

SECCION ESPECIAL

CUIDADO Y EDUCACION FUERA DEL HOSPITAL EN UNA ECONOMIA DE MERCADO

Dr. John D. Stoeckle

Conferencia pronunciada al ser investido como Profesor Honorífico de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Pedro Henriquez Ureña, 15 de enero de 1998

Siempre he estado interesado en el cuidado y educación del paciente fuera del Hospital. Hoy, la reorganización de esos cuidados para pacientes ambulatorios, está siendo aplicada en todos los lugares, como se hace aquí.

Como mas tratamientos se están trasladando fuera del hospital, el cuidado del paciente en el consultorio y en la casa se está transformando.

Lo mismo pasa con la educación del estudiante, residente y postgraduado, de como ofrecer ese cuidado, por futuros practicantes en todas nuestras profesiones de la salud.

Quisiera referirme a tres temas, relativos a los cambios en los tratamientos a los pacientes y la educación médica fuera del Hospital.

Primero:

Porque se ha desplazado el cuidado hacia fuera del Hospital.

Segundo:

Como ha cambiado el mercado y la corporización de la práctica médica en relación con la medicina y los médicos.

Tercero:

Para nuestros estudiantes:

Como debemos modificar la enseñanza de tratamiento a nuestros pacientes en nuestras clínicas y consultorios fuera del Hospital.

I.- Porqué el cambio

El cuidado fuera del Hospital es lo que está de moda.

Un gran desplazamiento de cuidados se está produciendo del Hospital al Consultorio.

Si miramos hacia atrás donde una vez

estuvimos, sabríamos el proqué.

La gran mayoría de nosotros hemos crecido en el Hospital, cuidando enfermos agudos, los enfermos en cama.

Este campo del hospital, el cuidado de los enfermos y lesionados en cama, ahora está en decadencia y está siendo redefinido por todo el mundo.

Muchos hospitales han cerrado y muchos de los que continúan abiertos han reducido su número de camas. Esto ciertamente ha ocurrido en los Estados Unidos de America, donde las camas se han reducido desde algunas 700,000 a 500,000.

Los expertos estiman que a pesar de esta reducción, 1/5 de las camas actualmente disponibles en Boston, no son necesarias .

En Londres 1/4 no lo son.

Aún cuando los hospitales han ido cerrandose y reduciendose, la enfermedad no lo está.

Ciertamente, hay mas enfermedades crónicas en nuestros pacientes de edad y sus múltiples minusvalías, como todos ustedes saben.

El tratamiento de las enfermedades crónicas, son responsables de dos tercios del costo de nuestros servicios médicos. Esos pacientes con enfermedades crónicas están fuera del Hospital, donde sus dolencias, creemos, pueden ser manejadas médicamente mejor que en el pasado.

¿ Y en razón de qué, mas tratamientos pueden ser organizados fuera del Hospital?.

La dirección de los cuidados de salud en nuestra sociedad está ahora cambiando desde el

manejo de las enfermedades crónicas dentro del Hospital al manejo de las enfermedades crónicas fuera del Hospital. Sin tener que estar en cama en el Hospital, las enfermedades crónicas (y claro, muchas agudas también), pueden ser manejadas efectivamente como ambulatorias, debido a cinco grandes tendencias organizacionales que han desplazado el cuidado hacia el modo ambulatorio.

- 1.- Tecnologías descentralizadas
- 2.- Rapidez en los exámenes e imágenes a pacientes ambulatorios
- 3.- Disminución del descanso en cama
- 4.- Práctica en grupo de médicos generales, especialistas, enfermeras, practicantes y trabajadores sociales. Y debemos agregar
- 5.- Organización corporativa del hospital y la práctica en grupo, guiada por el mercado, con impulso hacia la eficiencia con el fin de reducir costos.

1.- Tecnologías descentralizadas.-

En primera instancia, las tecnologías diagnósticas y de tratamiento han sido descentralizadas fuera, para la comunidad, a centros ambulatorios, clínicas, centros, consultorios privados y de práctica en grupo.

Ciertamente algunas tecnologías han sido simplificadas también, para que los pacientes puedan hacerse sus propios exámenes para diagnóstico y seguimiento de enfermedades en sus casas.

En todos los lugares donde hay comunidades se ha convertido el uso de la cama del Hospital para fines de exámenes diagnósticos, en algo mucho menos necesario hoy día.

- 2.- Rapidez en los análisis e imágenes a los pacientes ambulatorios.

La antigua práctica de observación a las personas enfermas en cama con el propósito de seguir el curso, la historia natural y el diagnóstico de la enfermedad, atendiendo al enfermo con visitas diarias, todo este uso del Hospital, ha sido sustituido por una revolución complementaria:

El uso rápido de las tecnologías diagnósticas descentralizadas en pacientes limitados a la casa.

Por consiguiente, el internamiento en un hospital para exámenes e inclusive tratamiento, es mucho menos necesario.

Entre las cosas que pueden hacerse están:

A.- Exámenes, B.- Cirugía, C.- Prescripciones médicas.

- 3.- Disminución del descanso en cama

Los médicos en ejercicio hemos demostrado

una confianza creciente en el uso del ejercicio y para la rehabilitación y convalecencia de pacientes con enfermedades agudas. Ya no dependemos del descanso en cama para la cura y cuidado del paciente, en cambio utilizamos más a menudo la terapia física y el ejercicio para los lesionados y enfermos como parte del tratamiento contra sus minusvalías agudas y crónicas.

Este movimiento en favor del ejercicio como tratamiento para las enfermedades agudas y para los lesionados, vino de la Segunda Guerra Mundial, gracias a la investigación e intereses clínicos de fisiólogos y practicantes médicos militares.

Como resultado del conocimiento de los peligros del descanso en cama y los beneficios del ejercicio, los practicantes, conjuntamente con las presiones financieras de compañías aseguradoras, han disminuido el reposo en cama de pacientes en hospitales a 3.2 días en California y 5.0 días en el este de los Estados Unidos, de 20 días que se otorgaban en los años 1900s y de 14 días en los 1920s.

Hoy los pacientes son dados de alta prontamente y pueden tener observación continua por medio de la enfermera visitante y terapeuta físico, conjuntamente con seguimiento mediante visitas al consultorio médico.

- 4.- Prácticas en grupo de médicos generales, especialistas, enfermeras, practicantes y trabajadores sociales.

La descentralización de las tecnologías ha llevado a los médicos (generales y especialistas) a trabajar juntos en práctica de grupo fuera del hospital, y en el uso compartido de tecnologías para el cuidado del paciente.

Estas prácticas de grupo son corporativas y luchan para:

1ro, administrar y

2do para economizar

en el uso de tecnologías sustituyendo el cuidado de hospital por cuidados ambulatorios. Hoy más del 60% de médicos en ejercicio trabajan en varias organizaciones de grupos de práctica como empleados en todo o en parte. Y el número de médicos asalariados está creciendo rápidamente.

- 5.- Organización corporativa del hospital y la práctica en grupo, guiadas por el mercado, con impulso hacia la eficiencia, con el fin de reducir costos.

Con nuestros servicios de cuidados de salud guiados por el mercado, presionados para reducir

costos, los hospitales como nuestra mayor institución de tratamiento, están siendo presionados para lograr eficiencia en la tarea de dar de alta a seguidas, desplazando mas cuidados fuera del hospital.

En suma:

- 1) La descentralización de la tecnología fuera del hospital
- 2) La sustitución de la observación en los hospitales por unos rápidos exámenes fuera de este para el diagnóstico
- 3) La disminución en el uso de reposo en cama para el tratamiento y convalecencia
- 4) La organización de grupo en el trabajo de cuidados de salud en la comunidad y
- 5) La presión del mercado para eficiencia en el control de los costos,

Todo ha movido el enfoque del cuidado del paciente a lo ambulatorio y la modalidad de tratamiento en casa.

Como ha dicho Danes, "El cuidado es donde se encuentre el paciente", o, diríamos ahora " gran parte es fuera del hospital ".

" El Presidio ", como describió el novelista A. J. Conin al hospital, no puede ya sostenerse.

II.- ¿Ha cambiado la organización del trabajo médico doctorado y la relación médico-paciente en la actual economía de mercado?

Los tratamientos de enfermedades crónicas han cambiado, así como también la relación médico-paciente y la organización del trabajo médico.

Mirando hacia atrás de nuevo, la medicina hace mucho tiempo era originalmente consultorio y casa.

Algunas escenas de pintores famosos pueden recordarnoslo.

Fildes en los 1890s dibujó un niño agonizando y lo tituló, "Atendiendo al paciente" o siendo testigo del sufrimiento y angustia del paciente.

Picasso en esa misma época, Ciencia, Caritas, Religión en el escenario (la medicina era considerada entonces un "llamado").

Mas adelante, Paul Dudley White, famoso cardiólogo norteamericano, en los 1920s, expresó que el cardiólogo especialista ha abandonado su oficina privada para atender a los pobres enfermos en el hospital y para la enseñanza de los estudiantes.

Los médicos generales todavía trabajaban en la oficina 80-90% del tiempo, hasta los 1940s,

cuando el seguro de hospitales fue ampliado. (La medicina era percibida entonces como un servicio).

Pero desde los 1950s era el médico en el hospital, lo que caracterizaba el trabajo médico en enfermedades agudas.

Hoy el trabajo médico y la práctica médica , en una economía de mercado, está caracterizada por:

1) Grupos corporativos organizados

Organizaciones de médicos en los hospitales, organización de manejo de servicios de salud, PPOs. Algún 60% de los médicos son ahora asalariados.

2) La práctica médica es manejada dentro y fuera de las prácticas.

a) Aceleración.

De 10 a 15 minutos es el tiempo que se espera para una visita al médico.

b) Descalificación.

De médicos a enfermeros practicantes, de enfermeras registradas a asistentes de enfermeras

c) Dividida profesionalmente .

Hospitales vs práctica de consultorio

d) Estandarizada.

Con directrices de tratamientos

e) El desempeño clínico del paciente está mas monitoreado, dentro y fuera, con el uso de los records electrónicos.

Como resultado, el trabajo médico se ha desplazado de:

1) Llamado para

2) Servicio para 3) Empleo

¿Y que ha pasado con la relación médico-paciente?.

Ha cambiado también.

a) El paciente como consumidor, menos apegado, menos dependiente

b) El paciente como compañero. Toma de decisiones conjuntas.

Ambos nuevos roles de relaciones entre médico y paciente parten de la idea tradicional autoritaria, paternalista.

Esto le ha otorgado al paciente mayor control, evitando la dependencia y el apegamiento.

Ambos requieren mayor transmisión de información. Esto esta sucediendo en una diversidad de modalidades, incluso aquellas fuera del consultorio:

1) Publicidad de medicamentos, sobre cual medicina tomar

2) Correo electrónico, al médico, sobre quejas de dolores corporales

3) Telecomunicaciones en hogares para reforzar el tratamiento

4) Información de cuidados manejados directamente a los pacientes sobre enfermedades

5) Grupos de Internet para soporte

6) Información en el Internet sobre como tratar "mi afección".

III.- La misión de cuidados y la agenda de aprendizaje fuera del hospital.-

Dados estos cambios en la organización profesional y en las relaciones médico-paciente:

¿Que pasa con la dirección de cuidados y aprendizaje que debería preocuparnos a los educadores médicos?

¿Está el cuidado fuera del hospital siendo igual que en el hospital, siendo solo una mera transferencia del sitio para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas?.

La respuesta claramente es NO.

El cuidado fuera del hospital tiene una nueva misión y una nueva agenda educativa, distinta de la agenda curativa para enfermedades agudas en el hospital.

La misión es el cuidado y la prevención de enfermedades crónicas. Esa misión consiste en:

1) Evaluación del riesgo y educación para cambiar comportamientos en la prevención de enfermedades.

2) Detección temprana de enfermedades y tratamiento para prevenir, disminuir y retrasar las minusvalías causadas por las enfermedades y

3) Cuidado colaborativo de los enfermos entre los profesionales de la salud de todas las especialidades para mejorar las funciones del paciente para la vida y el trabajo.

La enseñanza-aprendizaje fuera del hospital cambia también con esta misión.-

Echando la vista hacia atrás de nuevo.

El aprendizaje en la sala del hospital ha evolucionado en hacer un correcto diagnóstico de enfermedades agudas, utilizando el método clínico de historia y examen físico, y hoy mas y mas análisis de laboratorio, imágenes y tratamientos especializados.

El método por casos para aprender medicina hospitalaria comenzó en los 1900s.

El descubrimiento diagnóstico de la enfermedad es un proceso de detección. Ese aprendizaje de cuidados con el método de casos continúa estando enfocado en las enfermedades,

aún en nuestras discusiones del paciente y la enfermedad.

En contraste, la enseñanza-aprendizaje en el consultorio necesita que el método por casos sea centrado en el paciente. Una evaluación manejo con el paciente para el cuidado de la enfermedad aguda.

Los pacientes vienen al médico con su enfermedad aguda identificada para "seguimiento" y cuidado continuo.

Mucho menos frecuentes son los "nuevos pacientes en la práctica", o uno de esos (15-20%) "viejos" retorna con nuevos quebrantos corporales además de su afección crónica.

Como resultado, el aprendizaje del estudiante de pacientes ambulatorios es ahora mucho menos un "nuevo despertar en el diagnóstico de enfermedades" de la sala del hospital, pero es mas la evaluación y manejo de la enfermedad crónica para el cuidado continuo y la prevención, conjuntamente con el paciente.

El aprender las tareas de la evaluación de enfermedades requiere información acerca de cinco puntos.

1) Quejas de dolores corporales, tales como síntomas de enfermedades crónicas, (su condición actual, progreso y complicaciones), como síntomas del comienzo de una nueva dolencia que requiere estudio diagnóstico o como dolor emocional. (Está dentro de las nuevas quejas presentadas la que su pronta recuperación puede no prevenir la admisión al hospital).

2) Acatamiento del tratamiento médico para riesgos y enfermedades.

¿Está tomando el paciente el medicamento como le fue recetado?.

3) Comportamientos preventivos ante riesgos de enfermedades.

¿Está el paciente manteniendo la dieta, no fumando y ejercitándose?

4) Condición funcional con su enfermedad crónica y minusvalías.

¿Cuales son las presentes actividades de la vida diaria que el paciente puede realizar (o que debería realizar) con la ayuda de tecnologías asistentes, la familia y servicios de las comunidades?

5) Adaptación psicosocial a enfermedades crónicas de las historias del paciente sobre la vida

diaria con "mi dolor", "mi artritis", etc.

En la búsqueda de ayuda, ¿como ve el paciente su enfermedad, empleo, vida familiar y relaciones?.

El conocer toda esa información de evaluaciones al "paciente y a la enfermedad", es, claro, insuficiente para el cuidado. Debe de estar acompañado de técnicas en el manejo de la enfermedad con el paciente, o, en el uso de la relación médico-paciente como compañero en educación, soporte, negociación y toma de decisiones con pacientes, colegas y familia.

Aprendiendo las tareas del manejo de enfermedades en el consultorio, el manejo con el paciente de la enfermedad crónica, requiere de cinco técnicas esenciales:

1) Una relación de confianza entre el paciente y el médico para el cuidado en colaboración con técnicas en:

a) Construcción de relaciones, juicios y comunicaciones y con

b) Comportamientos profesionales que puedan proveer al paciente alivio, educación y motivación, y que

c) También atraiga al paciente a la toma de decisiones sobre el diagnóstico, prevención, tratamiento y rehabilitación.

2) Conocimientos de riesgos, diagnósticos, tratamientos (y su efectividad), incluyendo resultado de tratamientos y calidad de vida, medicina basada en la evidencia y al día, que pueda informar a los pacientes.

3) Conocimiento de las preferencias en tratamiento del paciente en la toma de decisiones conjuntas, una técnica de negociación y que usa también la información de las preferencias del paciente como evidencia.

4) Trabajo de colaboración con otros profesionales de la salud como enfermeras registradas, enfermeras practicantes, trabajadores sociales, asistentes del paciente en educación médica, conserjería, soporte, monitoreo del tratamiento, y la organización coordinada del cuidado del paciente en el hospital, casa, oficina, clínica de reposo, y centro de rehabilitación.

5) Cuidado y tratamiento del dolor psicosocial del paciente y adaptación a las enfermedades crónicas por medio de orientación anticipada, soporte, educación, técnicas psicoterapéuticas, mediación, y usando las técnicas de orientación y educacionales de otros profesionales de la salud.

Esta tarea de manejo es centralizada en el

paciente, una dirección y coordinación conjunta del cuidado con el paciente (y con los colegas, agencias, y servicios comunitarios).

No es solamente centralizada en la enfermedad.

Requiere la participación del paciente y la evaluación del comportamiento del paciente y cuidados personales (los cuales pueden parecer sencillos comparados con los complicados descubrimientos de un nuevo diagnóstico).

Es también una tarea complicada.

Los comportamientos requieren un conocimiento social y psicológico detallado del paciente, y en manejo con pacientes, conocimiento de medicina basada en la evidencia que presente a los pacientes opciones efectivas y apropiadas de tratamiento.

CONCLUSION

Lo que se espera mas adelante en cuanto a la enseñanza y aprendizaje en el consultorio hoy dia, requiere una redirección de las escuelas de medicina de:

1) Solo enfermedades agudas, hacia enfermedades crónicas

2) Hacia manejo de evaluaciones versus el diagnóstico solo

3) Hacia mas participación del paciente en la toma de decisiones para una moderna relación de sociedad entre médico y paciente y

4) Mas programas educacionales en el escenario de la práctica de consultorio.

Mirandola de forma organizada, la educación médica, claro, todavía requiere el hospital docente pero:

1) Mas tiempo en la clinica

2) Mas organización interdepartamental de los servicios de la clínica y

3) Mas preparación de profesores clínicos en esta área de estudiantes aprendiendo a asegurar un mejor rendimiento.

La presión para un movimiento educación hacia la clínica viene de la reorganización del mercado de servicios médicos. Aún así el proyecto de la reforma educacional de la clinica tiene que venir de las escuelas de medicina, no del mercado.

Nuestras escuelas de medicina pueden rediseñar el curriculum para las tareas modernas de tratamientos fuera del hospital.

Este es el trabajo para todos nosotros hoy.