

MODELO DE ATENCION CENTRADO EN EL PACIENTE EN COLOMBIA: LA NECESIDAD DE UN SALTO DESDE LO DISCIPLINAR HACIA LO ORGANIZACIONAL.

Attention Model Patient Centered in Colombia: The need for a jump
from the discipline to the organizational.

Gloria Lucía Arango Bayer¹, Yolanda Vega Vega²

1. Profesora asociada, Facultad de Enfermería , Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: glarangob@unal.edu.co
2. Profesora pensionada, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: yvegav@unal.edu.co.

Recibido:	02	06	2014	Revisado:	22	09	2014
Corregido:	13	09	2014	Aceptado:	03	03	2015

Estilo de referencias: Vancouver APA 6 Harvard ICONTEC

RESUMEN

Con el propósito de aportar a la comprensión del significado del término “centrado(a) en el paciente/usuario/cliente”, en este documento se presentan algunas de las maneras como ha sido usado el término en el contexto de salud y se hace un análisis de sus limitaciones y aportes desde la perspectiva del enfoque centrado en los procesos en el cual se basan la acreditación en Colombia y certificación de calidad en ISO 9001, a las cuales están optando las instituciones prestadoras de servicios de salud del país.

Palabras Clave: Modelo de atención, paciente. Enfermería. Organización.

ABSTRACT

In order to contribute to the understanding of the meaning of "focused (a) in the patient / user / customer" in this document are some of the ways has been used the term in the context of health and does a analysis of its limitations and contributions from the

perspective of process-centric approach in which accreditation in Colombia and quality certification ISO 9001 are based, to which they are choosing the institutions providing health services in the country

Keywords: Attention model, patient, nursing, organization.

INTRODUCCIÓN

Sobre la “atención centrada en el paciente” se encuentra bastante literatura, y una variedad de miradas. En la atención a adultos mayores se usa con mucha frecuencia el término modelo centrado en el paciente (MCP), puesto que parece ser considerado por muchos un modelo de atención de preferencia, especialmente cuando de atención en salud a adultos mayores en casa o en centros de atención del adulto mayor se trata y se estila igualmente su estilo en Psiquiatría.

Sin embargo, como lo señalan Edvardsson, Fetherstonhaugh y Nay, la atención o cuidado centrado en el paciente “es aun abstracto y vago, en parte porque hay muchas publicaciones que se basan en la opinión personal, la evidencia anecdótica y constructos teóricos solamente”(1)

Con el propósito de aportar a la comprensión del significado del término “centrado(a) en el paciente/usuario/cliente”, en este documento se presentan algunas de las maneras como ha sido usado el término en el contexto de salud y se hace un análisis de sus limitaciones y aportes desde la perspectiva del enfoque centrado en los procesos en el cual se basan la acreditación en Colombia y certificación de calidad en ISO 9001, a las cuales están optando las instituciones prestadoras de servicios de salud del país.

Vale decir, en primer lugar, que dos son las perspectivas principales desde las cuales se ha abordado el término: la primera, de carácter disciplinar, y la segunda, que se amplía a lo organizacional e, inclusive, al diseño de los sistemas de salud.

1. La mirada desde las disciplinas

Modelo de atención centrado en el paciente (MCP) como un modelo de atención médica

En algunos documentos se refieren a modelos de atención centrados en el paciente, para hacer énfasis en una forma particular de comprender la relación médico-paciente, o para subrayar la importancia de la comunicación médico-paciente,(2) por ejemplo, y su satisfacción con la atención recibida(3). En el ámbito de la psiquiatría particularmente, ha sido considerado como sinónimo de Buena práctica.(1) En este

sentido, estos principios del cuidado centrado en el paciente se afectan por las políticas de salud y las prácticas de los profesionales.

El modelo también ha sido descrito como un modelo de comunicación (2) que surgió como respuesta a la integración creciente de la ciencia médica y la tecnología en el cuidado del paciente en la mitad y finales del siglo pasado, que enfatizó en los aspectos biomédicos de la enfermedad, mientras que los movimientos civiles y de derechos humanos buscaban mejorar la participación de los pacientes y el establecimiento ya no de relaciones asimétricas de poder sino de relaciones colaborativas. Desde esta forma de entender el MCP, se ha evolucionado hacia la búsqueda de comprender las historias de los pacientes en el contexto de su vida diaria y, más recientemente se ha orientado a mirar también la importancia del contexto cultural, los factores sistémicos y la limitación de recursos. (2) A partir de un estudio realizado por Aita y cols. (2) con base en esta forma de comprender el modelo, los autores sugieren trabajar en la ética profesional a pesar de la filosofía biomédica que domina la medicina. Desde esta mirada, el MCP parece ocuparse fundamentalmente de la relación médico-paciente pero identifica factores organizacionales que contribuyen u obstaculizan una relación en el marco de este modelo.

En un sentido similar al anterior, Lee y Lin(4) consideran la atención centrada en el paciente como un resultado de la transición desde una relación médico-paciente paternalista hacia una relación más simétrica. En ella se distinguen cuatro elementos: estar atento a las necesidades físicas y psicosociales de los pacientes, transmitir una sensación de cooperación, y facilitar que el paciente se involucre activamente en la toma de decisiones. Esta relación, que busca apoyar la autonomía, requiere entonces que el médico comprenda la perspectiva del paciente y apoye sus iniciativas, a cambio de controlarlo. Estos autores señalan cómo la atención centrada en el paciente, para algunos autores, se enfoca más en la comunicación y se contrasta con la "atención centrada en el médico".(4)

Little, Veritt y cols.(5) consideran el enfoque centrado en el paciente como un modelo de relación médico-paciente compuesto por seis dominios: Explorar la experiencia y expectativas del pacientes sobre la enfermedad y la dolencia, comprender a la persona en su totalidad, encontrar una base común para el manejo (cooperación o *partnership*), promoción de la salud, enriquecer la relación médico-paciente y, por último, un uso realista del tiempo.

Estos autores cuestionan la implementación práctica del modelo, que parece limitada, dadas las condiciones organizacionales. Así se observa cuando señalan que un

problema potencial de este enfoque es la factibilidad de implementar todos sus dominios en la práctica, incluido el uso realista del tiempo, lo cual no es posible cuando hay tanta ocupación de los médicos. Además, añaden, el éxito de su aplicación se relaciona igualmente con las características de médicos y pacientes.

MCP desde Enfermería

En un estudio realizado Wolf y cols.(6) se entiende el MCP como sinónimo del modelo conocido como de cuidado individualizado o negociado, y toman la definición de Lauver, Ward, Hendricks y cols. para señalar que este modelo “se enfoca en la individualidad del paciente para determinar los enfoques interpersonales y las intervenciones de Enfermería”.(7) Ello requiere la adaptación a las necesidades particulares del paciente, que exige flexibilidad, reciprocidad y respeto de la enfermera para poder proporcionar cuidado bajo este modelo, además de su capacidad de negociación, para formular un plan de cuidado individualizado.

Un estudio publicado en 2008 por Carter y cols.(8) aporta un elemento adicional a la polémica sobre la manera como ha de comprenderse el modelo centrado en el paciente. En este estudio se precisa cómo el MCP es considerado por las organizaciones de salud como misional y altamente valorado por el departamento de Enfermería, mientras que en las unidades los comportamientos de cuidado son devaluados por un ambiente centrado en la tecnología para la provisión del cuidado.

Este grupo de investigación realizó un estudio para “explorar” el estado del cuidado de Enfermería centrado en el paciente” en una unidad médica tal como es percibido por el equipo de enfermeras y los pacientes. El marco de referencia del trabajo fue la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. La justificación del estudio parte del reconocimiento de la historia de la profesión de enfermería, en donde tradicionalmente el cuidado ha sido visto por el público y la profesión como la base de la profesión de Enfermería. La entrega de cuidado de enfermería, anotan, requiere un proceso interpersonal entre la enfermera como cuidadora y el paciente como receptor del cuidado. Sin embargo, agregan, el aumento en la tecnología y la especialización han contribuido a la percepción de la despersonalización de la atención en salud en general y de enfermería en particular.

Adicionalmente, en la justificación de este artículo se hace referencia, aunque no explícitamente, a la predominancia del modelo funcional de atención de enfermería cuando señala que las enfermeras nuevas parecen centrarse en las tareas que deben cumplir, lo cual ha generado preocupación con respecto a si esto está dejando de lado a los pacientes para atender a la lista de tareas.

Los autores escogieron el modelo de cuidado humano de Watson por cuanto era el que más se ajustaba a la misión y visión de la institución. Este dato resulta de especial interés para Enfermería, en tanto que en este estudio se reconoce como parte de una organización y alinea sus objetivos con los de ella.

De este estudio se destaca cómo los participantes consideran que el “cuidado genera cuidado”. Pero en términos de la organización resulta particularmente importante un hallazgo: el equipo de enfermeros respondía que la unidad debía continuar contratando personas que tuvieran valores de cuidado y retener a las enfermeras que tienen experiencia para que cuiden de las enfermeras más nuevas y de los pacientes.

El estudio resulta muy interesante porque plantea las implicaciones para los líderes de enfermería y, de nuevo, en este apartado, precisa que las líderes “son responsables de implementar la visión, misión y valores de las instituciones y departamentos para los cuales trabajan así como promover un cuidado de enfermería eficiente, efectivo, seguro y compasivo” (8), y agregan: “este estudio es un ejercicio valioso en evaluar la consistencia de la unidad con los valores institucionales globales así como su actual ambiente de cuidado” (8).

Al referirse a las implicaciones para las enfermeras administradoras, precisan: “Este estudio refuerza el valor de tener administradores de enfermería así como un liderazgo institucional que acoja y sean modelos de los constructos de cuidar y de mantener una cultura que reconozca el valor del individuo, la toma de decisiones conjuntas, la responsabilidad, la continuidad del cuidado y la práctica profesional” (8). Una vez más en el artículo se hace referencia a la importancia de la cultura de la organización.

En este punto se enfatiza además en la responsabilidad que tienen los empleados que son facultados por las instituciones para que actúen en interés de los pacientes, estableciendo un grupo ético que conduzca las expectativas comunes de cuidado y cree nuevas formas de brindar un ambiente de sanación a los pacientes.

Aunque el artículo concluye centrándose en la importancia del estudio para hacer visible el trabajo de Enfermería, desde lo organizacional el documento resulta de enorme relevancia, en la medida en que reconoce que ha de existir en las organizaciones una cultura orientada al cuidado y que las unidades deben articularse a la misión, visión y valores organizacionales.

Un trabajo que, si bien fue realizado desde la perspectiva disciplinar, pero que aporta información sustancial acerca de cómo ha de comprenderse el MCP desde lo

organizacional fue el realizado por Hobbs(9), quien hizo un análisis dimensional de 36 artículos que contenían el término *patient focused care*, *person o client focused care* o *person o client centered care*, y que además hacían referencia a Enfermería en particular y habían sido publicados en el contexto del sistema de salud de los Estados Unidos.

Este análisis partió de cinco dimensiones: perspectiva, contexto, condición, proceso y consecuencias de la Atención Centrada en el paciente. El primer hallazgo interesante, que contrasta con el uso del término “Atención/Modelo centrado en el paciente” desde la perspectiva médica, es que mientras para medicina el MCP es lo opuesto al modelo “centrado en el médico”, en enfermería el MCP es lo opuesto al “modelo centrado en las tareas”, aunque también se le considera como opuesto al modelo centrado en el profesional y al modelo centrado en la enfermedad. Esto, según la autora, ha reducido la aplicación del modelo a una adaptación clínica del sistema existente hacia las necesidades específicas del paciente, incongruente con una intención global asociada con el término que ha de enmarcarse como una solución potencial a un sistema de salud “enfermo”.

En su análisis se observa que es la vulnerabilidad lo que conduce a una persona a solicitar atención, siendo entonces el uso oportuno de los servicios adecuados lo que alivia las vulnerabilidades del paciente, mientras que en otros casos las barreras para la selección y el acceso a los servicios las exacerban. Este aspecto resulta supremamente importante porque, desde la perspectiva organizacional y de calidad, se está haciendo referencia aquí a dos de las características de la calidad de la atención en salud, que además están presentes dentro del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud de Colombia y que, obviamente, no son características a las que aporte exclusivamente enfermería: se trata de la accesibilidad y la oportunidad.

En el análisis también se encontró cómo cada paciente responde diferente a su dolencia, y cómo si bien la condición de enfermedad define qué servicios se requiere o de qué nivel, no determina cómo serán usados esos servicios y de qué manera beneficiarán a los pacientes. En esta dimensión la aproximación al paciente y una presencia de cuidado de la enfermera se constituyen en mecanismos para aliviar las vulnerabilidades. Se requiere para ello una serie de características de la enfermera: habilidades, conocimiento y competencias, que, entre más y mejores sean, más alivian la vulnerabilidad. (9) Se está refiriendo la autora aquí, implícitamente, a factores de la estructura, particularmente en lo que tiene que ver con características del recurso humano de enfermería, que influyen en la atención que se provee.

La orientación por reglas es también una habilidad determinante para reducir la vulnerabilidad. Consiste en determinar cuándo, y cómo se ha de desviar de normas y estándares establecidos cuando la condición de un paciente así lo requiere. Aquí la

autora señala que el diseño global de la institución, incluyendo allí la distribución de la autoridad y la interacción de los sistemas, influyen en la provisión de un MCP. (9) Este es un hallazgo relevante porque, nuevamente, sitúa, en este caso a la enfermera, en el contexto organizacional y revela cómo contribuye o no la organización a que la enfermera desarrolle esta habilidad. Hobbs cita a otros autores para indicar cómo las organizaciones que tienen un estilo de liderazgo de comando y control podrían proveer menos atención centrada en el paciente que aquellas organizaciones con gobernanza compartida.

Desde la perspectiva organizacional el significado de esta frase es muy importante porque está sugiriendo modelos de organización que facilitan o no que los profesionales puedan decidir y, con ello, aplicar más fácilmente modelos como el MCP.

Hobbs cita seguidamente la importancia de los valores de la organización y la manera como estos valores influyen en las relaciones interprofesionales, así como la forma en que se da respuesta y se balancean las perspectivas sobre la provisión de la atención. A este respecto también precisa cómo los sistemas dentro de una organización interactúan entre sí para facilitar u obstaculizar el MCP, lo que en la literatura se reconoce como continuidad.

Refiriéndose al contexto, Hobbs señala otros aspectos que influyen en la atención que se proporciona al paciente como la fragmentación en la prestación de los servicios, la condición del paciente, el recurso de enfermería, y la regulación institucional y externa.(9)

A manera de ejemplo, que es evidente en el sistema de salud colombiano actual, la autora sugiere que cuando el equipo se centra en la regulación para dirigir y dictar los estándares de práctica, hay una dependencia excesiva de la regulación más que la aplicación del juicio clínico. (9)

Con respecto al **proceso**, según Hobbs el compromiso terapéutico es el eje del proceso, y se trata de la "situación de interacción que ocurre entre el enfermero y el paciente; esta interacción es un elemento crítico del MCP...un proceso cíclico basado en el desarrollo de confianza... y reforzado por el intercambio de poder y control".(9) Esto, por supuesto, aplicaría para la relación de cualquier profesional de salud con su paciente.

La asignación de tiempo es otro aspecto central del proceso, tiempo que controla en principio la enfermera [lo cual aplicaría a otros profesionales de salud] y que facilita la

interacción con el paciente. La interacción también se refuerza con prácticas de información, que apoyen este proceso y le proporcionen a la enfermera [y a los demás profesionales de salud] la habilidad de conocer al paciente y proporcionar los medios para que se desarrolle la relación enfermero-paciente. (9)

Las **consecuencias** del modelo son el cuidado efectivo y la reducción del sufrimiento del paciente, así como el hecho de que se satisfagan sus necesidades. (9)

A partir de los hallazgos encontrados del análisis, Hobbs discute que el paciente es considerado en términos de enfermedad o déficits funcionales en la literatura en la que se hace referencia al modelo, lo cual limita su participación y compromiso entregando información con respecto a su dolencia y sus capacidades, mientras que, paradójicamente, se plantea el MCP como una solución a los efectos deshumanizantes de la hospitalización.(9)

Hobbs (9) presenta las limitaciones de este concepto, porque, reitera, si bien se plantea como la forma de operación ideal del sistema de salud, se enfoca a su vez en episodios de enfermedad. Tampoco tiene una delineación interdisciplinaria, sino más bien orientada hacia la interacción médico-paciente o enfermero-paciente, dependiendo de la disciplina del autor. Esto no tiene en cuenta las prácticas de información y la toma de decisiones que ocurre de manera compartida entre médicos y enfermeros y que contribuye a reducir las vulnerabilidades que sienten los pacientes. En el mismo sentido, para medir la satisfacción del paciente, sugiere trasladar la medición de los componentes estructurales hacia estudios que se centren en los reportes que el paciente hace acerca de la reducción de su sufrimiento y sus vulnerabilidades. El llamado de atención último de la autora reclama la falta de discusión y aplicación interdisciplinaria del concepto.

2. La mirada desde lo organizacional y desde el diseño de los sistemas

La definición de Gerteis y cols.(10) amplía la mirada sobre el MCP a otros profesionales. Se trata de un modelo de atención en el que hay respeto por los valores, preferencias y necesidades que expresan el paciente; por otra parte hay coordinación e integración del cuidado, información, comunicación y educación, contacto físico y apoyo emocional, alivio del temor y la ansiedad. Además, la familia y amigos se involucran en el modelo y hay una transición hacia el hogar y continuidad del cuidado.

A partir de esta definición es que se han formulado propuestas como el Modelo Planetree, un modelo de atención que proporciona un ambiente más parecido al de casa, en el que también el paciente participa en su proceso de cuidado y dispone además de enfermeras entrenadas que promueven un cuidado que protege. En su

aplicación incluye, entre otras, enfermeras primarias entrenadas para proporcionar cuidado personalizado, educar a los pacientes y promover que ellos se involucren en su cuidado enseñándoles sobre su condición de salud y sobre habilidades de autocuidado. Más allá, considera también el arte y el entretenimiento como parte del proceso de sanación. Se ha sugerido articular proyectos como el Programa Planetree en las iniciativas de mejora de la calidad para facilitar mejoras de larga duración, con el ánimo de hacer la organización más atractiva en un ambiente altamente competitivo. (10)

Varios investigadores han efectuado estudios del MCP a partir de la definición del Institute of Medicine (IOM), que define la atención centrada en el paciente como la atención en salud que establece “una colaboración entre profesionales, pacientes y familias y asegura que las decisiones respeten los deseos, necesidades y preferencias de los pacientes y que los pacientes tengan la educación y el apoyo que requieren para tomar decisiones y participar en su propio cuidado.” (11) . Se cita en estas definiciones al *Advisory Board Company for Healthcare Organizations*, que enfatiza en que, para integrar exitosamente los MCP en las organizaciones de salud es esencial que el nivel ejecutivo de la organización se involucre, e indican que estos modelos pueden reducir los tiempos de estancia, a la vez que las redes de apoyo social mejoran la satisfacción del paciente.

Teh y cols.(12) definieron el MCP como aquel en el cual se reconoce al paciente como la “fuente de control” en la institución de salud y, citan al Comité de la calidad de la atención en Salud en América del Instituto de Medicina para ampliar la definición, en la cual se incluye que “a los pacientes... se les de la información necesaria y la oportunidad para ejercer el grado de control que ellos escojan sobre las decisiones de la atención que salud que les afectan”.(13) Los autores destacan la diferencia entre el buen paciente en los 50s y el buen paciente en la actualidad. En aquel entonces ser buen paciente significaba respetar la autoridad del médico, mientras que hoy se espera que sea un consumidor activo de salud, que se involucra en la toma de decisiones de su tratamiento trabajando en una relación de compañeros con el médico.

Davis y Colaboradores, citados por Kahn y colaboradores definen la atención centrada en el paciente como el “acceso al tipo de cuidado que funciona para el paciente” (14), que incluye, según Gerteis y colaboradores, citados por Kanh y colaboradores. “respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por el paciente; información, educación y apoyo emocional para aliviar el dolor y la ansiedad.” (14)

implicaciones del uso del término para el diseño organizacional de las IPS en Colombia

En el caso particular colombiano con frecuencia se escucha hablar a los profesionales de salud de que su preocupación central son los pacientes. Así debe ser; sin embargo, la organización es determinante en que este interés se haga efectivo en la práctica. En otras palabras, no es posible hablar de un modelo centrado en el paciente cuando, como ya se vió, los profesionales de salud no cuentan con tiempo para poder establecer una relación terapéutica adecuada con los pacientes que les permita identificar sus necesidades y expectativas. Menos aun puede hablarse de que hay un “trato humanizado” a los pacientes, cuando los modelos de atención, tanto médica como de enfermería, se centran fundamentalmente en las actividades.

Como lo refieren varios de los autores arriba citados, los desarrollos tecnológicos, las presiones para la reducción de costos, y para el caso colombiano las formas de contratación de los profesionales de salud, parecen haber conducido a la denominada deshumanización de la atención en las instituciones de salud.

Pero, paradójicamente, los lineamientos de los organismos de dirección y control del sistema parecen apoyar diseños organizacionales centrados en los pacientes. A manera de ejemplo, desde hace ya varios años las instituciones hospitalarias vienen incorporándose en procesos de acreditación, cuyo fundamento descansa en el enfoque por procesos de la administración. Este enfoque reconoce que el desempeño organizacional no ha de basarse en el desarrollo de actividades sino en lograr para el cliente externo los beneficios que se espera le sean proporcionados desde la organización. Esto implica, como lo señalan varios de los autores arriba citados, que la dinámica organizacional tiene que transformarse desde el enfoque tradicional de la administración, hacia el enfoque por procesos, transformación que todavía se encuentra en una transición en la mayoría de las instituciones hospitalarias.

Ello se debe, entre otras cosas, a que se mantienen estructuras de poder altamente jerarquizadas, que promueven la centralización de las decisiones y que, en un intento por ajustarse a estándares y parámetros, reducen la posibilidad de que los profesionales de salud usen su juicio clínico en el proceso de atención, convirtiéndolos en ocasiones en técnicos a quienes se les mide su “productividad” por número de actividades realizadas y no por los resultados que se obtienen para los pacientes.

Por supuesto, varias de las instituciones hospitalarias del país han superado el enfoque tradicional de la administración, promoviendo que el papel del gerente sea de enseñanza y no de supervisión, buscando formas de organización del equipo de profesionales que promuevan un trabajo colaborativo y no limitado a que cada uno

“haga lo suyo”. Sin embargo, una de las tareas pendientes será evaluar más la calidad de la atención en salud a partir de los resultados finales de la atención en salud para el paciente. Continuar evaluando la estructura y la satisfacción sin tener en cuenta aspectos cómo la efectiva prevención de complicación, los resultados clínicos, el conocimiento de la enfermedad y su tratamiento por parte de la persona y su familia, los resultados de salud funcional y la capacidad de autocuidado de la persona, desviará la práctica hacia el hacer, abandonando la premisa central que da origen a la propuesta de la atención centrada en la persona: el reconocimiento de otro vulnerable.

Al margen del uso del término MCP o atención centrada en el paciente, las definiciones aquí presentadas dejan claro que un modelo o una práctica centrado/a en el paciente no puede entenderse como un modelo del que hace uso una disciplina para proporcionar atención en salud de mejor calidad. Al margen de las diferencias en las definiciones que se hacen del término, es evidente que ninguno de ellas se puede aplicar como si la atención en salud fueran una serie de eventos que dependieran exclusivamente del profesional y del paciente.

Es evidente que “centrarse” en la persona que recibe la atención en salud, debe partir desde el diseño mismo de la organización que le brinda atención.. Así, una organización se centra en la persona a partir del reconocimiento, desde la formulación de su plataforma estratégica, y en especial de sus principios y valores, de que su razón de ser ES la persona.

Bajo esta mirada:

- La persona es un sujeto activo de su cuidado que, aunque vulnerable, puede y debe tener la capacidad de elegir. Una persona con familia y amigos, una persona con una identidad práctica* que se vulnera y que han de ayudar a re-establecer los profesionales de salud a través del proceso de atención, trabajando en una organización cuyas políticas y prácticas así lo promuevan.
- La persona, y no la enfermedad o la tecnología, son el centro de la dinámica organizacional. La institución opta por la persona más allá de la mirada biologicista, buscando atender a sus necesidades y preferencias, ajustando protocolos y guías a las particularidades del paciente cuando ello sea necesario.

* La identidad práctica es un término usado por Koosgard para referirse a la suma de las identidades que nos dan las relaciones con los otros y nuestros roles. (Koosgaard se refiere por ejemplo al hecho de ser hombre o mujer, a ser de cierta religión, miembro de una profesión, etc.).

- El diseño organizacional faculta a los empleados para que puedan actuar en el mejor interés de los pacientes por encima de otras consideraciones. Por tanto, se promueve el predominio del juicio clínico, el trabajo colaborativo, la autoridad del rol y la descentralización.
- La información y la comunicación son elemento fundamental para favorecer en la persona la toma de decisiones y promover su autocuidado.
- Los procesos de selección y educación de los colaboradores son fundamentales para que los valores institucionales se hagan visibles en la práctica de los profesionales de salud, en su forma de comportarse y en su ética en el trabajo.
- El trabajador es también persona y se reconoce como tal.

Como puede observarse el reto de “centrarse en el paciente” es un desafío interesante para las instituciones hospitalarias colombianas hoy. Las implicaciones de adoptar esta como una filosofía organizacional son profundas y requieren de un compromiso firme y resistente a las tendencias biologicistas que parecen seguir marcando el rumbo del sistema de salud colombiano, aun desde la formación del talento humano en salud. Se trata de un reto ineludible si, como lo proclaman las propias instituciones hospitalarias, están en la búsqueda permanente de la mejora de la calidad de la atención en salud.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. EDVARSSON David, FETHERSTONHAUGH Deirdre, NAY Rhonda. Promoting a continuation of self and normality: person-centred care as described by people with dementia, their family and aged care staff. En: *Journal of Clinical Nursing*. 19, p. 21611-21618.
2. AITA Virginia, McLVAIN Helen, BACKER Elisabeth, McVEA Kristine, CRABTREE Benjamin. Patient-centered care and communication in primary care practice: what is involved? En: *Patient education and counseling* (2005) p. 296-304.
3. MALLINGER Julie, GRIGGS Jennifer, SHIELDS Cleveland. En: *Patient education and counseling*. No. 57 (2005). P. 342-349.
4. LEE Yin-Yang, LIN Julia. Do patient autonomy preferences matter? Linking patient-centered care to patient-physician relationships and health outcomes. En: *Social Science and medicine*. (2010). P. 1-8.
5. LITTLE Paul, VERITT Hazel, WILLIAMSON Ian, WARNER Greg, MOORE Michael, GOULD Clare, FERRIER Kate, PYNE Sheila. Preferences of patients for patient centered approach to consultation in primary care: observational study. En: *British Medicine Journal*. Vol. 322, No. 24. (Feb., 2001). P. 1-7.
6. WOLF Debra, LEHMAN Lisa, QUINLIN Robert, ZULLO Thomas y HOFFMAN Leslie. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Care Quarterly*. Vol. 23 No 4 . p.316-321.
7. LAUVER D., WARD S, HENDEUCK S et al. Patient-centered interventions. Citados por: WOLF Debra, LEHMAN Lisa, QUINLIN Robert, ZULLO Thomas y HOFFMAN Leslie. Effect of patient-centered care on patient satisfaction and quality of care. *Journal of Nursing Care Quarterly*. Vol. 23 No 4 . p.316-321.
8. CARTER Lisa, Nelson Joyce, SIEVERS Beth, dukek Sarah, PIPE Teri, HOLLAND Diane. En: *Nursing Administration Quarterly*. Vol. 32, No. 1 p. 57-63.
9. HOBBS Jennifer Lynn. A dimensional analysis of patient-centered care. En: *Nursing research*. Vol. 58, No.1 (Jan/Feb, 2009). P. 58-62.
10. MARTIN Diane, DIEHR Paula, CONRAD Douglas, DAVIS Julie, LEICKLY Richard, PERRIN Edward. Randomized trial of a patient-centered hospital unit. En: *Patient education and counseling*. No. 34. (1998) p. 125-133.

- 11.COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTHCARE IN AMERICA, INSTITUTUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21th Century. Citado por: WOLF Debra, LEHMAN Lisa, QUINLIN Robert, ROSENZWEIG Margaret, FRIEDE Samuel, ZULLO Thomas, HOFFMAN Leslie. En: The journal of nursing administration. Vol. 38. No. 12. P. 532-540.
12. TEH Carrie, KARP Jordan, KLEINMAN Arthur, REYNOLDS Charles, WEINER Debra. Older people's experiences of patient-centered treatment for chronic pain: a qualitative study. Pain medicine. Vol. 10, No. 3. 2009. P. 521-530.
13. COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTHCARE IN AMERICA, INSTITUTUTE OF MEDICINE. Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21th Century. Citado por: TEH Carrie, KARP JJordan, KLEINMAN Arthur, REYNOLDS Charles, WEINER Debra. Older people's experiences of patient-centered treatment for chronic pain: a qualitative study. Pain medicine. Vol. 10, No. 3. 2009. P. 521-530.
- 14.KAHN Katherine, SCHNEIDER Eric, MALIN Jennifer, ADAMS John, EPSTEIN Arnold. Patient centered experiences in breast cancer predicting long-term adherente to tamoxifen use. En: Medical Care. Vol. 45, No 5. (May7, 2007). P. 431-439.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Rango GL, Vega Y. Modelo de atención centrado en el paciente en Colombia: la necesidad de un salto desde lo disciplinar hacia lo organizacional. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2015;10(1):71-83 (enero-junio). Disponible en <http://revistas.uptc.edu.co/revistas/index.php/shs> Fecha de consulta ().

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©
Grupo de Investigación en Salud Pública GISP
Tunja 2015