
CARTA AL DIRECTOR

Belize City, Agosto 30 de 1999.

Dra. Clarivel Presno Labrador

Directora de la Revista Cubana de Medicina General Integral

Estimada doctora:

Estuve dudando cómo dirigirme a nuestra Revista, y finalmente me pareció mejor hacerlo a través de una Carta al Director, la que te ruego pongas a consideración de nuestro Comité de Redacción para valorar su publicación.

El objetivo fundamental de esta misiva es enviarte una noticia que apareció en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 5, No. 3, del mes de Marzo de 1999, en su sección "Instantáneas", en la página 176, con el título: "Se extiende el nuevo modelo "hospitalista" en los Estados Unidos, de la cual te adjunto fotocopia con un comentario personal al respecto.

Como ha soñado uno de los principales inspiradores y asesores de nuestra Revista, el Dr. Ernesto de La Torre, es muy conveniente mover a la polémica científica dentro de la misma. El presente tema y mis comentarios me parece pudieran conseguir este fin.

Ante esta noticia y su manera de enfocarla me sumo a los que da en llamar los desconfiados, y considero también que el movimiento "hospitalista" es otro paso más en el proceso de subespecialización.

Estoy convencido que ni en teoría el "hospitalista representa un médico autónomo sin las presiones y responsabilidades que tiene el médico de consultorio, podría beneficiar al paciente por medio de un cuidado más eficiente en el hospital, internaciones más cortas, ahorros y una calidad mejor de atención".

Para que esto tenga realmente un resultado satisfactorio se requiere según esta misma noticia, comunicación excelente entre el internista (dedicado a la atención primaria) y el "hospitalista", y además plantea la duda de que esto sea factible.

Nuestro modelo de atención del Médico y la Enfermera de la Familia, el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y la revitalización de los hospitales (2 de las estrategias principales de nuestro Ministerio de Salud Pública), por sí solos dan respuesta a las principales preguntas y dudas que se plantean en esta noticia:

- Cada vez tiene más peso en la formación de nuestro Médico General Básico, el contenido teórico y la práctica relacionada con la Atención Primaria de Salud y con la Medicina Familiar.

- Con contadas excepciones los especialistas que hoy ingresan en las filas del personal del II nivel de atención en nuestro país, se convierten primero en especialistas en Medicina General Integral, nuestra Medicina Familiar. Aunque anecdótico, no ha sido infrecuente escuchar a renombrados profesores cubanos expresar, que el nivel de preparación de estos especialistas es superior entre otros elementos por su mayor integralidad.
- El desarrollo de un Sistema Integrado de Urgencias Médicas, donde la creación y funcionamiento de una red de atención a la urgencia en la Atención Primaria es uno de sus 3 elementos fundamentales, niega lo que aparece como una necesidad, el hecho de que muchos internistas del nivel primario, ceden grandes proporciones de su responsabilidad a médicos de urgencias, consultas institucionales y otro personal de los hospitales.
- El desarrollo del Ingreso en el Hogar también refuerza la negación anterior.
- Las relaciones que en nuestro medio hemos dado en llamar policlínico-hospital, permiten el trabajo en equipo y el desarrollo de vínculos entre los Grupos Básicos de los 2 niveles, garantizando el constante flujo de información específica sobre los pacientes comunes, así como el intercambio de información científico-técnica en ambas direcciones.

Ante las principales preguntas, las respuestas siguientes:

- No pienso que los "hospitalistas" deban trabajar solamente cuidando enfermos en el hospital. Pienso que el trabajo intrahospitalario debe compartirse con un cuadro de proveedores de Atención Primaria, y no pienso que este cuadro tenga que ser necesariamente pequeño. El hospital debe, como lo hace en nuestro medio, abrir verdaderamente sus puertas a la comunidad donde está enclavado y a la cual presta sus valiosos servicios, no sólo intramuros sino llevándolos a las propias comunidades.
- Aunque la Medicina como ciencia no nació en un hospital, y son cada vez más las especialidades que van en busca de su desarrollo en el rico mundo de la comunidad, siempre deberán existir colegas que dediquen sacrificadamente la mayor parte de su tiempo a la atención hospitalaria, y si a estos llamamos "hospitalistas", estoy convencido que deben ser especialistas, y como propone nuestro modelo más de 1 vez: primero, especialistas de lo general, y después especialistas de lo particular, pero siempre con una visión generalista que les permita un desempeño mucho más integral.

Cumplido el objetivo fundamental de mi carta, me resta hacerte llegar el afectuoso saludo de los 40 Médicos de Familia, Especialistas en Medicina General Integral, cuyo trabajo hoy coordino aquí en Belice, mientras cumplen una muy meritoria labor internacionalista en esta hermana tierra centroamericana y el mío propio.

Sin más,
un abrazo, tu amigo de siempre,

Leo

Dr. Leonardo A. Cuesta Mejías
Especialista en Medicina General Integral
Coordinador de la Misión Médica Cubana en Belice

Se extiende el nuevo modelo "hospitalista" en los Estados Unidos

La revista *Annals of Internal Medicine* acaba de dedicar un suplemento especial del número de la revista 130(4), 16 de febrero de 1999, a describir un nuevo movimiento en atención hospitalaria que se está convirtiendo rápidamente en objeto de rigurosos análisis y estudios en los Estados Unidos. Se trata del modelo bautizado con el nombre de "hospitalista" en 1996 para referirse al médico que dedica gran parte de su tiempo y atención al cuidado de pacientes hospitalizados. Si bien siempre han existido especialistas de base hospitalaria en Europa y los Estados Unidos, los hospitalistas representan un nuevo paradigma en torno a la noción de hand-off o no interferencia por parte del médico de atención primaria. El hospitalista representa un médico autónomo sin las presiones y responsabilidades que tienen los médicos de consultorio. En teoría, esa característica podría beneficiar al paciente por medio de un cuidado más eficiente en el hospital, internaciones más cortas, ahorros y una calidad mejor de atención. Puesto que pasa mucho tiempo en el hospital, el hospitalista podría también asumir funciones de consultor médico, gerente de asuntos relacionados con cirugía, instructor de estudiantes de medicina y personal intrahospitalario e incluso de administrador en cuanto al desarrollo de normas clínicas y pasos críticos, mejora de la calidad y evaluación del uso de recursos. El aporte a estas áreas por parte de médicos dedicados representaría un gran avance.

Cerca de 90 % de los hospitalistas miembros de la National Association of Inpatient Physicians, nueva asociación nacional de médicos de pacientes hospitalizados, son internistas y la mayor parte recién empiezan su carrera. Para muchos internistas de experiencia, la práctica médica ha cambiado a medida que el foco de su atención se desplaza a una modalidad ambulatoria y, en muchos casos, a la atención primaria. Quizá en estos casos la disponibilidad de atención hospitalista para sus pacientes les permitirá vivir de manera menos fragmentada, abandonar la ineficiencia de ver muy pocos pacientes hospitalizados y concentrarse en mejorar la práctica basada en el consultorio o en el cuidado domiciliario e invertir más tiempo en la enseñanza desde el consultorio. Para que todo esto tenga un resultado satisfactorio, se requiere una comunicación excelente entre el internista y el hospitalista que se hace cargo de sus pacientes. Todavía es muy pronto para saber si ello es factible. A los desconfiados, el movimiento hospitalista puede parecerles otro paso más en el proceso de subespecialización y fragmentación de la medicina interna. Dadas las exigencias de la vida profesional fuera de los hospitales, muchos internistas ya ceden grandes proporciones de su responsabilidad a médicos de urgencias, consultores institucionales y otro personal de los hospitales. El grueso de la enseñanza a menudo se deja en las manos de asistentes y se imparte con frecuentes conferencias. En las facultades de las escuelas de medicina se suele separar a los clínicos de los investigadores para asegurarse de que haya una continua productividad de conocimientos académicos. Además, teniendo en cuenta que el interés principal debe ser la continuidad del cuidado del paciente, si no hay buena comunicación entre el médico remitente y el hospitalista antes, durante y después de la hospitalización, la calidad de la atención y la relación entre el paciente y el médico de atención primaria se deteriorará. Para muchos pacientes, no poder contar con la cercanía de su médico personal puede ser un precio demasiado alto que pagar, por más eficiente que sea el cuidado que recibe en el hospital. A la vez que prolifera el modelo del hospitalista, se debaten preguntas como las siguientes: ¿Deben los hospitalistas trabajar solamente cuidando enfermos en el hospital? ¿Debe todo el cuidado intrahospitalario estar a cargo de hospitalistas o compartirse con un pequeño cuadro de proveedores de atención primaria? ¿Deben los hospitalistas del futuro ser médicos generales o especialistas? ¿Quién debe ser el empleador de los hospitalistas y cómo deben ser remunerados? ¿Cómo deben ser formados los hospitalistas? ¿Es el nuevo hospitalista un especialista y, si es así, qué implica ello para la medicina organizada, el personal de salud, las organizaciones que otorgan credenciales y la medicina académica? (Goldmann DR. The hospitalist movement in the United States: what does it mean for internists? *Ann Intern Med* 1999;130(4 part 1):326-327 y Wachter RM. An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med* 1999;130(4 part 2):338-342.

Recibido: 2 de noviembre de 1999. Aprobado: 2 de noviembre de 1999.

Dr. Leonardo A. Cuesta Mejías. MINSAP. Dirección Nacional de Atención Primaria. Calle 23 e/ M y N, Vedado, Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.