



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **El Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrada en la Persona: una Revisión Integrativa**

**Nazly Fannyre Obando Jurado**

**Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Bogotá, Colombia 2019.**

# **El Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrada en la Persona: una Revisión Integrativa**

**Nazly Fannyre Obando Jurado**

Tesis de Investigación presentada como requisito parcial para optar al título de:  
**Magister en Enfermería con área de énfasis en Gerencia en Servicios de Salud y Enfermería**

Director (a):  
ANA HELENA PUERTO GUERRERO  
Enfermera Magister en Salud Pública – Magister en Educación  
Profesora Asociada

Línea de Investigación  
Gerencia en Salud y Enfermería

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Enfermería  
Bogotá, Colombia  
2019

## *Dedicatoria*

### **A Dios.**

*Por el sin fin de oportunidades de aprendizaje que le otorga a cada día de mi vida. La gloria sea para el...*

### **A mi Familia.**

*Por asumir cada uno de mis retos como suyos y acompañarme en el proceso de alcanzarlos. Todo mi amor es para ustedes...*

### **A mis Amigos.**

*Por sus contribuciones generosas en el cumplimiento de mis proyectos. Toda mi gratitud es hacia ustedes...*

# **Agradecimientos**

A la profesora Ana Helena Puerto Guerrero, por su generosidad para trasmitirme su conocimiento y orientarme de forma precisa en el camino hacia un logro de crecimiento profesional.

**¡¡Gracias por ser un ejemplo a seguir!!**

## **RESUMEN**

### **El Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrado en Persona: una Revisión Integrativa**

Mediante un revisión integrativa de estudios Cuantitativos, Cualitativos o con enfoque Mixto en los recursos bibliográficos de la Universidad Nacional de Colombia: EBSCO, OVID y BVS haciendo uso de descriptores MeSH, DeCs , y términos libres se exploró la literatura publicada para consulta gratuita entre los años 2010 y 2018 en los idiomas inglés, español y portugués, que abordara la relación del Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrado en el paciente con el fin de responder a la pregunta de investigación ¿Cuál es el estado actual de la literatura disponible frente al papel del trabajo colaborativo en la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona?.

Como resultado del proceso de la búsqueda rigurosa y evaluación de calidad de los estudios, se obtuvo como muestra final 3 estudios de tipo Cualitativo que identificaron el fenómeno de interés del presente estudio y permitieron llegar a los siguientes hallazgos.

Los tres estudios muestran a partir de sus hallazgos la complementariedad en la identificación de la relevancia de la practica colaborativa como componente esencial para la implementación de Modelos de Atención Centrados en la Persona; ya que identifican su necesidad y consideración desde la perspectiva de participación del paciente y/o persona en el cuidado de la salud, desde la

formación de los equipo de alto rendimiento en la práctica interprofesional y desde la potencialización como elemento inherente a la persona considerando esencialmente para el logro de la misma cambios organizacionales garantes de la infraestructura y procesos que dicha práctica requiere.

Con esto, se puede plantear considerando la evidencia encontrada hasta el momento que la administración de las organizaciones en salud con Enfoque Centrado en la Persona y su Familia requiere del trabajo colaborativo visto desde la perspectiva de preparación personal y/o profesional - interprofesional y/o colaborativa, organizacional y/o estructural para lograr los mejores resultado en salud, lo que implica un esfuerzo unánime de todos los actores y sectores involucrados en el proceso de atención, es decir desde las personas, los trabajadores de la salud, administradores, pacientes y su familias o representantes, los educadores y en general de todos aquellos encargados de la generación de las políticas públicas del país.

**Palabras clave:** Atención Centrada en el Paciente, Atención Centrada en el Cliente, Atención Centrada en la Persona, Trabajo Colaborativo, Trabajo en equipo, Practica Colaborativa.

## **SUMMARY**

### **The Collaborative Work in the Person Centered Care Model: an Integrative Review**

Through an integrative review of Quantitative, Qualitative or Mixed approaches in the bibliographic resources of the National University of Colombia: EBSCO, OVID and BVS making use of MeSH, DeCs and free terms, the published literature was explored for free consultation among the 2010 and 2018 in the English, Spanish and Portuguese languages, which will address the relationship of Collaborative Work in the Model of Patient-Centered Care in order to answer the research question. What is the current state of literature available in front of to the role of collaborative work in the implementation of the Person Centered Care Model?.

As a result of the rigorous search process and quality assessment of the studies, three qualitative studies were obtained as a final sample that identified the phenomenon of interest of the present study and allowed us to reach the following findings.

The three studies show, from their findings, the complementarity in the identification of the relevance of collaborative practice as an essential component for the implementation of Person Centered Care Models; since they identify their need and consideration from the perspective of participation of the patient and/or person in health care, from the formation of high performance teams in the interprofessional practice and from the potentialization as an inherent element to the

person essentially considering for the achievement of the same organizational changes guarantors of the infrastructure and processes that such practice requires.

With this, it can be considered considering the evidence found so far that the health organizations with Focus on the Person and their Family requires collaborative work seen from the perspective of personal and/ or professional preparation-Interprofessional and/ or structural to achieve the best results in health, which implies a unanimous effort of all the actors and sectors involved in the care process, that is, from the people, the health workers, administrators, patients and their families or representatives, educators and in general of all those responsible for the generation of public policies in the country.

**Keywords:** Patient Centered Care, Client Centered Care, Person Centered Care, Collaborative Care, Teamwork, Collaborative Practice.



## Contenido

<b>LISTA DE TABLAS .....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>12</b>
<b>1. MARCO DE REFERENCIA .....</b>	<b>14</b>
1.1    Necesidades de atención en la persona.....	14
1.2    Modelo de Atención Centrada en la Persona (MACP).....	15
1.3    Trabajo Colaborativo y Modelo de Atención Centrada en la Persona .....	16
1.4    Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrada en la Persona: Fenómeno de Interés para Enfermería.....	17
1.5    Pregunta de Investigación.....	18
1.6    Objetivo.....	18
1.7    Justificación.....	19
1.7.1    Significancia Social.....	20
1.7.2. Significancia Disciplinar .....	21
1.7.3    Significancia para el Conocimiento.....	22
1.7.4    Significancia para el Sujeto de Cuidado.....	23
<b>2. MARCO CONCEPTUAL.....</b>	<b>23</b>
2.1    Atención Centrada en la Persona.....	23
2.2    Modelo de Atención Centrada en la Persona .....	25
2.3    Aspectos Históricos del Modelo de Atención Centrada en el Paciente.....	25
2.4    Aspectos Administrativos del Modelo de Atención Centrada en el Paciente .....	26
2.5    Aspectos de la Calidad Relacionados con el Modelo de Atención Centrada en el Paciente	33
2.6    Modelo de Atención Centrada en la Persona en el Contexto Colombiano.....	35
2.7    Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrada en la Persona en el Contexto Colombiano.....	37
<b>3. MARCO METODOLÓGICO .....</b>	<b>38</b>
3.1    Marco de Diseño.....	38
3.1.1    Tipo de Estudio.....	38
1.2    Marco de Análisis.....	47
1.3    Materiales y Método.....	48

<b>4. MARCO DE RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
<b>4.1 Análisis de Calidad de los Estudios.....</b>	<b>54</b>
<b>4.3 Análisis de los Estudios Seleccionados .....</b>	<b>56</b>
<b>5. DISCUSION .....</b>	<b>62</b>
<b>6. MAPA CONCEPTUAL CON HALLAZGOS DE LA REVISION. ....</b>	<b>68</b>
<b>7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>70</b>
<b>7.1 Conclusiones.....</b>	<b>70</b>
<b>7.2 Recomendaciones.....</b>	<b>73</b>
<b>8. LIMITACIONES .....</b>	<b>74</b>
<b>9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>75</b>
<b>10. ANEXOS .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>10.1 Instrumentos de Evaluación de la Calidad de las Investigaciones. ....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>11. CRONOGRAMA .....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
<b>12. PRESUPUESTO.....</b>	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1:</b> Instrumentos por tipo de estudio.....	<b>41</b>
<b>Tabla 2:</b> Estudios publicados por recurso bibliográfico.....	<b>46</b>
<b>Tabla 3:</b> Estudios resultantes tras aplicación de criterios de inclusión.....	<b>47</b>
<b>Tabla 4:</b> Estudios resultantes tras aplicación de criterios de exclusión.....	<b>48</b>
<b>Tabla a 5:</b> Estudios excluidos por título y resumen.....	<b>48</b>
<b>Tabla 6:</b> Estudios para identificación de fenómeno de interés por lectura completa de texto.....	<b>49</b>
<b>Tabla 7:</b> Estudios excluidos por lectura de texto completo.....	<b>50</b>
<b>Tabla 8:</b> Resumen de estudios objeto de análisis.....	<b>55</b>

## **INTRODUCCIÓN**

La búsqueda de la resolución de la crisis de la atención en salud en siglo XXI, llevo a que la Atención Centrada en la Persona se estableciera en los últimos 30 años como uno de los principales objetivos de la calidad, capaz de redefinir el enfoque de la atención en salud (1), en donde la persona volviera a ser su centro y no simplemente un objetivo periférico.

De acuerdo con lo anterior, el Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP) ha tomado auge desde la perspectiva de la implementación, por lo que se ha generado la necesidad de su estudio para llevar dicho proceso con éxito. Así pues, la literatura en torno al mismo ha sugerido la necesidad de su estudio desde sus componentes, que según esta misma puede aportar hallazgos esenciales garantes del éxito de su implementación, tal es el caso del trabajo colaborativo como un elemento de la atención centrada en la persona que contribuiría en el logro de la productividad de los servicios y en la prestación de una atención con calidad que satisfaga las necesidades de la persona.

Así pues, considerando la producción investigativa que puede haber del Trabajo Colaborativo en la implementación del MACP en la última década, el presente estudio busca integrar la evidencia científica disponible en torno a dicho fenómeno, de tal forma que se ofrezca información relevante para la toma de decisiones en la gestión de la atención desde la perspectiva clínica y administrativa.

De otro lado se espera que los hallazgos de este estudio sean de utilidad para el macro proyecto “Factibilidad de la implementación de un modelo de atención centrado en el paciente dentro de Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia” del grupo de investigación de Gerencia en salud y Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con el cual se pretende lograr un impacto en el mejoramiento de la asistencia sanitaria Colombiana.

Para ello, el presente estudio desarrolla un marco de referencia: en el que se detalla los aspectos centrales que guían estudio, tales como: surgimiento del fenómeno de interés, pregunta de investigación y objetivo; de la misma forma se presenta un marco conceptual que desarrolla los principales aspectos históricos, administrativos y legales del estudio, finalmente despliega el marco metodológico bajo el cual se describe el marco de diseño y análisis de la investigación.

## **1. MARCO DE REFERENCIA**

### **1.1 Necesidades de atención en la persona**

La literatura reporta que la atención en salud del siglo XXI en diversas instituciones de salud se encuentra en crisis, en medio de una brecha en la que la asistencia sanitaria se encuentra basada en cumplimiento de actividades y no en el reconocimiento de la heterogeneidad de los pacientes y sus necesidades, en donde su voz sea escuchada. (1).

Según la International Alliance of Patients' Organizations (IAPO), las prioridades de los pacientes, sus familias y cuidadores reclaman respeto por la preferencia, necesidades, autonomía e independencia; por la participación en la toma de decisiones médicas que afectan su vida, por la toma de decisiones en la políticas sanitarias, por el acceso a servicios sanitarios y a la información precisa, clara y adecuada que le permita la toma de decisiones (2). Por lo tanto, es claro que hay un llamado hacia la provisión de un cuidado integral a la persona y no solo a su enfermedad, con el cual se mejore su experiencia, calidad de vida y se satisfagan sus necesidades.

Para eliminar la brecha de insatisfacción que puede existir con los modelos funcionales, basados en el cumplimiento de actividades; es esencial retornar a la persona como el objetivo central de

asistencia sanitaria a la que se enfocan los esfuerzos para mejorar su percepción y solo así repercutir de forma positiva en los resultados para ella y la organización, en términos de calidad de la atención, seguridad y eficiencia hospitalaria, a la vez que se articulen las políticas públicas y los diferentes sectores involucrados en la asistencia sanitaria (3); beneficios viables con la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona.

## **1.2 Modelo de Atención Centrado en la Persona (MACP)**

Los modelos de atención bajo los cuales se ha prestado el servicio de salud a la población en los diferentes países, surgieron acuerdo a las transformaciones y reformas del sistema de salud y la demanda de la sociedad-; algunos modelos que han predominado son: el Biologista, el médico clásico, el hospitalario, el preventivista epidemiológico, y el funcional del siglo XXI (4); este último como muchos otros ha mostrado limitaciones, y tal vez, la principal radica en que se centra en la oferta y el uso de servicios y dejan de lado las necesidades y las demandas reales de la población (5), generando un abismo en la satisfacción para las partes interesadas.

Es así, como ante la búsqueda de la resolución de la crisis de la atención en salud en siglo XXI, que la Atención Centrada en la Persona se ha establecido en los últimos 30 años como uno de los principales objetivos de la calidad, capaz de redefinir el enfoque de la atención en salud (1). Según la Organización Mundial de la Salud la Atención Centrada en el Persona es un componente clave de la atención en salud de calidad que permite establecer el puente de comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes (6), constituyéndose así, en un modelo bajo el cual es posible la planeación de un servicio de salud de calidad.

### **1.3 Trabajo Colaborativo y Modelo de Atención Centrado en la Persona**

Con la noción de cambio en los modelos de atención en salud, surgió en el marco de la Atención Centrada en la Persona, la necesidad de cambios radicales en las instituciones (7) como la descentralización del poder y control para lograr un equilibrio que resolviera las necesidades del paciente en particular, y de la organización en general (8), sugiriendo así, “al trabajo colaborativo” como un componente y/o elemento constitutivo en la atención centrada en la persona (9), que rompería los paradigmas burocráticos y rígidos desconocedores de los cambios como inherentes a la persona y reflejo de quienes integran la organización (10), y como un proceso de toma de decisiones conjuntas entre las partes interdependientes, que implicaría la responsabilidad colectiva; identificando así, al trabajo colaborativo como el trabajar a través de las fronteras y/o límites que pudieron trazarse entre profesionales, pacientes y administradores en el ámbito hospitalario, buscando establecer un terreno en común en el que el resultado final sea la suma de aprendizaje continuo, la flexibilidad en la provisión del cuidado, el aporte y el conocimiento continuo de los involucrados, la descentralización y reorganización de los recursos entorno al paciente y no al servicio de las organizaciones (11), el cual además permitiría cubrir los gastos de atención en salud y la interacción del pacientes con el sistema (12).

Lo anterior, muestra la relevancia que podría tener el trabajo colaborativo en el MACP, sobre todo cuando se considera su implementación; por ende da cuenta de la importancia de su investigación para toma de decisiones clínicas o administrativas en salud.



#### **1.4 Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrada en la Persona: Fenómeno de Interés para Enfermería**

Como se ha hecho explícito previamente, el MACP demuestra la importancia que debe tener la persona dentro de un sistema de salud y lo relevante de su organización entorno a ella para garantizar la satisfacción de sus necesidades y el mejoramiento de su experiencia con la atención recibida.

Si se extrae el enfoque central del MACP para revisarlo dentro de la ciencia de enfermería, podría identificarse su relación con el concepto meta paradigmático de Persona que orienta el quehacer enfermero; de acuerdo Susan Kérouac citada por Zarate (2004) "La práctica de enfermería se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud" (42), en ese sentido el cuidado de enfermería puede implicar un gran esfuerzo disciplinar por encontrar las mejores herramientas que permitan el logro de tal objetivo. Esto significa que debe haber una gran intensión investigativa por enfermería en torno al MACP y desde dicho contexto en los elementos esenciales que lo conforman y lo hacen viable en su implementación, de tal forma que enfermería basada en la comprensión de los mismos pueda aportar en la toma de decisiones clínicas y administrativas en procesos de atención en salud.

Siendo el trabajo colaborativo un elemento del MACP, puede considerarse valiosa su investigación como fenómeno de interés para Enfermería para la toma de decisiones clínicas; sobre todo si se considera a la enfermera como un actor en la práctica de colaboración que desde

su liderazgo tiene el potencial para la gestión del cuidado en el entorno interprofesional, la cultura organizacional, la satisfacción de las necesidades de la persona, la administración de los recursos entre otros, que impactan en la continuidad y calidad de los cuidados y permite dar respuesta a las demandas sociales de mejora de la calidad del sistema de salud. (42).

Por lo tanto este estudio pretende integrar la evidencia disponible del trabajo colaborativo en el MACP que le aporte al enfermero(a) y al equipo de salud información esencial que favorezca su actuar en escenarios académicos, asistenciales, administrativos o de otro tipo; es decir, que le de herramientas para participar de forma activa y coordinada como miembro del equipo de salud en los procesos organizacionales de tal forma que sea posible contribuir desde su cuerpo de conocimientos a la Atención Centrada en el Paciente dentro de un sistema de cuidado (13).

## **1.5 Pregunta de Investigación**

¿Cuál es el estado actual de la literatura disponible frente al papel del trabajo colaborativo en la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona?

## **1.6 Objetivo**

### **1.6.1 Objetivo General**

Integrar la literatura disponible acerca del trabajo colaborativo en la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona.

## 1.7 Justificación

Lograr la implementación de un Modelo de Atención Centrada en la Persona que mejore la percepción del usuario respecto a la prestación del servicio de salud y repercuta de forma positiva en los resultados para el paciente y la organización en términos de calidad de la atención, seguridad y eficiencia hospitalaria, a la vez que articule las políticas públicas y los diferentes sectores involucrados en la asistencia hospitalaria (3) es un reto que exige del conocimiento de los elementos estructurales garantes de su implementación; tal es el caso del Trabajo Colaborativo en el MACP del que la literatura sugiere evidencia disponible que merece revisión, de tal forma que los hallazgos a partir del análisis de piezas investigativas que den cuenta de la experiencia de las instituciones con la implementación del modelo se identifique la contribución del trabajo colaborativo como elemento del modelo en la implementación exitosa y en los mejores resultados de la atención en salud.

En ese sentido “El trabajo colaborativo en el MACP: una revisión integrativa” surge como una necesidad de revisar el papel del trabajo colaborativo en la implementación del MACP que de acuerdo con la literatura es sugerido como un elemento clave a considerar en procesos de implementación exitosos. Así se pretende con los hallazgos de esta investigación favorecer el conocimiento sobre el mismo que pueda orientar la toma de decisiones clínicas y/o administrativa o el planteamiento de nuevas investigaciones.

### **1.7.1 Significancia Social**

La literatura científica reporta que la prestación de un servicio de salud carente de calidad impacta de forma decisiva en los usuarios, la sociedad, las instituciones y al sistema de salud, pues lleva a la prestación de servicios ineficaces, ineficientes, costosos en medio de climas organizacionales desfavorables (45); es por ello que la implementación de un MACP es esencial para mejorar la satisfacción del usuario y la eficiencia hospitalaria, ya que desde la esencia de dicho modelo, el sistema del cuidado de la salud se organiza en torno a la perspectiva del paciente (14) y por ende puede verse como mecanismo que abarca una amplia gama de objetivos, como la calidad, la seguridad, la toma de decisiones compartidas, la comunicación efectiva y la atención integral (46), siendo capaz de mejorar la oportunidad en la asistencia y ofrecer un cuidado de calidad cuando el paciente lo necesita y según sus necesidades físicas y psicológicas (1), impactando en su salud y expectativas, y demostrando su coherencia con las políticas en salud y con las responsabilidades ético- profesional de los proveedores de la atención en salud, además de que puede llegar a restaurar la confianza de la sociedad frente al sistema de salud, las instituciones y sus profesionales.

Como es claro, el mundo actualmente reconoce que la atención debe centrarse en el paciente, en sus necesidades y preferencias; de ahí que muchas organizaciones en salud hayan intentado o estén en procesos de implementación de un MACP; sin embargo su implementación puede ser un desafío, cuyo éxito dependa esencialmente de la comprensión de los elementos esenciales del modelo que lo hacen factible para obtener los mejores beneficios; Por tal razón fijar atención al trabajo colaborativo sugerido por la evidencia científica como un elemento del modelo puede ser fundamental para garantizar una adecuada implementación y lograr entre los principales

beneficios derivado de dicho elemento la construcción de un sistema que contemple la participación activa del paciente, la familia y los equipos multidisciplinarios para la resolución de problemas en común y toma de decisiones clínicas (15) de tal forma que se oriente la atención hacia paciente dentro de las mejores condiciones organizacionales.

### **1.7.2. Significancia Disciplinar**

El aporte a la disciplina de enfermería desde El trabajo colaborativo en el MACP: una revisión integrativa, tiene que ver principalmente con la identificación de la importancia del trabajo colaborativo en enfoques centrados en la persona, de tal forma que desde su comprensión el profesional de enfermería pueda participar desde su cuerpo de conocimientos y en el marco del liderazgo en los equipos interdisciplinarios enfocados en la consecución de las metas y objetivos de las organizaciones y principalmente en el cumplimiento de satisfacción de necesidades del paciente durante el proceso de atención.

La atención centrada en la persona e requiere de una asistencia y cuidado de la salud desde la colaboración interprofesional (47) por lo tanto el profesional de enfermería está llamado a formarse en sus diferentes escenarios, ya sea académico o asistencial en los elementos de la administración, a fin de participar de forma activa y coordinada como miembro del equipo de salud en los procesos organizacionales. Un enfermero líder puede influir en la puesta en práctica de la verdadera atención centrada en la persona y respaldar un enfoque interprofesional para favorecer la coordinación y colaboración a través del sistema de cuidado (13). Es por ello que el estudio del trabajo colaborativo en un MACP es esencial para lograr la comprensión de este

elemento en la atención centrada en la persona, que facilite a su vez la identificación del espacio que un Enfermero tendría en los procesos colaborativos para intervenir desde la esencia disciplinar y el conocimiento científico.

### **1.7.3 Significancia para el Conocimiento**

Conocer la importancia y el papel del Trabajo Colaborativo en la implementación de un MACP desde la evidencia científica, es un mecanismo esencial para la toma de decisiones clínicas, administrativas, investigativas y teóricas desde las cuales se puede tener un impacto en la asistencia clínica y en los modelos organizacionales.

Esta investigación por tanto pretende aportar mediante la integración de la evidencia científica hasta el momento publicada, al conocimiento del papel del trabajo colaborativo en la implementación de MACP, de tal forma que los profesionales, administradores, educadores, políticos, etc. encuentren en los hallazgos oportunidades de cambio, estructuración, generación o verificación que desde el ámbito en que se encuentren pueda impactar las prácticas de la asistencia clínica enfocada en la persona y generar verdaderas contribuciones en las transiciones de modelos de atención y en el caso específico contribuyan en la factibilidad del MACP.

#### **1.7.4 Significancia para el Sujeto de Cuidado**

Un modelo de atención centrado en el paciente cobra importancia para el sujeto de cuidado porque facilita la comprensión de su experiencia y la resolución plena de sus necesidades(48); lo reconoce como un participante que contribuye y se compromete en el cuidado y mejoramiento de los resultados de su salud, a través de la toma de decisiones compartidas (47), proceso derivado esencialmente según lo sugiere la literatura del trabajo colaborativo, el cual no solo favorece la participación de las diferentes disciplinas involucradas en el cuidado de la persona, sino que permite la construcción de un terreno común en el que el sujeto de cuidado interviene y se vuelve un ser activo dentro de las acciones del equipo de salud (7). Por tanto aportar desde el conocimiento del trabajo colaborativo en la implementación de un MACP favorecerá esencialmente la viabilidad de un modelo que cambia los procesos de atención paternalistas hacia uno en el que el sujeto de atención no solo es receptor de cuidado sino gestor del mismo.

## **2. MARCO CONCEPTUAL**

A continuación se desarrollaran en detalle los aspectos centrales del MACP y trabajo colaborativo, de tal que se logre un conocimiento inicial y orientador de la presente investigación.

### **2.1 Atención Centrada en la Persona**

Aunque la literatura en torno al MACP es amplia en las últimas décadas, no existe una definición estándar acordada. Sin embargo su desarrollo se ha venido dando con el tiempo.

Así, la Atención Centrada en la Persona ha evolucionado de ser reconocida como la interacción médico- paciente en donde se considera al paciente un ser irrepetible con una historia, hasta considerarse un acto de cuidado en el que el médico debe entrar en el mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos, llevando con esta precisión a la identificación de la experiencia del otro como esencial para lograr un cuidado de calidad que no solo requiere cambios individuales en las relaciones medico paciente sino, que es necesario de cambios radicales en el sistema de salud en general y de las instituciones en particular(7).

Por lo tanto, la atención centrada en la persona “vista desde los valores y las preferencias que al ser exaltadas guían todos los aspectos de la atención médica(43), se ha incluido como un componente estratégico de las organizaciones (49), la cual, para el logro de metas realistas de salud y vida, requiere de una verdadera relación dinámica entre las personas y todos los proveedores relevantes, es decir que debe trascender hacia la colaboración, de tal forma que se facilite la toma de decisiones en la medida en que el individuo lo desee (43). Es así que la atención centrada en el paciente empieza a precisarse como la atención organizada en torno al paciente, la cual por supuesto toma el enfoque de modelo que requiere de una estructuración adecuada para garantizarla(14).

Como modelo, la Atención Centrada en la Persona exalta a los proveedores, pacientes y familias que al hacer equipo logran la identificación y satisfacción de necesidades y preferencias del paciente (49).



## **2.2 Modelo de Atención Centrada en la Persona**

Hacia el año 2001 el instituto de medicina de los Estados Unidos (IOM) publica el informe “Cruzando el abismo de la calidad”, en donde propone la atención centrada en el paciente como uno de los 6 objetivos para mejorar la calidad en los sistemas de salud para el siglo XXI (7), impulsando con ello la necesidad de implementación de la misma como un modelo.

Así, se empezaría a hablar de la atención centrada en la persona como: “un enfoque o modelo innovador para la planificación, prestación y evaluación de la atención en salud que se basa en las asociaciones mutuamente beneficiosas entre el paciente, la familia y los proveedores, bajo los principios de respeto, información, toma de decisiones compartidas y colaboración” (14) que más tarde por tanto daría lugar a la denominación explícita de MACP.

Así, surge la definición de la atención centrada en la persona dentro del modelo, como el esfuerzo colaborativo que involucra a pacientes, proveedores de salud, familias y demás involucrados en el proceso de atención para lograr un sistema integral en el que se comparte conocimiento y se trabaja en objetivos comunes, para lo cual requiere de elementos como la colaboración y la calidad (49)

## **2.3 Aspectos Históricos del Modelo de Atención Centrado en el Paciente**

De acuerdo a la literatura, hace 30 años la Atención Centrada en la Persona era apenas una idea emergente, que al paso del tiempo tomo fuerza para constituirse en una alternativa de respuesta a la gran demanda de una atención en salud segura y de calidad.

Uno de los pioneros más sobresalientes de la atención centrada en la persona fue Harvey Picker, quien fundó hacia la década de los noventa el Instituto Picker una organización centrada en las perspectivas del paciente que desafió el sistema de salud Estadounidense, para entonces científica y tecnológicamente calificada, pero desconocedora de las necesidades y preferencias de estos(14).

Otras organizaciones también surgieron en la década de los noventa, como es el caso de Planetree, fundada por Angélica Thieriot, quien tras su experiencia con los hospitales propuso una atención de salud de calidad en un ambiente verdaderamente curativo que facilitara la participación del paciente. (14).

#### **2.4 Aspectos Administrativos del Modelo de Atención Centrada en el Paciente**

Desde la publicación del informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) diversos investigadores han buscado visibilizar como el éxito del enfoque centrado en la persona debe favorecer las asociaciones entre proveedores, pacientes y familias para identificar y satisfacer las necesidades de los mismos de tal forma que a través de ellas se pueda conducir a las organizaciones (14).

Considerando lo anterior esta investigación desarrollo las siguientes conceptualizaciones en torno al trabajo colaborativo sugerido en la literatura como un elemento del MACP.

### **2.4.1 Trabajo Colaborativo**

Se ha definido al trabajo colaborativo como la continua interacción de dos o más profesiones o disciplinas, organizadas en un esfuerzo común para resolver o explorar problemas comunes con la mejor participación posible del paciente y su familia (15); el cual según Chiavenato consta de aspectos como: 1) cohesión ó atracción que ejerce la condición de ser miembro de un grupo, 2) asignación de roles que facilita la eficiencia de las tareas, 3) comunicación que garantiza el desarrollo de tareas en la interacción, 4) definición de objetivos o metas en común para favorecer el trabajo en equipo, y 5) Interdependencia positiva o apoyo entre los miembros para lograr el desarrollo de tareas (16).

Existe evidencia que sugiere que el modelo de atención centrado en la persona opera bajo la estructura del trabajo colaborativo (9), y es de dicha estructura que se desprende la flexibilidad del modelo para atender las necesidades del paciente, además que facilita la descentralización del poder en las organizaciones de salud, de tal forma que la participación y la colaboración interprofesional y con el paciente es posible (9) y se materializa en la toma de decisiones compartidas (18).

Respecto a su estructura operativa la literatura plantea que el trabajo colaborativo está relacionado con la gestión por procesos, que en oposición a la gestión tradicional, responde a una visión integradora y horizontal de la organización, que jerarquiza al paciente y tiene como medición de resultado fundamental la satisfacción del usuario, mientras da participación a los diferentes integrantes del equipo de salud, los cuales son los protagonistas de la mejora continua de la calidad, poniendo especial énfasis en el trabajo en equipo y la contribución de las diferentes disciplinas (7).

La existencia del trabajo colaborativo en el MACP eliminaría cualquier forma de paradigma rígido y burocrático e incluiría sistemas que propician la gestión del talento humano y reconoce que el cambio es inherente a la persona y un reflejo de quienes integran la organización, por lo que el trabajo colaborativo se caracterizaría por la integración armónica de funciones, responsabilidades compartidas, realización de actividades de forma coordinada, planificación enfocada a objetivos comunes y trabajo en equipo efectivo, que daría lugar a la mejora de la producción, calidad, compromiso o cumplimiento de roles, cambio e integración de las personas (19), además de mejorar la experiencia de la atención, la eficiencia en el servicio, satisfacción del personal, seguimiento continuo, mejora de resultados clínicos y crecimiento profesional (20). Es por esto que muchos autores convergen en acuñar al trabajo colaborativo como un elemento medular de la atención centrada en la persona, ya que refleja la esencia del modelo su alcance y objetivos.

#### **2.4.2 Trabajo en equipo**

Dado que la colaboración significa trabajar juntos (21), es necesario comprender lo que es el trabajo en equipo, definido como “un número pequeño de personas con habilidades complementarias que se comprometen con un propósito común, el cumplimiento de metas y enfoques para los cuales se consideran mutuamente confiables, (22)” esas habilidades están dentro de tres categorías: pericia técnica o funcional, toma de decisiones y solución de problemas y habilidades interpersonales, las cuales hacen que el equipo logre su mayor desempeño y los

mejores beneficios para la organización y el más alto rendimiento para el grupo, por lo que es necesaria su conocimiento elemento dentro del trabajo colaborativo(22).

Los equipos de alto rendimiento son esenciales para la efectividad y eficiencia de las organizaciones, por lo que la colaboración y el trabajo en equipo pueden ser esenciales para alcanzar resultados laborales de calidad y control de costos en el cuidado al paciente (22).

Los beneficios que se obtienen con un equipo funcional son: el aumento de la capacidad para hacerle frente a la atención basada en la evidencia, mejora de la eficiencia y número de pacientes atendidos, mejora de la experiencia de la atención y los resultados, seguimiento preventivo, satisfacción y crecimiento profesional del personal sanitario, y satisfacción del cliente (20). Así pues, la Atención Centrada en el Paciente y/o Persona se beneficiaría cuando hay un trabajo en equipo interprofesional, en donde dos o más profesiones o disciplinas interactúen, utilizando su conocimiento en función del otro (23).

### **2.4.3 Trabajo interprofesional**

Tras un establecimiento claro trabajo en equipo, es esencial avanzar hacia la sincrónica del mismo para lograr un verdadero trabajo interprofesional, el cual involucra la complementariedad de competencias entre los miembros como garantía de colaboración para lograr objetivos en común. (51). Esta forma de trabajo cobra gran relevancia en el establecimiento por tanto de prácticas colaborativas en enfoques centrados en la persona.

#### **2.4.4 Interdisciplinariedad**

La interdisciplinariedad implica la interacción de varias disciplinas mediante el diálogo y la colaboración para alcanzar la meta de un nuevo conocimiento (52). Así, puede verse como la colaboración es una práctica esencial para lograr equipos funcionales desde la interdisciplinariedad.

#### **2.4.5 Descentralización**

Las investigaciones sugieren que la solución de problemas de forma igualitaria más que jerárquica, puede conducir a un mejor resultado con el paciente (24), o a un equilibrio entre el poder y el control, que a su vez llevaría a equilibrio en la resolución de necesidades del paciente en forma particular y de la organización en forma general, es por ello que el trabajo colaborativo promueve la descentralización del poder y además la cualificación y preparación de los miembros del equipo de salud para ejercer su participación en la organización (25).

Tomando en cuenta lo anterior, es importante considerar el concepto de descentralización como “la dispersión del poder en la toma de decisiones en muchos puntos de la organización, en el cual los empleados de los niveles más bajos tienen la autoridad de tomar ciertas decisiones. (22)” o dicho de otro modo “el grado al que los individuos sin poder directivo ejercen poder sobre el proceso de decisión, también llamado: descentralización horizontal. (22)”

Dentro de la Atención Centrada en el Paciente y el trabajo colaborativo inmerso en esta, la descentralización del poder es fundamental para lograr una base de igualdad entre los miembros del equipo (15), para lograr un propósito más grande en una responsabilidad compartida con otros (21).

#### **2.4.6 Liderazgo**

La evidencia reporta que en la atención centrada en el paciente y el trabajo colaborativo inmerso en esta, el liderazgo es un elemento constitutivo importante (26), cuya existencia se deriva de la influencia que se da entre los miembros del equipo para logro de metas; según el Colegio Americano del cuidado de la Salud tiene que ver con la capacidad de inspirar excelencia individual y organizacional, para crear una visión compartida y gestionar con éxito el cambio para alcanzar los fines estratégicos de la organización (26).

El liderazgo es esencial, aumenta las destrezas y habilidades que se requieren para facilitar el trabajo con otras personas en diversas situaciones y favorece la comprensión y control del trabajo profesional (22), lo cual lleva al éxito en el trabajo colaborativo.

#### **2.4.7 Autonomía**

Como producto de la socialización, a lo largo de la experiencia vital, cada persona adquiere valores a los que la sociedad ha dado un significado, uno de ellos por ejemplo es la autonomía, definido como la que permite al sujeto desarrollarse sin limitación alguna, libremente, con responsabilidad (27).

En términos profesionales “la autonomía se define como la autoridad y responsabilidad sobre las propias decisiones, actividades o ambas, (22)” por lo que es fundamental en entornos académicos y laborales basados en el aprendizaje colaborativo y el trabajo colaborativo respectivamente. En relación al trabajo colaborativo, que ha surgido como una metodología para abordar problemas complejos a partir de la interacción de ideas de personas especializadas, la autonomía tiene una

verdadera importancia, ya que gracias a ella cada profesional es capaz de asumir su responsabilidad en la consecución de metas grupales, acciones para el logro de las mismas y por su puesto de los fracasos (27).

#### **2.4.8 Gestión por procesos**

Los procesos se consideran actualmente como la base organizativa y operativa de gran parte de las organizaciones bajo los cuales se desarrollan políticas y estrategias sólidas, es decir, que se han convertido en los modelos de gestión empresarial, cuyas características fundamentales son la evaluación y mejoramiento permanente, además del trabajo en equipo (28).

La gestión por procesos, responde a una visión integradora y horizontal de la organización que jerarquiza al paciente y su familia, y tiene como medición de resultado la satisfacción del usuario, su seguridad y calidad. En cada tramo de los procesos da participación a los diferentes integrantes del equipo y los convierte en un motor de cambio en la mejora continua de la calidad, poniendo así especial énfasis en el trabajo en equipo y en el aporte de distintas disciplinas (7).

El enfoque por procesos ha cobrado tanta importancia, que en Colombia la Acreditación en salud exige en las organizaciones un enfoque por procesos, en donde las necesidades del cliente interno y externo sea su centro (29), dando cuenta con esto que las organizaciones en salud Colombianas para lograr los estándares máximos de calidad debe centrar su atención en el paciente y su familia e incursionar en la gestión por procesos, la cual por supuesto requiere del trabajo en equipo basado en la colaboración.



## **2.5 Aspectos de la Calidad Relacionados con el Modelo de Atención Centrado en el Paciente**

Dado que en el MACP la alta calidad clínica es fundamental para lograr los mejores resultados en la atención en salud al paciente y su familia (14), los siguientes elementos deben tenerse en cuenta.

### **2.5.1 La Calidad**

En el presente siglo la búsqueda del ideal de la calidad se ha convertido en un verdadero movimiento alrededor del mundo, perseguido a través de diversos caminos como: la planeación estratégica, la ingeniería de procesos, la administración de la calidad, los sistemas de gestión de la calidad y los estándares de calidad o derroteros de productividad y competitividad, cuyo fin último en las organizaciones es lograr una cultura de calidad que permita la meta insuperable de todos los servicios: la satisfacción del usuario (30).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano tomando en cuenta un enfoque centrado en el usuario y aspectos como la accesibilidad, oportunidad, seguridad, ha definido a la calidad como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción de los usuarios” (31). Por otro lado, Avedis Donabedian concibe la calidad como el producto de dos factores, una es la ciencia y la tecnología de la salud y otro es la aplicación de la ciencia y la tecnología a la práctica real. Según este autor la calidad se

caracteriza por contener atributos como: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad, por lo tanto tomados por separado o en la variedad de sus combinaciones estos atributos constituyen la definición de calidad (31).

### **2.5.2 Evaluación de la Calidad**

La interacción que se da entre los elementos núcleos del modelo de Atención Centrada en el Paciente y/o Persona de acuerdo con la literatura, se ilustran e integran en la estructura - proceso - resultado, del Modelo de Atención de calidad en salud de Avedis Donabedian (13), los cuales han permitido estimar los grados de calidad de la asistencia sanitaria en medio de un proceso asistencial continuo, en donde los fines y los medios no se separan (32), y donde el trabajo colaborativo puede ser definitorio en cada uno de ellos.

Donabedian presentó hace más de 30 años los tres enfoques para evaluar los grados de calidad, que a su vez llevan a determinar si la calidad de la atención es buena, regular o mala, definiendo la **Estructura**, como las condiciones en que se presta la atención, y comprende los recursos materiales, económicos, humanos y de configuración del sistema; todos ellos esenciales para determinar la calidad que el sistema es capaz de ofrecer y para identificar la importancia del trabajo colaborativo en los modelos de Atención Centrados en el Paciente y/o Persona dentro de este enfoque (31); En el enfoque de **Proceso**, se llevan a cabo todas las actividades que constituyen el cuidado de la salud, las cuales son llevadas a cabo generalmente por el personal de salud, con contribución del paciente y su familia y permiten tomando en cuenta los resultados elaborar juicios de la calidad, en este enfoque se hace aún más evidente la relevancia del trabajo colaborativo entre el personal y de este con el paciente y la familia (31); finalmente en el enfoque

de **Resultado**, se encontrarán los cambios deseables o indeseables en los individuos y población atribuidos a la atención sanitaria, que reconocerán en últimas lo que se le hizo al paciente y la habilidad con que se le hizo (31), ya que muchos de los resultados son sensibles de evaluación por el paciente, por ende las interacciones de los elementos de la estructura y el proceso se harán visibles en la evaluación de los resultados y evidenciarán la importancia del trabajo colaborativo en los mismos.

## **2.6 Modelo de Atención Centrado en la Persona en el Contexto Colombiano**

En Colombia, el modelo de atención bajo el cual se rige la asistencia sanitaria se basa en la organización de la atención, las actividades y los recursos desde la perspectiva del servicio a las personas (33) y no desde las necesidades y preferencias de estas, básicamente como un modelo funcional, con resultados desfavorables que para transformar probablemente requieren de modelos centrados en el paciente en donde los actores del sistema sean orientados bajo un pensamiento sistémico en la búsqueda de una meta en común (1).

Podría decirse que en Colombia, de acuerdo a sus normas la atención en salud está orientada hacia la eficiencia hospitalaria y el gasto en salud, en donde el paciente deja de ser un fin, para ser un medio de los propósitos económicos de la organización (3).

Sin embargo, tal vez por los resultados desfavorables para los involucrados en el sistema, especialmente los pacientes, en la actualidad se visibiliza la necesidad del cambio en el modelo de atención en salud, por ejemplo el Ministerio de Salud y Protección Social emitió la directriz acerca de la seguridad del paciente, por la que deben velar las instituciones, advirtiendo sobre la

necesidad de propuestas en torno al paciente. Por otro lado, en el caso de las instituciones que buscan los mejores estándares de calidad deben cumplir las disposiciones del Sistema General de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, las cuales contempla en el proceso de acreditación de las organizaciones de salud la existencia de procesos enfocados al cliente, visibilizando en la norma algunos de los elementos del Modelo de Atención Centrada en el Paciente, que lo hacen factible de implementación para Colombia.

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud, decreto 1011 de 2006, definido como el “conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país” define en su artículo 2 a la atención de salud como “el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población”, y a la calidad de la atención de salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios (34); dejando claro que la satisfacción de usuario es el fin de todos los procesos de mejoramiento continuo que la norma exige.

Considerando lo anterior algunas instituciones de salud contemplan o se encuentran en el proceso de implementación del MACP, como por ejemplo Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá quien desde el 2015 definió implementar estándares de Atención Centrada en la Persona de la organización Planetree con el objetivo de impactar positivamente a pacientes,

familias y comunidad para lograr desenlaces y resultados clínicos que superen las expectativas del paciente y la familia haciendo un uso adecuado de los recursos (50), dando cuenta con su iniciativa que en Colombia el MACP es relevante para prestar atención en salud de calidad y vale la pena su proceso de implementación. Esto mismo lleva a pensar en la importancia de conocer muy claramente sus elementos medulares y estructurales que garantizan el éxito de su implementación.

## **2.7 Trabajo Colaborativo en el Modelo de Atención Centrado en la Persona en el Contexto Colombiano.**

En el contexto de la Acreditación en salud, diversas instituciones de Salud Colombianas han buscado lograr una administración por procesos que facilite los mayores beneficios para los usuario; de tal manera que muchas de las Instituciones han buscado y promovido formas de organización en equipo en donde se promueva el trabajo colaborativo a fin de lograr la más alta calidad(44); sin embargo aunque hay importantes iniciativas en torno al trabajo colaborativo el reto para centrarse en el paciente aun es desafiante y requiere un verdadero esfuerzo organizacional en el que se reconozca el enfoque hacia el paciente desde la plataforma estrategica y se comprendan sus elementos esenciales orientadores en su implementación, los cuales en el contexto Colombiano probablemente se requiera ganar experiencia.

### 3. MARCO METODOLÓGICO

#### 3.1 Marco de Diseño

##### 3.1.1 Tipo de Estudio

Considerando el objetivo de esta investigación y la importancia de conocer el desarrollo investigativo en torno al trabajo colaborativo como elemento estructural para implementación del MACP para la toma de decisiones clínicas y administrativas, se establece como método de esta investigación: la revisión integrativa de la literatura; la cual permite la búsqueda, la evaluación crítica, y la síntesis de las evidencias disponibles entorno al fenómeno de interés para **alcanzar el estado actual del conocimiento**, el desarrollo teórico y el logro de implementación de intervenciones efectivas en la asistencia sanitaria; así como la identificación de lagunas para próximos estudios (25).

##### 3.1.2 Fases del Estudio

La presente investigación se lleva a cabo bajo la estrategia metodológica desarrollada por Robin Whitemore y Kathleen Knaf, quienes establecen dentro de una Revisión Integrativa las siguientes etapas: 1) Identificación de problema 2) Búsqueda de literatura, 3) Evaluación de datos, 4) Análisis de datos y 5) Presentación. (17)

### **a) Identificación del problema de investigación**

La adopción del Modelo de Atención Centrado en la Persona para la prestación de los servicios de salud puede no ser suficiente para lograr los verdaderos objetivos y obtener los beneficios del modelo; su implementación exitosa puede implicar de acuerdo con la literatura la comprensión de la metodología de relación que los actores del sistema y/o institución de salud deben adoptar, así como las necesidades estructurales que deben prever para lograr servicios de salud de calidad con verdadero impacto en la productividad y sostenibilidad de las organizaciones.

Desde esta perspectiva es esencial identificar los elementos medulares que al implementarse realmente le permitan a las organizaciones centrar su atención en la persona mientras son productivas, es decir cumplir el objetivo de la atención en salud dentro de la administración de los servicios de salud, este es el caso del Trabajo Colaborativo.

Así, conocer a través de la evidencia la experiencia de las la instituciones que han implementado el MACP considerando el trabajo colaborativo como elemento esencial de la misma puede orientar asertivamente toma de decisiones organizacionales para lograr los mejores resultados en la atención en salud que se pretenden con dicho modelo.

Dado lo anterior esta investigación busca responder ¿Cuál es el estado actual de la literatura disponible frente al papel del trabajo colaborativo en la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona?

**b) Búsqueda sistemática de la literatura,** se definieron los siguientes criterios:

- La búsqueda de la literatura se realizó bajo los Tesauros MeSH y DeSC que permitieron recuperar los estudios indexados bajo su nomenclatura.
- Los descriptores y la definición que se utilizó para el estudio y se encontró dentro de terminaciones MeSH:
  - ✓ **Patient Centered Care:** Diseño del cuidado del paciente, donde los recursos y personal son organizados alrededor de los pacientes y no entorno a los departamentos especializados.
  - ✓ **Teamwork:** Factor relacionado con la atención en salud que reduce los errores médicos y mejora la satisfacción del paciente.
- Los siguientes son los descriptores y la definición que se utilizó para el estudio y se encuentran dentro de terminaciones DeCs:
  - ✓ **Conducta Cooperativa – Comportamiento Cooperativo:** La interacción de dos o más personas u organizaciones dirigidas hacia un objetivo común mutuamente beneficioso.
  - ✓ **Paciente:** individuo que participa en el sistema de atención en salud con el fin de recibir un procedimiento terapéutico, de diagnóstico, o preventivo.
  - ✓ **Atencion – Atençaõ:** concentración en ciertos aspectos de la experiencia actual y exclusión otros.
- Se utilizaron términos libres para combinación de descriptores y lograr con ello la recuperación de literatura probablemente indexada bajo dicha terminología. Para el presente estudio se utilizaran los siguientes:



- ✓ **Client Centered Care**
- ✓ **Person Centered Care**
- ✓ **Collaborative Care**
- ✓ **Collaborative practice**
- ✓ **Familia**

- Los operadores boléanos mediante los cuales se combinaron los descriptores del presente estudio son:

✓ **AND**

✓ **OR**

- Las ecuaciones finales para la búsqueda de la literatura definida para este estudio son:

[(Patient Centered Care) **OR** (Client Centered Care) **OR** (Person Centered Care) **AND** (Collaborative Care) **OR** (Teamwork) **OR** (Collaborative Practice)].

[(Conducta cooperativa) **AND** (Comportamiento cooperativo) **AND** (Atención al Paciente y Familia) **AND** (Atenção al paciente y Familia)].

- La búsqueda de la literatura se realizó mediante los recursos electrónicos de la Universidad Nacional de Colombia; específicamente: OVID, EBSCO Y BVS, los cuales contienen un número significativo de bases de datos con disponibilidad de los textos (Academic Search Complete, Medline, Medline Complete, IBECS, LILACS, BDNF, CUMED, BINACIS). No se incluye literatura gris buscando identificar referencias con mayor evidencia científica, por tal razón para esta investigación solo se incluyen aquellas indexadas en bases de datos científicas.
  
- Los filtros (criterios de inclusión) de búsqueda que se emplearon son:
  - ✓ Publicaciones entre los años 2010 a 2018.
  - ✓ Publicaciones en idioma Español, Inglés y Portugués.
  - ✓ Publicaciones disponibles en texto completo
  - ✓ Publicaciones de abordaje Cuantitativo y Cualitativo
  - ✓ Publicaciones tipo artículo
  
- Los criterios de exclusión que se tuvieron en cuenta en el estudio son:
  - ✓ Investigaciones que no aborden explícitamente el fenómeno de interés y/o variables del estudio: el trabajo colaborativo y modelo de atención centrado en la persona.
  - ✓ Publicaciones repetidas entre las bases de datos
  
- Etapas de la búsqueda bibliográfica:
  - ✓ Identificación de la literatura: en esta etapa se definieron las publicaciones potencialmente relevantes tras el ingreso de la ecuación de búsqueda en los diferentes recursos bibliográficos: EBSCO, OVID, BVS.

- ✓ Cribado: Se aplicaron los filtros de búsqueda y lectura de títulos (se excluyeron las que no guarden relación con fenómeno de interés: el trabajo colaborativo en el MACP)
- ✓ Elegibilidad : se extrajeron las publicaciones potencialmente elegibles y se excluyeron aquellas repetidas o que en sus resúmenes no tenían o no guardaban relación con el fenómeno de interés el trabajo colaborativo en el MACP
- ✓ Inclusión: las publicaciones potencialmente elegibles se leyeron en texto completo y se evaluaron, este proceso permitió obtener las publicaciones finales. Los criterios de evaluación de las piezas investigativas son: presentación de antecedentes y planteamiento problemático, coherencia de planteamiento problemático y objetivos, enfoque metodológico, criterios éticos, resultado y conclusiones del estudio.

**c) Evaluación de los datos: lectura Crítica de piezas investigativas**

Dependiendo del tipo de estudio se realizó la evaluación crítica de las piezas finales de la etapa de inclusión mediante los instrumentos definidos para cada uno (**anexo 10.1**) así:

**Tabla 1:** Instrumentos por tipo de estudio

<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>INTRUMENTO DE EVALUACION</b>
Ensayos aleatorios	Consort
Estudios observacionales	Strobe
Revisiones de literatura y sistemáticas	Prisma ó Caspe según sea el caso

Estudios Cualitativos	Caspe
Ensayos Clínicos	Caspe

**Fuente:** elaboración propia

#### **d) Análisis de datos: integración de la información:**

Con el objetivo de lograr el rigor en el proceso de análisis, las piezas investigativas (muestra final del estudio) se ordenaron, codificaron, categorizaron, resumieron e integraron buscando hacer reducción de datos, visualización de datos, comparación de datos, síntesis y análisis de datos para construcción de resultados y presentación de los mismos.

#### **1.1.1 Control de Sesgos**

- e) El sesgo de idioma se controló mediante la traducción de piezas investigativas por expertos en el idioma en que se encuentra publicada la investigación.
  
- f) Sesgo de selección se evitó mediante la selección sistemática de piezas investigativas de acuerdo con los criterios de inclusión, de tal forma que dicha selección fuera exhaustiva en las bases de datos consultadas de la Universidad Nacional de Colombia. Frente a la información encontrada en las piezas investigativas fue tratada conforme a lo dispuesto en el principio de veracidad contemplado en respeto a la propiedad intelectual, de tal forma que la información no se seleccione a conveniencia de la investigación.

- g) El sesgo confirmatorio en la presente investigación se evitó a partir del uso la lectura completa de los textos bajo criterios de evaluación.
- h) Se evitó caer en sesgos de publicación haciendo uso de tesauros incluidos en la clasificación Medical Subject Headings (MESH) y (DeSC) que permiten la identificación del fenómeno en la bases de datos.
- i) Se evitó el sesgo de duplicación mediante el uso de una matriz de Excel que permitió la filtración de las piezas investigativas repetidas entre las bases de datos.
- j) El sesgo de selección, dado que la presente investigación tiene como criterios de inclusión: publicaciones gratuitas en texto completo en las bases de datos de la Universidad Nacional de Colombia se deja claro que existe la posibilidad de la no inclusión de piezas investigativas no disponibles en las bases de datos establecidas.

### **1.1.2 Consideraciones Éticas**

De acuerdo con la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se identifica que el presente estudio tiene un riesgo inferior al mínimo, por lo que se considera que no presenta riesgo.

Las diferentes publicaciones y/o piezas investigativas objeto de análisis y sustento o respaldo del presente trabajo fueron tratadas de acuerdo con las disposiciones de respeto a la propiedad

intelectual, que a su vez hacen de la presente investigación una verdadera contribución a comunidad académica, científica y social.

Las disposiciones éticas y jurídicas que se tuvieron en cuenta en el presente trabajo son las siguientes:

**Respeto por la propiedad Intelectual** definida como un “derecho complejo de dominio especial sobre las creaciones del talento humano que se concede a los autores o inventores y que a su vez permite a la sociedad hacer uso de esas creaciones. (36)” Contemplando así el respeto por el derecho de autor consagrados en la ley 23 de 1982 (36) Según esta ley los autores de cualquier tipo de obra conservaran sus derechos sobre ellas de forma perpetua, inalienable e irrenunciable, y deben ser citados en cualquier publicación (37).

A si mismo se tomaron en cuenta los principios de veracidad, objetividad, autenticidad, relevancia, precisión y honestidad en el manejo y trato de la información de la presente investigación (38).

### **1.1.3 Consideraciones Ambientales**

Dentro la responsabilidad en el cuidado del medio ambiente en esta investigación se evitó el uso indiscriminado de papel u otro elemento que pueda tener un impacto ambiental negativo.

### **1.1.4 Plan para socialización de resultados**

Los resultados de este estudio se divulgarán a la comunidad académica y científica en general mediante: la tesis, que hará parte del repositorio de la Universidad Nacional de Colombia y podrá

ser consultada; además se espera realizar un artículo con los resultados del estudio para su publicación en una revista indexada y mediante la socialización en eventos de interés para la comunidad científica.

## **1.2 Marco de Análisis**

El análisis de los estudios (muestra de la investigación) se llevó a cabo mediante el siguiente proceso:

- a. Se caracterizaron los estudios con el objetivo de realizar reducción de datos, para ello se agruparon por tipo de estudio.
- b. Con la información filtrada se identificaron los temas centrales de cada estudio.
- c. Una vez identificados los temas centrales de los estudios, se organizaron con el objetivo de establecer las categorías de análisis.
- d. Con las categorías de análisis establecidas se realizó el proceso de comparación de datos en donde se identificaron las fortalezas, debilidades y retos que ofrecen las piezas investigativas.
- e. Finalmente se presenta los resultados y análisis final en un mapa conceptual que da cuenta de las relaciones identificadas, puntos de convergencia o divergencia encontrados, los cuales se revisaron a la luz del objetivo del estudio.

### 1.3 Materiales y Método

La búsqueda bibliografía se efectuó en Mayo de 2019 bajo la combinación de los descriptores Patient Centered Care, Client Centered Care, Person Centered Care, Collaborative Care, Teamwork, Collaborative Practice, Conducta cooperativa, Comportamiento cooperativo, Atención al Paciente y Familia y Atenco al paciente y Familia, en lo recursos bibliográficos definidos para la búsqueda: EBSCO, OVID y BVS, los cuales contienen las diversas bases de datos arriba descritas.

Con el ingreso de las ecuaciones resultantes de la combinación de los descriptores y operadores boléanos se obtuvo los siguientes resultados:

**Tabla 2: ESTUDIOS PUBLICADOS POR RECURSO BIBLIOGRÁFICO**

<b>Ecuación de búsqueda /recurso bibliográfico</b>	<b>EBSCO</b>	<b>OVID</b>	<b>BVS</b>
[[Patient centered care) <b>OR</b> (Client centered care) <b>OR</b> (Person centered care) <b>AND</b> (Collaborative care) <b>OR</b> (Teamwork) <b>OR</b> (Collaborative practice)]	123.903 artículos publicados	9.414 artículos publicados	4.025 artículos publicados
[[Conducta cooperativa) <b>AND</b> (Comportamiento cooperativo) <b>AND</b> (Atención al Paciente y Familia) <b>AND</b> (Atenco al paciente y Familia)].	0 artículos publicados	0 artículos publicados	240 artículos publicados

**Fuente:** Elaboración propia

En cada recurso bibliográfico y con cada ecuación de búsqueda se ingresaron los siguientes filtros para especificación de la misma: publicaciones entre 2010 y 2018, publicaciones



disponibles en texto completo, publicaciones investigativas y tipo artículo, y finalmente aquellas que estuvieran en español, inglés y portugués. Con el ingreso de estos filtros (correspondientes a criterios de inclusión) se obtuvo la muestra inicial bajo la cual se inició proceso de filtrado por criterios de exclusión descritos para el estudio.

La siguiente tabla muestra las piezas investigativas con la que se inició el proceso de filtrado a partir de criterios de exclusión descritos, y a partir de la cual se elaboró una base de datos en Excel con los siguientes elementos esenciales para proceso de depuración de artículos: consecutivo del artículo, ecuación de búsqueda, título original, traducción de título en los caso de idioma diferente al español, autores, año de publicación, idioma, recurso bibliográfico, tipo de estudio, disponibilidad de texto y razón de descarte

**Tabla 3: ESTUDIOS RESULTANTES TRAS APLICACIÓN DE CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

<b>Ecuación/recurso bibliográfico</b>	<b>EBSCO</b>	<b>OVID</b>	<b>BVS</b>	<b>TOTAL</b>
[(Patient centered care) <b>OR</b> (Client centered care) <b>OR</b> (Person centered care) <b>AND</b> (Collaborative care) <b>OR</b> (Teanwork) <b>OR</b> (Collaborative practice)]	20 artículos publicados	1610 artículos publicados	835 artículos publicados	2465 artículos publicados
[(Conducta cooperativa) <b>AND</b> (Comportamento cooperativo) <b>AND</b> (Atención al Paciente y Familia) <b>AND</b> (Atenção al paciente y Familia)].	0 artículos publicados	0 artículos publicados	6 artículos publicados	6 artículos publicados
<b>TOTAL</b>	20 artículos publicados	1606 artículos publicados	845 artículos publicados	2471 artículos publicados

**Fuente:** Elaboración propia

Con la base de datos elaborada en Excel y mediante las herramientas que este programa ofrece se realizó el descarte de las piezas investigativas repetidas por método binario el cual facilito la

identificación de títulos iguales y posteriormente la selección de los repetidos, los cuales se sombrearían de color para identificar su exclusión y facilitar su filtro de la base de datos.

Dado que la base de datos contiene para cada estudio el recurso bibliográfico en el que se publicó fue posible identificar los estudios repetidos para cada una de ellas y por tanto identificar la totalidad de los mismos.

La siguiente tabla muestra dicha exclusión:

**Tabla 4: ESTUDIOS RESULTANTES TRAS APLICACIÓN DE CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

<b>Ecuación/recurso bibliográfico</b>	<b>EBSCO</b>	<b>OVID</b>	<b>BVS</b>	<b>TOTAL</b>
[(Patient centered care) <b>OR</b> (Client centered care) <b>OR</b> (Person centered care) <b>AND</b> (Collaborative care) <b>OR</b> (Teamwork) <b>OR</b> (Collaborative practice)]	0 artículos repetidos	418 artículos repetidos	160 artículos repetidos	578 artículos repetidos
[(Conducta cooperativa) <b>AND</b> (Comportamiento cooperativo) <b>AND</b> (Atención al Paciente y Familia) <b>AND</b> (Atenção al paciente y Familia)].	0 artículos repetidos	0 artículos repetidos	2 artículos repetidos	2 artículos repetidos
<b>TOTAL</b>	0 artículos repetidos	413 artículos repetidos	159 artículos repetidos	580 artículos repetidos

**Fuente:** Elaboración propia

Con la exclusión de 580 piezas investigativas repetidas y con un total de 1891 estudios restantes se procedió a realizar un filtrado que permitiera la identificación del fenómeno de interés y/o variables del estudio: el trabajo colaborativo y modelo de atención centrado en la persona en su título y resumen, así pues todas aquellas investigaciones que no relacionaran las variables o fenómeno serían excluidas de los 1891 estudios de la base de datos elaborada en Excel, y en la

casilla de razón de exclusión se identificaría la exclusión por esta razón con las palabras título y resumen, las cuales posteriormente permitirían el filtrado en Excel y por tanto el conteo de la cantidad de estudios excluidos por esta razón.

La siguiente tabla identifica el número de publicaciones excluidas por esta razón.

**Tabla 5: ESTUDIOS EXCLUIDOS POR TÍTULO Y RESUMEN**

<b>Ecuación/recurso bibliográfico</b>	<b>EBSCO</b>	<b>OVID</b>	<b>BVS</b>	<b>TOTAL</b>
[(Patient centered care) <b>OR</b> (Client centered care) <b>OR</b> (Person centered care) <b>AND</b> (Collaborative care) <b>OR</b> (Teamwork) <b>OR</b> (Collaborative practice)]	20 excluidas	1187 excluidas	668 excluidas	1875 excluidas
[(Conducta cooperativa) <b>AND</b> (Comportamiento cooperativo) <b>AND</b> (Atención al Paciente y Familia) <b>AND</b> (Atenção al paciente y Familia)].	0 excluidas	0 excluidas	4 excluidas	4 excluidas
<b>TOTAL</b>	20 excluidas	1187 excluidas	672 excluidas	1879 excluidas

**Fuente:** Elaboración propia

Así, tras el proceso de filtrado por título y resumen de 1891 piezas investigativas se identificó 1879 que no relacionaban el fenómeno de interés y/o variables del estudio: trabajo colaborativo y modelo de atención centrado en sus título y resumen, el filtrado daría lugar 12 artículos que tendrían en su título y/o resumen el fenómeno de interés o las variables del estudio.

Dado que cada estudio en la base de datos de Excel especifica la herramienta bibliográfica de la cual se extrajo fue posible identificar la totalidad de estudios potencialmente elegibles que relaciona el fenómeno de interés y/o variables del estudio.



De los 12 estudios potencialmente elegibles, 8 fueron estudios cualitativos (66.6%), 2 estudios Cuantitativos (16.6%) y 2 Mixtos (16.6%). Estos estudios se sometieron al proceso de lectura completa con el objetivo de examinar que el fenómeno de interés del presente estudio se desarrollara; en este proceso excluyeron 6 estudios. La siguiente tabla muestra las razones de exclusión de dichos artículos.

**Tabla 7: ESTUDIOS EXCLUIDOS POR LECTURA DE TEXTO COMPLETO**

<b>TITULO</b>	<b>TIPO DE ESTUDIO</b>	<b>RAZON DE EXCLUSION</b>
Transforming End-of-Life Care by Implementing a Patient-Centered Care Model: Findings From an Action Research Project	Mixto	No aborda fenómeno de interés en lectura completa de estudio. Revisa la atención centrada en el paciente en un hospicio paliativo pero no considera variable trabajo colaborativo en su investigación.
How Interdisciplinary Teamwork Contributes to Psychosocial Cancer Support.	Cualitativo	No aborda fenómeno de interés en lectura completa de estudio. No establece la relación del trabajo colaborativo en la atención integral y/o centrada en el paciente.
A multi-dimensional analysis of person-centred collaborative practice for designing an educational curriculum in continuing care centres.	Mixto	Es un reporte corto que no detalla el estudio realizado, y por ende no permite revisión detallada del trabajo colaborativo en el modelo de atención centrado en el paciente.
Scaffolding Interprofessional Education: Unfolding Case Studies, Virtual World Simulations, and Patient-Centered Care.	Cuantitativo	Desarrolla la colaboración interprofesional para el desarrollo de un curriculum desde el modelo de Leicester, pero no desde el MACP, por tanto no contempla fenómeno de interés.
Patient-Centered Care and Engagement: Nurse Leaders' Imperative for Health Reform.	Cuantitativo	Desarrolla las conceptualizaciones del MACP y su relevancia para enfermería, pero no detalla al trabajo colaborativo como un componente del modelo, por tanto no contempla el fenómeno de interés de este estudio.
Individualized Care in the Radiation Oncology Setting From the Patients' and Nurses' Perspectives.	Cualitativo	Aborda la atención individualizada en relación al MACP pero no contempla la variable trabajo colaborativo.

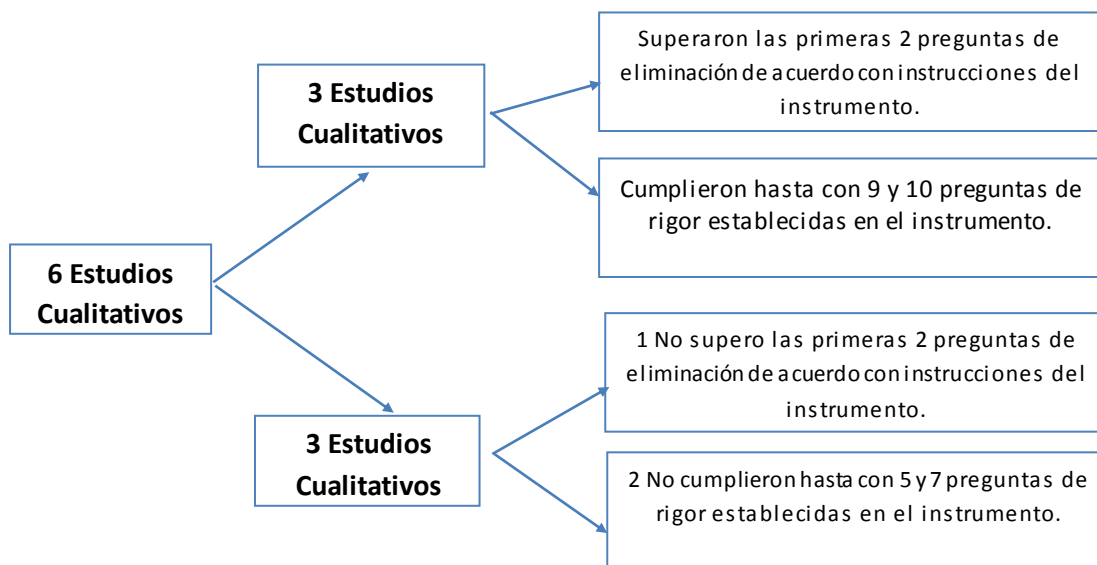
Fuente: Elaboración propia

## 4. MARCO DE RESULTADOS

### 4.1 Análisis de Calidad de los Estudios.

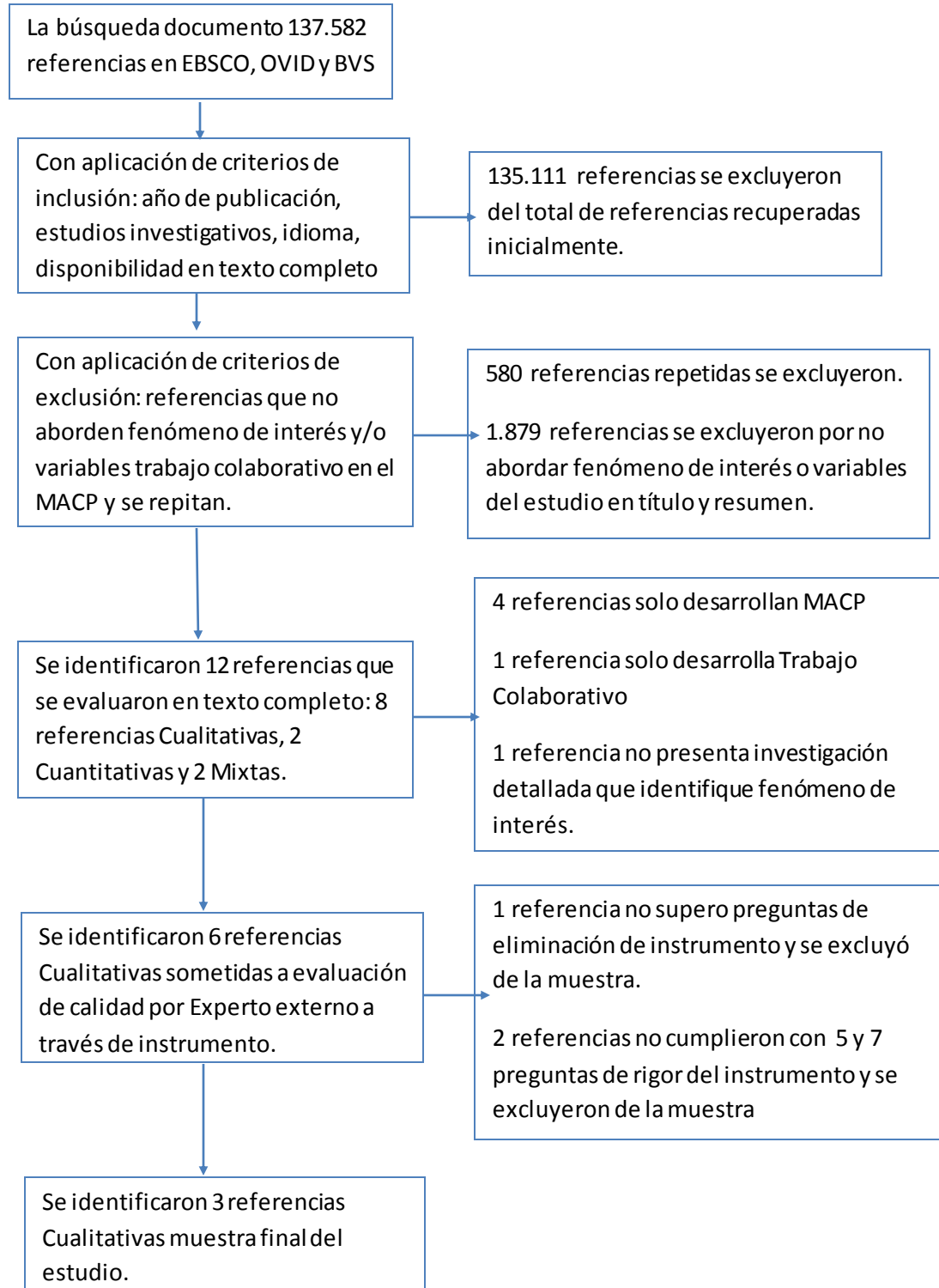
La muestra final del proceso de cribado fue de 6 estudios, con metodología de investigación Cualitativa. Para ello se empleó la lista de evaluación de estudios científicos CASPe (**Anexo 9.1.4 y 9.1.6**). Este proceso fue llevado a cabo por una Enfermera Magister en Enfermería con énfasis en Gerencia en servicios de salud y enfermería, a quien se le entregó los estudios objeto de análisis en su idioma original y su traducción; adicionalmente se le entregó el instrumento de evaluación para cada estudio con el instructivo de diligenciamiento emitido por el Programa de Lectura Critica CASPe. A partir de los instrumentos diligenciados por la Enfermera y de acuerdo al concepto de esta se descartaron 3 estudios que no cumplían con criterios de rigurosidad definidos en los instrumentos. Así la muestra final para el análisis del presente estudio fue de 3 estudios de tipo cualitativos. El siguiente diagrama muestra los resultados del proceso de análisis de calidad de los estudio

Diagrama de flujo de exclusión de referencias por evaluación de la calidad



Fuente: Elaboración propia

### Diagrama de flujo final de proceso de búsqueda bibliográfica



**Fuente:** Elaboración propia

### **4.3 Análisis de los Estudios Seleccionados**

#### **4.3.1 Características de los estudios**

La siguiente Tabla muestra los elementos centrales de las 3 piezas investigativas objeto de análisis de la presente investigación. La organización de la información en la matriz permitió extraer y agrupar los elementos centrales de cada referencia para continuar proceso de análisis.

**Tabla 8:** Resumen de los 3 estudios seleccionados en relación al trabajo colaborativo en la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona.



**Tabla 8:** Resumen de estudios objeto de análisis

AUTORES	IDIOMA	LUGAR	DISEÑO	OBJETIVO	UNIDAD	METODO	RESULTADOS	HALLAZGOS	CONCLUSION
Agha et al. (2018)	Inglés	Estados Unidos	Cualitativo	comprender las barreras percibidas asociadas con la implementación de practicas de participación del paciente y sus soluciones correspondientes	Atención primaria (Administración de la salud para Veteranos)	155 Entrevistas semiestructuradas y observaciones profesionales y administrativos de equipos de Atención Enfocada al Paciente (PACT) de 27 sitios de VHA por teléfono y en persona durante Marzo de 2015 hasta 2016. Se les pidió a los participantes que describieron los obstáculos que tenían que superar en sus esfuerzos por mejorar la participación del paciente en su sitio, así mismo los ingredientes claves que se necesitaron para lograr la participación del paciente. Las entrevistas y notas de campo fueron confidenciales grabadas y transcritas. Los datos se codificaron utilizando el enfoque de análisis temático.	<p><b>-Barreras a nivel organización:</b> Falta de personal, alta rotación, lento proceso de contratación. Espacios insuficientes e impersonales que impiden el trabajo en equipo o atención adecuada de paciente. Falta de procedimientos estándar, capacitación, control de calidad, limitación presupuestal, limitaciones y la falta de voz de los proveedores en decisiones de gran escala en organizaciones burocráticas.</p> <p><b>-Solución a barreras organizativas:</b> Dotación de personal, personal flotante, personal específico a tareas, modificación de practicas de contratación, extensión de horarios de atención, y modificación de horarios del personal, reubicación de personal de acuerdo a necesidades de comunicación, desarrollo de procedimientos, y evaluación de calidad con retroalimentación y orientación para mejorar.</p> <p><b>-Barreras con Proveedor:</b> Tiempo limitado para dedicar al paciente, múltiples responsabilidades a cargo, dificultades para asistir a capacitaciones, escasa o mala comunicación entre personal o frecuente cambio de personal entre las áreas y la falta de participación del paciente y no favorece su compromiso.</p> <p><b>-Solución a barreras de Proveedor:</b> Prolongación de tiempo (citas y atención general), ajuste de horario de personal para ver menos pacientes, tiempo protegido para responsabilidades administrativas y reuniones de equipo o capacitación, favorecimiento de comunicación y colaboración interprofesional y con el paciente y administrativos, coordinación de la atención del paciente con involucrados para satisfacer necesidades.</p> <p><b>-Barreras a nivel de paciente:</b> oportunidad en citas, limitada comunicación con proveedores, limitaciones financiera para acceso a servicios, servicio al cliente inadecuado (no empático), desconocimiento de servicios y cuidados.</p> <p><b>-Solución a barreras de paciente:</b> extensión horarios de clínicas, programación de más de una cita para el mismo día, opciones de atención por telesalud o mensajes en líneas seguras, facilitar seguimiento por programas, líneas telefónicas 24 horas los 7 días de la semana y manejo de comunicación del equipo para conocimiento de información del paciente, capacitación a personal en trato al paciente y finalmente proporcionar educación al paciente sobre su salud y asegurar su comprensión.</p>	<p>*El personal participante comprendió la importancia de involucrar a los pacientes en la autogestión de su atención.</p> <p>-El personal identifico la necesidad de capacitación para implementar practicas que apoyen la participación del paciente.</p> <p>*El personal identifico esencial sentirse identificado con el PACT o la atención a Veteranos.</p> <p>*Los proveedores establecieron sus propias estrategias para superar las barreras de participación de los paciente, entre las que sobresalieron la colaboración en el equipo PACT.</p> <p>*La implementación en toda organización de un modelo de atención centrado en el paciente esencialmente debe incluir la participación del paciente y su familia, por tanto requiere la superación de barreras que pueda obstaculizarla.</p>	<p>Los cambio organizativos a nivel de personal, espacio, operación y cultura garantizan la comunicación bidireccional y la colaboración esenciales para que la participación del paciente pueda ocurrir. Esto significa que el compromiso del paciente recae en el equipo de atención.</p>

Bareil et al (2015)	Inglés	Canadá	Acción Participativa- Cualitativo	Comprender mejor las fuerzas motrices durante la etapa inicial del proceso de implementación de un programa orientado a la comunidad y centrado en el paciente.	Atención primaria	<p>En 8 clínicas (6 con acompañamiento de Facilitador Externo (EF) y remuneración económica y 2 sin acompañamiento de FE y sin remuneración económica), se conformaron Equipos de Facilitación Interprofesional (IFT) durante los primeros 6 meses de implementación del programa Transit (Conformado por profesionales de diferentes disciplinas orientado a la comunidad y centrado en el paciente), bajo la metodología de acción participativa en donde en conjunto con los participantes de la investigación se identifica un desafío para examinarlo y resolverlo. Este estudio comparó las dos estrategias de facilitación a partir de las cuales se extrajeron los hallazgos en relación a las fuerzas motrices que llevaron a prácticas de colaboración durante la implementación del programa y lo hicieron exitoso. Posterior a los 6 meses de implementación se realizaron entrevistas grupales de 120 min con cada equipo IFT y cada tres meses durante una hora con cada EF, cada entrevista se grabó, transcribió y posteriormente se hizo codificación deductiva para finalizar con análisis de crosscase en el que se compararon datos.</p>	<p>Los clínicos informaron que la implementación de Transit fue un desafío:</p> <p><b>-En los equipos IFT con apoyo de EF,</b> éste discutió los resultados de auditorías durante su segunda o tercer reunión de facilitación, en total celebró 4 reuniones. En primer reunión se facilitó el conocimiento de participantes, expectativas, en las siguientes se trataron temas de seguimiento, canales de comunicación interprofesional, desarrollo de herramientas clínicas y administrativas. Cada reunión fue coordinada, planeada y facilitada por un EF, que además proporcionó soporte continuo.</p> <p><b>-En los equipos IFT sin apoyo de EF,</b> la retroalimentación se envió vía correo electrónico, las reuniones no contaban con la participación de todos los participantes, durante el periodo solo se realizó 1 reunión.</p> <p>-Se intensificaron 3 fuerzas motrices que interactuaron sinérgicamente y llevaron a cambios después de 6 meses.</p> <p><b>1. Oportunidad de Diálogo a través de IFT:</b> Los IFT son necesarios para fomentar el diálogo, disciplina, trabajo en equipo productivo, reconocimiento del otro, identificación de roles, establecimiento de relaciones de confianza, establecimiento de objetivos en común con pacientes, esenciales para lograr la colaboración interprofesional o con otras áreas.</p> <p><b>2. El papel activo de los EF:</b> según los IFT apoyados por un EF, éstos son esenciales para lograr la planificación, organización y estructuración de actividades, facilitan la eficiencia, continuidad, seguimiento, la conducción hacia objetivos, el establecimiento de visiones externas y críticas. Los equipos sin EF, por su parte declararon haber deseado un EF para favorecer el trabajo de equipo.</p> <p><b>3. Cambio de presupuesto:</b> Las actividades, el personal de equipos, y personal de apoyo esenciales la para lograr la implementación necesariamente requiere de un presupuesto suficiente que permita el mantenimiento del programa y el compromiso de sus participantes.</p>	<p>*La implementación de prácticas colaborativas interprofesionales requiere de activación de 3 fuerzas impulsoras del cambio: oportunidad para diálogo, papel activo de un EF, y presupuesto.</p> <p>*Los equipos IFT deben ir más allá de reuniones sobre mejoramiento de calidad, deben reunirse en las clínicas para desarrollar estrategias, colaboración disciplinada entorno a un objetivo común, para establecimiento de diálogo colaborativo, identificación de roles, discusión de casos de pacientes.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Los equipos IFT deben ser una plataforma donde se cree conocimiento, comparta y explota y un contexto en el que las interacciones tengan lugar.</li> </ul> <p>*Lo EF demostraron la importancia del liderazgo para facilitar los encuentros de los equipos IFT en un proceso de cambio periódico e iterativo, ya que aportan intervenciones estructuradas que llevan a la reflexión crítica, toma de decisiones y cambios en la gestión clínica.</p> <p>*Los presupuestos adecuados pueden facilitar cambios en comportamientos, ya que propician el compromiso y la transformación de las prácticas interprofesionales.</p> <p>*La comprensión de la tríada de las fuerzas operativas identificadas en el estudio puede aportar a políticos, gerentes, clínicos a implementar prácticas colaborativas que faciliten la implementación de programas orientados a la comunidad y centrados en el paciente</p>	<p>Los resultados provisionales del estudio resaltan una tríada de 3 fuerzas impulsoras que deben activarse simultáneamente para lograr intervenciones basadas en colaboración que faciliten la implementación de programas orientados a la comunidad y centrados en el paciente en atención primaria.</p>
---------------------	--------	--------	-----------------------------------	---	-------------------	--	---	--	--

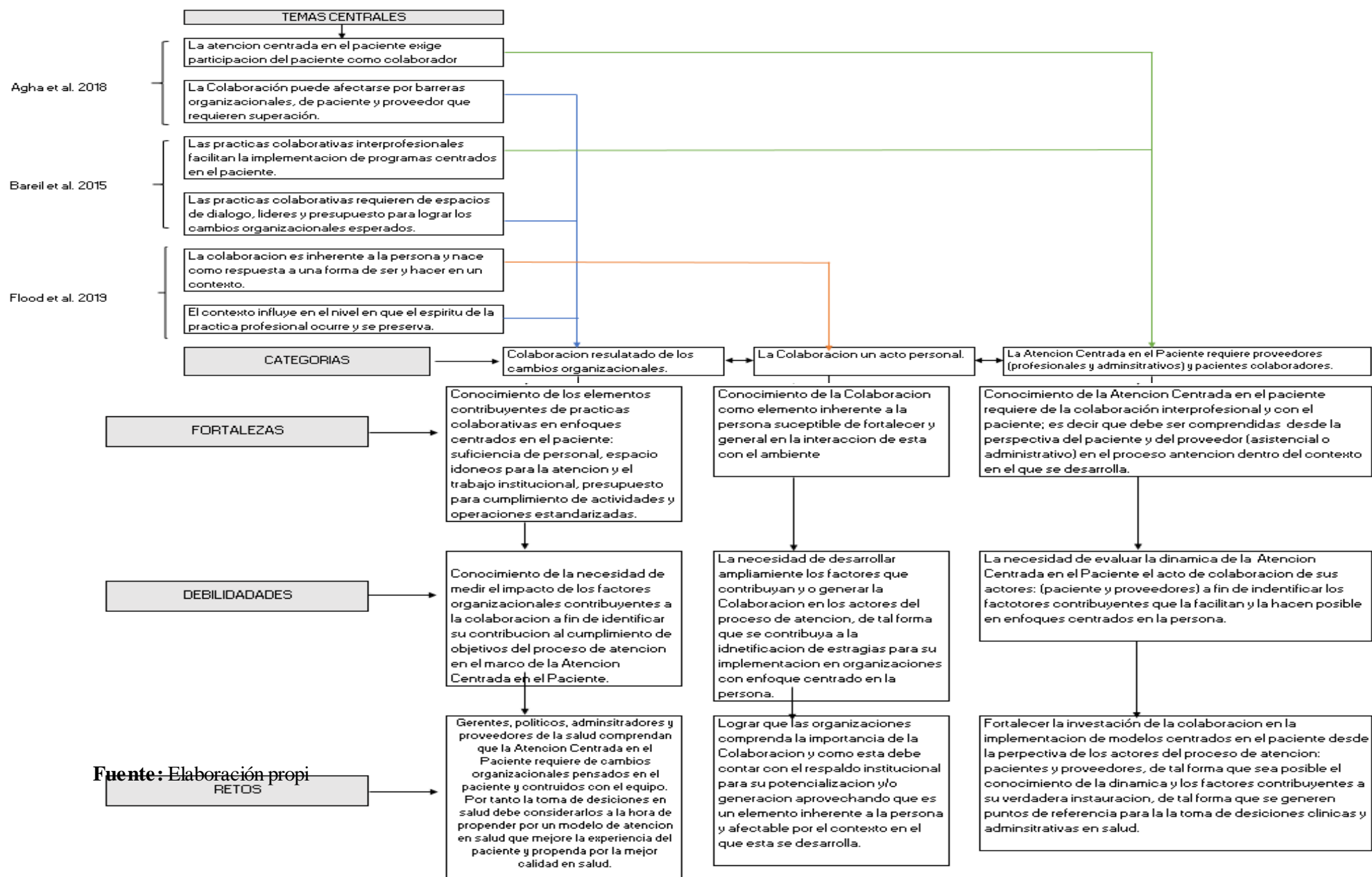
Flood et al. (2019)	Inglés	Nueva Zelanda	Fenomenológico y Hermenéutico. Cualitativo	descubrir las cosas que importan, que se encuentran en el corazón de la práctica interprofesional.	Instituciones de salud	Con 12 Participantes de diferentes disciplinas ( 9 mujeres, 3 hombres, 2 recién graduado y 10 con mas 11 años de experiencia practica, se llevaron a cabo entrevistas semiestructuradas en profundidad durante 8 meses entre Diciembre de 2014 a Julio de 2015 en torno a las experiencias, entendimientos y perspectivas de la practica interprofesional. El estilo de la entrevista fue conversación a través del dialogo abierto durante 45 a 65 minutos. Los datos se registraron y transcribieron textualmente. De las transcripciones surgieron historias y temas de experiencias unificables y fue posible sacar a la luz su significado que posteriormente se muestra al participante para aclarar o validar su contribución. Las historias reescritas se confirmaban con los participantes	El análisis de datos reveló:  * <b>La llamada:</b> el reconocimiento de la necesidad de colaborar generada en si mismos, esta puede ser la respuesta directa a las necesidades de un cliente en riesgo, la motivación hacia el cuidado del otro, puede ser una forma de ser y hacer en un contexto específico, es un actuar instintivo surgido de la preocupación por los demás, es el reconocimiento de las habilidades y conocimientos del otro.  * <b>El espíritu de la practica interprofesional:</b> implica una calidad interna, una actitud o inclinación que apoya y permite el desarrollo de las relaciones que promueven el trabajo conjunto de una manera mas conectada, y este esta sujeto a la intensidad de la practica cotidiana. Implica conocer al otro con persona, comportarse con franqueza y respeto, con confianza y compromiso en un dialogo genuino.	*Centrarse en el paciente es el principio central de la practica interprofesional y escuchar el llamado es la forma de lograrlo y adherirse a este.  *La forma en que alguien interpreta y entiende el mundo influirá en si se llamara a si mismo para actuar en colaboración y como responder y actuar en y sobre el mundo.  *Escuchar el llamado es una compleja interacción del ser en el mundo, de la solicitud, de los prejuicios, preentendimientos y estado de animo.  *Enfocarse en el paciente es el corazón de trabajar con un espíritu de practica interprofesional, porque permite a los involucrados centrarse en un objetivo e identificar como minimizar daños y maximizar la atención.  * El enfoque compartido dirige al equipo y permite centrarse en el paciente.  *Trabajar con espíritu de practica interprofesional se facilita cuando los involucrados se enfocan en las relaciones humanas, en conocer a los demás tanto personal como profesionalmente.  *Las cosas que nos llaman y el espíritu con el que nos involucramos en ele fenómeno que es la practica interprofesional depende de todos, unos de otros, todo entra en juego.  *El contexto influye en el nivel en el cual el espíritu de la practica interprofesional ocurre y puede ser preservado, de ahí la importancia del entorno organizativo, el liderazgo, el aprendizaje y el equipo.  *El líder facilita la practica interprofesional, el equipo que mediante dialogo genuino amplia el entendimiento y permite que la atención y la confianza se afiancen y el entorno organización que proporciona el espacio y las estructuras para el trabajo en equipo.	El estudio descubrió lo que entra, sostiene, reunió y sucede dentro de la practica interprofesional para garantizar formas reciprocas de trabajo y una atención optima al paciente. El desafío para educadores, profesionales, gerentes y responsables de la formulación de políticas en salud es garantizar que los profesionales incorporen la practica interprofesional para lograr un trabajo enfocado en el paciente. Esta investigación contribuye a una comprensión profunda de la practica interprofesional visto como una forma de ser que proviene de las personas y lo que les importa y de las experiencias que dan forma a sus entendimientos. Revela que el espíritu de la practica interprofesional reside en quienes son las personas, que aportan y como actúan. estas son las cosas que importan.
---------------------	--------	---------------	--	--	------------------------	---	--	---	---

Fuente: elaboración propia

### **4.3.2 PROCESO DE REDUCCION DE DATOS**

Durante el proceso de análisis, se realizó un diagrama en el que se consignó los hallazgos de cada estudio perteneciente a la muestra final de esta investigación, a partir de esto se extrajo los temas centrales bajo los cuales se realizaría el análisis de los datos comparables para la identificación de las categorías y el desarrollo de las fortalezas, debilidades y retos. El siguiente diagrama da cuenta del proceso

## Diagrama de análisis de estudios



## 5. DISCUSION

Después de un proceso de selección riguroso de las piezas investigativas en torno al Trabajo Colaborativo en la implementación del Modelo de Atención Centrada en la Persona, se identificaron 3 estudios que cumplieron con los criterios de rigurosidad y de calidad exigidos, y a partir de los cuales se extrajeron 3 categorías: la Atención Centrada en el Paciente requiere de proveedores (profesionales y administrativos) y pacientes colaboradores; la colaboración resultado de los cambios organizacionales; y la colaboración un acto personal.

Con relación a **La Atención Centrada en el Paciente requiere de proveedores (profesionales y administrativos) y paciente colaboradores**, esta categoría surge de 2 publicaciones. El estudio de Agha et al. (2018) exalta como la colaboración del paciente (participación) en el cuidado de su salud puede verse afectada por elementos relacionados con la una infraestructura organizacional, la cual según los hallazgos de la investigación es garante de los procesos participativos que involucren al paciente, de ahí la importancia que todos los elementos estructurales tengan un control organizacional.

Específicamente señala que la Atención Centrada en el Paciente, esencialmente involucra la participación del mismo, por lo que este se constituye en un actor esencial que en interacción continua con los proveedores de salud es agente colaborador en el proceso de Atención primaria; así revela a la colaboración desde el enfoque del paciente como un elemento fundamental en proceso exitoso de implementación de enfoques centrados en la persona.

En este sentido considerando al paciente un agente colaborador, se identifica la importancia de la relación bidireccional que se requiere entre paciente y proveedor, contemplando en este último al

clínico y al administrativo; la cual debe fundarse en el liderazgo y la colaboración. Es por esto, que es esencial que el proveedor de salud (clínico y administrativo) reconozca la importancia de involucrar al paciente y su familia en la gestión de su cuidado, para lo cual según sugiere el estudio es necesario procesos de capacitación que den las herramientas claves que guíen el proceso bajo el liderazgo de los proveedores en salud en el proceso de colaboración, de tal forma que estos contribuyan en la facilitación de la participación del paciente y su familia. Así mismo en la búsqueda de una relación bidireccional basada en la colaboración entre paciente y proveedores es esencial que las organizaciones favorezcan la identificación del proveedor con el enfoque centrado en la persona y afiance el compromiso de estas con la colaboración desde dicha perspectiva.

Desde la perspectiva de la colaboración de proveedores (profesionales y administrativos) en el estudio Bareil et al (2015) se destaca esta práctica como esencial en la atención primaria orientada a la comunidad y centrada en el paciente para lograr los mejores resultados en salud.

Específicamente identifica como la colaboración nace en el encuentro interprofesional, en espacios idóneos que facilitan la reunión con el otro, el desarrollo de estrategias para la satisfacción de necesidades bajo un objetivo común, la comunicación efectiva para lograr la coordinación de cuidados, y el reconocimiento de la persona desde su esencia y conocimientos; así mismo revela como esta requiere fundamentalmente además de equipos conformados interdisciplinariamente la coordinación efectiva, es decir la guía a partir de líderes atentos a garantizar el flujo de actividades y la productividad del equipo en el contexto del análisis de las situaciones propias de la práctica y el deber ser del quehacer profesional, mostrando con ello como la interacción entre unos y otros no es suficiente para lograr la colaboración, y requiere del liderazgo bajo el cual se establezcan metas y se organice el ambiente de colaboración a fin de

que se faciliten las relaciones interprofesionales entre proveedores inicialmente hasta lograr equipos de alto rendimiento y después con el paciente y su familia en el proceso de atención en salud dentro de un enfoque centrado en la persona.

En la categoría **La colaboración resultado de los cambios organizacionales**, identificada a partir de los 3 estudios se exalta como las practicas colaborativas interprofesionales requieren de espacios tangibles que permitan el trabajo en equipo de alto rendimiento, la comunicación efectiva, el reconocimiento del otro a una frecuencia tal que se logre el seguimiento específico de una situación organizacional.

En ese sentido los hallazgos del estudio Agha et al. (2018) señalan que el logro de una cultura interprofesional mediante el trabajo en equipo de alto rendimiento y colaborativo, implica cambios estructurales en la organización de tal manera que se supere barreras como: déficit y alta rotación de personal, sobrecarga y desempeño de múltiples funciones, lentos proceso de contratación, espacios limitados o impersonales, falta de procedimientos operativos, de capacitación y control de calidad, así como el tiempo limitado para la atención y dedicación al paciente o para la capacitación o formación de los profesionales, o la falta de comunicación y colaboración en los mismos que hace deficiente la coordinación de cuidados para atender las necesidades de los pacientes; o por ejemplo en el caso de los pacientes la dificultad para acceder a los servicios, el trato impropio recibido por el personal o simplemente la escasa educación recibida en los procesos de atención que impide su inmersión en el cuidado de su salud.

Lo anterior es ratificado en el estudio de Bareil et al (2015) que destaca como fuerzas facilitadoras de las practicas interprofesionales la importancia de los espacios físicos para romper



las barreras de comunicación en los equipos de atención y de estos con los pacientes y sus familias de tal forma que a través de ellos se logre el dialogo genuino, por otro lado este mismo estudio reconoce las figuras líderes como articuladores esenciales de proceso de atención, garantes en el logro y consolidación de resultados, objetivos o metas institucionales, o la destinación de un presupuesto organizacional adecuado que garanticen la estructura, la operación y los resultados en una institución de salud enfocada en la atención centrada en la persona.

Finalmente Flood et al. (2019) respalda los anteriores resultados al resaltar como el contexto influye en la forma como la persona interpreta y entiende el mundo y lo lleva a la escucha del llamado a colaborar; destacando así la importancia del entorno organizacional para facilitar el espíritu de la practica interprofesional (colaborativa) a través de espacios para los equipos, que faciliten el diálogo, el respeto, la comunicación, el fortalecimiento de la confianza, y el liderazgo como elemento esencial en el desarrollo de las relaciones humanas.

Finalmente la categoría **La colaboración un acto personal** identificada a partir del estudio Flood et al. (2019) se describe la importancia y el impacto de la colaboración desde la perspectiva personal; es decir vista como un elemento que hace parte de las personas, de los que estas son y como su entorno lo afecta para exteriorizarlo. En el estudio se hace explicito como centrarse en el paciente es el principio de la práctica interprofesional o colaborativa y como escuchar el llamado a hacerlo es el primer paso para lograrlo y adherirse a ella, entendiendo que escuchar el llamado es una compleja interacción del ser en el mundo, de la solicitud, de los prejuicios, de los pre-entendimientos y del estado de ánimo, el cual puede visibilizarse cuando el profesional atiende las preocupaciones propias de la práctica para satisfacer las necesidades de

sus pacientes; sin embargo este complejo proceso requiere de trabajar en el espíritu de la práctica interprofesional (colaborativa) para minimizar daños y maximizar la atención; este proceso se facilita cuando los involucrados se enfocan en las relaciones humanas, el respetuoso, el diálogo genuino, reconocimiento del otro y de sus habilidades dentro del enfoque compartido, atendiendo así los sentimientos compasivos, y comprendiendo el quehacer y las responsabilidades profesionales, de tal forma que sea posible el encuentro interprofesional y/o colaborativo que facilite el proceso de satisfacción sus necesidades propias y las del paciente.

Así puede verse que las cosas que llaman y el espíritu con el que se involucra en el fenómeno que es la práctica interprofesional depende de todos, del contexto en donde todo entra en juego; dejando con esto claro la relevancia del nivel de influencia del contexto en el espíritu de la práctica profesional para que esta ocurra y se preserve, por lo tanto es esencial reflexionar entorno a la importancia de favorecer un entorno organizativo que potencialice y genere la identificación del llamado por el profesional y garantice el acto de colaborar, de tal forma que se favorezca la práctica interprofesional colaborativa y se dé el trabajo compartido para satisfacción de necesidades en un enfoque centrado en la persona.

Así pues, considerando los hallazgos de las 3 investigaciones analizadas puede identificarse la complementariedad de todas en torno la relevancia que se da a las prácticas colaborativas como componente esencial para la implementación de Modelos de Atención Centrados en la Persona; ya que identifican su necesidad y consideración desde la perspectiva de participación del paciente en el cuidado de la salud, desde la formación de los equipo de alto rendimiento en la práctica interprofesional y desde la potencialización de la colaboración como elemento inherente

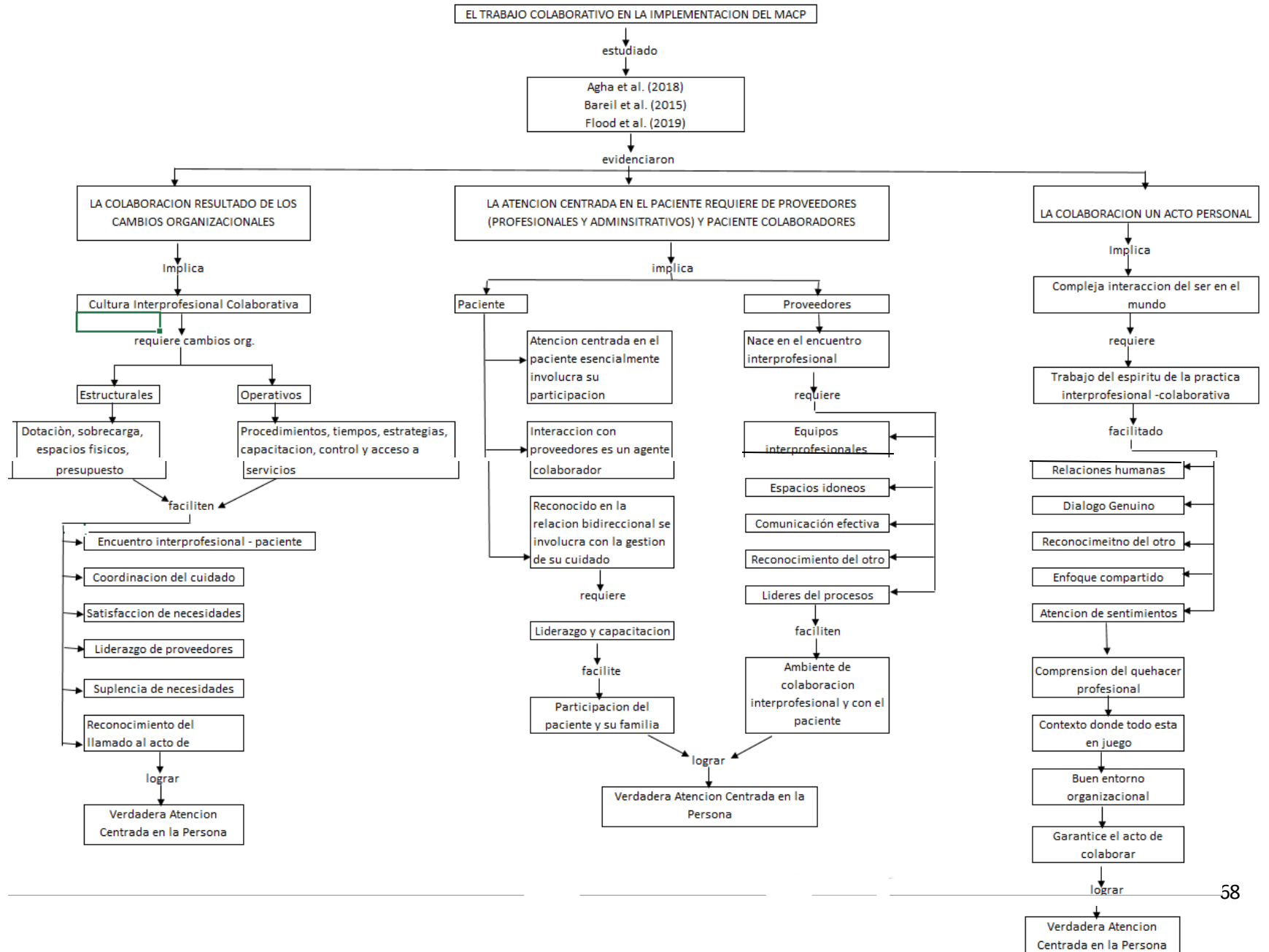
a la persona. Con lo cual puede inferirse de acuerdo con las investigaciones, que el Trabajo Colaborativo tiene un papel relevante en la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona, y requiere de la comprensión de sus elementos esenciales para lograrlo.

Vale la pena resaltar que aunque las investigaciones analizadas permiten identificar categorías que enmarcan elementos esenciales a considerar en la implementación de modelos de atención centrados en la personas su investigación debe ser ampliada, ya que no se encontró suficientes publicaciones que puedan dar cuenta de ellas y por ende aunque sus aportes son esenciales y trazan perspectivas desde las cuales se debe investigarse la colaboración en la implementación de enfoques centrados en la persona, es posible que aun los resultados puedan ser frágiles para la toma de decisiones clínicas.

Esta revisión permite evidenciar el vacío del conocimiento en torno al trabajo colaborativo en la implementación de modelos de atención centrados en la persona, aun pese a que hay una gran investigación en torno al modelo, por lo tanto considerando el auge que este ha tomado en la última década vale la pena la investigación que busque la identificación de los elementos esenciales que garantizan su exitosa implementación, como es el caso del trabajo colaborativo, el cual considerando los resultados de esta revisión puede identificarse como un elemento esencial en procesos de atención enfocados en la persona, garantes de los mejores resultados en salud.

Para la disciplina de enfermería es esencial considerar el estudio del fenómeno de esta investigación desde las tres perspectivas encontradas en cada categoría, ya que guardan estrecha relación con el quehacer enfermero y la gran preocupación por la persona desde su esencia hasta su interacción con el entorno, de tal forma que pueda contribuir en la transformación de los enfoques en salud centrados en la persona desde la enseñanza hasta la implementación

## 6. MAPA CONCEPTUAL CON HALLAZGOS DE LA REVISION.



El mapa conceptual anterior identifica a partir de las categorías establecidas los hallazgos centrales que dan cuenta de las experiencias reportadas en los estudios analizados.

Específicamente muestra la importancia del trabajo colaborativo en la implementación del modelo de Atención Centrado en la Persona, visibilizándolo como un elemento central a considerar, que para su implementación exitosa requiere de diversos elementos organizacionales. En ese sentido se hacen explícitos los tópicos centrales a los que convergen los diversos estudios y sobre los cuales se desarrolló el análisis de cada categoría y se desarrolló por tanto los resultados de esta investigación.

## 7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 7.1 Conclusiones

- ❖ A partir del proceso de búsqueda se identificó que los estudios potencialmente elegibles que relacionaban el papel del Trabajo Colaborativo en el MACP se ubicaron geográficamente hacia países Europeos, Estados Unidos, Canadá y Oceanía; siendo explícitamente Estados Unidos, Canadá y Nueva Zelanda los únicos países en los cuales se localizaron los 3 estudios muestra de análisis de esta investigación. Esto permite identificar que la producción entorno al fenómeno de interés de esta investigación para América Latina fue cero investigaciones por ende para análisis del fenómeno en un contexto local se requiere de su investigación.
- ❖ La evidencia científica encontrada demuestra que la implementación del Modelo de Atención Centrado en la Persona requiere de prácticas colaborativas, para lo cual debe haber un esfuerzo organizacional y administrativo que de garantía de condiciones estructurales y operativas para su desarrollo, explícitamente se requiere de un número de profesionales y en general trabajadores acorde a la demanda, tiempos de trabajo adecuados, espacios y ambientes de trabajo acordes al mismo que faciliten la comunicación y el encuentro con el quehacer profesional y especialmente con el otro, así mismo la destinación de presupuesto que permita el cumplimiento de metas. Por otro lado y no siendo menos importante es esencial la definición clara y precisa de procedimientos, tiempos, estrategias,

capacitaciones, etc. con las cuales no solo se logre la adaptación y aceptación por el equipo para su cumplimiento, sino que se avance hacia la identificación con las mismas de tal forma que se alcance un mayor compromiso y por ende el ejercicio final de atender con enfoque en la persona.

- ❖ La colaboración esencialmente requiere de participación de todas las partes en el proceso de atención, su éxito por tanto se garantiza cuando se hace posible la participación de la persona en el cuidado de su salud dentro de la interacción con el proveedor de la salud (profesional de la salud-administrador de la salud) y cuando se legitima el encuentro interprofesional garante de la coordinación de cuidados y atención de la persona. Dicho de otro modo la colaboración tendrá lugar cuando se logra la relación bidireccional entre los actores de proceso de atención en salud durante la gestión del cuidado.
  
- ❖ Es esencial tener claro que la colaboración hace parte de la persona, por tanto su fortalecimiento y exteriorización debe ser una preocupación de las organizaciones de salud ya que este podría ser el primer paso para lograr una verdadera colaboración organizacional, para ello es esencial que se garanticen espacios para el desarrollo de las relaciones humanas, dialogo genuino, reconocimiento del otro, atención de sentimientos y enfoque compartido, que además permita la comprensión del quehacer profesional y así lograr el verdadero acto de colaborar.
  
- ❖ La administración de la salud con Enfoque Centrado en la Persona y su Familia requiere del Trabajo Colaborativo visto desde la preparación personal y/o

profesional - interprofesional y/o colaborativa y organizacional y/o estructural para lograr los mejores resultado en salud.

- ❖ No pude verse la Colaboración solamente desde la perspectiva del trabajo interdisciplinar, como es frecuente visualizarla; se debe considerar desde todos los actores y sectores involucrados en el proceso de atención, es decir desde las personas, los trabajadores de la salud, administradores, pacientes y sus familias o representantes, los educadores y en general de todos aquellos encargados de la generación de las políticas públicas del país. La colaboración es el engranaje de todos los involucrados cuando se trabaja con enfoque en el paciente.
- ❖ La práctica de colaborar para prestar atención centrada en la persona es un reto por aprender y para enseñar que debe cautivar a los profesionales, administradores, educadores encargados de la construcción de procesos de atención en salud integrales orientadas a la comunidad y centradas en los pacientes.
- ❖ Es necesario desde el contexto de la formación, proporcionar las herramientas y los espacios que faciliten procesos de interacción colaborativa entre los estudiantes de las diferentes disciplinas de la salud o administración a fin de favorecer competencias interprofesionales que fortalezcan el trabajo en equipo en el contexto del cuidado de la salud y de las personas.
- ❖ La práctica colaborativa en los MACP requiere de la retroalimentación y entrenamiento continuo en los equipos de salud ya conformados y en ejercicio,



por lo que es necesario su planeación y legitimización organizacional, que además sea garante de la evaluación y el mejoramiento continuo.

- ❖ Considerando que para Colombia en el Manual Único de Acreditación desde el Ministerio de Salud y Protección Social se deja explícito la importancia de desarrollar procesos de mejoramiento de la calidad en las instituciones bajo la filosofía de la atención centrada en el cliente, es necesario que las organizaciones en salud conozcan, comprendan e implementen los elementos esenciales garantes de la implementación del MACP y de la mayor calidad en los procesos de atención, como es el caso del Trabajo Colaborativo.

## **7.2 Recomendaciones**

Considerando los resultados de esta investigación se recomienda:

La realización de estudios de tipo exploratorio, descriptivo y múlticéntricos en instituciones de salud de América Latina o Colombia que permitan proximidad hacia el conocimiento las experiencias con procesos de implementación del Modelo de Atención Centrada en la Persona o del trabajo colaborativo en la implementación del Modelo de Atención Centrada en la Persona, de tal forma que pueda lograrse la generalización de hallazgos o el uso de los mismos para la toma de decisiones clínicas.

## **8. LIMITACIONES**

En este estudio se identifica como principal limitación el número de bases de datos consultadas y el NO acceso a producción investigativa con costo para su consulta que pudiera haber ampliado la muestra y por ende el respaldo de resultado. Dado esto es prudente aclarar que la generalización de los hallazgos no es posible; sin embargo los resultados plantean un panorama que vale la pena revisar e investigar para su uso en la toma de decisiones clínicas.

## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BERRY, Leonard; SEIDERS, Kathleen y WILDER, Susan. Innovations in Access to Care: A Patient-Centered Approach. *Annals of Internal Medicine*. 2003; 139 (7): 569-573.
2. INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENTS' ORGANIZATIONS, A GLOBAL VOICE FOR PATIENTS. Declaración de la Asistencia Sanitaria Centrada en el Paciente. IAPO. {En línea}. { 09 septiembre de 2014) disponible en: (<http://www.aids-sida.org/archivos/IAPO-2013-09-23-Declaracion.pdf>).
3. GRUPO DE INVESTIGACION FACULTAD DE ENFERMERÍA-UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Macroproyecto: Factibilidad de la aplicación del modelo de atención centrado en el paciente dentro de Sistema General de Seguridad Social en salud del Colombia. Bogotá. 2011. p. 2.
4. GIRALDO, Álvaro. Modelos de Salud y atención primaria (APS). {En línea}. {15 Octubre de 2014} disponible en: (<http://asmedasantioquia.org/27-magazin/magazin-no-2/1380-modelos-de-salud-y-atencion-primaria-en-salud-aps>)
5. RUALES, José. Panel: tendencias en servicios de salud y modelos de atención en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2004; 22 (99): 33
6. EKMAN, Inger et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *European Heart Journal*. 2012; 33: 1112-1119.
7. RODRIGUEZ, Josefa; DACKIEWICZ, Nora y TOER, Daniel. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. *Archivos Argentinos de Pediatría*. 2014; 112 (1): 4- 58.

8. TISHA, L.; FORTNEY, Deen y PYRE, Jeffrey. Relationship Between satisfaction, patient centered-care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. *Adm Policy Ment Health*. 2011; 38: 56
9. CONSTAND, Marissa et al. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*. 2014; 14 (271): 1- 6.
10. JIMÉNEZ, Kenneth. Propuesta Estratégica y Metodológica para la Gestión en el Trabajo Colaborativo. *Revista de Educación*. 2009; 33(2):97.
11. LIEDTKA, Jeanne M y WHITTEN, Elizabeth. Enhancing Care Delivery Through Cross-Disciplinary Collaboration: A Case Study. *Journal of Healthcare Management*. 1988; 43 (2): 185-186.
12. CONWAY, Patrick et al. Patient-Centered Care Categorization of U.S. Health Care Expenditures. *Health Serv Res*. 2011; 46 (2): 480.
13. PELLETIER, Luc y STICHLER, Jaynelle. Patient-Centered Care and Engagement: Nurse Leaders' Imperative for Health Reform. *The Journal of Nursing Administration*. 2014; 44 (9): 475-477.
14. FRAMPTON, Susan et al. Patient-Centered Care Improvement Guide. Camden: Planetree and Picker Institute, 2008: 1-4.
15. HALL, Pippa et al. Developing collaborative person-centred practice: A pilot project on a palliative care unit. *Journal of Interprofessional Care*. 2007; 21 (1): 69.
16. CHIAVENATO, Idalberto. Administración de recursos humanos. Quinta edición. MacGrawHill Interamericana. Santa Fé de Bogotá; 2000. p. 70- 101.
17. WHITTEMORE, Robin y Knaf, Kathleen. The integrative review: adapted methodology. *Journal of Advanced Nursing*. 2005; 52 (5): 546.

18. KOUBAA, Amira ep. Patient-based efficiency and effectiveness strategies. En: Editorial from: International Journal of Health Care Quality. 2011; 24 (6): 2-3.
19. JIMÉNEZ, Kenneth. Propuesta Estratégica y Metodológica para la Gestión en el Trabajo Colaborativo. Revista de Educación. 2009; 33 (2): 100.
20. SEVIN, Cory et al. Transforming Care Teams to Provide the Best Possible Patient-Centered, Collaborative Care. Journal Of Ambulatory Care Management. 2009; 32 (1): 26.
21. MILLER, William y COHEN, Joanne. Creating Collaborative Learning Enviroments for Transforming Primary Care Practices Now. Families, Systems, y Health. 2010; 28 (4): 336.
22. HUBER, Diane. Liderazgo y Administración en Enfermería: Uso de Grupos, Comités y Equipos. Ed. 2. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999. 48-251p.
23. OSBISTON, Mark. Interprofessional Collaborative Teamwork Facilitates Patient Centered Care: a student practitioner's perspective. Journal of Perioperative Practice. 2013; 23 (5): 110.
24. WEINBERG, Dana et al. Building Collaborative Capacity: Promoting Interdisciplinary Teamwork in the Absense of Formal Teams. Medical Care. 2011; 49 (8): 716.
25. DAL SASSO, Karina et al. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17 (4): 758-764.

26. CLIFF, Barbara. Patient-Centered Care: The Role of Healthcare Leadership. *Journal of Healthcare Management*. 2012; 57 (6): 381.
27. SILVA, Elvia y MORALES, Ignacio. XII Congreso Internacional de Teoría de la educación: Autonomía y trabajo Colaborativo. {En línea}. {03 de Febrero de 2015} disponible en (<http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Escuela/152.pdf>). p.1-7.
28. ZARATIEGUI, J. La gestión por procesos: su papel e importancia en la empresa. *Economía Industrial*. 1999; 6 (330): 81-85.
29. KERGUEÉLN, Carlos. Calidad en Salud en Colombia: los principios. {En línea}. {26 de enero de 2015} disponible en (<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/CALIDAD%20EN%20SALUD%20EN%20COLOMBIA.pdf>). p. 131-132.
30. MALAGON, Gustavo; GALÁN, Ricardo y PONTÓN, Gabriel. Garantía de la calidad. Bogotá: Editorial Médica Internacional Ltda., 1999. p. 7-18.
31. DONABEDIAN, Avedis. *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York: The American University of Armenia Corporation, 2003. 4- 55p.
32. LORENZO, Susana. Comentario: Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. *Revista Calidad Asistencial*. 2001; 16: 10.
33. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Decreto 4747 del 2007: por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de los servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a cargo, y se dictan otras disposiciones. Capítulo I, Art 3 sobre el modelo de atención. {En línea}. { 09 Septiembre de 2014) disponible en:

- (<http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%204747%20DE%202007.pdf>)
34. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto Número 1011 De 2006. Disponible online: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/DECRETO%201011%20DE%202006.pdf>
35. DAL SASSO, Karina et al. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17 (4): 758-764.
36. COMITÉ DE PROPIEDAD INTELECTUAL-UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA. Acerca de la propiedad Intelectual. {En línea}. {04 de febrero de 2015} disponible en (<http://www.investigacion.unal.edu.co/index.php/acerca-del-comite-de-propiedad-intelectual>).
37. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 23 de 1982 “Sobre derechos de autor”. {En línea}. {04 de Febrero de 2015} disponible en (<http://www.derechodeautor.gov.co/documents/10181/182597/23.pdf/a97b8750-8451-4529-ab87-bb82160dd226>).
38. RIOFRIO, Juan Carlos. Propiedad, valores y principios comunes a la propiedad intelectual, al derecho a la competencia y a otros derechos. *Ius Humani: revista de Derecho.* 2012; 3: 46-47.
39. BAREIL, Celine et al. Facilitating Implementation of Interprofessional Collaborative Practices into Primary Care: A Trilogy of Driving Forces. *Journal of Healthcare Management.* 2015; 60 (4): 288-300.

40. FLOOD, Brenda. Et al. Working in a spirit of interprofessional practice: a hermeneutic phenomenological study. En: Journal of Interprofesional Care. ISSN: 1356-1820 (print) 1469-9567 (online) Journal Homepage: <https://www.tandfonline.com/loi/ijic20>.
41. AGHA, Aneeza Z. et al. Improving Patient-centered Care: How Clinical Staff Overcome Barriers to Patient Engagement at the VHA. Medical Care. 2018; 56 (12): 1009-1017.
42. ZARATE, Rosa. La Gestion del Cuidado de Enfermeria. Index Enferm. 2004; 13 (44-45) versión impresa ISSN 1132-1296.
43. Person-Centered Care: A Definition and Essential Elements. Journal of the American Geriatrics Society. 2016; 64 (1): 15-18
44. ARANGO, Gloria y VEGA, Yolanda. 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.
45. FIGUEIREDO, B. et al. Implicaciones del proceso de acreditación para los pacientes desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. Enfermería Global. 2012; (25): 263.
46. REED, Peter, et al. Innovation in patient cetered-care: lessons from a cualitative study of innovative health care organizations in Washington State. BMC Family Practice. 2012; 13 (120): 1.
47. SHUMBA, Constance; ATUKUNDA, Ruth y Memiah Peter. Patient-Centered quality care: An assessment of patient involment. International Journal of Medicine and Public Health. 2013; 3 (2): 78-79.



48. STEWART, Moira et, al. The impact of patient-centered care on outcomes. The Journal of Family Practice. 2000; 4 (9): 797.
49. WOLF, D. et al. Can Nurses Impact Patient Outcomes Using a Patient-Centered Care Model. JONA 2008; 38 (12): 532-540.
50. Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Atención Centrada en la Persona. Fundación Santa Fe de Bogotá. 2019 [citado el 14 de Noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.fsfb.org.co/wps/portal/fsfb/inicio/acercadefsfb/noticias/newsitem/atencion-centrada-persona>
51. BARR, Hug y LOW, Helena. Introducción a la educación interprofesional. CAIPE. 2013; 6.
52. CARVAJAL, Yesid. Interdisciplinariedad: desafío para la educación superior y la investigación. Revista Luna Azul.2010; 31(159).

