

La necesidad de la humanización de los cuidados de la salud

Estudio multicéntrico con cuestionarios acerca de la preferencia de los cuidados centrados en la persona en América del Sur



Fernando Enrique Coppolillo
(coordinador)

fcoppolillo@isalud.edu.a

Medico (UBA)
Especialista en Medicina Familiar y
General (UBA)

Departamento de Medicina Familiar. Facultad de
Medicina (UBA)

Miembro de CETSA (Universidad ISALUD)

Equipo de trabajo

Ciuffolini, Beatriz, Didoni Marisa, Jure Humberto y
Buffa Gabriela del Departamento de Medicina Familiar
(UNC) Córdoba, Argentina

Herlax Gabriela y Gimenez Lascano Gustavo del Grupo
de Práctica de Medicina Familiar Coop Ltda, Buenos
Aires, Argentina

Suarez Miguel Angel, Vea González María Luisa y
Quispe Loyda, Meave Gladis de la Sociedad Boliviana de
Medicina Familiar, La Paz, Bolivia

Rivas Tornese Maria, Alejandra Santillán Valeria,
Antacle Alberto, Cacace Patricio, Villagra Roberto y
Zambrana Eliana de la Obra Social del Personal de la
Construcción de la Republica Argentina

Una versión resumida de este artículo fue publicada en la
revista Archivos de medicina familiar y general. Volumen 3, n°1,
noviembre de 2016.

1. Introducción

Los cuidados centrados en la persona (CCP) son un modelo de atención clínica que refuerza la relación y la comunicación del profesional de la salud con el paciente, procura una atención integral de la persona humana y promueve las decisiones compartidas.

El término “medicina centrada en el paciente” fue acuñado por Michael Balint en Inglaterra en la década de 1950, para diferenciar un modelo de atención que incluía los aspectos subjetivos de la práctica médica de la perspectiva dominante de la medicina, que denominó centrada en la enfermedad. La extensa investigación en este campo de Moira Stewart y su equipo de colaboradores en el Centro de Estudios de Medicina Familiar de la Universidad de Western Ontario, Canadá (M Stewart, 2008) ha permitido una mejor comprensión de este enfoque, el desarrollo de un método clínico, así como sus efectos en los resultados y en la calidad de la atención médica.

Como marco conceptual de CCP se puede tomar un modelo que toma en cuenta cuatro dimensiones (definidas por métodos cualitativos y cuantitativos):

- a. el enfoque biopsicosocial en la atención que integra los aspectos biológicos del proceso salud enfermedad con los aspectos emocionales, familiares y sociales del paciente
- b. la alianza terapéutica que se define como el encaje y la colaboración entre médicos y pacientes, que comprende: el vínculo positivo (empatía, autenticidad y consideración incondicional positiva) y el establecimiento de acuerdos en las tareas y en los objetivos
- c. el paciente como persona que implica brindar una atención respetuosa, promover la autonomía y considerar la enferme-

dad y el padecimiento (dimensión humana de la enfermedad compuesta por su impacto emocional, familiar y social)

- d. el médico como persona que requiere sumar a las destrezas clínicas (dimensión profesional) la autenticidad, la compasión y el autoconocimiento. Las cuatro dimensiones descriptas presentan aspectos superpuestos pero pueden caracterizarse conceptualmente para una mejor definición del modelo. (gráfico 1)

Un trabajo de Paul Little (2001) estudió en el Reino Unido las dimensiones del CCP en una población atendida por médicos

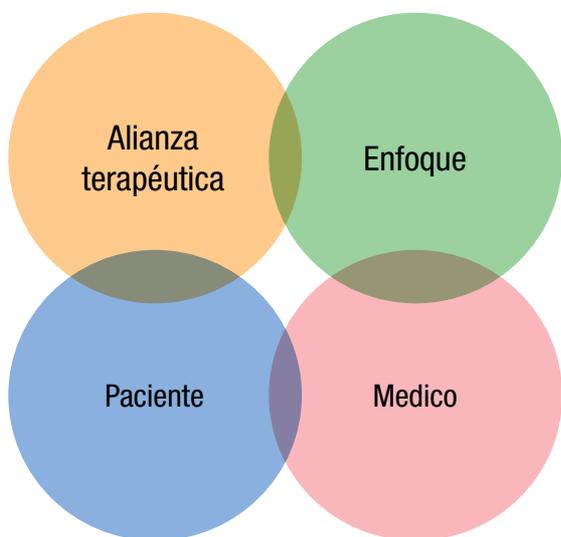
de familia y definió tres factores que explicaban el modelo (comunicación, compañerismo y promoción de la salud); encontró además un alto nivel de preferencia para estas dimensiones. En la extensa investigación la sensación de mal estado físico, las consultas frecuentes al médico, la edad menor a 60 años, y la desocupación se asociaron en forma significativa con la preferencia del modelo.

El CCP ha sido definido como una de las propuestas de valor de la atención de la salud, sin embargo es difícil extrapolar las expectativas de otras sociedades a nuestra población y determinar si todos los componentes definidos empíricamente de ajustan a sus preferencias. Elaboramos una pregunta ¿En nuestra comunidad las personas prefieren este modelo de atención?

De esta manera, el presente trabajo intenta determinar el nivel de preferencias de los cuidados centrados en la persona, en una muestra extensa de dos países con un cuestionario validado; determinar diferencias del nivel de preferencias según grupos de edad, subsistema de salud, estado de salud y utilización de servicios médico asistenciales

Gráfico 1

Dimensiones de los Cuidados Centrados en la Persona



Fuente: Elaboración propia

2. Métodos

Se utilizó el cuestionario ECP1®, cuestionario validado en investigaciones anteriores por los mismos autores (Coppolillo F, Labory L, Martín P, Giménez Lascano, 2008). El cuestionario ECP1® es un cuestionario estructurado de autoadministración, con escalas tipo Lickert, que evalúa a través de diez ítems dos dimensiones del ECP: el paciente como persona y la alianza terapéutica

El presente artículo se basa en un proyecto de investigación que tomó una muestra de siete centros de salud de diferentes

Tabla 1
Distribución de respuestas. N y porcentajes

El nivel de preferencia es...	Muy bajo	Bajo	Moderado	Alto	Muy alto
Factor 1: el paciente como persona (alpha 0.84)					
Que el médico pueda ponerse en mi lugar	17 (2,01)	56 (6,64)	367 (43,48)	250 (29,62)	154 (18,25)
Que se interese por mis miedos y preocupaciones	14 (1,66)	44 (5,21)	279 (33,06)	326 (38,63)	181 (21,45)
Que se interese por mis circunstancias de vida (familia, trabajo)	39 (4,62)	105 (12,44)	335 (39,69)	247 (29,27)	118 (13,98)
Que tengamos una relación de confianza	16 (1,90)	41 (4,87)	283 (33,61)	305 (36,22)	197 (23,40)
Que sea amable y comprensivo	6 (0,71)	14 (1,66)	219 (29,25)	335 (39,69)	270 (31,99)
Factor 2: la alianza terapéutica (alpha 0.74)					
Que el médico se ocupe de mi cuerpo y de mi persona	11 (1,30)	14 (1,66)	304 (36,02)	316 (37,44)	199 (23,58)
Que me explique con claridad todas las alternativas...	11 (1,30)	28 (3,32)	165 (19,55)	336 (39,81)	304 (36,02)
Que me permita decidir acerca de las alternativas	14 (1,66)	48 (5,59)	303 (35,90)	307 (36,37)	172 (20,38)
Que se comprometa con el manejo de mi problema	7 (0,83)	33 (3,91)	198 (23,46)	375 (44,43)	231 (27,37)
Que conozca sus limitaciones y trabaje en equipo	13 (1,54)	39 (4,62)	223 (29,42)	336 (39,81)	233 (27,61)

Fuente: Elaboración propia

localidades de Argentina y de Bolivia. La selección de los pacientes en dichos centros se realizó por conveniencia, en sala de espera, donde realizaron el cuestionario auto administrado en forma supervisada.

Para el análisis de los resultados, en primer término se realizó un análisis de la distribución de las respuestas del cuestionario, señalando el n y % de personas que señalaron la preferencia de un ítem en particular; luego se determinó el porcentaje de PCCP a través de un score 100, donde el 100% está representado por la máximo nivel de preferencia. Para la comparación del porcentaje PCCP de acuerdo a cada grupo se utilizó el rank-sum test, asumiendo la distribución no normal de esta variable. Los grupos considerados fueron los siguientes: pacientes mayores de 60 años de edad, género, percepción de estado de mal o regular estado salud, servicios por seguridad social (obra social o caja),

si posee un médico personal, si realiza 4 o más consultas al año, y si consume medicamentos en forma crónica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Stata 8.0®

3. Resultados

Habiéndose analizado 844 cuestionarios, los ítems que presentaron una preferencia alta o muy alta fueron: “que el médico sea amable y comprensivo” (n=605, 71,5%), que el médico me explique con claridad las alternativas para el manejo de mi problema (n =604, 75,7%) que se comprometa con el manejo de mi problema (n=606, 71,7%) y que conozca sus limitaciones y trabaje en equipo (n=569, 67,4%).

Se observó un porcentaje de **preferencia de cuidados centrados en la persona (PCCP)** de 70%. Se observaron mayor

Tabla 2
Preferencias por el ECP, según subgrupos, en porcentaje

	% Prefencia ecp	intervalo confianza	p
Género (n)			
Femenino (556)	69,59	68,28 / 70,91	0,50
Masculino (288)	68,84	67,10 / 70,58	
Edad (n)			
menores de 60 (733)	69,02	67,88 / 70,16	0,16
60 años o mas (111)	71,44	68,83 / 74,05	
Obra Social o Caja (n)			
si (685)	68,98	67,82 / 70,14	0,16
no (159)	70,89	68,41 / 73,30	
País			
Bolivia (241)	63,91	61,95 / 65,86	0,00
Argentina (603)	71,51	70,30 / 72,71	
4 o más consultas año (n)			
Sí (336)	70,70	69,01 / 72,39	0,03
No (508)	68,43	67,10 / 69,77	
Posee un médico personal (n)			
Si (434)	70,99	69,57 / 72,40	0,00
No (410)	67,59	66,05 / 69,14	
salud percibida buena muy buena excelente			
si (572)	70,16	68,92 / 71,41	0,03
no (272)	67,61	65,67 / 69,54	
Polimedicado			
si (296)	70,92	69,15 / 72,68	0,03
no (572)	68,48	67,18 / 69,79	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 1
Distribución de respuestas. N y porcentajes

puntaje preferencia total (n)	n	media	sd
Centros de Salud, La Paz Bolivia	241	63,91	15.39
CSF Lujan, Buenos Aires, Argentina	149	70,92	14,59
Hospital Clinicas Cordoba Capital, Argentina	108	79,86	11,53
Hospital Cordoba Capital, Argentina	52	72,01	12,38
Cemap Tucuman, Argentina	197	69,35	16,39
Cemap San Miguel, Buenos Aires Argentina	50	61.02	13,22
Cemap Ciudad Autonoma Buenos Aires, Argentina	47	73,82	13,01

Fuente: Elaboración propia

porcentaje de pccp en pacientes de Argentina, que consultan 4 o más veces al año, que percibe su salud como muy buena, si poseen un médico personal y si están polimedicados (diferencias estadísticamente significativas).

El PCCP demostró diferencias en los centros que se incluyeron en la investigación siendo el de mayor PCCP el del Hospital de Clínicas de la Ciudad de Córdoba, y el de menor preferencia el de la localidad de San Miguel de la provincia de Buenos Aires,

4. Conclusiones

Los cuidados centrados en la persona demostraron tener una importante preferencia en los siete centros de salud evaluados en los dos países de América del Sur. Esto tiene implicancias en el desarrollo de competencias profesionales, el desarrollo de habilidades comunicaciones y entrenamiento e destrezas en la relación médico-paciente-familia y con otros profesionales. De acuerdo a lo que se encontró en este estudio las personas no desean encontrarse con un profesional omnipotente, sino con uno cercano humanamente y que trabaje en equipo.

Los hallazgos permitirían reforzar la importancia de abrir en nuestro medio un campo de investigación en este paradigma de la atención médica: diferentes líneas de investigación defi-

nieron su importancia términos de preferencias, satisfacción y resultados clínicos en EEUU, Canadá y el Reino Unido, pero carecíamos de mediciones validadas acerca de las expectativas en nuestra comunidad.

La construcción de conocimiento en el CCP nos permitirá concebir una medicina más humana: derribar los muros que separan los universos entre quienes poseen un saber científico y quienes no lo poseen. El modelo CCP nos permite generar puentes que permitan que los significantes compartidos socialmente circulen de un lado a otro y puedan a su vez ser llevados a la práctica y no solo teorizados. Esto constituye un desafío de cambio dentro de la formación de recursos humanos en servicios de salud.

Pero el estudio de los fenómenos que se establecen en la relación del profesional de la salud con el paciente pueden cobrar relevancia si nuestras comunidades logran poner en discusión y debatir entre dos paradigmas: una medicina positivista que excluye en sus postulados y metodologías la integralidad del hombre (tanto de pacientes como de médicos) y una medicina antropológica, más humana, que integra la ciencia y la tecnología en el marco de una relación de ayuda entre personas, al decir de Florencio Escardó "la medicina de la persona".

Bibliografía

- Coppolillo F, Andina L, Cacace P, Giménez Lascano G. El fenómeno de la alianza terapéutica: Investigación cualitativa. I CONGRESO CIMF-WONCA. 2006
- Corbella S, Botella L. La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*. 19,2:205-221.
- Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2004. Oxford: Update Software
- Little PS, Everitt H, Warner G, Moore M, Gould Clare, Ferrier Kate et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001; 322:1-7.
- Maglio F. Etica Frente al paciente crítico. *Alcmeon* 1996:17. http://www.alcmeon.com.ar/5/17/a17_05.htm
- McWhinney Ian. *Medicina de Familia*. Barcelona. Mosby/Doyma, 1994
- Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine* 2000; 51: 1087-1110
- Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Patient Education and Counseling*. 2002; 48:51-62.
- Stewart M, Brown JB, et al. *Patient-Centered Medicine Transforming the clinical method*. 2nd edition. Radcliffe. Oxford. 2003