

ORIGINAL

Implementation of Good Practice Guidelines for Person- and Family-Centered Care in Primary Health Care in Chile

Implementación de Guías de Buenas Prácticas para los cuidados centrados en la persona y familia en Atención Primaria de Salud en Chile

María José Vásquez Mayr¹  , Amalia Silva Galleguillos²  , Mirliana Ramírez-Pereira²  , Valeria Díaz Videla²  , Angélica Villamán Guajardo¹  , Esmérita Opazo-Morales²  

¹Ilustre Municipalidad de Peñaflor, CESFAM Dr. Fernando Monckeberg, Santiago, Chile.

²Universidad de Chile, Departamento de Enfermería. Santiago, Chile.

Citar como: Vásquez Mayr MJ, Silva Galleguillos A, Ramírez-Pereira M, Díaz Videla V, Villamán Guajardo A, Opazo-Morales E. Implementation of Good Practice Guidelines for Person- and Family-Centered Care in Primary Health Care in Chile. Health Leadership and Quality of Life. 2025; 4:882. <https://doi.org/10.56294/hl2025882>

Enviado: 11-05-2025

Revisado: 23-07-2025

Aceptado: 21-09-2025

Publicado: 22-09-2025

Editor: Prof. Javier Gonzalez-Argote 

Autor para la correspondencia: Amalia Silva Galleguillos 

ABSTRACT

Introduction: person- and family-centered care has become a fundamental pillar of Primary Health Care (PHC), promoting active participation, effective communication, and respect for autonomy. In this context, an implementation experience with the Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) Good Clinical Practice Guidelines (GCPG) was developed in a health center in Chile.

Objective: to analyze the experience with the implementation of the GCPG "Person- and Family-Centered Care" at the Dr. Fernando Monckeberg Family Health Center (CESFAM).

Method: a single-case study design was used. Data were collected through documentary analysis. The process was carried out in three phases, ensuring ethical feasibility and a thorough understanding of the phenomenon.

Results: three key GCPG recommendations were prioritized. Multi-format educational resources, a "Comprehensive Care Card," and a user satisfaction survey were developed. Eighty-two percent of staff were trained, and the survey was administered in 46 % of ECICEP check-ups. Ninety-six percent of respondents positively evaluated the care, with scores of 6 or 7 on a scale of 1 to 7.

Discussion: experience shows that it is possible to implement person-centered strategies in PHC, using evidence-based guidelines adapted to the local context. Challenges were identified, particularly with the coverage of user assessments.

Conclusions: the intervention allowed for the integration of person-centered practices in a concrete and measurable way, generating valuable learning for future implementations in similar contexts.

Keywords: Primary Health Care; Patient-Centered Care; Evidence-Based Nursing; Patient Satisfaction; Patient Participation.

RESUMEN

Introducción: los cuidados centrados en la persona y la familia se han posesionado como un pilar fundamental en la Atención Primaria de Salud (APS), promoviendo la participación activa, la comunicación efectiva, el respeto por la autonomía. En este contexto, se desarrolló una experiencia de implementación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas (GBPC) de la Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) en un centro de salud en Chile.

Objetivo: analizar la experiencia de implementación de la GBPC "Cuidados centrados en la persona y la

familia” en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Fernando Monckeberg.

Método: se utilizó un diseño de estudio de caso único. Se recopilaron datos a través de análisis documental. El proceso se llevó a cabo en tres fases, asegurando la viabilidad ética y la comprensión profunda del fenómeno.

Resultados: se priorizaron tres recomendaciones clave de la GBPC. Se desarrollaron recursos educativos multiformato, un “Carnet de Atención Integral” y una encuesta de satisfacción usuaria. El 82 % del personal fue capacitado, y la encuesta se aplicó en el 46 % de los controles ECICEP. El 96 % de las personas encuestadas evaluó positivamente la atención, con puntuaciones de 6 o 7 en una escala de 1 a 7.

Discusión: la experiencia muestra que es posible implementar estrategias centradas en la persona en APS, utilizando guías basadas en evidencia y adaptadas al contexto local. Se identificaron desafíos especialmente con la cobertura de la evaluación usuaria.

Conclusiones: la intervención permitió integrar prácticas centradas en la persona de manera concreta y medible, generando aprendizajes valiosos para futuras implementaciones en contextos similares.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Cuidado Centrado en el Paciente; Enfermería Basada en la Evidencia; Satisfacción del Paciente; Participación del Paciente.

INTRODUCCIÓN

El modelo de cuidados centrados en la persona y la familia se ha consolidado como el estándar para una atención de calidad en los sistemas de salud contemporáneos, al promover la autonomía, dignidad y participación activa de las personas.^(1,2,3,4,5,6) En Chile, este enfoque se ha materializado a través de la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) y, más recientemente, con la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP), que busca traducir estos principios en acciones concretas a nivel nacional.^(5,6,7,8)

Cabe señalar que, para guiar esta transición del modelo a la práctica, los equipos de salud recurren a herramientas basadas en evidencia, como las Guías de Buenas Prácticas Clínicas (GBPC) desarrolladas por la Registered Nurses’ Association of Ontario (RNAO), cuyo prestigio internacional radica en su rigurosidad y aplicabilidad.^(9,10)

A pesar del consenso sobre la importancia de este enfoque y la existencia de directrices internacionales, emerge un desafío crucial: la brecha entre la teoría y la implementación práctica. Existe una escasez de literatura que documente los procesos de adaptación y aplicación de guías internacionales, como la de RNAO, en contextos locales de atención primaria en Latinoamérica. Se desconoce en gran medida cuáles son las barreras y los facilitadores específicos que surgen al integrar estas herramientas en sistemas de salud con realidades socioculturales y organizacionales propias. Este vacío de conocimiento limita la capacidad de otros centros para aprender de experiencias previas y optimizar sus propios procesos de implementación.^(11,12)

Es importante señalar que, el presente artículo aborda directamente esta brecha mediante la documentación y análisis de la experiencia de implementación de la GBPC “Cuidados centrados en la persona y la familia” en el Centro de Salud Familiar (CESFAM) Dr. Fernando Monckeberg en Peñaflor, Chile. La elección de este centro como caso de estudio es deliberada, ya que representa un entorno ideal para esta investigación: atiende a una población diversa, tanto urbana como rural, funciona como campo clínico para la formación de futuros profesionales de la salud y ha demostrado un compromiso proactivo con la mejora de sus modelos de atención. Su experiencia, por tanto, ofrece aprendizajes transferibles y de gran pertinencia para la red de APS chilena.

En este contexto, el rol de la enfermería es fundamental. Como líderes en la gestión del cuidado y en la implementación de prácticas basadas en evidencia, los profesionales de enfermería son agentes clave para operativizar las recomendaciones de la guía RNAO y los principios de la ECICEP en la atención diaria.^(13,14) Por lo tanto, el propósito de este artículo es analizar el proceso de implementación de la GBPC en el CESFAM mencionado, identificando las estrategias exitosas, los desafíos encontrados y el rol catalizador de la enfermería, con el fin de aportar evidencia práctica que oriente futuras implementaciones en contextos similares.

MÉTODO

Este estudio es de tipo cualitativo y se enmarca en el paradigma post-positivista, el que reconoce la existencia de una realidad objetiva, que podría ser alcanzada, pero reconoce que existe la posibilidad de que no sean completamente comprendidas por el investigador.⁽¹⁵⁾

El problema de investigación planteado fue: ¿De qué manera se implementa la Guía de Buenas Prácticas “Cuidados centrados en la persona y la familia” en un centro de salud familiar urbano en Chile? El objetivo general del presente estudio fue analizar el proceso de implementación de la Guía de Buenas Prácticas “Cuidados centrados en la persona y la familia” en un centro de salud familiar urbano.

Como enfoque teórico metodológico se trabajó con el diseño de estudio de caso instrumental único, el que se define como una investigación empírica que estudia un fenómeno en profundidad y dentro de su contexto

del mundo real. Desde esta perspectiva teórica el propósito del estudio de caso es comprender un proceso específico y reflexionar críticamente sobre la experiencia desde una lógica interpretativa. Según Yin⁽¹⁶⁾ los estudios de caso pueden diferentes técnicas de recolección de información, pero la lógica dominante de la investigación, es este caso comprensivo, le otorga el carácter de cualitativo.

El caso en estudio corresponde al proceso de implementación de la Guía de Buenas Prácticas Clínicas (GBPC) ‘Cuidados centrados en la persona y la familia’ en un Centro de Salud Familiar (CESFAM) rural-urbano de Chile, entre marzo de 2023 y noviembre de 2024. Se decidió por el caso antes mencionado por su carácter pionero en la adopción sistemática de guías basadas en evidencia en el nivel primario de atención en Chile, en colaboración con una universidad nacional.

Con el fin de asegurar una mayor comprensión se incluyeron técnicas de recolección de información con diversas fuentes de datos provenientes de resultados de encuestas a usuarios, y registros institucionales que dan cuenta de la implementación y sus efectos, lo que permitió una comprensión densa y contextualizada del fenómeno.

Contexto del estudio

El estudio se desarrolló en el CESFAM Dr. Fernando Monckeberg, el cual se ubica en la región metropolitana de Chile en la comunidad de Peñaflor. Este establecimiento tiene asignada población urbana y rural y cuenta con equipos interdisciplinarios que incluyen enfermeras, médicos, trabajadores sociales y técnicos de enfermería. Este centro de salud se conduce según los lineamientos del Ministerio de Salud de Chile, los que incluyen estrategias de fortalecimiento de la atención primaria en salud y la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP).

Participantes

Los participantes fueron profesionales del equipo de salud antes mencionados, así como también personas usuarias que asistieron a controles ECICEP Durante el periodo de intervención. El muestreo fue intencionado, y se consideraron como criterios de inclusión ser mayor de edad, tener capacidad cognitiva para comprender la naturaleza del estudio, y aceptar participar mediante firma de consentimiento informado. En total, 33 profesionales fueron capacitados, y 308 personas usuarias respondieron la encuesta de satisfacción.

Intervención

La intervención se estructuró en tres fases, siguiendo el modelo de implementación de guías de práctica clínica de la RNAO 10:

- Fase 1 de Preparación: En esta fase se realizó la revisión y selección colaborativa de recomendaciones clave de la GBPC, las que consideraron relevancia, aplicabilidad y factibilidad local.
- Fase 2 de Implementación: Se realizó el diseño y ejecución de estrategias clínicas, incluyendo material educativo multiformato, la creación del “Carnet de Atención Integral”, y la aplicación de una encuesta digital de satisfacción usuaria.
- Fase 3 de Sostenibilidad: En esta fase se realizó un seguimiento por medio de indicadores estructurales, de proceso y de resultado, definidos y adaptados a partir de la GBPC.

Técnicas de recolección de información

Para la recolección de información se utilizaron 3 técnicas complementarias.

En primer lugar, el análisis documental, el que fue realizado en el proceso de implementación- se incluyeron planes protocolos actas entre otras. Luego se continuó con la revisión de registros institucionales, los cuales fueron reportes de capacitación controles ECICEP y documentación clínica diversa. También se aplicó una encuesta de satisfacción usuaria, con 12 ítems tipo Likert de 1 a 7, aplicada mediante formulario digital con código QR.

Análisis de los datos

El análisis de contenido fue realizado por medio de la modalidad descrita por Bengtsson⁽¹⁷⁾, la que se desarrolla en siete etapas. Comienza con la formulación de la pregunta de investigación, que debe ser clara y abierta. Luego se realiza la selección del material, definiendo los textos o datos relevantes. La tercera etapa es la construcción del sistema de categorías, elaborado de forma inductiva o deductiva. A continuación, se procede a la segmentación del material en unidades significativas, seguida de la codificación, donde se aplican las categorías a cada segmento. Posteriormente, se evalúa la confiabilidad del proceso, asegurando coherencia en la codificación. Finalmente, se lleva a cabo el análisis e interpretación, vinculando los hallazgos con la pregunta inicial y el marco teórico.

Los datos de la encuesta fueron sometidos a análisis estadístico descriptivo con Microsoft Excel®, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, porcentajes, medias y desviaciones estándar, con el fin de caracterizar las percepciones usuarias de manera complementaria a la narrativa cualitativa.

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, bajo el código N° 2023/APS/018. Se garantizó la confidencialidad de los datos, el anonimato de los participantes, y el derecho a retirarse del estudio en cualquier momento sin repercusiones. Todos los participantes firmaron consentimiento informado.

RESULTADOS

1. Indicadores de estructura

A continuación, se detallan los logros alcanzados en relación con los indicadores de estructura propuestos por la guía.

- Disponibilidad de medidas estandarizadas para monitorizar la experiencia de cuidados: se implementaron encuestas estructuradas y herramientas de retroalimentación que permitieron evaluar de forma sistemática la satisfacción de las personas con la atención recibida. Esta estrategia garantizó la alineación con los principios del cuidado centrado en la persona, aportando información valiosa para ajustar y mejorar la práctica clínica.
- Disponibilidad de recursos educativos: se desarrollaron múltiples materiales informativos en diferentes formatos, como afiches, trípticos, publicaciones en redes sociales (Instagram), videos explicativos y sesiones de educación verbal. Estos recursos facilitaron la alfabetización en salud, apoyaron la toma de decisiones informadas y promovieron un rol activo de las personas en su proceso de atención.
- Disponibilidad de herramientas de documentación: se introdujo el “Carnet de ECICEP”, una herramienta diseñada para registrar las necesidades, objetivos y preferencias de cada persona, así como los compromisos acordados con el equipo de salud. Su utilización contribuyó a mejorar la continuidad, personalización y seguimiento efectivo de los planes de cuidado.

2. Indicadores de proceso

Para evaluar la implementación de la guía, se aplicaron dos indicadores anteriormente mencionados. Los resultados se presentan en tabla 1.

Tabla 1. Indicadores de proceso		
Indicador	Meta	Resultado obtenido
Total de encuestas realizadas / Total de ingresos y controles ECICEP $\times 100$	50 %	$(308/675) \times 100 = 46 \%$
Total de encargados capacitados / Total de encargados $\times 100$	80 %	$(27/33) \times 100 = 82 \%$

3. Indicadores de resultado

Finalmente, se evaluó la percepción de satisfacción de 308 personas a través de la encuesta diseñada para este fin. Los resultados se presentan en la tabla 2.

Tabla 2. Indicadores de resultado		
Indicador	Meta	Resultado obtenido
N° de encuestas con nivel de satisfacción 6 o 7 / Total de encuestas realizadas $\times 100$	80 %	$(295/308) \times 100 = 96 \%$

Respecto a la aplicación de la encuesta, los datos muestran que 220 (71 %) encuestados, se identificó con género femenino, con una media de edad de 34 años. En relación con la dimensión del cuidado, 280 (91 %) personas indicó que el profesional se presentó con su nombre, y un número similar 279 (91 %) señaló que se le explicó tanto el objetivo como el tiempo destinado para la atención. Un total de 259 (84 %) personas indicaron que le preguntaron con qué nombre prefería ser tratado, y 294 (95 %) refirieron que pudieron expresar sus temores y ser tranquilizados durante la atención.

En cuanto a la calidad de la información, 297 (96 %) personas expresaron que fue clara en su totalidad, y 289 (95 %) señalaron que sus dudas fueron completamente aclaradas. En relación a la atención, 260 (84 %) calificaron al profesional con nota 7 (nota máxima), equivalente a “muy cordial, cortés y amable”. Además, 305 (99 %) indicaron que los compromisos adquiridos durante la atención fueron establecidos en mutuo acuerdo. Finalmente, 295 (96 %) personas valoraron la atención recibida con una puntuación de 6 o 7 en la escala de satisfacción general. Estos resultados sugieren que, si bien la dimensión que relaciona el trato digno del cuidado ha sido fortalecida,

persisten oportunidades de mejora en la comunicación efectiva de la información clínica y en la promoción de la participación activa en la toma de decisiones.

DISCUSIÓN

La implementación de la GBPC centradas en la persona y la familia en la APS del CESFAM de Peñaflor demuestra que un modelo estructurado y basado en evidencia, como el de la RNAO, permite operacionalizar con éxito la atención integral en un contexto de recursos limitados. Este proyecto, enfocado en la GBPC “Cuidados Centrados en la Persona y la Familia”, no sólo documenta la aplicabilidad de las recomendaciones a un contexto local, sino que también ofrece un modelo concreto para la transformación de la práctica clínica hacia un enfoque más participativo, humano y efectivo.

Vale mencionar que, el éxito de esta implementación se refleja en los altos niveles de satisfacción del usuario, que superan los hallazgos de estudios comparables en Brasil y España.^(18,19) Este resultado se atribuye a dos factores críticos: la solidez del modelo de implementación y la integración de herramientas locales. Un hallazgo crucial es que la alta satisfacción del usuario se vincula directamente con la dimensión relacional del cuidado, en aspectos como la presentación del profesional, la claridad de la información y el establecimiento de compromisos mutuos de cuidado. Un ejemplo destacado del éxito de este enfoque es la alta tasa de uso del nombre preferido, alcanzando un 84 %, lo que refuerza la efectividad de las estrategias implementadas para la personalización del trato. Estas fortalezas no contradicen la existencia de áreas de mejora en la consolidación de una atención genuinamente centrada en la persona, pero establecen un punto de partida sólido.

En comparación con experiencias internacionales, la implementación en el CESFAM de Peñaflor se distingue por el uso de herramientas personalizadas como el Carnet de Atención Integral, que promueve un vínculo continuo y documentado entre el paciente y el equipo. La elaboración de materiales multiformato y la incorporación sistemática de estrategias de comunicación verbal y no verbal también resultaron ser factores clave que facilitaron la comprensión y el empoderamiento de los usuarios, elementos que han sido poco explorados en la literatura revisada, pero que se alinean con la evidencia sobre la importancia del lenguaje accesible para la equidad en la atención.⁽²⁰⁾

En lo que respecta a la metodología, un desafío significativo fue la aplicación sostenida de las encuestas de satisfacción. Esta dificultad, reflejo de la alta carga asistencial en APS, pone de manifiesto una limitación inherente al estudio, ya que la evaluación continua de la experiencia del usuario no pudo ser plenamente sostenida. Este hallazgo coincide con lo reportado por estudios en Uruguay y Colombia, donde la sobrecarga del personal de salud se identificó como una barrera principal para la evaluación sistemática.^(21,22) Futuros esfuerzos para evaluar la experiencia de los usuarios deberán considerar la implementación de estrategias institucionales sostenibles, como la digitalización de instrumentos o la designación de tiempos protegidos, para garantizar la continuidad de la retroalimentación.

A pesar de estas limitaciones, la implementación demuestra que el liderazgo del equipo de enfermería y la apropiación de las estrategias por parte del personal, evidenciada por la alta cobertura de capacitación (80 %), fueron determinantes para el éxito. El proyecto no solo logró sus objetivos iniciales, sino que también permeó otras directrices de la GBPC, como el principio de autodeterminación y la valoración de la experiencia del usuario, demostrando que un enfoque relacional y contextualizado puede generar un impacto más amplio de lo esperado.

CONCLUSIÓN

La presente experiencia permitió analizar la implementación de la GBPC “Cuidados centrados en la persona y la familia” de la RNAO en el CESFAM Dr. Fernando Monckeberg, en el contexto de la APS en Chile. A través de la priorización de recomendaciones clave, el diseño de estrategias clínicas contextualizadas y la medición de indicadores estructurales, de proceso y de resultado, se logró integrar de manera concreta principios del cuidado centrado en la persona en la práctica asistencial cotidiana.

Los resultados muestran avances importantes en la disponibilidad de herramientas de apoyo, la capacitación del personal y la percepción positiva de las personas sobre la atención recibida.

El liderazgo del equipo de enfermería fue determinante para articular el conocimiento basado en evidencia con las realidades del territorio, facilitando la adopción de prácticas centradas en la persona desde una mirada interdisciplinaria. La sistematización de esta experiencia puede ser de utilidad para otros equipos que busquen fortalecer prácticas clínicas basadas en la evidencia, centradas en las personas y adaptadas a la realidad de la APS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Guía de buenas prácticas: Cuidados centrados en la persona y la familia. Toronto: RNAO; 2015. Disponible en: https://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/bpg/translations/D0003_CUIDADOS-CENTRADOS-PERSONA-FAMILIA_2015_redited.pdf

2. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualizing patient empowerment: A mixed methods study. *Patient Educ Couns.* 2020;103(9):1725-31. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.05.004>
3. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on person-centred care in hospitals. *BMJ Open.* 2021;11(9):e045753. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045753>
4. Coulter A, Oldham J. Person-centred care: What is it and how do we get there? *Future Hosp J.* 2020;7(2):114-9. <https://doi.org/10.7861/fhj.2020-0038>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la Atención Primaria de Salud: La clave para lograr la cobertura sanitaria universal. Ginebra: OMS; 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240063734>
6. Ministerio de Salud de Chile. Atención Primaria de Salud en Chile: desafíos y oportunidades. Santiago: MINSAL; 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/aps-chile-desafios-2023>
7. World Health Organization (WHO). Framework on integrated people-centred health services (IPCHS). Geneva: WHO; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514036>
8. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP). Santiago: MINSAL; 2023. Disponible en: <https://www.minsal.cl/ecicep-2023>
9. Scholl I, LaRussa A, Hahlweg P, Kobrin S, Elwyn G. Organizational strategies for patient engagement: A systematic review. *Patient Educ Couns.* 2021;104(3):580-9. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.10.002>
10. Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Best Practice Guidelines: Person- and Family-Centred Care. Toronto: RNAO; 2021. Disponible en: <https://rnao.ca/bpg/guidelines/person-and-family-centred-care>
11. Salas-Burgos C, Jofré M, Henríquez G. Impacto del modelo de atención centrado en la persona en APS en Chile. *Rev Chil Enferm.* 2022;3(1):45-58. <https://doi.org/10.22370/rce.2022.3.1.0001>
12. Ministerio de Salud de Chile. Estrategia Nacional de Salud 2021-2030: Enfoques y desafíos. Santiago: MINSAL; 2022. Disponible en: <https://www.minsal.cl/estrategia-nacional-de-salud-2021-2030>
13. McCormack B, McCance T. Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice. 3rd ed. Chichester: Wiley-Blackwell; 2021. <https://doi.org/10.1002/9781119780270>
14. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature. *Med J Aust.* 2021;214(8):S3-8. <https://doi.org/10.5694/mja2.51098>
15. Lincoln Y, Lynham S, Guba E. Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences, revisited. En: Denzin N, editor. *The SAGE Handbook of Qualitative Research*. London: SAGE; 2017.
16. Yin RK. Case study research and applications: design and methods. 6th ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2018.
17. Bengtsson M. How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open.* 2016;2:8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
18. Silva MC, Costa TF, Santana RS, Ribeiro HS. Humanização e cuidado centrado na pessoa na atenção primária: uma experiência brasileira. *Rev Saúde Pública.* 2021;55:37. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003497>
19. Martínez R, Gil-García E, Sánchez-Gómez MB. Atención centrada en la persona en Atención Primaria: una revisión de experiencias en Europa. *Aten Primaria.* 2022;54(7):102172. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102172>
20. van den Muijsenbergh M, van Weel-Baumgarten E, Burns N, Dowrick C, Lionis C, O'Donnell C, et al. Communication in cross-cultural consultations in primary care in Europe: the case for improvement. *Eur J Gen*

Pract. 2020;26(1):117-22. <https://doi.org/10.1080/13814788.2020.1760065>

21. Rodríguez F, Casal J, Rivero L. Desafíos en la implementación de la atención centrada en el usuario en Uruguay: percepción de equipos de salud. Rev Méd Urug. 2020;36(1):12-21. <https://doi.org/10.29193/rmu.36.1.3>

22. Morales A, Pérez M, Londoño M. Evaluación de la atención centrada en el paciente en Colombia: análisis cualitativo desde la perspectiva del equipo de salud. Salud Colectiva. 2021;17:e3349. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3349>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: María José Vázquez Mayr, Amalia Silva Galleguillos, Mirliana Ramírez-Pereira.

Curación de datos: María José Vázquez Mayr, Amalia Silva Galleguillos, Mirliana Ramírez-Pereira.

Análisis formal: María José Vázquez Mayr, Amalia Silva Galleguillos

Investigación: María José Vázquez Mayr, Amalia Silva Galleguillos.

Metodología: María José Vázquez Mayr, Amalia Silva Galleguillos, Mirliana Ramírez-Pereira.

Administración del proyecto: Amalia Silva Galleguillos, María José Vázquez Mayr.

Recursos: Amalia Silva Galleguillos, María José Vázquez Mayr.

Software: Amalia Silva Galleguillos, María José Vázquez Mayr.

Supervisión: Amalia Silva Galleguillos, María José Vázquez Mayr.

Validación: Amalia Silva Galleguillos, María José Vázquez Mayr, Valeria Díaz Videla, Mirliana Ramírez-Pereira, Esmérita Opazo-Morales, Angélica Villamán Guajardo.

Visualización: Amalia Silva Galleguillos, María José Vázquez Mayr, Valeria Díaz Videla, Mirliana Ramírez-Pereira, Esmérita Opazo-Morales, Angélica Villamán Guajardo.

Redacción - borrador original: María José Vázquez Mayr, Amalia Silva Galleguillos.

Redacción - revisión y edición: María José Vázquez Mayr, Amalia Silva Galleguillos.