

LAS NUEVAS COMPETENCIAS DEL MÉDICO FAMILIAR: COORDINANDO LOS CUIDADOS EN EL HOSPITAL Y ATENDIENDO A LOS PACIENTES CRÓNICOS EN SU DOMICILIO. UNA EXPERIENCIA BRASILEÑA

New Family Physician's Competencies for Hospital: Care Coordination and Home Care for Chronic Patients. A Brazilian Experience

Roncoletta AFT,* Levites MR, ** Mônico CF, *** González-Blasco P.****

*** Médico de familia. Directora de Programas de Graduación de SOBRAMFA. ** Médico de familia. Director de Publicaciones y del Programa de Residencia de SOBRAMFA. *** Médico Residente de tercer año del Programa Fitness de Residencia Médica de SOBRAMFA. Doctor en Medicina. Director Científico de SOBRAMFA.*

Correspondencia.

Correo electrónico: pablogb@sobramfa.com.br

Recibido: 10-09-08

Aceptado: 19-12-08

RESUMEN

Los progresos técnicos de la medicina nos han situado en un universo de amplias posibilidades pero también de mayor complejidad. El médico de familia es hoy convocado como elemento fundamental para Coordinar los Cuidados de Pacientes Hospitalizados y los Programas de Gestión de Pacientes Crónicos en Domicilio. El presente artículo versa sobre las características de este médico. Se recogen las experiencias de la Sociedade Brasileira de Medicina de Familia (SOBRAMFA), en la formación de estos médicos en los escenarios de práctica asistencial. Habilidades en la comunicación, cuidados continuados, capacidad de adaptación, y saber tomar decisiones son virtudes que el médico de familia debe adquirir si desea actuar con eficacia en el ambiente hospitalario. Los atendimientos domiciliarios que son cada vez más solicitados, requieren también del médico familiar una postura profesional adecuada

que incorpore los principios científicos de la medicina de familia, lo que le permite integrar y facilitar la coordinación de los cuidados del equipo de profesionales sanitarios. Una gestión moderna debe contemplar una estructura logística y sistemática de atendimento. Las nuevas competencias del médico de familia abren un panorama de beneficios para el paciente, para la familia, y también para el hospital y las empresas de seguros de salud por el atendimento humanizado, utilización racional de los recursos, liderazgo de coordinación y disminución de costos.

Palabras Clave: Cuidados paliativos, Consulta externa, Servicios de salud a pacientes externos .

ABSTRACT

Technical progress in Medicine provides broad possibilities for practicing, although this is accompanied by complexity. The Family Physician at present possesses a new and important role in coordinating care for in-patients and managing home visits with a health team. This paper features the Family Physician profile for assuming this new role. The Sociedade Brasileira de Medicina de Fa-

milia (The Brazilian Society of Family Medicine, SOBRAMFA) experiences in training these physicians in their practice settings are described. The physicians require communication skills, to provide continuity of care, to adapt themselves in a practical way to each situation, and they need to make decisions wisely. All of these are virtues that are required for being efficient in the hospital milieu. Home visits are increasing as well, and Family Physicians are necessary for managing health teams and coordinating care at patients' homes. For this, the physicians need to incorporate the core values of Family Medicine. Logistics and systematic schedules for delivering care are needed for the new model of home visits. The new role of the Family Physicians brings satisfaction for patients and families and achieves results for hospitals and insurance companies, because the model affords the holistic approach for practicing Medicine, along with humanity, leadership in coordinating teams, and maintaining low costs.

Key Words: Palliative care, Ambulatory care, Outpatients Health Services.

INTRODUCCIÓN

¿Quién cuida al paciente cuando está hospitalizado? Esta pregunta, aparentemente sencilla, entraña una enorme complejidad. No quién le trata, o quién colabora en su tratamiento — que suele ser relativamente obvio- sino *¿Quién le cuida?* Porque se trata de saber quién es el responsable del enfermo, quién se comunica con la familia, quién decide en los momentos clave —difíciles o no- qué es lo que hay que hacer con el enfermo. En el fondo, la pregunta se podría dirigir al paciente de modo directo: Dígame, *¿Quién es su médico?*

Si al paciente puede costarle trabajo responder esta pregunta de modo objetivo cuando está hospitalizado, la situación no suele ser mejor en los servicios de *ambulatorio**. Dependiendo de las afecciones que cada uno

padece, suele tener un médico que se ocupa del problema. Si las afecciones aumentan—lo que suele ser común con la edad- los médicos se multiplican¹. Y llega un momento donde el enfermo, que es capaz de indicar quién es el doctor que se ocupa de su tensión arterial, de su corazón, de su artrosis, de su diabetes, de su depresión y de sus varices, no sabe exactamente *¿Quién es su médico?* No lo sabe porque probablemente no lo tiene. Consulta varios especialistas —uno para cada órgano afectado- pero no tiene un médico de referencia.

¿Y en el domicilio? Quizá en este caso la situación podría cambiar. Al final, quien se desplaza hasta la casa del enfermo para atenderlo, debe ser porque tiene consciencia de ser responsable del paciente. Aun así, las cosas no son tan sencillas como podrían parecer. Cada vez es más numeroso el grupo de profesionales de la salud que no son médicos y visitan al enfermo en su domicilio. *Enfermeras, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Foniatras, Trabajadores Sociales* están cada vez más presentes en los programas de asistencia domiciliar, de iniciativa pública o privada^{2,3}. Naturalmente este equipo profesional no otorga la atención que presta el médico, pero de algún modo estos profesionales deben ser integrados a los cuidados domiciliarios.

*Se refiere en el caso de México a la Consulta Externa de los Servicios de Unidades, Clínicas de Medicina Familiar o Centros de Salud.

La cuestión aquí cambia un poco y genera otra pregunta sencilla: *¿Y qué médico vamos a colocar como elemento integrante de estos equipos de sanidad?* *¿Un consultor que conoce la patología que el enfermo padece?* *¿Y cuando el paciente sufre de varias afecciones -las comorbilidades que cada vez más frecuentes- quién lleva la voz cantante?* *¿Necesitaremos de un gerente de recursos más que de un médico, y dejaremos los cuidados a cargo de otros profesionales?* La respuesta,

Antecedentes del tema de investigación

Los programas de asistencia domiciliar de iniciativa pública obedecen a políticas de salud concretas. Se orientan principalmente por criterios epidemiológicos -atender lo que es prevalente y relevante en la salud de las poblaciones- y es justo que así sea. No obstante, esta orientación de salud pública no es suficiente para formar un médico que tenga excelencia en el manejo clínico de los pacientes, que tenga actualizados sus conocimientos, que posea liderazgo para coordinar un equipo de múltiples profesionales y finalmente poseer habilidades de gestión con capacidad de tomar decisiones.

La mayoría de los problemas que surgen durante el tratamiento hospitalario son consecuencia de una comunicación deficiente. Los diversos médicos que colaboran en la atención del enfermo, difícilmente se reúnen para trazar un plan terapéutico donde se contemplen desde perspectivas realistas de mejoría o cura hasta el plan de alta y acompañamiento posterior del paciente, generalmente en el domicilio de su familia.

como se ve, no es sencilla. Y no lo es, porque lo que falta es este profesional que idealizamos como un médico centralizador de cuidados, que sea capaz de coordinar el equipo de salud, cuidar del enfermo, relacionarse con la familia, tomar decisiones^{4,6}. En otras épocas se le llamaba “médico de cabecera”, alguien que se consultaba para todo, que estaba -como el libro de cabecera- *siempre a la mano*. Quizá haya cambiado hoy el perfil de este médico; pero no ha disminuido su necesidad. Probablemente, como veremos, ha aumentado sensiblemente.

Los programas de asistencia domiciliar de iniciativa pública obedecen a políticas de salud concretas⁷. Se orientan principalmente por criterios epidemiológicos -atender lo que es prevalente y relevante en la salud de las poblaciones- y es justo que así sea. No obstante, esta orientación de salud pública no es suficiente para formar un médico que tenga excelencia en el manejo clínico de los pacientes, que tenga actualizados sus conocimientos, que posea liderazgo para coordinar un equipo de múltiples profesionales y finalmente poseer habilidades de gestión con capacidad de tomar decisiones⁸.

Después de este periplo por los diversos escenarios, y de formular preguntas a las que no sabemos responder, volvemos a la cuestión clave. *¿Dónde encontrar este médico que cuida de personas?* Porque cuidar de personas va mucho más lejos que tratar enfermedades, y los pacientes lo notan. Este médico que cuida ¿Es el mismo que puede actuar en el hospital, en los servicios ambulatorios, y en los cuidados en domicilio? ¿Es posible formar un médico así, o es un carisma con el que se nace?⁹ Si esta capacidad de cuidar y de responsabilizarse por el paciente es más un potencial que se puede desarrollar que algo con lo que se nace, ¿Cómo es posible promoverlo? Porque, en medio de tanta pregunta que reclama respuesta, va quedando claro que este médico del que hablamos no es el “médico generalista sin más”, el que no se es-

pecializó en nada, bien porque no tuvo oportunidad, bien porque optó por acomodarse a un saber que le exigía menos esfuerzo. Necesitamos un médico dispuesto a enfrentarse con la complejidad que el desarrollo técnico y el progreso científico perfilan, para poder realizar los cuidados del enfermo^{10,11}. Necesitamos un médico que reúna el sentido práctico con la sabiduría para distinguir las prioridades -donde lo importante no es camuflado por lo urgente, o por la novedad reciente- y proporcionar al paciente la mejor solución que la medicina actual le ofrece. Necesitamos, en una palabra, un verdadero especialista en personas¹².

El presente artículo versa sobre las características de este médico. Se recogen las experiencias de la SOBRAMFA-Sociedad Brasileira de Medicina de Familia, en la formación de estos médicos en los escenarios de práctica asistencial, con énfasis en la Coordinación de Cuidados en el Hospital, y en la Gestión Domiciliar. Son experiencias mezcladas con historias de vida, modesto resumen de un esfuerzo educativo de más de 15 años, cuyos resultados empiezan a dejarse notar y contribuyen para mejorar los cuidados de salud de la población brasileña^{13,14}. Sirva como confirmación de lo hasta aquí relatado, la respuesta que se da a los pacientes que participan de nuestros programas asistenciales cuando, con satisfacción y cierta candidez, nos preguntan: *¿Doctor, y cuál es su especialidad? “Somos especialistas en personas”*- respondemos. La sonrisa, de ambas partes, confirma que estamos entendiéndonos.

EL MÉDICO DE FAMILIA EN EL HOSPITAL

Una vez situada la cuestión es fácil imaginar cual sea el papel del médico de familia en el hospital. Diciéndolo de la manera más sencilla posible, podemos afirmar que es el médico del enfermo, el que le cuida y se responsabiliza por todos los cuidados necesarios. Evidentemente, esto no significa

que este médico sea capaz de hacerlo todo -exámenes complementarios, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, tratamientos específicos de afecciones determinadas- pero ciertamente estará al tanto de todo, y será quien coordine las intervenciones que sean necesarias. Las metáforas explicativas -que se imponen por su claridad- acuden en ayuda de este perfil que estamos trazando. Algunos lo comparan al maestro director de la orquesta, otros al jugador de fútbol que “distribuye juego” desde su posición de centrocampista. Puede no ser muy académico echar mano de estos ejemplos, pero hay que admitir que aclaran el concepto. Y además solucionan las dudas que se colocan por parte de quien no conoce -porque quizá nunca lo ha visto funcionar- este modelo de gestión de cuidados. “¿No habrá susceptibilidades por parte de otros especialistas que pueden sentirse innecesariamente fiscalizados en sus funciones, o incluso sospechar que se les pueden “quitar pacientes”? La verdad es que cuando la función de médico familiar es bien realizada, esta situación no ocurre. No hay como sentirse incomodado por un buen director de orquesta, que deja a cargo de cada uno de los músicos -incluso de los solistas famosos- todo el virtuosismo que les cabe. Ni tampoco se puede reclamar -por insistir en las metáforas populares- de quien distribuye el juego eficazmente, dejando las finalizaciones por cuenta del arte de cada atleta. Cuando surgen incompatibilidades y roces profesionales, la culpa no es de los especialistas, sino de quien ocupa la función de coordinador que carece de la competencia necesaria. Cabe, pues, repasar cuales sean estas características que construyen la competencia del médico de familia en el ambiente hospitalario, como coordinador de cuidados.

Habilidades en la Comunicación. Esta es, sin duda, la característica más importante. La mayoría de los problemas que surgen durante una internación hospitalaria son consecuencia de una comunicación deficiente. Los diversos médicos que colaboran en

el tratamiento del enfermo, difícilmente se reúnen para trazar un plan terapéutico donde se contemplen desde las perspectivas realistas de mejoría o cura hasta el plan de alta y acompañamiento posterior del paciente. Igualmente, el contacto con la familia, también se resiente de la falta de comunicación. En el mejor de los casos, se dan informaciones -cada médico las relativas a su campo de actuación- pero no se integran, y poco se escucha a la familia que está enfrentando algo diferente para lo que no siempre se siente preparada. Y esto, cuando no se deja el contacto con la familia a cargo de otros profesionales -enfermeras, trabajadores sociales e incluso gerentes de seguros de salud-, como si dedicar tiempo a la familia, escucharla y explicar los detalles, no fuera parte esencial *del bien hacer medicina*. Y la familia, que no entiende de técnicas pero sí de humanidad, consigue ver la diferencia de cuidados cuando el médico de familia, un especialista en comunicarse con personas, entra en acción. “*Nos sentimos amparados con ustedes. Los médicos no se hablan entre ellos, ni nos explican las cosas. Ustedes son diferentes... Sobre todo porque en su equipo ustedes sonríen*”

Continuidad en los Cuidados. Por ser el médico de familia un especialista en personas, una de sus principales habilidades consiste en acompañar esas personas a lo largo de su vida. Cuando tienen salud, y en ese momento sabe ejercer la prevención; y cuando enferman, con cualquier enfermedad, y entonces proporciona los cuidados necesarios. Estos cuidados -como en el caso de los pacientes hospitalizados- pueden ser específicos y requerir la colaboración de otros médicos especialistas, que el médico familiar convoca oportunamente. Una vez resuelto el problema -o aminorado, si no tiene solución- el especialista acaba su función, y el médico de familia continua cuidando del enfermo. Incorporar esta actitud -sencilla de enunciar, y de una lógica aplastante- requiere una formación adecuada para preparar al médico familiar¹⁵.

Por ser el médico de familia un especialista en personas, una de sus principales habilidades consiste en acompañar esas personas a lo largo de su vida. Cuando tienen salud, y en ese momento sabe ejercer la prevención; y cuando enferman, con cualquier enfermedad, y entonces proporciona los cuidados necesarios.

Aportaciones de esta investigación

El liderazgo del médico de familia debe funcionar como elemento que haga converger la buena voluntad de todos y el empeño profesional en beneficio del paciente. Las visitas domiciliarias implican para el médico mucho más que la sencilla disposición de ir hasta la casa del enfermo para atenderlo; exigen que esté dispuesto a integrar un equipo y facilitar la coordinación de los cuidados sanitarios.

Tiene que habituarse, el médico de familia, a centrar su atención sobre la persona -sobre el paciente, cuando la persona enferma- y no sobre los órganos, sistemas o enfermedades. Es una cuestión sencilla, pero que requiere aprender *a enfocar el objetivo correctamente*. Cuando se adquiere, la comunicación con la familia y el paciente mejoran porque el médico familiar consigue traducir el argot técnico en idioma que el paciente entiende. La información de lo que está ocurriendo -pensemos con el paciente: *de lo que ocurre conmigo, que estoy enfermo y no sé lo que tengo*- es un paso importantísimo que colabora en la eficacia del tratamiento.

El foco centrado en la persona permite actitudes que son exclusivas del médico familiar. Así, por ejemplo, acompañar al enfermo con dedicación aunque no se tenga todavía un diagnóstico preciso de su molestia. Esto sería impensable en cualquier otro especialista, ya que sus servicios se solicitan dependiendo del diagnóstico que afecta al enfermo, diagnóstico fisiopatológico que coloca al paciente dentro del espectro de acción específico de ese especialista concreto. En otras palabras: si para convocar un especialista se necesita un diagnóstico, por lo menos sindrómico, éste no es necesario para convocar al médico familiar. Y no es necesario porque el médico de familia ya está presente, sin necesidad de invocar cualquier enfermedad para llamarlo. Le basta la realidad de la persona, enferma, paciente, hospitalizada, para justificar su presencia.

Una buena comunicación y estar centrado en la persona que está enferma -no en la enfermedad que afecta a la persona- hacen del médico de familia un profesional con enorme **capacidad de adaptación**. Los profesores de medicina de familia americanos¹⁶ lo han llegado a definir como *adaptive creature*, un ser que se adapta. Y no es poco el alcance de esa expresión y el compromiso que implica. Hay que pensar que las personas son como son, y cuando enferman, también son únicas, peculiares. Los pacientes no son como nos

gustaría que fuesen -con la mejor intención de nuestra parte para ayudarles- sino como, mejor o peor, consiguen enfrentar la enfermedad que les aqueja. Pretender que los pacientes se adapten a los esquemas teóricos de los manuales clínicos es una utopía. Y ya que el paciente no se adapta, quien tiene que hacerlo -adaptándose a cada uno- es el médico.

La capacidad de adaptación no es sólo algo relativo a la postura antropológica del médico, sino que tiene implicaciones de carácter práctico. Así, por ejemplo, cuando el enfermo debe ser transferido por su gravedad para la UCI (Unidad de Cuidados Intensivos), el médico familiar continua viendo al enfermo -que en este momento está bajo los cuidados específicos del equipo de intensivistas- discutiendo su caso, colaborando con los colegas mediante el conocimiento que tiene del enfermo, y facilitando a la familia las informaciones y perspectivas de la marcha del tratamiento. El médico familiar se encarga de llevar al paciente a la UCI cuando sea necesario, y lo hace personalmente, explicando los motivos de la transferencia, y lo que espera de esa decisión terapéutica. Esto facilita mucho el trabajo de los médicos intensivistas que encuentran en el médico familiar un interlocutor que quiere ser responsable por el paciente. Una vez en condiciones de alta de la UCI, será también el médico familiar quien facilite la transferencia del paciente de nuevo para la enfermería, donde continuarán los cuidados.

Las características apuntadas anteriormente confluyen para construir la acción específica -y sin duda la más visible- del médico familiar en el ambiente hospitalario: **saber tomar decisiones** con prudencia y responsabilidad. La ponderación necesaria en el uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, utilizando la técnica disponible con sensatez y adaptada a cada caso, queda especialmente patente en los casos de pacientes que se encuentran en **Cuidados Paliativos**¹⁷. En estos casos, el médico de familia sabe cambiar la orientación

de los cuidados proporcionados atendiendo a la calidad de vida, sin conformarse con una lucha -inútil y muchas veces dolorosa- por una sobrevivida sin calidad. Aunque sea un consenso en cuanto a que no se deben practicar acciones heroicas sin objetivo -utilización de respiradores o de antibióticos en casos de pronóstico reservado- muchas veces no se sigue esta norma de sentido común porque falta quien se responsabilice por ellas. Cabe al médico familiar tomar

estas decisiones y asumirlas bajo su responsabilidad. La Figura I ofrece un ejemplo de prescripción para un paciente en cuidados paliativos, elaborada con el “estilo de un médico familiar”.

Igualmente, lo que podríamos denominar **gestión del alta** -entendiendo aquí los múltiples factores clínicos, la preparación psicológica y técnica de la familia, cuestiones de índole social- es un arte que también

FIGURA I
Ejemplo de Prescripción Médica para Paciente en Cuidados Paliativos ingresado en el Hospital **

Prescripción	Horarios	Indicaciones
1. Dieta blanda	De rutina	Ofrecer siempre que esté alerta, con paciencia, en la medida que el paciente lo acepta. No hay problema si la paciente no quiere alimentarse ni tomar medicación por boca. Estimular a la familia para que traiga alimentos de su gusto.
2. Dimorf (Morfina) 10 mg.VO	Si fuera necesario	Dar un comprimido cada 30 minutos hasta mejorar los síntomas.
3. Ritalina 10 mg.	_ comp. al día.	
4. Dormonid (Flunitrazepam)15 mg.	1 amp. EV	Infundir lentamente si está agitada o agónica.
5. Furosemida 40mg.	2 comp. 12/12 horas	
6. Espironolactona 25 mg	1 comp. al día	
7. Tetraiodotironina 100 mcg	1 _ comp. al día	
8. Lactulona solución oral	10 ml 2 veces al día	
9. Dimeticona gotas	40 gotas cada 6 horas	
10. Buscapina compuesta	40 gotas cada 6 horas	
11. Codeína gotas	10 gotas si necesario	
12. Inhalación con Oxígeno + Suero Fisiológico + Atrovent	4 veces al día	No realizar entre 22 y 6 horas para respetar el sueño del paciente y familiares.
13. Aciclovir crema	Aplicar 2 veces al día	
14. Cuidados especiales para el equipo de enfermería	Medir la Presión Arterial una vez al día	Paciente en cuidados paliativos. La familia tiene conocimiento. El objetivo de la internación es ofrecer conforto al paciente y soporte emocional para la familia. Responder positivamente a las solicitudes de la familia. Cualquier duda entrar en contacto con nuestro teléfono (xyz) 24 horas.
15. Fisioterapia respiratoria y motora.		Mantener de noche, suspender de día y sólo conectarlo si hay disnea. No es necesario conferir la saturación de oxígeno pues no habrá otras medidas a tomar. En caso de disnea no controlada por catéter no colocar en ventilación mecánica. Accionar los números 2 y 4 de la prescripción. Oxigenoterapia- mantener el catéter con 1 litro/minuto durante la noche. Durante el día- observar y colocar el catéter si presenta disnea o esfuerzo respiratorio. Fisioterapia respiratoria- 1 vez al día, transmitir que está siendo cuidada sin molestias desnecesarias. Observación: No es necesario conferir la saturación de oxígeno pues no habrá otras medidas a tomar. En caso de disnea no controlada por catéter no colocar en ventilación mecánica. Accionar los números 2 y 4 de la prescripción.

** Este ejemplo es real. Corresponde a una paciente, HMV, de 84 años, ingresada en el Hospital 9 de Julio, en São Paulo. Fecha de la prescripción: 25 de Marzo de 2008. La paciente falleció algunos días después.

En la actualidad al médico familiar se le ha convocado a coordinar los cuidados hospitalarios y la atención domiciliaria. Un nuevo compromiso que las acciones de salud pública, y los programas de seguros de sanidad demandan con urgencia; un compromiso en el cual todos -poder público, iniciativa privada e instituciones formadores- debemos colaborar sin ahorrar esfuerzos.

está contemplado en el espectro del médico familiar como especialista en tomar decisiones. Dar de alta a un paciente, técnicamente, es un proceso casi burocrático sin mayores dificultades. Lo que requiere talento es hacerlo de modo confortable, explicando al paciente y a la familia como serán los cuidados posteriores en el domicilio, y hacerles entender que estarán acompañados. Una vertiente práctica de esta gestión es saber explicar a la familia el por qué de las medidas hospitalarias y hasta qué punto son realmente necesarias. Si, por ejemplo, la familia observa que la enfermera apura la glucemia capilar varias veces por día no se conformará cuando se le diga que en casa no es necesario hacerlo, pues se sentirá omitiéndose en los cuidados. Mejor sería que el médico gestionase una saludable suspensión de procedimientos innecesarios para facilitar el alta del paciente. Medir la glucemia varias veces por día no es procedimiento que agregue beneficios al paciente, salvo en caso de uso intensivo de insulina para tratar una descompensación diabética. Por tanto, es mejor suspenderla en el hospital, y hacer que la vida en el hospital -cuando se aproxima el momento del alta- se parezca lo más posible a la vida que llevará en el domicilio. Un comentario de un médico de nuestro equipo ilustra lo referido. *“Vamos ayudarles a llevar a su padre a casa. Le alimentaremos por esta sonda durante algún tiempo. Ustedes se acostumbrarán a manejarla aquí en el hospital durante unos días. Y con la sonda de la vejiga igual. Es sencillo, y estaremos siempre disponibles para cualquier duda que tengan”.*

Comunicación, cuidados continuados, capacidad de adaptación, y saber tomar decisiones son virtudes que el médico de familia debe adquirir si desea actuar con eficacia en el ambiente hospitalario. Esto trae beneficios para el paciente, para la familia, y también para el hospital y las empresas de seguros de salud que contratan a los profesionales con estas características. En nuestra experiencia, los directores técnicos de los hospitales están en busca de estos resultados, situación que

crea oportunidades de negocios para el médico familiar¹⁸⁻¹⁹.

Resultados esperados de una actuación competente del médico de familia coordinando los cuidados de los pacientes hospitalizados en los siguientes puntos:

1. Disminuir el tiempo de internación, gracias a la agilidad diagnóstica y al plano terapéutico coordinado entre los diversos especialistas, así como la gestión de alta.
2. Facilitar la presencia de la familia durante la mayor parte de tiempo posible, agregándola en los cuidados, visando la continuidad posterior en domicilio.
3. Facilitar la comunicación de los equipos médicos y de profesionales de salud.
4. Optimizar la utilización diagnóstica, terapéutica y de recursos especiales como la UCI.
5. Prevenir internaciones reiteradas de los pacientes a través de la continuidad de los cuidados.
6. Satisfacción del paciente y familia que viven, de modo práctico, una versión más humanizada de la medicina asistencial.
7. Disminuir los costos de internación hospitalaria y de los programas asistenciales como un todo.

La Gestión de Pacientes Crónicos en el Domicilio.

Hace 50 años las visitas domiciliarias eran parte de la rutina diaria de muchos médicos. La disminución del atendimento domiciliar obedece a muchos factores, y no es este el lugar para analizarlos detenidamente. Las distancias y la escasez de tiempo no convidan a que el médico se desplace a casa del paciente para atenderlo. A pesar de la técnica

—‘ese esfuerzo por ahorrar esfuerzos’, como la definía Ortega- parece que el tiempo no nos cunde. Quizá el asunto sea de prioridades, y tengamos que descubrir qué hacer con esos esfuerzos ahorrados. Por otro lado, los pacientes se desplazan hasta los servicios del ambulatorio con mayor facilidad también porque estos servicios han crecido considerablemente; las inmunizaciones y antibióticos reducen la incidencia y duración de las infecciones y, queramos o no, todo el progreso técnico —diagnóstico y terapéutico- acaba acumulándose en el ambiente del hospital.

El aumento de la expectativa de vida que se acompaña de molestias múltiples de la senilidad, la dificultad que estos pacientes limitados tienen de desplazarse, la apología de la calidad de vida que asume un protagonismo importante en las enfermedades degenerativas y oncológicas -añadir calidad y vida a los años, y no sólo años a la vida- son todos factores que vienen a aumentar la demanda de las visitas médicas domiciliarias en los úl-

timos tiempos. A estos factores se añaden los altos costos de la medicina hospitalaria que obligan a los gestores a buscar salidas alternativas. La internación prolongada de pacientes crónicos que están encamados y con secuelas, desplazar pacientes hasta el hospital con ambulancias para ajustar dosis de analgesia o cambiar sondas, son una realidad de observación diaria. Sin olvidar la cantidad cada vez mayor de pacientes en cuidados paliativos que por falta de un médico coordinador o de soporte de cuidados domiciliarios son equivocadamente ingresados en la UCI cuando desearían pasar sus últimos días en sus casas. Estas situaciones representan un verdadero problema de gestión y evidencian la necesidad de formar un profesional que sea capaz de realizarla¹⁹. La Figura II relaciona situaciones comunes de nuestra experiencia donde instalamos el programa de Gestión de Pacientes Crónicos en el Domicilio.

McWhinney, uno de los patriarcas de la medicina de familia, comenta en su libro prin-

FIGURA II Pacientes incluidos en el Programa de Gestión de Pacientes Crónicos en Domicilio (GPC)	
Enfermedades Crónicas con inestabilidad o agudización.	<ul style="list-style-type: none"> • ICC descompensada. • Alzheimer con crisis de agitación psicomotora • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica • Asma • Crisis psicóticas en pacientes crónicos.
Episodios Agudos	<ul style="list-style-type: none"> • Gripes • Neumonías • Pacientes inmovilizados por dolor agudo • Episodios de ansiedad aguda.
Pacientes con alta reciente del hospital y necesitan medicación intravenosa.	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de infecciones, finalizar tratamiento de antibiótico terapia. • Utilización de heparina de bajo peso molecular.
Pacientes dependientes de oxigenoterapia.	<ul style="list-style-type: none"> • Pulmonares crónicos, enfermedades degenerativas
Pacientes en rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> • Con secuelas de Accidente Vascular Cerebral • Fracturas e inmovilizaciones.
Pacientes en cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades Oncológicas y Degenerativas. • Senilidad extrema
Niños	<ul style="list-style-type: none"> • Con neuropatías y enfermedades pulmonares. Síndromes genéticas acompañados por múltiples especialistas.
Opción determinada por la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Senilidad extrema • Pacientes inmovilizados.

cipal²⁰ que nunca se ha llegado a demostrar con evidencias científicas que la calidad de la atención hospitalaria fuese mejor que en el domicilio. Aun así, es evidente que no se puede propugnar una vuelta a la atención domiciliaria sin aclarar que esto debe realizarse con un modelo moderno de gestión, obedeciendo a un sistema estructurado de atención, que incluya el trabajo en equipo, la actualización científica, la conquista de resultados satisfactorios -para el paciente, la familia y para los médicos y el sistema de salud. Invocar, sin más, una vuelta a los orígenes representaría una imagen anacrónica, y no estaría libre de sospecha de realizar una práctica médica de segunda línea. Hay, pues, que ofrecer recursos y formación adecuada para que los médicos retomen esta práctica clásica, y para que los pacientes entiendan que se les ofrece una atención de calidad²¹. Recuperar la práctica consagrada de la visita médica domiciliaria, diseñándola en versión moderna y actual requiere, en primer lugar, estar atentos a la **formación del médico**. Y la formación empieza por incorporar la **postura profesional adecuada**.

Gregorio Marañón, médico y humanista de enorme envergadura, compara el prefacio de un libro a la estera -felpudo se llama en castellano clásico- que se coloca en la puerta para limpiar el calzado antes de entrar en casa. Y advierte que no es sólo un recurso higiénico sino una oportunidad de practicar un verdadero ritual que, además de limpiar la suela de los zapatos, dispone convenientemente el espíritu de quien va a entrar en el hogar ajeno. Marañón no separa -no quiere separar- su misión de médico de su tarea humanista de escritor y pensador. Y por eso recomienda el mismo ritual de preparación siempre que el médico se aproxima a un paciente para atenderlo. Es, pues, necesario limpiar el ánimo de distracciones para dedicarse a la misión que nos está encomendada. Vale la pena leer directamente sus palabras: "Como médico tuve que pisar por primera vez en centenas de hogares desconocidos y nunca, puedo afirmarlo

con certeza, llamé a una puerta sin emoción. Cada casa es un mundo, diferente del mundo exterior; y en cualquier parte puede nuestra alma encontrar una faceta nueva para su vida y, tal vez, para su destino. Siempre pensé esto mientras deslizaba mis pies con unción, tuvieran o no barro, en la estera del umbral que nos prepara para la intimidad²².

La postura del médico es esculpida mediante la incorporación de los valores centrales de la Medicina de Familia²³. Competencia técnica, abordaje humanista y completo, creatividad e iniciativa, gestión de los recursos disponibles para solucionar los problemas, integración del trabajo en equipo. Ese es el universo de valores donde el médico tiene que ser formado si se pretende que actúe con eficacia y con poder de resolución²⁴.

Vale decir que las visitas médicas tienen un carácter más terapéutico que diagnóstico. Algunos sectores -principalmente los que proceden de programas de salud pública- abogan por visitas diagnósticas no sólo de la enfermedad sino del ambiente en que el enfermo está situado. Verificar las condiciones de higiene del domicilio, de los recursos sanitarios, y si se cumplen las recomendaciones epidemiológicas y otros aspectos similares. Sin quitarle importancia a estos asuntos -que la tienen, digámoslo de nuevo, desde el punto de vista de la salud pública- no suele ser esto lo que el enfermo y la familia esperan. El médico acude al domicilio para resolver los problemas, para ofrecer caminos que solventen las quejas del paciente. Aquí encontramos un posible motivo de descrédito de las visitas domiciliarias que es necesario solucionar. El médico no es una especie de fiscal de "salud pública o del medio ambiente" que apunta lo que debe ser corregido, como si fuera el auditor de un proceso de certificación de calidad. Tiene que ser un elemento que traiga estabilidad al desorden que la enfermedad provoca. El mejor beneficio que se puede ofrecer -por parte del médico y del equipo sanitario- es ayudar, con sentido rea-

lista, intervenir y dar soluciones posibles a los problemas que le son presentados. Por ese motivo, debe ir el médico prevenido, con el material necesario porque -bueno es advertirlo- un médico bien preparado ya sabe, después de hablar por teléfono con quien solicitó su presencia, lo que va a encontrar. Ir al domicilio del paciente sin prepararse y sin hipótesis diagnósticas y de intervención es, como mínimo, señal de irresponsabilidad y tal vez de incompetencia.

Las mismas características comentadas en la actuación hospitalaria se tornan necesarias en el escenario doméstico. Capacidad de comunicación -ser claro cuando se explican las cosas, por decirlo de modo sencillo- adaptarse a cada situación. De fundamental importancia es saber ser realista: aunque no se pueda, muchas veces, hacer lo ideal eso no puede inhibir la creatividad para hacer, con dedicación extrema, lo que es posible. Y, sin duda, tener consciencia de liderazgo para coordinar un equipo que, con frecuencia, actúa a su lado, y con quien la familia tiene que colaborar. El liderazgo del médico debe funcionar como elemento que haga converger la buena voluntad de todos y el empeño profesional en beneficio del paciente. Las visitas domiciliarias implican para el médico mucho más que la sencilla disposición de ir hasta la casa del enfermo para atenderlo. Exigen que esté dispuesto a **integrar un equipo y facilitar la coordinación de los cuidados sanitarios**.

Alguna vez se comentó, echando mano de una acertada metáfora, que la enfermedad provoca en el paciente una ruptura, una división, igual a la que un prisma ejerce sobre la luz: abre el espectro del arco-iris, y en cada color se sitúan las diversas limitaciones y complicaciones que el enfermo padece. Es el momento de atender a cada una de ellas, y para eso se convocan profesionales de "diferente longitud de onda": enfermeras, fisioterapeutas, foniatras, nutricionistas. Todos actúan con dedicada competencia, dentro

de su propio espectro, atendiendo a lo que es necesario. Pero, al mismo tiempo, parece que el paciente -la persona- se difumina entre los variados espectros profesionales, y se requiere un profesional que junte las acciones haciéndolas convergir sobre el enfermo, que es el verdadero protagonista del proceso. Se necesita, pues, un segundo prisma que recoja el arco-iris y lo convierta en luz blanca, uniformizando las acciones de los cuidados. El médico de familia es, por naturaleza y vocación, un segundo prisma, un coordinador de todos los esfuerzos que los cuidados exigen.

Coordinar no es sólo gestionar y dar órdenes sino, principalmente, **integrar a las personas que participan del proceso**. Para tal, hay que entender la dinámica familiar -de cada familia, que es diferente- y exige la capacidad de adaptación (*adaptive creature*) como ya comentamos. Cuando se abren las puertas del hogar a los profesionales sanitarios -pues así funcionan las cosas hoy en día, diferentes de cuando era el médico un solista de la atención- de algún modo la familia empieza a formar parte del equipo. Parte informal, pero necesaria, porque las decisiones son siempre compartidas, y la familia tiene voz y voto en este proceso. Cabe al médico como coordinador hacer que la familia continúe siendo sencillamente familia, y no que desempeñe otras funciones para las cuales no está preparada, técnica ni psicológicamente. Por otro lado, cuando la familia participa de las decisiones -cuando se solicita la colaboración que puede aportar- se siente integrada en los cuidados -perciben que están haciendo algo por el enfermo- y no se incurre en la sensación de omisión, pesado fardo con el que frecuentemente las familias se cargan, aunque sea inconscientemente.

Importa, y mucho, **tener siempre la familia al lado del médico**, trabajando en la misma dirección. Cuando hay sintonía y se palpa el esfuerzo conjunto -todos dando lo mejor que tienen por el enfermo- se evi-

tan muchos desgates aunque la situación sea de tensión, los nervios estén a flor de piel, y se dialogue habitualmente con el dolor y con la pérdida. Esto requiere, por parte del médico coordinador, dedicación, afabilidad, leer las entrelíneas, y no cansarse del abordaje humanista y completo de la persona que padece. De la persona, y de sus circunstancias ,nunca mejor dicho. Hay que aprender a estar presente, aunque no parezca que técnicamente haya mucho que hacer. Siempre se puede hacer algo: escuchar con actitud de quien quiere ayudar ^{24,25}.

El modelo moderno de gestión que se propone para la Gestión de Pacientes Crónicos en el Domicilio exige, además de formar al médico en sus competencias, una Estructuración y Sistemática del Programa de Atención Domiciliaria. Los desplazamientos y la gestión del tiempo -especialmente en ciudades grandes el modelo asistencial descrito en este artículo se efectúa en São Paulo, Brasil, un municipio de 17 millones de habitantes- tienen que ser optimizados mediante logística que agrupe a los pacientes por región y barrios, contemplando sus necesidades y la frecuencia en que las visitas deben ser realizadas. En nuestra experiencia, esta logística puede ser facilitada con elaboración de programas de software construidos con esta finalidad software que utilizamos -fue elaborado "a la carte", atendiendo las necesidades de nuestra cartera de pacientes- lo que también ha facilitado la comunicación entre los diversos profesionales, así como el acceso a las informaciones clínicas de cada paciente.

Cuando se dispone de un médico familiar formado de acuerdo con los criterios comentados, y se instala un programa de gestión sistemática, se puede esperar del modelo de Gestión de Paciente Crónico en el Domicilio

resultados alentadores. Por citar algunos:

1. Disminuye la busca de atendimientos de urgencia por parte del paciente y su familia.
2. Aumenta la adhesión al tratamiento, los pacientes son mejor controlados y las afecciones manejadas con mayor eficacia, disminuyendo la frecuencia de episodios de descompensación que requieren internación hospitalaria
3. Los pacientes que padecen de múltiples molestias son manejados con costos menores

CONCLUSIÓN

Los progresos técnicos de la medicina nos han situado en un universo de amplias posibilidades pero también de mayor complejidad. Para debatirse con la complejidad se necesita más que la suma de especialistas, aunque estos lo sean en asuntos de por si complejos. Se necesita integración, comunicación, capacidad de adaptación, y liderazgo para coordinar equipos y situaciones tan variadas como la vida misma. Son estas las competencias que el médico de familia del siglo XXI necesita para cumplir su función precisa y que las personas le solicitan para el cuidado de su salud. El generalista que actuaba en atención primaria -y debe continuar haciéndolo, cada vez mejor preparado- es ahora convocado para coordinar los cuidados hospitalarios y la atención domiciliaria. Un nuevo compromiso que las acciones de salud pública, y los programas de seguros de sanidad demandan con urgencia. Un compromiso en el cual todos -poder público, iniciativa privada e instituciones formadores- debemos colaborar sin ahorrarnos esfuerzos.

Referencias

1. Carvalho JAM, Garcia RA. The aging process in the Brazilian population: a demographic approach. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3): 725- 33.
2. Meyer GM, Ibbons RVG. House Calls to the elderly – a vanishing practice among physicians. *N Engl J Med* 1997; 337: 1815-20
3. Alpher E, Sverha SK, Taler G. *Handbook of Nursing Physical Assessment*. Aspen Publishers Inc., Rockville, Maryland, 1988.
4. Blasco PG. Promoviendo Liderazgos en Medicina de Familia: una reflexión vital. *Pan American Family Medicine Clinics*. 2005, 1(1): 7-15.
5. Stephens G. *The intellectual Basis of family Practice*, Kansas, Winter publishing Company, 1988
6. Tinetti ME, Fried T. The end of the disease era. *Am J Med*. 2004; 116: 179-85.
7. CAPISTRANO F.D. O Programa de Saúde da Família em São Paulo, *Estudos Avançados* 1999. 13 (35): 89-100.
8. Levites MR, Moreto G, Leoto RF, Roncoletta AFT, Janaudis MA, Blasco PG. Cuidando do Diabético na Perspectiva da Medicina de Família: impacto nos custos, prevenção eficaz e satisfação do paciente. *Arch Med Fam* 2006, 8(1): 19-26.
9. Valente RR, Junior APN, Levites MR, Blasco PG. Medicina de Família: um corpo próprio de conhecimentos. *Diagnóstico & Tratamento*. 2004, 9(2): 61-63.
10. Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The limits of reductionism in medicine: Could systems biology offer an alternative? *PLoS Med*. 2006; 3(6): 709-713. (e208- www.plosmedicine.org).
11. Ahn AC, Tewari M, Poon CS, Phillips RS. The clinical applications of a systems approach. *PLoS Med*. 2006; 3(7): 956-960. e209.
12. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR. Un nuevo humanismo médico: la armonía de los cuidados. *Aten Primaria* 2006, 38(4): 225-229.
13. Blasco PG, Janaudis MA, Levites MR, Moreto G, Roncoletta AFT, Benedetto MAC, Pinheiro TR. Family Medicine Education in Brazil: Challenges, Opportunities and Innovation. *Academic Medicine* 2008; 83:684-690.
14. Blasco PG, Levites MR, Freeman J, Haq C. Educating Physicians for the Health of Brazil: The Role of Family Medicine. *Wonca News*. 2004, 30(3): 13-15.
15. Levites MR, Janaudis MA, Moreto G, Roncoletta AFT, Albuquerque I, Blasco PG. Procurando a Excelência na Formação dos Médicos de Família: O Programa Fitness, uma experiência inovadora. *Arch Med Fam* 2006; 8:83-96.
16. Moreto G, Blasco PG, Benedetto MAC, Levites MR. A collaborative learning experience in palliative care. In: 13th Wonca Europe Conference. Re-Thinking Primary Care in the European Context, 2007, Paris. Disponible en: <http://www.woncaeurope2007.org/IMG/pdf/programmegb.pdf>
17. Levites MR, Mônaco CF, Lomelino S, Miyagi MM. Long stay patients in a tertiary hospital in São Paulo, Brazil. Is this trend reversible? The Network: TUFH Conference, Bogotá, 2008.
18. Payne SMC. Identifying and managing inappropriate hospital utilization: a policy synthesis. *Health Serv Res* 1987; 22: 709-769. \
19. Starfield B, Klaus WL, Berhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in "Case" Management. *Ann Fam Med*. 2003; 1:8-14.
20. McWhinney I. *A textbook of Family Medicine*. New York: Oxford University Press; 1997.
21. Roncoletta AFT, Moreto G, Levites MR, Janaudis MA, Blasco PG, Leoto RF. *Princípios da medicina de família*. São Paulo, Brazil: SOBRAMEFA, 2003.
22. Marañón G. *Prólogo a mis prólogos*. Madrid, 1966, Espasa Calpe, pág. 4.