

REFORMULACIÓN PRESENTE Y FUTURA DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

Por: Dr. Rubén Vernuccio

La atención de pacientes ha cambiado desde hace tiempo, por múltiples aspectos: algunos de ellos relacionados con la tecnología, otros con el incremento de la demanda, con la complejidad de procesos, con la intervención de engranajes administrativos, regulatorios, contractuales, etc.

Todo ello ha generado trabas en materia de accesibilidad, insatisfacción de usuarios, demoras en atención y otros aspectos negativos evidentes, lo que obliga a rever procesos y estrategias de adecuación, generando un reto y un desafío en materia de cambio de dirección brindada sobre el servicio otorgado; buscando de esta manera un equilibrio entre una asistencia de calidad y humanizada hacia el paciente y su entorno.

Se suma a lo expuesto que la práctica médica se ha tornado cada vez más compleja, con múltiples tecnologías, con diferentes interacciones de especialidades, con necesidades sociales y cambios culturales, con emergentes tecnológicos cambiantes y otras condiciones que han sido tornadas a prueba desde hace unos meses por la Pandemia de COVID-19.

En marco de lo expuesto tenemos como un proceso a cuidar, en materia de Atención Centrada en el Paciente o en la Persona (ACP), ampliando conceptos clásicos al respecto, el modelo definido por el Instituto de la Escuela de Medicina de Harvard de Estados Unidos, donde se presentan 8 dimensiones que definen una serie de conceptos a seguir, según el doctor Picker. Las dimensiones son las siguientes:

1. Cuidado de preferencias del paciente
2. Soporte emocional
3. Confort físico
4. Información, educación y capacitación
5. Continuidad en transición y/o egreso
6. Coordinación en cuidados
7. Accesibilidad en asistencia y seguimiento
8. Marco de entorno para familia y amigos

Bajo esta misma línea de pensamiento se puede traer a referencia una frase de Hipócrates.: “Es más importante saber qué tipo persona tiene una enfermedad, que saber qué tipo de enfermedad tiene una persona (...)"

En función de conocimientos sobre ACP, se entiende que la mayoría de estos principios o cuidados deben estar alineados y presentes en todo el grupo del recurso humano con el que cuenta la institución, articulando una correcta interrelación con el paciente y su familia.

Los principios relacionados con ACP son claros, definidos y diseñados sobre un proceso de calidad y seguridad establecido como estrategias y herramientas que permiten lograr o alcanzar las metas u objetivos establecidos, como así también adecuando las necesidades de los pacientes en torno a posibilidades desde una óptica de prestador.

Siguiendo esta idea es necesario mantener un diálogo fluido con los financiadores para facilitar el cumplimiento de los objetivos propuestos o de la mejora en la asistencia.

Esta estrategia no se logrará si el paciente no consigue tener participación y autonomía en torno a decisiones o cuidados, dando un aval activo en lo propuesto; por lo cual lo anterior tiene tácito un concepto de cuidado activo sobre su salud como parte de esta articulación permitiendo que el paciente sea partícipe necesario en su recuperación.

La literatura al respecto muestra distintas medidas que pueden estar presentes para adecuar objetivos de la asistencia en relación a atención centrada en la persona.

Es así que un programa de la Cleveland Clinic de Estados Unidos, conocido como “Los Pacientes Primeros”, describe una serie de pautas y pasos que deben estar presente en pro de alcanzar objetivos basados en principios actuales de la ACP.

La política que tiene este programa se basa en un eje director que establece acciones y cuidados en relación a necesidades e intereses que deben ser tenidos en cuenta para alcanzar los objetivos pautados; sustentando un cambio político y cultural en pro de la satisfacción y capacitación estratégica del paciente con respecto al cuidado de la salud.

La adecuación está definida haciendo foco en la experiencia del paciente, siendo esto un punto corrector de las necesidades del mismo.

Dentro de los cambios necesarios a nivel institucional, como parte de este programa u otros, se entiende que los servicios y la atención deben ser reorganizados como así también los turnos, su disponibilidad y accesibilidad, disponiendo así una oferta en virtud de una posible demanda creciente.

La institución debe comprender y adaptarse al concepto de experiencia y satisfacción, también disponer correcciones y/o mejoras necesarias para alcanzar estas metas.

Las posibles mejoras deben ir de la mano no solo de la satisfacción percibida, sino de respetar adecuados procesos de calidad y seguridad que se encuentren alineados y sustentados en pilares asistenciales, aun cuando éstos no sean visibles para el paciente o su familia.

Para ello, las instituciones en su conjunto deben tener un programa de adecuación cultural sobre Atención Centrada en la Persona, involucrando a todo el recurso humano sin distinción: médicos, enfermeros, técnicos, mucamas, camilleros, administrativos, mantenimiento, etc.

Se debe reconocer que experiencia no es sinónimo de satisfacción y que ésta puede ser definida en:

- Atención Segura
- Atención al alta con calidad y seguridad
- Ambiente de satisfacción
- Valor agregado (aporte superador de expectativa/trato humanizado, cordial, resolución de problemas, etc.)

Debemos entonces tener organizada nuestra clínica y el personal en pro de esas consignas, solicitando a veces la necesidad de una ayuda estratégica por parte del financiador, del paciente y su familia, para alcanzar los objetivos planteados.

Por ahora hemos hablado de derechos relacionados a situaciones que conciernen sobre una correcta atención, pero en esa búsqueda de una experiencia positiva donde el paciente quiere ser escuchado y donde se debe respetar voluntades, no se debe olvidar la existencia de un equilibrio en el vínculo paciente-médico en materia de deberes y obligaciones que deben ser cumplidos para pacientes y el equipo tratante o sobre la institución.

Ese equilibrio entre derechos, deberes y obligaciones debe moldear un trato bidireccional, empático y respetuoso.

Dentro de estos conceptos, la atención debe buscar un trato o pensamiento diferente sobre los pacientes, por ejemplo: el paciente de la habitación 105, es en realidad el Sr. Rodríguez Joaquín quien fue profesor de secundaria, es abuelo de 3 nietos, actualmente está cursando un cuadro de Insuficiencia Cardíaca y se encuentra angustiado por la pérdida del vínculo con su familia.

En este cambio de perspectiva sobre la mirada de la atención centrada en la persona, ¿podemos pensar en un axioma vinculado al paciente? ¿El paciente siempre tiene razón? No, pues debe haber un equilibrio articulado entre expectativas, relación o trato interpersonal, respeto, evaluación de reclamos, sensación de confort, respuestas, etc.

Sin lugar a duda, como prestadores debemos garantizar un desempeño acorde y armónico, trabajando en:

1. Mantener una comunicación clara con el paciente en relación a su plan tanto desde el equipo médico, como de enfermería.
2. Respetar una comunicación efectiva del equipo de salud que asiste al paciente.
3. Respuesta posible y factible ante necesidades.
4. Conciliación de tratamientos.
5. Ambiente institucional de orden, limpieza.
6. Informe y soporte al momento que se defina el egreso.

En este cambio de cultura donde el eje se basa en el cuidado y las necesidades de las personas, es imperativo también realizar un trabajo paralelo de capacitación con el paciente y su familia o cuidador sobre prevención, cuidados que se deben tener tanto durante la internación como al momento de su alta.

La bibliografía sobre ACP centra una necesidad de trabajo en pro de una atención diferenciada y más humanizada, en la cual se cuente con un real contacto visual y cortés del paciente, donde todos debemos referirnos al paciente como Sr. o Sra., haciéndole saber que estamos a disposición para asistirlo y ayudarlo, permitiendo siempre una escucha activa en pro de resolver preocupaciones, mostrar un trato empático, anticiparnos a posibles necesidades, respetando derechos y entendiendo que en esta situación de trato humanizado existe también una reciprocidad en el vínculo donde quienes lo asisten deben recibir respeto y cordialidad del paciente y su familia en ese marco de deberes y obligaciones de los pacientes.

Cuando se observa tirantez en el vínculo, deberíamos pensar que cosas han determinado esa situación y poder mitigar o trabajar al respecto, trabajando para resolver y reencauzar una relación amena, desactivando así posibles aristas hostiles y dando lugar a un trato armónico entre partes.

En materia de comunicación, los médicos deberían reevaluar qué información darán; cuál es el lenguaje más apropiado que utilizarán en relación al paciente, su familia y/o su patología;

valorar no generar falsas expectativas tanto para el paciente como para su familia o comentar resultados que realmente sean difíciles de alcanzar, ya que estos hechos constituyen uno de los causales más frecuentes de reclamos o insatisfacción.

Paralelamente, quien lo asista debe tener cuidado en el mensaje gestual como así también valorar la respuesta del paciente o su familia tanto de lo verbal como lo no verbal, percibir también sensación de frustración, temor, angustia, estar preparados o receptivos a responder todas las dudas como a posibles alternativas de lo planteado.

En relación a este trato sobre atención centrada en la persona, el equipo que lo asiste debe también valorar que cuando existe una necesidad de comentar un tema crítico que involucra en pronóstico o resultados al paciente, se debe reflexionar sobre quién será el comunicador más indicado, cuáles son las condiciones de seguridad y resguardo emocional para el paciente no son las adecuadas, pensando a su vez en qué medios de contención estarán presentes, y también cómo podemos ayudar a transitar o acompañar cuando un diagnóstico no es el esperado.

Debemos también tener presente que en materia de derechos el concepto de respetar voluntades, donde el paciente puede decidir qué hacer o no, pero para ello tiene que tener toda la información y facilitar una ayuda, no un enfrentamiento, acompañando ese camino de dificultad e incertidumbre junto con su familia.

Toda esta estrategia en pro de cuidados no funcionará, a menos que se involucre activamente al paciente y a su familia como elementos críticos de esta alianza estratégica en pro de cuidados, prevención y un tratamiento positivo sobre él mismo.

A nivel asistencial también debemos trabajar en un cambio en nuestro proceso de egreso planificado. Debe ser seguro, con una adecuada transición del paciente, garantizando una correcta conciliación del tratamiento. Se debe tener presente como ítems de calidad y seguridad las siguientes consignas:

- A. Definir en forma anticipada día y hora de egreso o del alta.
- B. Instruir sobre que signos o síntomas debe tener alerta y cuando consultar.
- C. ¿Existe algún control a ser contemplado?
- D. Con respecto al tratamiento deber haber un claro detalle del mismo, con horarios y forma de administración legible, habiendo conciliado el mismo previamente, es decir antes de su egreso.
- E. Definir turnos pendientes y/o interconsultas pautadas.
- F. Establecer, en caso de una internación domiciliaria, condiciones seguras en materia de asistencia del equipo tratante como así también seguridad de disponibilidad de materiales o equipamiento solicitado antes del egreso del paciente.
- G. Condiciones de seguridad al momento del egreso en relación a prevención de caídas.
- H. Condiciones operativas y de seguimiento acorde en caso de un traslado a otra institución con consentimiento del paciente y su familia.
- I. Recordar al paciente y su familia posibles resultados pendientes.
- J. Establecer con el paciente una serie de consignas que deberían hablar previo al alta.
- K. Estar atentos y dispuestos a responder cualquier inquietud vinculada con su internación, con su pronóstico, con relación a cuidados o al respecto de su egreso.

Los puntos antes mencionados generan una condición de egreso fluido sin sobresaltos para el paciente y su equipo tratante.

Ahora bien, en la atención diaria desde una visión del recurso humano que asiste al paciente y su familia, reconocemos la existencia de aquellos pacientes que se encontrarán enojados, que se presentan insatisfechos, que se muestran decepcionados, que no colaboran, que se hallan defensivos u hostiles, que no son empáticos.

Ante estos hechos deberíamos valorar estos estados negativos pensando en si existe causal para reclamos o para estas conductas negativas, tener una escucha activa y presente en relación a la queja y su fundamento, valorar si hay sustento, tomar distancia para ser objetivos, doblegar o re direccionar el enojo, buscar soluciones o alternativas, pedir colaboración a un compañero u a otro personal que pueda facilitar un diálogo y reencauzar el vínculo. También sería necesario analizar si hubo un desajuste inicial no intencional entre resultados y expectativas, cuáles han sido las propuestas u ofrecimientos no alcanzados, saber cómo pedir disculpas si las hubiera ante una omisión, o bien aclarar cambios de realidad que no permitieron obtener resultados o propuestas.

Debemos valorar que muchas de las reacciones o emociones negativas se generan desde el temor, desde la angustia, desde la pérdida, desde el dolor, desde la incertidumbre, desde el aislamiento, desde el sentimiento de transitar el final del camino; en todas estas condiciones una reacción posible puede ser el enojo, el silencio, la rebeldía, el destrato, la indiferencia, la agresión; se entiende que debe haber también capacidad para leer entre líneas y visualizar estos reactantes para poder contrarrestarlos desde un trato humanizado, empático, contenedor y vinculante.

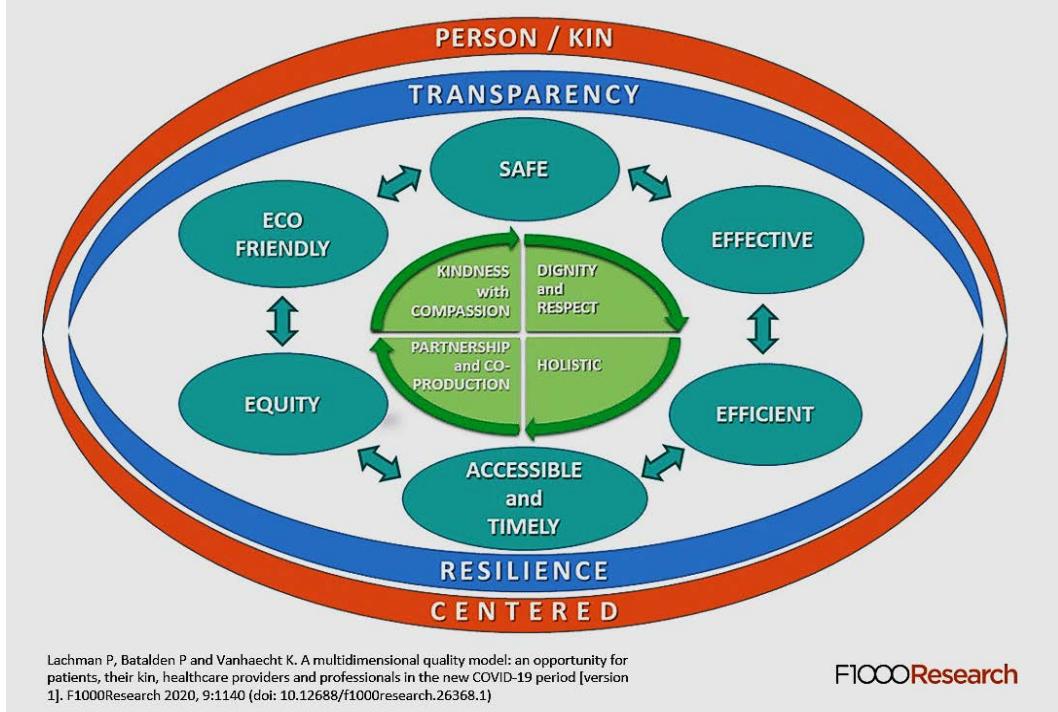
Actualmente muchas de estas realidades y reacciones también están sustentadas por una deshumanización de la medicina moderna llena de tecnicismo, de adelantos, de aparatología, de estudios, de mecanización de una atención, de agobio en esperas de procesos administrativos; lo que da como resultado un alejamiento de las personas (pacientes/médicos/enfermeros) tanto en relación a escucha, al tacto, a la presencia de una visión frente a frente. Tal vez sea momento de trabajar para unir la tecnología que ha permitido tanto avance y ayuda como la virtualidad presente y empujada por la Pandemia, determinando así un desafío y reto sobre la asistencia actual articulada y dependiente de la tecnología pero sin descuidar el valor existente y necesario del vínculo humano.

Finalizando y encarrilando conceptos, la ACP sustenta un modelo de calidad y seguridad centrada en la experiencia y satisfacción del paciente articulado en base a equidad, oportunidad, costo-efectividad, factibilidad y humanización en el trato, independiente de que éste sea presencial o virtual.

Podemos agregar una reformulación presente en una reciente publicación del Dr. Peter Lachman, CEO de la ISQUA - International Society for Quality in Health Care (Sociedad internacional de Calidad y Cuidados en Salud) donde presenta un modelo innovador de calidad en atención que surge desde una mirada de la condición de la Pandemia de Covid-19, estableciendo un carácter multidimensional asistencial de calidad.

<https://f1000research.com/articles/9-1140>

Figure 1. The domains of quality for the new era of health.



Traducción de palabras del gráfico

Person/Kin (Persona y Familia o parientes); Transparency (transparencia); Safe (seguridad); Eco Frendly (respeto del medio ambiente); Effective (efectivo); Equity (equidad); Efficient (eficiencia); Accesible and Timely (accesible y oportuna); Kidness with compassion (amabilidad y compasión); Dignity and respect (dignidad y respeto); Holistic (holístico significa una concepción basada en la integración total y global frente a un concepto o situación); Resilience (resilencia); Centered (centrado).

La propuesta o este cambio de conceptos determina un desafío sobre políticas públicas a nivel sanitario para diferentes estados como también estrategias que deben ser contempladas por diferentes sectores o instituciones para permitir una adecuada atención, sobre todo en estos tiempos complejos que estamos atravesando a nivel mundial tanto desde la óptica social o económica vinculada con el golpe de la Pandemia de COVID-19.

Este documento hace un reflexión sobre los sistemas de servicios de asistencia, los cuales deben estar articulando el concepto de ACP en distintos dominios, se relacionan con entornos sociales o ambientales y con necesidades particulares o colectivas de los pacientes o de las comunidades, todo esto conceptualizado en una realidad de posibilidades tecnológicas y asistenciales factibles en dicho entorno, procurando el cuidado de la atención desde un visión holística, humanizada, apreciando hechos claves a nivel de entorno como puede ser el medio ambiente como a su vez un real análisis de la gestión de riesgo para el paciente y su familia, valorando enfoques prestacionales acordes a la condición del paciente, sin descuido de aspectos que garanticen equidad, oportunidad, sin variabilidad asistencial.

Esta novedosa estrategia propuesta se sustenta en conceptos claves que deben priorizarse en relación a una atención sanitaria, como son: segura, eficaz, oportuna, equitativa centrada en la persona, con cuidados de recursos, valorando la costo-efectividad.

El desafío como proveedores a nivel asistencial se plantea en cómo se abordarán los problemas y necesidades, tanto presentes como futuras, de nuestro grupo de pacientes en dicho marco propuesto.

Sin lugar a duda la Pandemia nos ha enfrentado como sociedad a una situación pocas veces vivida sobre temor, miedo y daño colectivo, donde personas y familias quedaron aisladas; la economía en su conjunto ha sido golpeada; las respuestas asistenciales fueron limitadas en su momento; la asistencia tuvo que evolucionar rápidamente con la ayuda de la tecnología, gracias a la telemedicina o telesalud por medio de la asistencia virtual.

Probablemente como aprendizaje de lo vivido, o aprendido a raíz del COVID-19, tengamos que hacer una adecuación del uso de la tecnología a nivel asistencial dando un marco más humanizado a la teleconsulta, por citar un ejemplo; buscando un trato aún empático en lo remoto, hasta que podamos recomponer el 100% de la atención o bien donde a futuro la forma a distancia sea una elección o una opción no fundada en una necesidad.

Por otro lado, podemos decir que la Pandemia modificó o alteró prioridades sociales, estableció un rango de necesidades que aún estamos trabajando en su adecuación desde múltiples aspectos.

Esta “nueva normalidad” genera un reto presente y futuro respaldado en datos o acciones aprendidas del pasado y reformulando estrategias, necesidades para ser aplicadas en el corto o largo plazo en pro de un mejor proceso de atención tomando como pilares, la prevención, satisfacción, calidad y seguridad de la atención.

En esta nueva construcción de proceso del foco establecido, desde hace un tiempo sobre ACP, debemos incorporar recientes sobre **Coproducción en calidad de servicios**, donde se debe tomar como socios activos a los pacientes y su familia articulando medidas preventivas, adhiriendo a tratamientos, fomentando conductas saludables en sintonía a una mejor condición de salud o control o resolución de la enfermedad.

En materia de coproducción debemos dejar de pensar de productos ofrecidos y entender el concepto de servicios dispuestos u otorgados, valorar los beneficios de una medicina participativa, como de la capacitación que se genere al paciente y su familia. A su vez, podríamos mencionar en torno a coproducción **lo conveniente de activar al paciente la creación de valor al respecto**.

Desde la óptica de la coproducción se busca un modelo sanitario también más sustentable eficiente desde el consumo de recursos, una alianza estratégica con un paciente activo y capacitado, la reducción de desperdicios, la alineación con estándares de calidad y seguridad.

Podemos decir que estos últimos entornos expuestos en materia de definiciones recientes aportadas por el Dr. Lachman como así también en materia de Coproducción, generan un salto de evolución sobre los clásicos conceptos de atención centrada en la persona, donde se amalgaman una mezcla de dimensiones que interactúan y exaltan la atención brindada sobre una visión sinérgica contemplada en aspectos sociales, ambientales, culturales, compromiso del paciente y su entorno, una atención basada en calidad, bondad, compasión, coproducción, dignidad, respeto interpersonal que no debe hacer olvidar un concepto bidireccional de trato en relación a derechos, deberes y obligaciones de los pacientes; y donde la soluciones técnicas, capacidad, desarrollo tecnológico y la actual implementación de la telemedicina debe estar

articulado sin desmedro de factibilidad, equidad, soporte, asistencia y dignidad de las personas.

Podríamos finalizar diciendo que debemos saltar brechas o grietas existentes o pasadas, reflexionar sobre la desigualdad asistencial, así como reconocer y remediar la misma dentro de nuestras competencias; sin lugar a duda debemos trabajar y esforzarnos en reencauzar una asistencia presente y futura humanizada, colaborativa y de respeto mutuo entre todos.

Dr. Rubén Vernuccio

Gerente de Calidad y Seguridad en Atención de Pacientes

Jefe de Auditoría Médica

Clínica San Camilo

Secretario del Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud ITAES

Bibliografía:

- Atención Centrada en el paciente Cosas que siempre hay que hacer. Dr. Fabián Vitolo, Noble Seguros
- Del triple objetivo al cuádruple objetivo. Dr. Cristina Roure / Lucian Leape
- Atención Centrada en el Paciente Mitos y Realidades. Dr. Fabián Vitolo, Noble Seguros
- Los pacientes primero modelo de atención de Cleveland Clinic. Dr. Fabián Vitolo, Noble Seguros
- Herramientas Centradas en la Persona. PLANETREE
- A multidimensional quality model: an opportunity for patients, their kin, healthcare providers and professionals in the new COVID-19 period. Peter Lachman septiembre 2020
- La coproducción de salud. Hacia un nuevo modelo de atención. Dr. Fabián Vitolo, Noble Seguros