. *Revista electrónica de enfermería* , 2012.

MENDES, Rosana María; MISKULIN, Rosana Giaretta Sguerra . Análisis de contenido como metodología. *Cuadernos de investigación* , 2017.

MÉNDEZ TOLEDO, Josefina Rosalmery . Humanizada enfermería cuidado . *Enfermería (Montevideo)* , 2025.

MENDONÇA, VS; CUSTÓDIO, EM Matices y desafíos del error médico en Brasil. *Revista de Bioética* , 2016.

MINAYO, María Cecilia de Souza. Dilemas en el sector salud. *Ciencia y Salud Coletiva* , 2004.

MINAYO, María Cecilia de Souza. El desafío del conocimiento. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, María Cecilia de Souza. Ética de la investigación cualitativa. *Revista de investigación cualitativa* , 2021.

MINAYO, María Cecilia de Souza. El desafío del conocimiento: la investigación cualitativa en salud. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

NEULLS, TF La humanización en la atención sanitaria frente al proceso de trabajo precario. 2016.



NOVAIS, Alinne Arquette L.; MOREIRA, Raquel V.; CABRAL, Hideliza Lacerda Tinoco B. Derecho médico y de la salud. São Paulo: Almedina, 2024.

NOVELLO, TP; PEREIRA JÚNIOR, EFZ Investigación cualitativa. *Revista Intersaberes* , 2024.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Paciente seguridad . Washington, DC: OPS, 2021.

RIOS, Izabel Cristina. Humanización: la esencia de la acción técnica. *Revista Brasileña de Educación Médica* , 2009.

RODRIGUES, ICG; GARCÍA, I. de F.; RIBAS, JLC La humanización y sus implicaciones. *Revista Sodebras* , 2016.

SANTOS, Gustavo Rodrigues Barbosa dos. Negligencia, imprudencia e incompetencia. 2024.

SHANNON, SE *et al.* Papel de disculpa por error divulgación . *Fronteras en los Servicios de Salud* , 2025.

SILVA, Gisele. El método científico en psicología. 2010.

SILVA, RA do N.; CRUZ, DM; SILVA, MAXM. Cuidados humanizados. *Revista Iberoamericana* , 2023.

SILVA, AAA; SILVA, AMO; JUNIOR. El impacto de la negligencia. 2024.

SIMÕES, AL de A. *et al.* Humanización en la asistencia sanitaria. *Texto & Contexto Enfermagem* , 2007.

SIQUEIRA, JFJ; AVELAR, GSM; ALCÂNTARA, VC. Métodos de investigación cualitativa. *Revista de investigación cualitativa* , 2024.

SOUZA, LA de P.; MENDES, VLF. El concepto de humanización. *Interface* , 2009.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. Cuidando y humanizando. *Acta Paulista de Enfermagem* , 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Paciente seguridad incidente Informe . Ginebra: OMS, 2020.

## APÉNDICE



1. ¿Alguna vez ha sentido que recibió atención médica negligente o inadecuada?
1. ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que el profesional sanitario no estaba suficientemente preparado para el procedimiento o el diagnóstico?
2. ¿Cree usted haber sufrido alguna vez algún tipo de negligencia por parte de profesionales sanitarios debido a falta de atención, conocimiento o responsabilidad?
3. Si respondió “Sí” a las preguntas anteriores, estaba relacionado

¿Qué pasó? Cuéntame.

Hoy en día, después del suceso, ¿siente que confía menos en el sistema sanitario? ¿Cómo le ha afectado eso?