El internista y las unidades hiperespecializadas: Riesgos y beneficios

José Luis Díaz Díaz
Medicina Interna. CHU Juan Canalejo. A Coruña

Introducción

Consultas monográficas, unidades clínicas, unidades interdisciplinarias, áreas funcionales, áreas de capacitación son herramientas asistenciales hiperespecializadas de implantación creciente y paralela al avance científico-técnico de la medicina, condicionado además por cambios en la prevalencia de las enfermedades, nuevas formas de gestión sanitaria y una supuesta demanda social.

Utilizaré el término "hiperespecializadas" como pequeña licencia semántica, discutible por supuesto, evitando otros como "subespecialización" podría resultar peyorativo o "superespecialización" denotaría lo contrario. aunque el debate parece estéril. En un entorno con 41 especialidades médicas, - el país de Europa con mayor número junto a Italia - , la cuantía y formato de unidades que de ellas se derivan resulta difícil de precisar y su análisis queda fuera del alcance de este breve capítulo. Reflexionaremos escuetamente sobre aquellas en las que nuestra especialidad ha sido y es de alguna forma relevante a sabiendas de olvidar otras experiencias ejemplares.

Papel de la Medicina Interna

La Medicina Interna, como paradigma de atención médica, no ha sido ajena a esta evolución. Por acción u omisión de alguna forma siempre ha estado implicada en la promoción y desarrollo de tales herramientas. Pero esta relación ha sido muchas veces tormentosa y no sólo porque su papel ha sido allí cuestionado sino porque el advenimiento de estas nuevas formas de asistencia ha descapitalizado nuestra especialidad, siendo responsable en gran medida de la crisis de

identidad sufrida a finales del siglo XX, felizmente superada por necesidades asistenciales, adquisición de nuevos roles e intentos de reformulación que han preservado el valor intrínseco de nuestra formación y capacidades.

Son muchos los intereses y varias las necesidades que subyacen en la creación de unidades hiperespecializadas.

Desarrollo de especialidades médicas

Numerosos internistas han participado activamente en ese tránsito, hasta el punto de quedar integrados orgánicamente en nuevos servicios (UCI…), incluso en puestos de responsabilidad.

La progresiva tecnificación de las especialidades y el afán por mejorar su cartera de servicios, entre otros, ha condicionado la aparición de nuevas unidades (hepatología, endoscopias digestivas…) en las que aún podemos encontrar internistas.

Alarma social: su sólida formación clínica y científica dota al internista de una polivalencia y versatilidad que han sido utilizadas reiteradamente por la administración para atender crisis sanitarias. Recordaremos dos de gran impacto económico y social.

Síndrome del aceite tóxico: desde su aparición en 1981 y hasta la fecha ha supuesto el fallecimiento de unas 3.000 personas y la afectación en conjunto y de forma variable a otras 20.000. Aunque constituye un modelo de dedicación y entrega del personal sanitario en su conjunto, la implicación de la Medicina Interna en este proceso ha sido y continúa siendo notoria. No es casual, por tanto, que en un reciente Convenio de colaboración entre el Instituto de Salud Carlos III y el Servicio Madrileño de Salud para el desarrollo de actividades para el mejor conocimiento del Síndrome del Aceite Tóxico y de la evolución clínica de los pacientes afectados (BOE 35 de 9/2/2007) encargue al ISC III que "contrate a tres profesionales médicos, preferentemente especialistas en Medicina Interna…"

Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: aunque la asistencia a esta pandemia ha implicado a equipos socio-sanitarios multidisciplinarios (médicos, psicólogos, trabajadores sociales...), la

atención médica se desarrolla de forma integral desde los servicios de Medicina Interna y las unidades hiperespecializadas creadas a tal efecto, constituyendo una prestación básica en nuestra cartera de servicios.

Patología muy prevalente con una importante repercusión sobre la gestión de recursos sanitarios y desarrollo de programas preventivos, ha condicionado el desarrollo de unidades hiperespecializadas aunque la asistencia básica de estos procesos debiera descansar en la Atención Primaria, debidamente dotada. Todas ellas están de alguna forma representadas en los grupos de trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna.

Insuficiencia cardíaca: el peso de esta dolencia en nuestra actividad asistencial es irrefutable y, a la inversa, nuestra actuación en su atención aguda resulta mayoritaria. Nuevas perspectivas terapéuticas (desfibriladores, resincronización, trasplante…) han planteado la necesidad de un abordaje especializado para optimizar recursos y mejorar resultados. En cualquier escenario, la presencia de internistas parece inexcusable.

Diabetes Mellitus: creadas para la búsqueda de la excelencia y el abordaje integral, curiosamente, y como novedad que podría ser extensible a otras patologías también prevalentes, las herramientas utilizadas para tal fin (dietistas, educadores…) no son personal facultativo.

Lípidos: patología con base genética para la que se precisa un cribado familiar estratégico, interacciones y toxicidad medicamentosa así como objetivos terapeúticos ambiciosos difíciles de alcanzar son algunos de las necesidades a cubrir por tales unidades. Hasta la fecha 37 de las 71 Unidades de Lípidos censadas por la Sociedad Española de Arteriosclerosis, están integradas en los Servicios de Medicina Interna.

Hipertensión arterial: el despistaje de formas secundarias de hipertensión arterial, acceso a tecnología hasta hace pocos años de uso restringido (monitorización ambulatoria de presión arterial…) y necesidad de tratamiento combinado en pacientes de alto riesgo cardiovascular son argumentos esgrimidos para la creación de tales

unidades en donde nuestra especialidad ha colaborado estrechamente con la Atención Primaria. No es de extrañar, por tanto que 6 de los 7 centros de excelencia reconocidos por la Sociedad Española de Hipertensión (2004-2006) pertenezcan a Servicios de Medicina Interna.

Patología emergente: el desarrollo económico-social de nuestro entorno ha generado inmigración y aumento de población flotante con la repercusión sanitaria que ello supone. Con perspectivas de eficiencia y para cubrir medidas preventivas-asistenciales en ese nuevo escenario, en algunos hospitales de tercer nivel y al amparo de la Medicina Interna se han desarrollado unidades específicas (salud internacional, medicina tropical, etc).

Demanda social. A pesar de que miles de españoles forman parte de las más de 5000 asociaciones de pacientes registradas, sus reivindicaciones, muchas veces alentadas desde la propia clase médica, parecen tener poca relevancia en las políticas sanitarias a excepción de las de mayor impacto (SIDA, Diabetes…) Desgraciadamente y posiblemente por error nuestro, la "marca" Medicina Interna no está entre las más demandadas por dichos colectivos por lo que nuestro papel desde esta perspectiva podría parecer menos relevante.

Nuevos modelos de organización asistencial. La simplificación burocrática y tecnológica de algunos procesos asistenciales junto a un crecimiento exponencial de la patología crónica han supuesto entre otros, cambios en los modelos de organización, dando lugar a la creación de unidades especializadas en la optimización de recursos y asistencia altamente eficiente. Así han nacido la unidades de corta estancia médica, larga estancia, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos o consultas de alta resolución. En todas ellas la Medicina Interna ha sido pionera y es protagonista, toda vez que se mantiene a la vanguardia en nuevas formas de asistencia como la telemedicina.

Posibles beneficios.

Cuatro son los actores de mayor relevancia en este escenario; a saber y sin orden jerárquico, administración, profesionales sanitarios, pacientes e industria farmacéutica. Todos obtienen distintos y legítimos beneficios

pero todos en mayor o menor medida asumen riesgos con el desarrollo de estas unidades. Huelga recordar que el bien a proteger es la salud del individuo y que todo beneficio debería mantener ese principio. Un quinto actor representado por los medios de comunicación busca protagonismo, en ocasiones distorsionando la relación entre el resto, otras veces y de forma ejemplar sirviendo de punto de encuentro.

Para la administración sanitaria estas son herramientas muy útiles en los nuevos modelos de gestión pues facilitan la evaluación de la actividad por procesos y permiten la optimización de recursos, aunque no siempre y pueden aumentar el gasto. Además, actúan como estructuras intermediarias entre aquella y los pacientes, pudiendo mediar en conflictos que éstos plantean y, canalizar programas de salud o medidas de educación sanitaria cuando son diseñadas desde los poderes públicos. Por último, son elementos muy valorados en las relaciones interinstitucionales (Universidad, Ayuntamiento...) y entre niveles asistenciales.

El médico que desarrolla su actividad en una de estas unidades es un profesional de alguna forma singular, particularmente reconocido por todos los actores y en especial por los pacientes. Esa circunstancia puede proporcionar un alivio en momentos de desmotivación, baja autoestima profesional y creciente "burnout". El acotamiento del "conocimiento necesario" que supone la hiperespecialización facilita el rigor, mejora la seguridad y puede flexibilizar la relación médico-paciente y su entorno en tiempos en que está excesivamente fiscalizada. En otro orden de cosas, muchas de estas áreas están especialmente dotadas para la docencia e investigación lo que representa una plataforma de proyección profesional para quienes desarrollan allí su actividad, especialmente cuando la presión asistencial disminuye. En general el médico no debería dedicarse de forma exclusiva a este tipo de consulta.

Así el escenario, el paciente recibiría una asistencia efectiva, eficaz y, por supuesto eficiente, pues en cualquier modelo sanitario (público o privado) también eso le beneficiaría. Con un contrato basado en la garantía de medios -no de resultados- el paciente debería gozar de una atención personalizada y humanizada, siempre en colaboración con

atención primaria, acorde con las mejores evidencias -no las últimas- y los medios técnicos suficientes, dando cobertura a cualquiera por "rara" que fuera su dolencia. Pero todos estos son derechos inalienables del usuario, beneficios "generales" inherentes a la propia asistencia, independientemente del nivel de especialización requerido. No encuentro aquí un beneficio adicional para el paciente al que jamás deberíamos jerarquizar; hacerlo se me antoja éticamente cuestionable.

También la industria farmacéutica obtiene beneficios. La existencia de tales unidades permite optimizar la relación con los profesionales allí concentrados, generalmente en campos de la atención médica que constituyen las áreas de investigación de mayor interés comercial. Además, permiten desarrollar con garantía ensayos clínicos o investigación post-comercialización a la vez que promocionan sus líderes de opinión.

Por último, para los medios de comunicación supone la disponibilidad de prestigiosas fuentes de información, un valor seguro en los socorridos espacios especializados, monografías o cobertura informativa de jornadas "mundiales".

Posibles riesgos...

Llevados por la inercia de un entorno favorable, los equipos de gestión y autoridades sanitarias podrían crear nuevas unidades basándose más en criterios de oportunismo, moneda de cambio o rentabilidad política, que en su destino asistencial, especialmente cuando se desconoce su eficiencia. Más allá, la publicitación irresponsable de estas herramientas podría generar un efecto llamada en la asistencia de consecuencias difíciles de calcular.

Es evidente que uno de los riesgos a asumir y que tiene interés general es el despunte del gasto sanitario, especialmente el derivado de los medios diagnósticos y terapéuticos.

El profesional integrado en estas unidades asume el riesgo de ampliar el conocimiento y habilidades en un campo muy restringido para acabar siendo un “experto en casi nada”. En otras palabras, el médico se

"tecnifica" y resulta muy útil para la comunidad, pero a costa de empobrecer su formación médica y eso puede llegar a ser dramático en el caso del internista, dada su esencia. A la espera de una carrera profesional "racional", el profesional ajeno a esas unidades corre el riesgo de ser discriminado negativamente por todos los demás actores anteriormente enumerados con la posible aparición de celos profesionales y menoscabo del continuum asistencial.

También hay riesgos posibles para los pacientes…Aún cayendo en el tópico, cabe recordar que el individuo así asistido podría ser visto más como una enfermedad que como un enfermo, empobreciendo sin duda la relación médico-paciente. En un medio hiperespecializado el paciente puede además perder autonomía; es cierto que en ocasiones accede a mayor información, pero muchas veces ésta es confusa, difícil de depurar y su decisión queda finalmente hipotecada por el conocimiento del profesional siempre más cualificado. Por último cabe recordar que los pacientes atendidos en unidades hiperespecializadas cuentan con una posición de privilegio en cuanto al acceso a nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos con las ventajas, pero también con los riesgos que ello supone.

Parece oportuno dejar para otros el análisis de los riesgos que la existencia de unidades muy especializadas pueda suponer para la industria farmacéutica y los medios de comunicación…