

## **Los internistas, las especialidades y la asistencia primaria**

José Antonio Torre Carballada

*Medicina Interna. CHUS, Santiago de Compostela*

### **Introducción**

La medicina está inmersa profundamente en la sociedad. La salud es lo más importante. Los grupos sociales siempre tuvieron especial cuidado de conservarla. Los trabajadores para la salud tienen un protagonismo indudable pero su situación dentro de los grupos humanos ha cambiado con los cambios sociales. Desde que comenzaron a crearse los seguros médicos para la población trabajadora a finales del siglo XIX, la asistencia sanitaria se fue universalizando, hasta que en el último tercio del pasado siglo XX, llegó a cubrir a toda la población. La actividad de los médicos y de los sanitarios en general se ha ido acomodando a estos cambios. Los médicos pasaron de ser simples “clínicos” que diagnosticaban y trataban, a ser trabajadores sociales orientados hacia la conservación de la salud de la población.

Pero el médico no es un simple trabajador, la medicina que practica le reviste de características especiales. El médico es observador, sigue pistas, las analiza y relaciona, se arriesga. El médico es humanista, trata de buscar salidas, le transmite confianza al enfermo, no destruye la esperanza. El médico es prudente, no promueve inquietudes, no crea falsas expectativas.

La Medicina Interna, un término casi equivalente a la medicina general si se extraen la cirugía y pediatría. Es la aplicación de la patología médica a la práctica de la medicina. Pero hay que tener en cuenta además que conocer la patología interna es necesario para diagnosticar y tratar enfermedades tanto médicas como quirúrgicas, seguir postoperatorios, hacer exploraciones invasivas, anestesia y reanimación. Todo médico tiene algo de internista y será tanto mejor

médico, sea cual sea su práctica, cuanto mejor conozca la patología interna

Durante el siglo XX el aumento del conocimiento médico y la aparición de nuevas tecnologías y tratamientos fue haciendo en cierto modo inabarcable para un único profesional de la medicina la totalidad de dicho conocimiento y su aplicación. La práctica de la medicina clínica ha sufrido una progresiva compartimentalización, consecuencia de la progresiva creación de especialidades médicas encargadas de un área concreta, generalmente con una génesis y desarrollo basados más en criterios anatómicos que fisiopatológicos. Así, a cada órgano y sistema se ha ido asignando una especialidad médica y en la mayoría de los casos otra quirúrgica.

### **Especialistas y generalistas**

El modelo de subdivisión de la medicina choca frontalmente con la realidad fisiopatológica del enfermar, según la cual la mayoría de las entidades nosológicas afectan a más de un órgano o sistema. Una primera consecuencia de ello en la actualidad es el hecho de que un individuo, con distintas manifestaciones de un mismo síndrome, pueda requerir la atención de varias especialidades médicas, cada una con su visión parcial del problema global y su terapéutica, que con frecuencia se interfieren o son inadecuadas para abordar otros aspectos del mismo problema. Como mínimo esto ocasiona cierto grado de ineficiencia del sistema sanitario, con una clara pérdida de recursos, así como una clara inconveniencia para el propio paciente, con multiplicidad de consultas y de exploraciones, a veces redundantes, sin un médico de referencia.

Cabría por lo tanto preguntarse si es necesario este modelo, si es adecuado, o si no es así ¿que es lo que falla?, indudablemente es mejorable. De todas formas es una realidad que la amplitud de conocimientos y técnicas hace inviable el manejo de toda la patología por único médico. No es menos cierto que la enfermedad no suele entender de anatomía o de sistemas organizativos. Parece pues necesario un modelo que permita el desarrollo de una actividad médica en un terreno de conocimientos y medios técnicos adecuados, sin redundancia

de intervenciones y sin interferencias. Probablemente se pudiera llegar a esta situación atendiendo más a los tipos de enfermedades que a los órganos afectados.

Así, nos encontramos con una serie de enfermedades muy prevalentes en la población, que según el modelo actual entrarían en el campo de actuación de diversas especialidades médicas, y que frecuentemente aparecen asociadas en un mismo individuo. Como es obvio, es relativamente fácil lograr una adecuada experiencia en el manejo de estas patologías, y es además conveniente atender a sus interacciones con el resto de las patologías asociadas. Este tipo de atención global sale fuera del campo de las actuales especialidades médicas, pues cada una de ellas solo abarca un aspecto del problema.

Por otra parte, existe otro grupo de enfermedades de prevalencia baja, a veces con un diagnóstico complejo, o con un tratamiento muy específico. La única forma viable de adquirir una adecuada práctica en el manejo de estos pacientes afectados de procesos patológicos infrecuentes, es el centralizar su asistencia en un grupo reducido de médicos que, de esta forma, podrán reunir una casuística suficiente. Algunas de estas enfermedades afectan a varios órganos o sistemas y por lo tanto no estarían claramente incluidas en ninguna especialidad médica.

Por lo tanto, en función de lo anteriormente expuesto, el modelo de división de la asistencia hospitalaria más razonable consiste en un formar un núcleo de Medicina Interna atendiendo a aquellos enfermos con procesos patológicos muy comunes o pluripatológicos, y tener la colaboración y asesoramiento de especialistas médicos para la atención de aquellas patologías de prevalencia baja o con medios diagnósticos o terapéuticos poco habituales. Los especialistas deben de ser los responsables del seguimiento de los pacientes con este tipo de patologías que por su complejidad o historia natural posiblemente complicada, necesitan su expertise independientemente de su prevalencia, en tanto que los internistas deberían responsabilizarse de la atención de las patologías más frecuentes. También parece que lo más adecuado sería que las enfermedades con afectación multisistémica fuesen atendidas por

internistas en colaboración o no, dependiendo del ámbito donde trabajen, con los especialistas.

El médico tiende a centrarse en el problema del enfermo no en la problemática sanitaria de la población. Es evidente que esta depende de los distintos escalones administrativos, pero también es obvio que estos deben de contar con los médicos. Una de las labores de la medicina especializada, es velar por la patología de su especialidad en una población que está a su cargo. Los servicios de especialidades tienen esta misión, son responsables de que todos los enfermos que entran en su campo especializado, puedan y deban ser bien atendidos, es decir diagnosticados y tratados adecuadamente. El especialista cuenta para ello con sus propia plantilla de médicos y enfermeras, sus camas hospitalarias, sus consultas dentro y fuera del hospital, pero también ha de utilizar a los médicos de atención primaria y porque no, a los médicos generales del hospital, los internistas.

Esta relación especialista/generalista es simbiótica, cada uno saca su provecho, el especialista se aprovecha de una mano de obra exquisita, del buen hacer de la enfermería, y del cuerpo médico de atención primaria y de los generalistas hospitalarios (internistas), y todos estos tienen la posibilidad de que los enfermos que ellos atienden, sean bien estudiados, tengan la posibilidad de que le practiquen las pruebas necesarias con prontitud, y se también se aprovechen de los conocimientos y nivel asistencial de la especialidad.

Las especialidades son importantes además porque contribuyen al avance de la medicina, mejoran la calidad de la asistencia, permiten el desarrollo de técnicas diagnósticas y terapéuticas y elevan el nivel científico de la práctica médica en el área hospitalaria.

La especialización continúa su evolución natural, dentro de las especialidades médicas y quirúrgicas por la complejidad de las mismas y desarrollo tecnológico, pero también en el seno de la propia Medicina Interna a través de la creación de unidades asistenciales dedicadas a un órgano (hepatología), una enfermedad (hipertensión, SIDA, hepatitis), a un grupo de enfermedades relacionadas (aterosclerosis), a un trastorno metabólico (dislipemias, osteoporosis) a un proceso etiológico (alcohol)

o bien a una amplia área de la patología (enfermedades infecciosas, ésta en la práctica es una especialidad consolidada). Estas unidades a diferencia de las especialidades médicas no han perdido su nexo con el internista general, incluso este participa en ellas siendo a veces multidisciplinarias. Tienen la ventaja de que el internista no pierda protagonismo y pueda profundizar en su conocimiento, facilitando además la investigación (sobre todo epidemiológica). Pero existe el peligro de la dedicación exclusiva a dichas unidades en cuyo caso es probable que en el futuro traten de independizarse como una especialidad más. La exclusividad en la dedicación a una enfermedad o un grupo pequeño de la patología, aparte de mermar claramente la eficacia de esa persona dentro de un servicio, en general con gran carga asistencial, produce un alejamiento de la realidad magnificando la importancia de su área de trabajo que conduce a realizar pruebas no justificadas (excepto en investigación) y a experimentar tratamientos todavía no bien contrastados y de alto coste dentro o fuera de ensayos aleatorizados.

Estas unidades deberían de ser abiertas a los facultativos interesados en su contenido y nunca con una dedicación exclusiva a las mismas por parte de los internistas, sino perderían su característica fundamental del internista, su ubicuidad.

Dentro del hospital es importante, la presencia de internistas en los Servicios de Urgencia, Hospitalización a domicilio y Cuidados paliativos.

- Servicios de Urgencia intrahospitalaria. El especialista en Medicina Interna debe estar presente en estas Unidades para coordinar con agilidad los ingresos, las derivaciones a las distintas unidades de consulta externa, altas precoces en las unidades de observación de Urgencias, conexión con Asistencia Primaria, Unidades de Hospitalización a Domicilio, Centros de asistidos y otros enfermos crónicos así como con el resto de las especialidades médicas que en muchas ocasiones no tiene especialista de presencia física.

- Unidades de Hospitalización a Domicilio. El especialista en Medicina Interna por sus características profesionales debe estar en el núcleo de estas Unidades. Aunque estos servicios ingresan enfermos quirúrgicos, su potencialidad en “ingresar sobre todo enfermos médicos” en el domicilio, las hace similares a las plantas de medicina interna.

- Unidades de Cuidados Paliativos. Una planta con enfermos de cuidados paliativos sólo se diferencia de cualquier planta de enfermos médicos en el pronóstico de los mismos. Por esta razón, el internista debe ser también el elemento integrador de los distintos especialistas que puedan formar estas Unidades.

### **Condiciones para una buena asistencia.**

En los Centros de Salud es fundamental mejorar las condiciones de trabajo de los médicos de cabecera. En cualquier sistema organizativo es imprescindible facilitar a los trabajadores la posibilidad de “dar de sí todo lo que puedan”, no crear privilegios de unos con relación a otros en su actividad. No establecer compartimentos estancos con monopolios que restrinjan la actividad de unos a favor de otros. En el caso del médico de primaria, que tenga la posibilidad de estudiar al enfermo y la libertad de referirlo a quien le parezca dentro de su ámbito de trabajo.

Facilitar las interconsultas (y sesiones clínicas) de internistas y especialistas en el propio centro de salud. incorporar a los médicos de atención primaria a las comisiones de calidad (comisiones de calidad del área asistencial). También es necesario aumentar las consultas de internistas generales fuera del Hospital, en los centros de especialidades, mediante primeras consultas resolutivas dirigidas a Atención Primaria y evitar así consultas de seguimiento. El médico internista podrá así, disminuir la presión asistencial que recae sobre el especialista y este podrá desarrollar mejor su potencial de conocimiento aplicado a la asistencia.

En efecto la consulta de internista debe de estar abierta a Atención Primaria con las siguientes características:

- contestar expresamente a lo que el médico de Atención Primaria pregunta,

- no quedarse con el paciente sino re-enviarlo a su médico y en caso de problemas especializados, referirlo al especialista

- actuar como médico de cabecera del paciente mientras no se resuelva el problema por el que es consultado, es decir, preocuparse de que se complete el estudio y tratamiento del paciente, aunque tenga que hacerlo con la colaboración de una tercera persona, el especialista.

Cada Centro de Salud debería de contar con un internista de **referencia** para atender pacientes del área médica (con especial atención a los enfermos con pluripatología) que no precisarían por si mismo el ingreso en el hospital. De esta manera se evitaría la fragmentación de la asistencia especializada y sus indeseados efectos de deshumanización y falta de comunicación interpersonal, al tiempo que reduciría el coste sanitario. La asistencia médica de los especialistas resulta más cara por aumento del número de hospitalizaciones, visitas médicas, prescripción de medicación y pruebas diagnósticas.

Otra ventaja de integrar a los internistas dentro de la Atención Primaria es la de coordinar la derivación al hospital de los pacientes que lo requieren, priorizar entre los distintos problemas de salud que puedan existir, seleccionar las interconsultas y promover la cooperación de diversos especialistas. El internista, bien desde el Centro de Salud o desde el Hospital actuaría como eficaz “puente” para orientar al paciente en el entramado complejo hospitalario de forma que reciba una prestación más eficiente y personalizada (“humanizada”).

La docencia necesita de una buena asistencia. Un profesional que trabaje bien, puede enseñar bien; en caso contrario, nunca podrá hacerlo. El pase de visita y la sesión clínica son la piedra angular de la docencia del residente y del estudiante que rota por un servicio clínico. En ellas se intercambia información, se pregunta, se establecen interrogantes que requieren estudio y búsqueda de información.

También la investigación clínica útil precisa de una buena organización asistencial. El buen médico práctico está bien dotado para

realizar, sobre todo, investigación clínica. Esta es la que le hace recapacitar de cómo está trabajando y establece mejoras en su praxis. La investigación básica requiere siempre colaboración del personal de unidades y laboratorios especializados y sin estos no es posible. La dedicación preferencial a ella es incompatible con el ejercicio de la medicina.

Todo médico debe de gestionar su trabajo, teniendo en cuenta no solo los enfermos que tiene a su cargo sino los que debería de tener dado su puesto de trabajo. Esto es más importante a medida que su responsabilidad es mayor dentro de un equipo. Un aspecto crucial de las funciones de un jefe, coordinador etc. de un equipo o servicio médico, es establecer relación con otros en su propio centro y fuera de él.

El mejor gestor de un equipo de trabajo o de un servicio es aquel que, de su quehacer diario, los demás miembros del equipo deberían tomar ejemplo.

No hay mayor responsabilidad y obligación  
que pueda recaer sobre una persona, que hacerse médico.

El cuidado del que sufre necesita habilidad técnica,  
conocimiento científico y comprensión humanitaria...

Harrison Principles of Internal Medicine  
Primera edición