

La gestión hospitalaria centrada en el paciente *The patient-centered hospital management*

Dra. Josefa Rodríguez^a, Dra. Nora Dackiewicz^a y Dr. Daniel Toer^a

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.55>

La relación médico-paciente ha experimentado grandes cambios a lo largo del tiempo. Hasta no hace tantos años, se trataba de la relación entre un paciente en busca de ayuda y un médico cuyas decisiones eran cumplidas en silencio por el paciente.

En ese modelo paternalista, el médico utilizaba sus habilidades para elegir las intervenciones y tratamientos necesarios, e informaba al paciente con el objetivo de lograr la aceptación pasiva de sus decisiones. Esta interacción médico-paciente, tan asimétrica y desequilibrada, comenzó a ser cuestionada en los últimos 40 años con un señalamiento tendiente a estimular la participación más activa y autónoma del paciente, la reducción de la dominancia del médico y una mejor interacción entre ambos.

La expresión "*centrada en el paciente*", acuñada por la psiquiatra inglesa Enid Balint¹ en 1969, instaló la idea de que *cada paciente debe ser entendido como un ser único*.

En 1984, Lipkin y cols.² describieron la interacción médico-paciente definiendo al paciente como ser irreplicable, con su propia historia y la enfermedad como parte de su dimensión biopsicosocial.

Levenstein y cols.³ presentaron, en 1986, el *método clínico centrado en el paciente*, con un enfoque en el *paciente* más que en la *enfermedad*, en el que la "agenda" del paciente ascendía en importancia, intentando equipararla a la del médico, que históricamente había regido la relación.

Más recientemente, distintos autores continuaron en el camino de ampliar el abordaje clásico limitado a la enfermedad y de transformar la relación médico-paciente en una interacción menos asimétrica y más

empática, en un intento por encontrar un rol más humanizado para el médico.⁴

Finalmente, fue Mc Whinney⁵ quien sintetizó el *cuidado centrado en el paciente* como aquel en el que el médico *debe entrar* en el mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos.

Esta noción de "*ver la enfermedad a través de los ojos del paciente*", es la que puso de manifiesto que, para lograr cuidados "*centrados en el paciente*", *no es suficiente con mejorar el estilo individual de cada relación médico-paciente, sino que es necesario un cambio radical desde el sistema de salud en general y de las instituciones en particular*.⁶

En 1987, nació en los Estados Unidos *The Picker-Commonwealth Program for Patient-Centered Care*. El programa puso el énfasis en considerar al paciente como centro y objeto de una *forma integrada de prestación de servicios de salud*, superadora del movimiento inicial de "*atención centrada en el paciente*", que había comenzado como un replanteo de la interacción individual médico-paciente.

Este abordaje de las necesidades y preocupaciones del paciente desde los hospitales y los servicios sanitarios fue definido con ocho dimensiones: a) respeto por los valores, preferencias y necesidades de los pacientes, b) coordinación e integración de los cuidados, c) información, comunicación y educación, d) confort; e) contención emocional y alivio, f) involucramiento de la familia y amigos, g) transición y continuidad de los cuidados, h) accesibilidad al tratamiento.⁷

En 2001, el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos "*Cruzando el abismo de calidad*:"

^a Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan".

Correspondencia:
Dra. Josefa Rodríguez:
josefar@hotmail.com

Conflicto de intereses:
Ninguno que declarar.

Recibido: 2-9-2013
Aceptado: 9-9-2013

un nuevo sistema de salud para el siglo XXI⁸ propuso seis objetivos: seguridad, efectividad, eficiencia, accesibilidad, atención centrada en el paciente, y a tiempo. Así se consolidó el concepto y la atención centrada en el paciente pasó a representar uno de los seis objetivos principales de la mejora de la calidad.

Además del cambio general en la concepción de los sistemas de salud, los hospitales como instituciones fueron evolucionando a lo largo de los siglos, acompañando a los grandes cambios de la humanidad.

En sus *Obras completas*,⁹ Ramón Carrillo describe cinco períodos en la historia de los hospitales: el mágico empírico (Edad Antigua), el filantrópico caritativo (Edad Media), el técnico (Edad Moderna), el científico moderno y el económico social. En la actual era contemporánea surge la medicalización del hospital, tecnocrática y centrada en la enfermedad.

Carrillo define a los hospitales como organizaciones del cuidado de la enfermedad, y también como expresiones culturales de las sociedades a las que pertenecieron, edificadas y mantenidas por las estructuras políticas contemporáneas, en cualquiera de sus expresiones.

Es innegable, por lo tanto, que los hospitales fueron transformándose siguiendo los cambios de las sociedades, para llegar en nuestros días al desafío que enfrenta la sociedad en su conjunto: el progreso tecnológico, el acceso global a la información, los cambios en los principios éticos. No es ajeno a ello el cambio en la concepción paciente/cliente-consumidor con las exigencias derivadas y la creciente participación de los medios de comunicación.¹⁰

Los hospitales pediátricos son un capítulo especial en la evolución de estas instituciones. A partir del siglo XIX, pero sobre todo en el siglo pasado, fueron surgiendo hospitales dedicados a la atención exclusiva de los niños que debieron adaptarse a los cambios filosóficos, sociales y tecnológicos.

Lo especial de los hospitales pediátricos radica, sobre todo, en que si los pacientes son seres vulnerables e indefensos, cuando se trata de niños, lo son en grado extremo.

Como expresó Florencio Escardó:¹¹ *“Nada aparece como más evidente al sentido común que el hecho de que un niño enfermo está más necesitado de su madre que cuando sano; sin embargo, la internación de los hospitales de los niños con sus mamás se ve como un hecho revolucionario que despierta increíbles*

resistencias. Es de simple lógica que el ser humano enfermo requiere el afecto y la compañía de los suyos; pero en todos los hospitales lo primero que se hace es separar al paciente de la familia y establecer que sean visitados con cuentagotas; lo que no hace sino acentuar la angustia de cada visita, que más que traer compañía, desencadena una nueva separación”.

En este punto reflexionamos que la evolución de las instituciones no ha sido ajena a la evolución que experimentó la sociedad en relación con los derechos de los niños.¹²

En nuestros días, el paciente ya no puede ser considerado como objeto pasivo, sino el sujeto primordial de las acciones de un equipo de salud motivado, convencido e inmerso en una cultura de la mejora continua de la calidad de atención. Los hospitales –previamente centros aislados del sistema de salud– deben pasar a formar parte de redes integradas de servicios. La hospitalización representa la interacción entre el hospital y el paciente/familia; el intercambio entre los recursos humanos, tecnológico-materiales y ambientales del primero con la enfermedad y las expectativas de los segundos.

El hospital brinda su estructura asistencial frente a la angustia y esperanza de curación del paciente y su familia. En este contexto, es imperativo que los beneficios sobre su salud que perciben los usuarios superen los inevitables inconvenientes.

Cuando un niño es internado, el hospital pasa a ser su espacio vital, su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos; se interrumpen las actividades de juego, estudio y descanso. Sin embargo, frente a este escenario angustiante, las experiencias displacenteras percibidas durante la hospitalización pueden atenuarse si el ambiente hospitalario es más agradable, amigable y confortable; se rescatan los aspectos sanos y el juego, y la estadía se limita al tiempo imprescindible.

En otras palabras, del mismo modo que la relación individual médico-paciente ha ido evolucionando hacia un modelo más equilibrado, las instituciones deberían migrar de un modelo centrado en los intereses de los profesionales a otro que tenga al paciente como centro.

Actualmente, el paciente necesita que se oriente la organización y su funcionamiento hacia sus intereses, prestando especial interés en la interdisciplina, la atención personalizada, horarios de atención prolongados, historia clínica única, diagnóstico y tratamiento

basados en evidencias científicas y experiencia sistematizada de la propia institución, y respeto por su autonomía y satisfacción. La tecnología y la superespecialización, en ausencia de un equipo interdisciplinario y una mirada holística del médico clínico, llevan a una atención dirigida al órgano afectado y no al paciente enfermo.

Gestionar organizaciones hospitalarias es dirigir, administrar recursos, y lograr metas y objetivos propuestos.

Los hospitales tradicionales están estructurados por divisiones y departamentos que representan las diferentes especialidades, con procesos de atención fragmentados.

La gestión por procesos, en oposición a la gestión tradicional, responde a una visión integradora y horizontal de la organización que jerarquiza al paciente. Tiene como medición de resultado fundamental la satisfacción del usuario, que es el verdadero centro de la atención. Da participación a los diferentes integrantes del equipo de salud, en cada tramo del proceso en que actúan, convirtiéndolos en los motores del cambio y protagonistas de la mejora continua de la calidad. Pone especial énfasis en el trabajo en equipo y obliga a construir el proceso con él, aunando miradas de distintas disciplinas que desarrollan su tarea en diferentes espacios de atención, pero que son eslabones de una misma cadena, de un mismo proceso al que aportan coherencia. Exige ordenar los flujos de trabajo de modo que cada eslabón aporte valor agregado.

La *gestión por procesos* tiene como centro al paciente y su familia, y se basa en un sistema integrado de procesos, que prioriza la calidad y la seguridad en la atención, sostenido por la optimización de la comunicación, el cuidado y la promoción del equipo de salud, la interdisciplina, el apoyo en guías de práctica clínica, la historia clínica única y la evaluación permanente de los resultados, con el objetivo de mejora continua.

Los pacientes cada vez más informados y exigentes, la carrera económica por la tecnología y los recursos cada vez más escasos ponen en riesgo las instituciones con organizaciones tradicionales. Se necesitan, entonces, organizaciones humanizadas con recursos para trabajar en equipo, con fuerte actividad interdisciplinaria, cultura de comunicación efectiva entre pares y con el paciente, mirada holística, participación en el equipo de salud de profesionales no tradicionales (sociólogos, antropólogos, etc.) y el desarrollo de políticas de seguridad del paciente desde entornos seguros con cambios

organizacionales que la garanticen.

Además, los hospitales actuales funcionan como empresas de gran complejidad en las que convergen diferentes tipos de actividad que se entrelazan con la asistencial, como la hotelería, la actividad económico-administrativa, la ingeniería, la tecnovigilancia, el mantenimiento y muchas otras actividades de apoyo, que se han tornado imprescindibles para lograr una adecuada asistencia sanitaria.

Es necesario que los procesos estén integrados, tengan una gestión responsable y estén sujetos permanentemente a la búsqueda de debilidades con el objetivo de mejorarlos.¹³

Las guías de procedimientos basados en la evidencia, la protocolización de actividades tanto asistenciales como de logística, la informatización, la estandarización de los procesos diagnósticos y terapéuticos, los programas efectivos de tecnovigilancia y el adecuado mantenimiento edilicio que garanticen un ambiente digno, contribuyen a la gestión adecuada de los recursos y a la seguridad, el confort y la optimización de la experiencia del paciente y su familia.

No está generalizada la difusión de guías para la gestión por procesos en las instituciones sanitarias, y creemos que debe sustentarse en una cultura de pertenencia que involucre todas las áreas de la institución.¹⁴ Por ello, no es sencillo pasar de una forma de gestión clásica a la gestión por procesos.

Los miembros del equipo de salud deben sentirse involucrados en la gestión del proceso del que forman parte y responsables en la resolución de las dificultades y los cambios. El sistema de información debe ser accesible y facilitar el conocimiento de actividades, objetivos, efectividad y costos, favoreciendo la descentralización.

La continuidad de los cuidados es otro factor clave para la seguridad de la atención y la correcta administración de los recursos. Lograrlo solo es posible manteniendo el horario prolongado de los profesionales de manera sustentable en el tiempo con remuneraciones dignas. Se ha demostrado que este sistema optimiza los recursos y reduce los costos.¹⁵

La integración y continuidad de los cuidados, la gestión por procesos, la estandarización de los procesos de apoyo, el horario prolongado de atención, así como el trato personalizado, facilitado por el médico de cabecera, son contribuciones de la institución hospitalaria que favorecen la productividad y la reducción

de los tiempos de espera, mejoran el acceso a la atención y dan lugar a la participación en las decisiones. En definitiva, ponen al paciente como centro, respetando sus necesidades y los valores esenciales de la actividad: equidad, accesibilidad, solidaridad, efectividad, eficiencia, seguridad y oportunidad.

Por último, los hospitales deben velar tanto por la coordinación de los diferentes sectores de atención intramuros, como por la integración de los niveles de atención extramuros, contribuyendo al tejido de redes y a la adecuada comunicación entre profesionales e instituciones.

Los hospitales deberán entonces enfrentar el cambio de paradigma: reorientar hacia el paciente y su familia a los procesos que previamente estaban centrados en el equipo de salud. La medición sistemática de la experiencia del paciente y su familia permitirá evaluar cuán centrada en ellos es la atención médica recibida.^{16,17}

El cambio en la orientación en las instituciones de salud hacia los intereses de los pacientes se convertirá en un factor crítico de supervivencia. Creemos que la atención centrada en el paciente tiene como objetivo no solo una mayor satisfacción en estos, sino también hospitales sustentables hacia el futuro. ■

BIBLIOGRAFÍA

- Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. *J R Coll Gen Pract* 1969;17:269-76.
- Lipkin MJr, Quill TE, Napodano RJ. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. *Ann Intern Med* 1984;100:277-84.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, et al. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract* 1986;3:24-30.
- Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
- McWhinney I. The need for a transformed clinical method. En: Stewart M, Roter D, editors. *Communicating with medical patients*. London: Sage; 1989.
- Gerteis M, Edgman-Levitan S, Daley J, Delbanco TL (eds). *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco: Jossey-Bass; 2002.
- Cleary P, Edgman-Levitan S, Walker J, Gerteis M, Delbanco T. Using patient reports to improve medical care: A preliminary report from 10 hospitals. *Quality Management in Health Care: Fall* 1993;2(1):31-8.
- Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- Ramón Carrillo. Obras Completas. Tomo I: Teoría del Hospital: Arquitectura y Administración. Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1974.
- O'Donnell JC. Administración de Servicios de Salud, tomo III. Buenos Aires: Ed. Fundación Garrahan; 1999. Pág. 36.
- Escardó F. Los pacientes: carta abierta a los pacientes. Buenos Aires: Emecé; 1972.
- UN Treaty Collection. Chapter IV: Human Rights Convention on the Rights of the Child. (STATUS AS AT: 12-06-2013).
- La gestión por procesos. Servicio de Calidad de Atención Sanitaria. (Seacam) Toledo. 21 de octubre de 2002.
- Helfert M. Challenges of business processes management in healthcare: Experience in the Irish healthcare sector. *Business Process Management J* 2009;15(6):937-52.
- Lundberg S, Balingit P, Wali S, Cope D. Cost-Effectiveness of a Hospitalist Service in a Public Teaching Hospital. *Acad Med* 2010;85(8):1312-5.
- Balik B, Conway J, Zipperer L, Watson J. Achieving an Exceptional Patient and Family Experience of Inpatient Hospital Care. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011.
- Pediatric HCAHPS Fact Sheet May 2012 Pediatric Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems Survey (Pediatric HCAHPS). Disponible en: http://childrenshospital.org/cfapps/research/data_admin/Site3349/mainpageS3349P0.html.

Lo que consideras la cumbre no es más que un peldaño.

SÉNECA