

Sanidad Salud y Sociedad

PEDRO CONTHE, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA (SEMI)

“El internista es el médico de cabecera del paciente ingresado”

¿Qué es la Medicina Interna? Sólo con este interrogante podría justificarse la existencia de instituciones que, como la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), presidida por Pedro Conthe, prestan un servicio tan útil como necesario para quienes ejercen esta disciplina dedicada a la atención integral del enfermo adulto.

— J. B. / E. F. / M. R. —

¿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

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.

¿Y la posibilidad de crear una especialidad de Urgencias?

No desearía a nadie ser urgenciólogo. En las urgencias trabajan médicos procedentes de muy di-

médicos provistos de una sólida formación científica. 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 la sobrecarga de las urgencias.

sólo fortuito. De hecho, no existe ningún conocimiento personal entre médicos de Atención Primaria y médicos hospitalarios.

Algunas sociedades de médicos de Atención Primaria, como Semergen, proponen que esta especialidad se erija como el “eje central” del proceso de asistencia sanitaria. ¿Comparte esta visión?

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

➤ **“El desarrollo de la Medicina Interna resulta más costo-eficiente para el sistema, por lo que se adapta a los tiempos de crisis”.**

también se lleva a cabo en los centros comarcales. El internista se revela como un coordinador 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”.

¿Se trata 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.

¿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

¿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.

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

Si la Geriátrica funcionase mejor habría mucha patología del anciano que no tendría que resolverse en el medio hospitalario. Pensamos que los geriatras desarrollan un gran papel en el medio sociosanitario, pero no creemos que deban acaparar la asistencia del paciente de edad avanzada, porque eso nos atañe a todos los clínicos.

versos ámbitos, y sería un error histórico crear una especialidad porque resulta muy difícil mantenerse en ese tipo de atención. Si se creara, optarían por ella

para una patología específica, 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.

➤ **“El concepto de enfermo pluripatológico suena muy bien, pero es difícil estimular la vocación del residente ante estos pacientes”.**

aquellos médicos que no pudieran acceder al ejercicio de cualquier otra especialidad.

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). Asimismo, hay que tener cuidado en el sentido de que, al crearse una unidad

¿Qué opina de las Unidades de Corta Estancia Hospitalaria? ¿Y de la Consulta de Alta Resolución?

Hablamos de grupos de gestión clínica, a veces multidisciplinarios, 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

¿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 supuesto, 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.

¿Qué opina del modelo de gerencia única propuesto por el Gobierno 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 motivo de la propuesta. La relación entre clínicos debería ser algo estructural y no

¿Hay déficit de internistas en el sistema?

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). Se necesitan cada vez más médicos clínicos polivalentes.

¿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. ■



Pedro Conthe afirma que en la próxima década habrá déficit de internistas.



PREOCUPADOS POR LA DIABETES Y LA OBESIDAD

A finales del mes de enero ha tenido lugar III Reunión de Diabetes y Obesidad, que organiza la Sociedad Española de Medicina Interna, en colaboración con la Sociedad Española de Diabetes, el Grupo de Trabajo Corazón y Diabetes de la Sociedad

Española de Cardiología y el Grupo de Estudio de la Diabetes en la Atención Primaria de Salud.

Pedro Conthe destaca la importancia de este encuentro, al que han acudido expertos muy relevantes

tanto en el ámbito americano como europeo, por lo que “su calidad es homologable a la de un Congreso”. Asimismo, recordó que “uno de cada tres enfermos que atendemos en la consulta los médicos internistas padece diabetes mellitus”.