

*Sección: Educación Médica**El médico de cabecera, una necesidad sentida*

Javier Gutiérrez Jaramillo, M. D. *

RESUMEN

Se presentan las vivencias de un ejercicio profesional, que por virar de la práctica privada a sistemas de medicina prepagada y socializada, altera profundamente la confianza y efectividad del acto médico, y disminuye cada vez más una buena relación médico-paciente. Se insiste en la importancia del MÉDICO DE CABECERA como director de orquesta que solucione de manera integral los problemas del paciente.

El ejercicio profesional se ha visto profundamente alterado por los intermediarios comerciales entre paciente y médico. Ha cambiado mucho la relación de compromiso, confianza y lealtad con que se atendía antes a los enfermos. Había un contrato tácito entre el médico y su paciente, donde el primero se comprometía con su leal saber y entender a solucionar integralmente todos los problemas de salud que afectaban su organismo y afligían su alma. El paciente, con lealtad y confianza, seguía los consejos de su médico y daba una remuneración adecuada por esos servicios. No había intermediarios.

Esa lealtad entre ambas partes se ha visto alterada por el sistema, donde cada uno se vuelve una ficha. Hoy este enfermo vendrá a mí, mañana mismo me podrá cambiar por otro colega y quizá por otro tratamiento. Claro que es derecho del paciente poder cambiar de médico cuando así lo quiera, e irónicamente es deber del médico volver a atender a quien no le ha guardado ninguna lealtad, ni fidelidad y que ha desconfiado de él.

Ese cambio continuo de médicos y de tratamientos, quebranta el compromiso y la confianza entre las partes, y es un factor negativo en la relación médico-paciente. He visto

numerosas personas que brincan de médico en médico sin que establezcan una relación estable que evite una colcha de retazos en el manejo, y propicie una visión integral del paciente. El internista tiene una gran oportunidad de establecer una muy buena empatía con su paciente a través de las consultas por enfermedades largas que sólo se pueden controlar. Y, en esos controles, tiene la oportunidad de conocerlo bien y establecer buenas relaciones.

Pueden las entidades de medicina prepagada borrarlo como médico de su lista cuando a bien lo tengan. No importa que se vulnere una relación médico-paciente establecida a través del tiempo, en perjuicio de la salud del propio enfermo. Se hacen cálculos económicos, pero no se tienen en cuenta la lealtad y la confianza entre paciente y médico, que brindan muchas veces un beneficio mayor que el mejor medicamento. Vivimos una experiencia pasada, en que un grupo grande de pacientes fue retirado de un grupo importante de médicos por decisiones administrativas que quebrantaron por completo una relación médico-paciente bien establecida. La decisión para médicos y pacientes fue simple: lo toman o lo dejan. Aquí la decisión la tomaron los intermedia-

rios comerciales. Ni el paciente ni el médico pudieron decidir. Agrava esta situación el establecimiento de unas tarifas arbitrarias que quebrantan el principio de justicia en contra del médico.

Mi padre fue el prototipo del médico de cabecera. El ejercicio de una medicina general le permitió ser un orientador de todos los problemas de su paciente, aun los problemas no médicos. Era más que un médico, más que un confesor espiritual, más que un abogado. Ejerció en los terrenos de la medicina interna, la cirugía, la obstetricia, la pediatría, la psiquiatría. Todos lo respetaban y seguían sus consejos, porque confiaban en él, no importaba que no fuera un experto en esas tan diversas materias. Había una confianza y una lealtad entre las partes, que producían verdaderos milagros. Hoy esa lealtad y confianza se pierden a pasos agigantados. El sistema ha hecho de los médicos fichas que se pueden remover en cualquier momento. El paciente lo siente así; el médico lo siente así. Se establece una desconfianza, y una falta de compromiso de las partes que producen resultados de deficiencia en el tratamiento.

Si a esto se agrega la fragmentación que puede experimentar el paciente al abusar del sistema y consultar a numerosos subespecialistas, los resultados van a ser peores. También

* Profesor Titular, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Internista Cardiólogo, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

contribuye a esto que el subespecialista pase interconsultas de subespecialidad a subespecialidad. Hace falta un médico que integre esos problemas y múltiples tratamientos. Hace falta un médico que dedique más tiempo a oírlo, a pulsar su alma y sus sentimientos. Los subespecialistas van a estar muy ocupados con su alta tecnología. Y, si los procedimientos tecnológicos copan la actividad del subespecialista, pueden hacer perder la visión integral de su paciente. Y esa alta tecnología no le dará la satisfacción completa al paciente, a pesar de que todo en apariencia se haga muy bien. Nadie oyó sus dudas, nadie exploró sus sentimientos de depresión. Y aunque la arteria quedó bien abierta, él sigue con el temor de que puede morir de un infarto. Se fragmentó su estudio, intervino el cardiólogo invasivo, el no invasivo, el fisiatra, el de medicina nuclear, y, por último, el cirujano cardiovascular. Cada uno explicó su parte tecnológica. Pudo oír comentarios diferentes que le originaron más incertidumbre. Falta un director de orquesta que acompañe todos estos instrumentos. Y para mí ese Director de Orquesta es el MÉDICO DE CABECERA, que lo ayude a disipar temores, que integre todo esos estudios, que tenga paciencia para resolver todas sus inquietudes. Ese médico de cabecera ha conocido por años a su paciente y a los familiares. Conoce sus fortalezas y debilidades. A través de esas múltiples consultas, se han establecido unos lazos de afecto y compromiso, que buscan siempre lo mejor para el enfermo. Por eso ese MÉDICO DE CABECERA ve más allá de los aspectos médicos. Se vuelve un abogado de su paciente, un consejero espiritual, un psiquiatra. Le recomienda lo mejor. No deja que lo exploten. Busca el mejor subespecialista que ayude a solucionar problemas complejos. Y ese paciente,

agradecido, volverá a su MÉDICO DE CABECERA. Y cuando ese paciente ha confiado en su MÉDICO DE CABECERA, con él tomará las decisiones finales que más convengan para su manejo. He vivido numerosas experiencias en las que mientras el MÉDICO DE CABECERA, no dé la autorización, el paciente no se deja hacer ningún procedimiento, aunque sea recomendado por el mejor subespecialista y con las mejores intenciones. El paciente se siente mejor atendido, queda satisfecho. No se siente fragmentado.

El médico general, el médico de familia y el internista pueden ser los médicos de cabecera. Los subespecialistas de medicina interna, por su entrenamiento básico en esta especialidad deben conservar la actitud de internistas y manejar cada enfermo de manera integral. Infortunadamente muchos de esos subespecialistas han perdido esa actitud.

Las circunstancias actuales del ejercicio profesional lo obligarán a retomar nuevamente esas actitudes por simple supervivencia. En circunstancias especiales el mismo médico subespecialista debe ser el MÉDICO DE CABECERA, cuando el problema principal del paciente se relacione con su subespecialidad, y muestre otros problemas que tengan que ver con otras subespecialidades. Cuando actúen distintos subespecialistas siempre debe haber un director de orquesta, un MÉDICO DE CABECERA. Este médico será el principal enlace y orientador para el paciente y sus familiares.

La medicina de los subespecialistas, que ejercen en el terreno limitado de su subespecialidad es muy costosa. Así lo deben entender las empresas de medicina prepagada y las instituciones de salud. Si hay un paciente de edad hipertenso, diabético, con un accidente cerebro-vascular

isquémico e insuficiencia renal, además con insuficiencia cardíaca y síntomas digestivos, podría ser visto por el cardiólogo, el endocrinólogo, el neurólogo, el nefrólogo y el gastroenterólogo, y cada cual por atender el sistema afectado, fragmentaría la atención del paciente, cuando todos los problemas los podría atender bien un internista, que sería el mejor MÉDICO DE CABECERA, el director de orquesta.

La relación médico-paciente que se establece así, sería mucho mejor, que la relación fragmentada de cada subespecialista. Cada subespecialista manejaría los problemas, y como los ciegos que palpan las diversas partes del elefante, cada uno tendrá apreciaciones parciales del problema. Al diluir esas responsabilidades entre muchos médicos se pueden cometer serios errores en perjuicio del paciente. Los exámenes de laboratorio se multiplicarían, la polifarmacia sería la regla. He visto pacientes que toman veinte medicamentos distintos enviados por todos los subespecialistas, cuando con sólo dos o tres se podría manejar el problema. Esto lo bautizo "complicación de médicos."

Cada enfermedad no la tiene que manejar un subespecialista distinto. Si hay una situación compleja sí sería importante el concurso del subespecialista. En la mayoría de los casos esto no es necesario. Si se puede tener una visión integral del paciente se actuará en forma más coordinada y con más eficiencia. Y este director de orquesta, que trabaja con objetividad científica y honestidad, puede referir al subespecialista cuando el problema por su complejidad necesite ayuda, y luego devuelve el enfermo a su MÉDICO DE CABECERA para respetar en todo momento los deseos del paciente. El internista podría solucionar la mayoría de los problemas de salud del adulto.

Cuando ese MÉDICO DE CABECERA dentro de su honestidad vea que no puede manejar más al paciente, debe manifestarlo así al subespecialista: "Por favor, encárguese del señor tal o de la señora cual."

Cuando la interconsulta se pide en el sentido de: "Deseo saber su concepto sobre diagnóstico y tratamiento," se debe devolver siempre el paciente con una comunicación clara y precisa. Deja un buen ánimo de remisión, cuando el médico interconsultado además de la nota escrita, habla personal o telefónicamente con el médico interconsultante y la da sus opiniones sobre el diagnóstico y manejo del caso. Se debe evitar en todo momento una competencia desleal con los colegas que busque acaparar pacientes. Siempre se debe hacerse el esfuerzo de devolver el enfermo. Las instituciones de salud deben establecer normas en las cuales el paciente vuelva a su MÉDICO DE CABECERA. Cuando por alguna razón este MÉDICO no se encuentre de turno, o esté ausente por un día festivo o un puente, o por cualquier otra razón que no sea el deseo del paciente de cambiar de médico, se debe devolver este paciente al MÉDICO tratante.

A todos estos factores negativos se agregan las tarifas injustas, que no gratifican económicamente al médico, que ha invertido en su preparación largos y costosos años. Además, viene el pago tardío de sus honorarios. En sus compromisos económicos a él no lo esperan, pero él sí tiene que esperar. Esas tarifas injustas estimularán, por el factor supervivencia, una competencia agresiva entre médicos e instituciones, donde el control de calidad se puede perder en perjuicio del paciente. Entre más enfermos se vean, se compensará ese bajo ingreso. Puede surgir aquí el canibalismo

entre médicos e instituciones. Los pacientes se verán arrebatados entre unos y otras. Lo importante son los resultados en bien de la salud de los pacientes. ¿Quién medirá esos resultados, si se estratifican los pacientes? ¿Quién medirá la calidad de la atención médica? Hay una carrera loca, hacia el aspecto comercial para poder sobrevivir. Esto podría estimular una competencia desleal, que iría en perjuicio del paciente quien se vería sometido a presiones indebidas, donde se aprovecha su ignorancia en las decisiones médicas. Se subvalora la consulta médica, sin verse muy afectados los procedimientos lo que estimulará la proliferación de ellos como compensación al bajo precio de tal consulta.

La Ley 100 con sus EPS, IPS y POS que busca equidad, justicia y eficiencia, agrava más la situación del médico, quien para poder defenderse tiene que atender volumen, y sacrifica la calidad de atención. Todos estos son factores negativos que van en contra de una buena relación médico-paciente, básica en la solución de los problemas de salud.

Y si se altera la calidad de atención, para atender un volumen exagerado de pacientes en la menor cantidad de tiempo aumentarán los errores humanos y la insatisfacción del enfermo, que verá a su médico no como un amigo que le ayuda, sino como un enemigo al que hay que demandar por su mal trato.

En la práctica se ve cómo el paciente insatisfecho por la atención, vuelve a su médico particular. Esto lo he podido observar en enfermos del ISS, que se han visto frustrados al ser mal atendidos en urgencias por la demora inhumana debida a la congestión de casos, o al tener que asistir a una consulta externa, desde las 5 de la

mañana para ser atendido en forma más que rápida a las 11 del día, o a veces más tarde. Por eso, para mí, la práctica privada nunca se terminará. Y si los médicos establecemos unas tarifas que estén de acuerdo con las capacidades económicas del paciente, la práctica privada se mantendrá o podrá aumentar.

El paciente quiere que se lo oiga. La mayoría de los problemas que nos consultan son de origen psicossomático, en los cuales se necesita tiempo para oír y orientar al paciente.

Para que el acto médico rinda buenos frutos se debe rodear de una atmósfera de ciencia, confianza, lealtad, compromiso, respeto, equidad, justicia, trato humanizado, y tiempo suficiente para la consulta. Todos estas actitudes deben ir de médico a paciente y de paciente a médico. Y aquí juegan gran papel todas las instituciones de salud, donde se incluyen las empresas de medicina prepagada, las EPS y las IPS.

Los médicos, todos unidos en una sola Federación Médica Colombiana, debemos luchar por defender nuestros derechos en bien del paciente. No debemos ser convidados de piedra porque se altera por completo nuestro ejercicio profesional y se afecta tanto la calidad de la atención como el engranaje de la relación médico-paciente.

SUMMARY

The experience of years in the practice of medicine, that many have changed initially caring of private patients to recent times taking care of prepaid health plans is reflected in the alteration of trust and effectivity of the relationship with the patient. The importance of primary care doctor as the director of the caring of his patient is emphasized.