

Percepción de los profesionales de salud para la toma de decisiones compartida en atención primaria
Barreras y facilitadores
Perception of health care professionals for shared decision-making in primary care
Barriers and facilitators

María José Hernández-Leal^{1,2,3a}, Lilisbeth Perestelo-Pérez^{4b}, Paulina Bravo^{5,6,c},

Resumen

Objetivo: Identificar la percepción de los profesionales de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) respecto a los facilitadores y barreras para la implementación de la Toma de Decisiones Compartidas en salud (TDC). **Material y método:** Estudio cualitativo con profesionales de salud de Santiago de Chile. Se condujo un grupo focal (GF), observaciones no participantes (ONP) y entrevistas semiestructuradas (ES) con profesionales de salud que realizan atención directa a usuarios de un CESFAM. Se realizó análisis de contenido de los datos recogidos a través de los tres métodos. **Resultados:** Ocho profesionales de salud pertenecientes a un CESFAM participaron en un GF, tres de ellos accedieron a participar en una ES y se hicieron ONP de 16 encuentros clínicos. El análisis permitió identificar factores relacionados con los usuarios, profesionales y el sistema de salud que actuaron como barreras o facilitadores para la TDC. Como principal facilitador se identificó el modelo de atención que potencia el cuidado centrado en la persona y la participación de los usuarios. Mientras que en las barreras para la aplicación de la TDC (que superan a los facilitadores en el discurso de los participantes) destacan la falta de preparación del equipo de salud, el usuario y el sistema para promover un involucramiento activo. **Conclusión:** Existen dificultades para implementar la TDC por lo que se requiere capacitar en estrategias para una atención participativa centrada en la persona.

Palabras Clave

Toma de Decisiones Compartida; Decisiones Compartidas; Participación del paciente; Profesional de salud; Atención primaria de salud.

Abstract

Objective: To identify barriers and facilitators perceived by healthcare professionals for the implementation of Shared Decision Making (SDM) model in a Family Healthcare Center (FHC). **Materials and methods:** A qualitative study with healthcare professionals, who work in clinical meeting of FHC in Santiago, Chile. We used focus group (FG), non-participant observations

¹ Departamento de Economía, Universitat Rovira i Virgili.

² Centre de Recerca en Economia i Sostenibilitat (ECO-SOS)

³ Grup de Recerca en Anàlisi Estadística i Econòmica en Salut (GRAEES).

⁴ Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud, Red de Investigación del Servicio Canario de la Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC).

⁵ Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

⁶ School of Social Sciences, Cardiff University. Reino Unido

^a Estudiante de PhD, Msc y Bsc en enfermería, Universitat Rovira i Virgili. España

^b Psicóloga, PhD en Psicología Clínica y de la Salud.

^c Enfermera, PhD.

Autor de correspondencia: Paulina Bravo Valenzuela. Dirección: Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago de Chile. Teléfono: (56-2) 2354 1690. Email: pbbravo@uc.cl

Fuente de apoyo financiero de la Comisión Nacional de Investigación Científica y tecnológica (CONICYT), Fondo Nacional del Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), Proyecto FONDECYT 11150221. FONDECYT 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.

(NPO) and semi-structured interviews (SI). A content analysis was performed of three methods. Results: We conducted one FG with eight healthcare professionals, three of them accepted to participate in SI and sixteen NPO on clinical meeting. We identified factors related to the professionals, users and the health system that can act as both barriers and facilitators for SDM. One of the main facilitators is the Chilean model of healthcare power Person Central Care and promotes patients' participation. On the other side, the main limitations (that are higher than the facilitators according to the participants) are the lack of preparation of professionals, patients and the health system to a collaborative decision-making process. Conclusion: There is a need to prepare the dyad patient-professional to effectively implement SDM and have active patients.

Keywords

Shared Decision Making; Decision Making; Patient Participation; Health care provider; Primary Health Care.

Introducción

La participación en salud se ha posicionado como un derecho de los usuarios, reconociendo que las personas tienen capacidades para aumentar el nivel de control sobre esta y consecuentemente asumir responsabilidad en su cuidado ¹. Desde la década del 80 surge la Toma de Decisiones Compartida (TDC) como una aproximación terapéutica que facilita la participación explícita de los usuarios en las decisiones de su salud. La TDC permite que en la visita clínica los profesionales y usuarios compartan la mejor evidencia científica disponible durante el proceso de toma de decisión, promoviendo que los usuarios comprendan la información relacionada con sus opciones terapéuticas ^{2,3} considerando las preferencias, vivencias, valores, creencias, prioridades, experiencias, expectativas personales ²⁻⁷, y sus apreciaciones en cuanto a beneficios, daños, costes e inconvenientes de la decisión ⁸.

La práctica de la TDC genera mejor adherencia a las intervenciones, aumento de satisfacción con la atención, disminución de las preocupaciones relacionadas con la decisión, mayor comprensión de su condición de salud y opciones de tratamiento ^{8,9}. Además algunas mejoras en los resultados en salud ^{6,8,10}. A pesar de estos potenciales beneficios, su implementación rutinaria es escasa ^{11,12}. Entre las dificultades se describen tiempo o recursos limitados, bajo deseo de participación de los usuarios, dificultad para comprender información por parte de algunos usuarios, falta de familiaridad de los profesionales con el modelo de TDC, entre otros ⁸.

En esta línea, Chile ha manifestado su voluntad política para la promoción de la participación de los usuarios ³. Así, el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y

Comunitaria (MAIS) de la Atención Primaria en Salud (APS), destaca la participación como un elemento fundamental del cuidado centrado en las personas (CCP), principio que ha sido declarado como irrenunciable ¹³. Sin embargo, la participación ha estado enfocada en el ámbito social, sin claras directrices de cómo involucrar de manera activa a los usuarios en las visitas clínicas ¹⁴.

Algunos estudios a nivel nacional han explorado la experiencia de los usuarios, identificando necesidades específicas para la promoción e implementación de la TDC en la práctica clínica ¹⁵. No obstante, no se han identificado investigaciones que exploren la perspectiva de los profesionales de salud.

El objetivo de este estudio es describir la percepción de los profesionales de un Centro de Salud Familiar (CESFAM) de Santiago de Chile, en relación con los facilitadores y barreras para la práctica e implementación de la TDC.

Material y método

Se realizó un estudio cualitativo utilizando grupo focal (GF), entrevistas semi-estructuradas (ES) y observaciones no participantes (ONP) de encuentros clínicos en un CESFAM de Santiago de Chile. La recolección de datos fue entre septiembre y octubre del 2017. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (n° 170616001). Se obtuvo el consentimiento informado de los profesionales de salud para el GF y ES, especificando que las sesiones serían audio grabadas y transcritas para su posterior análisis, resguardando la confidencialidad y voluntariedad de su participación. Mientras que para las ONP se les solicitó autorización verbal a los usuarios para presenciar la visita clínica especificando que sólo se actuaría como observador, podría negarse a la presencia del investigador y se mantendría el anonimato y confidencialidad de la sesión.

Método de recolección de información

El GF fue guiado por dos investigadores basado en la pregunta norteadora ¿cómo involucran a las personas en las decisiones de salud? (Tabla 1) De aquí se identificaron informantes claves para posteriormente profundizara

mediante ES (Tabla 2) y ONP. Para este último método se utilizó como referente los criterios de dos instrumentos, sin embargo estas no fueron aplicados Observer OPTION12¹⁶ y el Cuestionario sobre la Toma de Decisiones Compartida (SDM-Q-9)¹⁷.

Pregunta norteadora	¿Cómo involucran a las personas en las decisiones de salud?
Preguntas secundarias	¿Cuáles son los aspectos que le han facilitado implementar la participación de los usuarios en las decisiones de su salud, desde aspectos personales e incluso institucionales?
	¿Cuáles han sido aspectos que han dificultado involucrar a las personas en las decisiones de su salud?
	Consideran que necesitan algunos elementos o herramientas para facilitar involucrar a las personas en las decisiones de salud

Tabla 1: Protocolo preguntas Grupo Focal

Pregunta norteadora	¿Cómo percibe que es la participación de las personas en aspectos de su propia salud?	
Preguntas secundarias	Cómo involucra usted a las personas para que participen	
	Cuáles son las barreras que impiden una participación en salud.	Consideraciones en el ámbito: - Personal - Profesional - Institucional - Sistema
	Cuáles son aspectos que le ayudan a involucrar a las personas en las decisiones de salud.	- Espacios - Tiempos - Legislativas - Acceso a información
	Considera que le hace falta alguna herramienta para efectuar una real participación en salud.	Consideraciones en el ámbito: Institucional - Profesional (formación) - Personal
	Conoce algún modelo en salud que le permita involucrar a la persona participar en las decisiones de su salud.	

Tabla 2: Protocolo Entrevista Semiestructurada

Participantes

Los participantes para el GF fueron seleccionados mediante muestreo intencionado¹⁸ Se invitó a todo profesional que al menos un año realizara atención clínica directa en un CESFAM del Servicio de Salud Sur de la Región Metropolitana de Chile. El criterio de finalización fue la saturación temática¹⁸.

Análisis

Se realizó análisis de contenido¹⁹ con perspectiva de Grounded Theory. El primer paso consistió en la transcripción verbatim de los audios, con el fin de facilitar al investigador la inserción en la temática.

Se utilizó el programa Atlas Ti, 8.2.4. como herramienta para codificar el GF y ES. El análisis fue mediante una lectura fluctuante de los textos identificando unidades básicas de información, correspondientes a extractos de los testimonios

^{19,20}. Posterior, fueron codificadas según la categoría de barreras o facilitadores para la participación en salud. Finalmente, mediante un proceso deductivo fueron codificadas en categorías y subcategorías cuantificando cada una de ellas²¹.

Al finalizar la codificación del GF y ES se compararon con los resultados del análisis temático de las anotaciones obtenidas de la ONP en base de observer OPTION12 y SDM-Q-9¹⁷. Aquí se pudo comprobar si los discursos de los profesionales coincidían con las acciones realizadas en la atención de salud.

El rigor metodológico fue asegurado de acuerdo a los criterios de Guba y Lincoln (1999)²². La credibilidad se logró mediante el member check, la fiabilidad con la triangulación de los datos con tres investigadores, la confirmabilidad con una metodología detallada que permita replicarla en otras investigaciones y finalmente la transferibilidad con la participación en diferentes congresos.

Resultados

Se realizó un GF con ocho profesionales, la mayoría fueron mujeres (75%), de 41,8 años de edad ($\pm 10,3$); quienes trabajan en el CESFAM durante un promedio de 13,5 años ($\pm 8,5$) en jornada completa, atendiendo a una media de 77 (± 47) personas a la semana (Tabla 3). Durante el GF se identificaron tres informantes claves de profesión médica y trabajo social, quienes aceptaron participar en una ES y autorizaron la ONP de 16 econsultas clínicas de atención ambulatoria, equivalentes a 352 minutos, de personas adultas, mayores de 18 años que fuesen por diversos motivos a consultar al profesional: control de enfermedad crónica, control preventivo del adulto, enfermedad aguda, solicitud de recursos municipales, entre otros. No se registraron los antecedentes de los usuarios por no ser objetivo de esta investigación, su rol permitió comparar cómo se relacionaba e interactuaba el profesional de salud con estos.

Variables		N	%
Sexo	Femenino	6	75
	Masculino	2	25
	Total	8	100
Rango de edad (años)	25-35	3	37,5
	36-45	2	25
	46-55	2	25
	56-65	1	12,5
	Total	8	100
Profesión	Enfermero	1	12,5
	Matrón	2	25
	Médico	2	25
	Nutricionista	1	12,5
	Psicólogo	1	12,5
	Trabajador Social	1	12,5
	Total	8	100
Tipo de jornada laboral	Completa	8	100
	Parcial	0	0
	Total	8	100
Tiempo de experiencia en APS (años)	1 a 10	3	37,5
	11 a 20	4	50
	21 a 30	1	12,5
	Total	8	100
Número usuarios atendidos por semana	25-50	2	25
	51-100	4	50
	101-150	2	25
	Total	8	100

APS, Atención Primaria de Salud

Tabla 3: Características de los participantes

El análisis de contenido permitió identificar los factores que interfieren (como barreras o facilitadores) en la implementación de la TDC en la APS: del profesional, de los usuarios y del sistema (Tabla 4). El relato de los profesionales se inclinó a identificar en mayor frecuencia barreras que facilitadores para la implementación de la TDC. Adicionalmente, la ONP mostró que, en general, existen escasos momentos de participación de los usuarios.

Categoría	Subcategorías de barreras	Frecuencia	Subcategorías de facilitadores	Frecuencia
Factores del profesional	Modelo de atención paternalista	37	Buen trato	30
	La participación es profesional dependiente		Actitud empática del profesional	
	Entrega de información parcial		Confianza del profesional al usuario	
	Falta de formación del profesional	Habilidades comunicacionales		
	Número de barreras: 3	37	Número facilitadores: 4	30
Factores del usuario	Actitud pasiva del usuario	106	Empoderamiento	14
	Cumplimiento de indicaciones		Redes de apoyo del paciente	
	Patología dependiente		Conciencia de enfermedad	
	Edad dependiente		Comprometido con su salud	
	Nivel educacional		Prepara próxima consulta	
	Falta de confianza con el profesional			
	Experiencias previas del usuario			
	Número de barreras: 6	106	Número facilitadores: 4	14
Factores del sistema	Políticas públicas	89	Educación	54
	Falta de tiempo en el encuentro clínico		Uso de metodologías educativas	
	Falta de seguimiento y continuidad		Internet fuente de información	
	Alta demanda al servicio de salud		Modelo de Salud Familiar	
	Sobrecarga laboral		Trabajo interdisciplinario	
	Sistema informático poco eficiente			
	Falta de autocuidado al profesional de salud	Sistema tecnológico		
	Número de barreras: 4	89	Número facilitadores: 4	85
	Total barreras: 13	232	Total facilitadores: 12	129

Tabla 4: Categorías y subcategorías de Barreras y Facilitadores para la TDC en APS

Barreras para la implementación de la TDC

Factores como la preparación y disposición profesional guiados por un enfoque paternalista, usuarios pasivos y un sistema de salud con escasas directrices en participación se indican como las principales limitaciones para un proceso clínico colaborativo (Tabla 5).

Categoría	Subcategoría	Cita
a. Factores del profesional	Modelo de participación Paternalista	P.1 "A veces a unas personas les gusta (el usuario) les gusta que el profesional sea como más liviano, más light, más tranquilo. Pero a otro no. Porque me lo han dicho a mi "me gusta que usted me dirija, para hacer las cosas", "necesito que me rete o me indique para hacer lo que tengo que hacer"
	Profesional dependiente	P.6: "En el caso de P.1. que es médico, puede ser más dirigido. Pero en el caso de nosotros, le decimos que tiene que tomarse la leche y unas me dicen no, no me la quiero tomar, entonces yo le digo que tiene que hacerlo por tal y cual cosa "
	Entrega de información parcelada	P.3 "Si él te va a entender lo que tú le vas a decir y según la patología que sea, y ahí tú decides "bueno, le puedo explicar o no" (referente a pacientes del Programa de Salud Mental).
	Falta de formación del profesional	P.3 "Entonces habría que cambiar tanto de nuestra parte, como también en educación a nosotros. Y de eso no sabemos" (refiriéndose a estrategias participativas de salud)
b. Factores del usuario	Actitud pasiva de los usuarios	P.2 "El paciente que viene con un familiar, un hijo, con una patología de salud mental y que casi te lo quiere entregar y que tú lo devuelvas sin ningún (silencio) hiperactividad, sin un problema de conducta, sin un problema de cualquier cosa. Ya sea de atención o de actividad motora. Es ese el paciente que evita la participación, evita comprometerse, evita ser parte de las decisiones y cree que el sistema de salud cuando ellos tienen un problema de ellos tienen que entregarlo y se lo tienen que devolver sano"
	Cumplimiento de indicaciones	P.1 "La participación es llegar a un acuerdo en el cumplimiento de indicaciones y si no la cumple igual está participando pero negativamente"
	Patología dependiente	P.3 (refiriéndose al tratamiento de patologías) "En la gran mayoría son cosas que tienen sus patrones: para estas enfermedades, este es el tratamiento. Si tuvieras una infección en el pie te tengo que poner un antibiótico, no te puedo decir "¿Te quienes tomar el antibiótico?", entonces hay cosas que, si son muy tajantes y otras más flexibles"
	Edad dependiente	P.2 "No, los adultos mayores son más comprometidos. Los adolescentes no preguntan casi nada, uno tiene que sacarles información porque además vienen obligados a veces por los padres y no preguntan nada"
	Nivel educacional dependiente	P.1 "Sí, mayores opciones de entender algunas explicaciones que se les den. Pero también tiene que ver con el hecho de que en general las personas cuando tienen un nivel educativo más bajo tienden a ser un poco más apocadas o más retraídas"
	Falta de confianza con el profesional	P.6 "Y las madres, en control de pre escolares, escolares ahí es complicado, porque también a las mamás les puedo decir muchas cosas que son súper importante para el desarrollo, pero al final son ellas las que toman la decisión y yo sé que me mienten en los controles, uno sabe cuándo mienten las mamás"
	Experiencias previas del usuario	P.8 "También tiene mucho que ver con la relación que tenga, con la confianza que tenga, con el profesional, de si en ocasiones anteriores le ha ido bien o le ha ido mal, su experiencia previa"
c. Factores del sistema	Políticas públicas	P.8 "Se pide, se exigen metas y eso hace que se presione a los profesionales en cuanto al tiempo y rendimiento. Entonces eso hace que se deshumanice la atención, el mismo hecho que una paciente no la dejen comentar dos afecciones que tiene, porque tiene solo 15 minutos para una, ya es problema del sistema"
	Falta de tiempo en el encuentro clínico	P.4 "Porque con los tiempos que tenemos acotados, con los tiempos que tenemos que cumplir metas, que el paciente hay que compensarlo te deja tan poco tiempo, para que a veces él tome esas decisiones también"
	Falta de seguimiento y continuidad	P.2 "En estos centros, que es un centro de salud familiar, pero tú no tienes la continuidad a veces del paciente. O sea, hay paciente que lo ven en seis meses seis médicos distintos, por lo tanto, el paciente no va a tener la misma confianza de contar lo mismo con el primero, con el segundo, con el tercero y el cuarto"
	Alta demanda de los servicios de salud	P.4 "los espacios son los necesarios porque tienes una población más de la que podemos atender. Entonces todos los espacios se van haciendo chicos y ya hay falta de personal, hay falta de box para que atiendan a la gente, porque aquí no pueden contratar más gente porque en dónde..."
	Sistema informático poco eficiente	P.5 "es el sistema de computación. Lo que pasa es que la agenda que tiene RAYEN, la capacidad de entrar información, depende de la cantidad que tenga el internet, la rapidez. Entonces derepente queda pegado, es un factor que entorpece"
	Acceso/asistencia al Centro de Salud	P.3 "Los adultos medios llegan poco, es poca los motivos por los que pueda llegar acá. Por lo general, un adulto medio llega por un familiar, donde se cite entonces es como bien distinta la situación de porqué están acá. O por el cuidado de un adulto mayor, entonces ya no es porque ellos sean pacientes, sino que por la intervención que uno hace con la familia o con el encargado de cuidado"

Tabla 5: Ejemplos de narrativas reportadas como barreras para la práctica de la TDC

Factores del profesional como barrera para la TDC

Desde la perspectiva de los profesionales el modelo paternalista, aun imperante en la práctica, se identifica como una relación terapéutica asimétrica entre profesionales y usuarios basada en la jerarquía, que coincide con lo observado en la visita clínica. Este estilo de atención dominado fundamentalmente por el profesional de salud se evidencia en la entrega de información, que es parcial, dependiente de las características del usuario. Así, los profesionales asumen que ciertos grupos de personas tenderían a comprender menos, y por tanto, no considerar oportuno profundizar en la información a ofrecer.

Adicionalmente, se describe que la participación es profesional-dependiente, identificando a los médicos como aquellos que tienden a compartir y negociar en menor medida que el resto de los profesionales, ofreciendo solo algunas opciones de tratamiento. En la ONP de los encuentros clínicos también se identifica que otros profesionales, como el trabajador social, ofrece un abanico más amplio de opciones, mientras que el médico, en la mayoría de los casos, se limitaba a indicar una única alternativa terapéutica.

Los participantes indican que este modo de desarrollar la atención en salud se mantiene por la falta de formación de los profesionales en modelos centrados en la persona que permiten una interacción bidireccional y simétrica en las decisiones de salud.

Características del usuario que dificultan la implementación de la TDC

Esta categoría concentra la mayor cantidad de unidades de información. Así los profesionales identifican que la actitud pasiva y características culturales del usuario son las principales barreras para un modelo participativo.

Los usuarios tienden a ser pasivos en cuanto a las decisiones relacionadas con su salud, evitando comprometerse y decidir acerca de ella, delegando la resolución del problema al profesional de salud. De acuerdo a lo observado en la visita clínica los usuarios

tienden a reportar si han seguido o no las indicaciones entregadas en encuentros anteriores.

Así mismo, identifican que la multi-morbilidad de los usuarios también restringe la posibilidad de participación, ya que tienen que abordar más tratamientos en una visita clínica acotado. Además, dependiendo de la patología, los profesionales indican que en algunos casos no existen variadas opciones de tratamiento, pues solo se debe seguir un curso de acción que ha demostrado ser efectivo, y por tanto, se tendría que favorecer esta acción por sobre las preferencias del usuario.

Factores del sistema de salud que afectan la implementación de la TDC

La principal barrera se relaciona con la falta de directrices desde el nivel central de salud que permita a los profesionales practicar un cuidado centrado en las personas (CCP). Esto se relaciona con el cumplimiento de metas en salud, llegando a categorizarse como un “buen profesional” en la medida que alcanza cobertura en prestaciones, en desmedro de la forma en que se lleven a cabo. Además, destacan la falta de tiempo en la visita clínica para realizar un proceso participativo, indicando que se requiere al menos 30 minutos, y aumentar dependiendo del motivo de consulta.

La falta de continuidad de la atención también fue considerada como un obstáculo para la TDC. Los profesionales indican que la alta demanda no les permite hacer seguimiento de las decisiones clínicas, lo que se ve también reflejado en la observación de los encuentros clínicos, donde solo en cuatro de ellos se explicita el acuerdo de realizar seguimiento a la decisión tomada.

Facilitadores para la implementación de la TDC

Se pudieron identificar tres factores; profesionales capacitados para establecer relaciones terapéuticas, usuarios preparados para participar activamente y un sistema sanitario que active a los usuarios son identificados como fundamentales para una atención más centrada en la persona y una mayor participación en el proceso de TDC (Tabla 6).

Categoría	Subcategoría	Cita
a. Factores del profesional	Buen trato	P.5 "Ayuda muchísimo en el trato, porque de repente viene por no sé, un absceso en brazo por ejemplo, y si llega y ponte tú que tenga un absceso en el brazo y otro en el glúteo, por decirte algo. Si llega y el profesional que lo recibe le da los buenos días, de repente alguna sonrisa, no estoy diciendo que sea algo obligatorio. Pero si el ser humano en general responde al trato a cómo lo tratan"
	Actitud empática del profesional	P.3 "La conducta que uno tome ayuda. Si ve al médico no como aquel dios sentado que le va a decir si se va a morir o no, es diferente a que vea que alguien es acogedor, que lo entiende, que se empático, que lo salude, que lo mire a los ojos, que no esté viendo el computador todo el tiempo, eso obviamente es una de las herramientas indispensables para que el paciente sea comprometido con su patología"
	Confianza del profesional al usuario	P.4 "Eso le da confianza al paciente. De hecho, cuando tú ves que a un paciente lo cambian de médico, se molesta o se siente, no le gusta. Porque ya está acostumbrado a su médico, sea bueno, sea malo, sea lo que sea, pero a él le gusta, es su médico, se siente atendido"
	Habilidades comunicacionales	P.7 "Las habilidades personales también, algunos tendrán en ciertas áreas, algunos en otras, pero esas habilidades (refiriéndose a actitud empática y mirar la comunicación no verbal), aparte de las que son innatas hay otras que se pueden mejorar con talleres de capacitación, con varias cosas más "
	Ambiente grato	P.7 "Encuentro yo que esta música, además la misma ambientación que la gente escucha en sus casas. La música tiene muchos aspectos en la persona y las emociones y si anda con el rututu y el rap y el rock y todas esas cosas, entonces andan como en otra esfera, no se conectan y esta música es suave, incluso algunos me dicen "voy a roncar, me voy a dormir", porque claro, les baja la tensión, empiezan a sentirse"
b. Factores del usuario	Empoderamiento	P.2 "Yo quería agregar que nosotros igual trabajamos con el modelo de salud familiar que el paciente se empodera de lo que hace."
	Comprometido con su salud	P.1 "Pero un paciente que esté comprometido con participar en el plan de intervención ese es el paciente ideal, no existe otro. Que el paciente venga y esté disponible para conocer de su patología, de lo que él puede hacer para ello y que esté abierto para eso, ese es el paciente ideal. No tiene que tener otra característica más"
	Redes de apoyo del paciente	P.5 "El apoyo familiar, porque si tú ves y yo le pregunto "¿y cómo es en la casa?" y me responde "no en mi casa están todos endulzando, sacamos la sal de la mesa" Etc., entonces claro, tienen el apoyo familiar y eso también es súper importante porque si está solo luchando contra la corriente, es más difícil tomar una decisión".
	Conciencia de enfermedad	P.3 "Pero ahí, más que no esté informada es no hacerse cargo. Poner en otro la responsabilidad de resolver el problema"
	Prepara próxima consulta	P.3 "Sí, y llega con preguntas. A mí me llama la atención porque llega con su lista que la señora le dijo "pregúntale esto", ellos te preguntan. Entonces tú ves que están en otra etapa de su enfermedad"
c. Factores del sistema	Educación	P.5 "La mejor forma de que participen es con educación, cuando digo educación, significa que uno a ellos les tiene que decir la patología que tiene, darle las opciones de tratamiento explicarles lo que ellos tienen que hacer para mejorar, o sea educarlos, significa darles información acerca de la enfermedad y de lo que hay que hacer para eso, yo creo que depende de eso la participación".
	Uso de metodologías educativas	P.6 "Se capacita y de repente nosotras hasta nos autofinanciamos nuestras capacitaciones, para darle una herramienta más importante a ellos (refiriéndose a los usuarios) para que ellos aprendan"
	Internet fuente de información	P.8 "Entonces yo ocupo mucho internet y las páginas de los distintas partes para sacar la información, sobre todo si son de trámites"
	Sustentado en Modelo de Salud Familiar	P.1 "El modelo de salud familiar, como tal, se basa en eso: en la participación activa del paciente, en un diagnóstico integral, global, donde hay que tomar en cuenta todos los aspectos del paciente, su familia, su entorno social, económico, todas las enfermedades que tiene y en ese modelo de salud familiar, como tal en la teoría, está muy bien. La participación en muy buena, se da la participación del paciente. También porque se promueve la atención con un mismo profesional o tratar de mantener este vínculo con un mismo profesional"
	Trabajo interdisciplinario	P.5 "Es bueno conversar los casos, ir viendo cómo se va trabajando con la gente. Yo creo que es lo mejor, es un aporte grande porque no se ve de forma independiente a la persona, sino como un trabajo en equipo"
	Sistema tecnológico	P.4 "Para mí un beneficio, porque puedo ver la historia, puedo buscarla. No tiene todas las herramientas necesarias para hacerlo más rápido, en forma más expedita, pero se puede ver la historia y se puede extender la historia de un paciente. Que antes cuando era por escrito a veces solo ponían diagnóstico y tratamiento y no una evolución o era una letra ilegible, era cada paciente nuevo. En cambio, ahora no, uno puede ver la historia, uno puede ya recibir al paciente sabiendo que patología tiene y ese punto de partida valioso"

Tabla 6: Ejemplos de narrativas reportadas como facilitadores para la práctica de la TDC

Factores del profesional que promueven la implementación de la TDC

Según los participantes, el buen trato es uno de los elementos básicos para iniciar una relación profesional e involucrar a los usuarios en la visita clínica, describiendo la necesidad de crear un ambiente grato, actitud empática, con adecuadas habilidades comunicacionales y confianza. Esto también se recoge en la observación de los encuentros clínicos, donde aquellos profesionales que promueven una mayor participación son quienes demostraron una actitud comprensiva y escucha activa, acogiendo las inquietudes, miedos y preocupaciones de los usuarios.

Factores del usuario que facilitan la implementación de la TDC

Los profesionales relatan que existen características de los usuarios para promover una participación activa, siendo el empoderamiento una de las claves para esto. A ello se suma la conciencia de enfermedad, el compromiso con su salud reflejado en la preparación del próximo encuentro con el profesional de salud y redes de apoyo presentes. Cabe señalar que tras la ONP se pudo apreciar que solo en cinco encuentros los profesionales indagaron sobre las redes de apoyo para la toma de decisión, y solo cuatro usuarios asistieron con un acompañante, quienes fueron fundamentales para aclarar las expectativas relacionadas con la decisión.

Factores del sistema de salud que potencia la implementación de la TDC

Los profesionales identifican que el sistema de salud y sus instituciones deben procurar la formación de usuarios para desarrollar procesos participativos dentro de la consulta clínica. Por ejemplo, sugieren que desde el sistema de salud se ofrezcan herramientas audiovisuales para favorecer la comprensión de información acorde a las características de los usuarios.

Por otro lado, los profesionales reconocen que el principal respaldo para fomentar la participación de los usuarios es mediante el MAIS, el cual fundamenta su actuar en centros de APS potenciando el trabajo interdisciplinario y el uso de registros electrónicos.

Discusión

Este estudio permitió identificar las principales barreras y facilitadores reportados por profesionales de un CESFAM de Santiago de Chile, agrupado en factores de los profesionales, usuarios y sistema de salud.

Los resultados coinciden con otras investigaciones, en las que se identifican más factores que dificultan a los que promueven la práctica de la TDC²⁴, y se asemeja a la realidad de países europeos²⁵. Una de las principales barreras identificadas refiere a la falta de preparación del sistema de salud, que también ha sido identificada en estudios previos²⁶: a nivel internacional la falta de tiempo es el factor más destacado⁸ sin que se haya establecido acuerdos sobre la necesidad de aumentarlos o no¹⁰. Adicionalmente, los profesionales consideran el modelo paternalista, aún presente en la práctica clínica habitual^{7,27}, reportando que este enfoque se perpetúa por la falta de habilidades y estrategias del profesional para fomentar la participación de los usuarios en las decisiones^{23,27}.

La falta de interés o pasividad de los usuarios también fue identificada como otra de las limitaciones para la implementación de la TDC. Esto está en la misma línea de lo que exploró un estudio chileno, donde la participación desde la perspectiva de los usuarios identificó que estos mantienen un rol pasivo en la toma de decisiones²⁷.

Investigaciones internacionales han señalado que estas barreras pueden superarse en cuanto se capacite a los profesionales en torno al modelo TDC²⁹. Esto podría complementarse con el uso de Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones Compartidas (HATD)¹⁰, las cuales generarían una mayor adherencia al modelo. Contar con estrategias que faciliten la participación también es reportado por los participantes de este estudio. En Chile solo se dispone de la “Guía de decisiones personales de Ottawa”³⁰, cuya utilización no ha sido estudiada, y por tanto no se cuenta con evidencia sobre su eficacia.

Dentro de los facilitadores, este estudio identificó la relación terapéutica. Esto coincide con un estudio chileno que consultó a los usuarios de APS su experiencia en la

participación dentro de la consulta clínica, señalando como aspecto clave la actitud de los profesionales, una relación empática y sentirse escuchados^{27,31}. Otros estudios europeos se asemejan con estos resultados e incluyen la escucha activa, el lenguaje no verbal y preparación de la próxima visita^{10,31}. Estos aspectos relacionales ya han sido ampliamente declarados como fundamentales de la atención sanitaria en Chile, reflejando la importancia del CCP como eje de atención^{13,15}; en segundo lugar la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, lo destaca en el objetivo relacionado con Acceso y calidad de atención⁵; y finalmente por la Ley 20.584 llamada ley de “Deberes y derechos del paciente”³² en la que se indica que el profesional debe entregar una atención basada en el trato digno y respetuoso.

Este estudio tiene como principal limitación haber sido desarrollado en solo un CESFAM de Santiago de Chile, por lo que podría no representar la realidad de otros centros de APS. Futuras investigaciones podrían indagar la visión de los profesionales de CESFAM con otras características; aquellos situados en contextos rurales, o con menor número de población usuaria, y de esta forma comprender la actitud y el comportamiento de los profesionales para fomentar la participación de los usuarios.

Este estudio presenta por primera vez la perspectiva de los profesionales de la salud sobre la práctica de la TDC. A pesar que el modelo de salud chileno regula legalmente el fomento de la participación, aún es difícil su implementación en la visita clínica. Entregar herramientas en educación en torno a TDC y estrategias para involucrar al usuario aparecen como medidas necesarias para revertir las limitaciones.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 6 al 12 de septiembre; Alma-Ata, URSS. 1978. p. 1-3.
2. Barr P, Scholl I, Bravo P, Faber M, Elwyn G, McAllister M. Assessment of Patient Empowerment - A Systematic Review of Measures. PLoS ONE. 2015;10(5):1-24.
3. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. s.f.
4. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos en la red de Atención de salud dirigido a Equipos de Salud de la Red de Atención de Salud. Primaria. s.f.
5. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011. Chile. 2010.
6. Bravo P, Contreras A, Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Málaga G. En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013;30:6-11.
7. Charles C, Gafni A, Whelan T. Self-reported use of shared decision-making among breast cancer specialists and perceived barriers and facilitators to implementing this approach. Health Expect. 2004;7.
8. Gravel K, Légaré F, Graham I. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. Implementation Science. 2006;1.
9. Légaré F, Stacey D, Turcotte S, Cossi M, Krywouchko J, Graham I, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. Cochrane Database Syst Rev. 2014(9):Cd006732.
10. Peralta L. La participación del paciente en la toma de decisiones en las consultas de atención primaria: Universidad de Cantabria; 2010.
11. Serrano V, Larrea-Mantilla L, Rodríguez-Gutiérrez R, Spencer-Bonilla G, Málaga G, Hargraves I, et al. Toma de decisiones compartidas en la atención de pacientes con diabetes mellitus: un desafío para Latinoamérica. Revista Médica de Chile. 2017;145:8.
12. Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 2012;27(10):1361-7.
13. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. Revista Médica Chile. 2016;144(5).
14. Bravo P, Martínez M, Villarroel L, Dois A. Participación en la toma de decisiones en salud y satisfacción de los usuarios de atención primaria chilena. Cuadernos Médico Sociales. 2018.
15. Bravo P, Dois A, Cabieses B, Bustamante C, Campos S, Stacey D. Patient-centred care and shared decision

making in Chile: Rising momentum for progress and implementation in clinical practice. 2017.

16. Nicolai J, Moshagen M, Eich W, Bieber C. The OPTION scale for the assessment of shared decision making (SDM): methodological issues. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2012;106(4):264-71.

17. Härter M, Scholl I. Cuestionario sobre la toma de decisiones compartida (SDM-Q.Doc). University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Germany. 2015.

18. Krippendorff K. *Content Analysis An introduction to its Methodology.* 2nd Ed. California: Sage Publications; 2004.

19. Berelson B. *Content Analysis.* In: Lindzey, editor. *Handbook of social psychology.* 1. New York. 1967.

20. Díaz C, Navarro P. *Análisis de contenido. Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.* segunda ed. Madrid: Editorial Sintesis S.A.; 1998.

21. Fernández F. *El análisis de contenido como ayuda metodológica para la investigación.* *Revista de Ciencias Sociales.* 2002;2(96):10.

22. Guba E, Lincoln Y. *Establishing trustworthiness.* Burgués ByRG, editor. London: Sage Publications; 1999. 54 p.

23. Ezekiel E. *¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos.* 1999.

24. Gulbrandsen P. What's in shared decision-making for the physician? *Patient Education and Counseling.* 2014;97:145-6.

25. Coulter M, Moumjid-Ferdjaoui N, Perestelo-Perez L. European Experience with Shared Decision Making. *The International Journal of Person Centered Medicine.* 2015;5(1):5.

26. Scholl I, La Russa A, Hahlweg P, Kobrin S, Elwyn G. Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Scholl et al. Implementation Science.* 2018;13(40):1-22.

27. Bravo P, Dois A, Contreras A, Soto G, Mora I. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. *PanAmerican Journal of Public Health.* 2018;42(133).

28. Dois A, Bravo P, Contreras A, Soto M. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. *Panamerican Journal of Public Health.* 2018;42.

29. Perestelo-Perez L, Rivero-Santana A, Alvarez-Perez Y, Alonso-Coello P, Orrego C, Serrano-Aguilar P. Shared decision making in Spain: Supportive policies and research initiatives, trends and directions for future. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2017;123-124:85-90.

30. O'Connor A, Jacobsen M. *Guía de Apoyo Decisional de Ottawa.* 2013.

31. Bensing J, Deveugele M, Moretti F, Fletcher I, Van Vliet L, Van Bogaert M, et al. How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands. *Patient Educ Couns.* 2011;84(3):287-93.

32. Gobierno de Chile, Ley no. 20.584, Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud (2012).