SOCIEDADES CIENTíFICAS

ENTREVISTA: “Los servicios de Medicina Interna son el pilar fundamental de la asistencia sanitaria a enfermedades médicas en España”, según Javier García Alegría

L. Rodríguez

El presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna ha concedido una entrevista a la Revista EL MÉDICO

Madrid (19-7-11).- Su constante contacto con otras especialidades médicas, su relación directa con el paciente desde una concepción global y el gran volumen asistencial que manejan hacen de los médicos internistas unos observadores privilegiados del sistema sanitario en nuestro país. Presentes como especialidad en todos los centros hospitalarios, atienden una media de 560.000 pacientes cada año y dan el 16 por ciento de todas las altas hospitalarias del Sistema Nacional de Salud; además alrededor de 1.500 pacientes de especialidades quirúrgicas son evaluados por ellos, y en torno al 35 por ciento de los servicios de Medicina Interna tiene alguna relación de consultoría con médicos de Atención Primaria. Quizás sea por esto por lo que Javier García Alegría, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), afirma que “estos servicios son el pilar fundamental de la asistencia sanitaria a enfermedades médicas en España”. Y así se reivindicó en el último congreso que la Sociedad celebró a finales del pasado año.

- ¿Cómo podríamos definir el papel del médico internista en el sistema sanitario?

Es aquel que se dedica a la atención de las enfermedades médicas del adulto y se caracteriza por la evaluación integral del paciente. Los internistas tratamos de abordar todos los problemas que tiene el enfermo. No en vano, la Sociedad Española de Medicina Interna ha escogido como su lema de presentación “la visión global de la persona enferma”, porque nos ocupamos de los pacientes y no específicamente de órganos o de enfermedades concretas.

- Analizando el último congreso que celebró la Sociedad que preside, uno de los aspectos más destacados del mismo fue la reivindicación de este papel como crucial en el sistema sanitario actual. ¿Por qué?

Los servicios de Medicina Interna son el pilar fundamental de la asistencia sanitaria a enfermedades médicas en España. Somos la especialidad que más altas hospitalarias da, concretamente el 16 por ciento de todas. Sólo en 2008 dimos 566.000. Por otro lado, hay que tener en cuenta que uno de cada seis pacientes que ingresa en un hospital español es atendido por un internista. Estas cifras revelan ese importante papel e inciden en que la Medicina Interna es fundamental para nuestro sistema sanitario.

- Este alto nivel de presencia en el sistema asistencial hará que tengan una relación muy intensa con otras especialidades…

Esa es otra de las características de nuestra especialidad. La Medicina Interna fue el tronco desde el que se desarrollaron otras especialidades médicas. Dentro de la labor del internista está la colaboración multidisciplinar con otras especialidades médicas y quirúrgicas; entre las que destacaría con los médicos de Atención Primaria. Éste es un papel fundamental que tratamos de comunicar a nuestros socios, porque está dentro de la esencia de la Medicina Interna. Tenemos que saber hasta dónde llegar, cuándo pedir la colaboración de nuestros compañeros y, por su puesto, cuál es el papel de la continuidad de cuidados con el médico de Atención Primaria, con los que tenemos una relación muy estrecha. Con ellos también tenemos acuerdos de colaboración en formación y muchas experiencias conjunta de contenido asistencial.

- Quizás sea la especialidad que representa una de las que más, sino la que más, tiene que ‘sufrir’ la organización asistencial tal y como se plantea actualmente, enfocada al proceso agudo. En este sentido, se ha referido a la Atención Primaria y, precisamente con ella, han liderado la firma del Manifiesto de Sevilla en el que se aborda este tema. ¿Cómo debería plantearse la asistencia ante la nueva realidad clínica?

Nuestro sistema sanitario es fantástico, pero está sufriendo determinados avatares, al igual que los del resto del mundo desarrollado, y es el cambio de paradigma y de patrón epidemiológico. En los países occidentales tenemos más expectativa de vida y, por lo tanto, convivimos más con enfermedades crónicas que se presentan de manera agrupada en los pacientes. Ya desde hacía años veníamos manifestando que el sistema sanitario actual, y especialmente los hospitales, están enfocados a la atención de las patologías agudas, cuando la mayoría de los problemas que se presentan actualmente en los ingresos hospitalarios son descompensaciones de enfermedades crónicas; y eso exige un cambio asistencial radical. Este cambio ya se está llevando a cabo en los países que están a la vanguardia. De hecho se sabe que el uno por ciento de los adultos consume alrededor del 30/35 por ciento de los recursos sanitarios globales de un país. A estos pacientes es necesario hacer un abordaje proactivo y no solamente reactivo, como habitualmente hacemos con las enfermedades agudas. Por este motivo, y de manera conjunta la Sociedad Española de Medicina Interna y la Sociedad Española de Medicina de Familia, pusimos en marcha una iniciativa en la que pedimos su apoyo a las consejerías de salud de Andalucía, País Valenciano y País Vasco, que se incorporaron a la Conferencia de Crónicos de Sevilla. Posteriormente, al documento final se sumaron el Ministerio de Sanidad, el resto consejerías, y numerosas sociedades científicas que han firmado un compromiso de cambio en el abordaje de estas

enfermedades en la denominada “Declaración de Sevilla”. En ella queda explícito también el papel de la Medicina Interna y de la Medicina de Familia, dos pilares esenciales para cambiar el patrón asistencial, actualmente fragmentado, que es altamente ineficiente y bastante desconcertante para el paciente.

- Este documento también fue ratificado por otras Sociedades Científicas, como ha apuntado…

Efectivamente, hay muchas Sociedades Científicas que nos han manifestado su deseo de seguir participando en este proyecto, que está abierto a la colaboración multiprofesional.

- Uno de los objetivos de este documento, como ha comentado, es lograr una mayor eficiencia del sistema asistencial y una mejor atención al paciente, ¿cómo se puede lograr?

Lo importante es identificar a los pacientes frágiles y evitar el trasiego que tienen entre servicios y entre centros sanitarios. Todas las especialidades tienen su papel, pero hay que contemplar el valor de aportación para el propio paciente. Siempre que se pueda resolver su problema sanitario en un ámbito más global, en primer lugar en Atención Primaria, o por parte de un internista, es positivo, tratando de evitar visitas innecesarias, fragmentación de la asistencia, múltiples tratamientos no coordinados…

- ¿Cree que la introducción de nuevas fórmulas asistenciales (unidades de corta estancia, hospitalización a domicilio, telemedicina….) está influyendo la labor del internista?

Sí. La forma de trabajar está cambiando en todas las especialidades médicas, pero en Medicina Interna lo está haciendo de una manera muy evidente. Realmente hemos sido vanguardistas en la adaptación a las necesidades de los pacientes y a las necesidades de los hospitales. Hay numerosas experiencias en nuestro medio que han demostrado una mejora en la calidad de la atención sanitaria y en la eficiencia.

- ¿Cuáles serían las innovaciones a destacar?

Hace poco se realizó una encuesta entre jefes de servicio para saber cuál es el papel y cuáles son las innovaciones esenciales que han realizado los servicios de Medicina Interna en estos últimos años. Una de las más importantes ha sido la consultoría con médicos de Atención Primaria. El 35 por ciento de los servicios de Medicina Interna tiene este tipo de relación, con internistas asignados a centros de salud. Esta sería la primera innovación, seguida de los hospitales de día médicos; la atención domiciliaria; el consultor de especialidades quirúrgicas… En este último caso calculamos que alrededor de 150.000 pacientes de especialidades quirúrgicas son evaluados y atendidos por internistas. En definitiva, estamos tratando de adaptar nuestro papel a las necesidades que tienen los centros hospitalarios y los pacientes.

- Este aspecto de referente les convierte en observadores de lujo del SNS. Desde esta atalaya privilegiada, ¿consideran que en la Sanidad se hace un uso eficiente de los recursos?

Cuando se hace una visión global del sistema sanitario en España, público y privado, se puede decir que es ejemplar. No cabe la menor duda. Los resultados en salud en relación con la financiación que recibe el sistema sanitario nos coloca entre los mejores del mundo. Hace unos meses la revista Newsweek publicaba un escalafón de países en diversos ámbitos, y en atención sanitaria estábamos en el tercer lugar del mundo, empatados con Suecia; detrás de Finlandia y Suiza. Es decir, globalmente nuestro sistema sanitario es de altísima calidad. Además somos el segundo país en expectativa de vida y seguro que algo tiene que ver en ello el sistema sanitario. Ojalá que otros pilares del Estado del Bienestar funcionarán en España como el sanitario. Ahora bien, es cierto que tenemos posibilidades de mejora y creo que eso es intrínseco al papel que jugamos los médicos y los sanitarios. Tenemos la obligación de mejorar, de hacer un sistema más eficiente y dar una atención de mayor calidad. Siempre se puede mejorar. Creo también que tiene que ver más con aspectos muy locales. Hay posibilidades de mejora de la eficiencia en determinados servicios y en ciertos hospitales. Pero insisto, el sistema globalmente es de alta calidad y bastante eficiente.

- Se ha referido al papel de los médicos en la mejora del sistema asistencial, ¿cuál ha sido éste hasta el momento?

Los médicos como profesión nos hemos auto exigido bastante. Nos hemos puesto algunas reglas de juego de compromiso con la sociedad. El propio sistema MIR, la formación continuada de por vida, la ilusión por investigar, el hacer docencia post y pre graduada… son niveles de autoexigencia, pero también un compromiso del profesionalismo, un compromiso ético. Tenemos que intentar hacer mejor las cosas y ciertamente gran parte de lo que es el sistema sanitario es debido a sus profesionales.

- ¿El médico de Medicina Interna está muy implicado en gestión clínica?

Al igual que todos los médicos, el internista hace gestión clínica diariamente. Está tomando decisiones que afectan individualmente al paciente y globalmente a la sociedad ya que asigna recursos públicos o privados. Necesitamos saber sobre gestión clínica, es necesario no sólo de cara a la eficiencia como uso de recursos económicos sino también para la evaluación de la calidad. Por otro lado, no se puede dirigir un servicio clínico en estos momentos de ninguna especialidad sin tener conocimientos de gestión clínica, de información, de evaluación y de medidas de resultados asistenciales.

- Antes se ha referido al profesionalismo médico, pero ¿cómo está el desarrollo profesional del médico internista en España?

Estoy razonablemente satisfecho. El desarrollo profesional tiene que ver con dos ámbitos, el ligado a la propia especialidad y el

relacionado con la carrera profesional. Éste último tiene mucha influencia de las políticas generales de cada Comunidad Autónoma. Hay múltiples modelos de carrera profesional según las diferentes autonomías y nosotros lo que tenemos que hacer es enfocar el desarrollo profesional desde el punto de vista de las competencias, los conocimientos y la formación continuada.

- Ha hablado de los distintos modelos de carrera profesional según cada comunidad autónoma, ¿existen muchas diferencias a la hora de ejercer?

Sí, hay mucha diferencia, porque también la hay en cuanto a asignación de recursos. La financiación pública de la Sanidad difiere mucho de unas comunidades a otras, y éste es un aspecto que debería ser abordado, porque los españoles deben de tener un nivel básico de derechos que debería estar asegurado. Hay diferencias, al igual que las hay en cuanto al número de camas, de especialistas… algo que se refleja en la financiación, como ya he dicho.

- Y a la hora de realizar la labor asistencial según el centro donde ésta se desarrolle, según se trate de grandes hospitales, centros de crónicos, etc…

La Medicina Interna es una especialidad nuclear en cualquier centro asistencial, por lo que estamos presentes en todos los hospitales. Evidentemente, tenemos la perspectiva de trabajar en centros de diferente nivel; y sí el papel es distinto. En hospitales básicos se cubre la mayor parte de la atención a las camas hospitalarias con la colaboración de otros especialistas médicos, que hacen básicamente las técnicas y, por tanto, en ellos el médico de Medicina Interna tiene un papel más generalista. Mientras, en los hospitales de tercer nivel hay muchas ocasiones de desarrollar consultas monográficas que tienen que ver con problemas muy específicos de la patología.

- ¿Es esta especialidad, según esto último que comenta, susceptible de una sub especialización?

En la Medicina Interna existen diversos campos de conocimiento. Nosotros tratamos de mantener conceptualmente que el paciente es un ser único y, por tanto, el abordaje de sus problemas tiene que ser integral, pero obviamente para profundizar en el conocimiento científico hay que parcelarlo y dedicarse más específicamente a determinados campos de la patología. Así pues, somos firmes partidarios del desarrollo de las áreas de capacitación que reconoce la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, y firmes enemigos de la proliferación de nuevas especialidades médicas. Y esto es así porque creemos que la ley permite el desarrollo profesional y la profundización en el conocimiento sin generar mayores tensiones en el sistema sanitario. Hace poco el New England Journal of Medicine publicaba un artículo sobre este tema, y planteaba la posibilidad de hacer especialidades médicas en obesidad, Medicina de la adolescencia, Medicina del sueño; esto está llevando al sistema sanitario de los EEUU, a una situación que difícilmente se podría afrontar desde una concepción de cobertura pública de un sistema sanitario. Una cosa es el mercado, y otra la prestación de servicios sanitarios y el valor añadido que prestan determinadas sub subespecialidades médicas. Obviamente se necesita tener centros de alta referencia para tratar patologías muy específicas, pero la concepción general de especialidad médica creemos que debe de estar restringida a un campo de conocimiento, de abordaje, de diagnóstico y de tratamiento que tenga justificación. Desde luego España tiene muchas más especialidades médicas que la mayoría de los países europeos, lo que es una contradicción cuando tenemos que converger con Europa para que sean reconocidas.

- Y en el campo de las áreas de capacitación y al tratarse de una especialidad bastante amplía, ¿sería necesario desarrollar muchas?

La Sociedad Española de Medicina Interna tiene en estos momentos varios grupos de trabajo y en ellos hemos tratado de aglutinar internistas que tengan un campo de conocimiento de especial dedicación que sea común, y también para profundizar en registros y patologías concretas. Existen alrededor de 17 grupos, pero no creemos que sean necesarias tantas las áreas de capacitación a desarrollar. De hecho, las áreas de capacitación son compartidas en muchos casos por varias especialidades. Pensamos que un médico puede de manera compartida acceder a un campo de especial dedicación mediante un área de capacitación sin dejar de ser internistas, médico de Primaria, etc. Esto es lo que proponemos y lo que vamos a defender.

- ¿Están trabajando ya en este sentido?

Desde la sociedad se han propuesto tres áreas de capacitación. Una de ellas es Urgencias, porque creemos que se trata de una salida técnica, ya que la mayor parte de los profesionales que se dedican actualmente a ellas en España provienen del campo de la Medicina de Familia o de Medicina Interna. Otra sería la de la patología infecciosa, que tiene su origen en los internistas que afrontaron el reto que suponía la infección por VIH y posteriormente de otros campos de conocimiento. La tercera son las patologías sistémicas y autoinmunes que compartimos con otras especialidades médicas. Estas tres se han propuesto a través de la Comisión Nacional de la Especialidad para ser reconocidas como áreas de capacitación.

- ¿En qué situación se encuentra en la actualidad el programa de la especialidad?
En 2007 se aprobó un programa actualizado. Ahora estamos desarrollando algunos otros aspectos relacionados con él. Dentro de algunos meses se publicará un artículo sobre los procedimientos, competencias y habilidades técnicas de los internistas.

- Por lo que dice, ¿se está trabajando en un mapa de competencias de la especialidad?

Nuestro Grupo de Trabajo de Formación está desarrollando el mapa de competencias profesionales en Medicina Interna. Las competencias no son sólo de conocimiento médico, sino que también abarcan campos que tienen que ver con las actitudes, la comunicación, la ética, el profesionalismo…Creemos que las disciplinas complementarias cada vez tienen más valor, ya que es muy importante conocer la patología médica, pero también lo es ser un médico integral; y este aspecto queremos desarrollarlo,

sobre todo en asuntos que tienen que ver con la relación con el paciente, los compromisos y dilemas éticos, y con otros aspectos de conocimientos que vienen de la mano de los cambios de la Medicina, entre otros, por ejemplo de la tecnología. Tenemos que adaptar el programa de la especialidad, por tanto, a todos estos avances tecnológicos y científicos.

- Todo este programa cambiará cuando se apruebe el proyecto de formación troncal que está en estos momentos en debate. ¿Cómo se ve dicho proyecto desde la perspectiva de la Medicina Interna? ¿Una vez aprobado, cambiará mucho la formación en esta especialidad?

Posiblemente será la que menos cambie en cuanto a formación. Nosotros venimos defendiendo desde hace tiempo que había una sub especialización temprana de las especialidades médicas que se habían desgajado de la Medicina Interna. Esto viene a reconocer un error que se ha mantenido en el tiempo y que nos diferenciaba de la mayoría de los países europeos, y que era que los residentes se especializaban muy rápidamente. Los pacientes tienen múltiples problemas y o los médicos independientemente de la especialidad médica tienen una buena formación troncal para poder abordar, por lo menos, los problemas más prevalentes o terminará ocurriendo lo que ya ha pasado, y es la fragmentación asistencial a la que ya me he referido. La reflexión de la troncalidad viene a reconocer un fracaso con el sistema MIR que ha sido bastante bueno pero que no ha modificado sus estructuras desde hace 30 años. Por todo ello, creemos que la formación troncal va a ser buena para todas las especialidades porque el abordaje integral y sobre todo los conocimientos del mismo en los primeros años de la residencia va a ser positivo para el paciente y para el sistema sanitario.

- Resumiendo, ¿cuál es en su opinión el nivel de formación que tiene el internista en nuestro país? ¿Cuáles serían las áreas óptimas y cuáles aquellas en las que habría que mejorar?

Tiene un nivel formativo muy alto, con 5 años de especialización. Creo que se adquieren muy bien los conocimientos de la patología y de la Medicina clínica a pie de cama. Nos queda mejorar en la estandarización de los conocimientos prácticos y en las disciplinas complementarias anteriormente citadas.

- Y a la hora de investigar….

La investigación es inherente a la buena práctica. Muchos internistas han despuntado en España en distintos campos del conocimiento: enfermedades autoinmunes, arterioesclerosis e hipertensión arterial, en enfermedades infecciosas, osteoporosis, enfermedades metabólicas, etc. Muchos grupos son referentes internacionales. Nuestro reto es mejorar la producción científica de nuestros grupos de trabajo, fomentar el entrenamiento temprano para los residentes e internistas jóvenes, y ayudar a los mejor preparados.

- En muchas especialidades se habla de déficit de profesionales, ¿es el caso de la Medicina Interna? ¿Existe una distribución homogénea por comunidades autónomas?

Sí existen diferencias en relación al número de habitantes en distintas Comunidades Autónomas. Tiene mucho que ver con la estructura de la red hospitalaria, pues es ahí en donde ejercen la mayoría de los internistas.

- ¿Como ven las nuevas generaciones de médicos que acceden a la especialidad?

Para acceder a las facultades de Medicina los nuevos estudiantes necesitan una puntuación muy alta. Tienen, por tanto, un mayor nivel de exigencia. Por otro lado, se está produciendo en toda la Medicina un cambio importante que tiene que ver con la feminización de la profesión y eso está cambiando las estructuras de los servicios. En la actualidad la proporción de residentes es de 7 a 3 a favor de las mujeres. Otra característica diferencial es su fascinación por la tecnología.

- ¿Esta fascinación por la tecnología a la que se refiere puede cambiar o ha cambiado ya el perfil de los nuevos profesionales hacia médicos más tecnificados y menos humanistas?

El perfil ya ha cambiado y cuanto más súper especializado se está en una técnica más alejado se está del paciente, pero yo creo que los internistas independientemente de las técnicas seguimos manteniendo la cercanía con el enfermo, que es lo que más gratificación da al médico. La cercanía con el paciente y la familia es el vector más importante de incentivo profesional.

- A modo de resumen, ¿cuáles son los restos a los que se enfrenta en la actualidad la Medicina Interna? ¿Y de cara al futuro?

El reto más importante de todos los médicos es cómo ayudar a la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario. ¿Cómo podemos contribuir desde nuestra responsabilidad a mantenerlo? Algo que es motivo de orgullo y un pilar de nuestra Sociedad. Nuestra iniciativa, con semFYC, de la atención a los pacientes crónicos está encaminada a ello. Otro reto es evitar la multifragmentación en más especialidades médicas. La aprobación de nuevas especialidades médicas es algo innecesario, injustificado e ineficiente. Existen mecanismos legales con la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias para reconocer campos de especial dedicación sin añadir más entropía al sistema.

- Centrándonos en la Sociedad que preside y al hilo de todo lo comentado, ¿cuáles son los retos a los que se enfrenta la Sociedad Española de Medicina Interna?

La especialidad ha cambiado mucho, así como la visión que se tiene de ella, y no es fácil comunicar y presentar a los internistas a la población general. No obstante, nuestra mejor carta de presentación son los 560.000 pacientes que atendemos cada año. En cuanto a los retos, el primero es el compromiso por abordar el problema de las enfermedades crónicas y el

compromiso de mantener el sistema sanitario público que tenemos y, por tanto, de mejorar la eficiencia. Creemos que el abordaje de las enfermedades crónicas es parte de la solución al problema de la sostenibilidad. Por ello apostamos por cambiar el paradigma de la atención. Otro reto es mejorar la formación y dar cada vez una mejor oferta en este sentido. Alrededor de 4.600 internistas participan en actividades docentes todos los años: en el congreso del año pasado en el que participaron 2.100 internistas; en las reuniones de los grupos de trabajo; en los congresos de las sociedades autonómicas, en los que participan entre 5.000 y 6.000 congresistas. Pero también hay que mejorar la formación de nuestros residentes e incorporar a los jóvenes, captar a las nuevas generaciones para que participen más en la Sociedad y nos expongan sus necesidades. Otro reto importante es organizar en 2012 el congreso europeo de Medicina Interna que se va a celebrar en Madrid. Por último, y entre las grandes apuestas de la Sociedad está mejorar la investigación.

- Ha comentado que uno de los retos es organizar el congreso europeo el próximo año, ¿cómo se ve la Medicina Interna española fuera de nuestras fronteras?

En general, los internistas del sur de Europa (Portugal, Italia, Francia y España) tienen un papel relevante, con Sociedades importantes y con sistemas de salud en los que la Medicina Interna juega un papel preponderante. El presidente de la Federación Europea de Medicina Interna es el doctor Ramón Pujol, ex presidente de nuestra Sociedad, que está haciendo cambios y tratando de influir en la concepción del internista europeo.

- ¿Cuántos asociados tienen en la actualidad?

La Sociedad tiene casi 5.000 socios.

- ¿Me puede comentar algo acerca del próximo Congreso Nacional de octubre?

El Congreso, que se celebrará en Maspalomas-San Bartolomé de Tirajana (Gran Canaria) entre el 26-28 de octubre, tiene una amplia variedad con talleres, mesas redondas, encuentros con el experto, conferencias magistrales, actualizaciones, cara a cara, presentación de comunicaciones orales y en pósters. El programa está ultimado y pensamos en una gran participación como en el último celebrado; en él se recogen las novedades en múltiples campos de la patología médica. Estamos muy satisfechos con la participación en general y especialmente de los médicos residentes. Así, resulta muy gratificante ver las salas llenas durante todo el congreso y el interés de los internistas por su actualización.

El Médico Interactivo es una publicación electrónica dirigida exclusivamente al profesional sanitario destinado a prescribir o dispensar medicamentos, por lo que se requiere una formación especializada para su correcta interpretación.
El Médico Interactivo está por ello reconocido oficialmente por las autoridades sanitarias correspondientes como Soporte Válido para incluir publicidad de medicamentos o especialidades farmacéuticas de prescripción dirigida a los profesionales sanitarios (S.V. 214-R-CM).