

PERSPECTIVA CLINICA DE LA INTERDISCIPLINA

Dr. Ricardo G. Bernztein*

...En la base de todo conocimiento tiene que haber un fundamento filosófico. Si no, se corre el riesgo de cometer grandes errores. La más grande revolución en el campo de la física fue la que se hizo en nuestro siglo mediante las investigaciones de Einstein, que no fueron con aparatos sino con lápiz y papel, por decirlo así, y mediante la meditación de los fundamentos mismos de la ciencia física. No con metros y relojes, sino pensando en qué cosa es exactamente un metro y un reloj. En términos más pretenciosos su investigación fue epistemológica, es decir, filosófica.

...Una técnica es tanto más poderosa cuanto más realidad abarca, o sea cuanto más general, pero como la generalización implica pérdida de lo particular, el resultado es la pérdida de lo concreto, porque lo concreto es lo particular.

La enorme complejidad de los conocimientos que hemos adquirido desde Aristóteles hasta hoy y que al parecer hace ilusorio el huomo universale del Renacimiento, ha conducido a algo que es a la vez inevitable y catastrófico: el especialista. Un físico que se ocupa de espectrogramas puede ignorar vastas regiones de la física, lo mismo que un químico inorgánico respecto a la química orgánica. Esto ha sido inevitable, pero no incurramos en esa corriente falacia de tomar lo inevitable como magnífico. Aún en el mismo terreno del mundo material, el más simple de todos, la especialización condujo a una especie de nueva barbarie, y debemos recordar que la más grande revolución de la física la hizo un hombre que fue capaz de tomar en consideración los problemas más generales de la materia en relación con el tiempo y el espacio. Einstein no era un especialista: era un "generalista"¹.

La información médica y la necesidad de poseer habilidades específicas crecen en forma exponencial, y no hay médicos que en forma individual sean capaces de dominarlas completamente. A pesar de que en su mayoría los médicos siguen siendo generalistas, en EEUU el 12% de ellos se dedica al conocimiento de ciertas áreas en especial. La especialización pediátrica nace de la decisión de dedicarse a ramas clínicas o quirúrgicas, del interés por determinados órganos o sistemas, de la atención de niños de ciertos grupos etarios (como la neonatología o adolescencia), del nivel de complejidad de los pacientes (atención primaria o terciaria) o de la criticidad de los pacientes (ambulatorios o internados, sala o terapia intensiva). En los centros de mayor complejidad es donde ha tenido lugar la mayor especialización y donde la dependencia mutua entre las distintas áreas médicas da lugar a la interdisciplina.

El Hospital Garrahan, desde su apertura hace una década, fue concebido como un hospital de referencia para la alta complejidad, con fuerte presencia de las especialidades y con la clínica como disciplina integradora. Por lo tanto, la interdisciplina constituyó un punto medular en el desarrollo. Un sólido modelo teórico dio base a la moderna organización de los servicios de este hospital. Se partió de la división del trabajo presente en la obra de Adam Smith, ligada a los conceptos de especialización, eficiencia y racionalización. Taylor y Fayol dictaron los principios administrativos de las organizaciones. El modelo de organización médica tradicional, "flexneriano" (por el Dr. Abraham Flexner), se basó en instituciones caracterizadas por su división vertical en diferentes especialidades, según órganos, edades y criticidad. En cambio en el Hospital Garrahan se propuso un modelo superador, de *estructura matricial* que, según se supuso, podría asegurar una mejor calidad de atención a los pacientes en un centro complejo. En el hospital dicha

¹ Ernesto Sábato. Vida y Muerte, Medicina y Filosofía. Fragmento de una conversación mantenida con los redactores de la revista Medicina Intensiva, Buenos Aires, Noviembre de 1978.

* Servicio de Clínica Pediátrica
Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan

estructura matricial respeta la organización vertical de las *especialidades* con sus jefaturas, pero la *clínica*, en forma horizontal y sin competir con ellas como una interdisciplina más, las integra y coordina desde una posición transdisciplinaria. Así, para la atención de los pacientes en el hospital, se articularían de otro modo los roles logrando una síntesis de la visión amplia del clínico con la visión profunda del especialista. La existencia exclusiva de salas clínicas y polivalentes, su organización alrededor de los cuidados necesarios y no por patologías, con clínicos y especialistas colaborando y confrontando junto a la cama del paciente fue el punto de partida. En los especialistas, perder su territorio propio, sus salas, generó gran resistencia inicial. También existió resistencia de los clínicos a hacerse cargo de aspectos específicos o quirúrgicos "que no les correspondían" de los pacientes, debido a la mayor distancia que frente a los mismos tenían los consultores. Para el hospital fue un éxito la creación del Hospital de Día polivalente, que con un alto giro cama y por ende un bajo costo asistencial, resolvía a través de la interdisciplina, en forma rápida, graves problemas de los pacientes. Así también sucedió con la apertura de los consultorios de Mediano Riesgo, que ofrecieron un nuevo modelo de atención ambulatoria, donde los pacientes consultaban la patología ambulatoria de mayor complejidad en una primera y única vez, con clínica y especialidades. El entusiasmo interno por esta modalidad de trabajo se transmitió al exterior del hospital, desde donde la demanda de rotaciones para residentes y becarios superó la capacidad del hospital para ofrecerles un lugar. Por el debate y la síntesis, las consultas conjuntas de clínicos con neurólogos, dermatólogos, gastroenterólogos, etc. constituyeron una auténtica "cátedra" de medicina. Alrededor de ciertas patologías se constituyeron grupos de trabajo. El paradigma de éstos fue el Comité de SIDA. Esta nueva enfermedad pediátrica requirió de todos. Clínicos, infectólogos, neurólogos, neumonólogos, asistentes sociales, psicopatólogos, laboratoristas, no sólo discutían los casos clínicos. También aportaban novedades bibliográficas, desarrollaban protocolos de seguimiento e investigación, publicaban normas de atención. Similares grupos interdisciplinarios abarcaron temas como bronquitis obstructivas recurrentes, cefaleas, síncope, otorrinolaringología, tos crónica, enfermedad de Kawasaki, infecciones urinarias, enuresis, hipertensión arterial, patología de esófago. Estos grupos no contaron con un "despacho" propio en un sector del hospital determinado, sino que fueron representadas por la confluencia de varias áreas. Para muchos clínicos generales, abocarse a un tema en particular con mayor profundidad fue sentido como un alivio. Representó la posibilidad de que en algún tema los clínicos no consultaran, sino

fueran consultados. Se pensó que no bastaba con aplicar un nuevo y sólido modelo de estructura para obtener los mejores resultados, sino que el proceso de transición demandaría años.

¿Qué pasó en el Hospital Garrahan a lo largo de sus 10 años de existencia? Aún a riesgo de exagerar y sin dejar de reconocer el valor de la experiencia en sí misma, se deben considerar las progresivas dificultades del trabajo interdisciplinario, más la tendencia a regresar a viejos modelos organizativos, en lugar de profundizar el modelo propuesto. Necesidades específicas en el manejo clínico y de enfermería forzaron a las salas de internación a "especializarse", según se tratara de pacientes quirúrgicos, neuroquirúrgicos, nefrológicos, oncológicos, hepatológicos, etc. Sin embargo no se perdió el modelo de atención compartida por clínica y especialidades. En el Hospital de Día se reconoce que el trabajo interdisciplinario, que se ha mantenido, origina las mayores dificultades para su funcionamiento. La primera consulta ambulatoria de pacientes complejos pasó a realizarse en consultorios de especialidades (neurología, dermatología, cardiología, etc.) o de clínica en Mediano Riesgo, donde la interdisciplina se perdió en gran medida. Muchos de los grupos de seguimiento de enfermedades terminaron disolviéndose, muchas veces debido a desacuerdos respecto al lugar que ocupan en ellos los clínicos y los especialistas. En diferentes publicaciones no fueron reconocidos aportes realizados por otros colegas o servicios del hospital. Las dificultades para conformar equipos interdisciplinarios, tanto para la atención de pacientes como para el desarrollo de tareas científicas, así como la necesidad de definir el lugar del clínico en ellos, son el motivo de reflexión del presente trabajo.

El punto que más me interesa es la relación entre la clínica general y las especialidades. Al clínico le corresponde el contacto inicial del niño y su familia con la medicina. Define qué aspectos de la salud y la enfermedad pueden ser manejados por la familia y donde comienza la tarea médica. O sea, está presente cuando el niño se transforma en paciente. Sigue al niño a lo largo del tiempo, ya sea que esté sano, realizando prevención, o enfermo. Cuando el clínico trabaja en un centro de mayor complejidad debe desentrañar los problemas de los pacientes, plantear planes diagnósticos y terapéuticos, coordinar la tarea de los distintos especialistas. La aspiración de poseer una visión global tiene para muchos un indudable encanto. Aunque, como se sabe, "el que mucho abarca poco aprieta". El rol del especialista comienza cuando se requieren conocimientos o capacidades que no posee el médico general. Así como el clínico se identifica con los pacientes y sus familias y las enfermedades son episódicas, los consultores se identifican con las enfermedades, y el niño puede ser episódi-

co. En los hospitales de alta complejidad la función del clínico se superpone con la de los especialistas en el manejo de los niños y de las enfermedades. Allí no sólo debe cuidar de la salud del paciente, sino que debe investigar y formar residentes. ¿Cuál es el límite o la frontera entre el clínico y el especialista?

Todas las fronteras son discutibles, ya que acercan y al mismo tiempo separan. La posibilidad de traspasarlas depende del interés, del conocimiento, de la audacia, de la sensatez y de la aceptación de los propios límites. Hay situaciones extremas en las que la discusión no se plantea. La epilepsia es incumbencia del neurólogo, tanto por su especificidad, como por la necesidad de interpretar los EEG. Pero ¿qué sucede con las convulsiones febriles, si se parte del supuesto de que el EEG de rutina no es necesario? Podría decirse que el niño con SUH en diálisis es seguido por el nefrólogo, el que cursa hepatitis crónica por el hepatólogo o el que presenta un estridor por el endoscopista. Sin embargo, le corresponde al clínico interpretar que un niño ronco puede ser un hipotiroideo y no derivarlo al otorrinolaringólogo sino al endocrinólogo. ¿Quién reúne la mayor experiencia con los espasmos del sollozo, con el asma leve y moderada o las infecciones urinarias si no el clínico? Numerosas situaciones cabalgan en un área indefinida, y son las que plantean los mayores problemas.

No es casual que para el estudio de *síntomas* o *signos* como cefaleas, síncope, baja talla, tos crónica, apneas, artralgias y artritis, adenomegalias, etc., se hayan reunido los clínicos como iniciadores de grupos interdisciplinarios. Los síntomas o signos son originados por múltiples causas y no dependen de un solo órgano, sistema o especialidad. Los vómitos crónicos pueden estar originados por una patología gastroenterológica, pero también pueden deberse a un tumor cerebral, a una metabolopatía o a un trastorno de la conducta alimentaria. La orientación sindromática inicial determina para cada situación clínica los caminos que deben seguir los estudios y las consultas. Se ha formado una suerte de nueva especialización basada en la clínica, en la que puede incluirse al emergentólogo, al internista, o al pediatra ambulatorio. Debido a la creciente tendencia a establecer un manejo ambulatorio de los pacientes complejos, en estos casos el pediatra actúa finalmente como un especialista en la alta complejidad.

¿Cuál es el terreno a recorrer antes de la interconsulta? Frente a un niño con un síndrome de mala absorción, si la consulta depende del conocimiento del tema, si el pediatra no cree tener conocimiento suficiente lo deriva para estudio. Pero un pediatra solvente puede plantear el diagnóstico de enfermedad celíaca y derivar al niño para realizar la biopsia intestinal. Esa es la frontera infranquea-

ble. Si los anticuerpos antiendomiso reemplazaran a la biopsia, ¿el límite donde estaría? ¿Radicaría en la necesidad de experiencia suficiente para manejar una enfermedad crónica? Allí los límites se tornan difusos.

El especialista se nutre fundamentalmente de pacientes derivados por clínicos. Se ocupa de áreas específicas. La consulta puede realizarse para establecer o confirmar un diagnóstico, para reducir la ansiedad familiar, para optimizar la terapéutica o para realizar pronósticos. El especialista tiene mayor experiencia, su visión es más profunda, aunque corre el riesgo de ser tubular en la interpretación de muchas enfermedades. Esa experiencia que surge de ver numerosos casos de un mismo sistema o una misma enfermedad es una oportunidad de desarrollar conocimientos. Estos conocimientos pasan a formar parte de su patrimonio. ¿Qué se hace en nuestra sociedad con los patrimonios? ¿Se regalan, se defienden, se acaparan? Así como el territorio fue siempre poder, ¿el poder es ahora el conocimiento?

Posteriormente el especialista presenta casos en congresos y realiza publicaciones destinadas fundamentalmente a los clínicos, tan necesarios para ellos como lo son los espectadores para el funcionamiento del teatro. Así como el especialista pierde en la visión general, gana en la particular. El clínico deriva pacientes, el especialista deriva conocimientos. El clínico escucha y lee al especialista, y éste le enseña al clínico sobre los pacientes que él le derivó.

Sólo por lo que el conocimiento significa, se entiende que la relación clínica - especialidad sea conflictiva. Sería transgresor para el sentido común hospitalario ver a un especialista sentado "sacando" pacientes, o que esté a cargo de una demanda espontánea ilimitada, mientras el clínico asiste a congresos o publica algo dentro de un área considerada por algún grupo como propia.

A pesar de que los temas "no tienen dueño", todos sabemos delimitar nuestros territorios y poner límites a los que supuestamente nos invaden. Incluso es preferible no desarrollar equipos, que hacerlo delegando la cabeza. A veces preferimos perder beneficios potenciales que surgirían de participar o integrar grupos de trabajo acerca de distintos temas. Se constituye una sociedad con pocos actores y muchos observadores pasivos. Si los observadores quisieran actuar probablemente se generaría conflicto. Sin embargo, el conflicto puede ser un motor del aprendizaje.

En el hospital tradicional la interdisciplina puede no existir. Los profesionales de una institución no siempre forman un equipo de trabajo, y menos un grupo interdisciplinario. Un paciente con asma bronquial puede ingresar por clínica, por guardia, por neumonología o por alergología, y recibir ma-

nejos completamente diferentes, como si en un único hospital hubiera distintos hospitales. El conflicto queda saldado a costa de la atención del paciente.

¿Cuáles son las alternativas para los clínicos?

Una encuesta de la Academia Americana de Pediatría en 1978 reveló que la mayor parte de los pediatras preferiría no ser sólo generalista, sino desarrollar algún área de especial interés. Sin embargo, la primera alternativa es continuar en la tarea asistencial exclusiva, concurrir periódicamente a congresos y escuchar la presentación por parte del especialista de resultados y conclusiones acerca de pacientes por él derivados. La segunda alternativa es convertirse en especialista con el fin de obtener un mayor reconocimiento, renunciando al rol de generalista. La tercera es dedicarse a la administración hospitalaria o gerenciación, ocupando cargos burocráticos u organizativos. Se deja de estar cerca de los pacientes, hacer diagnósticos, plantear problemas e investigar, para pasar a encargarse de números y estadísticas. Sin embargo, sin desmerecer lo anterior, la jerarquización de la figura del clínico debiera ser la auténtica alternativa. Hay figuras como Lanari o Gianantonio que han dejado un legado de difícil implementación. La resolución del conflicto dentro del contexto de la interdisciplina pasa por sostener un servicio de clí-

nica que no pida permiso para producir, que aproveche los espacios existentes y que desarrolle espacios propios. La perspectiva del clínico no la tiene otro a la hora de investigar. Si el clínico no defiende su lugar, su punto de vista se pierde. A su vez, la salida más fructífera, no deja de ser la más costosa. Requiere que las autoridades regulen las contradicciones. Requiere la convicción de las partes de que la mejor alternativa es la síntesis de las diferentes perspectivas. Como conclusión, considero que la interdisciplina es un desafío que está plenamente justificado, pero que requiere una redefinición del rol del clínico en ella y aceptar la tensión de los conflictos, en lugar de retroceder a modelos organizativos perimidos.

LECTURA RECOMENDADA

- Luis Alberto Dal Bo. Organización de los servicios médicos. Pág. 225-238 (tomo 1). En Administración de los servicios de salud. Juan Carlos O'Donnell 1995. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias.
- Marta Susana Cappuccio. Hospital de día. Pág 98-105 (tomo 2). En Administración de los servicios de salud. Juan Carlos O'Donnell 1995. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias.
- Frank A Oski. Principles and practice of pediatrics. 1990 Lippincott Company, Philadelphia.
- Waldo E Nelson. Textbook of pediatrics 15th edition 1997. Saunders Company.
- Robert A Hoekelman. Primary pediatric care 1987. Mosby Company.
- Ferber Horacio. El lugar del conocimiento en el equipo interdisciplinario. Arch Arg Pediatr 1996; 268-270.