

El especialista en medicina interna como consultor de atención primaria



Ramon Pujol Farriols y Xavier Corbella Virós

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Actualmente nadie cuestiona el valor que ha supuesto, para la mayoría de los sistemas sanitarios de los países desarrollados, haber otorgado a la atención primaria el cuidado básico de la población¹. En consecuencia, se reconoce a los profesionales de dicho entorno un papel determinante, aunque no exclusivo, en la consecución de los objetivos de salud. En los sistemas sanitarios avanzados, el acceso a la atención hospitalaria, más tecnológica y especializada, se realiza siguiendo distintos modelos en función de las características del propio sistema, de la organización profesional y de las preferencias de la población. Así, por ejemplo, en la Europa Central y del Este el acceso al nivel especializado se produce directamente, mientras que en la mayoría de los países del resto del continente el médico generalista tiene asignada una función de guardián de entrada al sistema sanitario (*gatekeeper*)².

En España se aprecian algunas diferencias entre comunidades autónomas debido a que, según cada organización, la relación atención primaria-atención especializada sigue esquemas algo distintos. Sin embargo, en todas ellas se va consolidando, sin estar exento de dificultades¹, el modelo europeo occidental, donde desde el eje central de la atención primaria se gestiona la atención especializada requerida en cada caso.

La aparición de nuevos y complejos procedimientos diagnóstico-terapéuticos, junto a los importantes cambios sociodemográficos (envejecimiento poblacional y consiguiente aumento de pluripatologías crónicas, inmigración creciente y modificaciones del contexto familiar), está sobrecargando los circuitos asistenciales de nuestro sistema público y comportando disfunciones de este modelo, como es el caso de las listas de espera. Así pues, a pesar de haber observado un incremento exponencial de la demanda de atención especializada y tecnológica, se ha continuado apostando por un sistema de acceso basado únicamente en la capacidad de contención de los equipos de atención primaria. En estas circunstancias, no es de extrañar que la población siga buscando acceso al sistema especializado utilizando «cortocircuitos», como pueden ser los servicios de urgencias hospitalarios, lo que contribuye a su saturación^{3,4}.

Debe reconocerse, sin ambages, que la transición acontecida en las últimas décadas desde un modelo sanitario hospital-centrista a otro basado en la aproximación de la atención al hábitat del ciudadano no está resultando fácil. De hecho, se han producido, y siguen produciéndose, dificultades de coordinación entre ambos niveles asistenciales⁵ que comportan cierta insatisfacción de los pacientes y descontento

de los profesionales implicados. Una parte no desdeñable de esta insuficiente coordinación tiene su origen en el escaso aprendizaje del trabajo en equipo en nuestro sistema educativo que, con cierta frecuencia, conduce a actitudes individualistas que incrementan la descoordinación entre niveles, en vez de tender a unas relaciones igualitarias, bien organizadas, interdisciplinarias y transparentes⁵.

Durante los últimos años han emergido nuevas fórmulas alternativas a la hospitalización convencional para afrontar los nuevos retos sanitarios. Estos modelos buscan racionalizar la asistencia, hacerla más eficiente y más accesible al ciudadano, mejorando la flexibilidad en la atención clínica y promoviendo una coordinación más fluida entre atención primaria y especializada. Los hospitales de día, la hospitalización domiciliaria, las unidades de corta estancia, las unidades funcionales, la cirugía sin ingreso y las consultas externas de diagnóstico rápido son algunas de las nuevas fórmulas asistenciales que con este fin han sido ya implantadas con éxito⁶.

¿Cuál debe ser el papel que deben desempeñar los distintos especialistas en este nuevo marco? Desde un planteamiento profesionalista⁷, los médicos debemos implicarnos en el diseño y la ejecución de modernas fórmulas de gestión clínica cuyo objetivo sea la mejora continua de la calidad, y desarrollar líneas rigurosas de investigación que detecten cómo mejorar los resultados de las intervenciones que se realicen. Indudablemente, mejorar la coordinación entre los profesionales que trabajan en los distintos niveles asistenciales ha de ser uno de los objetivos principales.

Este planteamiento no goza hoy por hoy de una aceptación universal, y es que podemos afirmar que, mientras que en Europa sí se avanza por la vía de dar mayor fluidez a la coordinación entre niveles, en Estados Unidos, donde se está en una situación de cambio más acusada, hay corrientes de opinión más cercanas a crear ámbitos de dedicación exclusiva y no compartida entre los diferentes niveles asistenciales. Véase como ejemplo el impacto que está teniendo allí la aparición del movimiento «hospitalista»^{8,9}, que refleja estas dificultades de relación entre la atención hospitalaria y la primaria.

En el artículo del Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC), publicado en este número de *MEDICINA CLÍNICA*¹⁰, se demuestra cómo la colaboración entre médicos de familia e internistas mejora la atención de los pacientes de la comunidad a la que atienden y, al mismo tiempo, se consigue de forma más eficiente; el grupo de pacientes con pluripatología crónica es el que más se beneficia de esta forma de colaboración. Esta experiencia, así como otras en nuestro país^{3,11-13}, insiste en mantener esta interesante vía de relación entre la atención primaria, donde el médico de familia siga ejerciendo como responsable básico de la salud de los ciudadanos, y la atención especializada hospitalaria, donde el médico internista continúe apos-

Correspondencia: Dr. R. Pujol Farriols.
Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Bellvitge.
Avda. Feixa Llarga, s/n. 08907 L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.
Recibido el 15-9-2003; aceptado para su publicación el 22-9-2003.

tando por ejercer el papel de generalista hospitalario, a modo de especialista de enlace para los profesionales de atención primaria, tanto durante el ingreso de los pacientes como en su tratamiento ambulatorio.

Nuestra experiencia (datos no publicados) coincide con la línea argumental que plantea el trabajo realizado por el GAMIC¹⁰. En este sentido, durante los últimos años también se ha asignado un grupo concreto de internistas hospitalarios a una serie de centros de atención primaria de nuestra área de influencia, lo que ha conllevado reuniones periódicas en los propios centros para la toma de decisiones de casos complejos y la posibilidad de un contacto directo telefónico con el servicio de medicina interna en caso de situaciones urgentes. Esta colaboración ha mejorado, hasta el momento, la comunicación entre ambos niveles, y ahora hay que valorar si, objetivamente, también lo han hecho los resultados en términos de salud.

A lo largo de la historia la especialidad de medicina interna ha demostrado su capacidad de adaptación a los cambios¹⁴. Si bien su práctica está aún enfocada fundamentalmente a los pacientes hospitalizados, ya sea en sus propias unidades o en otras como las áreas quirúrgicas, las urgencias o las alternativas a las que antes se hacía mención, creemos que no debe abandonar la atención al paciente no ingresado. Una manera explícita de llevarlo a cabo es reafirmando los vínculos de colaboración con los profesionales de atención primaria, tal como se pone de manifiesto en la práctica diaria¹⁰⁻¹³, así como en diversos documentos publicados en los últimos años¹⁵⁻¹⁷. Que esta colaboración se realice en los centros de atención primaria, en las consultas externas del hospital o en ambos lugares dependerá del modelo organizativo por el que se opte.

Esta contribución de los especialistas en medicina interna debería resolver algunas de las barreras que encuentran los profesionales de atención primaria para afrontar ciertas enfermedades prevalentes, incluso en los países en los que la atención primaria goza de elevado prestigio¹⁸, además de garantizar un acceso adecuadamente dirigido a la atención hospitalaria.

Apostar por esta línea de colaboración, en beneficio mutuo, supone también huir del afán por comparar la capacidad de resolución de determinados problemas entre internistas y otros especialistas¹⁹⁻²¹, como sucedía a finales del pasado siglo xx, cuyos resultados siempre fueron contradictorios en relación con el origen de los autores. En definitiva, en un sistema racional enfocado al beneficio del paciente, todos podemos aportar nuestra parte de experiencia partiendo de la base de que los generalistas (médico de familia e internista general), como responsables iniciales de la mayoría de los procesos, siempre tendrán que convivir y aceptar la incertidumbre de determinados problemas clínicos y, en cambio, los especialistas, como expertos en procesos concretos, tendrán que contribuir a su resolución²².

Éste es, a nuestro entender, el estilo que podemos dar a la relación entre estas especialidades, en unos momentos en

que debemos demostrar nuestra capacidad de entendimiento a la hora de redefinir los contenidos, la duración y las capacitaciones respectivas en la formación de posgrado²³, con la mirada puesta en la Europa del futuro inmediato.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín Zurro A. Algunas consideraciones y puntos para el debate sobre la atención primaria y sus profesionales y los procesos de cambio de los sistemas sanitarios. *Educ Med* 2002;5:103-7.
2. Gené Badía J. Escaso futuro para el *gatekeeping* en España. *Aten Primaria* 1995;15:418-20.
3. Criado Montilla J, Ibáñez Bermúdez F. Relaciones entre hospital y atención primaria. Experiencia de un servicio de medicina interna. *Med Clin (Barc)* 1995;106:463-8.
4. Salazar A, Corbella X, Sánchez JL, Argimón JM, Escarabill J. How to manage the ED crisis when hospital and/or ED capacity is reaching its limits. Report about the implementation of particular interventions during the Christmas crisis. *Eur J Emerg Med*. 2002;9:79-80.
5. Jefes de Servicio de Medicina Interna de los hospitales comarcales de Cataluña. El futuro de los servicios de medicina interna de los hospitales comarcales de Cataluña: líneas estratégicas en el contexto de cambio en la Sanidad. *Med Clin (Barc)* 1993;100:587-90.
6. Corbella X, Salazar A, Maiques JM, Juan A. Unidad de corta estancia de urgencias como alternativa a la hospitalización convencional. *Med Clin (Barc)* 2002;118:515-6.
7. Baroness JA. Medicine and professionalism. *Arch Intern Med* 2003;163:145-9.
8. Schroeder SA, Schapiro R. The hospitalist: new boon for internal medicine or retreat from primary care? *Ann Intern Med* 1999;130:382-7.
9. Wachter RM, Goldman L. The hospitalist movement 5 years later. *JAMA* 2002;287:487-94.
10. Grupo para la Asistencia Médica Integrada y Continua de Cádiz (GAMIC). La consultoría de medicina interna en atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin (Barc)* 2004;122:46-52.
11. Rodríguez P, Barón B, García J, Pujol E, Otero JA. Consulta de orientación diagnóstica y terapéutica. *Rev Clin Esp* 2002;202(Supl 1):9.
12. Salas J, Lozano AB, Gallego FJ, Blas JM, Porcel A, Fernández R, et al. El internista en atención primaria como referente de otras especialidades médicas. *Rev Clin Esp* 2002;202(Supl 1):176.
13. Albareda JM. El internista en la atención primaria: ¿un extraño entre nosotros? Actas del Congreso de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària; 2001, mayo; Girona.
14. Pujol Farríols R, Costa Roma J. La medicina interna y los internistas. *Med Clin (Barc)* 1988;90:659-60.
15. Ollero Baturone M. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. Sevilla: Editorial Minerva Documento SEMI-semFYC 1998;p. 42-3.
16. Foz M, Pujol R, Erill S, Lloveras G, Martín Zurro A, Masana LI, et al. Anàlisi comparativa de les competències professionals entre especialistes en medicina interna i medicina de família i comunitària. *Salut Catalunya* 1995;9:193-7.
17. Documento SEMI. Propuesta de modificación del Programa de Formación de Especialistas en Medicina Interna. Comisión Nacional de Medicina Interna, 2003.
18. Fuat A, Hungin PS, Murphy JJ. Barriers to accurate diagnosis and effective management of heart failure in primary care: qualitative study. *BMJ* 2003;326:196-201.
19. Bertakis KD, Robbins JA. Gatekeeping in primary care: a comparison of internal medicine and family practice. *J Fam Pract* 1987;24:305-9.
20. Donohoe MT. Comparing generalist and specialty care. *Arch Intern Med* 1998;158:1596-608.
21. Fournier AM. Resolving the conflicts between general and subspecialty medicine: the internist as consulting physician-scientist. *Am J Med* 1998;104:259-63.
22. Johnson W. Comparing apples with oranges. *Arch Intern Med* 1998;158:1591-2.
23. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados. Proyecto de ley de ordenación de las profesiones sanitarias. 23 de mayo de 2003. Serie A, n.º 150-1.