

Percepción de barreras y facilitadores de los profesionales de salud para promover la participación en centros de salud familiar

Hernández Leal, María José ¹
Bravo Valenzuela, Paulina²

¹ Pontificia Universidad Católica de Chile/Unidad de Farmacología y Toxicología,
Facultad de Medicina, Santiago, Chile. mjhernandez@uc.cl

² Pontificia Universidad Católica de Chile/ Departamento de Salud de la Mujer,
Escuela de Enfermería, Santiago, Chile. pbbravo@uc.cl

RESUMEN

Introducción La prevalencia de enfermedades crónicas ha generado un cambio en la forma de relación médico-paciente, pasando del modelo paternalista al participativo, donde se promueve la Toma de Decisiones Compartidas (TDC)^{1,2}. En Chile, aun no se ha establecido la manera de operacionalizarla³. **Objetivo** Analizar la percepción de facilitadores y barreras para la implementación de TDC de los profesionales en Centros de Salud Familiar (CESFAM) de Santiago-Chile. **Metodología** Muestra por conveniencia de profesionales de salud con dos años de experiencia en CESFAM. La extracción de datos fue a través de grupo focal, observación no participante y entrevistas semiestructuradas; usando la Teoría Fundamentada para el método de análisis⁴. El rigor metodológico se aseguró con los criterios de Guba y Lincoln⁵. **Resultados** 1 grupo focal, tres entrevistas y 16 observaciones con 9 profesionales de salud. Los participantes fueron mayoritariamente mujeres (n=6), edad promedio 41,9 años (± 10); 13,5 ($\pm 8,5$) años trabajando en CESFAM, y atendiendo 77,25 ($\pm 46,6$) pacientes por semana. Los profesionales reportan mayor percepción de barreras que facilitadores, de causa multifactorial. Las barreras abarcan desde políticas públicas hasta las características de los pacientes (por ejemplo ser inmigrante) que dificulta su involucramiento. La barrera más común fue la falta de tiempo durante la atención. **Conclusión** Las barreras descritas por los participantes suponen importantes dificultades para implementar la TDC. Promover la participación de las personas es un imperativo ético y está reconocido por la legislación chilena. Existe una necesidad de capacitación y desmitificación como principal estrategia para vencerlas y relevar el rol protagónico de los pacientes.

PALABRAS CLAVES

Toma de Decisiones; Relaciones Profesional-Paciente; Atención Primaria de Salud; Participación del Paciente.

ABSTRACT

Introduction Chronic disease prevalence has led to a shift in the physician-patient relationship, going from the paternalistic model to the participative model, which promotes the Shared Decision-Making (SDM/TDC)^{1,2}. In Chile, its operationalisation³ has not been established yet. **Objective** To analyse the perception of facilitators and barriers for the implementation of TDC of professionals in Santiago-Chile Family Health Centres (CESFAM). **Methodology** Convenience sample of health professionals with 2 years of experience in CESFAM. Data was extracted by means of focus group, non-participating observation and semi-structured interviews, by using the Grounded Theory for the analysis method⁴. **Methodological** our was fulfilled under Guba and Lincoln's criteria⁵. Results 1 focus group, 3 interviews and 16 observations with 9 health professionals. Participants were mainly women (n=6), with an average age of 41,9 years (± 10); 13,5 ($\pm 8,5$) years working in CESFAM, and serving 77,25 ($\pm 46,6$) patients per week. Professionals show a greater perception of barriers than facilitators with multifactorial causes. Barriers takes into account from public policies to patient characteristics (for instances, an immigrant patient) that hinder its involvement. The most common barrier was the lack of time during the medical attention. **Conclusion** The described barriers by participants imply significant difficulties to implement the TDC. Promoting people participation is an ethical imperative, recognised by Chilean legislation. There is a need of training and demystification as main strategy to overcome these difficulties and relieve patients' key role.

KEY WORDS

Decision-making; Physician-Patient relationships; Primary Health Care; Patient Participation.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sara Mendoza, Viviana Jofré SV. La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de ottawa. *Investig en Educ Enferm* [Internet]. 2006 [cited 2017 May 11];XXIV(1):86–92. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a09.pdf>
2. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. 2006 [cited 2017 Apr 16]; Available from: <http://www.implementationscience.com/content/1/1/16>
3. Modelo de Atención integral con enfoque Familiar y Comunitario en establecimientos de la red de Atención de Salud Dirigido a Equipos de Salud de la Red de Atención de Salud. [cited 2017 Apr 18]; Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
4. Strauss A, Corbin J. Basic Considerations. In: Labella P, Piernot R, Viriding A, Zeman P, Candice LJH, editors. *Basics of Qualitative Research Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. Estados Unidos: SAGE Publications; 1998. p. 1–54.
5. Streubert HJ & Carpenter DR. *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Nursing Research. 5th edn. Lippincott Williams, Wilkins, editors. US, Philadelphia; 2011. 501 p.