

## *Epidemiología en Acción*

---

## **MEDICINA INTERNA ITINERANTE COMO OFERTA DE SERVICIO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO**

ITINERANT INTERNAL MEDICINE AS A SERVICE OFFERING TO THE ADULT'S INTEGRAL ATTENTION PROGRAM.

*Manuel Contreras<sup>1</sup>*

### **INTRODUCCIÓN**

William Osler, gran maestro de la medicina interna estadounidense y mundial, predijo en 1897 que durante el siglo XX, la medicina interna sería la especialidad médica más completa, más solicitada y gratificante. Osler definía al internista como generalista plural. Un médico con una visión amplia del paciente pero a su vez con una profundidad de conocimientos. El internista tiene dos características principales que lo definen: a) por un lado, la profundidad de conocimientos, desempeñando el papel de consultor y b) por ser pluralista y general, es capaz de ofrecer a sus pacientes asistencia integral.<sup>1</sup>

Una definición que se basa en datos recopilados por los Dres. William B. Bean, en 1982, y Paul B. Beeson, en 1986, plantea:

“Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención”.<sup>2</sup>

La Medicina Interna tiene otra característica histórica, no explícita en esta definición, y que la distingue de la Medicina General: intenta incorporar al conocimiento clínico de las enfermedades y a su tratamiento los progresos de las ciencias. Para cumplir con el concepto de «atención integral», a las ciencias biológicas se suman los avances en psicología y en ciencias sociales que contribuyen al propósito integrador.<sup>2</sup>

Los cambios en la atención y ejercicio médicos han moldeado el perfil del internista. Al inicio del presente siglo se puede afirmar que la especialidad ha madurado y adaptado a los requerimientos asistenciales contemporáneos, al punto que el internista puede ofrecer sus conocimientos y habilidades en cualesquiera de los tres niveles de atención.<sup>3</sup>

En la atención primaria, además de la asistencia directa del paciente adulto, ofrece asesoría, supervisión y coordinación de acciones de enlace con los otros niveles de atención<sup>3</sup>; conjuntamente con los médicos generales y familiares se dedica a servicios de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.<sup>4</sup>

Después de la atención del internista en un segundo nivel de atención médica, el 30% de pacientes es devuelto al primer nivel de atención, un 25% se transfiere a un especialista del tercer nivel, el 10% es hospitalizado directamente y 35% es diagnosticado y tratado por el internista en el lapso de unos pocos días.<sup>5</sup>

En la atención hospitalaria correspondiente al tercer nivel de atención, el internista interviene como coordinador entre las diferentes especialidades; tiene a su cargo el diagnóstico y tratamiento de casos críticos o complejos, de enfermedades multiorgánicas, las atenciones en emergencia y unidades de cuidados intensivos, áreas que requieren de formación integral y amplias destrezas, y aporta con su juicio clínico orientaciones para el uso racional de tecnología<sup>3</sup>. Pero

---

<sup>1</sup>Docente del Departamento de Salud Pública. Escuela de Medicina “Dr Witremundo Torrealba”. Universidad de Carabobo. Médico Internista del Hospital Dr. José María Vargas de Cagua. Correspondencia: manuelcontreras938@hotmail.com

además de lo asistencial, en cada uno de los tres niveles *el internista puede y debe participar en actividades de promoción, prevención, docencia e investigación, de una complejidad relacionada al nivel de atención* correspondiente.<sup>6</sup>

En todo caso la excelencia de la actuación médica seguirá siendo la base de un buen sistema sanitario. Una historia clínica correcta, una exploración física cuidadosa, el empleo de la inteligencia humana en el proceso diagnóstico, el calor humano y la comprensión, son condiciones imprescindibles para la calidad del acto médico<sup>1</sup>. El internista puede desempeñar su actividad en el área asistencial, docencia e investigación. Pero es obvio que la dedicación a cada una de estas facetas varía notablemente según trabaje en un entorno universitario y, por tanto, en un hospital de referencia, o, por el contrario, su ámbito de actividad principal sea la comunidad.

La actividad en el ámbito comunitario conforma parte importante de la práctica en una consulta de Medicina Interna Itinerante; sin obviar la movilización entre los diferentes centros asistenciales y comunidades que su ejecución implica.

La práctica médica está experimentando numerosos cambios a los que debe adaptarse cualquier profesional del ámbito sanitario<sup>1</sup>. Tradicionalmente el sistema de salud en Venezuela ha sido curativo bajo una concepción que respondía a un modelo biologicista y asistencialista lo que hizo de la práctica médica un sistema de atención de salud excesivamente medicalizado y centrado en una medicina dirigida a la atención hospitalaria<sup>7</sup>, actualmente se hace cada vez mayor énfasis en los aspectos médicos de tipo epidemiológico y preventivo en la consecución de una producción de servicios de amplia cobertura, mayor énfasis en los primeros niveles de atención médica, haciendo la red de servicios eficaz y eficiente para enfrentar así las demandas. La tendencia actual esta orientada al surgimiento de diversas modalidades sanitarias tales como la cirugía ambulatoria, hospitalización a domicilio, atención integral, salas de parto natural, unidades de trombólisis en la red ambulatoria, cuidados paliativos y manejo del dolor, entre otras. Encaminadas en su conjunto a brindar calidad de vida, promoción, prevención y restitución de la salud.

La insuficiencia de recursos obliga a una utilización más racional de los mismos, generando los nuevos modelos de gestión y atención; adquiriendo en consecuencia mayor importancia las variantes bioéticas, así como, la participación comunitaria y la justicia en relación a la práctica médica<sup>8</sup>

Uno de los problemas trascendentales para Venezuela en el presente siglo, está en como generar políticas públicas que garanticen la inclusión de todos aquellos excluidos en el modelo tradicional conceptual dominante. En el caso de la asistencia en salud está dada por la interfase que se genera entre necesidades de salud y la capacidad de respuesta del sistema frente a dichas necesidades<sup>9</sup>. Así, políticas públicas y gobernabilidad conforman un binomio altamente relacionado con la eficiencia y la efectividad de las políticas, las cuales deben estar en capacidad de articular los elementos técnicos con los elementos políticos de las decisiones.<sup>10</sup>

La aparición de esta nueva interpretación de la salud Pública no irrumpe de improviso en el panorama internacional y nacional. Desde el año 1965 los Ingleses Leavell y Clark habían modificado el rígido esquema hanlomiano entre medicina preventiva y medicina curativa, incluyendo nuevos aspectos que ampliaban la visión del trabajo en el sector salud. Organizan estos investigadores un concepto de niveles de atención en el proceso de la asistencia médica sanitaria que se expresan en la promoción de la salud, protección específica, diagnóstico y tratamiento, limitación del daño y rehabilitación. Concepción incorporada en forma definitiva a partir de la llamada Declaración de Alma Ata en el año 1978.<sup>11</sup>

En Septiembre de 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) celebra en la ciudad de Alma Ata (URSS) la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), en el marco de esta actividad se efectúa la Declaración de Salud para Todos en el año 2000; entendiendo la APS como el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema de salud.<sup>11</sup>

La estrategia de Atención Primaria de Salud busca: *ampliar la cobertura, elevar la resolutivez y la calidad de la oferta de servicios, facilitar el acceso y la integralidad de la atención, estimular la participación ciudadana, movilizar e integrar esfuerzos intersectoriales y trasdisciplinarios, reconociendo y actuando de forma transversal en los diferentes niveles de atención tradicionalmente utilizados, estableciéndose así, la distinción con el primer nivel de atención definido por el centro de atención ambulatoria*<sup>9, 11</sup>

Actualmente se ha propuesto un nuevo modelo de salud que busca fortalecer la articulación institucional y programática orientado a promover una nueva cultura de la salud, destacando como procesos básicos de su accionar la promoción, prevención, restauración de la salud, y rehabilitación, redefiniendo una red de atención de la salud en primaria, secundaria y terciaria.<sup>12</sup>

La Red primaria conformada por *Barrio Adentro I*, en donde se establece la Medicina Familiar y Comunitaria, manteniendo un censo de población, desarrollo de programas e impulso de las actividades de promoción y prevención. La red secundaria *Barrio Adentro II* en el que se incluye Centros Diagnósticos Integrales para pacientes que necesiten exploraciones clínicas de sistemas y órganos específicos. La red terciaria, *Barrio Adentro III*, que incluye la infraestructura hospitalaria e Instituciones especializadas.<sup>12</sup>

Documentos oficiales ubican el origen de la Misión Barrio Adentro en el Convenio Venezuela-Cuba, como respuesta del estado a la problemática social y de salud. En el año 2003 se adscribe esta Misión a la Coordinación de Atención Primaria del entonces Ministerio de la Salud y Desarrollo Social, actualmente a pesar de estar adscrita al Ministerio del Poder Popular para la Salud, continúa como estructura paralela a las Direcciones Regionales y Municipales de Salud, siendo gestionada por personal médico cubano<sup>13</sup>; sin embargo ya se dispone de reporte epidemiológico a las Direcciones Municipales de salud, lo que orienta en un periodo mediato a la implementación de la nueva estructura sanitaria.

La actividad asistencial no puede estar de espaldas de los progresos que se obtienen de la investigación, tanto básica como clínica; ni de la necesaria práctica médica curativa vista como una actividad complementaria en sinergia a la prevención como formas de abordaje de los problemas de la salud. En el fondo la experiencia documentada, con todas sus limitaciones ideológicas e instrumentales, busca brindar, quizás una oportunidad a un momento no político en su realización, el momento de la experiencia, el análisis y la reflexión. Oportunidad para pensar sobre el uso de recursos humanos y materiales a partir de la infraestructura disponible bajo una concepción de un nuevo modelo de atención y gestión.

La Corporación de Salud en el estado Aragua, a través de su Programa de “Atención Integral del Adulto”, propuso desde el año 1995 el diseño de un programa que, basándose en la real existencia de atención primaria, secundaria y terciaria, pudiese usarse de una forma eficiente para optimizar la detección, el seguimiento y el control de diversas patologías prevenibles. El logro propuesto esta orientado a la “reducción de la aparición de enfermedades agudas prevenibles, así como, crónicas degenerativas en los grupos expuestos a riesgo, retardar o evitar la aparición de las complicaciones crónicas y disminuir la mortalidad a largo plazo, minimizando las repercusiones medicas, económicas y sociales que alteran las condiciones de vida de la población afectada”.<sup>14</sup>

La organización y ejecución del Programa de Atención Integral al Adulto está plenamente justificada, donde no hay nuevos gastos de infraestructura y en el que puedan utilizarse recursos humanos y técnicos ya disponibles.

Para que el programa de Atención Integral funcione adecuadamente es necesario que los niveles de atención de Salud, luego de recibir la información y el entrenamiento correspondiente, así como, capacitaciones y actualizaciones regulares, se apeguen a las pautas diagnósticas y tratamiento que son establecidas por los diferentes programas de salud dependientes desde el punto de vista normativo del Ministerio del Poder Popular para la Salud. La segunda condición es que haya una evaluación permanente de cómo marcha del sistema para detectar sus fallas o el incumplimiento de los objetivos del programa por parte del equipo de salud involucrado.

En el marco tradicional de la organización sanitaria del sistema público nacional de salud aun existente en Venezuela, la estructura refleja tres componentes o niveles de atención. Se describe a continuación la forma de ejecución de la oferta de servicios de la consulta de Medicina Interna Itinerante bajo esa estructura.

#### **OFERTA DE SERVICIO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN**

En el contexto de la Atención Integral al Adulto desde el año 2002 se inicia en la Red ambulatoria del Municipio Sucre del Estado Aragua una consulta de Medicina Interna Itinerante<sup>15</sup>, utilizando la infraestructura física y recursos humanos disponibles en la red ambulatoria.

Entre los Objetivos de la consulta de medicina interna itinerante destacan: Promover un servicio de alta eficiencia y calidad que permita mejorar y mantener la salud integral de las familias usuarias del servicio de salud en la red ambulatoria. Garantizar procesos para que se asuma la salud como una responsabilidad de todos, a nivel individual y colectivo. Llevar a cabo acciones de promoción y prevención de la salud, dirigidas a grupos en condiciones de vulnerabilidad, a través de la identificación y manejo de factores de riesgo; educación continua de los equipos locales de salud y comunidad. Así como, fortalecer la oferta de servicios básicos de salud en la Red Ambulatoria. Favoreciendo de esta manera el desarrollo de los diversos programas y actividades de mantenimiento de la salud con base en los ciclos vitales.

En el estado Aragua se han organizado consultas especializadas itinerantes de Medicina Interna

en otros municipios<sup>15</sup>, tales como, Mario Briceño Iragorry (1999), Linares Alcántara (2000) y Municipio Ribas (2002).

Teniendo como base el Diagnóstico situacional de Salud del Municipio Sucre se definieron prioridades de atención las cuales están en correspondencias a las necesidades del Estado Aragua y de la Nación en general. Destacando entre la prioridades los problemas o necesidades de atención relacionados con enfermedades cardiometabólicas<sup>16</sup>. *Claro está, sin obviar la existencia de otros programas de salud pública que requieren la intervención del Médico Internista y en las que igualmente participa en función de las demandas y necesidades sociales del entorno comunitario, factores de riesgos identificados y estilos de vida de grupos evaluados.*

En la atención primaria, el Internista además de la asistencia directa del paciente adulto, ofrece acciones de asesoría y supervisión del sistema y coordina acciones de enlace con los otros niveles de atención; conjuntamente con los médicos rurales de la red ambulatoria se dedica a servicios de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

#### **OFERTA DE SERVICIO EN EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

La atención médica a este nivel tiene como establecimientos base los ambulatorios urbanos tipo I y II, y en algunas circunstancias incluye hospitales tipo I, como es el caso del municipio Sucre del estado Aragua.

Los hospitales tipo I cuentan con especialidades médicas básicas, apoyo de medios diagnósticos y tratamiento. También estarán los demás integrantes del equipo de salud: Odontología, historias médicas, trabajo social, inspectores sanitarios, laboratorio, radiología, administración, enfermería, entre otros.<sup>17</sup>

El Hospital Dr. José María Vargas (HJMV) de la Ciudad de Cagua presta atención médica de segundo nivel. Brinda apoyo al nivel primario como centro de referencia, ofreciendo soporte económico, técnico, de laboratorio, hospitalización, intervenciones ambulatorias, interconsultas con otras especialidades básicas requeridas. El Médico Internista Itinerante igualmente cumple actividades médicas asistenciales y docentes en este centro sirviendo de interconexión directa con la red ambulatoria y el equipo de salud de ambos niveles.

Según Prado R (2001), en la atención secundaria el internista, sirve fundamentalmente como un enlace entre la asistencia comunitaria y el hospital optimizando la atención y los recursos disponibles.<sup>4</sup>

Al realizar actividades directamente en el primer nivel de atención médica, se fortalece la integración de ambos niveles facilitando la atención de usuarios directamente en su entorno social, familiar y comunitario.

#### **OFERTA DE SERVICIO EN EL TERCER NIVEL DE ATENCIÓN**

Proveerá servicios ambulatorios y de hospitalización en todas las demás subespecialidades, como son: gastroenterología, endocrinología, alergología, urología, vascular periférico, hematología, nefrología, infectología, neurología y fisiatría; además de intervenciones más complejas en las especialidades y subespecialidades incluidas en el nivel anterior. También brindará servicios de apoyo, diagnóstico y terapéutico, que requieren de alta tecnología y grado de especialización, según nivel de complejidad. Los establecimientos típicos son los hospitales regionales y nacionales generales o especializados. El centro de referencia del HJMV de Cagua es el Hospital Central de Maracay. Al garantizar la oferta de servicio en el primer nivel, todo usuario que requiere de una evaluación por subespecialidades es canalizado directamente al tercer nivel de atención, obviando su referencia al segundo nivel de atención.

Se debe tener claro que es imprescindible que las subespecialidades continúen progresando y desarrollándose, pero ello necesariamente debe equilibrarse con un crecimiento paralelo en la Medicina Interna<sup>4</sup>. Una y otras son complementarias, y es posible que la mejor atención sea aquella que combina la “amplitud” de conocimientos, con la “profundidad” del subespecialista.<sup>18</sup> De la misma manera, hay que cultivar el acercamiento a la medicina familiar y reconocer las ventajas que ella ofrece al sistema sanitario; pero sin olvidar que su objetivo es la resolución y la prevención de problemas médicos más generales y menos complejos dentro de los miembros de la familia.<sup>19</sup>

#### **FORMA DE ENTREGA DE LOS SERVICIOS**

En este modelo de atención, la entrega de los servicios se realizará mediante 02 visitas mensuales a cada uno de los ambulatorios y 03 visitas semanales al Hospital del Municipio Sucre dependientes de la red pública adscrita a Corposalud Aragua; de esta manera se fomenta además el uso racional de todo el recurso humano, físico, y tecnológico de que dispone el Municipio.

Lo anterior implica, entre otras cosas, ofrecerles a los usuarios nuevas opciones de atención y cobertura

de servicios, modalidades de gestión diversas, y un plan de formación médica continua institucionalizada a la población médica adscrita a la Red Ambulatoria.

Las estrategias de atención primaria, gozan del respaldo de la comunidad científica internacional por cuanto es considerada como el camino para la resolución de problemas de salud prevenible.<sup>9, 11</sup>

La Consulta de Medicina Interna Itinerante contempla además actividades en el área de hospitalización del segundo nivel de aquellos pacientes procedentes del primer nivel, instrumentación del programa Cardiovascular metabólico, así como, administración de la estreptoquinasa, pesquisa a grupos de alto riesgo y tamizaje de usuarios que requieren evaluaciones en las diferentes subespecialidades en el tercer nivel de atención médica.

#### **MEDICINA INTERNA ITINERANTE COMO ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA**

En el contexto de la referida estrategia de Atención Primaria, la Dirección Municipal de Salud en Sucre, del estado Aragua, ejecuta esta modalidad de atención médica especializada desde el año 2002. En un primer término está dirigida a brindar atención a los pacientes con patologías cardiovasculares y metabólicas considerando las proyecciones a escala mundial y nacional de la prevalencia de estas patologías, estimadas a nivel mundial en un 4,2%. Para Venezuela, se estima entre 5.1 y 6.0%<sup>21</sup>. De igual forma se garantiza atención médica a todo usuario captado por los médicos de la red ambulatoria que consideren ser evaluados por descompensación de alguna condición médica de base, dudas diagnósticas de diversas patologías, riesgos de enfermedades prevenibles, ajustes de tratamiento, entre otras condiciones. *En esencia es una estrategia de atención primaria que busca dar respuestas a necesidades de la población que no cuenta con servicios de Medicina Interna en su propia localidad, insertando la actividad del Internista en la infraestructura sanitaria existente.*

El Municipio Sucre del estado Aragua abarca 1.10% del territorio aragüeño. Posee cinco zonas industriales con 162 establecimientos industriales, 10.52% del total de la región y ocupa 12.440 personas. Presenta una excelente ubicación geográfica, lo que permite comercializar sus productos con el resto del país. La población del municipio es de 117.396 habitantes<sup>15, 22</sup>. La red de asistencia pública dispone de 04 ambulatorios y un hospital adscritos a la Corporación de salud del estado

Aragua, cuya organización por niveles de atención está en un proceso de transición hacia el nuevo modelo de Organización Sanitaria Nacional, propuesto por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, bajo la Misión Barrio Adentro, la cual tiene como objetivo primordial la tarea de garantizar el acceso pleno a servicios de salud integrales y de calidad.<sup>23, 24</sup>. El nuevo modelo organizativo, corresponderá en consecuencia a un modelo de gestión y atención orientado a priorizar y enfatizar la asistencia médica en forma integral u holística, centrada en las necesidades del usuario, familia y comunidad.

En este orden de ideas, la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en 1999, hace énfasis en que el problema de la salud es como preservarla y construirla; partiendo además, la necesidad de entenderla de manera integral y no solo relacionada exclusivamente con asistencia médica, sino que se debe hacer énfasis en el papel que el médico y los equipos de salud deben jugar con relación al componente preventivo, ambiental y de agente transformador de la realidad socioeconómica del individuo y su comunidad.<sup>22, 23</sup>

Este marco conceptual general nos lleva a entender que la práctica médica preventiva debe servir de apoyo en la gestión y atención de estos nuevos modelos de atención médica lo que nos ha permitido revisar la oferta de servicio de una Consulta de Medicina Interna Itinerante realizada en el Municipio Sucre del estado Aragua, con el propósito de compartir experiencias y reflexiones en el ámbito universitario y particularmente de la Salud Pública.

Incluimos además, una exploración cualitativa del Sistema de Información en Salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI), en el que se resumen las actividades ejecutadas en dicha consulta durante el periodo 2002-2006, para ello se considero un total de 10.864 pacientes atendidos en la consulta de Medicina Interna Itinerante realizada en este Municipio en el periodo mencionado.

La consulta de Medicina Interna Itinerante ha permitido ampliar la cobertura de atención médica especializada en el Municipio Sucre, con un 58.23% de consultas realizadas en la Red primaria y un 41.77% a nivel hospitalario. La distribución por establecimiento fue de 41.74% de visitas al Hospital Dr. José María Vargas; 17.82% ambulatorio de la Parroquia de Bella Vista; 15.86% Ambulatorio Rómulo Gallegos; 15.21% Ambulatorio Rafael Urdaneta y un 9.34% al Núcleo de Atención Primaria de Tamborito en el periodo 2002-2006 (Tabla N°1).

En cuanto al número de visitas realizadas y pacientes atendidos, se han realizado 1.150 visitas a la

**Tabla N° 1**  
**Distribución de los Pacientes Atendidos en la**  
**consulta de Medicina Interna Itinerante, según**  
**establecimientos de salud. Municipio Sucre, estado**  
**Aragua, Período 2002-2006.**

<b>Establecimientos</b>	<b>Consultas</b>	<b>%</b>
Hospital Dr. José María Vargas	4535	41.74%
Ambulatorio de Bella Vista	1937	17.82%
Ambulatorio Rómulo Gallegos	1724	15.86%
Ambulatorio Rafael Urdaneta	1653	15.21%
Núcleo de Atención Primaria	1015	9.34%
<b>Total de Consultas</b>	<b>10.864</b>	<b>100</b>

red asistencial del municipio Sucre, de un total estimadas de 1.200, lo que representa el cumplimiento de un 95.83% de visitas para el quinquenio. Se atendieron un total de 10.864 usuarios, de los cuales 3.849 (35.42%) fueron pacientes de primera vez y 7.015 (64.58%) de consultas sucesivas (Tabla N° 2).

Las patologías médicas más frecuentes por aparato y sistema reflejan un alto porcentaje de alteraciones Cardiovasculares (36.71%); endocrinas (25.11%)<sup>9</sup>; respiratorias (11.8%); osteomusculares (5.27%); digestivas (3.8%); piel y anexos (2.9%) y neurológicas (1.69%). A través de la consulta itinerante se tiene la capacidad de poder atender casos crónicos degenerativos, así como, descompensaciones agudas. De igual forma se establece un plan de atención médica a ejecutar por el médico de la red ambulatoria bajo la supervisión y seguimiento en conjunto con el internista (Tabla N° 3).

El sistema periódico de visitas no es plenamente satisfactorio, dado un cronograma de visitas cada quince días a cada uno de los ambulatorios. Sin embargo se mantienen consultas de medicina interna itinerante a nivel del Hospital del Municipio durante tres días a la semana evaluando pacientes referidos desde la red en el área de emergencia y hospitalización según las condiciones del usuario. El Hospital cuenta además con un segundo médico internista en el Hospital “Dr. José María Vargas”, centro de referencia garantizando así, la demanda propia del área de influencia hospitalaria y pacientes de la red primaria tal cual como lo establece la atención médica por niveles.

Después de la atención del internista en *un segundo nivel de atención médica*, el 30% de pacientes es devuelto al primer nivel de atención<sup>5</sup>. Al realizar directamente la consulta especializada de Medicina Interna Itinerante en la red primaria, se reducen hasta en un 30% la asistencia de usuarios en el segundo nivel de atención, lo que reduce significativamente los porcentajes de referencia; generando así, impacto de las acciones de la Salud Pública.

Se ha registrado en la atención médica de las consultas de medicina interna itinerante: Hipertensión Arterial (42.97%); Diabetes Mellitus (17.77%); Evaluaciones Preoperatorios (8.49%); Patología renal (7.43%); Dislipidemias (6.63%); EPOC (6.37%); Cardiopatías (2.92%); asma (2.65%); Patología tiroidea (2.1%); Insuficiencia Cardíaca (1.59%) y artritis reumatoidea (1.06%). Pacientes que requieren de atención médica integral, exploración física y orientación diagnóstica, así como, seguimiento a mediano y largo plazo (Tabla N° 4).

La evaluación cardiovascular permite además de estimación de riesgos quirúrgicos, identificar grupos de riesgos en patologías prevenibles como la Hipertensión y la Diabetes Mellitus, asistencia muy solicitada en la red ambulatoria con un porcentaje 8.49% oportunidad para fomentar estilos y condiciones de vida saludable.

Los Programas de Salud prioritarios como cardiovascular y metabólico se ven reforzados bajo esta modalidad de asistencia. La atención Integral al adulto esta interrelacionada con actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento dirigidos a grupos específicos según edad y género.

Para garantizar al adecuado desarrollo y cumplimiento de la consulta itinerante, todas las actividades incluidas en ellos, son coordinadas desde la Dirección Municipal de Salud Sucre y apoyadas por el segundo y tercer nivel de atención. Durante la ejecución de la consulta las acciones son adaptadas a las necesidades locales, de acuerdo con los diagnósticos de cada centro asistencial.

*Es importante destacar que dentro de los objetivos de la consulta de medicina interna itinerante, las actividades de identificación de factores de riesgo, pesquisa, detección de patología prevenibles asociadas a estilos y condiciones de vida; así como, actividades de educación continua en los equipos locales de salud, reducen la aparición de complicaciones crónicas de enfermedades, así como, los costos de atención por este concepto.<sup>25</sup>*

**Tabla N° 2**  
**Distribución de los Pacientes Atendidos en la consulta de Medicina Interna Itinerante, según tipos de consulta.**  
**Municipio Sucre, estado Aragua. Período 2002-2006.**

Actividad	Año 2002	Año 2003	Año 2004	Año 2005	Año 2006
Primeras					
Consultas	778	719	742	783	827
Consultas					
Sucesivas	1150	1134	1480	1575	1676
<b>Total de</b>					
<b>Pacientes</b>	<b>1928</b>	<b>1853</b>	<b>2222</b>	<b>2358</b>	<b>2503</b>

La guía de atención, seguimiento, control clínico y de laboratorio de los pacientes atendidos por la consulta de medicina interna itinerante en el Municipio Sucre del estado Aragua, corresponde a una adaptación del esquema propuesto por el Consenso Nacional de Diabetes. El objetivo de esta guía está dirigido al seguimiento periódico del usuario. Algunos parámetros pueden requerir evaluaciones más frecuentes individualizadas según factores de riesgos identificados

y hallazgos obtenidos del examen físico practicado a cada paciente. La solicitud de otros estudios estará determinada por los planteamientos diagnósticos, riesgos, estilos de vida que surjan en el contexto de patologías particulares. En general se establecen acciones de pesquisa, promoción y prevención (Tabla N° 5).

**Tabla N° 3**  
**Morbilidad en pacientes atendidos por la Consulta de Medicina Interna Itinerante, según aparato y sistemas**  
**Municipio Sucre, estado Aragua. Período 2002-2006**

Aparato y Sistema	Total de Diagnósticos	%
Cardiovascular	5220	36.71%
Endocrino	3570	25.11%
Respiratorio	1680	11.81%
Preparatorio	960	6.75%
Genito Urinario	840	5.91%
Osteomuscular	750	5.27%
Digestivo	540	3.80%
Piel y Anexos	420	2.95%
Neurológicos	240	1.69%
<b>Total</b>	<b>14.220</b>	<b>100</b>

Durante el periodo 2002-2006 las actividades de promoción y prevención como ejes centrales de la consulta de medicina interna itinerante (Tabla N° 6), corroboran la intencionalidad de llevar la especialización al nivel primario; reforzando e incorporando al médico general en la prevención, diagnóstico y manejo de patologías hasta el momento solo atendidas por el especialista a través de la docencia en servicio. Se han conformado 05 clubes de hábitos saludables integrados por usuarios de la consulta de medicina interna itinerante; así como, familiares de los pacientes con o sin diagnóstico de patología alguna. La mayor proporción esta representada por usuarios Hipertensos y Diabéticos, lo que obedece al proceso histórico de dichos clubes que en un principio fueron concebidos para pacientes diabéticos e hipertensos únicamente, incorporando luego otros miembros con factores de riesgo para morbilidades varias.

Se han realizado un total de 540 reuniones con los clubes de hábitos saludables, en las que se desarrollan básicamente actividades de carácter educativo, recreativo y de pesquisas, estructuradas en función de factores de riesgo identificados, temas sugeridos por los participantes y perfiles de morbimortalidad del entorno.

**Tabla N° 4**  
**Distribución de las 12 primeras causas de Morbilidad**  
**en pacientes atendidos por la Consulta de Medicina**  
**Interna Itinerante. Municipio Sucre, estado Aragua.**  
**Período 2002-2006**

<b>Morbilidad</b>	<b>Consultas</b>	<b>%</b>
Hipertensión Arterial	4860	42.97%
Diabetes Mellitus	2010	17.77%
Evaluación Preoperatorio	960	8.49%
Patología Renal	840	7.43%
Dislipidemia	750	6.63%
EBOC	720	6.37%
Cardiopatía Isquémica Crónica	330	2.92%
ASMA	300	2.65%
Patología Tiroidea	240	2.12%
Insuficiencia Cardíaca	180	1.59%
Artritis Reumatoidea	120	1.06%
<b>Total de Consultas</b>	<b>11.310</b>	<b>100</b>

Las principales actividades de pesquisa comprenden peso, talla, circunferencia abdominal, medición de tensión arterial, determinaciones de glicemia, colesterol, triglicéridos, microalbuminuria, electrocardiogramas, evaluación nutricional, entre otras.

Un total de 350 pacientes referidos al Hospital Dr. José María Vargas de Cagua al servicio de hospitalización desde la consulta de Medicina Interna Itinerante en el periodo 2002-2006 (Tabla 6) ; el total de pacientes hospitalizados en dicho centro en el periodo mencionado fue de 2.750 pacientes; con un promedio anual de 550 hospitalizados.<sup>15</sup> Lo que representa un porcentaje de referencia de un 12.72%.

Un 10% de los pacientes evaluados por Medicina Interna es hospitalizado directamente.<sup>32</sup> El porcentaje de hospitalizados desde la consulta de Medicina Interna Itinerante se ubicó en un 12.72%; el cual es superior en comparación a estándares planteados por algunos autores. Lo que puede corresponder en parte a la alta incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, complicaciones asociadas, capacidad resolutoria del primer nivel de atención, único centro público de referencia en la localidad y características particulares de la población estudiada.

Destaca en la organización por niveles la atención de pacientes por otras especialidades, así se

observa la solicitud de interconsultas a nefrología, podología, oftalmología; ofertadas en el contexto de atención integral al paciente diabético e hipertenso, quienes representan sino el único programa de salud pública, si el de mayor número de usuarios demandantes de la consulta.

Los grupos de alto riesgo identificados representan uno de los objetivos prioritarios de la consulta, los cuales son incorporados a las acciones de prevención, promoción y seguimiento.

### CONCLUSIÓN

La consulta de medicina interna itinerante corrobora la intención de alcanzar y llevar la actividad medica especializada al primer nivel de atención, incorporando al equipo de salud de la red ambulatoria en la identificación, manejo y seguimiento de patologías hasta ahora solo atendidas por el medico especialista en otros niveles. Representando así, una estrategia de atención primaria orientada al fortalecimiento de los programas de atención integral de salud, en el contexto de un nuevo modelo de gestión y atención médica que priorice la promoción, prevención y educación como ejes estructurales del quehacer en salud. Garantizando en buena medida la interconexión directa entre el primer y segundo nivel de atención médica en la red asistencial del municipio Sucre. Además incrementando la cobertura y accesibilidad de usuarios desde los ambulatorios cercanos a su residencia.

Facilita el contacto directo con las comunidades, representando un primer paso hacia el fortalecimiento de la prevención, promoción, diagnóstico y tratamiento; en el actual escenario político nacional que favorece la implementación de modelos de atención orientados hacia los primeros niveles de atención médica, siendo concordante con las políticas públicas y objetivo de la misión barrio adentro como estrategia de atención integral.

Con la oferta de servicios brindada directamente en la red primaria de atención médica, utilizando la infraestructura disponible, así como, el recurso humano, se esta garantizando una mayor cobertura y accesibilidad a las comunidades que conforman el área de influencia de cada ambulatorio del Municipio Sucre.

Se redefine la atención médica tradicional del primer nivel de atención, descongestionando el segundo nivel con el fortalecimiento de los servicios médicos ofertados en la red.

**Tabla N° 5**  
**Esquema de Atención, Seguimiento y Control Clínico de pacientes evaluados en la Consulta de Medicina Interna Itinerante. Municipio Sucre, estado Aragua. Período 2002-2006**

<b>Actividad</b>	<b>Primer contacto</b>	<b>Cada 3-4 meses</b>	<b>Anual</b>
Historia Clínica de			
Atención Integral	x		
Reportes de Datos		x	
Evolución de Problemas			
Activo y nuevos diagnósticos		x	
Educación Continua	x	x	
Exámen Físico Completo	x	x	
Talla/Peso/IMC	x	x	
Circunferencia Cintura	x	x	
Presión Arterial	x	x	
Pulsos Periféricos	x	x	
Fondo de Ojo	x		x
Exámen Odontológico	x	x	
Exámen mama/Próstata	x		x
Citología Cervicovaginal	x		x
Espuito (SOS)			
Examen Genital	x		x
Inspección de Pies	x	x	
Pesquisa de Glicemia	x	x	
Perfil Lipídico	x		x
Exámen de Orina/heces	x		
VDRL/HIV (SOS)			
Microalbuminuria	x		x
Creatinina	x		x
Electrocardiograma	x		
Esquemas de Inmunización (SOS)			
Interconsulta Oftalmólogo			x
Interconsulta Nefrólogo			
Interconsulta con Podólogo			
Interconsulta Odontólogo			x
Interconsulta con Nutricionista			
Otros estudios	x		

**Tabla N° 6**  
**Datos Generales de Actividades de Promoción, Prevención, Pesquisa, Consultas y Referencias realizados a grupos de usuarios a través de la consulta de Medicina Interna Itinerante. Municipio Sucre, estado Aragua. Período 2002-2006.**

Actividad	Número
Club de Hábitos saludables Existentes en el Municipio	05
Reuniones Programadas Mensuales con el Club HS	02
Reuniones realizadas en Toda la Red Ambulatoria	540
Jornadas Educativas realizadas a Grupos del Club de HS.	540
Actividades Recreativas realizadas en el Club de HS	50
Jornadas anuales de Pesquisa Glicemia/Colesterol/Triglicéridos a Grupos	25
Jornadas para determinación de Hemoglobina Glucosilada Anual	20
Pesquisa de Microalbuminuria a Grupos de Riesgo (DM-HTA)	1920
Dislipidemias Detectadas	750
Pacientes Referidos para se Hospitalizados	350
Pacientes Referidos para Oftalmología (Programa de Retina)	240
Pacientes Referidos a Nefrología (Diabéticos)	65
Interconsultas con Nutricionista	3617
Interconsultas con Podólogo	25
Pacientes atendidos en la Red Ambulatoria	6580
Pacientes atendidos en el Hospital por Internista Itinerante	4730
Pacientes de Alto Riesgo para Diabetes Identificados	3617
Pacientes de Alto Riesgo para Hipertensión Arterial	2545

Al fortalecer la red primaria, el segundo nivel de atención médica se va acoplando en un esquema de interrelación más directo entrelazado por la actividad médica especializada ejercida entre ambos niveles de atención.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Farrera, R. (2001). Medicina Interna en el Siglo XXI. En: Medicina Interna. Madrid, España. 2001; Vol. 1, pp 3-7.
- 2) Reseña del libro de Bean, W. y Beeson, P. Revista Médica Chilena. 2006. 134:1338-1344. Disponible: <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid>. Consulta: 2007, agosto 18.
- 3) Castro R. El futuro de la Medicina Interna. En: Prevención y Medicina Interna. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. 2001; p. 257-64.
- 4) Prado R., Wuani H., Montes de Oca I., López J.E., Rajoy A., Ogni M. *et al.* Bases doctrinarias del perfil del médico internista. En: *Prevención y Medicina Interna*. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. 2001. p. 265-7.
- 5) Varela N. Ejercicio de la Medicina Interna en Latinoamérica. Visión de un Médico Internista Chileno. *Medicina Interna* 2001; 17: 223-7.
- 6) Lissen E. La medicina interna a debate: historia de una crisis y su recuperación. *Med. Clin.* 1995; 105: 142-7.
- 7) Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. Dirección General Sectorial de Salud. Políticas para transformar el sector salud. 1996. Caracas.

- 8) Málaga, H. Salud Pública, Enfoque Bioético. Caracas, 2005. pp. 35-40.
- 9) Guédez, I. Barrio Adentro: El nacimiento de la Nueva Institucionalidad o una manera alternativa de desarrollar Políticas Públicas en el Estado Venezolano Contemporáneo. Rev. Comunidad y Salud. 2004; Vol. 2, pp 32-41.
- 10) Mascareño, C. Políticas Públicas siglo XXI, Caso Venezolano. CENDES, 2003. Caracas.
- 11) Contreras, F. (1997). La región Sanitaria del Estado Aragua, apuntes para su Historia. 1997. Maracay.
- 12) Ministerio del Sistema Público Nacional de Salud. Colegio de Médico del Distrito Metropolitano de Caracas. Una Propuesta. 2003. Caracas.
- 13) Álvarez, R. y otros (2005). Una Interpretación de la Misión Barrio Adentro: Salud, Medicina General Integral y Formación de talento humano desde la perspectiva de un Trabajador de la Salud, IAES. 2005. Maracay.
- 14) CORPOSALUD. Programa de Atención Integral al Adulto. Aragua. Venezuela. 2004.
- 15) CORPOSALUD Aragua. Dirección Municipal de Salud Sucre, Diagnóstico y Sala Situacional. Cagua. 2006. Venezuela.
- 16) CORPOSALUD. Sistema de Información en salud del Modelo de Atención Integral (SISMAI). Programa de Atención Integral a la Tercera Edad. 2004. Venezuela.
- 17) Organización Panamericana de la Salud. (1986). Indicadores de Gestión Hospitalaria, 1986; Vol. 33 N° 3-3.
- 18) Valdavieso V. El internista, hoy. *Rev. Méd. Chile* 1995; 123: 641-5.
- 19) Scott I., Gree RE, Enberg P. General internal medicine in Australia and New Zealand, a renaissance. *MJA* 1998; 168: 104-5.
- 20) Kimball H., Young P. A Statement on the Generalist Physician From the American Boards of Family Practice and Internal Medicine. *JAMA* 1994; 271: 315-6. [Medline]
- 21) Sociedad Venezolana de Endocrinología, Consenso Nacional de Diabetes. (2003). Una Visión epidemiológica del Problema. Caracas.
- 22) Rodríguez, A. Imprimiendo la Historia. Diario El Aragueño, edición aniversario, 2007, septiembre 30. p. 45.
- 23) Ministerio del Poder Popular para la Salud (2003). Misión Barrio Adentro. 2003. (Documento en línea). Disponible: <http://www.gobiernoenlinea.ve/miscelaneas/misiones.html#barrio>. (Consulta: 2007, Octubre 19).
- 24) . Barrio Adentro: Salud para pobres. Revista Venezolana de Educación. 2005. (Documento en línea). Disponible: [http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-49102005000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-49102005000100012&lng=pt&nrm=iso). (Consulta: 2007, Octubre 17).
- 25) Consenso para la Prevención de las Complicaciones Crónicas de la Diabetes. Revista de Investigación Clínica 2000; 52:325-363.

Recibido: Diciembre 2007 Aprobado: Febrero 2008
--