

# La Medicina Interna en un Hospital Comarcal

## *Internal Medicine in a District Hospital*

Antonio Enériz Calvo<sup>1</sup>, Antonio J. Chamorro Fernández<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital Comarcal de Valdeorras. Ourense. <sup>2</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital de Verín. Ourense.

### Introducción

Cuando el director de la Revista nos encargó este editorial, nos dio la oportunidad de expresar nuestra opinión (basada en nuestra experiencia) sobre un tema muy concreto pero bastante variable, ya que no existe un prototipo de hospital comarcal, pues su desarrollo ha sido la mayor parte de las veces resultado de demandas sociales o incluso políticas y no de una planificación de la asistencia sanitaria.

No existe realmente una definición de lo que es un hospital comarcal, ni siquiera aproximada. A pesar de que el término comarcal tiene ciertas connotaciones rurales, una gran parte de estos hospitales está situada en zonas urbanas en la periferia de grandes ciudades<sup>1</sup>. Estos hospitales de tamaño pequeño-medio tienen una mayor accesibilidad para los pacientes, tanto por su situación más próxima a su domicilio como por su dimensión más abarcable. Su práctica asistencial se caracteriza por una mayor facilidad de relación con otras especialidades afines y con los servicios centrales (anatomía patológica, radiología, etc.). Una práctica más amplia (menos compartimentada) de la especialidad ofrece a menudo una visión más completa de problemas clínicos interrelacionados. Por otro lado, la relación recíproca que fácilmente se establece con los médicos de asistencia primaria es altamente positiva.

Es probable que en hospitales de ámbito provincial o regional, el internista haya ido perdiendo terreno en favor de las “subespecialidades médicas” (término adecuado si nos ceñimos al origen de las mismas a partir de la Medicina Interna) y allí tenga una falta de ilusión por la especialidad o sufra cierta crisis de identidad. En el hospital comarcal creemos que esto no sucede así, pues aparte de las especialidades contempladas, el internista dispone de un amplio campo para desarrollar su labor tanto en variedad como en cantidad, así como de enriquecer y enriquecerse de conocimientos por el contacto diario con otros especialistas<sup>2</sup>. Las características de ser hospita-

les pequeños con poblaciones también limitadas son unas circunstancias que han sido decisivas para que la Medicina Interna (MI) constituya la pieza fundamental de la asistencia médica.

El nacimiento y crecimiento de estos hospitales con pocas necesidades de “subespecialidades médicas” ha permitido la creación de servicios de MI, de una forma casi casual, sin planificarlo y ha permitido el desarrollo del internista a nivel asistencial, pudiendo realizar la extensa labor para la que está preparado por su amplia formación, mejor que en cualquier otro ámbito laboral. Parece como si, por fruto de la casualidad, la actividad del internista generalista se hubiese mantenido en el pasado, practicada en estos comarcas pequeños, convirtiéndonos en los guardianes de la MI original. Es como si estuviésemos en reductos alejados de la locura superespecialista y fragmentadora que persiste en nuestro sistema y que probablemente la realidad social y económica será la que propicie cambios, ya que no lo hace la razón.<sup>3</sup>

### Desarrollo de los hospitales comarcales

Enero del 2002 fue la fecha tope para la cesión de las últimas transferencias en materia sanitaria realizadas desde el Estado al resto de las autonomías que no las tenían<sup>4</sup>. Debido entre otras cosas a este suceso, hemos asistido en nuestro país a una importante creación de hospitales comarcales, fundaciones sanitarias o empresas públicas sanitarias.

La diferencia entre estos hospitales es básicamente el tipo de administración y el convenio colectivo que rige en ellos. Los hospitales comarcales “clásicos” dependen directamente del servicio de salud y se rigen por el Estatuto Marco del empleado público (son personal “estatuario”). Sin embargo, las fundaciones o empresas públicas son dirigidas por patronatos, los cuales están conformados entre otros por los propios servicios de salud y consorcios de empresas (constructoras, seguros médicos privados...), atienden a una

*“no existe un prototipo de hospital comarcal, pues su desarrollo ha sido la mayor parte de las veces resultado de demandas sociales o incluso políticas y no de una planificación de la asistencia sanitaria”*

determinada área y se arrienda durante un periodo de tiempo. El convenio colectivo es de tipo “laboral”<sup>5</sup>.

En estos últimos años, los criterios utilizados para la construcción de estos hospitales comarcales han sido desde la descentralización asistencial de los grandes hospitales universitarios (por ej. Madrid, con la creación de hospitales en San Sebastián de los Reyes, Parla, Arganda, etc...) a la atención de determinados núcleos poblacionales (Valencia: Manises, Torreveja... Extremadura: Almendralejo, Talarrubias, Zafra... Castilla la Mancha: Almansa, Tomelloso, Manzanares...). Además, unas comunidades han seguido un modelo “clásico” de gestión (Extremadura, Castilla La Mancha, Cantabria), otras el modelo “fundacional” (Valencia, Andalucía...) y otras han adoptado los dos modelos a la hora de gestionar sus hospitales (Madrid). En todos estos hospitales, se ha partido siempre de un servicio de MI fuerte con jefatura de servicio y la contratación de otros especialistas del área médica para realización de pruebas o como consultores.

Sin embargo, a pesar de la elevada oferta de plazas de MI en estos hospitales; se ha constatado en ocasiones la dificultad para llenar las plantillas ya sea de forma interina (un ejemplo: de los 10 primeros trabajos ofertados entre noviembre y octubre del 2009 en la página web de la Sociedad Española de Medicina Interna, los 7 primeros corresponden a hospitales comarcales) o tras una oferta pública de empleo. Tanto es así, que se dan casos de renuncia a la plaza<sup>6,7</sup> o llegar al extremo de quedar vacantes plazas en propiedad por no incorporarse a un hospital comarcal<sup>7</sup>.

Algo falla cuando hay compañeros que renuncian a su plaza en propiedad y prefieren seguir con sus contratos de guardias o interinidad en “su hospital”. Seguramente haya múltiples factores (familia, arraigo, promesas de mejoría, etc...) pero uno de ellos es sin duda, el desconocimiento de cómo funciona un hospital comarcal.

## Áreas de actividad de la medicina interna en comarcales

### Hospitalización

Incluye una serie de labores rutinarias, pero de gran trascendencia para el enfermo, ya que su situación supone una grave fractura en el discurrir normal de su vida personal y familiar. MI debe hacerse cargo de todos los pacientes del área médica hospitalizados para su diagnóstico y tratamiento. Se solicita, si se es preciso, colaboración a otros especialistas, si los hubiera. En caso de necesidad, si no se le pueden satisfacer la demanda que el enfermo requiera se trasladaría al centro de referencia.

Todas las modalidades alternativas a la hospitalización convencional (corta estancia, larga, domiciliaria) pueden realizarse de manera funcional. El Hospital de día es fundamental para la atención de urgencias<sup>8</sup>.

Además de sus propios pacientes el internista colabora con los servicios quirúrgicos en la supervisión de los enfermos crónicos que requieren cirugía, y en las complicaciones que surjan durante su ingreso. Lo ideal sería disponer de un internista que de forma habitual supervisase los enfermos quirúrgicos, que por su patología crónica o por la cirugía puedan sufrir alguna complicación.

### Consultas Externas

El internista está capacitado para atender cualquier tipo de patología médica y podría aprovecharse mejor esta versatilidad haciendo de “filtro”, ya que se daría solución a la mayor parte de los casos consultados. Los casos muy específicos o de mayor complejidad diagnóstica o terapéutica serían los que habría que derivar a los especialistas específicos.

En la consulta externa es donde mejor se puede ver nuestro trabajo, pues es donde se atiende la patología más frecuente, que habitualmente es múltiple y que con el tiempo nos va haciendo expertos en ella<sup>9</sup>. El estudio de un enfermo que

sufre varias enfermedades y la aplicación del tratamiento correcto con un número cada vez mayor de fármacos es un reto para todos los profesionales, pero el internista es el único entrenado para hacerlo (por supuesto que también lo es el especialista de Atención Primaria).

En resumen, que aunque resulta evidente que el internista no puede resolver toda la demanda de atención especializada, sí que es, y probablemente será más en el futuro, el médico mejor cualificado para ayudar al paciente que se le ha puesto nombre hace muy poco y que no es otro que el “pluripatológico”; que por otra parte lo seremos todos en el futuro si tenemos la suerte de seguir vivos. Su atención por internistas no haría más que dar agilidad en sus consultas (con una sola consulta se evitarían varias), comodidad para el enfermo y menor consumo de recursos, que además de a los gestores, nos debe preocupar a todos<sup>10</sup>.

### Relación con Atención Primaria

Los médicos de hospitales comarcales, y en concreto los internistas, nos damos cuenta que el pilar fundamental de la asistencia médica son los generalistas, sin ellos no podemos funcionar adecuadamente<sup>3</sup>. Con la llegada de los especialistas de Medicina Familiar a los centros de Salud tenemos la base para los cambios futuros. Asistimos atónitos al hecho insólito de que teniendo los médicos con mejor formación de toda la historia, nunca estuvo tan desprestigiada la figura del médico de cabecera como ahora. Uno de los factores que más ha contribuido a ello, ha sido el exagerado “consumo” de consultas al “especialista” en abstracto que parecía ser la solución a todos los problemas. Resulta que en Atención Primaria está el especialista de Medicina Familiar y parece que nadie se ha dado cuenta.

El internista es el “generalista del hospital” y es por lo tanto su colaborador natural a nivel hospitalario. La coordinación entre ambos es necesaria para hacer más eficiente nuestro trabajo. Debemos colaborar para mejorar los dos principales problemas de funcionamiento que tenemos y que son: la demora en consultas (no podemos permitir que haya enfermos sin diagnosticar porque no se han consultado), y la demora en la realización de pruebas, que asimismo retrasa el diagnóstico. En los últimos años han surgido nuevos modelos de consulta externa para paliar estos defectos (consultas de alta resolución, consultas monográficas, consultas-filtro), todo sirve si se hace bien. Nos parece interesante la consolidación de la figura del internista consultor de Primaria, que todavía está por desarrollar, pero que por nuestra

experiencia vamos a exponer algunas actividades que pueden desarrollarse:

- Conexión telefónica directa, abierta durante el horario laboral, accesible que permita un contacto directo entre el médico de primaria y el internista.
- Visitas periódicas del internista a los centros de salud para comentar los casos prácticos de sus propios pacientes.
- Rotaciones programadas y reconocidas como formación continuada de los médicos de cabecera por el hospital (fundamentalmente por consultas).
- Abrir el hospital a los médicos de primaria: sesiones clínicas, participación en comisiones conjuntas, actividades docentes, etc.
- Elaboración conjunta de atención a crónicos y protocolos de seguimiento por procesos conjuntamente que complementen el trabajo de ambos.
- Consideramos poco acertada la iniciativa de realizar consultas especializadas o monográficas en los centros de Salud por especialistas hospitalarios, ya que nos parece un incremento de una oferta ante una demanda desmesurada que no hace más que incrementar lo que debemos reducir. El médico del paciente es el especialista de Primaria (no es un repartidor de “volantes” para los especialistas del hospital), y el resto tenemos que colaborar en lo que nos solicite.

### Cuidados especiales

En alguno de nuestros pequeños comarcales tenemos unas unidades con dotación razonable para la Reanimación de los pacientes quirúrgicos y para pacientes con enfermedades “médicas” especiales bien por su complejidad, gravedad o que precisan una estabilidad hemodinámica antes de un traslado largo.

Estas unidades son atendidas por los especialistas que ingresan en ellas a sus pacientes graves, llevando el mayor peso el internista. Tienen personal de enfermería experto y dotación tecnológica adecuada a su función. Creemos que debe existir en todos los comarcales que no dispongan de UCI, pues es útil para ayudar a muchos enfermos y sacarnos de muchos apuros a los médicos

### Urgencias

En algunos hospitales comarcales, uno de los puntos más importantes de la relación con la Urgencia es que, aparte de que es el internista el que decide el ingreso, también puede derivarlo a su agenda “personalizada” de consultas para

estudio o seguimiento, tras el alta de urgencias. Además y quizá el punto más fuerte es que el internista que decide el ingreso es también el responsable de su seguimiento hasta el alta. Esto conlleva al menos un día menos de estancia (las pruebas se solicitan el mismo día del ingreso y no al día siguiente como ocurre en la mayoría de los hospitales generales). También hace que el facultativo se implique mucho más en el seguimiento del paciente al conocerlo y hacerle la historia desde el inicio.

### Investigación, docencia y formación continuada

Uno de los problemas más comunes que tenemos los internistas en los hospitales comarcales es el cierto nivel de "aislamiento" en lo referente a la investigación y más si cabe en la básica. Esto se debe entre otros motivos, a la escasa relación que existe entre la Universidad y los centros comarcales, en general, más periféricos que los grandes hospitales. Por otra parte es importante tener en cuenta que tanto la docencia como la discencia es más bien escasa, teniendo en cuenta que pocos son los comarcales que tienen acreditada la docencia para tener residentes "propios" por su menor número de camas y otros requisitos exigidos. Sin embargo, en el último plan de formación de residentes, se aconseja la rotación optativa por hospitales comarcales, durante el 4º o 5º año de residencia. Además, la formación continuada queda reducida a los congresos y reuniones propios de la especialidad así como a las sesiones propias del hospital. Debido quizá a un menor apoyo de la industria farmacéutica, tanto la misma asistencia a estos congresos como a otros cursos de actualización, es probablemente algo menor de la ofrecida a otros compañeros de hospitales mayores.

### Relación asistencial con el entorno social

Tanto en los Cuidados Paliativos como en la Hospitalización a Domicilio el internista debe hacerse cargo de ellas o colaborar por sus conocimientos y versatilidad. Tenemos un problema pendiente que se va a incrementar en un futuro inmediato y es el colapso (por nuestra escasez de camas) que nos van a provocar los ancianos de las residencias de la 3ª edad, cada vez más numerosos y con más patología. Se necesitan ideas imaginativas, tratando de atender a estos pacientes dignamente sin que lleguen a inutilizar nuestra oferta de camas<sup>8</sup>. En Valdeorras tuvimos una experiencia (habilitando unas camas en una residencia de ancianos) para enfermos con hospitalización prolongada, atendidas por un internista. Después de unos años dejó de funcionar por motivos económicos, por conflictos de intereses al depender el presu-

puesto de más de una consellería y la insignificancia que representa un comarcal en las prioridades sanitarias. Seguro que no tardaremos mucho en tener que retomar alguna iniciativa similar.

### Función administrativa y control de calidad

Colaborando en la mejora de la gestión, sin olvidar nunca que nuestro objetivo principal no es la rentabilidad económica, sino la calidad: ofrecer a cada paciente los servicios más adecuados para poder recibir una atención óptima.

### Conclusiones

La tendencia actual de la administración sanitaria es convocar oposiciones y concursos de traslados de forma periódica. La MI en los hospitales comarcales, es aún muy potente con una importante presencia de internistas y escasa de otras "subespecialidades médicas". Por tanto, en fechas próximas, probablemente se oferten un mayor porcentaje de plazas en estos hospitales, ya sean en las mismas oposiciones o mediante contratos temporales. Las condiciones laborales del personal temporal, suelen ser mejores que en los "grandes hospitales" pues se suele "mimar" algo más a los facultativos en los comarcales. Es importante, por tanto, dar a conocer el funcionamiento de Servicios de MI, que como se ha explicado hasta ahora, puede que sean uno de los "últimos reductos" de la MI "generalista" con un futuro y desarrollo que más que esperanzador, es una realidad.

### Bibliografía

1. Barbeta Sanchez E. La neumología en el hospital comarcal. Arch bronconeumol. 2002;38(12):512-3.
2. 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.
3. Alcalá Pedrajas J. N., Rodríguez Muñoz L. Reflexiones sobre la Medicina Interna. An Med Interna. 2001;18(7):399-400.
4. Consejo editorial Medifam. Las últimas transferencias sanitarias del INSALUD. Una valoración de urgencia. Medifam. 2002;12(5):311-3.
5. Ruíz Hervella V. La situación laboral en las Fundaciones Sanitarias en Galicia. Cad Aten Primaria. 2004;11:35-8.
6. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. In: Consejería de Sanidad., editor. Boletín Oficial de Castilla y León; 2009. p. 33378-9.
7. Dirección General de Recursos Humanos. In: Consejería de Sanidad. Servicio de Salud de Castilla la Mancha (SESCAM). editor.: Diario Oficial de Castilla La Mancha.; 2008. p. 31456-8.
8. García Ordoñez M. A, Moya Benedicto R, Villar Jiménez J, Sánchez Lora F. J. Hospital de día médico como alternativa a la hospitalización convencional en un servicio de medicina interna de un hospital comarcal. An Med Interna. 2007;24(12):612-3.
9. Menéndez Caro J. L. Análisis de las fases asistenciales de los pacientes atendidos en consultas por un internista en un hospital comarcal (1992-2004). Rev Clin Esp. 2006;206(9):438-41.
10. Zambrana García J. L., Velasco Malagón M. J., Díez García F., Cruz Caparrós G., Martín Escalante M. D., Adarraga Cansino M. D. Características clínicas diferenciales de los enfermos pluripatológicos hospitalizados en servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2005;205(9):413-7.