



Editorial



EL TOQUE DE UN MÉDICO

Juan Carlos González*

Hace un par de semanas tuve la extraordinaria oportunidad de escuchar al doctor Abraham Verghese en una de las conferencias TED (<https://www.youtube.com/watch?v=JwL2RjaAQvk>).

Fue para mí una experiencia motivante. En un lenguaje sencillo, explica la importancia de ese médico indagador y "examinador" que ha existido y que los pacientes conciben como el galeno ideal. El doctor Verghese hace un llamado a no perder tal modelo aunque la tecnología esté impulsando una nueva manera de atender a los pacientes, en donde pareciera que "tocar", examinar, ya no es tan importante. Pero él afirma que lo es; y, lo es, porque además de la inmensa información que se puede obtener, hace parte del ritual con que la Medicina (1) se ha desarrollado a lo largo de la historia. Lo es porque al tocar a un paciente nos aproximamos a sentir su sufrimiento y, por ende, se crea un vínculo clave en esa relación. Sorprendentemente la tendencia es que cada vez se examina menos (por eso cada vez menos contacto con los pacientes). Por ejemplo, según un artículo (1), en la actividad de los residentes de Medicina Interna de EE.UU., tan solo un 12 % de los médicos están al lado del paciente y un 40 % frente al computador. De hecho 2 de 3 pacientes hospitalizados no fueron bien examinados según el mismo artículo. Nosotros, en la cátedra de investigación planteamos la pregunta de qué esperan un paciente de un médico (2), buscando como objetivo pedagógico el que los estudiantes, que próximamente entrarían en contacto con ellos, pudiesen conocer de primera mano el anhelo de los pacientes. La siguiente tabla pone de manifiesto los aspectos relevantes.



Tabla 1. Regresiones de las razones de riesgo de la percepción de "Excelente atención médica" versus "Mala atención médica", de pacientes atendidos en una IPS privada entre los meses de enero y marzo del 2012.

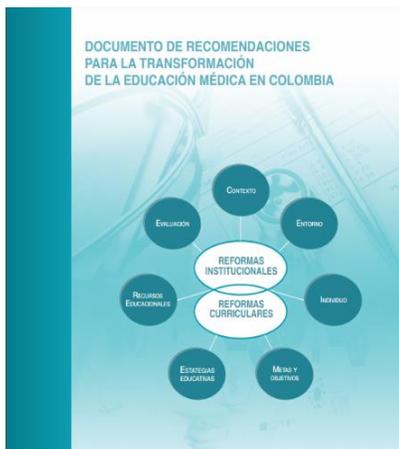
Calificación de la atención médica	Excelente		Mala		OR	LI	LS	Valor p
	Nº	%	Nº	%				
Pudo contarle todo al médico:								
Sí	150	52	137	48	7,55	1,8	31,4	0,0054
No	7	6	106	94				
El médico lo examinó:								
Sí	151	54	129	46	7,5	1,5	38,5	0,0151
No	6	5	114	95				
El médico le explicó qué tiene:								
Sí y entendió muy bien	113	54	97	46	5,2	1,8	15,0	0,0025
No le explicó	12	20	47	80				
El médico preguntó por relaciones familiares:								
Sí	75	79	20	21	5,8	2,1	16,1	0,0008
No	82	27	221	73				
El médico ya lo había atendido antes:								
Sí	101	62	61	38	3,5	1,4	8,6	0,0081
No	57	24	185	76				

* MD. Especialista Med. Familiar Integral, MSP. Director Departamento de Medicina Comunitaria FUJNC- juan.gonzalez@juanncorpas.edu.co



“Dejarlo hablar” y “Ser examinado” son las dos más poderosas variables de las cinco significativas de un total de 12 indagadas. Estas variables, en nuestro trabajo, incluso son más poderosas que aquellas dirigidas a la enfermedad, tal como que *“el médico lo cure”*. Pareciese que el consuelo es al menos tan valioso como la percepción de curación, la que, por cierto, es más bien la excepción de la norma de tantas atenciones (3). De hecho, en este mismo trabajo, pudimos constatar que prescribir medicamentos o paraclínicos al paciente no produce diferencia en cuanto a la calidad de la atención médica a los ojos del paciente. Eso, contrario al comentario de tantos médicos, que afirman que

si no prescriben lo uno y lo otro, los pacientes se quejan... ¡No es cierto! al menos no en esta investigación y en muchas otras (4, 5). Tal afirmación más bien refleja un equivoco de algunos médicos, como es el creer que la atención está basada en la fórmula mágica. Más pareciese que ese pensar haya sido el éxito de la industria farmacéutica, que aún no ha descubierto cómo fabricar la *“cápsula del consuelo”*, al interior del mundo médico. La intención de la investigación era dejarles ese mensaje a nuestros estudiantes; que de primera fuente supieran qué quieren los pacientes de un médico, creyendo que ello los podrá estimular a ser mejores profesionales.



<https://goo.gl/89VecG>

El asunto es que un modelo de atención médica enfatizando tales variables parece no ser la pauta del actual modelo de salud. Son muchas las reclamaciones que se hacen de la formación de los médicos, en particular al graduarse de las facultades (6), siendo la más importante la incapacidad para resolver los problemas, lo que, a la larga, no significa otra cosa que la incapacidad de los médicos en *“llevarle”* al paciente. ¿Será un error en las facultades? ¿Será un error del sistema de salud? A lo mejor de ambas, pues en docencia, las facultades y el sistema están íntimamente unidos, al menos en Medicina. Prueba de ello es que la preparación de los estudiantes se hace en escenarios hospitalarios (la mayoría), los que, por cierto, están

viviendo una profunda crisis que sin duda se transmite de lleno a la docencia (7). ¿Cuántos hospitales se han visto obligados a disminuir su planta médica (entre ellos, muchos docentes) por imposibilidad de pagar sus honorarios como resultado de que el sistema no les paga?

¿Cómo formar los mejores médicos? Hoy se ha estudiado esta cuestión (8) y, desde el punto de vista de la pericia, el contacto con los pacientes de seguro es la pauta. ¿Cómo ha de ser tal contacto? Puede ser en torno a la enfermedad o en torno al ser humano, de seguro mezclado. El contacto basado en la enfermedad, cree que diagnosticar y prescribir son la única clave y la razón de su oficio. Respetuosamente, creería que esa es la forma como hoy se enseña en la formación de especialistas. El contacto basado en la persona, debería creer que existe todo un mar de intervenciones más allá de una prescripción, en donde el escuchar y el examinar forman parte del ritual del consuelo que, en últimas, es la esencia de la Medicina. Se basa en el compromiso entre el paciente y *su* médico. Así se deben formar los médicos que van a ejercer la APS (9) y los médicos familiares. Pero, para eso, para formar así a los estudiantes, se necesita del ejemplo. Se necesita que los docentes que acompañan o tutorizan a los estudiantes de pregrado o de posgrado, hagan de su labor docente un ejemplo maravilloso donde escuchar, examinar al paciente, indagar por su familia, saber cómo han sido sus circunstancias de vida (10) son claves para el acompañamiento en el proceso de salud y enfermedad de nuestros pacientes.



<https://goo.gl/QDAwth>

¿Cómo estamos formando a nuestros estudiantes de pregrado y posgrado en el principal escenario, nuestra clínica? Esa pregunta debemos hacérsola de forma constante y examinar su respuesta periódicamente. Hoy nuestra clínica, como tantas otras, está atravesando por una profunda crisis al interior del sistema de salud, producto del no pago por las atenciones, que se ha traducido en restricciones del pago que incluso han alcanzado a la docencia. Sin embargo, a pesar de ello, allí están nuestros estudiantes de pregrado y de posgrado; por ende, hemos de descubrir la forma de enfrentar esas adversidades y poner allí a los mejores docentes tutores para que enseñen cómo, a pesar de todo, podemos consolidar el sueño por el cual se fundó la Corpas: formar el médico que Colombia necesita.

Apreniendo de la historia



Hace poco más de 30 años, el programa que recién implementaba el doctor Piñeros se enfrentó a una crisis particular que determinó la pobre presencia de docentes dispuestos a formarnos. Por ello los residentes se organizaron. Los mayores asumieron el papel de construir y diseñar programas docentes asistenciales que fueron aceptados por los que venían en niveles más bajos. Estos, a su vez, asumieron a los internos y los estudiantes, asegurando de esa manera el proceso docente asistencial.

El resultado fue ir construyendo un programa académico que se ha logrado sostener a lo largo del tiempo y que, en su momento, mostró cómo la clínica podía funcionar con la atención de médicos familiares. Tal vez, dado el momento actual, asumir tal reto puede ser una respuesta para enfrentar la actual crisis, ¿será? Quién sabe, lo importante es empezar a reconocer los problemas y crear espacios para escucharnos, ¿no les parece?

Referencias

- (1) "Ni me ha mirado". ¿Por qué no tocamos a los pacientes? Disponible en: <https://mireinoporuncaballo.com/2017/03/me-ha-mirado-no-tocamos-los-pacientes.html>
- (2) González JC, Restrepo GL, Hernández AD, Ternera DC, Galvis CA, Pinzón JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención en Bogotá. Rev. salud pública [Internet]. 2014 Dic [citado 2017 Sep 26]; 16(6): 871-884. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000600006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v16n6.38192>.
- (3) Thygeson M, Morrissey L, Ulstad V. Liderazgo adaptativo y la práctica de la Medicina: un enfoque basado en la complejidad para reformular la relación médico-paciente. J Eval Clin Pract. 2010 Oct; 16(5): 1009-15. doi: 10.1111 / j.1365-2753.2010.01533.x.
- (4) Ruiz R, Pérez E, Pérula LA, De la Torre J. Physician-patient communication: a study on the observed behaviors of specialty physicians and the ways their patients perceive them. Patient Educ Couns. 2006; 64(1-3):242-8.
- (5) Gutiérrez L. El trato humano, ¿incrementa el costo en la calidad de la atención? Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2007; 15(3): 121-23.
- (6) Minsalud. Mineducación [Internet]. Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Disponible en: <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/2017/MARZO/Documento%20Final%20Comision.pdf>
- (7) YouTube. Los hospitales deberían ser mejor preservados por la institucionalidad estatal. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=KMQtUPWNIQ&t=1s>
- (8) Wong BM, Levinson W, Shojania KG. Mejora de la calidad de la educación médica: estado actual y orientaciones futuras. Med Educ. 2012 Enero; 46 (1): 107-19. doi: 10.1111 / j.1365-2923.2011.04154.x.
- (9) Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2)
- (10) Stewart M. Towards a global definition of patient centered care. BMJ. 2001; 322(7284): 444-445.

