

## **POLÍTICAS DE LA MEDICINA INTERNA EN EUROPA. UN DOCUMENTO DE POSICIONAMIENTO**

### **Grupo de Trabajo de Políticas de la Medicina Interna en Europa. Federación Europea de Medicina Interna (EFIM)**

Coordinador: Werner Bauer (CH)

Miembros: Petra-Maria Schumm-Draeger (DE); Johannes Koebberling (DE); Thomas Gjoerup (DK); José Javier Garcia Alegria (SP); Faustino Ferreira (PT); Clare Higgins (UK); Mark Kramer (NL); Giuseppe Licata (IT); Moshe Mittelman (IL); James O'Hare (IE); Serhat Únal (TK).

Original publicado en Eur J Int Med 2005; Vol 16, No 3, 214-217.

#### Correspondencia:

Dr. Werner O Bauer

Facharzt für Innere Medizin FMH

Kohlrainstrasse 1

CH-9700 Kusnacht

Suiza

Email: [werner.bauer@hin.ch](mailto:werner.bauer@hin.ch)

Tel: +41 1 910 7600

Fax: +41 1 910 1167

## RESUMEN

¿Cuál es el futuro de la Medicina Interna (MI) en Europa? Debido a la creciente preocupación por la posición de la MI en muchos países europeos, la Federación Europea de Medicina Interna (EFIM) ha formado un grupo de trabajo para analizar la situación. Siendo plenamente conscientes de la variedad de las formas de trabajo en los distintos países, los miembros del grupo han usado una aproximación "todos-los-europeos" para contestar las siguientes preguntas:

¿ Hay problemas para la MI? Si es así, ¿cuáles son estos problemas y por qué?

¿· Por qué los sistemas sanitarios de los países europeos necesitan la MI?

¿· Por qué los pacientes necesitan la MI?

¿· Qué hay que hacer?

La MI es una disciplina médica clínica, científica y moderna, que es responsable del cuidado de pacientes adultos con una o varias enfermedades complejas agudas o crónicas. La MI es la piedra angular de un sistema de asistencia médica integral que se necesita en la actualidad. Los políticos y gestores sanitarios, aseguradoras, periodistas, y el público en general han de tener un mejor entendimiento de lo que la MI puede ofrecer a los sistemas sanitarios y al paciente individual.

**Palabras clave:** Atención sanitaria, Europa, Guías de práctica clínica y estándares.

## **1. Introducción**

Existe una preocupación creciente acerca de la posición actual y el futuro de la Medicina Interna (MI) en muchos países europeos, y también en los Estados Unidos. Estas preocupaciones abarcan el papel de MI en los hospitales, en el ámbito académico (la enseñanza, la investigación, y las opciones de la carrera profesional), en el cuidado de paciente ambulatorio y en los sistemas de asistencia médica en general.

Por ese motivo la Federación Europea de MI (EFIM) ha formado un grupo de trabajo para analizar la situación y tomar medidas que apoyen el papel esencial de la MI en los sistemas sanitarios de los países europeos. Los miembros del grupo son conscientes de las diferentes condiciones de trabajo en Europa. Países diferentes, lugares de trabajo distintos, con atención hospitalaria exclusiva, con cuidados hospitalarios y ambulatorios a la vez, con práctica privada, con trabajo como consultor, o combinando de manera simultánea la MI y una subespecialidad médica.

Las áreas de conflictos y problemas de identidad mas evidente son la relación entre la MI y sus subespecialidades, y entre la MI y la medicina general o de familia en el paciente ambulatorio.

El objetivo de este documento es hacer un análisis conciso de los problemas, riesgos y oportunidades de la MI, describir la posición y las fortalezas de la MI en los sistemas sanitarios actuales y proponer algunas estrategias de acción posibles para la EFIM y para las sociedades nacionales. El grupo ha intentado hacer una aproximación integral, válida para toda Europa; aunque cada proyecto o actividad debería tener en cuenta las condiciones específicas de cada país.

## **2. ¿ Hay problemas para la MI? Si es así, ¿cuáles son estos problemas y por qué?**

2.1. Los cambios en los sistemas sanitarios, el progreso continuo de la tecnología, los problemas en la financiación de la asistencia médica y los cambios demográficos en muchos países han tenido un impacto sobre todos los campos de la medicina, especialmente en la MI como una disciplina médica tradicional, amplia y compleja.

2.2. La MI ha perdido parte de su identidad como una disciplina científica. Es mucho más fácil tener éxito en la carrera académica o profesional en una de las subespecialidades médicas que en la MI general.

2.3. La MI ya no es considerada como una "disciplina madre" y con frecuencia sufre el ataque de las subespecialidades "hijas". Esto se hace más evidente en algunos hospitales, mediante la eliminación de muchos departamentos integrados de Medicina, y por la creación de centros del "Tórax", "Corazón", "Cáncer" o "Diabetes", y también en las áreas de enseñanza, la investigación, la financiación, el apoyo de la industria, la organización de congresos y los seguros de asistencia médica.

2.4. La Geriátrica y los Cuidados Paliativos – hasta ahora competencias centrales del internista en los departamentos y servicios de MI - comienzan a considerarse así mismas como áreas médicas independientes.

2.5. Algunas de las especialidades médicas más recientes, dinámicas y, a menudo, con un mayor soporte tecnológico, consideran que si una enfermedad hace consultar a un paciente con un internista o un servicio de Medicina Interna, esto es simplemente un paso intermedio. Estas especialidades han tenido éxito publicitario y en la autopromoción .

2.6. ¡ La MI general ha estado aletargada durante un tiempo prolongado! No ha sido capaz de mostrar de manera convincente sus capacidades al público y a los órganos de decisión sanitarios.

2.7. Encontrar una definición corta y precisa de la MI es una tarea difícil, y a menudo es descrita como-"no quirúrgica", "no invasiva"-, y es muy difícil extender el entusiasmo por una "no-disciplina".

2.8. La MI aún no ha encontrado una nueva "identidad corporativa" como una disciplina moderna que ofrece una asistencia médica integrada y coordinada, de toma de decisiones clínicas y de gestión de la enfermedad, con fundamentos en la epidemiología clínica, y como la especialidad médica para los pacientes complejos o que comparten distintas enfermedades.

2.9. La posición y el papel futuro de la MI, la medicina de familia, los médicos generales, e incluso las enfermeras, en el cuidado de paciente ambulatorio no están claros.

### **3. ¿Por qué los sistemas de salud de los países europeos necesitan la MI?**

3.1. Debido a los costes y a los problemas de provisión de cuidados de salud, la asistencia sanitaria debería ser integral, y no una acumulación de especialidades trabajando por separado, incluso si los necesitamos para un trabajo experto cuando esté indicado.

3.2. Como consecuencia de los cambios demográficos, en muchos países europeos, veremos una cantidad creciente de pacientes mayores y polipatológicos, con enfermedades complejas y crónicas; cuya responsabilidad es una competencia central de la MI.

3.3. Las nuevas tecnologías, caras y competitivas, tienen que ser evaluadas científicamente evitando los conflictos de interés; y ello no puede ser realizado por la especialidad que las promueve. Esto mismo es aplicable en la elaboración de recomendaciones y guías de práctica clínica, para que sean usadas por generalistas; esta es una tarea cada vez más importante y un área creciente de investigación para la MI.

3.4. La relación coste-efectividad significa conseguir la mejor medicina con el presupuesto disponible. Esto nunca se obtendrá sin una buena coordinación entre los cuidados hospitalarios y ambulatorios, y entre las especialidades implicadas. Esto significa un diagnóstico y un tratamiento basado en la evidencia y el mejor uso, que no la máxima utilización, de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas. Finalmente, esto significa integrar la gestión de la enfermedad (curativa y paliativa). De nuevo, éstas son competencias esenciales de la MI moderna.

3.5. Los hospitales que se han estructurado como una acumulación de salas o de clínicas de especialidad y sin un servicio o departamento de MI general no son capaces de proporcionar una asistencia de alta calidad, costo-efectiva, ni unos cuidados integrados para los pacientes con enfermedades inciertas o complejas y para los polipatológicos .

3.6. Los médicos de familia, los médicos generales y las subespecialidades médicas necesitan una buena enseñanza en MI general como piedra angular de su formación profesional. Por tanto la importancia de la MI en los hospitales docentes es capital.

3.7. La frontera entre el paciente hospitalizado y ambulatorio es cada vez más imprecisa. La MI es la clásica disciplina de nexo o coordinación, proporcionando cuidados iniciales y expertos en el hospital y, en muchos países europeos, también en ámbito ambulatorio.

3.8. El internista está bien entrenado en el cribado de pacientes, en la selección de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos apropiados, evitando una aproximación diagnóstica ineficiente o los dobles diagnósticos, y facilitando el tránsito del paciente por el sistema sanitario

#### **4. ¿Por qué los pacientes necesitan la MI?**

4.1. El internista es un médico competente y personal que toma en la consideración todos los problemas de salud del paciente en toda su complejidad.

4.2. Un enfermo con una coxartrosis o una hiperplasia de próstata puede ir directamente al cirujano ortopédico o al urólogo, pero si tiene una enfermedad indeterminada o una combinación de problemas de salud, o si existen varias opciones diagnósticas o terapéuticas, el médico más adecuado es el internista, y el mejor lugar para ser atendido es un servicio de MI.

4.3. En todos los casos en que es necesaria la participación de varias especialidades la MI es la disciplina que dirige, actúa de eslabón y coordina a todas ellas— sin considerarse a sí mismo mejor o “madre”-, simplemente como una oferta de atención integral que se necesita con tanta urgencia en la medicina actual.

4.4. En muchos países la MI abarca al paciente hospitalizado y externo, una ventaja relevante en relación con la medicina de familia o la medicina general, que se restringen al cuidado ambulatorio en atención primaria.

## 5. ¿Qué hay que hacer?

5.1. Se debe establecer una definición y una declaración de la misión de la MI como una disciplina moderna . La EFIM propone el texto siguiente:

*" La MI es la disciplina médica principal responsable del cuidado de los adultos con una o varias enfermedades agudas o crónicas complejas. Esto incluye un abordaje sistémico, e integra otras especialidades tanto en el hospital como en la comunidad. Esta centrada en el paciente y comprometida con unos principios de asistencia éticos, científicos y holísticos".*

5.2. Los campos de interés específico incluyen problemas causados por la polipatología, los enfermos con diagnósticos difíciles y complejos, los cuidados crónicos y paliativos, y el reto de desarrollar estándares, instrumentos de toma de decisiones, herramientas de mejora de la calidad, y sistemas asistenciales integrados

Los internistas se oponen a cualquier forma de discriminación, tienen que cumplir con los principios de la Carta de Profesionalismo Médico (publicada por ACP-ABIM-EFIM) y necesitan un lugar apropiado para desarrollar su trabajo.

5.3. Los programas nacionales de formación de especialistas (educación de postgrado) tienen que ser revisados y adaptados para asegurar que las competencias de los internistas cumplen los retos de la profesión (el conocimiento, las habilidades, la comunicación, el humanismo médico, la economía de la salud, y las capacidades científicas y docentes).

5.3. Los departamentos o servicios de MI deben establecerse o recuperarse como centros de excelencia, de enseñanza, y de investigación, sin ejercer dominio sino colaboración con las subespecialidades, teniendo en cuenta los componentes financieros de los problemas asociados a la cooperación.

5.4. Tienen que crearse premios y subvenciones para reconocer los logros específicos en el campo de la MI.

5.5. La MI tiene que ser integrada o conservada como una disciplina en sí misma para la enseñanza a los estudiantes, esto es mejor que hacerlo como un mero resumen " de una pequeña cardiología ", " una pequeña nefrología ", " un poco de enfermedad infecciosa ", etc.

5.6. Se tienen que ofrecer orientaciones específicas, educativas y de entrenamiento, a los internistas que planean trabajar en atención primaria en los países donde la MI está implicada en la asistencia ambulatoria.

5.7. La relación entre la MI y las antiguas subespecialidades tiene que ser definida. Quizás el internista del futuro será un médico internista general competente con un entrenamiento adicional en una subespecialidad.

5.8. La relación con los médicos generales y de familia tiene que ser definida. En grandes ciudades europeas, los internistas son claramente los mejores médicos de atención primaria; en áreas rurales, es provechoso para un médico de familia su entrenamiento adicional en cirugía, obstetricia y ginecología y, quizás, en pediatría.

5.9. Como cada grupo profesional, la MI necesita que la gente sea activa en la comunicación y el “marketing” con los políticos sanitarios, los directivos y gestores hospitalarios, las aseguradoras, los periodistas, y la población general, y nuestros pacientes tienen que conocer lo que la MI puede ofrecer al sistema sanitario y al enfermo individual.

## **6. Recomendaciones para la EFIM en cooperación con las sociedades nacionales de Medicina Interna.**

6.1 Publicar un documento de posicionamiento y mantenerlo actualizado.

6.2. Establecer un grupo de trabajo permanente para promover el papel de la MI en los sistemas sanitarios de Europa basados en una estrategia definida y apoyar una investigación específica.

6.3. Ayudar a las sociedades nacionales (materiales escritos, oradores, expertos) cuando sea necesario (la acción política, la organización hospitalaria, mantener o reestablecer el título de especialista en MI, los sistemas de pago).

6.4. Dar un apoyo continuo a la Escuela Europea de Medicina Interna (ESIM) y al Programa Europeo de Intercambio.

6.5. Crear un premio de prestigio y/o una beca de la EFIM para animar la investigación y el trabajo académico en la MI. La Fundación para el Desarrollo de

la Medicina Interna en Europa y el programa de intercambio de la EFIM son instrumentos iniciales en este campo de actividades.

6.6. Establecer recomendaciones para la formación de residentes en MI, teniendo en cuenta las necesidades específicas de los distintos países.

6.7 Cooperar con las sociedades nacionales, con el American College of Physicians (ACP), mediante la iniciativa "La revitalización de la Medicina Interna", y en la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS) con la sección de MI.

6.8. Establecer un contacto permanente con los políticos y directivos con capacidad de decisión en los sistemas sanitarios.

6.9 Añadir sesiones específicas de MI (la toma de decisiones en clínica, la investigación en resultados, la gestión de enfermedades, los cuidados integrados) en los programas científicos de los congresos de la EFIM.

6.10. Involucrarse en los procesos de elaboración de guías de práctica y documentos de consenso en Europa. Las guías de práctica para su uso por generalistas nunca deberían ser establecidas únicamente sólo con la participación cerrada de una especialidad determinada.