

## **Convocatoria General Anexo VI Informe Final**

### **Título**

Percepción de la experiencia del proceso donación-trasplante de personas con cobertura exclusiva del sistema público de salud de la provincia de Buenos Aires.

### **Autores**

Francisco Leone - Director  
Julia Zurita - Investigadora becada  
Pedro Tello - Investigador becado  
Noemí Zimmer - Investigadora becada  
Sofía Iguerabide - Investigadora becada  
Maximiliano Azcona - Investigador no becado

### **N° de IP**

PCG 56

### **N° de Registro en la Comisión Conjunta de Investigaciones en Salud:**

EX-2024-43321851- -GDEBA-CCISMSALGP

### **Nombre del Comité de ética que aprobó el estudio**

Comité de Ética Central - Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires.

### **Resumen**

Se observaron percepciones de residentes en la provincia de Buenos Aires trasplantadas durante 2021-2022 con financiamiento del sistema público de salud, sobre su experiencia durante el proceso de donación-trasplante. El propósito es diseñar y testear indicadores de calidad (1). Se implementó un diseño cualitativo de alcance exploratorio-descriptivo. Mediante un muestreo intencional se seleccionaron diez participantes, a quienes se les realizaron entrevistas semiestructuradas.

Los resultados muestran que la percepción del sistema de trasplante bonaerense entrelaza la valoración del espacio físico con la "humanidad" del equipo, como parte de una experiencia global de atención. El apoyo familiar y del personal de salud durante el proceso y otros tratamientos concurrentes resultó esencial en la gestión emocional, el acompañamiento y la logística cotidiana. Barreras geográficas, económicas e institucionales surgen como obstáculos recurrentes a la accesibilidad y en ocasiones, la adherencia al tratamiento.

La información brindada por el equipo de salud aparece como facilitador del entendimiento del proceso y para reducir la ansiedad. Esto convive con búsqueda activa de información a través de internet, redes personales o el intercambio con otros pacientes, destacándose el papel del capital cultural y digital como recurso diferencial condicionante del acceso y la comprensión de la información médica.

## **Introducción**

Los sistemas de gestión de calidad en salud requieren el seguimiento de las percepciones del usuario sobre el grado de satisfacción de sus necesidades y expectativas, concentrarse en los grupos marginados y escuchar su opinión (2).

Los trasplantes de órganos, tejidos o células humanos son procedimientos habituales que permiten salvar o mejorar la calidad de vida de las personas y se caracterizan por una gran complejidad. Inmersa en ese transcurso, la persona con indicación de trasplante o ya trasplantada debe cumplimentar gran cantidad de trámites en diferentes efectores del ámbito público, autocuidados, estudios y controles pre y postrasplante. Si bien hay comunicaciones frecuentes entre las personas trasplantadas y diferentes áreas de la institución, hasta el presente no se ha indagado al respecto sistematizadamente, privando de esta herramienta al desarrollo de oportunidades de mejora en los procesos de trabajo.

Este estudio propone realizar un primer acercamiento a la percepción de personas trasplantadas, sobre la satisfacción de sus necesidades y expectativas; identificar y caracterizar la percepción acerca de su experiencia y el rol jugado por la comunicación durante este proceso.

## **Objetivo general**

Identificar y caracterizar la percepción de personas trasplantadas durante el bienio 2021-2022 con financiamiento del estado provincial, acerca de su experiencia durante el proceso de donación-trasplante.

## **Objetivos específicos**

- Generar perfil de estas personas con una mirada integral e interseccional.
- Identificar su nivel de satisfacción acerca de sus necesidades en salud.
- Describir su percepción acerca de su tránsito por un proceso de donación-trasplante.
- Caracterizar el rol de la comunicación en su tránsito por este proceso.

## **Metodología**

**Diseño:** Cualitativo de alcance exploratorio-descriptivo, destinado a relevar y describir las características que han adoptado los tratamientos de donación-trasplante, desde la perspectiva de las personas trasplantadas. El diseño original contemplaba la implementación de una estrategia de triangulación metodológica, mediante la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas. No obstante, dado el bajo número de respuestas obtenidas en el cuestionario administrado no se incluyó en esta fase del estudio ni en esta presentación. Esta limitación será considerada en el apartado correspondiente.

**Participantes:** 10 personas trasplantadas, mediante un muestreo no probabilístico e intencional a partir de criterios clínicos y geográficos, a fin de conformar una muestra que contemplara diversidad de experiencias. Se incluyeron los siguientes tipos de trasplante: de CPH autólogo, de CPH con donante no relacionado, corneales, cardíaco, hepático, pulmonar, renales con donante cadavérico y renal con donante no relacionado.

Los criterios de inclusión fueron: que el trasplante haya tenido lugar en 2021 o 2022; con financiamiento del Ente para el Financiamiento de Trasplante de Órganos (EFTO); con residencia en la provincia de Buenos Aires; contar con canales de contacto actualizados y brindar consentimiento informado para participar en una entrevista en profundidad.

**Instrumentos:** Se confeccionó una guía semi estructurada, con siete dimensiones temáticas principales: antecedentes del trasplante, experiencia durante el proceso de donación-trasplante, percepción del cuidado profesional, impacto emocional y psicológico, comunicación e información, calidad de vida post-trasplante y perspectivas sobre el sistema de salud y el financiamiento estatal. La información obtenida a través de las entrevistas fue considerada como insumo para el diseño preliminar del instrumento cuantitativo.

Procedimiento: La información de los contactos surge del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA). Una vez identificadas las personas que cumplían con los criterios de inclusión, se las contactó telefónicamente para invitarlas, informar sobre los objetivos del estudio, coordinar fecha y horario para la entrevista y aclarar la confidencialidad de su participación. Se realizaron videollamadas, con la finalidad de facilitar el contacto con residentes de distintos municipios de la provincia. Los encuentros fueron en duplas de entrevistadores, grabados, desgrabados y sistematizados en una hoja de cálculo organizada por entrevista, eje temático y categoría. Fueron utilizadas letras y números a fin de identificar las respuestas manteniendo el anonimato de las personas participantes.

Análisis de datos: La estrategia analítica fue el método de comparación constante para identificar recurrencias, diferencias y sentidos específicos producidos por los participantes. Se analizaron los relatos en función de las dimensiones en la guía de entrevista. En este marco categorial, se realizó una codificación abierta (3) del material, que permitió elaborar códigos específicos de manera inductiva. Estos fueron comparados entre entrevistas y por eje temático, permitiendo refinar la organización inicial y profundizar la comprensión de los sentidos expresados. Así se favoreció la construcción de categorías analíticas más precisas, junto con la identificación de regularidades, contradicciones y aspectos singulares en las trayectorias de quienes participaron.

## **Resultados**

### **Eje Estructura**

Categoría 1 - Estructura: Las personas entrevistadas pusieron de relieve el impacto de los vínculos y la interacción cotidiana con el personal de salud. En ocasiones apareció una tensión entre las condiciones edilicias de los hospitales y la calidad del recurso humano.

*“Hay mucha humanidad en ese sector. Desde el chico que te limpia la habitación todos los días, hasta el que viene a sacarte sangre.” (A1)*

*“Creo que a todos nos pasa, suponer que en un hospital público la vas a pasar mal y fue todo lo contrario, porque sentía que estaba en un hotel de cuatro estrellas.” (A1)*

Categoría 2 - Accesibilidad: Se enfatiza el impacto que tiene el entorno de apoyo (familia, profesionales, instituciones) en la accesibilidad real al sistema de salud. Se identifican barreras geográficas, económicas e institucionales como obstáculos recurrentes. La descoordinación entre instituciones, la falta de acompañamiento psicológico y la ausencia de espacios adecuados afectan la experiencia del paciente y su adherencia al tratamiento.

*“Cuando estás como paciente estás en tu nube, no estás del todo consciente. Está bueno tener una buena compañía.” (A2)*

*“Más que nada fue el tema de que el hospital me quedaba muy lejos... teníamos 3 horas de viaje de ida.” (J2)*

*“En los centros de diálisis, si alguien quiere hablar con la psicóloga tiene que hacerlo en la sala con las demás personas.” (I2)*

Categoría 3 - Infraestructura: Se destaca el estado de los centros, limpieza y buena distribución. La valoración del espacio físico se muestra entrelazada con la percepción de “humanidad” del equipo, como parte de una experiencia global de atención donde edificio, equipamiento y personal conforman un entramado simbólico. (4)

*“La verdad hermoso. Fui, me encantó por dentro y por fuera... cuando me quedaba varios días ahí y dejaban salir al patio, podías tomar aire.” (J3)*

*“Estuve en el quirófano tres veces. Recalco la humanidad de la enfermera y las chicas del quirófano.” (A3)*

## **Eje Proceso**

**Categoría 4 - Proceso:** El trasplante aparece como vivencia física y también profundamente subjetiva: dolor, miedo, desorientación y cambios drásticos en la percepción del cuerpo y de la vida. La familia aparece como un factor fundamental para atravesar el proceso, como soporte emocional, organizativo y motivacional. Se observa una falta de preparación emocional, educativa y psicosocial para el trasplante.

*“Te vas muriendo literal; el cuerpo se va deteriorando, apagándose. Tener un espejo de cabeza a rodilla es lo peor que te puede hacer. Te rompe la cabeza verte como te estás muriendo todos los días.” (A7)*

*“En la primer diálisis la pasé feo, me sentí muy mal. Pero bueno, nada, después me acostumbré.” (J6)*

*“Mi hermano siempre tenía un humor muy bueno y siempre me alentaba y trataba de distraerme.” (J4)*

**Categoría 5 - Malestar que derivó en indicación de trasplante:** Algunas personas asocian la aparición o agravamiento de la enfermedad a experiencias de vida no elaboradas emocionalmente: traumas infantiles, situaciones de abandono o acumulación de malestares subjetivos. Surgen trayectorias de atención fragmentadas, diagnósticos erróneos, minimización de síntomas o tratamientos tardíos. En ocasiones, el motivo que impulsa la primera consulta no es una sospecha de enfermedad, sino un colapso físico abrupto que obliga a buscar atención.

*“Creo que literal me estaba muriendo en vida, tenía una buena depresión de muchos años. Cosas de niñez, de adolescencia que me pasaron y no tuve apoyo.” (A5)*

*“Me agarró de muy chico y tuve que hasta dejar los estudios porque ya era imposible ver el pizarrón. [...] estaba muy triste la verdad.” (D8)*

*“Fui a varios establecimientos. Primero me dijeron que era apendicitis. Después pusieron en duda si yo estaba embarazada. Después me trataron de anorexia. Fue muy horrible ese proceso hasta que saltó que era insuficiencia renal.” (J6)*

**Categoría 6 - Percepción del lapso entre la indicación y el trasplante:** En algunos testimonios se evidencian periodos largos de espera en los que la vida cotidiana queda marcada por el deterioro corporal, la incertidumbre, las múltiples gestiones administrativas y la fragilidad emocional. Otros relatos dan cuenta de tiempos de espera breves debido a la gravedad del estado clínico. Esto implicó igualmente una importante carga emocional, pero fue percibido con alivio.

*“He llegado a tener casi tres drenajes por semana. Un año prácticamente en espera.” (C5)*

*“Fueron doce años. Yo iba a trabajar y me hacía diálisis. Un mes y medio con diálisis nada más, sin ir a trabajar.” (H6)*

*“Muy rápido desde que me diagnosticaron que tenía leucemia. Al día dos me internaron y arranqué con el tratamiento.” (G2)*

**Categoría 7 - Percepción del “proceso-internación”:** La experiencia de internación por trasplante no es uniforme: algunas personas transitaron el proceso con fluidez, acompañadas por información clara y sin complicaciones; mientras que otras atravesaron largos periodos de incertidumbre, dificultades clínicas o administrativas y desconcierto.

*“Fue muy rápido. Al principio no quería hacerme el trasplante. [...] Me sentía sola. Había un psicólogo que iba y me hablaba. Me ayudó un montón.” (F7)*

*“Recuerdo que había otro chico que estaba muy asustado y se ve que me quedé con esa imagen. [...] Me asusté un poco.” (B7)*

*“Me sentí muy acompañado con los médicos del hospital. Hasta dejaron que esté un familiar conmigo durante el trasplante.” (G1)*

## **Eje Resultado**

**Categoría 8 - Resultado:** El cuerpo, como núcleo central de la experiencia, debe ser reaprendido. Esto se manifiesta como desafiante, pero también con asombro y descubrimiento. Aparece recurrentemente la posibilidad de retomar actividades cotidianas, estudiar, trabajar o mayor autonomía. Se observan procesos de resiliencia, integración de lo vivido y reconstrucción de la identidad.

*“Vos tenés que aprender a caminar, aprender a valorar, a comer, a bañarte. Es como que te cambian el CPU del cuerpo [...] te cambia todo; a mí se me cayeron las uñas, los pelos.” (A7)*

*“Cuando estaba recuperándome en terapia ya empecé a hacer ejercicio con los pies; yo ya quería irme enseguida.” (E8)*

*“Muy conforme, muy contento. [...] Cuando usaba el teléfono me tenía que acercar mucho y estaba muy triste la verdad. Fue una gran alegría, un gran cambio en la vida.” (D8)*

**Categoría 9 - Percepción sobre la efectividad del tratamiento:** Los efectos físicos pueden no ser absolutos o ideales, aun así el trasplante permite recuperar funciones esenciales y reinsertarse en la vida cotidiana. Surgen adaptaciones al estrés crónico y cambios en la percepción corporal. El trasplante es percibido como un parteaguas en la historia personal, con implicancias afectivas profundas: gratitud hacia los donantes, cambios en los vínculos familiares y una reevaluación de prioridades vitales.

*“Sí, me cambió casi al 100%. Yo no podía caminar más de una cuadra [...] Camino sin parar ahora.” (E9)*

*“El día que salí del hospital [...] agarré la camioneta de mi hija y me fui a buscar a mis nietitos al jardín. Manejaba con un brazo.” (E9)*

*“Sos una cajita de porcelana; tenés que cuidarte de todo. No llegué al 100%. Me mezoquin todavía.” (A10)*

**Categoría 10 - Grado de efectividad del tratamiento:** Varios testimonios refieren a la capacidad de desplazarse, ejercitarse o disfrutar de actividades al aire libre como indicadores de efectividad del tratamiento. El cuerpo trasplantado se percibe nuevamente funcional.

*“Hoy caminé nueve cuadras. Llevo a mi nieta al colegio, la voy a buscar. Con mi señora tenemos un puestito en una feria.” (E13)*

*“Vine a casa y seguí con mi vida, hacía un poco de ejercicio. [...] a los tres, cuatro meses yo hacía un poco de gimnasio.” (C7)*

## **Eje Comunicación y vinculación**

**Categoría 11 - Comunicación y vinculación:** - La información brindada por el equipo de salud (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, secretarías), aparece como facilitador de la comprensión del proceso y para reducir la ansiedad (5). Algunos testimonios muestran deficiencias en la comunicación (6). Las decisiones y la adherencia al tratamiento estuvieron influenciadas por el entorno afectivo cercano (familia, pareja), que actuó como sostén emocional, facilitador de los cuidados o ayuda cuando la persona no logró asimilar toda la información por sí sola.

*“A mí me comunicaron todo bien, no tuve ninguna complicación. Me sentaron en un lugar y me hablaron como era todo el tema el proceso. En el Muñiz me derivaron a una psicóloga a una trabajadora social.” (C11)*

*“Cuando recién entras, por más que te expliquen diez veces, no entendés.” (H3).*

**Categoría 12 - Relación de cuidado:** - Destaca la familia como principal soporte en la gestión emocional, el acompañamiento en el tratamiento y la logística cotidiana (7). Se perciben necesidades emocionales no satisfechas en el acompañamiento psicológico pre y post proceso-internación. Algunas entrevistas destacan el rol afectivo que asumió el personal de salud: enfermeros, médicos, personal administrativo o personal de limpieza.

*"Soy consciente que llegué hasta donde estoy hoy porque tuve un buen acompañamiento, que fue mi hermana." (A2)*

*"Con la familia me veía con videollamadas pero me sentía sola." (F7)*

*"Los doctores muy amables, me ayudaban, me daban las cosas, la ropa que me tenía que poner, me explicaban los pasos, por qué hacían cada cosa [...] Muy amable la gente, eso me sorprendió." (D7)*

**Categoría 13 - Relación con el equipo de salud:** - Destaca la amabilidad, la empatía y la cercanía emocional de médicos, enfermeros y otros trabajadores hospitalarios. Esto fortaleció el vínculo de confianza y favoreció la adherencia al tratamiento. Varios relatos señalan el mantenimiento del vínculo con los profesionales aún después del trasplante.

*"Muy presente también la jefa de Nefrología del hospital del Cruce. Ella siempre fue muy atenta, siempre mandaba mensajes." (J13)*

*"Hasta el día de hoy tengo un contacto con ella [una enfermera]." (A3)*

**Categoría 14 - Modos de acceso a la información:** Varios testimonios remarcaban un acompañamiento activo por parte del equipo de salud, brindando información, explicando procedimientos y guiando en momentos de incertidumbre. Algunas personas recurrieron a la búsqueda activa de información a través de internet, redes personales o el intercambio con otros pacientes. El capital cultural y digital se manifiesta como recurso diferencial condicionando el acceso y la comprensión de la información médica. Algunos relatos evidencian falta de información en momentos clave del proceso de salud, vividas como injusticias o negligencias institucionales.

*"Cuando me presenté para la internación, me empezaron a sacar sangre y me iban explicando. Camino al quirófano, el cirujano también me explicó. Yo sabía todos los pasos; también sabía los riesgos." (E14)*

*"En internet miraba videos o alguna información, leía textos, miraba imágenes de otros casos también y le preguntaba a los doctores." (D14)*

*"No recibí información sobre el trasplante en hemodiálisis; ni tampoco comentaban sobre la diálisis peritoneal. [...] Me daba mucha bronca." (I4)*

**Categoría 15 - Utilidad y oportunidad de la información:** - La información oportuna permitió afrontar el proceso con menor ansiedad, mayor capacidad de anticipación y contención emocional, permitiendo la toma de decisiones informadas sobre tratamiento y cuidados dando lugar a un rol activo en el propio proceso (8). No todos los entrevistados recibieron la información que necesitaban en el momento oportuno, debiendo reconstruir los significados del proceso por su cuenta.

*"Para calmarme; me quería convencer de que iba a salir todo bien, pero por dentro tenía miedo de que salga algo mal. Saber que no era tan grave como yo pensaba, me calmó y llegué tranquilo al quirófano." (D15)*

*"Para entender ... durante el tiempo durante el proceso, pero no, no, no fui preguntando ni tampoco me informaron las dudas que tenía. Lo estoy entendiendo. ¿Qué es lo que tengo que hacer?" (J15)*

**Categoría 16 - Participación en la toma de decisiones:** La participación en la toma de decisiones no siempre se da en términos simétricos (9). Aparece una toma de decisiones limitada o pasiva, donde la decisión se da más como un "seguimiento" de lo que indica el equipo médico que como una construcción compartida. En algunos relatos se ve cómo la toma de decisiones puede generar situaciones de conflictividad, especialmente en pacientes jóvenes o en vulnerabilidad emocional.

*"Los doctores me preguntaban cómo me sentía... pero en general no hacía falta decidir algo, decir sí o no sobre algo no era necesario." (D16)*

*"Vino mi doctora y me dijo uy Entrevistada hay que hacer de nuevo y yo me planté y le dije [...] yo no me hago más. No me voy a hacer ninguna quimio más basta, no? Porque no era por físicamente sino que es mentalmente." (A16)*

*"Fue difícil en tema familiar hubo muchas discusiones, [...] yo sentía que querían*

*tomar decisiones por mí y hubo un momento que yo he dicho que encima no quería trasplantes.” (J7)*

## **Discusión / Conclusiones**

El análisis de las entrevistas permitió realizar un primer acercamiento a la experiencia del proceso de trasplante, desde la percepción de las personas trasplantadas. Se utilizó la sistematización de Donabedian de los estudios sobre calidad de atención en salud: interacción entre estructura, proceso y resultados. El equipo de investigación propuso incorporar una cuarta dimensión: la comunicación, entendida como eje transversal de la atención en salud. Las conclusiones se presentan de manera integral sin distinción a que dimensión pertenecen.

Entre los hallazgos más significativos se destaca el valor asignado por las personas trasplantadas a la dimensión del cuidado y la calidez en la atención. La “calidez” del equipo de salud aparece como un factor central en la construcción de una experiencia subjetiva positiva, incluso en contextos marcados por limitaciones en infraestructura o recursos materiales. La valoración de un tipo de relación cálida con el equipo de salud, no solo mejora la experiencia de las personas entrevistadas, sino que incide en la adherencia al tratamiento. El componente relacional aparece como parte fundamental para caracterizar la calidad, igual que los aspectos técnicos de las prácticas en salud.

Asimismo, se identificaron patrones en los relatos que evidencian el ingreso tardío al sistema de salud. Algunas personas refieren haber acudido a una institución de salud en momentos críticos de la enfermedad; en ocasiones, luego de haber transitado por distintos centros sin lograr un diagnóstico certero. Estas trayectorias fragmentadas generan desigualdades en el acceso al diagnóstico y a intervenciones terapéuticas menos invasivas que, en ciertos casos, podrían haber evitado llegar a etapas avanzadas de la enfermedad o a intervenciones invasivas. Esta situación persiste en el postrasplante, con dificultades para sostener tratamientos, dietas específicas o importantes distancias a los centros de atención para los controles.

Emergen necesidades de promover condiciones de accesibilidad, mecanismos de promoción de la salud y organización del sistema según niveles progresivos de complejidad para facilitar el acceso previo a momentos agudos.

Se observa un punto de contacto con el enfoque de Martorell y Prieto, respecto del impacto psíquico de la indicación de trasplante. Todas las personas entrevistadas manifestaron angustia o ansiedad frente a esta situación, identificándose estrategias para afrontar la enfermedad y el proceso de donación-trasplante. Entre ellas sobresalen las redes vinculares de apoyo, principalmente familiares. Donde esas redes no están presentes, la vivencia del trasplante resulta aun más adversa. (10)(11)

En este contexto, el acompañamiento en salud mental se vuelve un componente central. Prieto propone repensar el rol de las y los profesionales de salud mental dentro de estos procesos. Las personas trasplantadas refieren haber recibido un apoyo psicológico limitado; restringido a momentos puntuales del pre trasplante y sin continuidad en la post internación. Se observa una tensión entre el rol de profesionales de salud mental, como únicos destinados a brindar acompañamiento en este campo en contraposición con el abordaje interdisciplinario habitualmente auspiciado. Aparecen como necesidad dispositivos de acompañamiento a las personas durante el propio proceso, preferentemente con abordajes comunitarios y no exclusivamente individuales. (11)

Se señaló al personal médico como principal referente informativo, junto con búsqueda a través de internet, redes personales o el intercambio con otros pacientes. Se da una convivencia entre diferentes fuentes de información que deben ser tenida en cuenta y dialogadas a fin de evitar incertidumbre o malestar. El capital cultural y digital condiciona el acceso y la comprensión de la información. La toma de decisiones aparece más como un “seguimiento” de lo que indica el profesional que como una construcción compartida. Sería deseable promover espacios de trabajo de las dinámicas de comunicación para promover la participación activa.

La muestra del estudio estuvo compuesta por personas con cobertura exclusiva del sistema público y con características socioeconómicas y culturales similares. En este sentido, se encuentran similitudes con Bayardo y las implicancias del trasplante renal en personas con cobertura privada. (12) Emergen categorías similares a las descritas en el presente estudio: el cuidado y la calidez por parte del equipo de salud, el valor de la comunicación y del acceso a la información adecuada. Para futuros estudios, se propone ampliar la muestra a grupos más heterogéneos, con otras coberturas y en años posteriores a los trabajados aquí, a fin de enriquecer la caracterización de estas experiencias.

Uno de los aspectos innovadores de este estudio, que aporta amplitud y complejidad al análisis es que contempla experiencias de trasplantes de órganos sólidos, tejidos y células, a diferencia de investigaciones que se centran en un trasplante específico. Este abordaje busca una mirada abarcadora y centrada en la experiencia de la persona.

Aparece finalmente de interés pensar la posibilidad de una observación similar sobre la percepción de los trabajadores de salud en estos mismos procesos.

Estos hallazgos invitan a seguir formulando investigación orientada a revisar y fortalecer los dispositivos de atención y los modelos organizativos del sistema de salud, contemplando las particularidades de las poblaciones a las que va dirigida. Asimismo, permiten repensar la singularidad de cada persona en su trayecto de atención, procurando que acceda al mejor tratamiento disponible desde un enfoque de derechos y con prácticas humanizadas. Esta perspectiva requiere ampliar la mirada, integrando dimensiones relacionales, comunicacionales y psicosociales que inciden en la calidad y en los resultados en salud.

### **Cumplimiento de las actividades**

Es necesario señalar las dificultades institucionales encontradas en los diferentes momentos del trabajo en que fue necesario el concurso del equipo del CUCAIBA, tanto para obtener los listados de las personas a entrevistar, como para el acceso a las personas. Desactualización de datos de contacto en SINTRA, obligando a cruzar información con otros listados (ej. farmacia CUCAIBA). Falta de recursos materiales y/o de lectoescritura y comprensión por parte de personas a entrevistar. Número considerable de personas que no se animaban a entrar al link de la encuesta, que directamente no deseaban o no disponían de lectoescritura para realizarla.

Por lo anterior, si bien el diseño original contemplaba una estrategia de triangulación metodológica, en esta presentación no fue posible desarrollar el componente cuantitativo previsto. Se contaba con un listado de 384 personas trasplantadas identificadas en el SINTRA, a quienes se envió el cuestionario. Se obtuvieron 52 respuestas; 4 fueron descartadas por no dar el consentimiento informado requerido, arrojando una muestra válida a 48 casos. El bajo nivel de respuesta y su falta de potencia estadística, no permite datos suficientes para responder adecuadamente los objetivos propuestos para el análisis cuantitativo:

- a) “Generar un perfil de las personas trasplantadas con una mirada integral e interseccional” e,
- b) “Identificar el nivel de satisfacción de sus necesidades en salud”

Ante esta limitación, proponemos continuar la administración de la encuesta ampliando la población de estudio. Los resultados cuantitativos serán considerados para una etapa posterior del proyecto, de análisis estadístico.

### **Bibliografía**

1. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*. 1966;44(3):166–206. doi:10.2307/3348969
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud y derechos humanos. 42.º Consejo Directivo, documento CD42/15. Washington, D.C.: OPS; 2002 [citado 2025 jul 12]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3760/csp27.r10-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
3. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.

4. Cantalino JLR, Scherer MDA, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSO. User satisfaction in relation to Primary Health Care services in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2021;55:22. doi:10.11606/s1518-8787.2021055002533
5. Martín Padilla E, Sarmiento Medina P, Ramírez Jaramillo A. Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Rev Calidad Asistencial*. 2014;29(3):135–41..
6. Ramírez Arias JL, Ocampo Lujano R, Pérez Páez I, Velázquez Trinidad D, Yarza Solórzano ME. La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica. *Acta Méd Grupo Ángeles*. 2011;9(3):[páginas]. <https://www.medigraphic.com/actamedica>
7. Nuñez C. La gestión de la comunicación como aporte a la mejora de la calidad de la relación médico-paciente y de la gestión del paciente [tesis de maestría]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2020 [citado 2025 jul 12]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/130275>
8. García VJ. Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana. *Rev Med IMSS*. 1999;37(3):213–20.
9. Dios Guerra C, Alba Dios MA, Ruiz Moral R, Jiménez García C, Pérula de Torres LA, Rodríguez Borrego MA. Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación. *Enferm Glob*. 2013;(31). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal>
10. Martorell A. ¿Qué hace un psicólogo allí? Una experiencia de trabajo en Centros de Diálisis: Editorial de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales; Desvalimiento Psicosocial. 2015, vol.2, n.1; 2015; <https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/3365>
11. Fuica Prieto S. La experiencia de los receptores en el trasplante de órganos y tejidos [tesis de grado]. Bogotá: Universidad del Rosario, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Programa de Psicología; 2014.
12. Bayardo S. Trasplante de órganos y factores psicosociales intervinientes: un estudio sobre pacientes en el proceso del trasplante renopancreático [tesis doctoral]. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología; 2005.
13. Cantalino JLR, Scherer MDA, Soratto J, Schäfer AA, Anjos DSO; “User satisfaction in relation to Primary Health Care services in Brazil.”; *Rev Saude Publica*. 2021;55:22. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002533>
14. E. Martín Padilla, P. Sarmiento Medina y A. Ramírez Jaramillo; “Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo”; *Revista Calidad Asistencial* 2014; 29(3): 135-142.
15. José Luis Ramírez Arias, Raquel Ocampo Lujano, Irene Pérez Páez, Daniel Velázquez Trinidad, Ma. Elena Yarza Solórzano; “La importancia de la comunicación efectiva como factor de calidad y seguridad en la atención médica.”; *ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES*. Volumen 9, No. 3, julio-septiembre 2011; [www.medigraphic.com/actamedica](http://www.medigraphic.com/actamedica)
16. Nuñez Carina; “La gestión de la comunicación como aporte a la mejora de la calidad de la relación médico-paciente y de la gestión del paciente.”; La Plata, noviembre 2020; <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/130275>
17. Dios Guerra, Caridad; Alba Dios, M<sup>a</sup> Antonia; Ruiz Moral, Roger; Jiménez García, Celia; Pérula de Torres, Luis Ángel; Rodríguez Borrego, M<sup>a</sup> Aurora; “Valoración de la satisfacción de usuarios de consulta de Enfermería en Centros de Salud a partir de indicadores de calidad técnicos y de comunicación”; *Enfermería Global*, Revista electrónica trimestral de enfermería, N° 31, julio 2013, ISSN 1695-6141.