



La opinión del paciente, punto central en salud

El país ha dado pasos importantes hacia la humanización del servicio en este campo, aunque aún existen problemas, dice la especialista Teresa Tono.

El centro del sistema de salud debe ser el bienestar de los usuarios. Ese planteamiento, que suena a perogrullada, no siempre resulta real; por eso, recientemente se realizó en Bogotá el foro 'Mejorando la experiencia del paciente', que buscaba poner en común las mejores buenas prácticas en este campo.

El evento, organizado por Conferencias América Economía, invitó a destacados expertos, entre ellos la directora de la Organización para la Excelencia de la Salud, Teresa Tono, quien habló con Portafolio.

Se trata de una entidad mixta, sin ánimo de lucro, creada en 1991 para contribuir a la transformación y el mejoramiento de la atención en salud.

¿Qué implica que el paciente sea el centro?

Desde tiempos inmemoriales sabemos que la salud se trata de lo que le entregamos al paciente y su familia. Hoy día, a veces se rotula esto como 'Atención centrada en la persona y la familia' o 'Atención humanizada'; en el sector salud tenemos ese mandato, esa obligación y no debemos distraernos de él, aunque estamos un poco en dificultades porque en este momento no hay un político en el mundo con el capital político y que quiera gastárselo en mover una reforma de salud. Ya vimos lo que le pasó a Obama con el Obamacare.

¿Por qué se da esto?

Lo que sucede es que el gasto en el sector salud siempre crece por encima de lo que lo hace la economía. Pero la gran directiva moral de la Ley Estatutaria habla de darle todo lo que podamos al paciente.

La pregunta es eso cómo se enfoca y cómo le damos sentido a algo que hemos denominado una de las dimensiones de la calidad, que es la atención centrada en la persona, donde lo fundamental es que el sector está para entregarle a la persona lo que ella desea, o sea que se debe satisfacer las necesidades del paciente y su familia por encima del mandato clínico que tenemos los médicos.

Esto suena difícil de digerir, pero mírelo de esta manera: si soy una mujer con cáncer y tengo una masa que está comenzando, hay que decidir si esta se deja quieta, en observación; si es una mujer joven que valora su cuerpos, su sexualidad, es el camino que querría; no desearía que le hagan una mamectomía, que la dejen llena de cicatrices o



peor, que le hagan una mastectomía radical y que la dejen sin un seno; pero esa misma mujer con esa misma masa, cuando tiene unos hijos que sacar adelante, lo más probable es que diga que hagan por ella lo que sea posible, porque su directiva fundamental es sacar a los hijos adelante.

¿Un sistema de salud se puede montar sobre estas subjetividades?

Acá es donde estamos entrando en cosas que sí son posibles, y es que usted le pregunta al paciente qué quiere, lo confronta con la evidencia médica, y se han creado unos indicadores para medir eso, como la mortalidad en cáncer, para asegurarnos que sea la mínima. Pero lo ajustamos con las categorías de lo que las mujeres quieren, porque la manera de mirar esto es que nosotros tenemos un objetivo de vida y esto es lo que la salud debe apoyar que se cumpla.

Hay cosas consideradas cosméticas en algunos casos y en otros no...

La salud es algo que contribuye a que yo pueda cumplir con mis objetivos de vida y es donde se dan dilemas complejos que uno tiene varias maneras de enfrentar: uno es apliquémosle a rajatabla el conocimiento médico, sobre todo cuando lo tenemos absolutamente seguro; pero en otras ocasiones se pueden poner primero las preferencias del paciente, por ejemplo, el respeto por la espiritualidad, y, segundo, asegurarse de que haya muy buena comunicación en la relación médico-paciente: que a este se le trate con dignidad y respeto.

¿Qué tan lejos estamos de eso?

No estamos lo suficientemente bien, pero le vamos trabajando y creo que caminamos en la dirección correcta.

¿Aun cuando hay barreras de acceso y el médico tiene 15 minutos para atender a un paciente?

Sí, pero esto tiene un paso previo y ese es el que nos trae en la tendencia correcta, y es un mandato constitucional de darle todo a todo mundo y un sistema al que ya está afiliado todo mundo. Como esos pasos previos ya se dieron, a diferencia de lo que existía en los años 80, donde solo los ricos o los afiliados del Seguro Social tenían servicios, el siguiente punto es que existan las posibilidades de que se haga efectivo ese acceso.

¿Las EPS están aplicando esos principios?

Algunas sí y otras no tanto. A mí, por ejemplo, me encantaría, desde la organización que dirijo, que este fuera uno de los ítems para la habilitación, aunque a ellos ya les miden la satisfacción del usuario en el ranquin de la Superintendencia de Salud. Los médicos



Universidad del Valle

Facultad de Salud - Grupo de Comunicaciones



Sala de Prensa

somos encopetados para hablar y la gente de bajo nivel educativo tiene dificultades para entender, fuera de que están asustados por su enfermedad, y no entienden nada.

¿Para aplicar el modelo centrado en el paciente hacen falta más leyes?

No importa lo que usted escriba, sino que las organizaciones efectivamente puedan hacer lo que la ley manda, porque muchas veces lo que no tenemos es capacidad organizacional. Por ejemplo, algunos hospitales les piden a los pacientes que egresan una breve historia, no una calificación cuantitativa, acerca de qué les gustó, con el fin de analizarlo para emprender procesos de cambio. Esto lo tendrían que hacer los 45.000 prestadores: médicos, hospitales, clínicas y centros de atención ambulatoria.

Diario Portafolio, 24 de Abril de 2018. Página 32