

LA REPRESENTANTE DEL PACIENTE: UN NUEVO E IMPORTANTE RECURSO HOSPITALARIO¹

Carlos David Kleymeyer, Ph. D*

EXTRACTO

El presente artículo describe el desarrollo de un nuevo cargo en el Hospital Universitario del Valle. Este cargo llamado "Representante del Paciente" fue diseñado para solucionar diferentes problemas relacionados con el trato humanitario de los pacientes. Se hace una referencia a las razones y etapas del desarrollo de este cargo; se presentan y describen con ejemplos, las cinco funciones asignadas a los Representantes del Paciente. Se espera que esfuerzos similares en la humanización del cuidado médico puedan extenderse a otras instituciones de salud en Colombia y aún otros tipos de instituciones de carácter público.

INTRODUCCION

Las directivas del Hospital Universitario del Valle (HUV) y de la División de Salud de la Universidad del Valle han expresado una preocupación por la calidad humana en el trato con los pacientes. Esta preocupación desde luego no es nueva, sino que surge de una antigua tradición humanitaria dentro de la Escuela de Medicina la cual, tal vez, sea bien ilustrada por el lema de un fallecido médico caleño: "Curar a veces; aliviar frecuentemente; consolar siempre". El presente trabajo describe una experiencia realizada tendiente a mejorar el trato con los pacientes en el Hospital Universitario.

En los comienzos del año 1974, se llevaron a cabo varios estudios exploratorios con el objeto de medir la profundidad y el alcance del problema referente a la mala calidad humana del trato con los pacientes en el HUV. Estos estudios incluyeron una extensa investigación sobre la utilización de servicios ambulatorios en Cali, investigaciones más limitadas por parte del personal del HUV, y trabajos llevados a cabo por estudiantes de enfermería y antropología. La información obtenida de estas investigaciones ha sido utilizada como amplio y rico recurso de ideas e hipótesis relacionadas con explicaciones generales y específicas, métodos y soluciones al problema.¹⁻⁵

Una propuesta específica surgida de estos estudios y discusiones fue la creación de una posición nueva en el HUV, la "Representante del Paciente" (RP). Una posición similar existe en otras partes del mundo con el nombre de "ombudsman" en los países escandinavos y "patient's represent-

ative" o "patient's advocate" en los países anglo-sajones.⁶⁻²² Sin embargo, no se trató de copiar un modelo extranjero. En el caso específico nuestro se quiso contratar una persona que contara con atributos tales como calor humano, iniciativa, diligencia, habilidad para relaciones interpersonales, etc., lo cual creemos son pre-requisitos para esta labor. Después de escogerla cuidadosamente, esta persona fue ubicada en la Sala de Urgencias del HUV en función de observadora.

RESULTADOS Y DISCUSION

Durante los dos primeros meses la RP se limitó a hacer una observación. Gradualmente comenzó a diseñar y a pensar una serie de funciones posibles de realizar y luego a ensayar algunas de ellas en la práctica. Mientras tanto, un equipo integrado por un psiquiatra, la Jefe de Relaciones Públicas, un sociólogo de medicina y desarrollo y otros profesionales interesados, se reunía continuamente con ella para discutir su progreso. Al mismo tiempo este equipo discutió y definió la posición y funciones de la RP con las autoridades de la sala de urgencias y del hospital.

A fines del año 1974, la nueva RP estaba lista para ejercer sus funciones, trabajando de tiempo completo. A través de los primeros meses, dicha posición continuó su evolución y refinamiento utilizando los procesos de observación, discusión y prueba anteriormente descritos. Después de seis meses, la experiencia fue considerada lo suficientemente exitosa e importante como para justificar la adición de una segunda RP y un año después de esta adición, una tercera RP fue contratada, esta vez para extender la innovación a Consulta Externa.

Actualmente las funciones de las RP en Urgencias y Consulta Externa son las siguientes:

1. Servir directamente a los pacientes y a sus acompañantes, a través de ayuda, orientación y consuelo, y defender sus intereses y necesidades ante los miembros del Hospital (para asegurarles de esta forma una atención adecuada con un mínimo de retraso, angustia o problema de otra índole).
2. Colaborar en la búsqueda de soluciones a los problemas humanos y sociales relacionados con los pacientes y que el personal médico, por falta de tiempo o medios, no puede tratar debidamente.
3. Facilitar ciertos procesos administrativos y de comunicación los cuales afectan el bienestar físico y emocional del paciente. Promover contactos y mejorar las relaciones entre los diferentes servicios de atención hospitalaria y entre el hospital y otras instituciones de atención médica y servicio social en aquellos casos que se consideren pertinentes al bienestar físico y emocional del paciente

1. Este trabajo fue patrocinado por la Universidad del Valle con la ayuda RF 72003 de la Fundación Rockefeller, por el Centro Internacional de Entrenamiento e Investigación Médica de la Universidad de Tulane, y por The Hospital Research and Educational Trust con la ayuda de la Fundación Kellogg.

* División de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

o sus acompañantes.

4. Actuar como agentes de cambio; identificar problemas que afecten el bienestar físico y emocional del paciente y procurar la solución de estos problemas a través de canales institucionales.
5. Llevar a cabo ciertas funciones de naturaleza interna tales como la coordinación de los varios esfuerzos de humanización, redacción de informes periódicos, mantenimiento de los cronogramas para la monitoría de innovaciones, participación en reuniones, entrenamiento de nuevos Representantes del Paciente y otras tareas relacionadas.

Sería provechoso mencionar ejemplos que ilustren las cuatro primeras funciones arriba mencionadas (la quinta se auto-explica y su importancia reside principalmente en el campo administrativo). Como ejemplo de los problemas confrontados dentro del primer grupo de funciones, contamos con numerosos casos de pacientes que son ayudados por las RP a comunicarse con sus familias (y viceversa); de pacientes que son ayudados a encontrar el servicio de Consulta Externa, por ejemplo, y a ser atendidos al llegar a ésta; de pacientes que sufren angustias o dolor y son consolados por las Representantes; y de pacientes que han sido olvidados o a quienes se les han puesto dificultades para recibir atención de algún tipo y que reciben el apoyo activo de las RP para que sean atendidos de una manera adecuada.

Para ejemplificar el segundo grupo de funciones tenemos el caso de un niño pequeño, sin hogar, cuya cama se necesitó en Pediatría y a quien la RP le consiguió asilo en una institución local. También existen casos de pacientes que no cuentan con los medios para comprar drogas o pagar por los Rayos X y a quienes se les ayuda a solucionar este problema.

El tercer grupo de funciones puede ser ilustrado por los casos de historias clínicas perdidas o retrasadas que finalmente son halladas por la RP; los casos de pacientes enojados que ya comienzan a retirarse de Urgencias antes de ser atendidos y que son convencidos por la RP para esperar; y los casos de pacientes que necesitan ser atendidos en otra institución local y son asistidos por medio de una llamada telefónica o una visita de la RP.

El cuarto grupo de funciones es tal vez el más importante y a la vez el más difícil. Se refiere a las funciones que tienen como objeto primario la prevención de, o la solución de situaciones problemáticas. Así contamos con ejemplos de esfuerzos que pretenden lograr cambios modestos pero importantes, tales como apresurar la llegada de la historia clínica de los pacientes y lograr que las rondas se hagan periódicamente en la sala de espera para identificar a aquellos pacientes que después de llegar y ser filtrados se han convertido en casos de suma emergencia. Otro cambio logrado por las RP consiste en una mejor colaboración de parte de varias instituciones de bienestar público con el HUV: por ejemplo, el dar alojamiento a pacientes en recuperación pero que no tienen casa o recursos mayores.

Hay otro aspecto importante de la labor de las RP: el del estilo y método de su trabajo. Las RP no esperan pasivamente a que los problemas les llegue (ni siquiera tienen oficina) sino que hacen rondas continuamente en las distintas salas, corredores, y sitios de espera para identificar y confrontar los problemas. Mientras algunos empleados evitan los problemas de los pacientes (lo cual en ciertos casos es adecuado), las RP han demostrado ser personas que no solamente atraen al paciente con problemas, sino que son capaces de detectarlos para ayudarles. Esto sucede por varias razones: primero, los pacientes o saben quiénes son las RP, o son dirigidos a ellas, o se dan cuenta por alguna sugestión indirecta que ellas los atenderán, o las observan atendiendo a otros pacientes. Segundo, las Representantes fueron escogidas precisamente por ser personas abiertas, con iniciativa y deseosas de ayudar. Tercero, ellas realizan una actividad explícita la cual es conocida por el nombre apropiado de "hacer rondas" y consiste esencialmente en actividades de "reconocimiento" con el objetivo de identificar problemas solucionables.

Este reconocimiento se hace sistemática y concientemente y ha demostrado ser extremadamente beneficioso tanto para la institución como para los pacientes. A continuación siguen tres ejemplos ilustrativos de las consecuencias positivas de tales actividades. Son consecuencias que no sólo afectan el bienestar emocional del paciente sino también su bienestar físico (y que por lo tanto fueron de gran importancia para el HUV).

Caso 1. Mayo, 1975, 9:00 a.m. En el jardín frente a la Sala de Urgencias se pudo observar una mujer que gritaba tirada en el suelo. Aquellos que la rodeaban se reían diciendo que estaba loca. Salió la RP para hablar con ella y se dio cuenta que estaba en el noveno mes de embarazo y estaba en trabajo de parto. Se le llevó inmediatamente al sexto piso donde llegó apenas con tiempo para dar a luz.

Caso 2. Septiembre, 1974, 3:00 p.m. Llegó a Urgencias una mujer con un niño que había sufrido quemaduras el sábado anterior. Al entrar fue detenida por una auxiliar de enfermería de Pequeña Cirugía quien la reprendió de forma muy ruda por regresar al hospital cuando el niño ya había sido atendido una vez. Al hablar con la mujer, la RP se dio cuenta que el niño tenía una fiebre muy alta lo cual comunicó al médico de turno quien vino a ver al niño. El médico ordenó que se hospitalizara inmediatamente al niño debido a una seria infección. Después la RP mencionó a la auxiliar que el médico debe ser quien evalúe la condición de un paciente; además de que sus responsabilidades no eran de orientación o de filtración sino que sus deberes yacían en los consultorios de Pequeña Cirugía.

Caso 3. Abril, 1975, 2:00 p.m. La RP notó la presencia de un hombre de aproximadamente 65 años en una camilla. Frente al mismo, en la Central de Materiales, estaba la auxiliar de turno indiferente a las quejas del paciente, quien parecía en muy mal estado. La RP al preguntarle supo que tenía gran desesperación y un fuerte dolor en el pecho. La hoja de remisión que llevaba indicaba que el paciente era hipertenso y sufría del corazón. La RP se dirigió a Medicina

Interna buscando un médico y al no encontrarlo se fue a la Sala de Observación Adultos donde halló un Interno. Aunque éste no estaba de turno en ese servicio, escuchó el caso e inmediatamente ayudó a la RP a llevar al paciente al consultorio y lo atendió.

Los arriba mencionados son casos típicos a través de los cuales las RP han demostrado su valor ayudando al Hospital en su función de servir a sus clientes. Por cada caso dramático existen numerosos casos menos llamativos en los que ambos, pacientes y hospital, han sido beneficiados por la presencia de este nuevo personal en la atención médica. Existen casos de igual importancia a los descritos en donde actúan camilleros, mensajeros, porteros, internos y residentes.

Siempre se ha mantenido que para ser más efectivas las RP necesitan el apoyo de otros esfuerzos orientados a dar un trato más humano a los pacientes, y que ellas podrían jugar un papel de vital importancia como coordinadoras y ejecutantes de tales esfuerzos. Como parte de estos esfuerzos, se han establecido también los siguientes programas de apoyo: un cursillo de relaciones humanas para todo el personal paramédico del hospital; un sistema de incentivos para el personal que se distingue por su trato humano y competente con el paciente; un curso de primeros auxilios también para el personal paramédico; esfuerzos para revitalizar e integrar de mejor forma los grupos voluntarios, y reuniones periódicas con grupos tales como: personal, administradores y representantes de otras instituciones de bienestar público.

Se espera que, al menos, algunos aspectos de este esfuerzo innovativo sean adaptados y extendidos a otros hospitales en Colombia y con tal objetivo, se está preparando un extenso documento descriptivo del esfuerzo y de sus condiciones anteriores y posteriores. Actualmente tal extensión se está llevando a cabo en el Departamento del Valle, por parte del Servicio Seccional de Salud.

Las instituciones de atención médica son los sitios más apropiados para comenzar un esfuerzo que alivie la falta de humanidad en las grandes instituciones de la sociedad moderna. Sin embargo, este esfuerzo diseñado en el Hospital Universitario del Valle es aplicable con adaptaciones a otras instituciones que ofrezcan servicios al público, especialmente, a los sectores menos privilegiados.

SUMMARY

The present article describes the development of a new position in the Hospital Universitario del Valle. This position, known as "Patient's Representative", was designed to confront various problems related to the human aspect of patient care in the hospital. A brief historical treatment of the innovation is made, including the actual design and testing of the new position. The five current functions of the Patient's Representative are presented and exemplified, the work style and methodology of the Patient's Representatives are described and illustrated, and various supportive innovations of particular relevance are listed. It is hoped

that similar efforts to "humanize" complex organizations be extended to other health care institutions in Colombia and even adapted for use in other types of institutions of public service.

AGRADECIMIENTOS

Quisiera agradecer a las siguientes personas su colaboración en la preparación del presente documento: Denise de Bernard, Carlos Climent, María Clara Cuevas, Rodrigo Guerrero, Heliana Portes Kleymeyer, Stella de Restrepo, Tere-sita de Vizcaya, Raquel Wyon y Marlen de Yusty.

REFERENCIAS

1. Kleymeyer, C. D.: The humanization of health care in the Hospital Universitario del Valle: a possible theme for applied research directed at the human component of the quality of health services within an organizational context. In-house document, Universidad del Valle, 1974.
2. Ibid: Relaciones interpersonales entre personal y usuarios en servicios ambulatorios. Documento interno, Universidad del Valle, 1975.
3. Ibid: Algunos factores que inciden en la utilización de servicios ambulatorios. Documento Interno, Universidad del Valle, 1975.
4. Vargas de Aronson, M.: Dando a luz en el Hospital Departamental, Cali, Colombia: "Un estudio de caso". Artículo no publicado, Cali, Colombia, 1973.
5. Vizcaya, T. de: Trabajo de investigación sobre la calidad humana de la atención hospitalaria en Urgencias, Hospital Universitario del Valle. Documento interno, Universidad del Valle, Abril 19, 1974.
6. Cavalier, R.: Ombudsman is middle man between clinic patients and hospital. *Modern Hospital*, 114: 92-96, 1970.
7. Coté, Anne A.: The patient's link. *Trial Magazine*, March-April, 1973.
8. Drucker, S.: Patient relations coordinator. *Hospital Topics* 42: 61, 1964.
9. Emrich, M.: Patient-relations representative: more than a hospital hostess. *Hospital Topics*, 49: 43-46, 1971.
10. Gregory, J.: Her job: to humanize the hospital. *The Times-Picayune* New Orleans, Louisiana, January 5, 1975.
11. Her assignment is to humanize the hospital. *Hospital Practice*, 9: 49-50, 54-56, 1974.
12. The hospital ombudsmen. *Medicine*, 79, 1973.
13. Lockerby, F. K.: Representative personalizes care. *Hospitals JAHA*, 47: 50-53, 1973.
14. Modesta, S. M.: Patient relations representatives bridge communications gap. *Hospital Progress*, 51: 30-32, 1970.
15. Morgan, D. M.: The patient advocate: a new aid for emergency. *Canadian Hospital*, 50: 24-26, 53, 1973.
16. Ombudsman gives hospital patients voice. *Canadian Hospital*, 50: 13, 1973.
17. The patient's friend. *Time*, 98: 46, 1971.
18. Ravich, R. y Rehr, H.: Ombudsman program provides feedback. *Hospitals, JAHA*, 48: 62-67, 1974.
19. Ravich, R., Rehr, H. y Goodrich, Ch.: Hospital ombudsman smooths flow of services and communication. *Hospitals, JAHA*, 43: 56-61, 1969.
20. Ibid: Ombudsman: a new concept in voluntary hospital services. In *Second NASW Professional Symposium: Human Services and Social Work Responsibility*. Washington, D. C.: National Association of Social Workers, 1969.
21. Ibid: A voluntary hospital appoints an "ombudsman". In Willard C. Richan, ed. *Human Services and Social Work Responsibility*. National Association of Social Workers, New York, 303-310, 1969.
22. Sister Louise Marie, D. C.: The hospital ombudsman. *Hospital Forum*, May, 1972.