



Martes, 29 de enero de 2009
Número 932. Año V



Pedro Conthe, presidente de la SEMI.

LOS CAFÉS DE REDACCIÓN MÉDICA

Conthe: "El informe de troncalidad cambia tanto el sistema sanitario que no creo que salga adelante"

¿Qué es la Medicina Interna? Sólo con esta interrogante podría justificarse la existencia de instituciones que, como la SEMI, prestan un servicio tan útil como necesario para quienes ejercen esta disciplina. Su actual dirigente ha conversado con Redacción Médica para ofrecer a sus lectores una aproximación a su estructura, finalidad y estado en el contexto sociosanitario español actual. Entre otras afirmaciones defiende su especialidad como "de futuro", señalando que siete de los cien primeros MIR de este año han elegido Medicina Interna.

LOS CAFÉS DE REDACCIÓN

PEDRO CONTHE, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA

“El informe de troncalidad cambia tanto el sistema sanitario que no creo que salga adelante”

La creación de una posible especialidad de Urgencias podría derivar a ella a quienes no encontraran otra salida profesional, en opinión de este veterano internista

Redacción / Fotografías: Miguel Ángel Escobar. Madrid

¿Qué es la Medicina Interna? Sólo con esta interrogante podría justificarse la existencia de instituciones que, como la SEMI, prestan un servicio tan útil como necesario para quienes ejercen esta disciplina. Su actual dirigente ha conversado con Redacción Médica para ofrecer a sus lectores una aproximación a su estructura, finalidad y estado en el contexto sociosanitario español de nuestros días.

¿Qué idea defiende la SEMI de su especialidad?

La Medicina Interna constituye la columna vertebral del sistema sanitario. Responde a una visión integradora del enfermo. Se trata de una especialidad que se ejerce en los grandes hospitales, pero también se lleva a cabo en los centros comarcales, incluso en una proporción más elevada. Por otra parte, ha pasado a ser una especialidad que aborda miles de enfermedades prevalentes y de corte pluripatológico, es decir, no se circunscribe sólo a casos muy complejos e infrecuentes que desechan otros especialistas. Por el contrario, el internista se revela como un coordinador o director del proceso asistencial, una persona polivalente dotada de flexibilidad a la hora de interpretar la enfermedad. Una síntesis acertada pasa por definir al internista como “un médico de cabecera del paciente hospitalario”.



Pedro Conthe, en la sede de Redacción Médica.

¿Hablamos de una especialidad aconsejable en tiempos de crisis?

La Medicina Interna se descubre como la mejor opción para una Medicina hospitalaria eficiente. Su desarrollo resulta más costo-eficiente para el sistema, de modo que es una de las especialidades que mejor se adapta a los tiempos de crisis.

¿Cómo ve el futuro de la Medicina Interna? ¿Y de su paso por la SEMI?

En los próximos años los internistas van a ser más necesarios que nunca. Incluso me

refiero a una visión integradora de la ciencia médica que trasciende la especialidad, porque “el internismo” no debería ser exclusivo de la Medicina Interna. En cuanto a la SEMI, dispone de más de 5.000 miembros, catorce grupos de trabajo, reuniones anuales... Lo esencial reside en trabajar con una dinámica de grupo. Una sociedad científica como ésta debe mantener la motivación del profesional y velar por la actualización de la especialidad, en especial en el caso de los más jóvenes.

¿Resulta fácil estimular la vocación del joven internista?

No es nada fácil. Suena muy bien hablar de “enfermo pluripatológico”, pero la realidad enseña a un enfermo anciano, por lo general en la séptima u octava década de la vida, que exige dedicación provista de humildad. Por eso la función de la SEMI no se ciñe sólo a hacer ciencia, sino también a transmitir ilusión y eludir la institucionalización del médico y su desborde ante la sobrecarga asistencial y administrativa. En realidad, más que un déficit de profesionales en España, sucede que hacen falta médicos que ejerzan labores médicas. Al ser la remuneración del médico baja, con frecuencia se le asignan tareas administrativas que no le corresponden, algo que sucede más en Atención Primaria.

¿En qué consiste la iniciativa que ustedes llaman “el portafolio”?

Se trata de un sistema vanguardista complejo, del que ha habido precedentes con buen resultado, que se basa en episodios críticos en el sentido docente, esto es, aquellos casos clínicos que al residente le han despertado gran interés por alguna razón. Su experiencia queda plasmada en un escrito, que supervisa el tutor. Pretendemos que este trabajo no se reduzca a una herramienta autodidacta, sino que tenga, además, un valor curricular, es decir, que la Comisión Nacional admita este documento como el equivalente al antiguo “libro del residente”. Somos pioneros en esta iniciativa y la consideramos exportable a otras especialidades.

En la actualidad, lo llevan a cabo más de 200 residentes, pero queremos que se generalice. No es obligatorio de momento, pero sirve para acreditar la excelencia formativa del residente en un hospital concreto.

“El concepto de enfermo pluripatológico suena muy bien, pero es muy difícil estimular la vocación del residente”

También puede servir, en el contexto del programa de formación del MIR, para advertir las carencias a lo largo de los cinco años de residencia (puede descubrirse que nunca se ha practicado cómo hacer una punción lumbar, por poner un ejemplo, y enmendarse esa falta formativa con la intervención del tutor).

¿Cree adecuada la rotación obligatoria del MIR-internista por centros de Atención Primaria?

Por supuesto. Esa rotación debería ser preceptiva, y puede resultar muy útil para que se conozcan los tutores hospitalarios y de AP, por ejemplo. Por tanto creo en ello, ha de ser obligatorio y sirve como nexo entre los hospitales y los centros externos.

¿Qué es el “Proyecto MIR”?

Se trata de una iniciativa institucional que incluye encuestas, debates... con el fin de diagnosticar las *debilidades* de la Medicina Interna, como las frustraciones y anhelos del residente, por ejemplo. Todo ello lo asesora un gabinete sociológico que se vale, a su vez, de una cobertura epidemiológica de primera línea. Se elaboran muestreos con estratificación por centros hospitalarios, se promueven reuniones de grupos, debates de opinión... También se hace una completa evaluación y seguimiento de la prueba MIR desde 1997, y se detecta cuál ha sido la media de estudiantes que han escogido la especialidad y por qué se han decidido a ello. En ese sentido, los resultados recientes revelan que no vamos mal: siete de los cien primeros estudiantes eligieron Medicina Interna en la última prueba.

En el último Congreso Nacional de la SEMI, celebrado en La Coruña, no pareció deducirse un buen entendimiento del internista con algunas otras especialidades, en concreto con la Geriátrica...

Si la Geriátrica funcionase mejor, sin duda habría mucha patología del anciano que no tendría que resolverse en el medio hospitalario. Es decir, pensamos que los geriatras desarrollan un gran papel en el medio sociosanitario. Sin embargo, no creemos que estos especialistas deban acaparar la asistencia del paciente de edad avanzada, porque eso nos atañe, en realidad, a todos los clínicos.



El presidente de la SEMI ve un futuro con demanda del internista.

mantenerse en ese tipo de atención. Si se creara, lo que sucedería es que optarían por ella aquéllos médicos que no pudieran acceder al ejercicio de cualquier otra especialidad. Alguno habría con vocación pero, en general, la escogerían quienes no vieran otra salida en su carrera.

Por otro lado, no estamos en contra de las unidades especializadas. Las hay dotadas de un nivel no despreciable de excelencia (en grandes hospitales, porque en los comarcales no tiene cabida). Por ejemplo, las unidades de insuficiencia cardiaca benefician a todos y potencian la capacidad asistencial. Sin embargo, a la hora de evaluar su funcionamiento, esa valoración puede estar sesgada en el momento en que, quien la hace, es parte interesada (el especialista en cuestión). Asimismo, hay que tener cuidado

¿Y la posibilidad de crear una especialidad de Urgencias?

No desearía a nadie ser urgenciólogo. En las urgencias trabajan médicos procedentes de muy diversos ámbitos, y sería un error histórico crear una especialidad porque resulta muy difícil

en el sentido de que, al crearse una unidad para una patología específica (por ejemplo: fibrilación auricular), el resto de profesionales se relaje a la hora de abordarla, porque se entiende que ya está cubierta por quienes la atienden en esa unidad.

¿Qué opina la SEMI de las Unidades de Corta Estancia Hospitalaria (UCH)? ¿Y de la Consulta de Alta Resolución?

Hablamos de grupos de gestión clínica, a veces multidisciplinares, que sin duda apoyamos. Disminuyen la estancia media hospitalaria. En cuanto a la Consulta de Alta Resolución, responde a un modelo único de actuación que han de ejecutar médicos provistos de una sólida formación científica. Es decir, el responsable no puede objetar algo así como “esto no es de lo mío”. Por el contrario, debe ser capaz de ofrecer una orientación diagnóstica al especialista. Es algo que no está generalizado, pero derivar allí al paciente disminuiría sin duda la sobrecarga de las urgencias.



¿Promueve la sociedad que preside la hospitalización domiciliaria?

Somos pioneros en su abordaje y, de hecho, es una actividad que acumula 30 años de experiencia. Por su puesto, hay otros especialistas dedicados a esta tarea. No se trata de atender a domicilio como lo hace el médico de cabecera, sino de “llevar el hospital” a la casa, es decir, proveer ésta de los medios hospitalarios.

Conthe definió qué entiende por Medicina Interna.

¿Qué opina del modelo de gerencia única propuesto por el Gobierno autonómico de la Comunidad de Madrid?

Cualquier ejercicio que acerque a los clínicos entre sí es bueno. Desconozco las ventajas que puede prestar un nuevo modelo desde el punto de vista económico, tal vez el *primum movens* de la propuesta. La relación entre clínicos debería ser algo estructural y no sólo fortuito. De hecho, no existe ningún conocimiento personal entre médicos de Atención Primaria y médicos hospitalarios.

En la edición pasada de los *Cafes de Redacción*, el presidente de Semergen, Julio Zarco, propuso que la Atención Primaria se erija como el “eje central” del proceso de asistencia sanitaria, de modo que el enfermo así lo perciba desde que “entra” en él, por medio del médico de cabecera, hasta que “sale” una vez tratado en el hospital. ¿Comparte esta visión de la sanidad?

Vería muy favorable la propuesta de que la Atención Primaria fuera el eje central de la asistencia sanitaria, pero creo que es irrealizable, no concuerda con la realidad.

¿Hay déficit de internistas en el sistema?

“Siete de los cien primeros MIR escogieron Medicina Interna”

Tenemos alrededor de 250 nuevos residentes en este curso (hay unos 1.300 en la actualidad). No existe una estimación de cuántos internistas por paciente serían adecuados. Sin embargo, hay una previsión de déficit en la próxima década (tal vez unos 4.000 o 5.000, es decir, una cifra importante). Se necesitan cada vez más médicos clínicos polivalentes.

¿Qué opina del informe de troncalidad para cursar más de una especialización vía MIR?

Según me ha hecho constar Alfonso Moreno [presidente del Consejo Nacional de Especialidades Médicas], el proyecto casi se da por hecho. Pero yo no lo creeré hasta que lo vea. El informe de troncalidad cambia tanto el sistema que dudo que sea aprobado. En todo caso, que todos los médicos en formación tengan dos años comunes es una buena idea. A la SEMI le parece bien y trataría de fortalecer la especialidad en esos dos primeros años.



Tres redactores de este diario en un momento de la entrevista.

atendemos en la consulta padece diabetes mellitus. A esta cita acudirá gente muy relevante (por ejemplo: David Nathan, editorialista de *The New England Journal of Medicine*) tanto en el ámbito americano como europeo, por lo que su calidad es homologable a la de un Congreso.

Por último, ¿cree necesario un copago que dé solidez financiera al sistema sanitario?

Como médicos nos preocupa la sostenibilidad del sistema. Lo cierto es que la Administración tiende a despilfarrar sus recursos. La Medicina está abierta a colaborar con los gestores. En algunos campos específicos, no cabe duda de que, si se tienen en cuenta una serie de aspectos sociales y económicos, resulta necesario demandar una decisión política en aras a controlar el gasto.

A finales de este mes la SEMI organiza un encuentro en Las Palmas de Gran Canaria sobre diabetes...

Sí, la *III Reunión de Diabetes y Obesidad* [\[29, 30 y 31 de enero de 2009, pinche aquí para ver el programa\]](#).

Conviene recordar que uno de cada tres enfermos que



Martes, 29 de enero de 2009
Número 932. Año V

Conthe descubre a Redacción Médica "el síndrome de El Corte Inglés"



P. Conthe.

Hay realidades que atañen al mundo sanitario -y muy en particular al de los médicos- que escapan a la interpretación periodística salvo cuando los profesionales se dirigen en primera persona a los medios. Es el caso de muchas anécdotas de la práctica clínica que un profesional con más de 30 años de ejercicio, como **Pedro Conthe**, puede *regalar* en un encuentro con los redactores de este diario. Entre otras *perlas*, el presidente de la SEMI citó el conocido en la jerga del gremio como "síndrome de El Corte Inglés". "Se trata del paciente que acude a la consulta con ochenta bolsas repletas de informes clínicos sin que haya uno solo clarificador de su verdadera historia clínica", explicó...