

# Participación en la toma de decisiones en salud y satisfacción de los usuarios de atención primaria chilena

Participation in health decision-making and satisfaction of Chilean primary care users

Paulina Bravo <sup>1</sup>  
María Paz Martínez <sup>2</sup>  
Luis Villarroel <sup>3</sup>  
Angelina Doís <sup>4</sup>

## RESUMEN

---

A nivel mundial existe un interés progresivo por involucrar activamente a las personas en salud. Chile ha potenciado este concepto, promoviendo la participación comunitaria de las personas en salud, y destacando la importancia de mantenerlos como agentes activos durante el proceso de toma de decisiones clínicas. A pesar de ello, no existen reportes del nivel de involucramiento en los encuentros clínicos, ni su relación con la satisfacción con la atención recibida.

**Objetivo:** determinar el nivel de participación en la toma de decisiones experimentada por los usuarios de centros de salud familiar (CESFAM) en el nivel primario de atención chileno y su relación con la satisfacción usuaria.

**Métodos:** Estudio transversal e individual. Se reclutaron 24 CESFAM a lo largo del país. Los participantes (n=2223) completaron el instrumento CollaboRATE-Chile y una escala de satisfacción luego de la consulta de salud. Para el análisis se usó test chi-cuadrado.

**Resultados:** La experiencia de participación fue alta para la mayoría de los participantes y solo se vio afectada cuando tenían una mala percepción de su salud ( $p < 0,001$ ). Adicionalmente, se encontró que a menor participación del usuario existía mayor insatisfacción con el profesional ( $p < 0,001$ ). Conclusión: Los usuarios de APS experimentan una alta participación en las decisiones clínicas, lo que impacta en su satisfacción. Futuras investigaciones deben explorar este fenómeno desde metodologías que permitan identificar los aspectos relacionales de la participación y proponer intervenciones que preparen a los profesionales y usuarios para un encuentro terapéutico participativo.

**Palabras claves:** Participación del paciente, Toma de decisiones, Atención Primaria de Salud

---

Recibido el 13 de julio de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

1 Enfermera, PhD, Profesor Asociado, Departamento Salud de la Mujer, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia a: pbbravo@uc.cl

2 Trabajadora Social, Magíster en Psicología Social, Investigadora, Proyecto FONDECYT 11150221, Pontificia Universidad Católica de Chile.

3 Estadístico, Doctor en Estadística, Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

4 Enfermera-matrona, Magíster en Psicología de la Salud, Profesor Asociado, Departamento de Salud del Adulto, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Fuente de apoyo financiero: CONICYT: Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), Proyecto FONDECYT Iniciación en Investigación 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.

## ABSTRACT

---

Worldwide there is an increasing interest for actively involving patients in healthcare. Particularly in Chile, there are strategies to promote community participation, moving towards the medical decision-making process. However, little is known about how much participation is occurring in the clinical encounters nor how this is linked to patients' satisfaction with healthcare.

**Objective:** to determine the level of patients' experienced participation in medical decision-making in Chilean primary care centers (PCC) and its relationship with users' satisfaction. **Methods:** A cross-sectional, individual study was conducted. We recruited 24 PCC across the country. Participants (n=2223) were asked to complete a self-reported questionnaire (CollaboRATE-Chile and Satisfaction scale) after the clinical encounter. For bivariate analysis we used Chi-squared test.

**Results:** Patients reported high levels of participation in the decision-making process, and this was only affected if they had poor health perception ( $p < 0,001$ ). Low levels of participation were significantly associated with low satisfaction ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion:** PCC users experienced great involvement in the medical decision-making process, and this could impact their satisfaction with healthcare. Future research should deeply explore this phenomenon by using methodologies that can identify the interpersonal relationship component of participation and propose interventions to train both health professionals and patients for a participatory therapeutic encounter.

**Keywords:** *Patient participation, Decision Making, Primary Health Care*

## INTRODUCCIÓN

---

El cuidado centrado en la persona (CCP) considera que el paciente (persona o usuario en este artículo) es corresponsable de su cuidado, en colaboración con el equipo de salud (1). La Atención Primaria de Salud (APS) chilena establece como uno de sus principios irrenunciables el CCP (2). El principio de centralidad implica considerar en la atención las necesidades de las personas y sus familias desde su forma particular de definir las y priorizarlas, estableciendo un modelo de relación entre el equipo de salud, las personas (sus familias) y la comunidad, basado en el cuidado compartido (3). Esto se ve respaldado en la legislación sanitaria vigente, que reconoce el derecho de las personas a

tomar un rol activo en el cuidado de su salud (4). Uno de los elementos fundamentales para lograr este involucramiento es, de acuerdo a la normativa nacional, que las personas reciban información adecuada, que les permita participar de manera activa e informada en la toma de decisiones relativas a su cuidado. No obstante, la mera entrega de información no es garante de un rol activo en salud. Se requiere un nuevo enfoque relacional, que visibilice y cuestione el juego de poderes en la atención clínica, para distribuirlo de manera equitativa entre profesional y usuario (5).

A nivel internacional, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) ha identificado al CCP como una de las dimensiones claves de calidad de la atención, destacando la necesidad de un cambio fundamental en el sistema sanitario para la implementación del CCP (6). Adicionalmente, la Declaración de Salzburgo (7) para el CCP introduce el mundialmente conocido lema de movimientos de derechos de personas con discapacidad "nothing about me without me" o "nada acerca de mí, sin mí", relevando la importancia de mantener activamente involucrados a las personas en el proceso de cuidado. Esta Declaración definiendo calidad de la atención en cuanto se entreguen servicios sensibles a las necesidades de las personas, en el modo y momento que lo requieran.

Una de las maneras de llevar a cabo esta centralidad en el cuidado en la práctica clínica es la toma de decisiones compartidas (TDC) en salud. La TDC es un enfoque desde el cual el profesional de la salud debe compartir la mejor evidencia disponible, promoviendo que el usuario identifique aquellos aspectos que le son más valiosos y sus preferencias en relación a una decisión de salud. (8). La TDC es una de las estrategias más reconocidas para promover la participación individual de las personas en el cuidado de su salud (9). Diversas investigaciones han reportado los múltiples beneficios asociados a la TDC, como mejoras en los resultados clínicos, optimización de los recursos, aumento de la satisfacción usuaria y reducción de las brechas en salud (10, 11). Aun cuando en Chile existe voluntad política para promover la participación de los usuarios en salud, esta se ha centrado principalmente en procesos comunitarios, y no existen reportes de cómo se manifiesta este involucramiento en el encuentro clínico (1).

El objetivo de este artículo es determinar el nivel de participación en la toma de decisiones de salud experimentada y su relación con la satisfacción reportada por usuarios de APS en Chile.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, individual, transversal a nivel nacional. Se invitaron a participar a Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las zonas norte, centro y sur del país entre enero y julio del 2017. Los usuarios participantes se seleccionaron a través de muestreo intencionado del universo conformado por el total de usuarios que accedieron al CESFAM el día de recolección de la información y que cumplieran con los criterios de inclusión: ser mayor de 18 años y haber recibido atención de salud en el CESFAM durante el día. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (número: 15-310). Todos firmaron un documento de consentimiento informado.

### Recolección de la información

Se solicitó a los participantes que completaran un cuestionario para recoger información bio-socio-demográfica. El nivel de participación en la toma de decisiones en salud experimentada fue medida a través del instrumento CollaboRATE-Chile. Este instrumento fue validado y adaptado a la realidad nacional por el equipo de investigación en un proyecto previo (12). Este es un instrumento breve de solo 3 preguntas auto-aplicadas que mide el nivel de participación de las personas en las decisiones clínicas, en una escala de 1 a 7. Una alta participación se considera con promedio mayor o igual a 6, mientras que una baja participación corresponde a menor que 4. Para poder realizar esta medición, se les preguntó a los participantes que clasificaran el tipo de decisión efectuada durante la consulta de salud. Utilizando instrumentos desarrollados por equipos nacionales, se midió la satisfacción con el profesional que lo atendió. Se utilizaron cuatro preguntas respondidas en una escala de Likert de 6 puntos. Puntajes igual o mayor a 4 se consideraron satisfechos con el profesional (13).

### Análisis de la información

Las variables categóricas se presentan como número de casos y porcentajes y las variables numéricas se presentan con promedio  $\pm$  desviación estándar. Para la comparación de porcentajes se usó el test chi-cuadrado de Pearson. Se consideró significativo valores  $p$  inferiores o iguales a 0.05. El análisis se realizó utilizando el programa estadístico Stata 14.

## RESULTADOS

### Participantes

Se invitaron a participar a usuarios de 24 CESFAM desde la Región de Atacama hasta Magallanes. Un total de 2223 usuarios fueron reclutados, de ellos el 78,8% fueron mujeres. La edad promedio fue de 50,9 años ( $\pm 18,1$ ). La Tabla 1 resume las principales características de este grupo.

### Nivel de participación experimentada por los usuarios

El promedio de CollaboRATE-Chile obtenido en este estudio fue de 6,4 ( $\pm 1,06$ ), lo que indica un alto nivel de participación en la toma de decisiones, con un 84,3% con puntajes iguales o mayores a 6. En relación a las características sociodemográficas, solo se encontraron diferencias significativas por sexo, siendo los hombres quienes reportaron menor participación ( $p < 0,001$ ). Cabe destacar que las personas con una percepción mala de su salud reportan significativamente menor participación en la toma de decisiones ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 1). No obstante, la frecuencia con que asisten al centro de salud no se asocia con niveles de participación en la decisión ( $p > 0,05$ ).

### Satisfacción con la atención recibida

Los participantes reportaron una alta satisfacción con el profesional, con un puntaje promedio de 5,35 ( $\pm 1$ ) y un 90,7% con puntajes iguales o mayores a 4.

### Relación entre participación en la toma de decisiones y satisfacción con el profesional

En relación a los puntajes obtenidos con el instrumento CollaboRATE-Chile, se identifica un gradiente de menor satisfacción mientras menor sea la participación reportada. Así, el 86,5% de aquellos con baja participación (puntaje menor a 4) están insatisfechos, en comparación con el 1,8% de los que obtuvieron puntajes mayores o iguales a 6 ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 2).

## DISCUSIÓN

Este artículo determinó el nivel de participación en la toma de decisiones en salud y su relación con la satisfacción reportada por usuarios de CESFAM en Chile. La participación experimentada por los usuarios fue mayoritariamente alta, y solo se vio afectada de manera negativa cuando las personas tenían una mala percepción de su estado

de salud. Asimismo, niveles de participación bajos se relacionaron con una menor satisfacción con la atención recibida del profesional de salud.

De acuerdo a lo revisado en la literatura, esta es una de las pocas estimaciones de prevalencia de la participación en población general usuaria de APS. La mayoría de los estudios reportan participación experimentada en un grupo particular y frente a decisiones específicas, que son apoyadas por herramientas que promueven el diálogo entre profesionales y pacientes (14). No obstante, el único estudio encontrado que reporta la relación entre participación y satisfacción en APS concuerda con los hallazgos presentados en este artículo, en cuanto existe una relación directamente proporcional entre ambos constructos (15). Así, altos niveles de participación predicen mayor satisfacción con la atención en salud.

Es interesante que la mayoría de los participantes de este estudio reportaron altos niveles de involucramiento en la toma de decisiones clínicas. Frente a ello, vale la pena discutir el entramado conceptual y epistemológico detrás de este fenómeno. En este sentido, es necesario entender la participación como un constructo polisémico y complejo, lo que conlleva el tener que esclarecer qué se entiende por participación, para posicionarnos y poder hacer interpretaciones respecto a cómo ésta es experimentada y finalmente reportada por los usuarios. Una investigación que exploró el cuidado centrado en la persona desde la perspectiva de los usuarios, indicó que las personas todavía reconocen carencias relacionales y del buen trato (como ser llamados por su nombre o tener contacto visual durante el encuentro clínico) (2), por lo que las oportunidades de participación se verían seriamente limitadas en situaciones donde el desbalance de poder entre las partes se perpetúa (16).

Entendiendo que en Chile aún son escasos los antecedentes de promoción de participación a nivel individual en la consulta de salud, pues ésta sólo se limita a experiencias locales, de investigación y directrices ministeriales (1), parece necesario ampliar el espectro hacia la participación comunitaria en salud. Siguiendo la caracterización realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (17), existen grados de participación comunitaria en salud, yendo desde niveles más básicos hasta más complejos de involucramiento como sigue: 1) Utilización de los servicios e instalaciones; 2) Cooperación con las iniciativas planificadas por un organismo externo; y 3) Participación en las actividades de planificación y

administración.

La naturaleza mixta del sistema de salud chileno que combina tanto el sector público como el privado ha convertido el acceso a la salud en un lujo, manteniendo las inequidades entre grupos de mayor y menor ingreso, y también agudizando las brechas para las personas más desaventajadas, en cuanto el acceso a una atención de salud se convierte en un resultado positivo, independiente de la calidad de este (2, 18). A la luz de los resultados de este estudio, podríamos ubicar la participación de usuarios de servicios de APS en el estadio inicial de participación según la OPS, ya que las personas podrían estar percibiendo el mero acceso a servicios e instalaciones como participación activa. Sin embargo, cuando la percepción de salud es negativa, identifican menos oportunidades de participación, lo que podría relacionarse a la necesidad de recibir más información, conocer sus alternativas terapéuticas y finalmente, decidir en conjunto con el profesional (8).

Ante estos hallazgos se debe recordar que el instrumento de recolección de información de este estudio fue aplicado a posteriori de haber recibido atención en salud, lo cual puede condicionar la percepción subjetiva de satisfacción y participación. En este sentido, de acuerdo a lo planteado por Bang (19), es importante reconocer la dimensión subjetiva de los procesos participativos. Siguiendo esta línea, aun cuando el instrumento utilizado esté adaptado lingüística y culturalmente y validado para la realidad nacional, se necesitan estudios que recojan esta subjetividad, a través por ejemplo de observaciones de encuentros clínicos, para identificar las oportunidades de participación, la relación terapéutica y la promoción explícita de involucramiento, sobretodo en un contexto como el chileno que aún transita desde un modelo de atención biomédico hacia un enfoque democrático, participativo e integral (3). Esto porque la participación activa de las personas en las decisiones clínicas, solo puede darse en un contexto relacional que habilite e intencione el rol activo de las personas y que se centre en ellas como eje principal del cuidado (16, 20). Se ha reportado que la atención médica de Chile necesita en el corto plazo la formación permanente del equipo de salud en relaciones humanas efectivas (21), lo que debe incluir los componentes de participación. La TDC requiere de profesionales de salud preparados para comunicarse de manera empática y efectiva con los usuarios, gatillando con ello que las personas sean capaces de reconocer lo que es más importante para ellos en relación a la

decisión terapéutica (22). Asimismo, los usuarios deben contar con instancias de preparación para los encuentros clínicos que les permita desarrollar habilidades de autocuidado y de empoderamiento en relación a su salud, para con ello participar activamente en la toma de decisiones clínicas (5, 23).

## CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Los usuarios de CESFAM de Chile reportan un alto nivel de participación en las decisiones de salud, lo que se relaciona de manera directa con altos niveles de satisfacción con la atención recibida. Es importante recoger la complejidad de la experiencia de participación en un contexto sanitario marcado aún por verticalidad en la atención, donde todavía están por resolverse carencias relacionales y del trato percibido por los usuarios. Futuras investigaciones podrían recoger esta necesidad, y explorar a través de otros enfoques metodológicos como los cualitativos, la realidad de los encuentros clínicos y con ello proponer estrategias de preparación tanto de los profesionales como de los usuarios para el establecimiento de una alianza terapéutica que permita y potencie la TDC. Adicionalmente, es necesario que estas investigaciones sean transferibles y estén en coherencia con los actores políticos para con ello facilitar que este enfoque terapéutico esté disponible en los diversos contextos sanitarios del país y con ello apuntar hacia la reducción de brechas relacionadas con el acceso a la información y participación de los usuarios en su proceso de salud-enfermedad.

## REFERENCIAS:

1. 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. *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen*. 2017;123-124:28-31.
2. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solis C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios; 2016.
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Chile; 2013.
4. 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.
5. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient education and counseling*. 2014; 94(3):291-309.
6. Davis K, Schoenbaum SC, Audet A-M. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(10):953-7.
7. Salzbug S. Through the Patient's Eyes: Collaboration between Patients and Health Care Professionals  
Session 356 Salzburgo [Internet] 1998 [citado en Junio 2018]. Disponible en: <https://www.salzburgglobal.org/multi-year-series/general/pageId/session-356.html>.
8. Elwyn G, Tilburt L, Montori V. The ethical imperative for shared decision-making. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2013; 1(1):129-31.
9. Mio F, Q. TJ. Disentangling patient and public involvement in healthcare decisions: why the difference matters. *Sociology of Health & Illness*. 2017; 39(1):95-111.
10. Bravo P, Contreras A, Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Málaga G. En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(4):691-7.
11. Pérez V, Pezoa M. ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe global. Superintendencia de Salud Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo; 2013.
12. Bravo P, Contreras A, Dois A, Villarroel L. Adaptación y validación del instrumento genérico CollaboRATE™ para medir la participación de mujeres en la toma de decisiones en salud durante el proceso reproductivo. *Atención Primaria*. 2018; 50(5):274-81.
13. Pantoja T, Beltran M, Moreno G. Patients' perspective in Chilean primary care: a questionnaire validation study. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2009; 21(1):51-7.
14. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2017

15. Holzel LP, Kriston L, Harter M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC health services research*. 2013; 13:231.
16. Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. Power imbalance prevents shared decision making. *2014*; 14(14):34.
17. Organización Panamericana de la Salud OPS. Participación comunitaria, estudio de casos. Washington DC; 1984.
18. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *Journal of medical ethics*. 2008;34(9):e13.
19. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2):109-20.
20. Michalewicz A, Pierri C, Ardilla-Gómez S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuarios de investigaciones*. 2014; 21(1):217-24.
21. Goic A. La atención médica de las personas: propuestas atrevidas. *Cuadernos Médicos Sociales*. 2018; 58(1):55-60.
22. Légaré F, Moumjid-Ferdjaoui N, Drolet R, Stacey D, Härter M, Bastian H, et al. Core Competencies for Shared Decision Making Training Programs: Insights From an International, Interdisciplinary Working Group. *The Journal of continuing education in the health professions*. 2013; 33(4):267-73.
23. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 2015; 15(1):252.