

Características y atributos de la atención centrada en el usuario: perspectiva de usuarios y profesionales



Characteristics and attributes of user-centred care: Perspective of the users and professionals

Sr. Editor:

El fortalecimiento de la atención primaria de la salud (APS) en Chile consideró un modelo de atención integral, basado en 3 principios: atención centrada en los usuarios (ACU), integralidad y continuidad del cuidado^{1,2}. La ACU focaliza en la atención de la persona y sus necesidades, y la corresponsabilidad del cuidado de la salud entre profesionales y usuarios³. Dado que este principio se define desde la experiencia de los usuarios y no de los proveedores de salud⁴, se desarrolló un estudio mixto, que incluyó análisis de contenido y metodología Delphi, que indagó respecto de los elementos que debe considerar la ACU desde la perspectiva de usuarios y expertos en APS^a. Este estudio se desarrolló con usuarios de centros de salud de APS de Santiago, Chile y la participación de expertos nacionales en APS. Los datos se obtuvieron a partir de grupos focales grabados en grabadora de audio y transcritos verbatim, para su estudio se empleó el análisis de contenido de Krippendorff. El criterio de finalización fue la saturación de la información. Además se trabajó con el método Delphi electrónico con 29 expertos nacionales de APS seleccionados utilizando el coeficiente de competencia de experto ($K_{comp} \geq 0,8$)^{5,6}. Se realizaron 3 rondas de cuestionarios. Las tasas de respuestas variaron entre 72,4-86,2%. Los criterios para finalizar el proceso fueron la convergencia de las estimaciones individuales $\leq 80\%$ y la estabilidad de las repuestas. Se utilizó coeficiente de concordancia para determinar el consenso de las

respuestas, que varió en un rango entre 83-100% para el total de los ítems consultados.

El proyecto contó con la aprobación del Comité Ético-Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Se entrevistó a 41 usuarios de centros de salud de APS (18-78 años edad). El 92,7% asistía regularmente a sus controles de salud. Se identificaron 3 dimensiones de la ACU desde la perspectiva de los usuarios: *a)* Buen trato: patrones sociales básicos, lenguaje simple y el tiempo adecuado para exponer la situación de salud; *b)* Relación profesional-usuario: basada en la confianza, respeto, disponibilidad y consideración de opiniones y preferencias del usuario en las soluciones a sus problemas, y *c)* Enfoque integral que considere en cada atención, las necesidades vinculadas a los problemas presentados.

Durante la fase Delphi, los expertos fueron consultados en relación a atributos y características de la ACU como eje organizador del modelo de salud. El 100% estuvo de acuerdo en que la atención debe organizarse desde un enfoque multicausal de los problemas, considerando a la familia como un factor que afecta la condición de salud, e integrando la experiencia del usuario y el entorno en el que está inserto. Respecto de acciones que darían cuenta de estos atributos, el 100% estuvo de acuerdo en que el profesional debe establecer relaciones terapéuticas coherentes considerando las preferencias y valores de las personas que construyan alianzas con el usuario y su familia, y otorguen la información necesaria para participar en las decisiones relativas a su cuidado. Los resultados son consistentes con estudios internacionales y destaca la coherencia entre usuarios y expertos respecto de atributos y características de la ACU, empero, la experiencia de los usuarios muestra una amplia brecha entre características y atributos de la ACU que según los profesionales deben estar presentes y la percepción de los usuarios respecto del trato recibido en los centros de salud. Los resultados pueden orientar a los equipos de salud para establecer mejoras en la práctica clínica que fortalezcan la APS, de acuerdo a las realidades locales (tabla 1).

^a Fuente de apoyo financiero: CONICYT/FONIS: Fondo Nacional de Investigación en Salud, Proyecto FONIS SA14ID0025. FONIS no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito. Se contó con el apoyo financiero de la DICE de la Escuela de Enfermería UC para la publicación (costo de edición) sin que haya influido en la preparación o el contenido del manuscrito.

Tabla 1 Atributos y características de la atención centrada en la persona

	Muy de acuerdo (%)	De acuerdo (%)	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo (%)	En desacuerdo (%)	Muy en desacuerdo (%)
Atributos					
Los profesionales de la salud consideran en el enfoque terapéutico la multi-causalidad de los problemas de salud o del motivo de consulta del usuario	95,3	4,7	0	0	0
Los profesionales de la salud consideran a la familia como un factor que pueda afectar positiva o negativamente a la salud de sus miembros	100	0	0	0	0
Los profesionales de la salud emplean en la atención del usuario el enfoque biopsicosocial	100	0	0	0	0
Los profesionales de la salud emplean en el análisis de la experiencia del usuario una visión integral, considerando sus características individuales y el entorno en el que está inserto	90,5	9,5	0	0	0
Acciones					
Saluda al usuario al inicio del encuentro	100	0	0	0	0
Establece relaciones terapéuticas que demuestran coherencia, empatía y aceptación del usuario	100	0	0	0	0
Escucha activamente lo que plantea el usuario	100	0	0	0	0
Considera en la atención de salud las preferencias y valores de los usuarios	85,7	14,3	0	0	0
El profesional entrega información al usuario que sea comprensible y pertinente al motivo de consulta	100	0	0	0	0
El profesional promueve la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones que involucran su cuidado	100	0	0	0	0

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Hacia un modelo de atención integral a la salud basado en la Atención Primaria de Salud. Washington DC: OPS; 2012.
2. Ministerio de Salud Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Chile: Ministerio de Salud; 2013.
3. Robinson J, Callister L, Berry J, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008;20:600–7.
4. Haggerty J, Reid R, Freeman G, Starfield B, Adair C, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ.* 2003;32:1219–21.
5. Cruz M, Martínez M. Perfeccionamiento de un instrumento para la selección de expertos en las investigaciones educativas. *Rev Electron Investig Psicoeduc Psigopedag.* 2012;14:167–79.
6. De la Uz ME. La relación médico-paciente y su panorama actual. *Bioética [Internet].* 2010 [consultado 6 Dic 2015].

Disponible en: <http://cbioetica.org/revista/101/101-2125.pdf>.

Angelina Doís Castellón*, Aixa Contreras Mejías y Paulina Bravo Valenzuela

Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Región Metropolitana, Chile

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ankedois@gmail.com, adois@uc.cl (A. Doís Castellón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.05.003>
0212-6567/

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Unidades docentes de medicina de familia atrapadas en la red... burocrática



Family medicine teaching units, trapped in the net... of bureaucracy

Sr. Editor:

Los tutores y jefes de estudio de medicina de familia y comunitaria han ido elaborando durante más de 2 décadas el corpus necesario para la docencia. Empezando por los criterios de acreditación de centros¹ y de tutores², conceptos que en nuestras latitudes no existían por aquel entonces. Teniendo en cuenta la inicial precariedad de conocimientos y habilidades específicos para la docencia de los profesionales, desde las unidades docentes (UDD) se han hecho propuestas de metodología docente³, elaborando proyectos innovadores (portafolio de los residentes), y formando generaciones de tutores. Se ha reflexionado sobre metodología evaluativa y enseñanza de adultos, iniciado el camino hacia la evaluación formativa^{3,4}, y trabajado hasta mejorar la sumativa, comprendiendo la necesidad de ambas y su interrelación.

El programa de la especialidad⁵, aprobado en 2005, se basa en la experiencia previa de más de 20 años de formación MIR en medicina de familia y comunitaria, y como cuenta en su introducción: «es la herramienta de referencia, y como tal debe ser dinámica y responder y adaptarse a las necesidades de las personas».

De un tiempo a esta parte los jefes de estudio en Catalunya no tienen demasiado tiempo para la docencia. Los innumerables procedimientos administrativos inundan sus despachos. Los tutores ya no dependen del mérito. Son o no son tutores en función de si tienen o no residente. Si no tienes residente, no eres tutor. Aunque cumplas criterios. Pero ¿qué decíamos hace unos años?: «La retirada de la acreditación se ejecuta por el gerente del centro a propuesta de la comisión de docencia o asesora». En cambio, ahora la necesidad normativa de un reconocimiento externo

ha convertido el ser tutor en un mero ejercicio administrativo.

Nos quedaba un caramelo. Convertir las unidades docentes de medicina de familia y comunitaria en multi-profesionales de atención familiar y comunitaria.

Era una ilusión y una oportunidad. Médicos y enfermeras, trabajo en equipo, formación específica, potenciando la visión holística e integral. Pero la acreditación de centros ahora tampoco depende del cumplimiento de unos criterios consensuados por los mayores expertos en la materia, es decir los propios tutores y los jefes de estudio.

La acreditación es ahora un monstruo que en las unidades docentes de Catalunya lleva años ocupando el tiempo de jefes de estudio y secretarios. Cuatro años contestando los requerimientos de la administración para una acreditación no es de recibo. Con criterios cambiantes, que además pueden en ocasiones ni ajustarse al espíritu del programa formativo y que aún peor, incluso lo desvirtúan. No hay forma de hacer entender a la administración que lo importante es la adquisición de conocimientos y competencias y no en qué «dispositivo» hay que hacerlo y que la asignación de plazas en nuestra especialidad no puede depender principalmente de la elección de un centro hospitalario.

A pesar de todo, seguimos trabajando para la mejora de la formación. Siguiendo en esta línea, en las UDD de Catalunya pronto se conocerá una nueva propuesta que supera el actual portafolio del residente por una versión electrónica del nuevo libro del residente que completa la versión analógica con elementos de autorreflexión y el uso de instrumentos hetero y autoevaluativos más comprensivos y atractivos.

La administración debe centrarse, menos en evaluaciones de estructuras y procesos, y más en resultados. Debemos superar la red burocrática que no nos permite avanzar. Necesitamos mayor autonomía de las decisiones en el ámbito docente por parte de las comisiones de docencia, empoderándolas para llevar a cabo la auténtica y más relevante tarea que tienen encomendada, la formación de especialistas en atención familiar y comunitaria.