

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE * Mitos y Realidades

En el año 2001, el informe "Crossing the Quality Chasm" (Cruzando el Abismo de la Calidad) del Instituto de Medicina de los Estados Unidos consagró a la atención centrada en el paciente como una de las seis dimensiones fundamentales de la calidad, junto con la efectividad, la eficiencia, la seguridad, la oportunidad y la equidad. Este reconocimiento puso en el centro de la escena el trabajo de organizaciones como Picker Institute y Planetree, que desde hacía décadas venían bregando por una atención que, sin dejar de ser técnicamente efectiva, fuera mucho más sensible a las preocupaciones y el bienestar de los pacientes.

Si bien no existe una definición universalmente aceptada de la atención centrada en el paciente, podemos adoptar la establecida por Picker en 1986:

"Un valor central de la organización, que guía su planificación, sus prestaciones y su evaluación de la atención, basada en alianzas mutuamente beneficiosas para los profesionales de la salud, los pacientes y las familias."

Se trata en definitiva de cambiar el paradigma de un modelo de atención basado en el médico y la enfermedad, en el cual el paciente tiene un rol pasivo como receptor de un tratamiento, hacia un modelo en el cual el paciente ocupa un lugar protagónico, participando activamente de su tratamiento y transformándose en un verdadero "socio" de su propia atención.

Miles de encuestas demuestran que, en su peregrinar por el sistema de salud, los pacientes no están recibiendo cosas que para ellos son tan importantes como el abordaje técnico de su enfermedad: un trato digno, cálido y humano que reduzca el estrés, ser escuchados, apoyo en lo físico y emocional, respeto a sus familiares y amigos, entorno tranquilo, rapidez en la atención, e información clara y directa, entre otros valores que terminan modelando su experiencia cuando interactúan con el personal de las organizaciones de salud.

Excede los objetivos de este artículo describir en detalle los principios de la atención basada en el paciente que ya abordáramos en otra oportunidad y que se mencionan en las Tablas 1 y 2. Si interesa recoger la enorme experiencia de Planetree y de Picker Institute, obtenida a partir de más de tres décadas de experiencia de trabajo de campo en cientos de instituciones de salud y miles de encuestas y Focus Groups. Lo que sigue a continuación es una traducción adaptada a nuestro medio de un capítulo de la "Guía de Atención Centrada en el Paciente" que ambas organizaciones publicaran en 2008, a cuya versión en inglés puede accederse de manera completa y libre en internet (ver referencia). Es el capítulo titulado "Los mitos de la atención centrada en la persona", donde los autores exponen las principales objeciones que se plantean para adoptar este modelo y las refutan una a una. Queda para el lector su análisis crítico y debate.

Tabla 1. Los 8 Principios de la Atención centrada en el Paciente (Picker Institute)

1. Respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes
2. Coordinación e integración de la atención
3. Información, comunicación y capacitación
4. Confort físico
5. Apoyo emocional y alivio de temores y ansiedades
6. Participación de la familia y amigos
7. Continuidad de atención en las transiciones asistenciales
8. Acceso a la atención

* Basado en extractos del Documento "Patient-Centered Care Improvement Guide" Planetree, In collaboration with Picker Institute, 2008). Puede accederse en forma libre a la Guía completa en inglés: <http://patient-centeredcare.org/>

Tabla 2. Metodología Planetree. 10 Principios Básicos de la Atención Centrada en el Paciente

1. Interacción humana /comunicación
2. Importancia de familia, amigos y voluntarios
3. Información y educación
4. Arquitectura y diseño favorables
5. Alimentos agradables y ejercicio
6. Actividades de entretenimiento y programas de artes
7. Espiritualidad
8. Contacto humano
9. Terapias complementarias
10. Servicios a y con la comunidad

Los mitos de la atención centrada en el paciente (Planetree-Picker Institute)

Para algunos, el concepto de atención centrada en el paciente está implícito en el nombre. Sencillamente, en la forma que sienten que la atención debería ser brindada. Para otros, el concepto les provoca cierta aprensión y/o escepticismo. No porque objeten la filosofía que subyace en la recuperación de la humanidad, la empatía y el establecimiento de verdaderas sociedades con los pacientes y sus familias, sino porque la introducción de cambios a los procedimientos operativos de la mayoría de los hospitales a menudo requiere una multitud de consideraciones, que van desde el impacto sobre los costos y los recursos hasta potenciales problemas con el control de infecciones y el respeto de la privacidad.

En este artículo se abordan algunos de los argumentos que suelen interponerse para sostener que la atención centrada en el paciente no puede ni podrá ser nunca efectiva. Se clarifican algunas ideas equivocadas y se demuestra - de una vez y para todos- por qué estos mitos persistentes deberían dejar de obstaculizar la adopción generalizada de una atención centrada en el paciente.

Mito 1: La atención centrada en el paciente es demasiado costosa

El concepto de que para brindar una atención centrada en el paciente se requiere de una inyección sustancial de recursos económicos pasa por alto un punto clave: que si bien es cierto que el centro en el paciente puede reforzarse con tecnología, renovaciones y nuevo equipamiento, la atención centrada en el paciente trata sobre todo de interacciones humanas. Es un tema actitud, amabilidad, compasión y empatía, ¡todas las cuales son completamente gratuitas! Una atención personalizada y compasiva no requiere contratar más personas, sino más bien optimizar las interacciones con el paciente y su familia con la cantidad de personal con que se cuenta.

Un estudio del año 2008 demostró los beneficios operativos de brindar una atención centrada en la persona. (1). Durante un período de cinco años, se siguieron y compararon dos unidades hospitalarias muy similares de distintas instituciones (mismo tipo de pacientes, habilidades, esquema de pagos, normas/procedimientos, contratos y regulaciones). Una de estas unidades implementaba el modelo de atención centrada en el paciente de Planetree y la otra no. Se encontró que la unidad que aplicaba los planes de Planetree demostraba consistentemente un menor tiempo de internación, menor costo por caso y un menor uso de personal de enfermería altamente calificado, el cual era reemplazado sin problemas por auxiliares. Además, la unidad Planetree demostró mejores puntajes en las encuestas de satisfacción de pacientes realizadas en cada uno de los cinco años estudiados.

Este mito del alto costo de la atención centrada en la persona viene perpetuándose a partir de otra línea de pensamiento engañosa: que el foco en el paciente requiere de importantes inversiones, ya sea a través de refacciones o de nuevas construcciones que garanticen una infraestructura física despampanante y espaciosa para la interacción con los pacientes y sus familias. Esta forma de pensamiento no termina de comprender que un entorno de cuidados y curación comprende no sólo la arquitectura y el diseño interior, sino también la *atmósfera* del espacio. Y esta atmósfera puede ser mejorada por una serie de mejoras cosméticas de bajo o nulo costo (incluyendo obras de arte o pósters de paisajes, suavizando los colores de la pintura, agregando plantas o redistribuyendo el mobiliario.) Pero tal vez la forma más efectiva de animar y desmitificar un espacio muy intimidante e institucional sea a través de medidas tales como el desarrollo de programas de arte y entretenimiento, la presencia de embajadores voluntarios en el lobby, brindando abundante información y estableciendo una expectativa de

conducta amable y civilizada para todo el personal que interactúa con los pacientes.

El personal voluntario ha probado ser un recurso invaluable para muchos hospitales que buscan avanzar hacia una cultura de atención centrada en el paciente. Dichos centros exploran continuamente y con gran creatividad nuevas formas de colaboración de los voluntarios, con el objetivo de mejorar al ambiente de atención y apoyar al personal en sus esfuerzos por brindar una atención personalizada. Al hacerlo, estos hospitales no sólo se encuentran en mejores condiciones para cumplir con las necesidades de sus pacientes y familias, sino que también cultivan cuadros de voluntarios muy comprometidos y leales, aún más dispuestos a donar su tiempo y talento al hospital.

Con esto no queremos decir que no existan gastos asociados con la implementación de programas de atención centrada en la persona. Para muchos hospitales, el consumo de recursos más significativo es el tiempo requerido para capacitar al personal (inicialmente y de manera continua.) . Pero con el panorama actual del sector salud y con la fuerza que han tomado los derechos del consumidor, estos costos relativamente menores terminan siendo inversiones sabias, particularmente si se consideran las implicancias económicas de la pérdida de prestigio por una atención desatenta, de los bajos puntajes en encuestas de satisfacción, de la creciente litigiosidad por mala praxis y de los incesantes desafíos que plantea la actual escasez de profesionales de la salud. Al realizar inversiones que establezcan una plataforma para que la atención sea brindada de forma tal que cumpla con las necesidades de los pacientes, que los trate con dignidad y respeto, que promueva un ambiente de confianza y transparencia (aún cuando las cosas salen mal) y que inspire en los empleados orgullo por su lugar de trabajo, los costos de implementar una atención centrada en el paciente son mínimos en comparación con sus incalculables potenciales beneficios.

Para una discusión más profunda sobre el caso económico de la atención centrada en la persona, puede referirse al artículo "Building the Business Case for Patient Centered Care", escrito por Patrick Charmel y Susan Frampton en el número de marzo de 2008 de *HFM Magazine*. Acceso libre en internet:

<https://pqncdocuments.s3.amazonaws.com/fpe/fperesources/BuildingBusinessCasePCCCharmelFrampton2008.pdf>

Mito 2: La atención centrada en el paciente es "linda", pero no es importante

En el año 2001, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) destacó a la atención centrada en el paciente como una de las seis dimensiones fundamentales de la calidad médica (junto con la eficiencia, efectividad, seguridad, oportunidad y equidad). Con semejante reconocimiento, uno pensaría que este mito ha quedado absolutamente desacreditado. Sin embargo, todavía muchos tienen la percepción de que la atención centrada en la persona consiste sólo en cosas tales como hornear galletitas, disponer de pianos o permitir la visita de mascotas. Si bien algunos aspectos de la atención centrada en la persona no resultan esenciales para la atención clínica, no hay duda de que contribuyen a una experiencia hospitalaria mucho más placentera. Y que algo sea "lindo" o "agradable" no necesariamente implica que no sea importante. Al fortalecer las sociedades entre los pacientes y sus cuidadores y al promover activamente la participación de la familia en la atención, las prácticas de atención centrada en el paciente sientan las bases de otro aspecto de la atención que es extremadamente importante: que sea **segura**. Hay muchos ejemplos acerca de cómo una mayor participación de los pacientes y sus familias disminuye la ocurrencia de eventos adversos. Algunos hospitales, por ejemplo, permiten que sean los familiares, quienes mejor conocen al paciente, convoquen a los equipos de respuesta rápida ante signos de deterioro. Estimular, por ejemplo, a los pacientes para que revisen su propia historia clínica, es una práctica que no sólo sirve para promover entre ellos un clima de confianza y empoderamiento, sino que también puede ayudar prevenir potenciales errores médicos muy costosos (por ej. identificando información incorrecta o faltante, como en el caso de alergias). Por otra parte, al involucrar a los pacientes y a sus seres queridos en aspectos importantes de su atención -incluyendo la verificación de su medicación-, se los está preparando para que al alta se encuentren bien equipados para manejar su auto-cuidado. La respuesta rápida a los timbres de llamado no sólo brinda confianza, sino que también impide que el paciente ponga en peligro su propia seguridad intentando ir al baño sin ayuda. Todas estas prácticas suelen formar parte de programas de atención centrada en la persona muy completos, y si bien todas pueden aparecer como "lindas" o "gratificantes" son, por sobre todas las cosas, **importantes**. En sus objetivos nacionales de seguridad del paciente, la Joint Commission ha reconocido como parte clave de una estrategia de seguridad la participación de los pacientes y sus familias en su propia atención. Concretamente, establece lo siguiente:

La comunicación con los pacientes y sus familias acerca de todos los aspectos de su propia atención, tratamientos o servicios es una característica importante de una cultura de seguridad. Cuando los pacientes saben qué esperar, están más atentos a posibles errores o alternativas. Los pacientes pueden ser una fuente importante de información sobre potenciales eventos adversos y condiciones peligrosas. (2)

Brindar una atención centrada en el paciente y sensible a las necesidades del consumidor está siendo cada vez más importante desde el punto de vista económico, sobre todo después de que Medicare/Medicaid modificara su esquema de pago por prestaciones por otro de pago por valor, en el cual los reembolsos quedan condicionados al cumplimiento de un número de indicadores de desempeño, dentro de los cuales se incluyen las encuestas HCAHPS de satisfacción del paciente.

Mito 3: La atención centrada en el paciente es trabajo de los enfermeros

Esto, en sí mismo, no es un mito. Lo que sí es un mito, sin embargo, es que la atención centrada en el paciente sea un trabajo que *exclusivamente* les corresponda a los enfermeros. Por el contrario, los programas de atención centrada en el paciente implican una completa transformación de la cultura organizacional; su éxito depende de que todos y cada uno de los departamentos (clínicos y administrativos) y personas de todos los niveles (desde enfermeros, médicos, técnicos, etc. hasta miembros del directorio) “compren” el proyecto y se involucren activamente.

En los hospitales centrados en el paciente, el cuidado no es sólo una función de enfermería; es una función de todo el personal, ya sean las mucamas que cambian las sábanas, el auxiliar de nutrición que lleva la comida, el personal de mantenimiento que está cambiando una luminaria, el enfermero que está controlando higiene de manos, o el especialista en relaciones públicas que está coordinando un evento con la comunidad. En un hospital centrado en el paciente, *todo* miembro del personal (clínico y no clínico) es un cuidador, y por lo tanto se espera que todos sean muy receptivos a las necesidades del paciente y sus familias, lo que puede significar, por ejemplo, tener que acompañar personalmente a un visitante hacia su lugar de destino o alertar a un enfermero cuando el paciente tiene una duda clínica.

Reconociendo que cada persona del staff contribuye de alguna manera con la experiencia general del paciente, se refuerza la idea de que la atención es un esfuerzo de equipo. Si un paciente es tratado de manera fría y

descortés en recepción o en la oficina de informes, no importará cuán amable y compasivo sea el personal de enfermería. La impresión ya está hecha. Por otra parte, en los hospitales centrados en el paciente, el personal de todas las disciplinas deja una impresión positiva y duradera porque se los ha empoderado, como cuidadores, a ir más allá de las funciones específicas de su puesto con el fin de mejorar la experiencia del paciente de la forma que puedan. “¿Hay algo más en lo que lo pueda ayudar?”, es una pregunta que realizan no sólo las enfermeras, sino todos los miembros del personal que interactúan con los pacientes y/o sus familias.

Como la atención centrada en el paciente es una responsabilidad compartida dentro del hospital, la implementación de los programas necesita incluir a personal de todas las áreas en el comité coordinador: enfermería, administración, áreas de soporte y médicos. Sólo con esta base amplia de perspectivas y participación se puede considerar la experiencia completa del paciente – desde su arribo al estacionamiento hasta el momento del alta o de transiciones asistenciales-. Esto también refuerza la idea de que la responsabilidad de la atención centrada en paciente no debe recaer sobre los hombros de una persona sino de muchas, y se transforma en una fuente inagotable de campeones de la atención centrada en el paciente en toda la organización.

Mito 4: La atención centrada en el paciente requiere aumentar el personal

En un punto intermedio entre la noción de que la atención centrada en el paciente requiere de una inyección de capital y la noción de que sólo le corresponde a los enfermeros, se encuentra el mito de que si se quiere implementar efectivamente un programa de estas características, será necesario contratar más personal que compense el tiempo adicional que conlleva atender todas las necesidades de los pacientes. Este razonamiento se basa en la asunción de que el tiempo dedicado a escuchar y atender las preocupaciones de los pacientes y sus familias se resta del tiempo destinado a actividades clínicas presuntamente más importantes, como administrar la medicación o completar los registros. De esta forma, el personal se vería con una gran sobrecarga de trabajo. Sin embargo, las experiencias de varios hospitales que están implementando programas de atención centrada en la persona parecen desmentir esta presunción; de hecho, puede terminar ocurriendo lo contrario: que los planes terminen disminuyendo la carga de trabajo del enfermero. Tomemos como ejemplo el acceso libre del paciente a su historia clínica, uno de los distintivos de la

atención centrada en la persona. Se les informa a los pacientes que pueden acceder cuando quieran a sus registros médicos, y el personal se reserva un tiempo para repararlos junto a los pacientes, explicándole bien aquellas secciones que son de su interés. En los hospitales que implementaron esta política, los enfermeros observaron que en vez de aumentar su trabajo, ahorraban tiempo evacuando todas las dudas en un mismo momento, en vez de tener que concurrir varias veces en el turno para atender consultas más espaciadas.

Los datos también confirman que la atención centrada en el paciente no requiere aumentar los recursos para la atención al pie de la cama. En cuatro hospitales que implementaron programas exitosos por más de cinco años, no se modificaron ni la cantidad de enfermeros por cama ni las horas por día paciente. De hecho, su nivel de personal en las áreas de internación clínica, quirúrgica y obstétrica se encontraba en el promedio de hospitales similares sin programas. (3)

Investigaciones posteriores que comparan hospitales de un mismo sistema con y sin planes de atención centrada en la persona brindan una confirmación adicional. Durante el curso de implementación de los programas (cinco años), el hospital que abrazó la filosofía de la atención centrada en la persona logró reducir el costo general de enfermería, logrando disminuir las horas de enfermería altamente especializada, al utilizar personal auxiliar y de apoyo para actividades que no requerían de tal especialización. En los otros hospitales, en cambio, el costo de enfermería creció en cada uno de los años. (4)

Mito 5: La atención centrada en el paciente sólo puede ser realmente efectiva en hospitales pequeños, independientes

Con su énfasis en un cuidado personalizado, la atención centrada en la persona puede parecer poco práctica, o aún imposible, en grandes instituciones o en sistemas de salud integrados. Sin embargo, hoy en día, algunos de los hospitales y sistemas más grandes de los Estados Unidos reconocen la necesidad de complementar la excelencia clínica con una experiencia del paciente superior.

Para superar los desafíos planteados por su tamaño y alcance organizacional, muchas de estas instituciones más grandes optan por un abordaje escalonado. Aurora Health Care, un sistema de salud de Milwaukee (Wisconsin), conformado por 14 hospitales y 120 centros ambulatorios, ha desarrollado un proceso de implementación estandarizado dividido en cuatro fases:

compromiso de las autoridades, análisis de las opiniones de los pacientes y del personal e identificación de áreas de mejoras; participación del personal e innovación continua. Mientras que cada entidad del sistema debe pasar por cada una de estas fases de implementación, el proceso deja un amplio espacio para la personalización, según las necesidades expresadas, por los interesados de cada sitio. Los esfuerzos de cada una de las instituciones para cambiar la cultura son guiados por el sistema, pero son en definitiva las autoridades de cada lugar quienes tienen la responsabilidad por sus resultados. Todos estos sitios, no obstante, destacan la importancia del compromiso generalizado y colectivo de todo el sistema hacia la atención centrada en el paciente, el cual se materializa compartiendo entre los distintos tanto las mejores prácticas como los problemas, comunicando consistentemente experiencias de atención centrada en la persona e (tanto de manera interna como externa), y estableciendo expectativas comunes de conductas. La implementación del modelo Planetree de atención centrada en el paciente es parte de la estrategia a diez años del Sistema Aurora.

En la Cleveland Clinic, por su parte, la iniciativa "*Patients First*" (Los Pacientes Primero), involucra a toda la organización y está dirigida por una nueva división, la Oficina de Experiencia del Paciente, creada exclusivamente para focalizarse en la misma. Liderados por un "Chief Experience Officer", cada una de las instituciones y hospitales regionales del sistema nombra a médicos y enfermeros a cargo de estas unidades. También se generó en el Directorio un Comité de Experiencia del Paciente, Calidad y Seguridad como una forma de dar visibilidad y apoyo a este esfuerzo de toda la empresa.

La University HealthSystem Consortium (UHC), una alianza de centros médicos académicos, junto con sus hospitales y grupos de profesionales asociados, publicaron en 2008 una investigación de benchmarking de 26 de sus miembros destinada a identificar fortalezas y oportunidades comunes en relación con la atención centrada en los pacientes en el ámbito de estos centros médicos académicos. La Asociación de Hospitales de Illinois, también condujo en 2007 un estudio colaborativo diseñado para ayudar a sus hospitales miembros a reforzar la atención centrada en el paciente, incluyendo tanto a sistemas de salud como a hospitales grandes y pequeños. Todo esto desmiente la creencia de que la atención centrada en el paciente es para centros pequeños, de provincia, donde "*todos se conocen*"...

Mito 6: Si bien podemos pensar que la atención centrada en el paciente es un modelo efectivo a aplicar en salud, no hay evidencias que lo prueben

En una industria cuyo estándar es la práctica basada en la evidencia, y si queremos allanar el camino hacia una adopción generalizada de estos modelos, se requieren todavía estudios más rigurosos y sistemáticos acerca de los distintos componentes de la atención centrada en el paciente. Si bien existen oportunidades para construir sobre la base de una evidencia creciente, la fundación de este trabajo acaba de comenzar. En las páginas web de Planetree (planetree.org), de Picker Institute (pickerinstitute.org) y del IHI (ihi.org) puede consultarse una interesante bibliografía de investigación y proyectos de evaluación de iniciativas centradas en el paciente.

Si bien la bibliografía se centra en estudios con "evidencias" en el sentido tradicional, cuando se considera la implementación de programas de atención centrada en el paciente, cada organización debería tener también en cuenta su propia experiencia. ¿Qué es lo que nos dicen necesitar los pacientes, familiares y nuestro personal? Para algunas prácticas hay evidencias muy convincentes obtenidas a partir de métodos de investigación tradicionales, pero en otros casos, la mejor "evidencia" puede surgir de la perspectiva cualitativa de los pacientes, de sus familiares y del personal, junto con la experiencia y el sentido común.

Mito 7: Muchas de las prácticas centradas en el paciente comprometen el control de infecciones. Por lo tanto, no pueden ser implementadas

Antes que nada, la atención centrada en el paciente debe ser una atención segura. Por lo tanto, cualquier nueva práctica debería ser examinada rigurosamente y a conciencia a través de la lente de la seguridad de los pacientes. Uno de los escollos más comunes para aquellos hospitales que buscan introducir este nuevo concepto es la preocupación de la interferencia que ciertas prácticas típicas de la atención centrada en el paciente podrían tener con el control de infecciones. Dentro de estas podemos mencionar el régimen de visitas abiertas, las visitas de mascotas, la instalación de pederas en áreas de reunión pública, y la incorporación de alfombras, juegos de agua y plantas naturales. Sin embargo, instituciones como Windber Medical Center (Windber, Pennsylvania) ha incorporado casi todos estos elementos sin aumentar su tasa de infección nosocomial, que se mantiene por debajo del 1%. Claramente, existen oportunidades para crear un

ambiente muy animado y de curación sin comprometer los esfuerzos en control de infecciones.

Esta preocupación sobre la propagación de infecciones es lo que determina que no se levanten las tradicionales restricciones a las visitas. Sin embargo, un estudio del 2006 centrado en la particularmente vulnerable población de pacientes de Terapia Intensiva, concluyó que *"la restricción de los horarios de visita puede resultar injustificada e innecesaria para proteger a los pacientes más débiles de las UTIs porque no reduce la tasa de complicaciones infecciosas."* (5). Debe aclararse, sin embargo, que una política de visitas abierta no implica la eliminación total de las restricciones. De hecho, en casos de enfermedades transmisibles, o cuando el riesgo de infección es particularmente alto, puede ser necesario adoptar precauciones (ej: camisolines, barbijos) y/o limitar las visitas. En todos los casos, sin embargo, la comunicación al paciente y a su familia del por qué de las precauciones o limitaciones es de vital importancia.

Así como el riesgo de infección no debería ser una limitante para las visitas de las personas, tampoco debería ser una razón para restringir las visitas de animales. Hay numerosos estudios que documentan el valor terapéutico de los programas de visitas de mascotas.(6)(7). Otras investigaciones han encontrado que la introducción de perros en el hospital no aumenta las tasas de infección. Las políticas de los programas terapéuticos con mascotas deben especificar criterios de higiene y de salud, y a menudo los animales deben cumplir con ciertos requisitos y certificados para poder ser admitidos en el hospital.

Más allá del desarrollo de normas y procedimientos para limitar la posible propagación de infecciones a partir de alguna de estas prácticas, es lógico pensar que una cultura de atención centrada en el paciente podría de hecho colaborar con el control de infecciones. Cuando los pacientes y el equipo de salud trabajan juntos conformando una sociedad, y cuando hay confianza y franqueza en la comunicación, las conversaciones más sensibles son abordadas de manera más fácil. En muchos hospitales, por ejemplo, se les pide a los pacientes que les pregunten a los prestadores si se lavaron las manos antes de tocarlos. Como para muchos pacientes esto es algo muy incómodo, generalmente no preguntan. En un hospital centrado en el paciente, sin embargo, el respeto mutuo y la sociedad se traduce en que esta conversación pueda ser iniciada en un tono positivo de alianza por la calidad y no como una acusación. Un hospital centrado en la persona ha llevado este espíritu de sociedad aún más lejos, haciendo que muchos pacientes actúen como *"mystery shoppers"* (observadores encubiertos), para monitorear la adherencia del personal al lavado de manos.

Finalmente, como la preservación de la privacidad es una prioridad de la atención centrada en la persona, muchos hospitales que abrazan esta filosofía optan por pasar de habitaciones compartidas semi-privadas a habitaciones particulares, lo cual –según sugieren las crecientes evidencias-, no sólo aumenta la satisfacción de los pacientes, sino que disminuye la incidencia de infecciones asociadas al cuidado de la salud. (9)

Mito 8: El primer paso para transformarse en un hospital centrado en la persona es la renovación edilicia o una nueva construcción

La generación de un entorno curativo que alivie las tensiones es tan solo uno de los muchos aspectos que resultan claves para una atención centrada en el paciente. Muchos hospitales con una infraestructura anticuada y serios problemas de espacio se las han ingeniado sin embargo para crear ambientes de este tipo incorporando música, humor, arte gráfico, aromaterapia, programas de mascotas y similares, todos de bajo costo pero de alto impacto.

Para un hospital en Long Island (New York), con una planta física venida a menos y recursos económicos limitados que impedían encarar reformas estructurales, una competencia de “*Extreme Makeover*” (“Transformación Extrema”) liderada por el personal resultó una forma divertida y de bajo costo de rejuvenecer distintas áreas de la institución. Con un presupuesto de US\$1000 por servicio, y apelando a su propia creatividad, el personal de distintos departamentos renovó sus espacios. Durante un período de doce meses, ocho departamentos fueron totalmente renovados utilizando solo este dinero y trabajo voluntario. Sus renovaciones ayudaron a eliminar el desorden, resolver temas regulatorios, mejorar el flujo de trabajo y a crear un espacio más limpio, alegre y acogedor. El trabajo también sirvió para mejorar la moral del personal y promover una sensación de trabajo en equipo y colegialidad.

Mito 9: La atención centrada en el paciente es la “bala de plata” que estábamos buscando para (mejorar la satisfacción de los pacientes, levantar la moral de los empleados, aumentar los ingresos, etc.)

La atención centrada en el paciente está lejos de ser una bala mágica que resuelva todos los problemas. No es un conjunto de prácticas que, de ser implementadas tal y como fueron prescriptas, mejorarán indefectiblemente la experiencia de los pacientes, sus familias y el personal.

Si bien algunos cambios “mágicos” pueden ser posibles en el corto plazo, los mismos no resultan sostenibles. La atención centrada en el paciente no trata de mejorar indicadores, sino de un cambio de cultura, y eso requiere de un compromiso de largo plazo y la de la comprensión de que un cambio de esta magnitud es necesariamente gradual, no estando exento de contratiempos y desafíos.

Este abordaje resuelto y de largo plazo puede implicar en sí mismo un cambio cultural. Empleados de muchos hospitales se han acostumbrado, y a menudo desilusionado, por iniciativas “de moda” que, luego de ser anunciadas con mucha fanfarria desaparecen cuando los resultados no se materializan de manera suficientemente rápida. Al comunicar y demostrar en los hechos que la atención centrada en el paciente no es una “bala de plata”, sino un esfuerzo constante y medido hacia un cambio de cultura generalizado, los líderes del hospital lograrán separar este esfuerzo de otros intentos de mejora previos que fracasaron y que pueden hacer que el personal se encuentre escéptico y poco motivado.

Al considerar a la atención centrada en la persona como un “viaje”, siempre existen oportunidades para mejorar, no importando por cuánto tiempo la organización haya ingresado en esta senda. La sustentabilidad de una cultura centrada en el paciente demanda adaptabilidad y flexibilidad para cubrir las necesidades y expectativas de los pacientes, familiares y staff; necesidades que inevitablemente evolucionarán con el tiempo. Los hospitales centrados en la persona reconocen que el objetivo no es llegar a destino, sino continuar acercándose a él.

Mito 10: No podemos implementar una política de historias clínicas compartidas con los pacientes por un tema médico-legal

Invitar al paciente a leer su propia historia clínica no sólo no constituye en los Estados Unidos una violación de la ley HIPPA, sino que es de hecho un derecho del paciente reconocido por leyes federales y estatales. Dicha ley establece las pautas para proteger la confidencialidad y privacidad de la información del paciente y sus datos médicos. En la Argentina, también la actual legislación establece que el paciente tiene derecho a obtener la totalidad de su información sanitaria.

Los hospitales centrados en la persona aprovechan la gran oportunidad que brinda el hecho de que los pacientes puedan leer su propia historia para capacitar y mejorar la comunicación. Pueden asegurarse así que comprenden la información allí volcada y brindar la posibilidad de formular preguntas acerca de las implicancias sobre su salud, estilo de vida o pronóstico.

Por supuesto, la privacidad y confidencialidad son de suma importancia, y la revisión de la historia clínica debería ser realizada en privado con el paciente o con los seres queridos que expresamente han sido autorizados a compartir la información. Para proteger la confidencialidad del paciente, sólo él puede tener acceso a sus registros. Si el paciente quiere que un miembro de su familia tenga acceso a la historia, debería firmar un formulario autorizando a la persona designada.

Mito 11: Somos una institución muy reconocida por su calidad y hemos recibido varios premios, por lo tanto ya estamos centrados en el paciente

Si bien la atención centrada en el paciente es uno de los pilares de la calidad, el haber recibido premios a la calidad no necesariamente implica que la atención esté centrada en los pacientes. Muchos de estos reconocimientos continúan focalizándose exclusivamente en los resultados de la atención, sin considerar en profundidad la forma en que dicha atención se brinda. Esta diferenciación entre resultados y experiencia del paciente no pasa desapercibida para quienes se enfrentan a la alternativa de ser tratados en una institución altamente reputada desde el punto de vista científico, pero con un modelo de cuidados tradicional, versus un hospital menos conocido pero con gran reputación en programas de atención centrada en la persona. Sobran anécdotas de pacientes que optan por ser atendidos en lugares donde presumen que la atención clínica no será muy diferente, pero que les garantizan una experiencia del paciente superior.

El desarrollo, implementación y reporte público de las encuestas de satisfacción del paciente HCAHPS (siglas en inglés de "Evaluación de Proveedores y Sistemas de Salud por Consumidores de Hospitales), han aumentado la visibilidad de la experiencia del paciente, llevándola a un nivel de exigencia superior. Las fuerzas del consumismo incluso están haciendo que muchos de los "mejores hospitales" de los Estados Unidos comiencen a reconsiderar cuán bien están abordando áreas que no tienen estrictamente que ver con los resultados clínicos. Con los contratos de prestación basados en el valor y nuevos requisitos de atención centrada en la persona de la Joint Commission, la experiencia del paciente se está transformando rápidamente en un imperativo de negocios.

A pesar de estas presiones, en algunas organizaciones persiste la dicotomía entre buenos resultados y atención centrada en la persona. Según esta visión, el foco en la experiencia del paciente es esencialmente un cosmético,

cuya prioridad es menor en comparación con otros aspectos de atención clínica que serían más relevantes. La literatura de seguridad del paciente destaca la falacia de esta forma de pensar, ya que al promover una comunicación efectiva y las alianzas entre pacientes, familias y personal, el abordaje centrado en el paciente puede llevar la calidad y la seguridad hacia cumbres muy altas. Como reconoció el propio Instituto de Medicina: "Para lograr una atención segura y de calidad resulta imprescindible un abordaje centrado en el paciente que priorice tanto la comunicación efectiva como las habilidades técnicas." La atención centrada en la persona, por lo tanto, no es un componente agregado ni es menos importante que la calidad. Es una parte esencial de ella.

Mito 12: Nuestros pacientes no se están quejando, por lo que debemos estar satisfaciendo todas sus necesidades

Siempre existen oportunidades para mejorar, aún entre aquellos hospitales que reciben los mejores puntajes en las encuestas de satisfacción. Si bien es muy gratificante observar una mayoría de respuestas del tipo "siempre" (se hace tal o cual cosa buena), tal vez sería más útil profundizar en aquellas respuestas de la encuesta donde los pacientes marcan "a veces" o "nunca". Otra estrategia para identificar necesidades insatisfechas que puedan haber pasado desapercibidas, consiste en complementar las encuestas tradicionales con recorridas en los pisos o grupos focales (entrevistas a grupos de pacientes). Estos abordajes cualitativos brindan la oportunidad de iniciar un diálogo que vaya más allá de las respuestas estándares de "siempre", "a veces" o "nunca". Permiten que los pacientes y sus familias compartan la historia completa, identificando así áreas de mejora que las encuestas pasaron por alto. La creación de un Consejo de Pacientes y Familiares Asesores puede ser el medio para que el personal del hospital pruebe nuevas ideas, siendo además una gran fuente de opinión sobre los programas y prácticas hospitalarias destinadas a su bienestar.

Además, el hecho de que los pacientes no se estén quejando no significa que todas sus necesidades estén siendo satisfechas. A pesar de la preparación de la industria para atender a pacientes empoderados y con mayor discernimiento, los comentarios de los grupos focales subrayan que la hospitalización en sí misma atemoriza e intimida. Los pacientes pueden sentirse inseguros sobre lo que deben esperar y sobre qué deben preguntar, temiendo represalias si realizan una sugerencia para mejorar, expresan su insatisfacción o simplemente manifiestan su felicidad por irse de alta, sin reflexionar mayormente sobre "¿qué podría haber sido mejor durante mi internación?"

La verdad es que nunca se es “demasiado bueno” para cumplir con las necesidades del paciente. Siempre hay oportunidades para mejorar y para comprometer a los pacientes, familias y personal en la identificación de dichas oportunidades como un primer paso ideal hacia una atención más enfocada en la experiencia del paciente.

Mito 13: Ya estamos implementando (inserte el nombre de un modelo), por lo que no podemos encargarnos de la atención centrada en el paciente

Las organizaciones de salud tienen una reputación bien ganada de adoptar modelos de atención para rápidamente cambiarlos, dejando al personal confundido y frustrado por las continuas idas y vueltas en las prioridades y exigencias. Los miembros del staff se encuentran a veces abrumados, por lo que resulta comprensible su renuencia a aceptar nuevas iniciativas que parecen ser sólo algo más que hacer. Los líderes hospitalarios expresan a veces su preocupación de que los programas de atención centrada en la persona interfieran con otras iniciativas operativas encaradas por sus instituciones. La belleza de la atención centrada en el paciente radica en que se trata de una filosofía perdurable que trasciende cualquier “moda pasajera”. Al reconocer y responder a las necesidades de los pacientes, familiares y personal, al promover alianzas efectivas y una comunicación abierta, y al reconocer a todos como cuidadores del paciente, se afectan casi todos los aspectos de las operaciones hospitalarias, de una forma que termina complementando y reforzando cualquier otra iniciativa. Para muchas organizaciones que han logrado forjar y mantener una cultura de atención centrada en el paciente, les resulta difícil definir “qué” hay que hacer para estar centrados en el paciente, cuando desde hace mucho tiempo esta filosofía es “lo que son”. En estas instituciones la atención centrada en el paciente no es una lista de tareas para hacer, sino parte de su código genético. Por eso, aunque la organización de salud participe de otros programas de mejora, esté buscando acreditar o persiga otros objetivos, su abordaje a los mismos se puede hacer desde una perspectiva centrada en el paciente.

Mito 14: La atención centrada en el paciente consume mucho tiempo y nuestro personal ya está al máximo de sus posibilidades

Casi ningún profesional de la salud abrazó la vocación por su pasión por documentar, realizar tareas administrativas u ocupar su tiempo en reuniones. Sin embargo, todas estas actividades ocupan hoy la mayor

parte de su tiempo. La atención centrada en el paciente brinda un marco que le permite al personal de salud hacer el trabajo que probablemente lo llevó a elegir su profesión: cuidar a los pacientes, interactuar con sus familias, contenerlas, y desarrollar relaciones de apoyo mutuamente beneficiosas con los colegas. Más aún, al buscar anticiparse a las necesidades, el abordaje centrado en el paciente tiene el potencial de evitar situaciones altamente emocionales y que también quitan tiempo, como cuando hay que dar explicaciones a pacientes que se encuentran molestos porque no se atienden sus necesidades.

Por último, muchos miembros del personal han descubierto que las prácticas de atención centrada en la persona terminan ahorrando tiempo. En un hospital, por ejemplo, los temores iniciales por el tiempo que demandaría capacitar a los miembros de la familia como “Socios en la Atención” resultaron infundados. De hecho, los enfermeros observaron que estos “socios” eran capaces de resolver pedidos muy simples de su familiar enfermo (como por ejemplo acercarles un vaso de agua o acompañarlos al baño), haciendo su trabajo como enfermeros mucho más fácil.

Referencias

1. Stone, S. (2008). –A Retrospective Evaluation of the Impact of the Planetree Patient Centered Model of Care Program on Inpatient Quality Outcomes. | Health Environments Research and Design Journal, 1(4):55-69.
2. (The) Joint Commission (2008). 2008 National Patient Safety Goals Manual Chapter Chicago : The Joint Commission. Accessed August 21, 2008, from [http://www.jointcommission.org/NR/rdonlyres/71E4800A-8C31-46D9-B6C8-E8BD0818B3E1/0/08_DSC_NPSGs_Master.pdf].
3. Suby, C. (2008). "2007 Survey of Hours Report. Direct and Total Hours Per Patient Day (HPPD) By Patient Care Units. | Perspectives on Staffing and Scheduling." Bloomington, MN.
4. Stone, S. (2008). –A Retrospective Evaluation of the Impact of the Planetree Patient Centered Model of Care Program on Inpatient Quality Outcomes. | Health Environments Research and Design Journal, 1(4):55-69.
5. Fumagalli S, Boncinelli L, Lo Nostro A, Valoti P, Baldereschi G, Di Bari M et al. (2006) –Reduced cardiocirculatory complications with unrestrictive visiting policy in an intensive care unit. | Circulation 113:946–952.
6. Cangelosi, P. R. and C. N. Embrey (2006). "The healing power of dogs: Cocoa's story." J Psychosoc Nurs Ment Health Serv 44(1): 17-20.
7. Edwards, N. E. and A. M. Beck (2002). "Animal-Assisted Therapy and Nutrition in Alzheimer's Disease." West J Nurs Res 24(6): 697-712.
8. Caprilli, S. and A. Messeri (2006). "Animal-Assisted Activity at A. Meyer Children's Hospital: A Pilot Study." eCAM 3(3): 379-383.
9. Ulrich, R.S. and others (2008). –A Review of the Research Literature on Evidence-Based Healthcare Design (Part II). | Health Environments Research and Design Journal, 1(3), 61-125.