



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



EDITORIAL

¿Qué hacen los internistas? Respuestas innovadoras a nuevas necesidades



What do internists do? Innovative answers to new requirements

Durante los últimos años se ha producido un cambio muy importante en la sociedad, que ha tenido sus consecuencias en el entorno sanitario. Las causas de estas transformaciones aceleradas y radicales no son solo científicas como se aventuraba¹, sino también tecnológicas, económicas, sociodemográficas, de las comunicaciones y de los estilos de vida. Tanto es así, que urge una redefinición de la asistencia sanitaria, que llega hasta al replanteamiento de cómo deben ser los futuros hospitales². En nuestro país, el mayor impacto en la asistencia sanitaria se puede atribuir al envejecimiento de la población, que en los últimos 20 años ha incrementado la esperanza media de vida 5,5 años en los varones y 4 años en las mujeres, a la mayor prevalencia de enfermedades crónicas³, a la complejidad en su concepto más amplio, a la innovación diagnóstica y terapéutica, y a las restricciones presupuestarias por la crisis económica. Las consecuencias han sido la transformación de las organizaciones sanitarias y su repercusión en la práctica clínica. Pocas especialidades como la medicina interna han tenido que hacer un proceso de adaptación tan importante. En poco se parece lo que un internista hacía tan solo unos años atrás a lo que hace en la actualidad⁴. Buena prueba de ello son los datos del estudio RECALMIN⁵ acerca de la actividad de los servicios de medicina interna del Sistema Público de Salud en España, que se publican en este número. En tan solo 10 años, la incorporación de alternativas asistenciales a la hospitalización convencional ha experimentado un incremento exponencial^{6,7}. Los internistas han salido de las plantas de hospitalización, ampliando de forma notable su oferta asistencial (domicilio, interconsultas, diagnóstico rápido, unidades interdisciplinarias, consultas monográficas). Hemos pasado de ser cuestionados, al menos en los hospitales de mayor tamaño, a ser imprescindibles en los centros más especializados para atender la gran variedad

de problemas de los pacientes ingresados para procedimientos o tratamientos de alta complejidad⁸.

Es interesante analizar cómo esta transformación no se ha desarrollado en paralelo en todos los países occidentales. En Europa, si bien hay acuerdo en cuáles deben ser las competencias nucleares de los internistas⁹, la práctica de la especialidad es heterogénea por circunstancias históricas muy variadas, con 3 modelos diferenciados. En los países del norte, con un modelo similar a los EE.UU., el internista general lo es, fundamentalmente, como paso previo a la subespecialización; en el sur es un generalista con amplia formación, a veces experto en ciertas áreas sin reconocimiento oficial, y en el este, en el que existe una mezcla de los 2 modelos anteriores. El intento de definir el *currículum* común del internista europeo está siendo difícil debido a esta heterogeneidad, si bien la *European Federation of Internal Medicine* (EFIM) y la *Union Européenne de Medecins Especialistes* (UEMS) están realizando un esfuerzo en este sentido. Se da la paradoja de que mientras que en otros países ha surgido la necesidad de redefinir el «generalismo» hospitalario, consecuencia de una excesiva fragmentación de la atención clínica^{10,11}, nosotros, que tenemos internistas formados durante más años¹², y con una capacitación acreditada para trabajar en otros países¹³, no acabamos de consolidar el cambio que se requiere en la especialización médica posgraduada que sería ejemplar en Europa.

Los resultados de RECALMIN⁵ muestran, también, como los mejores indicadores de eficiencia se obtienen en los centros de menor tamaño y complejidad. Las razones son múltiples, fundamentalmente organizativas, pero el tributo a las cargas docentes y de investigación es determinante. Del mismo modo, el estudio muestra que en un porcentaje importante de los servicios, fundamentalmente en los hospitales de menor tamaño, los especialistas están adscritos al servicio de medicina interna; por ello sería interesante analizar si esta peculiaridad, por si sola, mejora la eficiencia. Los hospitales universitarios son menos flexibles a la

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.01.002>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2016.02.006>

0014-2565/© 2016 Elsevier España, S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.

incorporación de cambios, y en ellos los internistas deben ser piezas clave, aplicando una gestión clínica integral que ofrezca una elevada calidad en un sentido amplio: buena asistencia, docencia e investigación.

La relación con atención primaria es imprescindible. medicina interna y medicina de familia hemos de colaborar, más si cabe, en la demostración de que el «generalismo» es nuclear en la práctica clínica actual¹⁴. El incremento en el número de pacientes pluripatológicos y crónicos de elevada complejidad requiere una coordinación eficaz entre ambas especialidades. Al mismo tiempo, los servicios de medicina interna han de seguir abriendo puertas de acceso a los colegas de atención primaria, y poder remitir sus pacientes a hospitales de día, consultas rápidas o de coordinación, en lo que viene a denominarse «Medicina mayor ambulatoria»^{14,15}.

Los valores y competencias profesionales emergentes en el mundo actual, y también en los sistemas sanitarios, son la flexibilidad y la capacidad de adaptación, la gestión eficaz de riesgos, el afrontamiento de la complejidad y de la incertidumbre, la versatilidad para trabajar en distintos lugares, el trabajo en equipo, la eficiencia y la orientación a resultados relevantes y, finalmente, la solución de problemas locales. Los servicios de medicina interna son los primeros en altas hospitalarias en el conjunto de hospitales públicos y privados¹⁶, y tienen una actividad creciente en las consultas externas, interconsultas hospitalarias, hospitales de día, hospitalización domiciliaria, cuidados paliativos, consultorías con atención primaria y en otros dispositivos asistenciales. En los próximos años, los retos fundamentales de nuestra especialidad son mejorar la formación de los especialistas y residentes en estas competencias, así como fomentar y liderar los cambios en los centros sanitarios que estén orientados a satisfacer las necesidades actuales de los pacientes y de la sociedad^{17,18}. Con esta misión en mente podemos ser líderes en la Europa del futuro.

Bibliografía

1. Farreras Valentí P. Medicina Interna. 7.ª ed. Barcelona: Marín; 1970.
2. Future Hospital Commission. Future hospital: Caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians, 2013 [consultado 19 Feb 2016]. Disponible en: <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/future-hospital-commission>
3. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012 [consultado 12 Feb 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
4. Pujol Farriols R. Ser médico... internista... y haber sido jefe de servicio. Rev Clin Esp. 2014;214:165-8.
5. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R, Román Sánchez P, Casariego Vales E, Díez Manglano J, García Cors M, et al. RECALMIN. La atención al paciente en las unidades de Medicina Interna del Sistema Nacional de Salud. Rev Clin Esp. 2016;216:175-82.
6. Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España. Prospectiva 2010. Sociedad Española de Medicina Interna. SH Medical Service; 2005 [consultado 12 Feb 2016]. Disponible en: http://www.fesemi.org/publicaciones/otras/estudio_socioprofesional_medicina_interna.pdf
7. Losa JE, Zapatero A, Barba E, Marco J, Plaza J, Canora J. Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud. Rev Clin Esp. 2011;211:223-32.
8. Lissen E. La Medicina Interna general a debate: historia de una crisis y su recuperación. Med Clin (Barc). 1995;105:142-7.
9. Palsson R, Kellett J, Lindgren S, Merino J, Semple C, Sereni D. Core competencies of the European internist: A discussion paper. Eur J Intern Med. 2007;18:104-8.
10. Kuo YF, Sharma G, Freeman JL, Goodwin JS. Growth in the care of older patients by hospitalists in the United States. N Engl J Med. 2009;360:1102-12.
11. Wachter RW, Bell D. Renaissance of hospital generalists. BMJ. 2012;344:e652.
12. García Alegría J, Pujol Farriols R. Internal medicine in Spain: An example of hospital generalism in Europe. BMJ. 2012;344:e652.
13. García E. Así viven los médicos españoles emigrantes, 2015 [consultado 16 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.rmedica.es/edicion/230/29>
14. Conthe P. Hacia una medicina mayor ambulatoria. Rev Clin Esp. 2012;212:538-9.
15. Corbella X, Salazar A, Pujol R. Major ambulatory medicine. Eur J Intern Med. 2012;23:e204-5.
16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud [consultado 12 Feb 2016]. Disponible en: <http://icmbd.es>
17. Cardellach F, Vilardell M, Pujol R. La formación del médico del futuro: una revisión diez años después. Med Clin (Barc). 2016; <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2016.02.024>.
18. Fazio SB, Steinmann AF. A new era for residency training in internal medicine. JAMA Intern Med. 2016;176:161-2.

R. Pujol Farriols^{a,*} y J. García-Alegría^b

^a Departamento de Ciències clíniques, Hospital Universitari de Bellvitge, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Departamento de Medicina, Hospital Costa del Sol, Marbella, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ramon.pujolf@gmail.com
(R. Pujol Farriols).