

Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos

Strategies to promote health literacy from primary care: a perspective that considers the realities of low and middle-income countries

German Málaga¹, María Sofía Cuba-Fuentes¹, Leonardo Rojas-Mezarina², Zoila Romero-Albino¹, Alexandra Hamb³, Valerie A. Paz-Soldán⁴

¹ Escuela de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

³ Estudiante de Medicina, Tulane University School of Medicine. Luisiana, EE.UU.

⁴ Global Community Health and Behavioral Sciences, Tulane School of Public Health and Tropical Medicine. Luisiana, EE.UU.

An Fac med. 2019;80(3):372-8 / DOI: <https://10.15381/anales.803.16864>

Correspondencia:

Zoila Romero Albino
zoilara80@hotmail.com

Recibido: 25 de julio 2019

Aceptado: 23 de agosto 2019

Publicación en línea: 30 de setiembre 2019

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado

Citar como: Málaga G, Cuba-Fuentes M, Rojas-Mezarina L, Romero-Albino Z, Hamb A, Paz-Soldán V. Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria: una perspectiva que considera las realidades de los países de ingresos medios y bajos. An Fac med. 2019;80(3):372-8. DOI: <https://10.15381/anales.803.16864>

Resumen

La alfabetización en salud se asocia con mejores resultados de salud. Los profesionales de salud de atención primaria generalmente brindan la mayor parte de la atención a los pacientes y también suelen ser el primer punto de contacto para los pacientes dentro de un sistema de salud. En este artículo se discuten cuatro estrategias para promover la alfabetización en salud en el entorno de atención primaria: 1) Mejorar las habilidades de comunicación del clínico, 2) Usar herramientas de e-Salud, 3) Promover el autocuidado del paciente, y 4) Desarrollar sistemas de apoyo y entornos de cuidado. Estas estrategias se discuten en el contexto de las realidades de los países de ingresos medios y bajos, como el caso de Perú.

Palabras clave: Alfabetización en salud, atención primaria de salud, autocuidado, empoderamiento para la salud (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Health literacy is associated with better health outcomes. Primary care professionals generally provide most of the care to patients and are also often the first point of contact for patients within a health system. This article discusses four strategies to promote health literacy in the primary care setting: 1) Improve the clinician's communication skills, 2) Use e-Health tools, 3) Promote patient self-care, and 4) Develop support systems and care environments. These strategies are discussed in the context of the realities of low and middle income countries, as in the case of Peru.

Keywords: Health literacy, primary health care, self care, empowerment for health (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Involucrar a los pacientes en su propia atención de salud mejora su adherencia al tratamiento médico, mejora los resultados de salud⁽¹⁾, disminuye el uso de los servicios de emergencia y aumenta la sensación de empoderamiento de los pacientes^(2, 3, 4, 5). Además, en el contexto del aumento de los costos de atención médica, “el potencial para mejorar los resultados de salud a través de la educación del paciente y los programas de autocuidado es amplio”⁽⁶⁾. Hay un movimiento creciente entre los profesionales de salud para involucrar a sus pacientes en su propio cuidado, y un mayor financiamiento para explorar las mejores estrategias para garantizar este proceso^(3, 4, 5). Debido a barreras como la formación médica conservadora y tradicional, las jerarquías establecidas dentro del sistema médico, entre otras, muchos profesionales médicos conservan el papel de único responsable de la toma de decisiones en la atención de sus pacientes^(3, 4, 7); siendo imperativo señalar que, a través de la alfabetización en salud, el paciente puede lograr el empoderamiento necesario para su autocuidado.

En ese sentido, el objetivo del presente artículo es proponer cuatro estrategias para mejorar la alfabetización en salud en atención primaria, basadas en la revisión de la literatura y las experiencias de países de ingreso medios y bajos.

DESARROLLO DEL TEMA

Un elemento crítico para involucrar a los pacientes en la toma de decisiones de atención médica es el nivel de alfabetización en salud del paciente. La alfabetización en salud se define como la “capacidad del paciente para obtener, procesar y comprender información y servicios de salud básicos necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas”⁽⁸⁾. Hay muchos ejemplos de lo que constituye la alfabetización de la salud: poder leer las instrucciones de los medicamentos, entender los artículos de salud que se encuentran en una revista o un periódico, saber cómo encontrar a un médico o inscribirse en un seguro de salud entre otros⁽⁹⁾. La alfabetización en salud se eva-

luó en Estados Unidos en la National Assessment of Adult Literacy del año 2003 realizada entre más de 19 000 personas entre 16 años de edad y más⁽¹⁰⁾. Encontraron que la mayoría de los adultos tenían una alfabetización de salud intermedia (53%), 22% tenían una alfabetización básica de salud y el 14% tenían un nivel inferior al nivel básico en alfabetización de salud. Solo el 12% tenía conocimientos competentes en salud. El nivel de alfabetización en salud fue menor entre los hombres, minorías étnicas, hablantes no nativos de inglés y para aquellos con menor educación comparados con la población general. Además, las desigualdades en el acceso y uso de la tecnología en relación con la alfabetización en salud son comunes⁽¹¹⁾.

En los Estados Unidos, el bajo nivel de alfabetización en salud afecta de manera desproporcionada a grupos marginados, incluyendo los inmigrantes, a menudo debido a diferencias culturales y lingüísticas⁽¹¹⁾. En los países de ingresos bajos y medios (LMIC), la alfabetización en salud es inferior a la medida en los Estados Unidos, probablemente porque el ingreso general y la educación de las personas de los LMIC es menor, en general, que los de países de ingresos altos como Estados Unidos^(12, 13, 14).

Determinar el nivel de alfabetización en salud de un paciente no es fácil; los médicos a menudo sobreestiman los niveles de alfabetización de sus pacientes, y esto puede contribuir a una atención deficiente y, en consecuencia, resultados de salud deficientes⁽¹⁵⁾. En particular, esto afecta de manera desproporcionada a los pacientes más vulnerables –pacientes de menor ingreso económico, pacientes que han sido marginados por diversas razones–, y es un factor potencial que influye en las disparidades de salud⁽¹⁵⁾. Se han desarrollado estrategias universales de alfabetización en salud para abordar este problema; estas estrategias pueden beneficiar a los pacientes en todos los niveles de alfabetización. Estas estrategias incluyen simplificar la comunicación y confirmar la comprensión, adaptar el entorno clínico y el sistema de atención médica centrado en el paciente y capacitar a los pacientes para mejorar su salud⁽²⁾.

Dado que la atención primaria es el escenario de primer contacto y acceso al sistema de salud; la capacidad de obtener, procesar y comprender información básica de salud podría mejorarse con estrategias que podrían realizarse en el primer nivel o en la comunidad a través de campañas de salud.

En este artículo, usamos el ejemplo de Perú (población aproximada 30 millones), caracterizada por tres regiones. La mayoría de la población (56%) vive en la costa con acceso más fácil a carreteras y puertos (aunque algunas casas, en particular en barrios marginales, solo son accesibles a pie), aproximadamente el 30% de la población vive en la sierra y el 14% en la selva, donde el acceso a la atención de salud es más difícil⁽¹⁶⁾. El español, quechua y aymara son los tres idiomas oficiales del Perú, existiendo muchos idiomas nativos. Casi la mitad (43,8%) de la población total ha completado parte o toda su educación secundaria, pero el 22% sólo ha completado parte o la totalidad de la primaria, y el 6% es analfabeto⁽¹⁶⁾. Casi la mitad (44,4%) de la población depende de la obtención de atención médica pública (instituciones del Ministerio de Salud o MINSA) y aproximadamente el 24,8% obtiene atención a través de un sistema basado en el empleador (Seguro Social de Salud o EsSalud)⁽¹⁶⁾. La policía y el ejército, y sus familias, pueden acceder a la atención médica en instalaciones solo para la policía y el ejército. Finalmente, un pequeño porcentaje de la población busca atención en instalaciones privadas⁽¹⁶⁾. Existe una gran diversidad de idiomas, niveles educativos y cultura, así como diferencias en las enfermedades comunes por región y los tipos de servicios ofrecidos por las instituciones de salud, lo cual afecta la alfabetización en salud de los peruanos, aunque esto no ha sido medido.

En ese sentido, a continuación, se proponen cuatro estrategias para mejorar la alfabetización en salud en atención primaria (Tabla 1):

1. Mejorar las habilidades y herramientas de comunicación clínico-paciente

Algunos estudios sugieren que los pacientes entienden solo el 50% de lo que

se discute en un encuentro clínico⁽¹⁷⁾. Mejorar las habilidades de comunicación del profesional de salud lleva a mejores resultados para los pacientes⁽¹⁷⁾.

Aunque la comunicación es una competencia esencial para cualquier profesional de salud que interactúe directamente con pacientes, la capacitación para estas habilidades en muchos países no se encuentra estandarizada^(18, 19). Este es el caso en el Perú, por ejemplo, donde estudiantes de medicina no reciben cursos estandarizados y formales sobre comunicación efectiva con pacientes, sensibilidad cultural o estrategias para tratar a pacientes con bajos niveles de alfabetización. Las pocas veces que reciben instrucción sobre estos temas son en algún taller que se ofrece fuera de su currículum. Las habilidades de comunicación deben enseñarse y aprenderse con el mismo rigor que otras habilidades básicas. Esta capacitación requiere métodos de aprendizaje experiencial que incorpore la observación y la retroalimentación y ensayo⁽²⁰⁾. Los estudiantes de profesiones de salud deben desarrollar ciertas habilidades estratégicas, tan simples como dar la bienvenida al paciente para que se sienta cómodo, aplicar la escucha activa utilizando lenguaje no verbal, mostrar empatía, recopilar e integrar información de manera adecuada y compartir la toma de decisiones con pacientes⁽²¹⁾.

Una estrategia importante es utilizar un idioma simple y no médico (evitando términos médicos)⁽²²⁾. El profesional de salud debe hablar pausadamente y con claridad, dividiendo información específica o tareas en pasos más pequeños. Por ejemplo, en lugar de pedirle a un paciente que “haga más ejercicio”, se le puede recomendar que “comience a caminar rápido 30 minutos al día, 5 días a la semana”.

La información de salud proporcionada al paciente debe tener un limitado número de mensajes claves, seguidos por un proceso en el cual el profesional de salud verifica la comprensión del paciente de estos mensajes; se puede aplicar el “Teach-back”, un método en el cual se le pide a los pacientes que expliquen lo discutido con sus propias palabras^(2, 17). Un ejemplo podría ser: “hoy hemos revisado cómo le va a dar a su hijo la suplementación con hie-

rro; para estar seguro de que lo expliqué correctamente, ¿puede decirme cómo le va a dar el hierro a su hijo en sus propias palabras?” A través del Teach-back, también se prioriza el contenido, limitándose a tres puntos clave, estos mensajes claves se repiten, haciendo este método muy útil para ser usado en el entorno de atención primaria^(2, 17), independientemente del país donde se utilice.

Los materiales impresos son un excelente complemento para la educación de salud. Existen excelentes referencias sobre el desarrollo de materiales impresos para poblaciones con bajo nivel de alfabetización⁽²³⁾. Estas referencias puntualizan que el material impreso debe estar desarrollado como para personas en nivel de lectura de 5to grado (que incluye palabras y oraciones cortas, y estas referencias explican cómo medir el nivel de lectura). Materiales impresos, al igual que la comunicación verbal, debe centrarse en un número de mensajes limitados a los más relevantes^(17, 23). A la vez, es más fácil leer contenido con texto por puntos versus bloques de texto^(17, 23). Finalmente, en vez de simplemente entregar materiales a un paciente, el paciente se beneficia aún más si el profesional de salud los revisa con él/ella, resaltando puntos clave^(2, 24). Hay que tomar en cuenta que en países como el Perú existe gran heterogeneidad de idiomas, culturas, nivel de alfabetización y educación, y de recursos disponibles; por lo tanto, es necesario tener materiales que sean apropiados y relevantes para su entorno local. Sin embargo, en los LMIC, donde el acceso a los materiales impresos puede no ser factible por razones de costos, número de idiomas de la población, entre otros, esto puede ser una limitante.

Otro punto importante es que en muchos países, incluyendo el Perú, existen costumbres relacionadas a la salud de las comunidades locales o étnicas que a menudo son menospreciadas, ya sean las prácticas tradicionales de parto, el uso de hierbas medicinales o curanderos locales. Las formas de pensamiento patriarcal se interponen al tratar de ofrecer servicios de salud que respetan e incluyen las prácticas locales de salud.

2. Uso de tecnologías de información y comunicación

Las tecnologías de información y comunicación (TIC) abarcan todas las vías de comunicación relacionadas con las tecnologías informáticas y digitales; estas ofrecen muchas herramientas para la alfabetización en salud, para el manejo de información del paciente, para diagnosticar a pacientes a través de telemedicina, para manejar el tratamiento de un paciente, entre otros. La alfabetización electrónica en salud se define como la capacidad de buscar, encontrar, comprender y evaluar información de salud de fuentes electrónicas y aplicar este conocimiento para abordar o resolver problemas de salud. Esta definición es una síntesis de seis habilidades diferentes (o alfabetizaciones): alfabetización tradicional, alfabetización en salud, alfabetización en información, alfabetización científica, alfabetización mediática y alfabetización informática⁽²⁵⁾.

En nuestro entorno actual basado en la tecnología, las TIC son cada vez más utilizadas y aceptadas por la población como una fuente importante de información de salud. El uso de las TIC es diverso: hay usuarios que acceden a servicios de salud para su autocuidado, otros que lo usan para informarse para la toma de decisiones compartidas, y otros para interactuar con otras personas con los mismos problemas de salud, como grupos de apoyo⁽²⁶⁾. Específicamente en los LMIC, las TIC se están utilizando en tres aspectos principales: 1) extendiendo el acceso geográfico a la atención médica a través de “salud móvil” (mHealth o mSalud), 2) mejorando la gestión y manejo de datos, y 3) facilitando la comunicación entre pacientes y profesionales de salud fuera del ámbito clínico y manejo de salud del paciente vía diagnósticos usando telemedicina⁽²⁷⁾.

La salud móvil (mHealth o mSalud) se define como “el uso de dispositivos electrónicos portátiles con aplicaciones de software para proporcionar servicios de salud y administrar la información del paciente”⁽²⁸⁾. Puede emplearse para aumentar la comunicación, pero también se ha utilizado para recordar a pacientes tomar medicamentos o buscar atención médica^(29, 30). Un uso común involucra el

envío de mensajes de texto a pacientes para recordatorios de citas y alentar un comportamiento saludable; esto ha sido efectivo para mejorar tasas de asistencia y adherencia al tratamiento en varios LMIC ⁽²⁸⁻³²⁾.

En algunos países, las TIC también se utilizan para la gestión y manejo de datos, incluyendo el almacenamiento de registros personales de salud (PHR, siglas en inglés) y registros electrónicos de salud (EHR). Un PHR es una fuente electrónica de información de salud del paciente que puede ser utilizada por el paciente o su representante ⁽³³⁾. Para que los sistemas de EHR y PHR sean implementados y tengan éxito, es esencial que tanto los proveedores como los consumidores de esta información puedan acceder y tengan un conocimiento básico de cómo interactuar con la tecnología. También se tiene que tener presente para qué sirve la información e indicadores: hay muchos programas a nivel nacional donde no se puede monitorear si un paciente diagnosticado con una enfermedad logra recibir el seguimiento y tratamiento adecuado. En comparación con los países de altos ingresos (HIC), los LMIC no tienen disponibilidad generalizada de EHR ni PHR y, si lo tienen, no es común en establecimientos de salud pequeños y, a menudo, solo se encuentran en hospitales más grandes o en establecimientos privados ⁽³²⁾.

Las TIC también puede facilitar la comunicación entre pacientes y profesionales de salud fuera del ámbito clínico, por ejemplo, permitiendo comunicación vía mensajes o llamadas a profesionales de salud para manejo de ciertos problemas de salud o seguimiento de tratamiento. La telemedicina es un ejemplo del uso de las TIC para extender la atención médica a áreas remotas, y tiene potencial para expandirse aún más en el Perú. Desarrollada por necesidad en países como los EE. UU. y Australia, la telemedicina permite a los profesionales de salud obtener orientación especializada para el manejo de casos complejos sin necesidad de que el paciente viaje. La telemedicina no se utiliza de manera generalizada ni formal en el sector de salud pública del Perú; sin embargo, los profesionales de la salud han encontrado formas de utilizar la tecnología existente para obtener la ayu-

da de expertos de colegas u otros profesionales de la salud en caso de duda. Por ejemplo, grupos de profesionales de salud en una red geográfica crearon un chat privado para consultar sobre pacientes entre ellos o para resolver problemas relacionados con el diagnóstico de un paciente al compartir una imagen no identificada. O, por ejemplo, un grupo de investigadores crearon un algoritmo que permitió a profesionales de salud en áreas remotas tomar una fotografía del cultivo de esputo y obtener un resultado en cuestión de minutos con respecto al tipo de tratamiento que el paciente con tuberculosis requería ⁽³⁴⁾. En el Perú, los profesionales de salud que se gradúan deben completar su Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS) para practicar en el sistema público; sin embargo, estos jóvenes profesionales a menudo se encuentran en situaciones difíciles de tener que diagnosticar con equipo inadecuado o inexistente, en áreas que no están familiarizados con los problemas de salud locales, lo que dificulta que la comunidad desarrolle confianza en ellos ⁽³⁵⁾. En un estudio, estos jóvenes profesionales fueron entrevistados sobre sus necesidades en lugares remotos; hablaron sobre la posibilidad de extender la telemedicina, donde tendrían acceso a médicos más experimentados para el diagnóstico o el manejo de ciertos casos. También mencionaron que vivían en áreas con cobertura limitada de teléfonos celulares, lo que dificultaría que todos tuvieran acceso a dicho sistema ⁽³⁶⁾.

La expectativa de los sistemas de salud es que tienen la capacidad de “abordar las diversas necesidades de la población, brindar servicios de alta calidad incluso en entornos remotos y de escasos recursos, y mejorar la capacitación y el apoyo para los trabajadores de la salud” ⁽³²⁾. Pero esto debe tomarse en el contexto de la accesibilidad de las TIC y la alfabetización de la población. Existe un conocimiento limitado de los efectos de los programas de eSalud en los resultados de la atención al paciente en los LMIC y la implementación de aplicaciones a gran escala ^(28,32). Los LMIC a menudo tienen una infraestructura en TIC inadecuadamente desarrollada, particularmente en áreas remotas y, debido a la

inadecuada cantidad de profesionales de salud y especialistas, la capacidad se torna limitada para brindar servicios a todos los que lo necesitan ⁽³⁷⁾. Un desafío adicional es que algunos pacientes pueden no estar familiarizados o tener un conocimiento limitado de tecnologías específicas y ser reticentes a aprenderlas ⁽²⁷⁾.

3. Promover el autocuidado del paciente

El Instituto de Medicina define el autocuidado como “la provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo para aumentar las habilidades y la confianza de los pacientes en el manejo de sus problemas de salud, incluida la evaluación periódica del progreso, el establecimiento de objetivos y el apoyo a la resolución de problemas” ⁽³⁸⁾. El autocuidado es fundamental para el plan de atención de enfermedades crónicas y sirve para ayudar a los pacientes en su vida diaria a medida que enfrentan los desafíos de sus enfermedades crónicas. Los programas que enfatizan el autocontrol y las habilidades de resolución de problemas han demostrado ser más efectivos que la educación exclusivamente informativa en mejorar resultados clínicos y a la vez, incrementar la autoeficacia del paciente ⁽³⁹⁾. Para muchos problemas de salud crónicos, como la diabetes y las enfermedades cardíacas, mejorar el cuidado y control requiere una perspectiva multidimensional: mejorar la organización de la atención médica, vincular a pacientes con recursos de la comunidad, desarrollar sistemas de información clínica y apoyar el autocuidado ⁽⁴⁰⁾.

La educación en autocuidado es un componente integral en la alfabetización en salud a nivel de atención primaria. Para enfermedades crónicas, los profesionales de salud deben alentar el desarrollo de habilidades de autocuidado en sus pacientes, como: 1) resolución de problemas, 2) toma de acciones, 3) toma de decisiones, 4) vínculo con un profesional de salud y 5) utilización de recursos ⁽⁴¹⁾. La base o el eje crítico en el autocuidado es un vínculo fuerte entre profesionales de salud y sus pacientes con problemas crónicos, ya que estos pacientes deben poder manejar su enfermedad con un

doble enfoque: manejo de síntomas y tratamiento⁽³⁸⁾. Existen varias estrategias disponibles para mejorar el autocuidado y fomentar el empoderamiento del paciente. Una de las herramientas educativas usadas en la atención primaria es “Ask Me 3” (Pregúntame 3), tres preguntas específicas que los pacientes deben responder al final de la consulta: ¿cuál es el problema principal que tengo?, ¿qué debo hacer para manejarlo?, ¿por qué es importante esto para mí?^(2, 17). El propósito de esta herramienta es aumentar la participación del paciente en su propio cuidado e informarle qué acciones puede realizar para mantener su salud⁽⁴²⁾.

Los pacientes con enfermedades crónicas aprenden a cuidarse a sí mismos; por lo tanto, tienen que poder identificar sus propios problemas de salud, cuando surgen y tener la capacidad de resolverlos o saber cuándo buscar ayuda⁽⁴³⁾. Una estrategia útil es proveer de planes de acción cuando hay exacerbaciones de un problema como los planes de acción ante una crisis de asma.

Las indicaciones para el autocuidado no siempre tiene que venir de los profesionales de salud: a veces pueden crearse vínculos con organizaciones comunitarias (u otros recursos) para mejorar los sistemas de apoyo a los pacientes y el alcance de su atención⁽¹⁷⁾. Esto implica generar vínculos con instituciones/organizaciones en la comunidad que ofrecen atención a domicilio o atención por profesionales, programas de ejercicios o grupos de autoayuda, según las necesidades individuales y las brechas en la atención. Un sistema de salud debe promover el autocuidado como una herramienta fundamental de la atención primaria, para capacitar al paciente afectado en su autocuidado de salud, considerando las preferencias y contexto de cada paciente⁽⁴⁴⁾. Es crítico aliviar el estrés causado por la carga de la enfermedad facilitando el desarrollo de habilidades y fortaleciendo la autoeficacia del paciente; esto a la vez resulta a la larga en disminución de uso del sistema de salud para estos pacientes⁽⁴⁴⁾.

Algunas intervenciones a nivel comunitario incluyen la promoción de la salud

por mensajes de texto, entrevistas o llamadas telefónicas motivacionales y talleres de capacitación⁽⁴⁵⁾.

Un aspecto importante para promover el autocuidado es la actitud del profesional de salud. Al término de sus estudios profesionales, muchos profesionales de salud han adoptado un modelo paternalista, que puede alejarlos de una toma de decisiones compartidas con los pacientes^(3, 4, 7). Para los profesionales de salud que trabajan en áreas donde la educación y la alfabetización de la población en general son limitadas, este problema jerárquico se magnifica.

4. Desarrollar sistemas de apoyo y entornos de cuidado

Los centros de atención primaria son un recurso vital para facilitar este apoyo a las comunidades a las que sirven; es importante que estos, tengan capacidad para conectar a los pacientes con los recursos comunitarios disponibles y hacer prescripción social^(2, 17).

Se debe promover el desarrollo de relaciones entre los pacientes con los mismos problemas de salud, y otros actores como voluntarios y agentes comunitarios de salud, para crear un sistema centrado en las necesidades de las personas^(46, 47). En el Perú muchos establecimientos promueven la formación de grupos de apoyo de pares como Centros de Adultos Mayores o asociaciones de personas con diagnósticos como tuberculosis.

Los centros de atención primaria de salud en los LMIC a menudo carecen de

equipos de salud interdisciplinarios para manejar los complejos problemas de salud en las poblaciones a las que sirven, especialmente en zonas rurales o remotas donde usualmente existen barreras de idioma y cultura; en muchos establecimientos, puede haber solo uno o dos profesionales de salud, quienes a menudo son recién egresados y se sienten inseguros respecto a las decisiones médicas en una región donde los tipos de problemas de salud que enfrentan suelen ser complejos^(35, 36).

Los procesos burocráticos crean barreras para el seguimiento y tratamiento de pacientes, que se pierden tratando de navegar el sistema. Al optimizar procesos, se fortalece la capacidad de los pacientes de realizar sus seguimientos y tratamientos y, a la vez, la autoeficacia de los pacientes⁽¹⁷⁾. Los procesos complejos desaniman a los usuarios y pueden resultar en una percepción de desconfianza y abuso, especialmente en poblaciones vulnerables, como las personas con un bajo nivel de alfabetización en salud⁽⁴⁸⁾.

El personal administrativo cumple un rol importante y tiene que estar alineado en el manejo respetuoso de pacientes ya que muchas veces son la primera línea de interacción entre los pacientes y un establecimiento de salud^(17, 48). De esta manera, pueden servir como apoyo auxiliar para un equipo de salud y contribuir a mejores resultados de salud para los pacientes.

Tabla 1. Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria.

Componente	Estrategia
Mejorar las habilidades y herramientas de comunicación clínico-paciente	Usar lenguaje no médico Proveer material de lectura Verificar que el paciente entendió (Teach back)
Uso de tecnologías de información y comunicación	Usar recursos de educación en salud de la red Usar mensaje de texto para recordatorios de tratamiento o citas
Promover el autocuidado del paciente	Tres preguntas al final de la consulta (Ask me 3) Planes de acción escritos en enfermedades crónicas
Desarrollar sistemas de apoyo y entornos de cuidado	Trabajo con comunidades de apoyo de pares y agentes comunitarios de salud Identificar recursos comunitarios

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Se presentaron y discutieron cuatro estrategias, pero existen desafíos para cada una de estas estrategias, particularmente en áreas remotas y rurales de países de ingresos medios y bajos, como el Perú. Estos desafíos también representan oportunidades para futuras investigaciones de implementación y para optimizar y mejorar el sistema de salud, desde los estudios que reciben los profesionales de salud hasta la optimización de servicios que permita que pacientes que requieren seguimiento y tratamiento lo reciban de una forma respetuosa. Aunque las estrategias presentadas se basan en hallazgos de la literatura, se han realizado ensayos controlados aleatorios para evaluar la efectividad de algunas estrategias para mejorar resultados de la salud de pacientes, pero es necesario establecer indicadores que se pueden usar para comparar nuevas estrategias, incluyendo el costo-efectividad de estas estrategias. Las realidades para la implementación de estas cuatro estrategias difieren según el contexto; por lo tanto, se requiere el desarrollo de estudios de implementación, dentro de las cuales pueden estar considerados los ensayos clínicos controlados, a realizarse en diferentes tipos de entornos para poder tomar decisiones en base a evidencia.

Los LMIC pueden tener ciertos desafíos para aumentar o promover la educación en salud entre sus pacientes, pero también presentan oportunidades únicas. A medida que se desarrollen y fortalezcan los sistemas de salud en estos países, los encargados de formular políticas y las autoridades de salud pueden tomar como ejemplo los sistemas más desarrollados, con mejores indicadores y basados en evidencia para mejorar la alfabetización de los pacientes y desarrollar un sistema de salud adecuado para su población y de acuerdo a sus posibilidades.

Es momento de cambiar la forma en que organizamos nuestro sistema de salud, de enfocarnos en las personas y no solo en las enfermedades, y de romper las desigualdades. Mejorar la educación sobre salud es una de las responsabilidades que deben asumir los profesionales

de salud y las autoridades, y debe incluir un enfoque que permita reducir la inequidad en el cuidado y seguimiento de pacientes que vienen de distintos contextos culturales y lingüísticos⁽⁴⁹⁾. Un sistema de salud que persiste en la atención en ambientes hospitalarios superpoblados no solo es profundamente ineficiente y oneroso, sino inhumano⁽⁵⁰⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 2011; 155(2): 97-107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005
2. Agency for Healthcare Research and Quality: Health Literacy Universal Precautions Toolkit. Available from: <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/literacy-toolkit/index.html>
3. Laurance J, Henderson S, Howitt PJ, Matar M, Al Kuwari H, Edgman-Levitan, Darzi A. Patient engagement: four case studies that highlight the potential for improved health outcomes and reduced costs. *Health Aff (Millwood).* 2014; 33(9): 1627-34. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0375
4. National Voices: Prioritising person-centered care: Improving information and understanding. London: National Voices. Available from: https://www.nationalvoices.org.uk/sites/default/files/publications/improving_information.pdf
5. Carman KL, Dardess P, Maurer M, Sofaer S, Adams K, Bechtel C, Sweeney J. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Aff (Millwood).* 2013;32(2): 223-31. DOI: 10.1377/hlthaff.2012.1133.
6. Paterick TE, Patel N, Tajik AJ, Chandrasekaran K. Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. *Proc (Bayl Univ Med Cent).* 2017; 30(1): 112-113.
7. Epping-Jordan J. People-centered care in low- and middle-income countries: report of meeting held 5 May 2010. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.personcentered-medicine.org/doc/genevathree/geneva2011i.pdf>
8. Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editors. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2004. Executive Summary. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216029/>
9. Emmerick IC, Luiza VL, Camacho LA, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Barriers in household access to medicines for chronic conditions in three Latin American countries. *Int J Equity Health.* 2015; 14:115. DOI: 10.1186/s12939-015-0254-z
10. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. *The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy [Internet].* U.S. Department of Education. Washington, DC: National Center for Education Statistics. 2006 Sep 6. Available from: <http://nces.ed.gov/pubsearch/pubsinfo.asp?pubid=2006483>
11. Lubetkin EI, Zabor EC, Isaac K, Brennessel D, Kemeny MM, Hay JL. Health literacy, information seeking, and trust in information in Haitians. *Am J Health Behav.* 2015; 39(3): 441-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.5993/AJHB.39.3.16>
12. Ferre JC. Economic Inequalities in Latin America at the Base of Adverse Health Indicators. *International Journal of Health Services.* 2016;46(3):501-522. DOI: 10.1177/0020731416653428
13. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med.* 2008; 67(12):2072-8. DOI: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050
14. Macha-Quillama L, Samanamú-Leandro A, Rodríguez-Hurtado D. Alfabetización sanitaria y factores relacionados en pacientes que acuden a consulta externa de Medicina Interna en un Hospital Nacional en Lima, Perú. *Rev. Salud Pública.* 2017; 19(5):679-685. DOI: doi.org/10.15446/rsap.v19n5.53008
15. Kelly PA, Haidet P. Physician overestimation of patient literacy: a potential source of health care disparities. *Patient Educ Couns.* 2007; 66(1): 119-122. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.10.007>
16. INEI. Perú. Perfil Sociodemográfico. 2017. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1539/index.html
17. Hersh L, Salzman B, Snyderman D. Health literacy in primary care practice. *American Family Physician.* 2015; 92(2):118-124.
18. Choudhary A, Gupta V. Teaching communication skills to medical students: Introducing the fine art of medical practice. *Int J Appl Basic Med Res.* 2015; 5(Suppl 1):S41-44. DOI: 10.4103/2229-516X.162273
19. Yedidia MJ, Gillespie CC, Kachur E, Schwartz MD, Ockene J, Chepaitis AE, Snyder CW, Lazare A, Lipkin M Jr: Effect of Communications Training on Medical Student Performance. *JAMA.* 2003; 290(9):1157-65. DOI: 10.1001/jama.290.9.1157
20. Silverman J, Kurtz S, Draper J. *Skills for Communicating with Patients (3e).* Radcliffe Medical Press, Oxford. 2013.
21. Ruiz Moral R. *Relación clínica: Guía para aprender, enseñar e investigar.* SEMFYC ediciones, Barcelona. 2004.
22. Borrell F. *Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas.* semFYC, Barcelona 2004.
23. Doak CC, Doak LG, Root JH. *Teaching Patients with Low Literacy Skills.* J.B. Lippincott, 2007.
24. García-Retamero R, Galesic M. Who profits from visual aids: over-coming challenges in people's understanding of risks. *Soc Sci Med.* 2010; 70(7):1019-1025. DOI: 10.1016/j.socscimed.2009.11.031
25. Norman CD, Skinner HA. eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research.* 2006; 8(2): e9. DOI:10.2196/jmir.8.2.e9
26. Eichner J, Dullabh P. *Accessible Health Information Technology (Health IT) for Populations With Limited Literacy: A Guide for Developers and Purchasers of Health IT.* (Prepared by the National Opinion Research Center for the National Resource Center for Health IT). AHRQ Publication No. 08-0010-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. October 2007.
27. Lewis T, Synowiec C, Lagomarsino G, Schweitzer J. E-health in low- and middle-income countries: findings from the Center for Health Market Innova-

- tions. *Bull World Health Organ.* 2012; 90(5):332-40. DOI: 10.2471/BLT.11.099820
28. Källander K, Tibenderana JK, Akpogheneta OJ, Strachan DL, Hill Z, ten Asbroek AH, Conteh L, Kirkwood BR, Meek SR. Mobile health (mHealth) approaches and lessons for increased performance and retention of community health workers in low- and middle-income countries: a review. *J Med Internet Res.* 2013; 15(1): e17. DOI: 10.2196/jmir.2130
29. Curioso WH, Mechael PN. Enhancing 'M-health' with south-to-south collaborations. *Health Aff (Millwood).* 2010; 29(2): 264-7. DOI: 10.1377/hlthaff.2009.1057
30. Albino S, Tabb KM, Reguena D, Egoavil M, Pineros-Leano MF, Zunt JR, et al. Perceptions and acceptability of short message services technology to improve treatment adherence amongst tuberculosis patients in Peru: a Focus Group Study. *PLoS One.* 2014; 9(5): e95770. DOI: 10.1371/journal.pone.0095770
31. Hall CS, Fottrell E, Wilkinson S, Byass P. Assessing the impact of mHealth interventions in low- and middle-income countries – what has been show to work?. *Glob Health Action.* 2014;7. DOI: 10.3402/gha.v7.2560
32. Piette JD, Lun KC, Moura LA Jr, Fraser HS, Mechael PN, Powell J, Khoja SR. Impacts of e-health on the outcomes of care in low-and middle-income countries: where do we go from here?. *Bull World Health Organ.* 2012; 90(5): 365-72. DOI: 10.2471/BLT.11.099069
33. Bates DW, Bitton A. The future of health information technology in the patient-centered medical home. *Health Aff (Millwood).* 2010; 29: 614–21. DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0007
34. Rodríguez Luis, Alva Alicia, Coronel Jorge, Caviades Luz, Mendoza-Ticona Alberto, Gilman Robert et al. Implementación de un sistema de telediagnóstico de tuberculosis y determinación de multidrogorresistencia basada en el método Mods en Trujillo, Perú. *Rev. peru. med. exp. salud publica.* 2014; 31(3):445-453.
35. Mayta-Tristán Percy, Poterico Julio A, Galán-Rodas Edén, Raa-Ortiz Daniel. El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. *Rev. peru. med. exp. salud publica.* 2014; 31(4): 781-787.
36. Anticona Huaynate CF, Pajuelo Travezaño MJ, Correa M, Mayta Malpartida H, Oberhelman R, Murphy LL, Paz-Soldan VA. Diagnostics barriers and innovations in rural areas: insights from junior medical doctors on the frontlines of rural care in Peru. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15: 454. DOI: 10.1186/s12913-015-1114-7
37. Littman-Quinn R, Luberti AA, Kovarik C. mHealth to revolutionize information retrieval in low and middle income countries: introduction and proposed solutions using Botswana as reference point. *Stud Health Technol Inform.* 2013; 192: 894-8.
38. Funnell MM, Brown TL, Childs BP, Haas LB, Hosen GM, Jensen B, et al. *Diabetes Care.* 2010;33(1): S89-S96. DOI: 10.2337/dc10-S089
39. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA.* 2002; 288(19): 2469–2475. DOI: 10.1001/jama.288.19.2469
40. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2015, 15: 194. DOI: 10.1186/s12913-015-0854-8
41. Norris SL, Lau J, Smith SJ, Schmid CH, Engelgau MM. Self-management education for adults with type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2002; 25:1159-1171.
42. Donaldson M, Yordy K, Vanselow N: Defining Primary Care. An Interim Report. Institute of Medicine (US) Committee on the Future of Primary Care. Washington (DC): National Academies Press (US); 1994. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK231312/>
43. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients With Chronic Illness. *JAMA.* 2002;288(14):1775–1779. DOI:10.1001/jama.288.14.1775
44. May CR, Eton DT, Boehmer K, Gallacher K, Hunt K, MacDonald S, et al: Rethinking the patient: using Burden of Treatment Theory to understand the changing dynamics of illness. *BMC Health Services Research.* 2014; 14: 281. DOI: 10.1186/1472-6963-14-281
45. Schaffler J, Leung K, Tremblay S, Merdsoy L, Belzile E, Lambrou A, et al: The Effectiveness of Self-Management Interventions for Individuals with Low Health Literacy and/or Low Income: A Descriptive Systematic Review. *J Gen Intern Med.* 2018;33(4):510-523. DOI: 10.1007/s11606-017-4265-x
46. Cuba S, Romero Z. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2016;33(4):780-4. DOI: 10.17843/rp-mesp.2016.334.2565
47. Hernández-Torres I, Fernández-Ortega MA, Irigoyen-Coria A, Hernández-Hernández MA. Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar. *Archivos de Medicina Familiar.* 2006; 8 (2) 137-143.
48. Delgado-Gallego M, Vásquez-Navarrete M, Moraes-Vanderlei: Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Rev. salud pública.* 2010;12(4): 533-545.
49. Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract.* 2010;87(1): 4-14. DOI: 10.1016/j.diabres.2009.10.007.
50. Málaga G, Romero ZO, Málaga AS, Cuba-Fuentes S. Shared decision making and the promise of a respectful and equitable healthcare system in Peru. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes.* 2017; 123-124: 81-84. DOI: 10.1016/j.zefq.2017.05.021