SEMI

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA







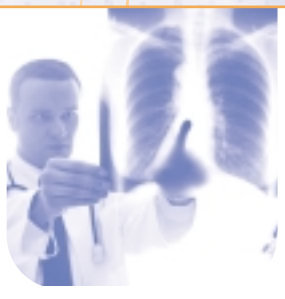
Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España: Prospectiva 2010

©2005 Obra: Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)
Dirección del Estudio: S&H Medical Science Service
Director del Estudio: Alfredo del Campo Martín
Patrocinio y Distribución: Novartis Farmacéutica S.A.

Reservado todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ISBN:
Depósito Legal:







Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna en España: Prospectiva 2010



Prólogo

Allá por 1999 se presentó en el XVI Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna el "Plan Estratégico" de la especialidad. La idea había surgido dos años antes como una necesidad primordial: redefinir la medicina interna. En las últimas décadas se había producido una inquietante serie de fenómenos que requerían una respuesta institucional.

En efecto, el desarrollo de nuevas especialidades médicas había desplazado a la nuestra hasta el punto de hacerla difícilmente reconocible. Una sociedad progresivamente tecnificada tenía que apostar por las especialidades emergentes, en su mayoría apoyadas en técnicas o en el dominio de parcelas concretas del conocimiento médico, siempre con una escasa o nula capacidad integradora. Muchos internistas no permanecieron ajenos a este fenómeno, desarrollando unidades asistenciales y/o de investigación en diferentes campos en los que "todavía" no se discutía nuestra presencia o abriéndose a nuevas actividades hospitalarias, como los servicios de urgencias. De ambas corrientes surgieron experiencias que, en algunos casos, se postulan hoy como nuevas especialidades.

Como consecuencia de todo ello, hace unos años parecía que la medicina interna, en su concepción más tradicional, estaba llamada a desaparecer o a quedar limitada a unidades asistenciales residuales y siempre bajo la amenaza de que el proceso continuase en la misma dirección.

No ha sido así. Los internistas hemos sabido dar respuesta a estos problemas en diferentes campos sin perder, o recuperando; según los casos; nuestra capacidad de polivalencia, nuestra función integradora, de manera que sin renunciar a las parcelas de alta referencia que hacen de nuestra especialidad la más productiva científicamente, hemos llevado a cabo un gran esfuerzo en la puesta en marcha de unidades orientadas al desarrollo profesional y a la mejor atención de nuestros pacientes, como las de corta estancia, paliativos, pluripatológicos, coordinación con Atención Primaria y un largo etcétera.

Todo este esfuerzo innovador ha dado y sigue dando frutos en forma de una mejor asistencia, de una mejor comunicación con otras especialidades y con los gestores y, seguramente, de un mayor autoaprecio. Pero el costo también está siendo elevado. De las experiencias antes apuntadas no hay un modelo único sino que, más bien al contrario, cada servicio ha desarrollado el que mejor se adaptaba a sus necesidades y a sus posibilidades y el internista, individualmente considerado, ha tenido que hacer un doble esfuerzo: de adaptación a las nuevas estrategias asistenciales y de reencuentro con la propia identidad profesional.

En este último punto es en el que se quiso entrar, al elaborar el mencionado "Plan Estratégico de la especialidad de Medicina Interna", que se desarrollaba en diez puntos. Junto a los inevitables sobre docencia, investigación o difusión del conocimiento, había otros referidos a la gestión clínica, al papel del internista, a la orientación de la especialidad al paciente o al papel de la propia sociedad científica en el futuro desarrollo. Con todo ello se pretendía profundizar en las señas de identidad de la especialidad y en el código de valores que la sustentan.

De todos los puntos abordados, el más importante sin duda es el análisis de situación de la propia especialidad y su posible proyección futura. Para ello es necesario disponer de la mejor información para enfrentarnos con la mayor garantía de éxito a los retos que nos aguardan: la sociedad demanda más y mejores servicios mientras que los recursos disponibles son cada vez más limitados, lo que está condicionando la progresiva adopción de mecanismos de gestión empresarial en los centros sanitarios con el consiguiente cambio en las hasta ahora tradicionales relaciones entre los clínicos y los gestores. Si añadimos el incremento en la incorporación de nuevas tecnologías, incluidas las de la comunicación, parece inevitable que se produzcan cambios en las relaciones entre el médico y su entorno, incluido el propio paciente.

En este punto de las reflexiones es en el que la Sociedad Española de Medicina Interna, bajo la presidencia de Miquel Vilardell, acordó realizar el presente "Estudio Socioprofesional", cuyo subtítulo es el de "Prospectiva 2010". La idea inició su desarrollo bajo su presidencia y continuó en la etapa de Ángel Sánchez. Se pretendía con ello participar institucionalmente en el debate abierto y hacerlo con el instrumento más adecuado: un análisis basado en datos objetivos y realizado por observadores externos.

No podemos estar seguros de haber recogido todas las diferentes sensibilidades que nos caracterizan como grupo heterogéneo que somos, como tampoco podemos asegurar que las conclusiones sean las únicas posibles. Podemos asegurar, eso sí, que todos y cada uno de los pasos dados han ido acompañados de la máxima reflexión y del mayor celo formal. Hubiese sido incalificable aprovechar la ocasión en busca de un documento de índole propagandístico en lugar de, como se ha hecho, pretender obtener un elemento de ayuda para la reflexión. El objetivo del documento, como en el mismo se dice, es "conocer la situación actual, el marco social, sanitario y científico, en el que se desarrolla la actividad profesional de los internistas en España, así como las perspectivas de futuro o escenarios de desarrollo, estableciendo, en consecuencia las propuestas de mejora".

Quienes de una manera o de otra hemos participado en su elaboración confiamos plenamente en que el lector encuentre elementos adecuados para el mejor conocimiento de nuestra especialidad, así como de su proyección futura.

Al haber sido un estudio basado en un diseño participativo son, somos, muchos los que hemos aportado algo. Mi reconocimiento, en primer lugar, a todos los internistas que han contribuido a hacer posible el trabajo, unos participando directamente cuando se les ha requerido, otros formando parte del debate cotidiano con sus propias opiniones. Mi agradecimiento a S&H Medical Science Service por su profesionalidad, a la que nos tienen tan habituados. Por último mi agradecimiento a Novartis Farmacéutica que ha sabido interpretar de la mejor manera su relación con nuestra sociedad.

Miguel Ángel González de la Puente
Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna

Índice

Prólogo 01

I. Presentación 05

II. Objetivos y Metodología del Estudio 07

III. La realidad de la Medicina Interna 11

- Plantilla y número de internistas 12
- Datos de actividad asistencial 14
- Carga asistencial 21
- La eficiencia económica de la Medicina Interna. Costes por proceso 24
- La formación, internistas residentes 29
- Anexo del Capítulo III 32

IV. La realidad de la Medicina Interna. Una aproximación cualitativa 39

- Introducción 39
- ¿Qué es la Medicina Interna? 39
- El papel del médico internista 41
- La relación con otras especialidades 43
- La reivindicación de la Medicina Interna 43

V. Encuesta de opinión. Situación socioprofesional de los internistas 45

- Preámbulo 45
- ¿Qué es un médico internista? 47
- Carencias en los servicios de Medicina Interna 49
- Satisfacción laboral 50
- Plantillas y recursos humanos 53
- Los pacientes del médico internista 54
- La actividad laboral de los médicos internistas 56
- La aportación del valor añadido 58
- La relación con otros especialistas 59

VI. Encuesta prospectiva 2010.
Análisis de las tendencias de la Medicina Interna 61

El futuro de la Medicina Interna 61
Los nuevos papeles de la Medicina Interna 64
Tendencias respecto de la situación laboral y profesional 66
Tendencia en cuanto a la carga asistencial 67
Escenarios del sistema de salud en relación con la Medicina Interna 69

VII. Conclusiones 71

Anexos I: Datos específicos de cada Comunidad Autónoma 75

Anexos II: Cuestionarios utilizados 97

I. Presentación

La Medicina Interna en España, ha alcanzado un importante desarrollo tanto en términos científicos, como en su implantación sociosanitaria. Sin embargo, la complejidad del sistema asistencial con multiplicidad de competencias entre las distintas especialidades médicas, requiere un continuo esfuerzo por la mejora de las condiciones profesionales y del papel de los médicos internistas en el ámbito hospitalario.

La Medicina Interna en España ha demostrado un elevado nivel de prestaciones, tanto científicas como asistenciales, que han permitido mejorar los estándares de calidad, los costes económicos y la eficiencia del sistema hospitalario. El papel de los médicos internistas es importante como elemento de cohesión, de calidad asistencial y de eficacia del sistema.

Este estudio pretende conocer en profundidad la realidad socioprofesional de la Medicina Interna, el estado actual y las tendencias más probables de su desarrollo en el año 2010. Esperamos, con ello, contribuir a mejorar la situación profesional de los médicos internistas y con ello la calidad asistencial del paciente hospitalario.



II. Objetivos y Metodología del Estudio

El objetivo genérico ha sido realizar un estudio sobre la especialidad de Medicina Interna en España, para conocer la situación actual, el marco social, sanitario y científico, en el que se desarrolla la actividad profesional de los internistas en España, así como las perspectivas de futuro o escenarios de desarrollo, estableciendo, en consecuencia, las propuestas de mejora.

Todo ello, con dos pretensiones básicas:

- Que sirva como un elemento de consulta para el profesional, el planificador o el especialista en la materia.
- Que sirva como un elemento de sensibilización de las entidades, de los organismos, y de la opinión pública en general, ante la importancia de disponer de una adecuada estructura.

De forma concreta el estudio analiza algunos de los aspectos clave en la situación actual y el desarrollo futuro de la profesión. Estos son:

- Los recursos de la Medicina Interna y su adecuación a las necesidades del sistema *(actividad y carga asistencial, indicadores hospitalarios, eficiencia económica, formación, plantillas, etc.)*
- Las características básicas de la oferta de servicios. Nuevos papeles.
- Las opiniones y valoraciones de los médicos internistas sobre todos los aspectos relativos a su actividad profesional.
- Los escenarios futuros de la Medicina Interna.

Un estudio tan amplio, ha requerido de diferentes fases y técnicas en cuanto a la recogida y tratamiento de la información. Se han diseñado las siguientes fases de estudio:

A. Una fase preliminar de tipo cualitativo.

B. Una fase de trabajo en gabinete para la recogida documental y análisis de datos.

C. Una fase de encuesta de opinión entre médicos.

D. Una fase de encuesta prospectiva *(tipo DELPHI)*.

A. FASE CUALITATIVA

Se han realizado 12 entrevistas en profundidad de tipo cualitativo con médicos internistas responsables de programas, jefes de servicio o de centros especialmente destacados de Madrid, Barcelona y Sevilla.

Además de estas entrevistas, se han realizado 3 mesas de trabajo iniciales *(en Madrid Barcelona y Sevilla)*, con médicos internistas significados en actividades científicas y profesionales.

B. FASE DOCUMENTAL

Se han recogido datos de recursos humanos y actividad asistencial de todas las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, así como las Memorias de 35 hospitales que se especifican en el capítulo 3.

Fruto de ello, se creó un MODELO que permitiera estimar la situación de los profesionales de la Medicina Interna en los hospitales españoles y las necesidades futuras. Para ello, se recogieron datos precisos a partir de encuestas *(se adjunta copia en el Anexo)* realizadas en 11 hospitales *(de 1º, 2º y 3er. nivel)* para obtener una "foto fija" de la realidad en esos hospitales y extrapolar posteriormente los resultados, al conjunto nacional.

Además, se ha procedido a la búsqueda y recogida documental sobre el tema, que aporta información estadística o de opinión, sobre la situación actual y que se especifica en la Bibliografía del capítulo 3.

C. ENCUESTA MÉDICA

Para conocer la opinión y valoración de los médicos internistas sobre su situación socioprofesional, se ha realizado una encuesta clásica de opinión con las siguientes características técnicas:

- Universo: médicos internistas, que están desarrollando su actividad profesional en España.
- Muestra: se han realizado 201 entrevistas. Este tamaño muestral permite un margen de error para el total de la muestra de +/- 6,8%, con unos niveles de confianza del 95,5%.
- Distribución y Selección: la muestra se ha distribuido entre hospitales de diferente tamaño *(1º, 2º y 3er. nivel)* en Barcelona, La Coruña, Madrid, Sevilla, Valencia, Valladolid y Vizcaya/Guipúzcoa. Selección aleatoria, entre los internistas de estas ciudades, controlando la dispersión por hospitales, para garantizar la representatividad de los resultados.

- Cuestionario y entrevistas: el cuestionario, elaborado sobre la base de las entrevistas previas, ha sido de tipo semiestructurado, conteniendo algunas preguntas abiertas. Se adjunta cuestionario en el Anexo.

- Trabajo de campo: las entrevistas han sido realizadas por una red de entrevistadores profesionales, del 21 de junio al 9 de julio de 2004.

D. ENCUESTA PROSPECTIVA

Se ha realizado una Encuesta Prospectiva tipo DELPHI. Han participado 29 expertos *(Jefes de servicios de Medicina Interna, Gerentes de hospitales y Directores de Actividad Asistencial de Consejerías de Salud de las CC.AA)* contestando un cuestionario específico *(se adjunta copia en el Anexo).*

Esta encuesta pretende conocer las estimaciones sobre el futuro que realiza un reducido panel de expertos, quienes por su experiencia profesional pueden aportar más y mejor información. Obviamente, no se ha tratado de "averiguar" el futuro, pero sí de reducir la incertidumbre conociendo las probabilidades de ocurrencia de determinados hechos o eventos que afectarán al futuro de la Medicina Interna.



III. La realidad de la Medicina Interna

NOTA METODOLÓGICA

En el año 2001, culminó el proceso de transferencias sanitarias a las Consejerías de Sanidad de las Comunidades Autónomas, incluidas las del territorio INSALUD. Hasta que no se llegue a la consolidación plena de los órganos y mecanismos de coordinación, existe una cierta dificultad a la hora de disponer de una información estadística global y homogénea, ya sea en sus conceptos o en sus periodos de referencia. Por ello, se han utilizado diversas fuentes:

- Publicaciones del INSALUD y del Ministerio de Sanidad. *(Ver Bibliografía).*
- Documentación aportada por las Consejerías de Sanidad de todas las CC.AA.
- Datos directos de 11 Servicios de Medicina Interna de hospitales a través de un cuestionario:[1]

Hospital Reina Sofía (Tudela)	Hospital de La Princesa (Madrid)
Hospital San Agustín (Avilés)	Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)
Clínica Universitaria de Navarra (Pamplona)	Hospital 12 de Octubre (Madrid)
Hospital Universitario de Alicante	Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)
Hospital de Bellvitge (Barcelona)	Hospital La Fe (Valencia)
Hospital Juan Canalejo (La Coruña)	

- 35 Memorias de los servicios de Medicina Interna de los siguientes hospitales:

Hospital Clínico San Carlos (Madrid)	Hospital Ernest Lluch (Calatayud-Zaragoza)
Clínico Universitario de Valladolid	Hospital General Yagüe (Burgos)
Fundación Jiménez Díaz (Madrid)	Hospital Gral. Universitario de Alicante
Hospital Central de Asturias (Oviedo)	Hospital Gral. Universitario de Murcia
Hospital Clínic (Barcelona)	Clínico San Cecilio (Granada)
Hospital de Basurto (Bilbao)	Hospital Juan Canalejo (La Coruña)
Hospital de Bellvitge (Barcelona)	Hospital Miguel Servet (Zaragoza)
Clínica Dexeus (Barcelona)	Hospital Puerta de Hierro (Madrid)
Hospital de Jerez de la Frontera (Cádiz)	Hospital Puigcerdà (Girona)
Clínica Ubarmín (Pamplona)	Complejo Hospitalario de Orense
Hospital de la Axarquía (Málaga)	Hospital San Agustín (Avilés)
Hospital de Mérida (Badajoz)	Hospital Santa Caterina (Girona)
Hospital de Navarra (Pamplona)	Hospital de Baza (Granada)
Hospital de Requena (Valencia)	Hospital Virgen de las Nieves (Granada)
Hospital de San Millán y San Pedro (Logroño)	Hospital Xeral-Calde (Lugo)
Centro Médico de Asturias (Oviedo)	Hospital de Bermeo (Vizcaya)
Hospital de Viladecans (Barcelona)	Hospital de Cabueñes (Gijón)
Hospital Dos de Maig (Barcelona)	

[1] *Se adjunta cuestionario en el Anexo.*

PLANTILLA Y NÚMERO DE INTERNISTAS

Las últimas cifras emitidas y publicadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre el número de camas hospitalarias instaladas a 31 de diciembre del 2001 es de 160.162 camas para todo el Sistema Nacional de Salud. Así mismo, para esta misma fecha y en territorio del Instituto Nacional de la Salud, INSALUD, que representa al 38,4% de la población española, había 981 internistas de plantilla para 39.213 camas disponibles. La relación de especialistas de Medicina Interna era de 6,4 por 100.000 habitantes y de 2,5 por 100 camas.

Indicadores de plantilla y actividad en Medicina Interna (Área INSALUD)

Indicadores	Total (Área Médica[2])	Total Medicina Interna
Nº de servicios	1.023	88 *(8,6%)*
Nº de facultativos	5.717	981 *(17,2%)*

Fuente: "Mapa de recursos de asistencia especializada. 2001". Instituto Nacional de la Salud. Datos referentes a los hospitales del INSALUD. Elaboración propia.

Si comparamos el volumen de los servicios de Medicina Interna con el de otros servicios del área médica, comprobamos como el número de servicios y el de facultativos internistas es mayor. La Medicina Interna en España, por sus características más generalistas, es una de las especialidades con mayor implantación en los hospitales y con mayor número de médicos, tal y como se observa en los siguientes cuadros:

Indicadores por especialidad del Área Médica

Servicio Médico	Nº de Servicios	Nº de Facultativos	Especialistas/ 100.000 hab.	Especialistas/ 100 camas
Alergología	46	150	1,0	0,4
Cardiología	85	658	4,3	1,7
Dermatología	74	315	2,1	0,8
Aparato digestivo	83	555	3,6	1,4
Endocrinología y nutrición	70	311	2,0	0,8
Geriatría	26	71	0,5	0,2
Hematología y Hemoterapia	82	460	3,0	1,2
Medicina Interna	88	981	6,4	2,5
Nefrología	60	305	2,0	0,8
Neumología	79	401	2,6	1,0
Neurología	72	347	2,3	0,9
Oncología médica	43	163	1,1	0,4
Psiquiatría	75	453	3,0	1,1
Rehabilitación	83	358	2,3	0,9
Reumatología	57	189	1,2	0,5
TOTAL	1.023	5.717	37,4	14,6
Media de servicios médicos	68,2	381,1	-	-

Fuente: "Mapa de recursos de asistencia especializada. 2001". Instituto Nacional de la Salud. Datos referentes a hospitales del INSALUD.

[2] *Servicios incluidos dentro del Área Médica, además de Medicina Interna: Alergología, Cardiología, Dermatología, Digestivo, Endocrinología y Nutrición, Geriatría, Hematología y Hemoterapia, Nefrología, Neumología, Neurología, Oncología Médica, Psiquiatría, Rehabilitación, Reumatología.*

Indicadores de Medicina Interna por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma (Área INSALUD)	Nº de Servicios	Nº de Facultativos	Especialistas/ 100.000 hab.	Especialistas/ 100 camas
Aragón	8	77	6,5	2,2
Asturias	9	69	6,3	2,1
Baleares	5	33	4,3	2,3
Cantabria	3	33	6,3	2,1
Castilla – La Mancha	11	103	6,0	2,5
Castilla y León	14	164	6,5	2,6
Extremadura	8	73	6,8	2,5
Madrid	19	338	6,7	2,6
Murcia	7	64	6,6	2,8
La Rioja	2	18	6,8	2,4
Ceuta	1	5	7,3	3,1
Melilla	1	4	6,7	2,3
TOTAL	88	981	6,4	2,5

Fuente: "Mapa de recursos de asistencia especializada. 2001". Instituto Nacional de la Salud. Datos referentes a los hospitales del INSALUD.

La distribución de los internistas, siguiendo el criterio de tamaño de los hospitales *(esquema de división GH, "grupo de hospitales", utilizado por el propio INSALUD e indicados en el Anexo)*, se describe en la siguiente tabla. Los hospitales del Grupo 1, los comarcales, son los que cuentan con un mayor número de internistas por 100.000 habitantes y por 100 camas, precisamente debido a su carácter comarcal en el que la plantilla de otras especialidades es muy reducida y, en consecuencia, los internistas tratan enfermedades que en otro tipo de hospitales se encargan especialistas como alergólogos, cardiólogos, neumólogos, etc.

Internistas por 100.000 habitantes y por 100 camas

Grupo de Hospitales[3]	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5	CONJUNTO TOTAL
Internistas por 100.000 h.	7,5	6,0	5,3	6,2	-	6,4
Internistas por 100 camas	4	2,7	2,1	2,2	2,5	2,5

Fuente: "Mapa de recursos de asistencia especializada. 2001". Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia.

Si proyectamos el ratio de 2,5 internistas/100 camas que se da en el territorio INSALUD a las 160.162 camas disponibles en todo el Sistema Nacional de Salud, estimaríamos una cifra de 4.000 internistas en toda España[4]. Esta cifra se aproxima a otras estimaciones. La Sociedad Española de Medicina Interna *(SEMI)* cuenta aproximadamente con 3.500 médicos internistas asociados. En la hipótesis de que exista un 20% más de internistas no asociados a la SEMI, estaríamos ante una cifra de 4.200. Por otra parte, es muy probable la existencia de internistas en otros ámbitos *(por ejemplo privado - no hospitalario, ONG´s, etc.)*, o no registrados como tales por ejercer

[3] *GH1 ➟Hospital comarcal. Menos de 200 camas y menos de 100 médicos. GH2 ➟Hospital de área. GH3 ➟Hospital con algunos servicios de referencia GH4 ➟Hospital con "alta tecnología". GH5 ➟Hospital de larga estancia.*

[4] *Si para la extrapolación hubiéramos utilizado el ratio internista/habitante se cometería un error, ya que el nº de internistas se refiere sólo al sector público (no incluye mutuas, Fuerzas Armadas, privados, etc.) y la población se refiere a la totalidad. Por el contrario, el ratio internista/cama es independiente de su ámbito y es extrapolable al total de camas del Sistema Nacional de Salud.*

su actividad en otras especialidades o sectores. En consecuencia sería razonable estimar una cifra de entre 4.000 y 4.500 internistas en España.

En la evolución futura, hay que considerar las bajas que por jubilaciones se van a producir en los próximos 10 años y que se estiman entre 1.400 y 1.600 *(un 35% tiene actualmente más de 55 años de edad)*[5]. Es decir, al menos entre 1.400 y 1.600 plazas nuevas de Medicina Interna serían necesarias en los próximos 10 años tan sólo para mantener la actual situación *(140/160 nuevas plazas año)*. Las 256 plazas MIR convocadas en 2003, pueden variar cada año y en cualquier caso, no siempre se transforman necesariamente en plazas de Medicina Interna. Sin embargo, atender adecuadamente las necesidades de atención, requiere al menos de dos condiciones más: prever el incremento de la demanda *(por envejecimiento y patología múltiple)* y disminuir la elevada carga asistencial que actualmente soportan los médicos internistas.

El número de camas[6] de los servicios de Medicina Interna respecto al número total de camas es variable, ya que depende del tamaño del centro hospitalario, su ubicación y la especialización de dicho centro. Para los hospitales comarcales la proporción está en torno a una tercera parte, sin embargo en los grandes hospitales no llega al 10%, con un gran margen de variabilidad, muy estrechamente unido a la política local de gestión de recursos, así como a la organización específica del centro. Sería conveniente que en cierta forma estuviese regulado el número de camas de Medicina Interna respecto a la categoría del hospital *(tamaño, ubicación y especialidad)*. De los datos obtenidos y de las opiniones recabadas, podemos estimar como más adecuado, que al menos para los hospitales comarcales el número de camas no debería ser inferior al 33%, en los hospitales medios al 15%, y en los de alta especialización al 10%.

La precariedad laboral es un hecho importante en la profesión. Podemos estimar que en torno al 63% de los internistas tienen plaza en propiedad y 37% están en régimen de interinidad. Trabajan “específicamente” como internistas el 77% y el 23% atienden a otros servicios: como urgencias, infecciosas, dependiendo del tipo de hospital y organización del centro.

DATOS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL

La mayor parte de productividad de los internistas está estrechamente ligada con la carga de su actividad asistencial, que a su vez está relacionada con el número de altas hospitalarias, con la actividad en consultas externas, la atención en urgencias y las interconsultas a otros servicios y, no tanto, a su actividad investigadora, formativa, docente o de gestión.

HOSPITALIZACIÓN

El número de altas hospitalarias emitidas en el servicio de Medicina Interna y su comparación con el resto de servicios, nos puede ayudar a conocer cuál y cómo es la carga asistencial de los internistas.

[5] *Estimación propia a partir de datos obtenidos de la encuesta hospitalaria realizada.*
[6] *Estimación obtenida a partir de diferentes Memorias de hospitales y entrevistas con responsables hospitalarios.*

Las altas hospitalarias emitidas por los internistas a nivel de territorio de INSALUD *(que representa al 38,4% de la población española)* son 163.206. Extrapolando este dato a todo el Sistema Nacional de Salud, estimamos en torno a las 425.000 altas como cifra más conservadora. Si realizamos la previsión según el ratio altas/cama, la cifra se elevaría a 666.600 altas, como una cifra más radical.

Altas hospitalarias emitidas por internistas

Indicadores	INSALUD	Sistema Nacional de Salud
Camas	39.213	160.162
Población	16.065.751	41.837.894
Altas	163.206	Estimación Conservadora: 425.015 Radical: 666.600

Fuente: "Mapa de recursos de asistencia especializada. 2001". Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001"- Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia.

El número de altas emitidas por los internistas representa aproximadamente el 15% del total de altas hospitalarias. Hemos comprobado, tras el análisis de varios hospitales, que al comparar los servicios de Medicina Interna con otras especialidades médicas *(cardiología, digestivo, endocrinología, nefrología, neumología y neurología)*, el ratio número de altas por cama asignada y la actividad en consultas externas es más alta para los internistas, que para el resto de especialidades médicas estudiadas.

Así mismo, el peso relativo de los Grupos Relacionados con el Diagnóstico[7] (GRD´s) – un indicador teórico de consumo de recursos -, es similar o superior para los pacientes ingresados en Medicina Interna; lo que pone de manifiesto la complejidad de éstos, con múltiples patologías que necesitan de una atención integral.

La estancia media de los pacientes que han sido dados de alta en los servicios de Medicina Interna está alrededor de 10 días, similar o ligeramente superior a la media de las especialidades médicas comparadas, que es de 9 días, *(cardiología, digestivo, endocrinología, nefrología, neumología y neurología)*, y más alejada de la estancia media del total de altas hospitalarias que no llega a 8 días; esta es inferior ya que están incluidos procesos de menor complejidad, tanto médicos cómo quirúrgicos.

[7] *Indicador de la complejidad de la casuística abordada. Está basado en el consumo de recursos por GRD (peso relativo por GRD) en EE.UU. (valor del coste medio del GRD relativo al coste medio global en EE.UU). El peso relativo se define como la razón entre el peso medio del hospital/servicio y el del estándar.*

Estancia y peso relativo de Medicina Interna y otras especialidades

Servicios médicos	Estancia media (nº de días)	Peso relativo[7]
Cardiología	7,41	1,59
Digestivo	8,78	1,44
Endocrinología	9,24	1,11
Medicina Interna	10,33	1,68
Nefrología	9,90	2,12
Neumología	9,53	1,75
Neurología	10,33	1,63
Media especialidades	9,19	1,60
TOTAL DE ALTAS HOSPITALARIAS	7,74	1,47

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010".

En la siguiente tabla se presentan estos mismos datos según el tamaño de hospital.

Estancia media/peso relativo de Medicina Interna y otras especialidades

Servicios	Grupos de hospitales[8]				
	GH1	GH2	GH3	GH4	GH5
Cardiología	7,7/1,3	6,9/1,4	7,1/1,6	7,8/1,7	11,3/1,5
Digestivo	8,7/1,3	7,8/1,3	9,6/1,3	9,2/1,6	8,1/1,4
Endocrinología	6,8/1,0	8,1/1,1	8,6/1,1	10,0/1,1	5,9/0,9
Medicina Interna	8,4/1,5	9,7/1,7	10,7/1,6	11,3/1,7	21,4/2,2
Nefrología	11,6/1,2	8,2/1,7	9,4/2,1	11,0/2,4	5,1/0,8
Neumología	9,6/2,0	8,6/1,7	10,4/1,8	9,9/1,7	9,5/1,4
Neurología	7,7/1,6	8,5/1,6	10,9/1,6	11,5/1,6	6,6/1,0
Media especialidades	8,7/1,4	8,0/1,5	9,3/1,6	9,9/1,7	7,7/1,2
TOTAL DE ALTAS HOSPITALARIAS	6,1/1,2	7,0/1,4	8,1/1,5	8,6/1,6	8,8/1,3

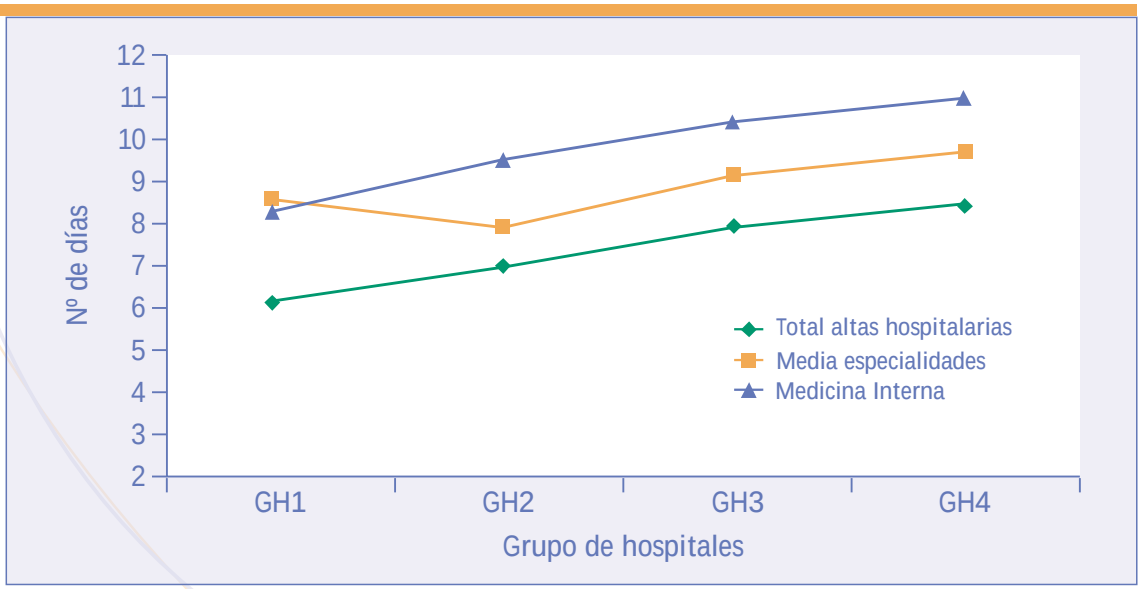
Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service.

Hay que resaltar en este análisis, que la estancia media es ligeramente superior en Medicina Interna que en el resto de especialidades y claramente mayor que en el conjunto del hospital, con excepción de los hospitales pequeños *(Grupo 1)*. Probablemente esto sea debido a que en este tipo de hospitales queden los procesos, con mejor pronóstico, y los más graves pueden ser remitidos a otros hospitales de referencia. Por el contrario, en el grupo 5 *(hospitales de larga estancia)* se presenta una estancia media para Medicina Interna de 21,4 días/caso. En el resto de especialidades se sigue manteniendo su estancia media habitual e incluso menor para algunas de ellas, la razón estriba en que se atiende a muy pocos casos, ya que precisamente no son el lugar adecuado de referencia de estas especialidades.

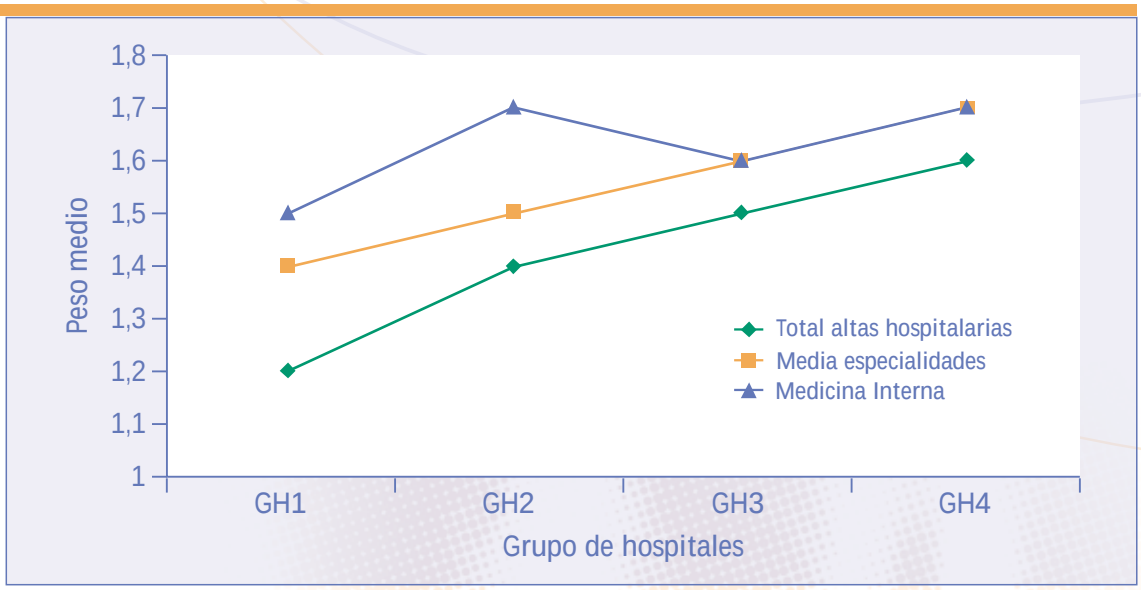
Debemos comentar que en este análisis de altas hospitalarias no hemos introducido la variable mortalidad, al no ser este el marco idóneo de presentación ni de análisis.

[8] *GH1 ➟Hospital comarcal. Menos de 200 camas y menos de 100 médicos. GH2 ➟Hospital de área. GH3 ➟Hospital con algunos servicios de referencia. GH4 ➟Hospital con "alta tecnología" .GH5 ➟Hospital de larga estancia responsables hospitalarios.*

Estancia media



Complejidad peso relativo (consumo de recursos/GRD)



CONSULTAS

Otra de las funciones de los médicos internistas está relacionada con la actividad en consultas externas, que depende de la propia plantilla hospitalaria y/o de facultativos internistas dedicados íntegramente a esta actividad extrahospitalaria. Realizando una estimación conservadora a partir de los datos del Ministerio de Sanidad, así como del trabajo de campo realizado, las "primeras consultas" se sitúan en torno a una cifra de 400.000, y las sucesivas alrededor del millón y medio. En este cálculo no hemos incluido la red hospitalaria privada, ni las mutuas.

Indicadores de consultas externas de médicos internistas

	INSALUD	Total Sistema Nacional de Salud Estimación
Primeras consultas	150.323	391.466
Consultas sucesivas	514.823	1.340.684
ÍNDICE SUCESIVAS/PRIMERAS	3,42	

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service.

La relación de consultas sucesivas/primeras consultas, es superior para las especialidades de endocrinología y nefrología, ya que aquí dos procesos crónicos tienen especial relevancia; la diabetes mellitus, la insuficiencia renal crónica. Sin embargo, en el caso de los internistas, éstas presentan un índice superior sucesivas/primeras al resto de especialidades médicas analizadas, porque muchos de los procesos atendidos por los internistas son enfermedades crónicas en población de edad avanzada, con múltiples patologías.

Índice de consultas sucesivas y primeras

Servicios	Índice sucesivas/primeras
Cardiología	2,04
Digestivo	2,21
Endocrinología	3,68
Medicina Interna	3,42
Nefrología	7,55
Neumología	2,34
Neurología	1,96
TOTAL CONSULTAS EXTERNAS	2,02

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service.

El porcentaje de primeras consultas y sucesivas efectuadas por los internistas respecto al total de consultas externas representan aproximadamente el 2,3% y el 4%. Si las comparásemos con los de otras especialidades médicas, comprobamos que ocupan una posición media para primeras consultas y alta para las sucesivas, pero muy lejos evidentemente de determinadas especialidades quirúrgicas, como oftalmología y traumatología.

Peso de consultas externas sobre el total de consultas

Servicios	Primeras consultas %	Consultas sucesivas %
Cardiología	3,78	3,83
Digestivo	3,47	3,80
Endocrinología	2,11	3,84
Medicina Interna	2,32	3,93
Nefrología	0,32	1,22
Neumología	1,79	2,08
Neurología	2,57	2,49
Oftalmología	15,19	9,87
Traumatología	12,35	10,64

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la salud. Elaboración propia.

Curiosamente y, probablemente, debido a procedimientos administrativos, por Comunidades Autónomas se produce una gran variabilidad en el ratio sucesivas/primeras. Así en Aragón, La Rioja y Baleares, la relación entre las primeras y sucesivas consultas es significativamente mayor que en la media del INSALUD, mientras que Andalucía y Navarra destacan por un menor índice que el resto. También en cuanto a la tasa de consultas por habitante se produce una gran variación entre las distintas Comunidades Autónomas.

Índice de consultas sucesivas y primeras por CC.AA.

CC.AA.	Medicina Interna				
	Primeras consultas	Consultas sucesivas	Índice sucesivas/ Primeras	Primeras/ 10.000 h.	Sucesivas/ 10.000 h.
Andalucía	89.681	247.818	2,76	121,9	336,8
Aragón	4.129	29.814	7,22	34,3	247,6
Baleares	4.144	20.904	5,04	49,2	248,4
Canarias	10.034	40.227	4,01	59,2	237,4
Castilla La Mancha	12.036	49.423	4,11	68,4	280,7
Castilla y León	21.897	84.066	3,84	89,1	342,2
C. Valenciana	33.017	119.627	3,62	79,3	287,4
Extremadura	11.480	36.661	3,19	108,5	346,3
Galicia	28.123	107.315	3,82	104,3	398,1
Navarra	4.769	9.973	2,09	85,8	179,4
País Vasco	-	-	4,60	-	-
La Rioja	752	4.826	6,42	27,2	174,4

*Fuente: Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service. Datos aportados por las Consejerías de Salud. *No disponemos de datos de Asturias, Cantabria, Cataluña, Madrid y Murcia.*

URGENCIAS HOSPITALARIAS

Las urgencias hospitalarias y en concreto las urgencias del área médica, es una de las actividades que ocupa cada vez a más médicos internistas, cuya coordinación y dirección podrá ser en un futuro próximo una de las áreas de desarrollo de la Medicina Interna. Las urgencias dependen ya, aunque de forma parcial, de los internistas. Las urgencias médicas representan, aproximadamente, entre el 40% y el 50% del volumen total de enfermos asistidos en urgencias en los hospitales; el porcentaje de urgencias que atienden los médicos internistas es aproximadamente del 15%. El resto se divide entre cirugía general, traumatología, obstetricia y ginecología, pediatría, oftalmología, psiquiatría, otorrinolaringología y neurocirugía. De los enfermos atendidos del área médica, alrededor del 22% son ingresados, mientras que para el conjunto de las urgencias atendidas ingresan el 15%. Estos datos, que se obtienen de las informaciones recibidas de 10 hospitales de diferentes tamaños, así como de las memorias recogidas, confirman la complejidad de la atención prestada por los internistas. Sólo son superados por los pacientes de psiquiatría que presentan ratios de ingreso en torno al 24%.

INTERCONSULTAS

Las interconsultas son otras de las actividades desarrolladas por los médicos internistas, representan una carga de trabajo suplementaria de alrededor del 10% de sus pacientes ingresados;[9] lo que supone un aumento considerable de su actividad profesional. Desgraciadamente no se dispone de información estandarizada ni recogida sistemáticamente, aunque sería muy necesario y útil que en el futuro esta información se recogiera, pues supone una parte importante y cada vez mayor del trabajo de los internistas.

Las secciones que se incluyen en los servicios de Medicina Interna son múltiples y variadas, dependiendo de la complejidad del centro, así como de su proximidad a otros centros y de las políticas de salud desarrolladas. Las principales secciones citadas en los 10 hospitales consultados y en las Memorias recogidas son:

- Unidades de infecciosas.
- Unidades metabólicas y de lípidos.
- Unidades de mineralometría (densitometría ósea).
- Unidades de geriatría.
- Unidades de enfermedades autoinmunes.
- Unidades de drogodependencia.
- Unidades de arteriosclerosis.
- Unidades de hipertensión arterial y riesgo cardiovascular.
- Unidades de inmunodeficiencia adquirida.
- Unidades de hipertensión en el embarazo.

[9] *Estimación realizada a partir de las memorias de los hospitales recogidas.*

- Unidades de atención integral.
- Unidades de hospitalización a domicilio.

Además resulta destacable que un porcentaje considerable de los servicios de Medicina Interna hospitalarios, atienden en mayor o menor grado el hospital de día.

CARGA ASISTENCIAL

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) más frecuentes: Los 10 primeros GRD´s de otras especialidades y de Medicina Interna coinciden en un 70%. Esto refleja la polivalencia y versatilidad prestada por los internistas. Los procesos más frecuentes atendidos por los internistas son los que afectan al aparato respiratorio y al área vascular *(cardiovascular y cerebrovascular)* en sus distintas vertientes aguda y crónica, de causas infecciosas, metabólicas, degenerativas, ligadas a hábitos tóxicos y medioambientales. También las patologías digestivas y los GRD´s relacionados con trastornos de los hematíes son objeto preferente de su atención.

La gran repercusión desde el punto de vista social, sanitario y económico de las enfermedades crónicas atendidas por los internistas, junto al envejecimiento de la población, obliga a desarrollar estrategias de hospitalización a domicilio, que probablemente permitan disminuir los ingresos y los reingresos y acortar la estancia, con la consiguiente repercusión sobre la calidad de vida de los pacientes. Los internistas están obligados a liderar estos programas de atención. Por otra parte, la labor de los médicos internistas en los procesos de hospitalización de las enfermedades crónicas, supone la mejora de los criterios para el ingreso, el uso apropiado de la estancia hospitalaria, la eficacia en la hospitalización y la mejora en la planificación del alta.

25 GRDs más frecuentes en Medicina Interna

GRD	Descripción	Altas	%	Estancia media
541	Trastornos del sistema respiratorio excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayores	16.891	9,57	10,90
127	Fallo cardiaco y shock	11.017	6,24	9,60
544	Insuficiencia cardiaca crónica y arritmia con cc mayores	6.786	3,84	11,40
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	6.293	3,56	9,05
14	Trastornos específicos cerebrovasculares excepto *ictus* transitorio	5.862	3,32	10,72
89	Neumonía simple y pleuritis, edad >17, con cc	4.540	2,57	10,33
183	Esofagitis, gastroenteritis y miscelánea de enfermedades digestivas, edad >17, sin complicaciones	4.064	2,30	6,63
15	Accidente isquemico transitorio y oclusiones precerebrales	3.683	2,09	8,13
140	Angina de pecho	3.243	1,84	7,37
90	Neumonía simple y pleuritis, edad >17, sin complicaciones	3.126	1,77	8,17
395	Trastornos de los hematíes, edad >17	2.915	1,65	9,97
101	Otros diagnósticos del aparato respiratorio con cc	2.912	1,65	10,00

25 GRDs más frecuentes en Medicina Interna (cont.)

GRD	Descripción	Altas	%	Estancia media
182	Esofagitis, gastroenteritis y miscelánea de enfermedades digestivas, edad >17, con complicaciones	2.516	1,43	8,86
175	Hemorragia gastrointestinal, sin complicaciones	2.479	1,40	6,47
102	Otros diagnósticos de aparato respiratorio sin cc	2.271	1,29	7,82
533	Otros trastornos del sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con complicaciones mayores	2.018	1,14	17,12
294	Diabetes edad >35	1.984	1,12	8,61
557	Trastornos hepatobiliares y de páncreas con cc mayores	1.974	1,12	14,30
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	1.903	1,08	8,82
321	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad >17, sin cc	1.854	1,05	6,59
82	Neoplasias respiratorias	1.734	0,98	12,76
138	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción con cc	1.664	0,94	8,32
174	Hemorragia gastrointestinal con complicaciones	1.631	0,92	9,02
320	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad >17, con cc	1.588	0,90	9,26
143	Dolor torácico	1.567	0,89	5,85
	ALTAS TOTALES	176.547		10,31

Fuente:"Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales del INSALUD. 2001" Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos referentes solamente a hospitales del INSALUD.

El peso que tienen los procesos de hospitalización en las plantillas de médicos internistas es evidente y muy superior al resto de especialidades médicas. Si consideramos los procesos estrictamente de hospitalización *(excluidos otros procesos asistenciales tales como pruebas, consultas, etc)* medidos a partir del número de altas y de su estancia media y vemos su repercusión en la plantilla de facultativos de cada especialidad, se observa como hablar de la plantilla de internistas es equivalente a hablar de la "plantilla de hospitalización" por excelencia .

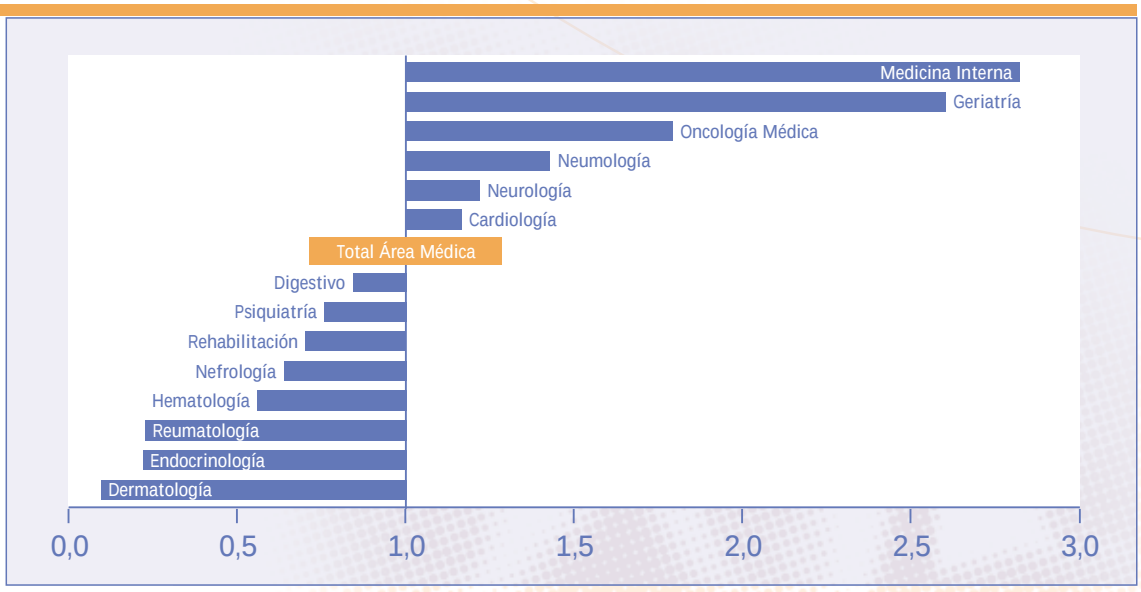
Si comparamos cada especialidad con el conjunto total, obtenemos una carga relativa, un indicador de la desviación, es decir, la mayor o menor carga que tienen los procesos de hospitalización en cada especialidad, respecto del conjunto.

Estos datos, calculados para la zona INSALUD a partir de los datos del CMBD se reflejan en el siguiente cuadro y gráfico:

Servicios	Altas (a)	Estancia media (b)	Nº de facultativos (c)	Carga de hospitaliz. (a * b /c)	Carga de hospitalización relativa*
Cardiología	68.891	7,3	658	762,2	1,2
Dermatología	2.428	7,2	315	55,5	0,1
Digestivo	35.475	8,6	555	549,7	0,8
Endocrinología y nutrición	4.983	8,6	311	138,6	0,2
Geriatría	8.155	14,9	71	1.711,4	2,6
Hematología y Hemoterapia	15.495	10,7	460	360,4	0,6
Medicina Interna	176.547	10,3	981	1.853,6	2,8
Nefrología	12.872	9,8	305	413,6	0,6
Neumología	39.947	9,4	401	936,4	1,4
Neurología	27.668	10,0	347	797,3	1,2
Oncología médica	19.542	9,8	163	1.174,9	1,8
Psiquiatría	15.940	14,0	453	492,6	0,8
Rehabilitación	3.507	46,72	358	457,5	0,7
Reumatología	3.500	7,6	189	140,7	0,2
TOTAL ÁREA MÉDICA	405.266	9,2	5.717	652,2	1,0
TOTAL HOSPITAL	1.190.424	7,7	20.126	453,4	0,7

Fuente: "Conjunto Mínimo Básico de Datos. 2001". Instituto Nacional de Salud. Datos referentes al Sistema Nacional de Salud INSALUD. Elaboración propia.

Carga relativa de los procesos de hospitalización de cada servicio



Se observa en el gráfico cómo los médicos internistas son los facultativos que soportan un mayor peso en los procesos de hospitalización, su índice es tres veces mayor que el total del área médica y es más del doble que especialidades clásicas como Cardiología y Neurología. Solamente geriatría y, en menor medida, oncología médica, tienen un índice tan elevado.

** Una carga por encima de 1,0 indica un mayor peso de los procesos de hospitalización respecto de la media de las especialidades del área médica; por debajo de 1,0 una menor carga que el conjunto*

Si segmentamos estos datos, según el tipo de hospital, se observa que los hospitales de los grupos 1-2 son más generalistas que los hospitales de tipo 3 y 4, siendo este último donde se dispone de los medios tecnológicos más sofisticados y de referencia.

También es preciso observar que en el proceso de desarrollo autonómico se producen algunas asimetrías que se pueden traducir, en algunos casos, en una transferencia de carga asistencial desde Medicina Interna a otras especialidades; circunstancia muy evidente, por ejemplo, en Geriatría.

LA EFICIENCIA ECONÓMICA DE LA MEDICINA INTERNA (COSTES POR PROCESO)

El coste por proceso incluye: los costes de hospitalización, de consultas externas, de los servicios intermedios como laboratorios, radiodiagnóstico, pruebas especiales, costes de docencia e investigación. Los costes por proceso están actualizados hasta diciembre del 2003, incrementándose con el 6,4% debido a la inflación sanitaria desde el año 2001 hasta el 31 diciembre del 2003, según los datos del Instituto Nacional de Estadística.

El coste por proceso resulta de multiplicar el coste por estancia por la estancia media. La estancia media de los internistas es ligeramente superior a los médicos especialistas, pero como contrapartida relevante, los internistas atienden poblaciones más envejecidas *(media de 10-15 años)* y además estos pacientes presentan varios procesos, por lo que se puede afirmar que están en una línea de eficiencia similar o superior, si se comparan con otras especialidades.

Coste por proceso de los GRD`s más frecuentes. Medicina Interna y especialidades médicas

Espec. médica	Medic. interna	Nº de GRD	Descripción	Coste por proceso (€)
1º	1º	541	Trastornos respiratorios excepto infecciones, bronquitis, asma, con cc mayor	2.951
2º	2º	127	Insuficiencia cardiaca y shock	2.091
3º	5º	14	Trastornos cerebrovasculares específicos excepto accidente isquémico transitorio	2.808
4º	-	777	Esofagitis, gastroenteritis, y trastornos digestivos misceláneos. Edad <18 sin cc	1.094
5º	7º	183	Esofagitis, gastroenteritis, y trastornos digestivos misceláneos. Edad >17 sin cc	1.119
6º	4º	88	Enfermedad pulmonar. Obstructiva crónica	1.673
7º	9º	140	Angina de pecho	1.454
8º	8º	15	Accidente isquémico transitorio y oclusiones precerebral	1.418
9º	-	112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos	2.316
10º	14º	175	Hemorragia gastrointestinal sin complicaciones	1.335
11º	-	125	Trastornos circulatorios excepto infarto agudo de miocardio, con cateter sin diagnóstico complejo	1.058
12º	3º	544	Insuficiencia cardiaca congestiva y arritmia cardiaca con cc mayor	4.272

Coste por proceso de los GRD`s más frecuentes. Medicina Interna y especialidades médicas (cont.)

Espec. médica	Medic. interna	Nº de GRD	Descripción	Coste por proceso (€)
13º	-	775	Bronquitis y asma. Edad <18 sin cc	1.501
14º	-	430	Psicosis	3.882
15º	-	143	Dolor torácico	901
16º	6º	89	Neumonía simple y pleuritis edad >17 con cc	2.035
17º	-	122	Trastornos circulatorios con infarto agudo de miocardio y complicaciones cardiovasculares. Alta con vida	3.268
18º	-	82	Neoplasias respiratorias	2.906
19º	-	70	Otitis media e itrs edad >17 sin cc	1.401
20º	-	208	Trastornos del tracto biliar sin cc	1.307
-	10º	90	Neumonía simple y pleuritis edad >17 sin cc	1.271
-	11º	395	Trastornos de los hematíes edad >17	1.810
-	12º	101	Otros diagnósticos del aparato respiratorio con cc	1.720
-	13º	182	Esofagitis, gastroenteritis, y trastornos digestivos misceláneos. Edad >17 con cc	1.548
-	15º	102	Otros diagnósticos del aparato respiratorio sin cc	1.143
-	16º	533	Otros trastornos del sistema nervioso excepto accidente isquémico transitorio, convulsiones y cefalea con cc mayor	7.040
-	17º	294	Diabetes edad >35	2.101
-	18º	557	Trastornos hepatobiliares y de páncreas con cc mayor	5.142
-	19º	87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria	2.110
-	20º	321	Infección del riñón y tracto urinario edad>17 sin cc	1.295

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud.Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service.

INDICADORES ECONÓMICOS DE HOSPITALIZACIÓN

En la siguiente tabla se reflejan los indicadores económicos en hospitalización de Medicina Interna y de distintas especialidades médicas *(cardiología, digestivo, endocrinología, nefrología, neumología y neurología)*, así como para el conjunto de estas especialidades.

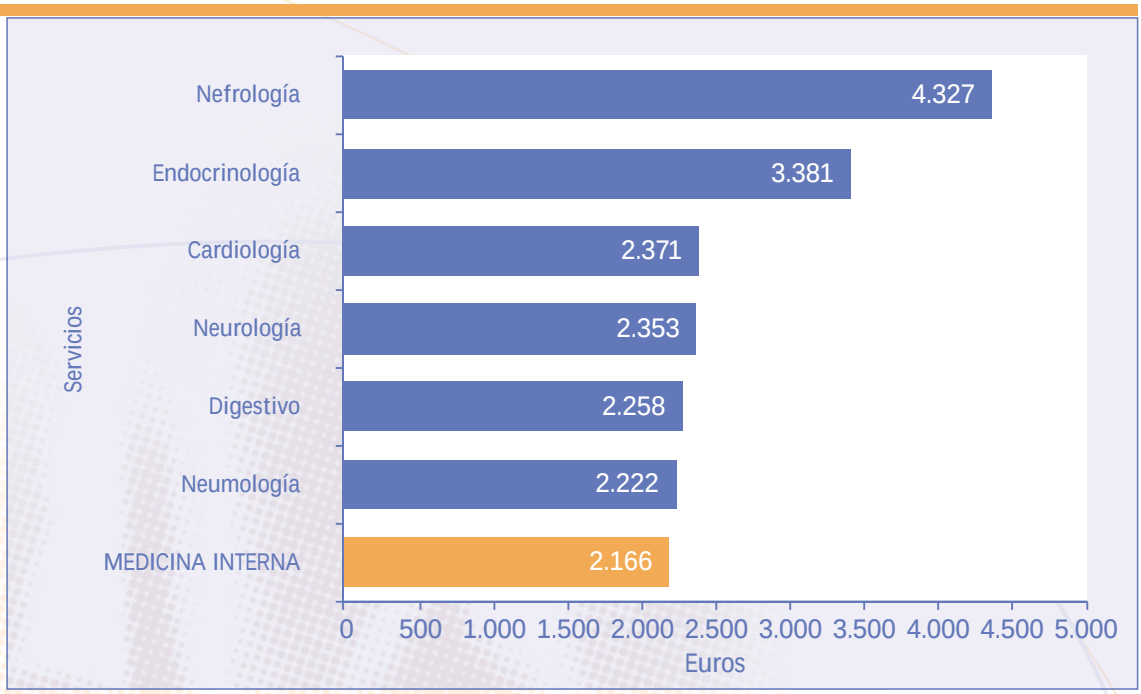
Las cifras se elaboran a partir de los datos publicados por INSALUD en el año 2001, éstos se actualizan a 31 de diciembre del 2003.

Indicadores económicos de hospitalización

Servicios	Altas (SNS* 2003)	Estancia Media	Estancias	Coste Estancia €	Coste total €	Coste por proceso €
Cardiología	203.988	7,41	1.511.553	320,02	483.726.846	2.371
Digestivo	108.258	8,78	950.505	257,17	244.443.287	2.258
Endocrinología	15.705	9,24	145.112	365,88	53.093.160	3.381
Medicina Interna	545.808	10,33	5.638.196	209,70	1.182.350.400	2.166
Nefrología	40.580	9,90	401.738	437,02	175.569.522	4.327
Neumología	130.243	9,53	1.241.219	233,18	289.425.990	2.222
Neurología	86.550	10,33	894.063	227,77	203.639.834	2.353
Total (Excepto M. Interna)	585.324		5.144.190	306,84	1.449.898.639	2.477
Total Médico-quirúrgicas	3.706.532	7,74	28.688.558	344,24	9.875.657.380	2.664
% Medicina Interna	14,73		19,65		11,97	
% Especialidades	15,79		17,93		14,68	

*Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service. * Media de la proyección hecha según los datos de facultativo/cama y facultativo/habitante con datos del INSALUD y proyectados para el Sistema Nacional de Salud.*

Coste por proceso en hospitalización



Las altas emitidas por los internistas suponen el 14,73% de la totalidad de altas hospitalarias, muy similar a las emitidas por el conjunto de especialidades médicas analizadas que suponen el 15,79%. El número absoluto de estancias es mayor para los internistas que para el conjunto de especialidades y estas estancias para los internistas equivalen casi al 20% de las estancias hospitalarias. El coste por estancia es menor para los internistas, que supone 209 € por estancia,

cifra menor que la de cualquier especialidad médica y, por supuesto, que la del conjunto de éstas (306 €) y menor también si se incluyen la totalidad de procesos médicos y quirúrgicos (344 €).

El coste total de hospitalización de los procesos gestionados por Medicina Interna es de 1.182.350.400 € frente a los 1.449.898.639 € de las especialidades médicas. Los internistas gestionan el 12% del coste total de hospitalizaciones. El coste por proceso para los internistas es de 2.166 €, menor que para cualquier especialidad médica analizada y también menor que la del conjunto de SNS (2.166 frente a 2.664 €).

INDICADORES ECONÓMICOS DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

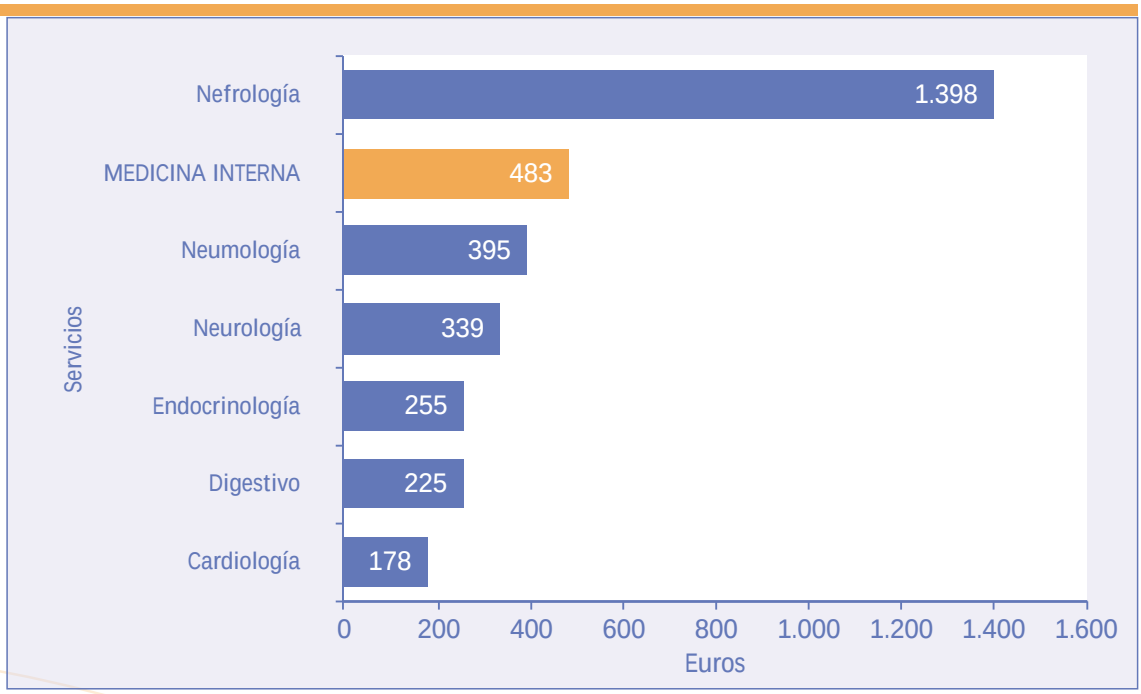
Sin embargo, el concepto de "asistencia continuada al paciente" propio del médico internista, genera un elevado número de consultas sucesivas con un elevado coste derivado de la complejidad de procesos. La cronicidad, la complejidad y la continuidad hacen que el médico internista sea el especialista con mayor coste/proceso en consultas externas. Alrededor de 400.000 primeras visitas y 1.500.000 de sucesivas, son atendidas por los médicos internistas. Éstas son estimaciones conservadoras, ya que no están incluidos ni los hospitales privados ni las mutuas. El coste de las primeras visitas es de 158 € y las sucesivas de 95 €, con un coste total aproximado de 190 millones de euros, estimándose el coste por proceso en 483 €, superior al coste por proceso de las especialidades médicas analizadas, excepto para nefrología y superando también la media de especialidades médicas y el conjunto de médico-quirúrgicas. Esto reafirma la complejidad de los procesos y multipatologías a las que se enfrentan los internistas. El coste de las consultas externas de Medicina Interna, respecto al total *(médico-quirúrgicas)* supone el 7%.

Indicadores económicos en consultas externas

Servicios	"Primeras" SNS 2003	"Sucesivas" SNS 2003	Indice S/P	Coste Primeras 2003 €	Coste Sucesivas 2003 €	Coste total €	Coste por proceso €
Cardiología	638.408	1.305.252	2,04	80,12	48,07	113.904.593	178
Digestivo	586.669	1.294.968	2,21	109,9	65,93	149.860.900	255
Endocrinología	356.109	1.309.393	3,68	79,60	47,76	90.886.978	255
Medicina Interna	391.466	1.340.684	3,42	158,13	94,87	189.105.569	483
Nefrología	55.213	416.809	7,55	252,89	151,73	77.207.849	1.398
Neumología	302.312	708.213	2,34	164,56	98,73	119.675.072	395
Neurología	304.549	850.789	2,79	126,93	76,15	103.448.491	339
Resto Especialidades	2.243.263	5.885.427	2,62	135,67	81,40	783.416.107	349
Total Médico-quirúrgicas	16.862.458	34.041.487	2,02	73,24	43,94	2.731.050.334	162
% Medicina Interna						6,9%	

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service.

Coste por proceso en consultas externas



El elevado coste de la Medicina Interna probablemente esté asociado con su propia definición, es decir, con la evaluación integral del paciente con múltiples problemas. Esto supondría un fuerte incremento de la variable "tiempo médico" dedicado y, en consecuencia, una elevación del coste. No obstante, si esto fuera así debería ser matizado con el concepto de eficiencia. Es más eficiente, y de mejor calidad, un solo médico cualificado viendo de manera integral a un paciente con múltiples problemas, que varios médicos distintos viendo diferentes problemas en el mismo enfermo.

INDICADORES ECONÓMICOS EN URGENCIAS

El cálculo de los costes en urgencias, no se ha podido desglosar por especialidades, sino que se obtiene a partir del coste medio de la urgencia atendida que es de 76 €. Los internistas, se estima que atienden entre el 10-15% de las urgencias. En nuestro cálculo lo hemos realizado con la cifra más conservadora *(el 10%)*, lo que supone, al menos, un total de 1.300.000 urgencias atendidas, con un coste de 98.898.960 €, según queda reflejado en la siguiente tabla.

Indicadores económicos en urgencias

	Total urgencias atendidas SNS	Coste total urgencias 2003	Coste urgencia atendida 2003	Coste total de las urgencias atendidas por los internistas 2003 (10%)
	12.985.614	988.999.606	76,16	98.899.960

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service.

En la tabla siguiente presentamos un resumen de los costes asignados a los internistas, en hospitalización, consultas externas y urgencias que se estiman en 1.500 millones de euros *(250.000 millones de pesetas).*

Resumen. Indicadores económicos. Costes gestionados por Medicina Interna

Ambito	Altas	Coste proceso €	Coste total €
Hospitalización	545.808	2.166	1.182.350.400
Consultas externas	1.340.684/391.466	483	189.105.569
Urgencias	1.298.561	76,16	98.898.960
TOTAL			1.470.354.929

Fuente: "Resultados de la gestión analítica en los hospitales del INSALUD. 2001" Instituto Nacional de la Salud. Elaboración propia. "Estudio Socioprofesional de la Medicina Interna. Prospectiva 2010". S&H Medical Science Service.

LA FORMACIÓN, INTERNISTAS RESIDENTES

Actualizado por la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económicos presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo a abril de 2004, los residentes de la especialidad de Medicina Interna en toda España son en total 1.118. La evolución de las convocatorias de plazas de formación MIR en Medicina Interna, tiene un ligero incremento anual (con excepción del último año), aunque su peso en el conjunto de plazas se mantiene sin variación, o incluso a la baja, tal y como se observa en el siguiente cuadro:

Convocatoria curso	Nº de plazas MIR Medicina Interna	Nº de plazas MIR totales	% MIR/total
1999 - 2000	227	4.876	4,7%
2000 - 2001	229	5.172	4,4%
2001 - 2002	232	5.125	4,5%
2002 - 2003	238	5.288	4,5%
2003 - 2004	256	5.518	4,6%
2004 - 2005	247	5.613	4,4%

Se han convocado 256 plazas MIR de Medicina Interna en 2003 que han bajado a 247 en la última convocatoria de 2004-2005. Estas cifras varían anualmente ,y no se transforman necesariamente en plazas de Medicina Interna por lo que se seguirá manteniendo un déficit respecto de las necesidades de plantilla que hemos visto en el capítulo 1. Los hospitales que sacan un mayor número de plazas MIR de Medicina Interna son los de tipo mediano, aunque los que cuentan con un menor número de camas por MIR, son los que tienen menos de 500 camas.

Nº plazas MIR convocadas según tamaño del hospital

Tamaño hospital	Nº de plazas MIR convocadas	Peso según total camas
Hospital menor de 500 camas	81	242,6 camas/MIR
Hospital entre 500 y 1.000 camas	101	318,0 camas/MIR
Hospital mayor de 1.000 camas	74	339,6 camas/MIR

Plazas MIR de Medicina Interna	256
Plazas MIR de Especialidades médicas	1.275
Plazas MIR Totales	5.518

En cuanto a la distribución en las distintas CC. AA, las que más plazas convocaron en 2003 para la formación de especialistas en Medicina Interna fueron, por este orden, Cataluña, Madrid y Andalucía. La Rioja fue la Comunidad Autónoma que menos oferta de plazas de formación tuvo en ese año.

Según datos del Boletín Oficial del Estado*, en el conjunto de las plazas MIR que se han ofertado en el área médica para el curso 2003/2004, el 20% son específicas de Medicina Interna, aunque sólo representan un 4,6% respecto de las plazas convocadas para todas las especialidades hospitalarias (no sólo las de área médica), tal y como se refleja en su distribución por Comunidades Autónomas en el siguiente cuadro.

Convocatoria de plazas para la formación de especialistas en Medicina Interna 2003

CC.AA.	Nº MIR de Medicina Interna	Nº MIR total*	% Medicina Interna sobre total*	MIR de Medicina Interna /100.000 h.	MIR Total /100.000 h.
Andalucía	39	763	5,1	0,53	10,4
Aragón	7	179	3,9	0,58	14,9
Asturias	4	138	2,9	0,38	13,0
Baleares	5	86	5,8	0,59	10,2
Canarias	7	167	4,2	0,41	9,9
Cantabria	5	91	5,5	0,93	17,0
Castilla La Mancha	11	194	5,7	0,62	11,0
Castilla y León	18	353	5,1	0,73	14,4
Cataluña	48	696	6,9	0,76	11,0
C. Valenciana	20	457	4,4	0,48	11,0
Extremadura	5	114	4,4	0,47	10,8
Galicia	15	227	6,6	0,56	8,4
Madrid	46	849	5,4	0,85	15,7
Murcia	6	147	4,1	0,50	12,3
Navarra	3	72	4,2	0,54	13,0
País Vasco	15	220	6,8	0,72	10,6
La Rioja	2	33	6,1	0,72	11,9
Cupo General	-	732	-	-	-
TOTAL	256	5.518	4,6	0,62	11,8

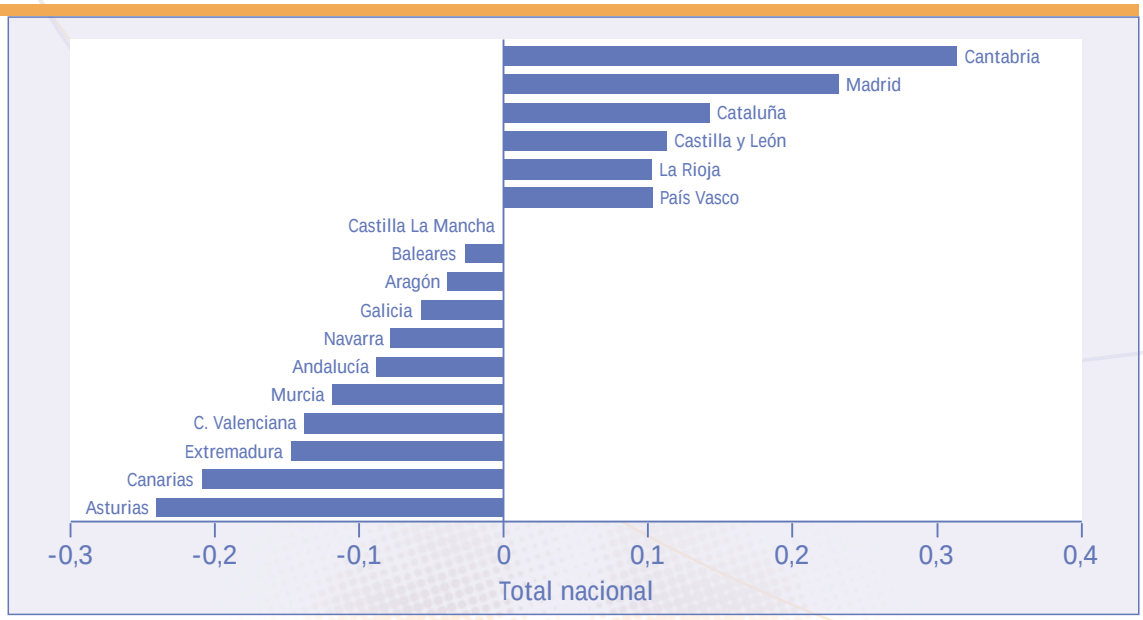
*Fuente: "Nº de plazas en formación por el sistema de residencia, a adjudicar en los años 2003-2004" BOE nº 249, 17 de octubre de 2003. * Incluyen datos de todas las especialidades hospitalarias.*

** BOE nº 249, 17 de octubre de 2003.*

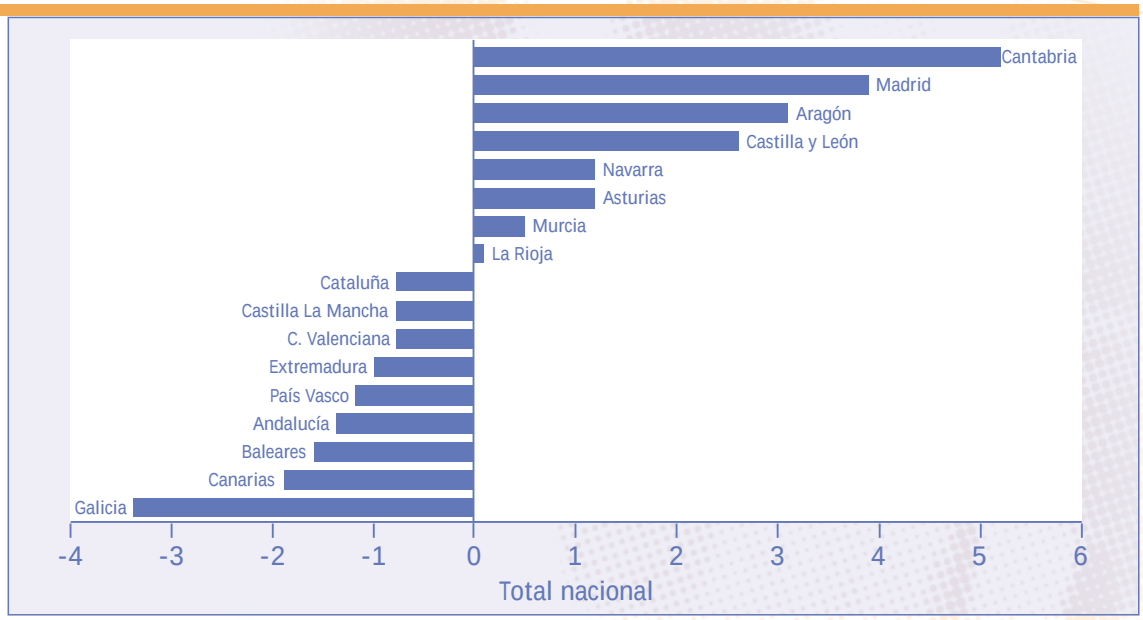
Se observa en el cuadro y gráficos siguientes que si consideramos la poblaciones de las distintas Comunidades Autónomas, no existe una gran variabilidad en las convocatorias de formación de especialistas de 2003, ya sean de Medicina Interna o en general. Tan sólo Madrid y Cantabria parecen tener una desviación positiva y Galicia y Canarias negativa, en ambas convocatorias.

Sin embargo los diferentes desarrollos autonómicos hacen que en algunas comunidades se produzca una conversión de plazas de internistas en otras especialidades. Así, mientras en Madrid o Castilla La Mancha se han sustituido plazas de internistas por otras de geriatría, no ocurre lo mismo en otras comunidades como pueda ser la de Andalucía.

MIR de Medicina Interna (Tasas x 100.000 h.). (Desviación respecto del total)



Plazas MIR totales (Tasas x 100.000 h.). (Desviación respecto del total)



Anexo del Capítulo III

REFERENCIAS DOCUMENTALES Y FUENTES UTILIZADAS

- *"Resultados de la Gestión analítica de los hospitales del INSALUD".* GECLIF 2000. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Especializada. Madrid 2001.
- *"Gestión clínico-financiera y coste por proceso".* Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Especializada. GECLIF. Madrid 2001.
- *"Mapa de Recursos de Asistencia Especializada. Diciembre 2001".* Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Asistencia Sanitaria. Subdirección General de Desarrollo. Madrid 2002.
- El Médico. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2004. Número 908 Suplemento. Madrid 2004.
- Instituto Nacional de Estadística. Índice de precios al consumo, cálculo de variaciones: medicina. http://www.ine.es/cgi-bin/certi. Octubre 2004.
- *"Conjunto Mínimo Básico de Datos. Hospitales del INSALUD 2001".* Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto nacional de la Salud. Subdirección General de Desarrollo. Madrid 2002.
- *"Atlas de la Sanidad en España".* Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Información Sanitaria. Madrid 2004.
- *"Registro Nacional de Especialistas en Formación".* Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Recursos humanos y servicios económico-presupuestarios. Subdirección General de Ordenación profesional. Madrid 2004.
- *"Memoria 2000".* Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud, Madrid 2001.
- *"Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado"* (ESCRI). Ministerio de Sanidad y Consumo desde 1995 (últimos datos correspondientes a 1998 han sido publicados en 2003). En SISAN, Sistema de Información Sanitaria de España, www.sisan.info/
- SEMI, Sociedad Española de Medicina Interna: www.fesemi.org
- Ministerio de Sanidad y Consumo: www.msc.es

DATOS ESPECÍFICOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

En este capítulo sólo se incluye un resumen de los datos recogidos de las Consejerías de Salud de las CC.AA. que resultan homogéneos en sus conceptos y comparables entre sí. En el anexo final se complementan con más información obtenida en cada CC.AA.

Nº total de médicos internistas

CC.AA.	Nº	Internistas/10.000 h.
Andalucía	399	0,54
Aragón	89	0,74
Asturias	61	0,57
Baleares	50	0,59
Canarias	41	0,24
Cantabria	54	1,01
Castilla La Mancha	117	0,66
Castilla y León	178	0,72
C. Valenciana	277	0,67
Extremadura	92	0,87
Galicia	212	0,79
Madrid	299	0,55
Murcia	74	0,62
Navarra	60	1,08
País Vasco	114	0,55

Índice de consultas sucesivas y primeras por CC.AA.

	Medicina Interna		
CC.AA.	Primeras consultas	Consultas sucesivas	Indice sucesivas/primeras
Andalucía	89.681	247.818	2,76
Aragón	4.129	29.814	7,22
Asturias	-	-	-
Baleares	4.144	20.904	5,04
Canarias	10.034	40.227	4,01
Castilla La Mancha	12.036	49.423	4,11
Castilla y León	21.897	84.066	3,84
Cataluña	-	-	-
C. Valenciana	33.017	119.627	3,62
Extremadura	11.480	36.661	3,19
Galicia	28.123	107.315	3,82
Madrid	-	-	-
Murcia	-	-	-
Navarra	4.769	9.973	2,09
País Vasco	-	-	4,60
La Rioja	752	4.826	6,42

Fuente: Consejerías de Salud de las CCAA. (Se especifican en el anexo final).



Datos de hospitalización

CC.AA.	Nº de altas	Altas/ 10.000 hbtes.	Nº de camas	Camas/ 10.000 hbtes.	Estancia media
Andalucía	90.983	123,66	2.490	3,38	-
Aragón	17.373	144,27	472	3,92	10,68
Baleares	13.084	155,45	326	3,87	7,69
Cantabria	9.374	175,17	-	-	10,50
Castilla La Mancha	26.610	151,15	-	-	8,15
Castilla y León	36.207	147,39	946	3,85	-
C. Valenciana	53.110	127,58	1.360	3,27	9,90
Extremadura	21.949	207,36	-	-	9,24
Galicia	40.383	149,80	-	-	11,08
Madrid	74.398	137,18	-	-	9,70
Murcia	-	-	900	7,51	-
Navarra	8.063	145,06	168	3,02	-
País Vasco	21.766	104,51	524	2,52	8,2
La Rioja	2.513	90,82	88	3,18	12,64

Fuente: Consejerías de Salud de las CCAA. (Se especifican en el anexo final).

GRDs más frecuentes en Medicina Interna (Nº de altas)

GRD	Descripción	Baleares	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y león	C. Valenciana	Madrid	La Rioja	Navarra
541	Trastornos del sistema respiratorio excepto infecciones, bronquitis, asma con cc mayores	1.028	982	2.652	3.499		8.063	220	523
127	Fallo cardiaco y shock	654	612	1.419	1.883	2.849	4.374	185	489
544	Insuficiencia cardiaca crónica y arritmia con cc mayores	294	201	772	1.739		3.860	113	147
88	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	634	537	1.027	973	2.437	2.150		314
14	Trastornos específicos cerebrovasculares excepto ictus transitorio	169	352	994	839	2.282	1.263		166
89	Neumonía simple y pleuritis, edad >17, con cc	354	250	582	622	1.877	1.876		230
183	Esofagitis, gastroenteritis y miscelánea de enfermedades digestivas, edad >17, sin complicaciones	121			559	635	972		105
15	Accidente isquémico transitorio y oclusiones precerebrales	100	304	705	751	1.059	889		110
140	Angina de pecho	197	96	572	439	1.570			139
90	Neumonía simple y pleuritis, edad >17, sin complicaciones	224	202	392	463	718	1.441		195
395	Trastornos de los hematíes, edad >17	129	129	451	607	815	1.113	76	182
101	Otros diagnósticos del aparato respiratorio con cc		300	409	735	646	1.655		204
182	Esofagitis, gastroenteritis y miscelánea de enfermedades digestivas, edad >17, con complicaciones					571			
175	Hemorragia gastrointestinal, sin complicaciones	79	88	338	379	661	964		109
102	Otros diagnósticos de aparato respiratorio sin cc	74	325	364	467				189
533	Otros trastornos del sistema nervioso excepto AIT, convulsiones y cefalea con complicaciones mayores		79	303	415				
294	Diabetes edad >35	89	98	309	463	535		68	105
557	Trastornos hepatobiliares y de páncreas con cc mayores		92		328		798		
87	Edema pulmonar e insuficiencia respiratoria			403		542	1.081		
321	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad >17, sin cc	122	94	261	179	493	1.484		
82	Neoplasias respiratorias			245					94
138	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción con cc				282	578			
174	Hemorragia gastrointestinal con complicaciones		100	239	285	664			
320	Infecciones de riñón y tracto urinario, edad >17, con cc	99	95			657	953		
143	Dolor torácico	91		317	212	602			

GRDs más frecuentes en Medicina Interna (Nº de altas) (cont.)

GRD	Descripción	Baleares	Cantabria	Castilla La Mancha	Castilla y león	C. Valenciana	Madrid	La Rioja	Navarra
542	Bronquitis y asma con complicaciones mayores	354			363				
97	Bronquitis y asma, edad >17 sin complicaciones mayores	166							91
96	Bronquitis y asma, edad >17 con complicaciones mayores	154							
814	Gastroenteritis no bacteriana y dolor abdominal, edad >17, sin cc	133		399	342		1.401		113
714	HIV con diágnostico significativo relacionado	129							
82	Neoplasias respiratorias	107			260	515			
122	Trastornos circulatorios con IAM, sin complicación cardiovascular, sin defunción	80			203	737			
569	Trastornos de riñón y tracto urinario excepto insuficiencia renal con complicación mayor	77	95				906		
78	Embolismo pulmonar		112				680		142
416	Septicemia, edad >17 años		83			572			
142	Síncope y colapso, sin complicaciones		77						
423	Otras enfermedades infecciosas y parasitarias		70						
552	Trastornos del sistema digestivo excepto esofagitis, gastroenteritis y úlcera, con complicaciones mayores		70		264		625		
183	Esofagitis, gastroenteritis y miscelánea de enfermedades digestivas, edad <17 sin cc			290					
204	Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna			241		544	844		
543	Trastornos del sistema circulatorio excepto IAM, insuficiencia cardiaca crónica y arritmia con complicaciones mayores			235			690		87
470	No agrupable				386				
139	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción, sin cc				250	417			
121	Trastornos circulatorios con IAM, y complicación cardiovascular, sin defunción				188				135
202	Cirrosis/hepatitis alcohólica					427			
102	Otros diagnósticos respiratorios, sin complicaciones						1.429		
540	Infecciones e inflamaciones respiratorias con cc mayores						891		
467	Otros factores que influencian el estado de salud						645		

HOSPITALES DE LA ZONA INSALUD INCLUIDOS EN CADA GRUPO DE HOSPITAL (GH)

HOSPITALES DEL GRUPO 1 (GH1)

Hospital de Barbastro (Huesca)	Hospital Santiago Apostol (Burgos)
Hospital Calatayud (Zaragoza)	Hospital Santos Reyes (Burgos)
Hospital de Alcañiz (Teruel)	Hospital de Medina del Campo (Valladolid)
Hospital de Jarrio (Asturias)	Hospital de Llerena (Badajoz)
Hospital Carmen y Severo Ochoa (Asturias)	Hospital Ciudad de Coria (Cáceres)
Hospital Francisco Grande Covián (Asturias)	Hospital Campo de Arañuelo (Cáceres)
Hospital Álvarez Buylla (Asturias)	El Escorial (Madrid)
F. H. Manacor (Baleares)	Los Arcos (Murcia)
Verge del Toro (Baleares)	Hospital del Noroeste (Murcia)
Hospital Can Misses (Baleares)	Hospital Virgen del Castillo (Murcia)
Hospital de Laredo (Asturias)	F. H. de Calahorra (Logroño)
Hospital de Hellín (Albacete)	Hospital Cruz Roja de Ceuta
Hospital Santa Bárbara (Ciudad Real)	Hospital Comarcal de Melilla
Hospital J. Gutiérrez Ortega (Ciudad Real)	

HOSPITALES DEL GRUPO 2 (GH2)

Hospital General San Jorge (Huesca)	C. H. de Segovia
H. General de Teruel Obispo Polanco (Teruel)	Hospital General de Soria
Hospital San Agustín (Asturias)	Hospital Virgen de la Concha (Zamora)
Hospital de Cabueñes (Asturias)	Hospital de Mérida (Badajoz)
Hospital de Jove (Asturias)	Hospital Don Benito (Badajoz)
Hospital Valle del Nalón (Asturias)	C.H. de Cáceres
F. H. Son Llàtzer (Baleares)	Hospital Virgen del Puerto (Cáceres)
Hospital Sierrallana (Cantabria)	Hospital Príncipe de Asturias (Madrid)
C.H. La Mancha Centro (Ciudad Real)	C. H. de Mostoles (Madrid)
C.H. Ciudad Real (Ciudad Real)	F. H. Alcorcón (Madrid)
Hospital Virgen de la Luz (Cuenca)	Hospital Severo Ochoa (Madrid)
Hospital General de Guadalajara	Hospital Morales Meseguer (Murcia)
Hospital Nuestra Sra. del Prado (Toledo)	Hospital Santa María del Rosell (Murcia)
Hospital Nuestra Señora de Sonsoles (Ávila)	Hospital Dr. Rafaél Mendez (Murcia)
Hospital El Bierzo (León)	C.H. San Millán-San Pedro (Logroño)
Hospital Rio Carrión (Palencia)	

HOSPITALES DEL GRUPO 3 (GH3)

C.H. Albacete	Hospital del Rio Ortega (Valladolid)
Hospital Virgen de La Salud (Toledo)	C.H. Infanta Cristina (Badajoz)
Hospital General Yagüe (Burgos)	Hospital de La Princesa (Madrid)
C.H. de León	Hospital de Getafe (Madrid)
Hospital Universitario de Valladolid	

HOSPITALES DEL GRUPO 4 (GH4)

Hospital Miguel Servet (Zaragoza)	Hospital Ramón y Cajal (Madrid)
Hospital Clínico Universitario de Zaragoza	Hospital La Paz (Madrid)
Hospital Central de Asturias	Hospital Puerta de Hierro (Madrid)
C.H. Son Dureta (Baleares)	C. Clínico San Carlos (Madrid)
C.H. Marqués de Valdecilla (Cantabria)	Hospital Doce de Octubre (Madrid)
C.H. Universitario de Salamanca	Fundacion Jiménez Díaz (Madrid)
Hospital Gregorio Marañon (Madrid)	H. Universitario Virgen de La Arrixaca (Murcia)

HOSPITALES DEL GRUPO 5 (GH5)

Hospital San Jorge de Zaragoza	Hospital del Niño Jesus (Madrid)
Hospital Royo Villanova (Zaragoza)	Hospital de La Fuenfría (Madrid)
Hospital Nacional de Parapléjicos (Toledo)	Hospital Carlos III (Madrid)
Hospital Virgen de La Torre (Madrid)	Hospital Central Cruz Roja de Madrid
Hospital Santa Cristina (Madrid)	

IV. La realidad de la Medicina Interna

Una aproximación cualitativa

INTRODUCCIÓN

Al parecer, es a principios del S. XIX cuando se desarrolla el concepto de Medicina Interna. Es, por tanto, una de las primeras especialidades médicas *(no quirúrgicas)* y que se caracterizaba, en ese momento, por profundizar científicamente en cualquier aspecto del enfermo. Es la época dorada de internistas como Gregorio Marañón, Carlos Jiménez Díaz, Dr. Pons... Sin embargo, esta especialidad ha sido menos conocida y siempre ha existido una cierta confusión en cuanto a sus prestaciones y funcionalidad. Todo ello, ha originando una menor demanda por parte del sistema asistencial y de los pacientes.

Existe un problema o crisis de identidad de la Medicina Interna debido a la evolución de la especialidad en el último siglo y al surgimiento de las nuevas subespecialidades médicas que han ido apareciendo y adoptando unos objetivos muy determinados. En cambio, las patologías que no han sido objeto de subespecialización "han quedado" para la Medicina Interna. No obstante, esta crisis es más de los internistas que de la especialidad como tal, que sigue estando reconocida e incluso "admirada" por el resto de médicos, estudiantes, entre otros.

Se considera necesario que los internistas redefinan su propia especialidad, se planteen nuevos papeles, campos de actuación, alternativas, argumenten e interioricen su gran labor en la resolución de problemas socio-sanitarios. Todo esto, requiere un continuo esfuerzo por la mejora de las condiciones profesionales y del papel de los médicos internistas en España.

¿QUÉ ES LA MEDICINA INTERNA?

Existe una cierta dificultad para definir conceptualmente lo que es la Medicina Interna. Esta dificultad no sólo afecta a los pacientes y a la población en general, que no saben lo que es un internista y, por tanto, no lo demandan. Tampoco los gestores tienen claro, en muchas ocasiones, las prestaciones de un internista y desde los propios profesionales hay divergencias en cuanto a los conceptos que mejor definen a la Medicina Interna.

"¿Qué es un médico internista? Se hace muy difícil el definirlo porque así como la sociedad no necesita que alguien le explique lo que es un cardiólogo o lo que es un neumólogo, cuando uno intenta explicar que es un internista... la gente se va a los dos extremos: ah, es como un médico de cabecera. Cuando les dices que no es eso, dicen entonces que es un especialista en todas las especialidades y tampoco es eso..."

La Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) define la Medicina Interna como

"Una especialidad médica troncal de ejercicio fundamentalmente hospitalario, que ofrece a los pacientes adultos una atención integral a sus problemas de salud. Utiliza un abordaje médico en la prevención, diagnóstico, indicación terapéutica y seguimiento de las enfermedades del adulto, incluyendo también su rehabilitación y paliación. El internista es referente médico, guía y defensor del paciente en su compleja trayectoria por el sistema sanitario hospitalario actual. Los internistas aportan su polivalencia en hospitalización de agudos y en las urgencias, son el eje vertebrador en el hospital, ejercen funciones de consultoría en atención primaria y ofrecen aspectos innovadores en las áreas alternativas a la hospitalización convencional y en el ámbito sociosanitario..."

"... Los internistas se caracterizan por una gran capacidad de adaptación a los cambios de su entorno, tienen un papel avanzado, aunque no excluyente en la formación de otros profesionales sanitarios y están preparados para el ejercicio de la investigación clínica..."

"... El campo de acción del Internista se deriva de sus principales valores y capacidades, en especial de su visión integradora y su polivalencia, centrándose por ello su campo de acción en la atención al enfermo pluripatológico y plurisintomático, al enfermo con diagnóstico difícil, así como la atención a todas las enfermedades prevalentes del adulto en el ámbito hospitalario".

Según el Working Group on Political Issues in Internal Medicine in Europe[10], la Medicina Interna puede definirse como "*la disciplina médica principal en el cuidado de los adultos con una o varias enfermedades agudas o crónicas complejas. Incluye un cuidado multisistémico e integra otras especialidades, tanto en el hospital como en la comunidad. Está centrada en el paciente y comprometida en dar una atención basada en principios éticos, científicos y holísticos*"

En cualquier caso los conceptos comunes que mejor definen a la Medicina Interna son:

- La visión del enfermo en su conjunto *(planteamiento integral de la asistencia)* y no de la enfermedad en particular *(el internista ve enfermos, no enfermedades)*.

  "El médico internista tiene una visión en conjunto del paciente y, por tanto, es capaz de orientar cualquier patología médica"

- La continuidad asistencial, requisito imprescindible en la calidad de la atención que recibe el paciente, y que es fundamental en pacientes con patologías múltiples, crónicas o de avanzada edad, es decir, una gran parte de los pacientes hospitalarios.

  "Es un especialista que cuida a los enfermos, fundamentalmente con procesos que afectan a más de un órgano o sistema"

- La coordinación y liderazgo de equipos multidisciplinares de especialistas, y de medicina familiar y comunitaria, así como de las interconsultas o programas específicos de salud, prevención...

  "*Es el mejor interlocutor cuando ha de juntar especialistas diversos porque es la persona que, no siendo de su propio ámbito específico, es el que tiene mayor capacidad de conocer el ámbito del resto de especialidades"*

[10] *Political Issues in Internal Medicine in Europe. Position Paper*

EL "PAPEL" DEL MÉDICO INTERNISTA

Además de su papel "clásico", como generalista hospitalario, -que cada vez se revela como más necesario, racional y avanzado en entornos complejos-, se están desarrollando nuevas oportunidades ante las que el médico internista está especialmente capacitado.

El médico internista no tiene un solo papel, es múltiple en cuanto a sus prestaciones y oferta de servicios y en muchas ocasiones está determinado por el tipo de centro donde desarrolla su trabajo:

- El clásico en los hospitales como "generalista" hospitalario, este papel es fundamental en los hospitales de 1º y 2º nivel donde opera como "director de orquesta" que coordina y resuelve los problemas de salud, atendiendo a pacientes con determinadas enfermedades de órganos, que en otros hospitales son atendidos por otros especialistas.

- Como "hiperespecialista" en patologías en las que no existen titulaciones específicas o formación reglada tales como diabetes, infecciosas, autoinmunes, etc. Este papel es fundamental en los hospitales de 3º nivel o de referencia. Una de las opiniones mayoritarias entre los entrevistados es que esta hiperespecialización debe ser un valor añadido a su trabajo, sin perder su visión de médico especialista al tratar diversas patologías.

  "Yo no estoy de acuerdo en que al hiperespecializarnos perdamos la condición de internistas, entra dentro de la bi-función del internista"

El internista no debe perder su referencia de base, ser el médico que atiende globalmente al paciente, pero sí puede buscar una polarización, cuyo alcance dependerá de las necesidades asistenciales, docentes o investigadores, así como de las inquietudes personales. Algunos entrevistados proponen que se tenga la capacidad de abordar globalmente a la mayoría de los pacientes, pero que también exista un área de mayor desarrollo personal y profesional que sólo se puede realizar si existe una cierta restricción en el ámbito del conocimiento.

"Que no se piense que el internista cometió un error al ser un generalista hospitalario y busque un ámbito muy reducido, en el cual pretenda renegar de su propia formación. Sino que, al contrario, mantenga el poso básico de la aproximación global del paciente y que tenga un valor añadido puntual, en una zona definida"

- Nuevos papeles: Los internistas son los médicos mejor preparados para desenvolverse en los nuevos papeles y salidas profesionales que se presentan en el sistema sanitario, deben buscar nuevas oportunidades, abrir nuevos campos y desarrollar nuevamente su profesión en áreas como:
  - Unidad de paliativos. El internista es, en colaboración con el oncólogo, el especialista que mejor puede organizar a los pacientes crónicos, oncológicos debido a su formación y experiencia.
  - Asistencia domiciliaria. Ésta debe ser cubierta por un médico integrador y capaz de tratar todas o casi todas las patologías. Además supone un ahorro económico al no necesitar enviar un especialista para cada caso concreto y evita los reingresos de pacientes llevando un control desde su domicilio.

- Consultas de alta resolución que son capaces de simplificar procesos y dar altas precoces para pacientes que pasan a ser ambulatorios. Estas consultas evitan ingresos hospitalarios innecesarios ahorrando entre el 30 ó el 40% de las camas hospitalarias.

  "Aquí, por ejemplo, tenemos una consulta de Medicina Interna de alta resolución que logra quitar, digamos, una especie de tapón o hueco asistencial que no está tampoco resuelto ni en la urgencia, ni en la consulta por vía normal"

- Urgencias y coordinación con urgencias. Se trata de una de las actividades con mayor potencial para los médicos internistas. Ya hoy en día es importante , aportando el internista una mayor eficiencia en términos funcionales, económicos y de calidad asistencial para el paciente. Los internistas son funcionalmente "ideales" para las urgencias, ya que su formación es integral, son profesionales polivalentes y pueden atender a cualquier tipo de paciente. No obstante, se señala que deben articularse en función de parámetros de recambio generacional y contemplarse como una etapa profesional, especialmente para internistas jóvenes.

  "Yo no creo que una persona cuando tenga 50 años pueda seguir siendo médico de urgencias, pero no porque no tenga capacidad, que la tendrá y mucha, sino que cuando se tiene 30 años el hacerse 6 guardias al mes de noches en vela se soporta diferente que con 50 años"

- Atención del paciente anciano. Este nuevo campo debe convivir con la especialidad de geriatría, así como colaborar con otros profesionales como médicos de atención primaria, trabajadores sociales, enfermeros, etc... Éste es un paciente pluripatológico para el que se requieren diferentes áreas de conocimiento, seguimiento, continuidad, contacto con el paciente, cumplimentación y, para eso, el internista está perfectamente preparado.

- La gestión por proceso no está indicada específicamente para el internista aunque, puede colaborar en la evaluación y seguimiento de costes. No obstante, ésta es una de las salidas menos atractivas quizá por la dificultad de evaluar los costes que genera un enfermo pluripatológico.

- La Consultoría de Medicina Interna, en colaboración con la Atención Primaria, de la que ya existen algunas experiencias, supondría un cambio cualitativo en la gestión de los circuitos asistenciales que siguen los pacientes, mejorando la eficiencia, los costes y aumentando la satisfacción y calidad de vida del paciente. También la consultoría de Servicios Quirúrgicos son propuestas de gran valor que allí donde han sido aplicadas, han demostrado importantes mejoras funcionales, económicas y de calidad asistencial para el paciente.

La población demanda resoluciones rápidas en patologías agudas, permanecer el menor tiempo posible hospitalizados, se busca una medicina más ambulatoria que hospitalaria. Para eso hay que mejorar la eficiencia de la hospitalización, crear unidades de atención domiciliaria, de corta estancia o de alta resolución. Y en estos campos, los internistas quieren y deben estar presentes.

LA RELACIÓN CON OTRAS ESPECIALIDADES

La complejidad médica hace que hoy en día, las especialidades y las subespecialidades sean necesarias para procesos concretos. El problema de la especialidad radica en que el conocimiento es muy profundo pero poco general, "sólo conocen una pequeña parte", la formación se ha ido derivando hacia una tecnificación muy concreta y hay especialistas que se dedican a técnicas que, aunque de extraordinario valor por ofrecer una diagnosis terapéutica extraordinaria, son excesivamente específicas perjudicando o, al menos, no optimizando el tratamiento que reciben los pacientes. Por esto mismo, debe haber médicos que tengan una visión del conjunto y ambos – especialistas e internistas - deben trabajar en equipo para conseguir los beneficios de la superespecialización, sin perder la integralidad.

La relación con Atención Primaria es mejorable y en este sentido se enmarcan los acuerdos entre la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Debe entenderse la Medicina Interna como un complemento de ésta y no un sustituto, los internistas no son enemigos de los médicos de familia y deben tener unas relaciones fluidas y positivas con un mayor número de reuniones y una buena coordinación, porque el flujo de pacientes que puede llegar de Atención Primaria puede ser muy importante. El internista debe ser, para el médico de familia, el punto de referencia en el hospital y un consultor y coordinador en el centro de salud.

El Internista puede LIDERAR equipos de trabajo multidisciplinares dentro y fuera del hospital. Esto es un nuevo reto necesario para la Medicina Interna.

LA REIVINDICACIÓN DE LA MEDICINA INTERNA

La demanda de MÁS INTERNISTAS, de incrementar el peso cuantitativo del colectivo, de convocar más plazas MIR de internistas, se justifica no tanto en criterios que puedan ser entendidos como corporativos/profesionales, sino en necesidades reales de mejora, utilizando argumentaciones éticas como el ser un elemento integrador del paciente que mejora su atención, o el ahorro económico que supone al sistema, pasando por la eficacia que la actividad del médico internista aporta al sistema sanitario. Estas pueden ser las razones:

- Su carácter "integrador" de la asistencia al paciente, que hace que finalmente éste tenga una mejor calidad en su asistencia. Agiliza el sistema hospitalario atendiendo a los pacientes pluripatológicos, para que éstos no tengan que "vagar" de un especialista a otro, en muchos casos, de forma innecesaria, suponiendo un ahorro en el tratamiento y abreviando el diagnóstico.
- La evolución previsible de la epidemiología y demanda asistencial en los próximos 10 años, que supondrá un mayor envejecimiento, una mayor pluripatología, una mayor cronicidad y, en consecuencia, una mayor continuidad de tratamientos. Y el internista tiene capacidad de adaptarse a todas estas nuevas demandas y necesidades asistenciales.
- Una mayor eficiencia. En urgencias, por disminución de días/hospitalización, por evitación de solapamientos y repeticiones de procesos o por disminución de las complicaciones y reingresos.

- Supone un ahorro para el sistema sanitario nacional, especialmente en los hospitales comarcales donde el internista atiende a pacientes de diversas patologías.

  "Todos los gerentes saben que el médico más rentable es el internista"

Por todo ello, es preciso aumentar las dotaciones de plazas de internistas y de MIR de internistas, previendo las bajas por jubilación y las necesidades futuras. Analizar el importante papel de los médicos internistas en hospitales comarcales de primer y segundo nivel. Considerar la importancia del Internista como docente, así como su idoneidad en las nuevas ofertas asistenciales y finalmente eliminar las condiciones de precariedad laboral/profesional de muchos profesionales.

Existen grandes oportunidades de futuro si se adecuan a las nuevas necesidades de los pacientes, pero deben emprender un proceso de adaptación y cambio en cuanto a la concepción de su profesión y sus tareas habituales. Si esto no sucede, pueden perder la oportunidad de liderar numerosos procesos sanitarios y devolver a la especialidad el reconocimiento que se merece.

Los internistas deben situarse y tomar iniciativas por su propia cuenta sin esperar que el resto de especialidades les inviten o dejen ciertas parcelas. No deben esperar el reconocimiento de los demás: especialistas, administración sanitaria, gerencia hospitalaria, población general, etc, deben saber situarse y actuar en vez de esperar. Deben reivindicar su parcela de poder dentro de los hospitales y del sistema sanitario. También deben lograr el reconocimiento, demostrando competitividad y liderando proyectos donde destaquen; y, por supuesto, no admitiendo que la Medicina Interna sea una especialidad en decadencia ya que tiene, entre otras cosas, una mayor carga asistencial que el resto.

"La forma de lograr ese reconocimiento es actuando, no esperando"

"Lo que debemos hacer es reforzar nuestro valor individual, de modo proactivo y no ser el descargo de otras especialidades que han tenido un desarrollo mayor"

También hay que destacar el importante papel que debe cumplir la SEMI *(Sociedad Española de Medicina Interna)* en la lucha por ámbitos de competencia en la atención de patologías. Debe hacerse valer, ser una plataforma sólida, consistente, dentro de la diversidad de aspiraciones que puede tener cada uno de los internistas, pero volviendo a demostrar que la Medicina Interna es una de las especialidades más importantes.

"A la Sociedad (SEMI) yo le pediría iniciativas, puestas en marcha, decir venga proyectos, programas, planes..."

V. Encuesta de Opinión
Situación Socioprofesional de los médicos internistas

PREÁMBULO

Con esta encuesta, queremos aproximarnos al estudio de la actividad profesional de los médicos internistas para detectar así sus problemas laborales de origen organizativo, formativo o tecnológico, su satisfacción en el trabajo y la previsible evolución de sus tareas en un futuro más o menos inmediato, dependiendo del desarrollo de la tecnología y de la organización sanitaria. El futuro de la profesión de médico internista depende tanto de factores socioculturales y de política económica como de factores epidemiológicos, naturales o biológicos.

Si la organización social del trabajo que está destinada al restablecimiento y mantenimiento de la salud de la población *(modelo de asistencia sanitaria)* se basara en el modelo tylorista y fordista *(especialización, "cadena de montaje"...)* podríamos señalar como hipótesis más plausible la extinción de la Medicina Interna y su reconversión en intensivistas, geriatras, endocrinólogos, infectólogos, cardiólogos, farmacólogos, etc.

Por el contrario, si el modelo actualmente dominante en la organización de los hospitales *(que tiene su origen en la estructura funcional de la Orden de los Hospitalarios de San Juan de Jerusalén - los caballeros de la Orden de Malta)*, es sustituido por el modelo de organización basado en los *equipos de trabajo*, que proporcionan autonomía a individuos especializados y a los grupos que los conforman, tan sólo dirigidos por un *primus inter* pares a modo de "director de orquesta", en este caso, el futuro de los internistas será halagüeño, no tanto por ser los generalistas de hospital, *(que no médicos generales)* que remiten al enfermo a los especialistas pertinentes, ni por ser unos multiespecialistas que tratan enfermos con una gran variedad de patologías y polimedicados, sino por ser aquellos "*compañeros de trabajo*" que están encargados de dirigir la orquesta de la salud con la intención de que el paciente reciba el mejor servicio, de la forma más rápida, humana y competente y con la mayor eficacia terapéutica y eficiencia económica para el sistema asistencial. En este caso, el internista será el responsable de la atención integral del paciente durante su estancia en el hospital.

Sin embargo, la elección de un modelo u otro no sólo depende de los internistas o del conjunto de los médicos, es también un problema político, económico y cultural que tendrá consecuencias en los hospitales *(al igual que en las fábricas de coches, en los grandes almacenes o en las universidades)*. El futuro de la Medicina Interna depende tanto del modelo de sociedad y de las formas de entender el trabajo como de ella misma. No obstante, resulta imprescindible conocer la situación de partida por dos motivos: en primer lugar, porque la situación actual, como todas, presenta una fuerte inercia que tenderá a que permanezca tal y como está, por lo que no resulta extravagante señalar como hipótesis de futuro que todo siga igual y, en segundo lugar, porque el conocimiento de los déficit y problemas existentes en la actualidad y sus consecuencias para los profesionales de la salud y para los pacientes nos permitirá atisbar el camino de su resolución en un próximo futuro.

Por ello, hemos realizado en esta fase del proyecto, una encuesta a 201 internistas para preguntarles por tres conjuntos de materias: su situación en el hospital como centro de trabajo, las características de sus pacientes como objeto de su trabajo y las peculiaridades y problemas de su actividad laboral como médicos internistas.



Características de la muestra: según centros (I)

	Total	Nº 201	% 100,0
Tipo de Hospital			
	Público	162	80,6
	Privado	29	14,4
	Concertado	7	3,5
	Sin datos	3	1,5
Nivel de Hospital			
	Comarca *(1er nivel)*	15	7,5
	Area *(2º nivel)*	60	29,9
	Referencia *(3er nivel)*	97	48,3
	Hospital privado	29	14,4
Area geográfica			
	Barcelona	56	27,9
	La Coruña	13	6,5
	Madrid	64	31,8
	Sevilla	21	10,4
	Valencia	26	12,9
	Valladolid	5	2,5
	Vizcaya/Guipúzcoa	16	8,0

Características de la muestra: según centros (II)

	Total	% 100,0
Nº de camas		
	< 150 camas	14,9
	150-500 camas	24,9
	501-700 camas	15,9
	701-1.000 camas	22,4
	> 1.000 camas	21,9
Nº medio de camas		713,80
Nº de internistas		
	< 10 internistas	7,5
	10-20 internistas	29,9
	21-30 internistas	48,3
	> 30 internistas	14,4
Nº medio de internistas		21,70
Nº de camas/internista		
	< 20 camas/internista	16,4
	20-30 camas/internista	32,8
	31-40 camas/internista	15,9
	41-50 camas/internista	15,9
	> 50 camas/internista	18,9
Nº camas/internista		32,9
Nº pacientes hospital con patología múltiple		
	< del 50 %	7,5
	50-70 %	41,3
	71-90 %	35,8
	>90 %	8,0
	Sin datos	7,5
Nº medio de pacientes con multipatología		69,44

Características de los médicos internistas

Años de experiencia profesional	%
< 5 años	16,9
5 -10 años	12,4
11-15 años	13,4
16-20 años	16,4
21-25 años	11,9
26-30 años	18,9
> 30 años	9,0
Sin datos	1
Nº medio de años	17,9

¿QUÉ ES UN MÉDICO INTERNISTA?

A pesar de que existen, como hemos visto, definiciones específicas de Medicina Interna, tanto por parte de la SEMI como del Working Group on Political Issues in Internal Medicine in Europe, la percepción por parte de los internistas es muy heterogénea. No obstante, casi la mitad de los entrevistados, un 47%, definen de manera espontánea al internista como el profesional médico que "ofrece asistencia integral al enfermo y lo trata de una manera global". Otras definiciones recogidas espontáneamente son:

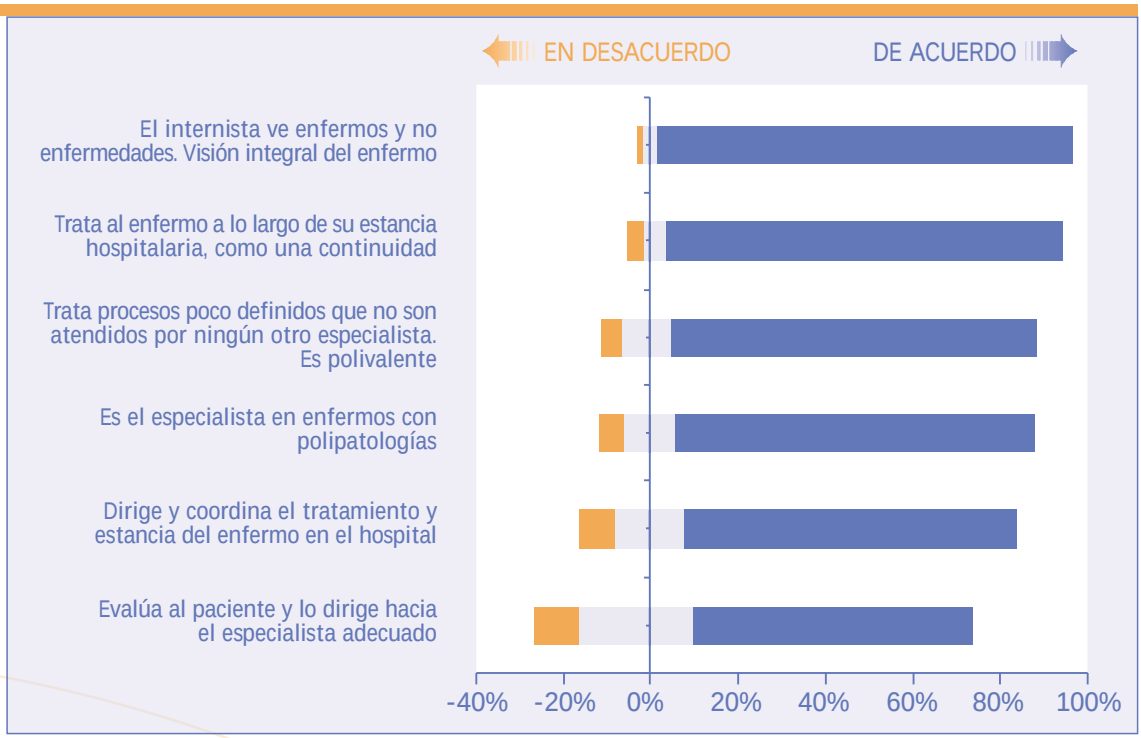
- "Médico generalista del hospital", algunos lo definen también como "médico de adultos" *(19%)*
- Definiciones humanistas de la profesión en las que se señala que es "el apoyo moral del paciente", "lo entiende", "sabe escuchar", es el "científico más humano", es la figura imprescindible en el medio hospitalario, incluso se llegan a ironizar como "mártires" *(15%)*
- Médico que hace el diagnóstico y coordina al paciente *(9%)*
- Médico que trata al paciente pluripatológico *(8%)*

Tras esta primera aproximación espontánea, cuando se sugieren una serie de definiciones o conceptos previamente establecidos, la que recibe una mejor acogida es la de que "el internista ve enfermos y no enfermedades, tiene una visión integral del enfermo". Ésta sería la definición que genera más acuerdos entre los internistas, un 80% está "muy de acuerdo" con este concepto. Los médicos que más apoyan esta definición son los que trabajan en hospitales comarcales y que tienen pacientes con un elevado número de patologías.

En segundo lugar, un 72% se muestra "muy de acuerdo" con que el internista se defina por "tratar al enfermo a lo largo de su estancia hospitalaria, como una continuidad".

Las definiciones propuestas que menos se aceptan *(o más se rechazan)* son: "Es el que evalúa al paciente y lo dirige hacia el especialista adecuado" y "dirige y coordina el tratamiento y estancia del enfermo en el hospital". Estos datos podemos observarlos en el siguiente gráfico:

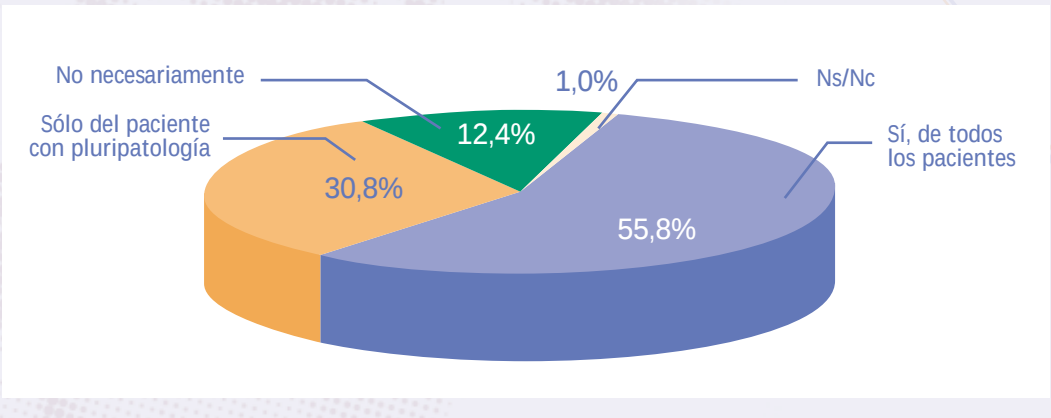
Definiciones de "médico internista"



Aunque entra dentro de las definiciones aceptadas, los profesionales entrevistados están menos de acuerdo con que un médico internista se ocupe de la gestión de los hospitales, o se convierta en una especie de médico general del hospital cuya tarea consista en hacer una primera y somera evaluación de los pacientes antes de remitirlos al especialista correspondiente. El carácter integrador, de continuidad y polivalente de los médicos internistas, no les convierte ni en unos generalistas, ni en unos administradores sanitarios.

Esta percepción sobre su propia profesión hace sentir a un 56% de los médicos internistas que deben ser ellos los responsables y los que lideren el manejo hospitalario de todos los pacientes, aunque para un 31%, deberían responsabilizarse solamente de los pacientes pluripatológicos.

El internista, ¿debe liderar y ser el responsable del manejo del paciente?



CARENCIAS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA

Existe una gran división de opiniones en cuanto a la percepción que tienen los médicos internistas sobre las necesidades de recursos en sus servicios de Medicina Interna. Los recursos humanos, es decir, el número de plazas de médicos internistas, de MIR, de enfermería o de otro tipo de personal pueden mejorar considerablemente. *(El 65% considera que son "escasas", "muy escasas" o bien "regulares")*. Sólo un 35% considera que son "adecuados". Están más satisfechos que el resto los médicos que trabajan en hospitales comarcales, aquellos que tienen más pacientes con patología múltiple y que cuentan con un mayor número de camas por internista.

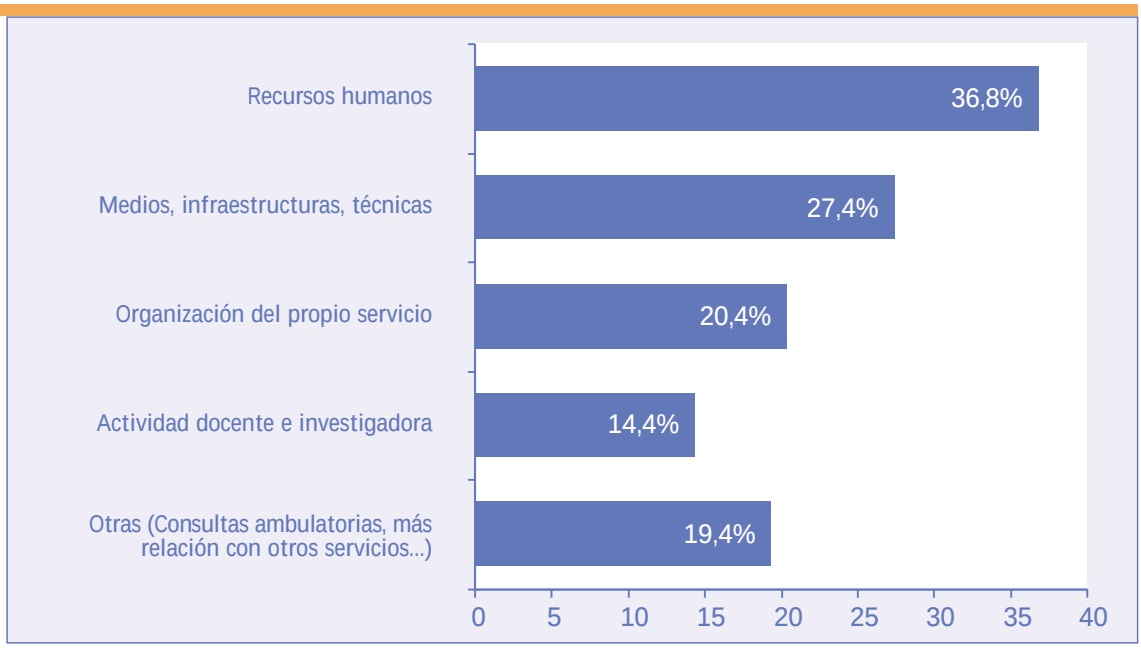
Dotaciones y recursos del servicio de mediciona interna (n=201)	Recursos humanos (internistas, MIR, enfermería...) %	Recursos y disponibilidad de tecnología y métodos diagnósticos %
Muy buena, abundante	6,0	7,0
Buena, suficiente	29,4	41,3
Regular, ni bien, ni mal	40,3	25,4
Algo escasa	16,4	12,9
Muy escasa	8,0	11,9
Sin datos	-	1,5
Total	100,0	100,0

No obstante, la satisfacción con los recursos y la disponibilidad de tecnología y los métodos diagnósticos con los que cuenta el servicio es algo mayor, un 48% considera que es "abundante" o "suficiente"; especialmente los médicos con menos años de experiencia, los que trabajan en hospitales comarcales, o aquellos que trabajan en hospitales con un menor número de camas por internista.

Cuando se les pregunta a los internistas sobre cuáles son las principales carencias de los servicios de Medicina Interna de sus hospitales, un 37% responde de manera espontánea *(sin sugerir respuesta)* que la falta de recursos humanos es la principal carencia, especialmente en el caso de los que trabajan en hospitales públicos de área o de 2º nivel *(47%)* y tratan simultáneamente a más pacientes que el resto. Un 27% señala que otra carencia importante de su servicio tiene que ver con la "falta de equipos e infraestructuras" necesarios para desarrollar su trabajo, sobre todo entre los que desarrollan su actividad en hospitales públicos de referencia, aquellos que tratan simultáneamente a más pacientes y que tienen asignadas más camas que la media.

Por último, un 20,4% de los entrevistados también consideran que otro problema es "la organización del propio servicio". Esta carencia resulta más importante para los que trabajan en hospitales públicos de referencia.

Principales carencias y necesidades de los servicios de Medicina Interna



SATISFACCIÓN LABORAL[11]

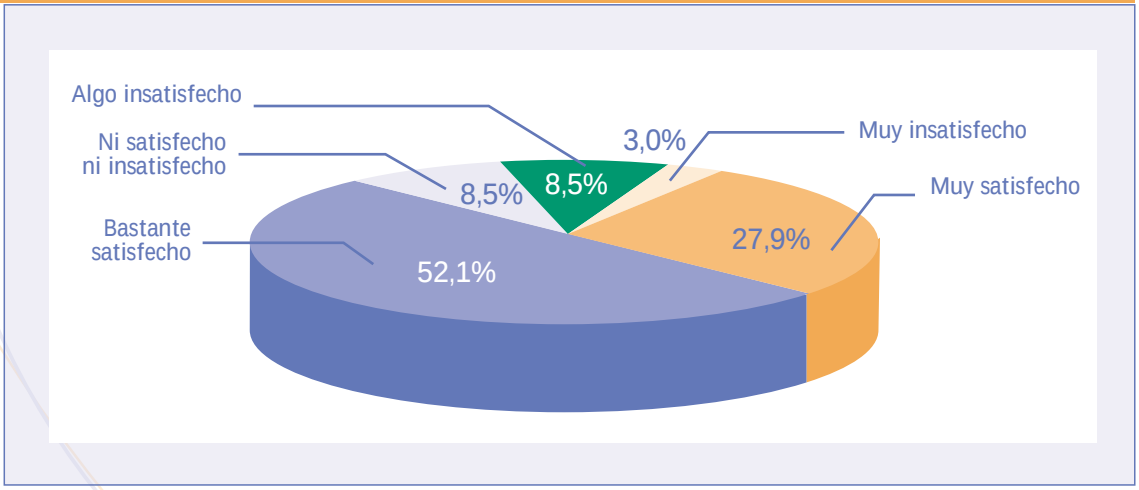
La satisfacción laboral es una percepción subjetiva que no sólo depende de las condiciones jurídicas y materiales de trabajo sino también de las propias expectativas del profesional *(valores, creencias...)*. El internista se reconoce "satisfecho profesionalmente", así lo expresa un 80%, especialmente los que trabajan en hospitales privados o públicos de referencia, tienen más años de experiencia profesional y el volumen de pacientes que tratan simultáneamente es mayor.

No obstante, esta satisfacción profesional no se corresponde con los aspectos laborales más específicos: un 51% se declara "algo" o "muy insatisfecho". Esta opinión es mayor entre los internistas que trabajan en hospitales de área y tienen menos años de experiencia. El internista se siente orgulloso de su profesión pero no está satisfecho con su situación laboral. Estos datos podemos observarlos en los siguientes cuadros y gráficos.

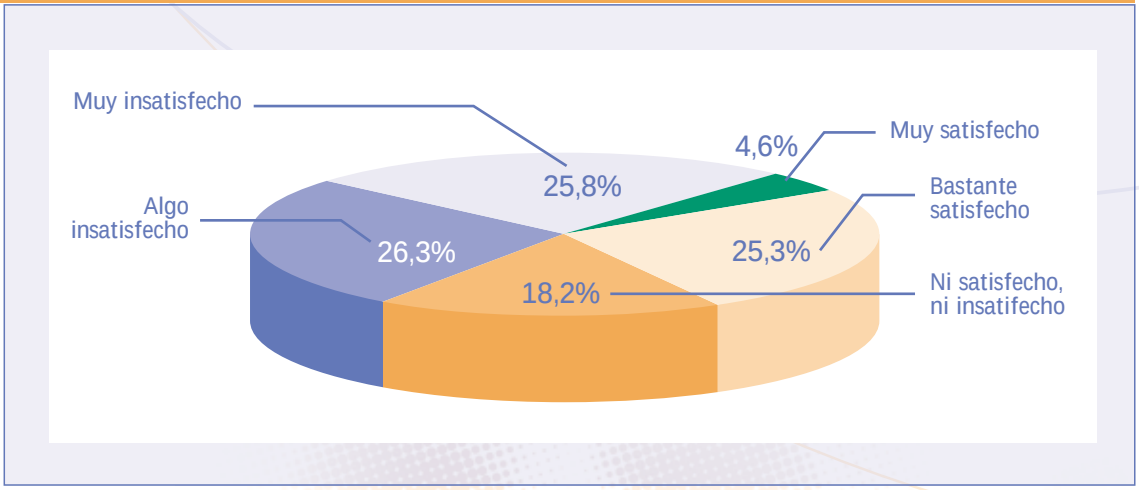
Satisfacción de los médicos internistas como... (n=201)		Profesional de la Medicina Interna %	Respecto a los aspectos laborales %
Muy satisfecho	(+2)	27,9	4,5
Bastante satisfecho	(+1)	52,2	24,9
Ni satifecho, ni insatisfecho	(0)	8,5	17,5
Algo insatisfecho	(-1)	8,5	25,9
Muy insatisfecho	(-2)	3,0	25,4
Sin datos		-	1,5
Total		100,0	100,0
Media	(+2, -2)	+0,94	-0,43

[11] *Hay que hacer notar que la encuesta se realizó antes de la OPE*

Grado de satisfacción del médico internista como profesional de la medicina interna



Grado de satisfacción del médico internista con sus aspectos laborales



Los principales problemas que se señalan como motivo de insatisfacción laboral se refieren a:

- La sobrecarga de trabajo *(38%)*. Éste es más señalado que en el total, en el caso de los internistas de hospitales públicos, más pequeños y con experiencia.
- La escasa valoración y reconocimiento. Éste es el principal problema para los internistas más experimentados, con pacientes con mucha multipatología y con un mayor número de pacientes tratados simultáneamente.
- La propia situación laboral derivada del sueldo y los horarios excesivos que supone un mayor problema para los médicos con menos experiencia y que trabajan en hospitales de 2º nivel.
- La relación con la Administración o gerencia del hospital.
- La relación con otras especialidades o Atención Primaria.

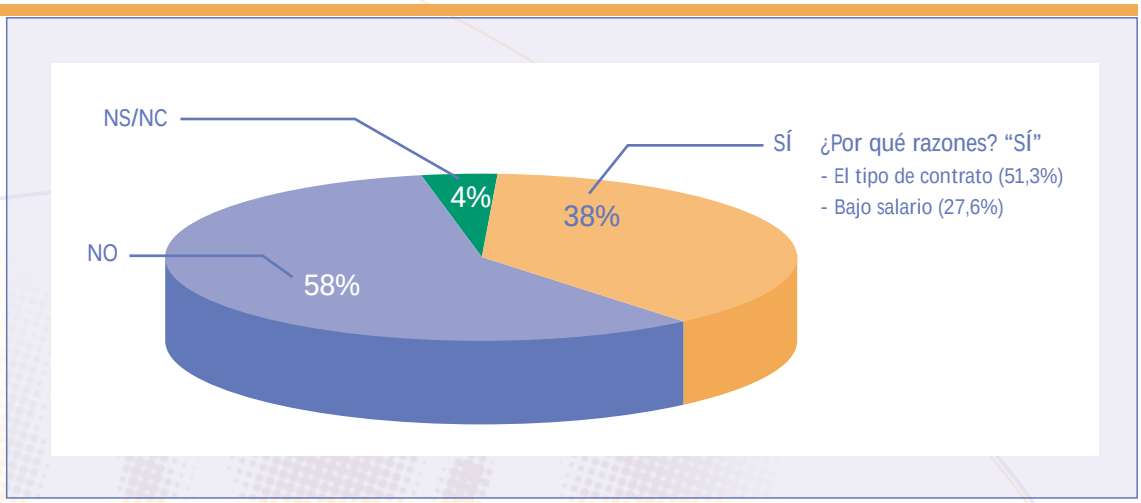
Otros problemas que se señalan también por su importancia, se destacan como los derivados propios del servicio, la falta de tiempo para investigación, el intrusismo, la falta de medios y técnicas..., tal y como se señala en el siguiente cuadro.

Principales problemas que tienen los médicos internistas... (Citados espontáneamente)	% (n=201)
1º.- Sobrecarga de trabajo/carga asistencial	38,3
2º.- Poca valoración y reconocimiento	34,8
3º.- Situación laboral (sueldos bajos, horarios...)	28,4
4º.- Relación con la Administración y gerencia del hospital	24,4
5º.- Relación con otras especialidades	22,9
6º.- Falta de medios y técnicas	20,4
7º.- Tipo de pacientes: mayores, polimedicados	17,9
8º.- Falta de formación continuada	13,4

Los problemas laborales son muy distintos según la experiencia profesional del entrevistado. Para los médicos internistas más experimentados "lo que más les duele" es la falta de reconocimiento a su labor, las malas relaciones con la administración sanitaria, la falta de equipos y su bajo salario. Sin embargo, para los médicos internistas con menor experiencia, el problema es la carga asistencial que tienen que soportar debido a la precariedad en el trabajo establecida por los contratos que padecen.

El 38% de los médicos internistas reconoce que su situación laboral es precaria, debido fundamentalmente al tipo de contrato que suele ser eventual e, incluso en ocasiones, inexistente, el bajo salario y otras razones como la imposibilidad de promoción, la falta de recursos humanos...

¿Considera que su situación laboral es precaria?



En muchos estudios de clima laboral se ha demostrado que para mejorar la calidad de vida en el trabajo y la satisfacción laboral, no sólo hay que mejorar materialmente las condiciones de trabajo sino que resulta imprescindible dar sentido al trabajo que se realiza y reconocer el esfuerzo realizado.

En determinado nivel de experiencia y de salario, lo más reconfortante, como señalan algunos entrevistados, es el reconocimiento de su trabajo. La importancia del sentido de lo que se hace, más el reconocimiento social de dicho esfuerzo, puede mejorar el clima laboral y aumentar la satisfacción en el trabajo siempre y cuando se hayan llegado a unos mínimos de satisfacción de otras necesidades más básicas.

PLANTILLAS Y RECURSOS HUMANOS

La falta de recursos humanos genera sobrecarga de trabajo, ya sea por el número relativo de pacientes por médico internista o por el contexto organizativo de un hospital público de grandes dimensiones. La solución apuntada descansa fundamentalmente en la convocatoria de más plazas de médicos internistas formados y experimentados.

Convocatoria de plazas para médicos internistas y MIR (n=201)	SÍ %	NO %	Ns/Nc %	TOTAL %	¿Cuántas? (media)
¿Se van a necesitar, en su hospital, más plazas de médicos internistas?	66,2	23,9	10,0	100,0	4,0 plazas
¿Está previsto convocar plazas de internista en los próximos años?	13,9	58,9	27,9	100,0	2,5 plazas
Y respecto a las plazas MIR específicas de Medicina Interna, ¿se van a convocar en los próximos años?	68,2	19,4	12,4	100,0	-

Dos de cada tres internistas considera que en su hospital se necesitan más médicos internistas, pero solamente un 14% cree que está previsto convocar más plazas. Esto se refleja expresamente al señalar que resultaría necesario convocar una media de 4 plazas de internistas por hospital, aunque solamente está previsto 2,5. Lo que sí está previsto, así lo afirma un 68%, es convocar plazas MIR para Medicina Interna. La formación MIR está muy bien valorada y es mucho más prestigiosa y reconocida que cualquier otro tipo de formación de postgrado, que sólo está bien valorada por el 31%, tal y como se observa en el siguiente cuadro.

Calificación de la formación MIR y de postgrado o continuada (n=201)		Formación MIR %	Formación postgrado o continuada (cursos, especializaciones, puesta al día...) %
Muy buena	(+2)	23,4	3,5
Buena	(+1)	59,7	27,9
Regular	(0)	15,9	43,3
Mala	(-1)	0,5	14,9
Muy mala	(-2)	-	7,0
Sin datos		0,5	3,5
Total		100,0	100,0
Media	(+2, -2)	+1,07	+0,06

Los entrevistados que más aprecian la formación proporcionada por el MIR son los que tienen más años de experiencia profesional y con relativamente pocos enfermos a su cargo. Por lo que se refiere a la evaluación de los estudios de postgrado, el 43% los considera de una calidad "regular", incluso para un 22% es "mala" o "muy mala".

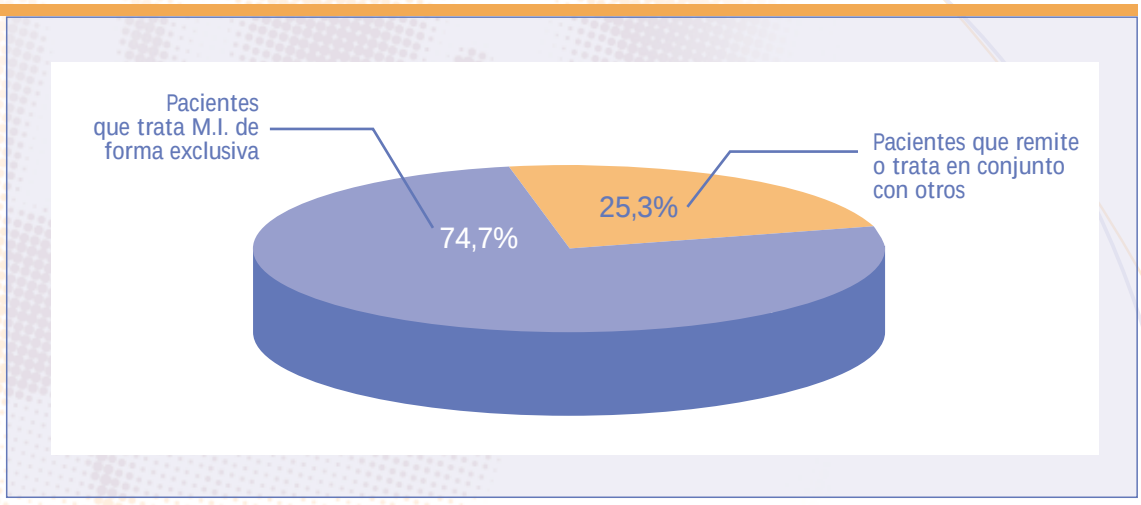
LOS PACIENTES DEL MÉDICO INTERNISTA

El aspecto más importante, crítico y estresante del trabajo de un médico internista, sobre todo durante los primeros años de carrera profesional, se refiere al excesivo número de pacientes que tiene que tratar simultáneamente. Concretamente, el 41% de los médicos internistas atienden entre 11 y 15 enfermos a la vez, pero aun siendo éste el intervalo más frecuente, la media de pacientes por internista se sitúa en 16,3, siendo aún mayor esta media entre los médicos que trabajan en grandes hospitales y que tienen más pacientes con patología múltiple.

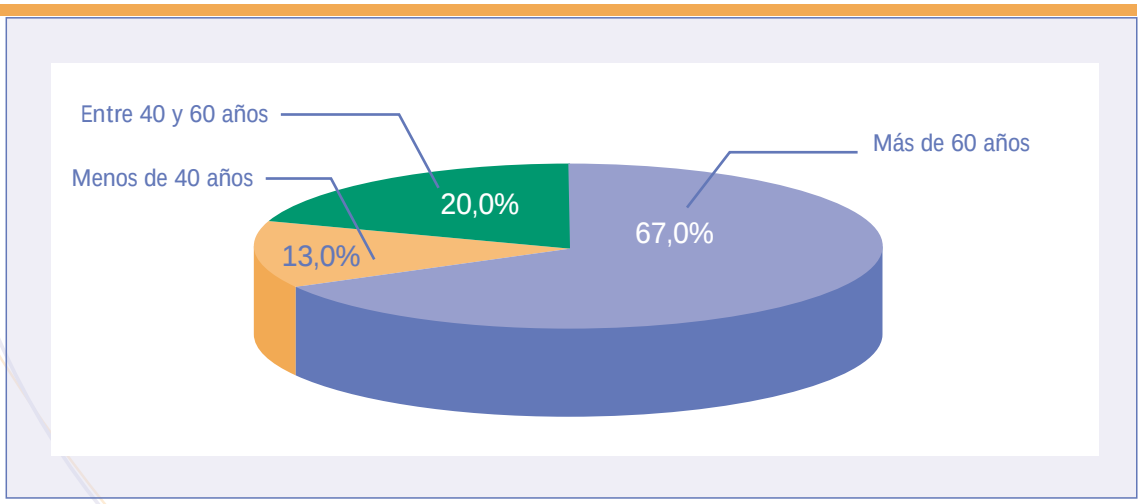
Volumen de pacientes que trata simultáneamente (Responsable directo o indirecto de su asistencia, tratamiento y seguimiento)	% (n=201)
Menos de 5 pacientes	2,0
Entre 5 y 10 pacientes	20,4
Entre 11 y 15 pacientes	41,3
Entre 16 y 20 pacientes	16,9
Entre 21 y 30 pacientes	8,5
Más de 30 pacientes	10,0
Ns/Nc	1,0
TOTAL	100,0
Promedio	16,3 pacientes

Estos pacientes, los trata de forma exclusiva el médico internista en el 75% de los casos; por el contrario, los remite o trata en conjunto con otros especialistas el 25% restante. En su mayoría *(66%)* tienen edades por encima de los 60 años y padecen más de 3 patologías *(46%)*. El 89% de los pacientes atendidos por Medicina Interna tiene patología múltiple. Estos pacientes están atendidos mayoritariamente en hospitales de área, bastante saturados y suelen padecer más afecciones de tipo cardiovascular y neurológicas que el resto.

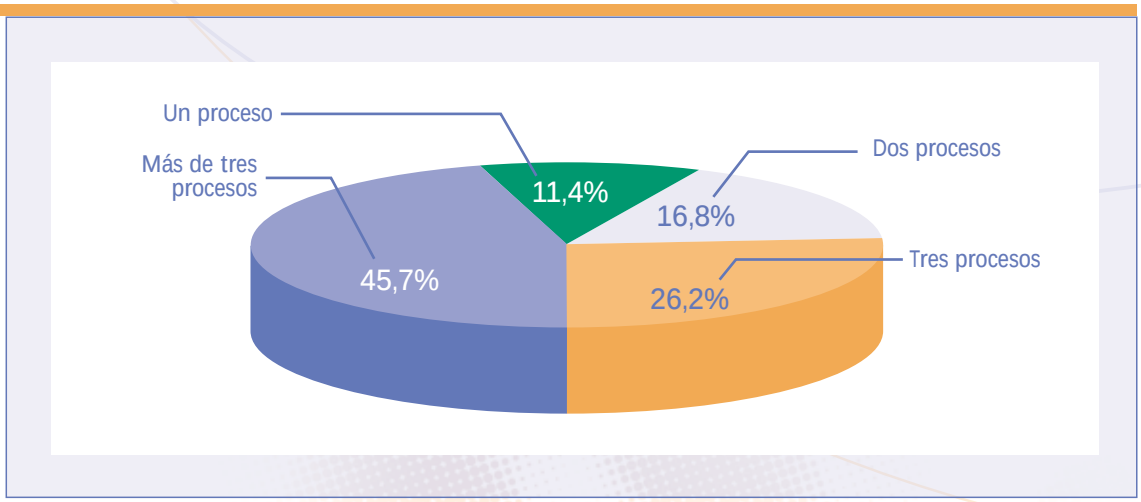
Manejo de los pacientes en Medicina Interna



Edad de los pacientes atendidos por Medicina Interna



Número de procesos patológicos de los pacientes atendidos por Medicina Interna

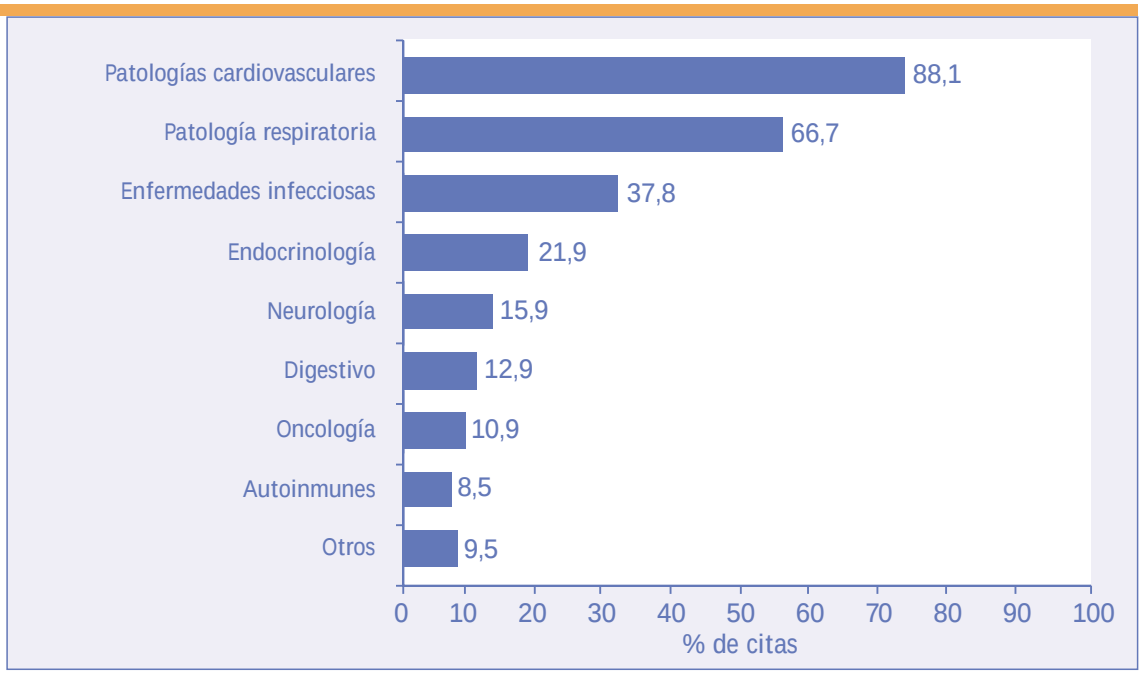


Las patologías más frecuentes que suelen tratar los internistas son las que tienen que ver con el aparato cardiovascular *(citadas por un 88%)*, seguidas de las referentes al aparato respiratorio *(67%)* y las enfermedades infecciosas, que son más exclusivas del internista, mientras que las dos primeras son compartidas con cardiólogos y neumólogos.

El tipo de patología que tratan los internistas varía según el nivel del hospital donde desarrollan su trabajo. En los hospitales pequeños, los internistas son más "polivalentes", se trata de hospitales que tienen plantillas reducidas y los internistas tienen que llevar a cabo las funciones de otros especialistas. En los hospitales grandes, de referencia, donde muchos internistas se "hiperespecializan", tratan también enfermedades oncológicas, digestivas e infecciosas.

También se observan variaciones según la experiencia profesional, los internistas con más experiencia suelen tratar más a los pacientes con afecciones cardiovasculares, respiratorias y digestivas, los que tienen menos experiencia suelen tratar en mayor medida que la media a pacientes con problemas endocrinológicos, neurológicos e infecciosos.

Patologías más frecuentes que tratan los Médicos Internistas



LA ACTIVIDAD LABORAL DE LOS MÉDICOS INTERNISTAS

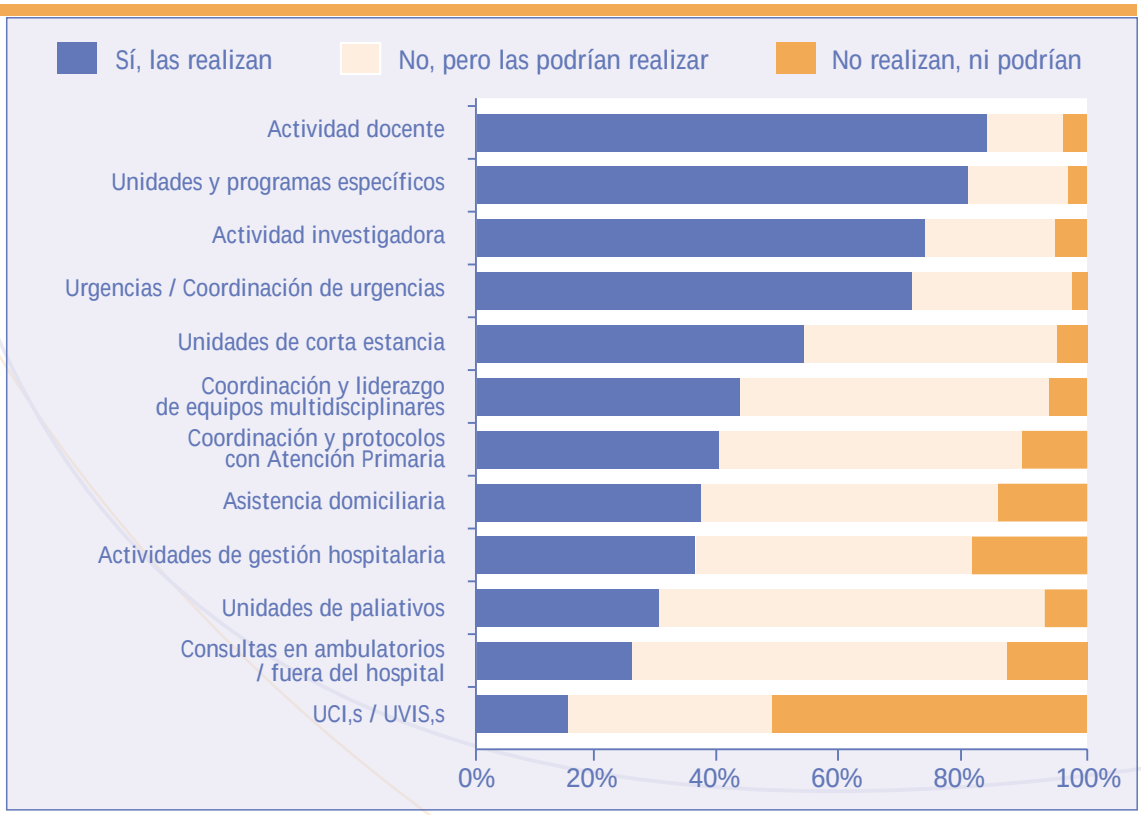
La encuesta trata dos tipos de cuestión: las características de la actividad profesional y la satisfacción laboral/profesional. La actividad laboral va a estar muy condicionada por las condiciones y características del objeto del trabajo, el paciente. La satisfacción con el clima laboral va a estar determinado por las características del centro de trabajo *(el hospital)*, por su personal, sus recursos tecnológicos y sobre todo por la organización.

Por lo que se refiere a la actividad profesional vamos a distinguir entre las actividades reales más frecuentes y algunas otras actividades potenciales que también podrían desempeñar.

En los hospitales españoles los médicos internistas realizan:

- Actividad docente *(84%)*, destacando entre los médicos que trabajan en hospitales públicos de referencia y de área, y aquellos que tienen más años de experiencia.
- Actividad relacionada con unidades y programas específicos como la unidad de diabetes, de adicciones, HTA, etc. *(81%)*, sobre todo en el caso de los médicos más experimentados destinados en hospitales públicos de área o de referencia y aquellos que ocupan plaza en propiedad.
- Actividad investigadora *(74%)*, donde vuelven a destacar los médicos internistas más experimentados
- Actividad en servicios de urgencias o coordinación de los mismos *(72%)*. Esta es la actividad con mayor potencial; prácticamente nadie alega no poder realizar la coordinación de la urgencias hospitalarias. En esta actividad desempeñan un papel más protagonista los médicos internistas con menos años de experiencia profesional.

Actividades que sí se llevan a cabo en los hospitales, y actividades potenciales



Además hay un gran número de actividades que llevan a cabo los médicos internistas en sus centros de trabajo y que se reflejan en el siguiente gráfico. Sin embargo, estas actividades no se desarrollan en todos los sitios y podrían, en opinión de los entrevistados, ser perfectamente realizadas. Estas actividades potenciales hacen referencia a:

- Las unidades de paliativos *(63%)*. Significativamente más en los hospitales de área con un mayor número de camas por internista y entre médicos con pacientes con elevada multipatología.
- Las consultas en ambulatorios / fuera del hospital *(62%)*. En hospitales donde el número de camas por internista es mayor.
- La coordinación de equipos multidisciplinares *(51%)* y de Atención Primaria *(50%)*, especialmente en los hospitales de área.

Aunque los internistas consideran que están cualificados para desempeñar la mayoría de actividades que se desarrollan en un hospital, la UCI/UVI no se contemplan como una actividad propia de su especialidad.

En el gráfico anterior se refleja perfectamente la relación entre actividad real, actividad potencial y actividad “menos viable” para los médicos internistas. De todo ello, cabe deducir la gran versatilidad de la Medicina Interna y el escaso aprovechamiento real de su potencial.

Un ejemplo específico de la participación y actividad de la Medicina Interna en el hospital se refiere a su participación en la elaboración de protocolos terapéuticos o asistenciales. En 33% participa "siempre" y un 48% "ocasionalmente". Por el contrario, y a pesar de que la mayoría trabaja en centros en los que sí hay unidades y programas específicos, un 50% señala que no participa "nunca" o "casi nunca" en la elaboración de programas específicos de salud tales como la prevención, obesidad, nutrición...

¿Participa usted como internista en la elaboración de...? (n=201)	Protocolos terapéuticos o asistenciales %	Programas específicos de salud %
Sí, siempre o muy a menudo	33,3	9,5
Sí, pero ocasionalmente	48,3	34,8
No, nunca o casi nunca	17,4	50,2
Sin datos	1,0	5,5
TOTAL	100,0	100,0

LA APORTACION DE VALOR AÑADIDO

La actividad del médico internista supone una aportación de valor añadido a la asistencia sanitaria. La aportación más importante se refiere a la mayor calidad asistencial que recibe el paciente, especialmente señalada por parte de los médicos que trabajan en hospitales privados o en públicos comarcales y donde el número de camas por internista es menor que en el resto.

El segundo valor más importante se refiere a la humanización de la asistencia y mejora de la relación médico-paciente. Este hecho es significativamente mayor en los hospitales comarcales, menos saturados y con un elevado porcentaje de pacientes con patología múltiple.

Los internistas también hacen una importante autovaloración por suponer "ahorros económicos al centro", especialmente en los hospitales comarcales, con un elevado porcentaje de pacientes con multipatología y donde el promedio de pacientes tratados simultáneamente por el internista es mayor que la media.

Valor añadido de la aportación del médico internista (n=201)	"En mi caso concreto, este hecho se da..." Mucho %	Algo %	Nada %	NS/NC %
"El médico internista aporta una mayor calidad asistencial al paciente"	77,1	17,4	1,5	4,0
"El médico internista humaniza la asistencia y mejora la relación médico-paciente"	68,7	25,9	2,5	3,0
"La actividad como médico internista supone ahorros económicos al centro"	60,2	26,4	3,0	10,4
"La carga asistencial es significativamente mayor que otras especialidades"	58,7	29,4	8,0	4,0
"La Medicina Interna es un elemento integrador y de cohesión"	35,3	49,3	11,9	3,5
"Es el interlocutor con Atención Primaria"	22,4	40,4	29,4	8,0

Aunque la valoración no es tan mayoritaria como las anteriores, también se considera que "la carga asistencial" es significativamente mayor que otras especialidades y que igualmente vuelve a ser más importante en los hospitales comarcales y entre los médicos con menos experiencia.

Desgraciadamente, la Medicina Interna no llega a ser en todos los centros "un elemento integrador y de cohesión", especialmente en los hospitales públicos grandes que tienen menos pacientes con polipatologías. Tampoco llega a ser una realidad en el que se consideren los interlocutores con Atención Primaria.

La calidad, la humanización y la eficiencia económica son las tres aportaciones que diferencian al médico internista de otras especialidades y que más se dan en la realidad hospitalaria.

LA RELACIÓN CON OTROS ESPECIALISTAS

Valoración de la relación con otras especialidades (n=201)	Buenas %	Regulares %	Malas %	Inexistentes %
Con internistas que se han especializado en áreas concretas	79,6	11,4	3,0	5,5
Con otras especialidades médicas (neumología, cardiología, neurología...)	76,6	21,4	1,5	0,5
Con la industria farmacéutica	58,2	34,8	2,5	4,5
Con Atención Primaria	39,3	28,4	7,5	24,9
Con la gerencia hospitalaria	27,9	37,3	11,4	23,4

Las peores relaciones o relaciones "inexistentes" se producen con la gerencia hospitalaria y con Atención Primaria. Por el contrario, las relaciones con las especialidades clásicas, así como con los internistas "hiperespecializados" que dejan de trabajar como tales internistas se consideran satisfactorias en la mayoría de los casos, tal y como se observa en el cuadro anterior.



VI. Encuesta Prospectiva 2010

Análisis de las tendencias de la Medicina Interna

Con el fin de conocer cuáles son las tendencias más importantes y las probabilidades de ocurrencia de hechos que afectarán a la Medicina Interna en los próximos 10 años, se ha llevado a cabo una Encuesta Prospectiva *(tipo DELPHI)* en la que ha participado un panel formado por 28 expertos seleccionados ya sea por su experiencia en la profesión, su implicación y compromiso en el sector o sus responsabilidades en el área de salud. La mayoría, un 64%, son médicos internistas, Jefes de servicio de Medicina Interna de hospitales españoles de diferentes tamaños, un 29% son Directores de Actividad Asistencial de Consejerías de Salud de diferentes CC.AA. y un 7% son Gerentes de hospitales españoles.

Características de los expertos participantes

	Nº	%
Directores de Actividad Asistencial de Consejerías de Salud	8	28,6
Gerentes de hospital	2	7,1
Jefes de servicio de Medicina Interna	18	64,3
Total	28	100,0

EL FUTURO DE LA MEDICINA INTERNA

Más de la mitad de los expertos consultados *(54%)* considera que la situación general de la Medicina Interna en España en el horizonte del año 2010 será "*mejor que en la actualidad*". Sin embargo, un 29% se muestra pesimista ante el futuro y afirma que será "*peor que en la actualidad*". Cabe destacar que esta última percepción es más frecuente en los Directores de Actividad Asistencial de las Consejerías de Salud y entre los Gerentes de hospitales.

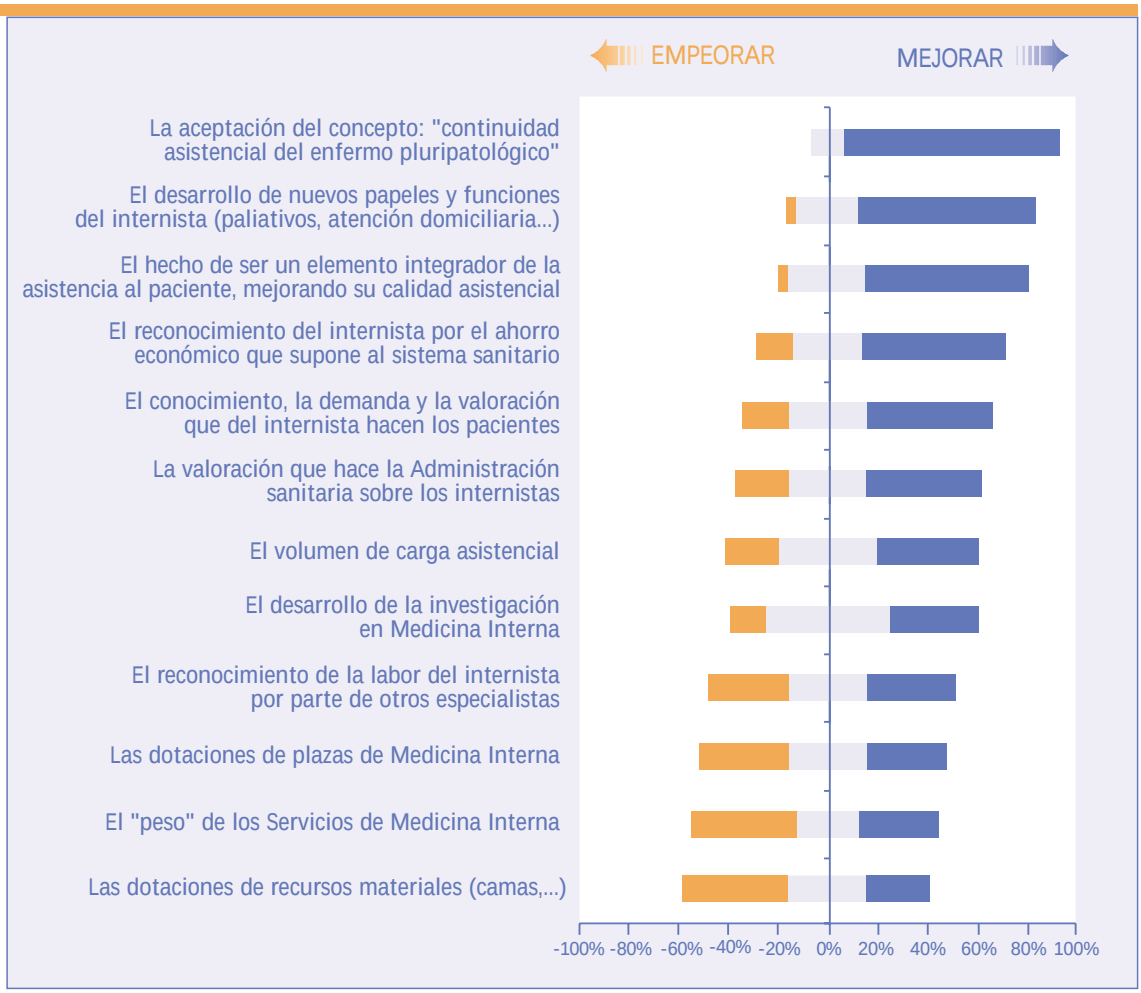
No obstante, en general, es destacable que no existen opiniones radicales en cuanto a que la situación actual vaya a sufrir cambios importantes.

Situación general de la Medicina Interna en 2010

		%
Mucho peor que en la actualidad	(1)	-
Peor que en la actualidad	(2)	28,6
Igual que en la actualidad	(3)	14,3
Mejor que en la actualidad	(4)	53,6
Mucho mejor que en la actualidad	(5)	-
Sin datos		3,6
TOTAL		100,0
Media (1/5)		3,26

Se produce un equilibrio inestable entre las previsiones "optimistas/pesimistas" para los próximos 10 años y, sobre todo, está muy polarizado según hablemos de unos u otros aspectos. Así, hay una clara tendencia a mejorar los aspectos que tienen que ver con la identidad del médico internista, su reconocimiento y las funciones y prestaciones que pueden desarrollar, es decir, las valoraciones subjetivas. Por el contrario, no se es tan optimista respecto de las realidades y condicionantes materiales de su actividad asistencial tales como recursos, dotaciones, peso real, carga asistencial, etc.

Tendencia en los aspectos generales para el año 2010



Un 86% de los expertos considera el concepto "*continuidad asistencial del enfermo pluripatológico*" como una realidad comúnmente aceptada en los próximos años. En esta experiencia tienen mucho que decir los internistas, tal y como hemos visto a lo largo del estudio. El internista se perfila como un elemento integrador en la asistencia al paciente, mejorando con ello la calidad asistencial.

La tendencia será a desarrollar nuevos papeles y funciones del internista como los cuidados paliativos, la asistencia domiciliaria o la coordinación de urgencias. Los internistas deben abrir nuevos caminos profesionales donde incorporarse y un 72% de los expertos, especialmente los que trabajan en la Administración sanitaria, consideran que esto será posible.

Aspectos	Tendencia para el año 2010					
	Mucho peor (1) %	Peor (2) %	Igual (3) %	Mejor (4) %	Mucho mejor (5) %	Media (1/5)
La aceptación del concepto "continuidad asistencial del enfermo pluripatológico"	-	-	14,3	60,7	25,0	4,11
El desarrollo de "nuevos" papeles y funciones del internista (paliativos, atención domiciliaria...)	-	3,6	25,0	53,6	17,9	3,86
El hecho de ser un elemento integrador de la asistencia al paciente, mejorando su calidad asistencial	-	3,6	32,1	60,7	3,6	3,64
El reconocimiento del internista por el ahorro económico que supone al sistema sanitario	-	14,3	28,6	42,9	14,3	3,57
El conocimiento, la demanda y la valoración que del internista hacen los pacientes	3,6	14,3	32,1	46,4	3,6	3,32
La valoración que hace la Administración sanitaria sobre los internistas	-	21,4	32,1	42,9	3,6	3,29
El volumen de la carga asistencial	-	21,4	39,3	28,6	10,7	3,29
El desarrollo de la investigación en Medicina Interna	3,6	10,7	50,0	28,6	7,1	3,25
El reconocimiento de la labor del internista por parte de otros especialistas	-	32,1	32,1	28,6	7,1	3,11
Las dotaciones de plazas de Medicina Interna	-	35,7	32,1	32,1	-	2,96
El "peso" o importancia, en general, de los servicios de Medicina Interna	3,6	39,3	25,0	32,1	-	2,86
Las dotaciones de recursos materiales (camas,...)	7,1	35,7	32,1	21,4	3,6	2,79

Toda esta asistencia integradora y sistémica en los pacientes pluripatológicos, supone que el internista va a ser más reconocido por su aportación al ahorro económico que supone al sistema sanitario, así lo considera un 57% de los expertos.

No hay consenso en cuanto a la valoración que tendrá la Administración sanitaria sobre los internistas. Aunque parece que tiende a mejorar ligeramente, un 32% considera que no variará, incluso un 21% estima que irá a peor. Los internistas son más optimistas en esta valoración que la propia Administración sanitaria.

Algo similar ocurre con las opiniones sobre las tendencias en el volumen de carga asistencial, están polarizadas entre los que consideran que mejorarán y los que creen que se mantendrán igual. De hecho, y a pesar del reconocimiento por el ahorro económico que suponen los internistas, el desarrollo de nuevos papeles y la mejora que suponen en la calidad asistencial, no parece que se vaya a incrementar el número de plazas de Medicina Interna, incluso podría disminuir. La Administración sanitaria vuelve a ser más pesimista en su estimación. Es más probable que el peso o la importancia en general de los Servicios de Medicina Interna en el conjunto hospitalario vaya a empeorar. Finalmente, tampoco se espera mejoría en las dotaciones de recursos materiales para la Medicina Interna.

LOS NUEVOS PAPELES DE LA MEDICINA INTERNA

Como hemos comprobado, el futuro de la Medicina Interna pasa por el desarrollo de nuevos papeles, que muy probablemente serán una realidad, especialmente en hospitales comarcales. Estas nuevas posibilidades tienen que ver con los pacientes geriátricos, la deshospitalización *(unidades de corta estancia, asistencia domiciliaria...)*, las consultas de alta resolución, la consultoría en Atención Primaria, el seguimiento de pacientes con enfermedades multisistémicas... A pesar de estos nuevos papeles y posibilidades que surjan, el papel del internista como "generalista" hospitalario seguirá siendo importante. Sin embargo, es mucho menos probable que se desarrollen las funciones de liderazgo, de dirección o de coordinación, ya sea de equipos multidisciplinares, de urgencias hospitalarias o en áreas de gestión.

Probabilidad de desarrollo de los nuevos papeles para el año 2010



Nuevos papeles	Tendencia para el año 2010					
	Muy improbable (1) %	Improbable (2) %	Ni probable, ni improbable (3) %	Probable (4) %	Muy probable (5) %	Media (1/5)
La Medicina Interna se desarrollará y tendrá su papel principal en hospitales pequeños y comarcales	-	3,6	14,3	64,3	17,9	3,96
El internista tendrá un importante papel en el cuidado del paciente geriátrico	-	7,1	14,3	57,1	21,4	3,93
En unidades de corta estancia aumentará el papel del internista	-	7,1	14,3	57,1	21,4	3,93
En consultas de alta resolución aumentará el papel del internista	-	10,7	14,3	53,6	21,4	3,86
El internista como consultor en los centros de Atención Primaria	-	14,3	17,9	53,6	14,3	3,68
El internista diagnosticará, hará seguimiento y tratará a pacientes con enfermedades multisistémicas	3,6	-	28,6	60,7	7,1	3,68
En unidades de paliativos aumentará el papel del internista	-	14,3	21,4	53,6	10,7	3,61
Los internistas que se especializan en áreas muy concretas (infecciosas, cardiovascular, etc) irán en aumento	-	14,3	25,0	50,0	10,7	3,57
El internista empezará a desarrollar su actividad en la asistencia domiciliaria	10,7	7,1	17,9	57,1	7,1	3,43
En la gestión por proceso aumentará el papel del internista	-	17,9	39,3	35,7	7,1	3,32
Se producirá una "externalización" hospitalaria del internista	7,1	25,0	-	64,3	3,6	3,32
En urgencias y coordinación de urgencias aumentará el papel del internista	-	25,0	35,7	32,1	7,1	3,21
En áreas de gestión sanitaria aumentará el papel del internista	3,6	17,9	50,0	25,0	3,6	3,07
El internista coordinará y dirigirá equipos multidisciplinares en el hospital (consultor de especialistas)	10,7	39,3	17,9	32,1	-	2,71
El papel "clásico" del internista como un "generalista" irá perdiendo peso	14,3	42,9	14,3	25,0	3,6	2,61

Como podemos apreciar en la tabla anterior, existen opiniones muy claras sobre cuáles van a ser los papeles de los médicos internistas en el futuro. Más de un 60% de los expertos entrevistados creen que la Medicina Interna se desarrollará especialmente en los hospitales comarcales y el internista tendrá un importante papel en los siguientes campos:

- Paciente geriátrico
- Unidades de corta estancia
- Consultas de alta resolución
- Consultoría de los centros de atención primaria
- Diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las enfermedades multisitémicas
- Unidades de paliativos
- Especialización en áreas muy concretas
- Asistencia domiciliaria

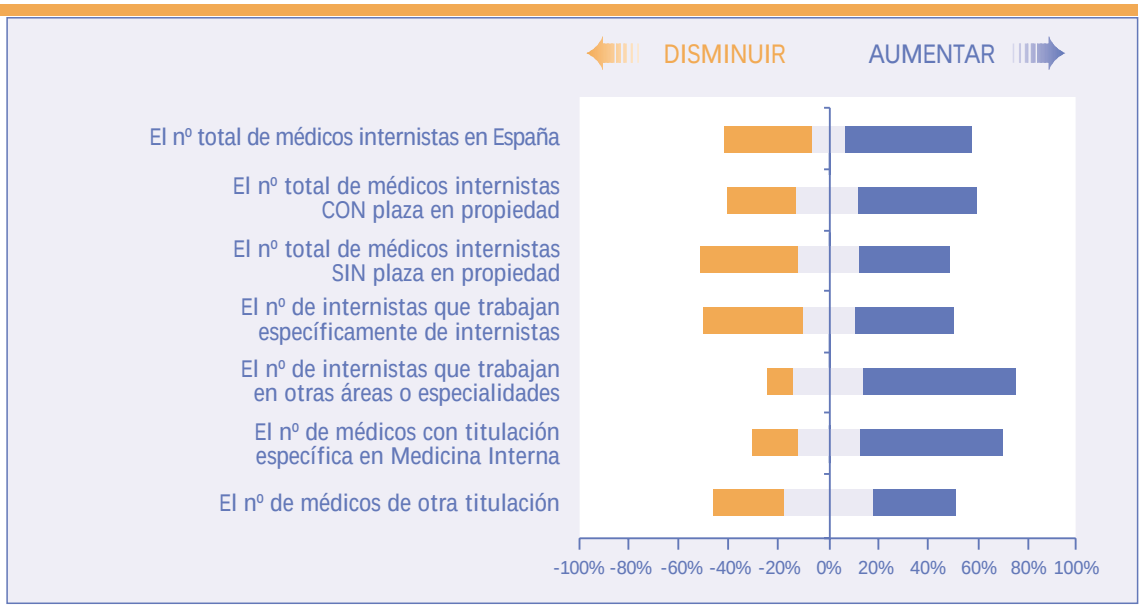
TENDENCIAS RESPECTO DE LA SITUACIÓN LABORAL Y PROFESIONAL

El número de médicos internistas es deficitario lo que genera una situación de elevada carga asistencial que puede empeorar ya que se prevé que en los próximos 10 años puedan llegar a jubilarse un 35% de los internistas. Con el fin de prever la situación y ver si se van a cubrir las necesidades laborales y profesionales, se ha preguntado a los expertos sobre esta cuestión.

Existe un alto grado de incertidumbre sobre la tendencia más probable en los aspectos laborales. De hecho, hay una gran divergencia de opiniones, tan sólo podemos prever claramente que aumente el número de internistas que trabajan en otras áreas o especialidades ya sea como "hiperespecialistas" o desarrollando nuevos papeles, esta tendencia está mucho más clara para los expertos de la Administración sanitaria.

También parece claro que se incrementará el número de médicos con titulación específica en Medicina Interna, aunque esto no supone que aumente el número total de médicos internistas en España.

Tendencia en las necesidades laborales para el año 2010



El resto de aspectos laborales es incierto, ya sea sobre el número total de internistas con plaza en propiedad o sin plaza en propiedad *(interinos o médicos sin contrato)*, los médicos que trabajen específicamente de internistas, etc.

Las plazas de médicos internistas que se convocarán hasta el año 2010 se prevén insuficientes o, al menos, "en el límite". Un mayor grado de suficiencia se prevé en cuanto a las convocatorias de plazas MIR de Medicina Interna, aunque siempre rozando el límite.

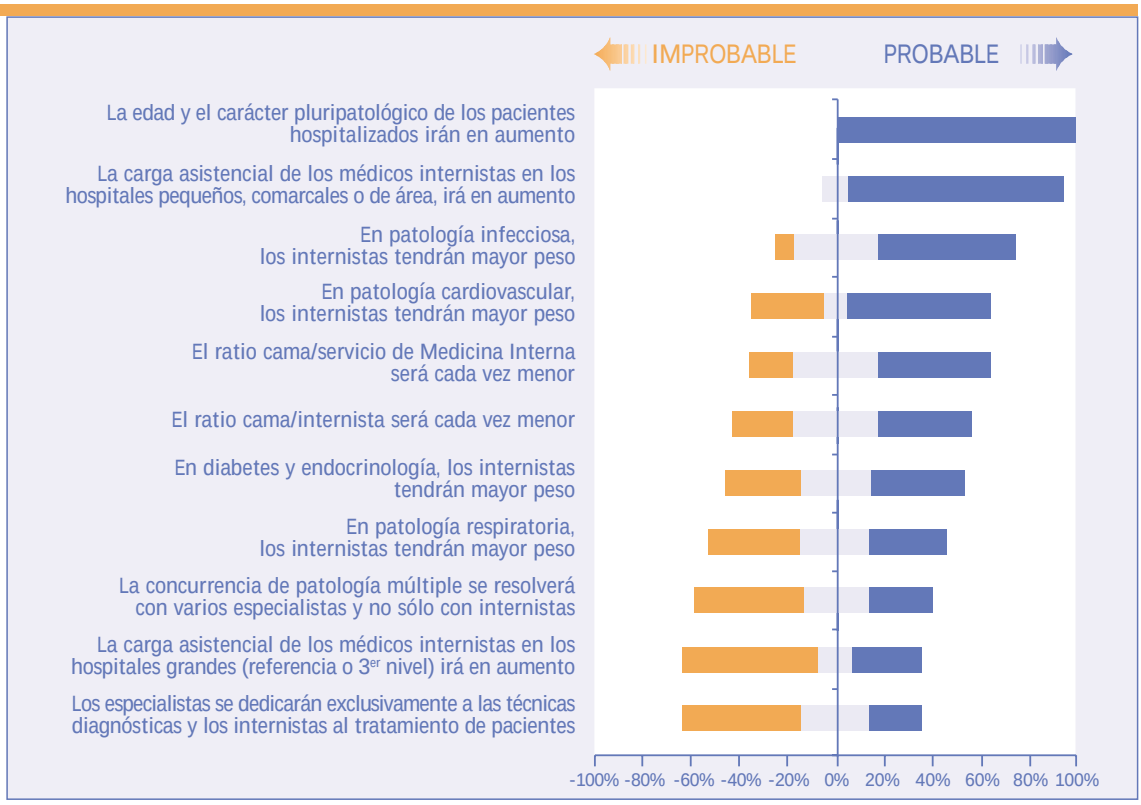
Las plazas que se van a convocar hasta 2010 van a ser...		Plazas de Medicina Interna %	Plaza MIR de Medicina Interna %
Muy insuficientes	(1)	3,6	7,1
Insuficientes	(2)	32,1	17,9
"En el límite"	(3)	39,3	46,4
Suficientes	(4)	25,0	28,6
Muy suficientes	(5)	-	-
Total		100,0	100,0
Media	(1, 5)	2,86	2,96

TENDENCIAS EN CUANTO A LA CARGA ASISTENCIAL

La carga asistencial que actualmente tienen los internistas es muy grande como hemos visto en capítulos anteriores. Sin embargo, para prever la evolución en los próximos años es necesario distinguir entre hospitales grandes, de referencia o 3er nivel, y hospitales pequeños, comarcales o de área. Si bien es cierto que derivado del aumento, del carácter añoso y pluripatológico de los pacientes hospitalizados y de que esta situación no se resolverá con la concurrencia de diversos especialistas en el enfermo, cabría deducir una repercusión al alza en la carga asistencial de los médicos internistas. Pero este hecho sólo parece muy probable en los hospitales pequeños, mientras que es menos probable que aumente en los grandes, debido a la previsible disminución del ratio camas /internista y, sobre todo, camas /servicio de Medicina Interna. No obstante hay que considerar en todo ello las conversiones de plazas de internistas en otras especialidades que se están produciendo en algunas Comunidades autónomas y que podrían variar estos ratios. En definitiva es probable que existan menos recursos y altas atendidas por los Servicios de Medicina Interna *(no tanto por los internistas)* en los hospitales grandes y, por el contrario, una mayor carga, recursos y "peso" en los hospitales comarcales y de área.

Los médicos internistas tendrán un mayor peso en patología infecciosa y, probablemente, en patología cardiovascular. No ocurrirá lo mismo con la diabetes y otras enfermedades endocrinas o con la patología respiratoria en las que el peso del internista o el especialista específico, dependerá de cada lugar y circunstancias.

Probabilidad de ocurrencia de hechos relativos a la carga asistencial para el año 2010



Hechos relativos a la carga asistencial	Tendencia para el año 2010					
	Muy improbable (1) %	Improbable (2) %	Ni probable, ni improbable (3) %	Probable (4) %	Muy probable (5) %	Media (1/5)
La edad y el carácter pluripatológico de los pacientes hospitalizados irán en aumento	-	-	-	42,9	57,1	4,57
La carga asistencial de los médicos internistas en los hospitales pequeños irá en aumento	-	-	10,7	71,4	17,9	4,07
En patología infecciosa, los internistas tendrán mayor peso	-	7,1	35,7	46,4	10,7	3,61
En patología cardiovascular, los internistas tendrán mayor peso	3,7	25,9	11,1	51,9	7,4	3,33
El ratio cama/servicio de Medicina Interna será cada vez menor	-	17,9	35,7	42,9	3,6	3,32
El ratio cama/internista será cada vez menor	-	25	35,7	35,7	3,6	3,18
En diabetes y endocrinología, los internistas tendrán mayor peso	7,1	25	28,6	39,3	-	3,00
En patología respiratoria, los internistas tendrán mayor peso	3,6	35,7	28,6	32,1	-	2,89
La concurrencia de patología múltiple se resolverá con varios especialistas y no sólo con internistas	7,1	39,3	25	28,6	-	2,75
La carga asistencial de los médicos internistas en los hospitales grandes irá en aumento	3,6	53,6	14,3	28,6	-	2,68
Los especialistas se dedicarán exclusivamente a las técnicas diagnósticas y los internistas al tratamiento de pacientes	21,4	28,6	28,6	17,9	3,6	2,64

ESCENARIOS DEL SISTEMA DE SALUD EN RELACIÓN CON LA MEDICINA INTERNA

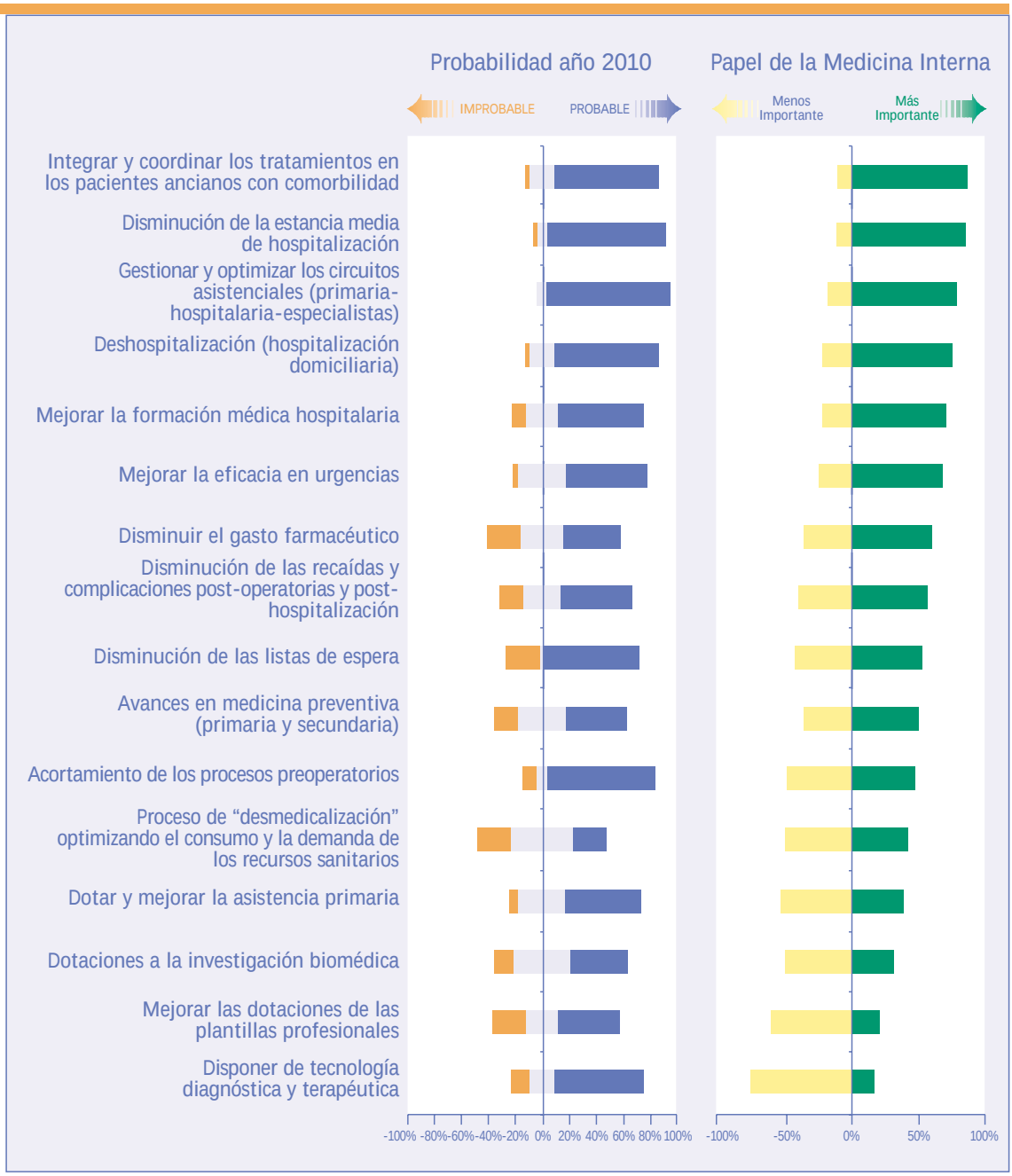
La Medicina Interna va a tener un importante papel *(creciente)* en algunos de los más importantes retos y necesidades que tiene planteado hoy en día el sistema de salud y que probablemente irán, al menos, entrando en vías de solución en los próximos años. Entre ellos, destacan la importancia que va a tener la Medicina Interna en la disminución de la estancia media hospitalaria, sin disminuir por ello la calidad asistencial, integrando y coordinando los tratamientos en los pacientes ancianos con co-morbilidad. También crecerá el papel del médico internista en la mejora de los circuitos que sigue el paciente *(primaria, ambulatorio, hospital)* y en los procesos de des-hospitalización o de atención domiciliaria. Otra actividad en la que la Medicina Interna ejercerá una notable influencia, se refiere a la mejora de la eficacia en la gestión y coordinación de las urgencias hospitalarias y, finalmente cabe destacar también el importante papel del médico internista en la formación médica en el hospital.

Necesidades que cubrir en el escenario del sistema de salud	Tendencia para el año 2010					Papel de la M.I. en este hecho	
	Muy improbable	Improbable	Ni probable, ni improbable	Probable	Muy probable	Menos importante que en la actualidad	Más importante que en la actualidad
Disminución de las listas de espera	3,6	21,4	3,6	53,6	17,9	42,9	53,6
Acortamiento de los procesos preoperatorios	-	10,7	7,1	50,0	32,1	48,1	48,1
Disminución de la estancia media de hospitalización	-	3,6	7,1	57,1	32,1	10,7	85,7
Disminución de las recaídas y complicaciones post-operatorias y post-hospitalización	3,6	14,3	28,6	42,9	10,7	39,3	57,1
Mejorar la eficacia en urgencias	-	3,6	35,7	46,4	14,3	25,0	67,9
"Deshospitalización" (hospitalización domiciliaria)	-	3,6	17,9	53,6	25,0	21,4	75,0
Integrar y coordinar los tratamientos en los pacientes ancianos con comorbilidad con suficiente calidad	-	3,6	17,9	67,9	10,7	10,7	85,7
Disminuir el gasto farmacéutico	10,7	14,3	32,1	39,3	3,6	35,7	60,7
Disponer de tecnología diagnóstica y terapéutica	-	14,3	17,9	50,0	17,9	75,0	17,9
Gestionar y optimizar los circuitos asistenciales (primaria-hospitalaria-especialista)	-	-	7,1	57,1	35,7	17,9	78,6
Mejorar las dotaciones de las plantillas profesionales	3,6	21,4	25,0	46,4	-	60,7	21,4
Proceso de "desmedicalización" optimizando el consumo y la demanda de los recursos sanitarios	10,7	14,3	46,4	25,0	-	50,0	42,9
Avances en medicina preventiva (primaria y secundaria)	-	17,9	35,7	35,7	10,7	35,7	50,0
Dotar y mejorar la asistencia primaria	-	7,1	35,7	46,4	10,7	53,6	39,3
Mejorar la formación médica hospitalaria	3,6	7,1	25,0	50,0	14,3	21,4	71,4
Dotaciones a la investigación biomédica	3,6	10,7	42,9	28,6	14,3	50,0	32,1

Por el contrario, la Medicina Interna va a tener menos "peso" en todo lo que tiene que ver con dotaciones, ya sean éstas de plantillas laborales, de tecnología diagnóstica y terapéutica, de investigación biomédica o de dotaciones para la asistencia primaria.

Otras aspiraciones del sistema de salud, que sin embargo tienen una menor probabilidad de éxito, al menos en los próximos años, se refieren a la disminución del gasto farmacéutico, de las listas de espera y a los procesos de disminución de la demanda o consumo de sanidad. En estos aspectos, el papel del médico internista no va a tener una importancia manifiesta *(excepto la disminución del gasto farmacéutico)*. Estos datos podemos analizarlos mejor en los cuadros y gráficos adjuntos.

Retos y necesidades del sistema de salud: el papel de la Medicina Interna



VII. Conclusiones

La Medicina Interna por sus características específicas es la especialidad con mayor implantación en los hospitales *(2,5 internistas/100 camas en el área INSALUD)*, sobre todo en los hospitales comarcales *(4 internistas/100 camas)*. Extrapolando estas cifras y considerando otras variables, podemos estimar una cifra de entre 4.000 y 4.500 internistas en España. De cara al futuro, se debería proceder al reemplazo de entre 1.400 y 1.600 posibles jubilaciones durante los próximos 10 años, tan sólo para mantener la situación actual. Si lo que queremos es atender adecuadamente las necesidades de asistencia de las nuevas demandas previsibles y disminuir la sobrecarga asistencial que actualmente sufre la especialidad, se requerirán más plazas de formación y profesionales.

Los internistas gestionan el 15% del total de las altas hospitalarias, más que cualquier otra especialidad, con una mayor estancia media que el total y una mayor complejidad de los casos *(mayor peso relativo de los GRD´s y consumo de recursos por GRD´s)*. El peso que tienen los procesos de hospitalización en las plantillas de internistas resultan evidentes y significativamente mayores que para cualquier otra especialidad.

La Medicina Interna es la especialidad más eficiente en términos económicos. Los internistas gestionan 1.470 M. €; de ellos, 1.200 M. € son costes hospitalarios, *(el 12% del coste hospitalario)*, más que cualquier otra especialidad y, sin embargo, el coste por proceso es de 2.166 €, más bajo que la media. No ocurre lo mismo en el coste de consulta externa *(primeras/sucesivas consultas)*, donde la continuidad de la asistencia y la complejidad que se deriva de la edad de los pacientes y de las multi-patologías de tipo crónico, hace que tengan un importante coste por proceso.

Cualitativamente, la Medicina Interna sufre una crisis de identidad además de una falta de conocimiento exterior, que genera una disminución de la demanda y de reconocimiento por parte de los pacientes, gerentes y administraciones. Las administraciones sanitarias tienden a no evaluar suficientemente los factores de coste/eficacia, o de gestión integrada del enfermo en el hospital, *(y sólo últimamente, de forma tímida, se abordan sistemas de calidad asistencial, de satisfacción del paciente, o de mejora del clima laboral)*, que serían aportaciones claras del médico internista. Esto es así, básicamente por la complejidad de los cambios administrativos y organizacionales que supondría, además de por las presiones de tipo corporativo que se producen desde algunas instancias corporativas.

Es importante definir la Medicina Interna hacia el exterior, que se entienda y se conozca. Sus conceptos esenciales, aquellos que la caracterizan y la diferencian de otras especialidades son básicamente:

- La visión del enfermo en su conjunto *(planteamiento integral de la asistencia)* y no de la enfermedad en particular *("el internista ve enfermos, no enfermedades")*.

- La continuidad asistencial. Requisito imprescindible en la calidad de la atención que recibe el paciente, y que es fundamental en pacientes con patologías múltiples, crónicas o de avanzada edad, es decir, una gran parte de los pacientes hospitalarios.

- La coordinación y liderazgo de equipos multidisciplinares de especialistas, así como de interconsultas o programas especiales de salud.

Además de su papel "clásico" como generalista hospitalario, -que cada vez se revela como más necesario, racional y avanzado en entornos complejos-, están apareciendo nuevas oportunidades ante las que el médico internista está especialmente capacitado como puedan ser las urgencias y su coordinación, las unidades de corta estancia, las unidades de paliativos, la asistencia domiciliaria y otros procesos de "deshospitalización", las consultas en ambulatorios y centros de especialidades, la coordinación primaria - hospitalaria, o los procesos de gestión. Todo ello, independientemente de que puedan seguir existiendo especializaciones en áreas terapéuticas muy concretas.

Hay argumentos que justifican plenamente las demandas de la Medicina Interna como el aumento de las dotaciones de plazas y de MIR de internistas, el papel en los hospitales comarcales; en los de primero y segundo nivel, su idoneidad en las nuevas ofertas asistenciales, su importancia como docente y, finalmente, también hay que apuntar a la eliminación de las condiciones de precariedad laboral de muchos profesionales. Algunos de estos argumentos son:

- Su carácter "integrador" de la asistencia al paciente, que hace que finalmente éste tenga una mejor calidad.
- La evolución previsible de la epidemiología y demanda asistencial en los próximos 10 años, que supondrá un mayor envejecimiento, una mayor pluripatología, una mayor cronicidad y, en consecuencia, una mayor continuidad de tratamientos.
- Una mayor eficiencia. En urgencias, en ahorros económicos por disminución de días/hospitalización, por evitación de solapamientos y repeticiones de procesos o por disminución de las complicaciones y reingresos.

Los resultados de la encuesta realizada entre 201 médicos internistas nos revelan cómo los problemas de esta especialidad no sólo vienen derivados de una cierta falta de identidad, también están muy determinados por sus condicionantes materiales, es decir, los pacientes y sus características así como las condiciones laborales de trabajo. Efectivamente, el paciente del médico internista es un paciente añoso, en un 88% de los casos con pluripatología *(cardiovascular, respiratoria e infecciosa, fundamentalmente)*, que derivado del envejecimiento poblacional y del incremento de la demanda, a lo que cabría añadir el incremento de población inmigrante, supone para el médico internista una sobrecarga asistencial.

Los encuestados se definen a sí mismos como los especialistas en enfermos *(que no enfermedades)* con múltiple patología que los tratan en su continuidad y de una manera integral. Consecuencia de esta definición sería el teórico líder encargado de coordinar con otros especialistas y dirigir el tratamiento del enfermo *(hospitalario y en su evolución extra-hospitalaria)*. Lejos de ello, el médico internista es, a pesar de su exceso de carga laboral/asistencial, "desaprovechado" en todas sus potencialidades, que le darían unas nuevas perspectivas de desarrollo para las próximas décadas. Actividades fuera del hospital *(ambulatorias)*, en unidades de paliativos, en asistencia domiciliaria, coordinando equipos multidisciplinares, protocolos con Atención Primaria, unidades de corta estancia o coordinación de las urgencias, serían potenciales prestaciones del médico internista que en muchos casos están, hoy por hoy, lejos de llevarlas a cabo.

La aportación de valor añadido, *(calidad para el paciente, humanización, ahorros económicos, elemento de integración y cohesión)*, más allá de sus prestaciones clínicas, debe ser asumida (y así es en algunos casos) por la totalidad del sistema de atención sanitaria.

Los problemas más citados como médicos internistas, se refieren a la sobrecarga de trabajo, al escaso reconocimiento y valoración de su trabajo y a las condiciones materiales de su puesto laboral. Efectivamente, se reivindica la necesidad de dotar más plazas de Medicina Interna *(media de 4 plazas/hospital)*, cuando la realidad nos dice que en muchos casos no hay previsión de nuevas plazas y allí donde sí las hay, el número previsto es insuficiente para cubrir las necesidades. También hay un elevado grado de precariedad laboral en los contratos de los internistas. Un 38% se considera en situación precaria ya sea por el tipo de contrato (51%) o por los bajos salarios (28%).

Y, sin embargo, el grado de satisfacción con su profesión es muy alto, se está muy orgulloso de ser médico internista; son los aspectos laborales y organizativos o de planificación sanitaria los que ensombrecen el clima profesional, como demuestra el hecho de que las peores relaciones sean con las gerencias hospitalarias y, al contrario de lo que pudiera pensarse, la existencia de buenas relaciones con otras especialidades clásicas.

La situación socio profesional de la Medicina Interna es sólo moderadamente optimista en su evolución hacia el horizonte del año 2010. Hay una tendencia a mejorar en cuanto a todo aquello que tiene que ver con la consideración, el reconocimiento, la identidad, las nuevas funciones y papeles, etc; es decir, con los aspectos más subjetivos o cualitativos. Por el contrario, se es menos optimista en lo que se refiere a los condicionantes materiales y reales tales como la disponibilidad de recursos, las dotaciones, las cargas asistenciales. Estamos ante una clara situación de “buena voluntad” con escaso reflejo en la realidad material.

Efectivamente, es muy probable que se desarrollen todas las nuevas actividades ya vistas, en las que el médico internista se revela como la opción ideal, sin embargo, resultan menos probables las funciones de liderazgo, de coordinación de equipos, de dirección o de gestión en el hospital.

Resulta impredecible la evolución que adopten los aspectos laborales. La incertidumbre respecto de las futuras convocatorias de plazas, la precariedad en la plaza *(en propiedad o interina)* o en el tipo de contrato, es muy alta.

Es muy probable que la carga asistencial del médico internista aumente en los hospitales comarcales y de 2º nivel. En los grandes hospitales de referencia se requerirá de cambios en los papeles y funciones clásicas de los Servicios de Medicina Interna, para adecuarse a las nuevas necesidades de este tipo de hospitales donde el médico internista tendrá otras oportunidades.

Como conclusión general:

- La Medicina Interna es necesaria y tiene futuro ante la previsible evolución demográfica y la evolución de la morbilidad. *(Paciente anciano, con multipatología degenerativa y crónica)*.

- La Medicina Interna será eficiente generando ahorros económicos en el sistema de salud, si se utilizan todas sus prestaciones.

- La Medicina Interna es integradora, al ser un elemento de cohesión, -tanto respecto al tratamiento del paciente, como a la organización asistencial-, y de racionalización de la asistencia. *(No olvidemos que la falta de cohesión es uno de los principales problemas con los que se encuentra hoy en día los responsables de la política sanitaria)*

Considerando estas previsiones, se apunta hacia una estrategia en la que la Medicina Interna tenga tres objetivos:

- En los hospitales pequeños, comarcales, de área, deberá asumir todo el peso y desarrollará tanto papeles clásicos de internista, como nuevas funciones o "hiperespecializaciones" *(infecciosas, diabetes, cardiovascular)*. Los internistas deberán ser "cómplices" de las ventajas y aportaciones que suponen los procesos de descentralización, ya sean ambulatorios u hospitalarios, ya que su desarrollo irá en paralelo con los internistas. Es su oportunidad.

- En los hospitales grandes o de referencia en general, el futuro de los Servicios de Medicina Interna no pasa tanto por el papel que han desempeñado hasta el momento, sino por las nuevas oportunidades que se ofrecen en este nivel, en las que deberá ser el protagonista indiscutible de su desarrollo, haciéndose imprescindible.

- Finalmente importantes funciones de consultor *(p.ej. consultor de servicios quirúrgicos de Atención Primaria)* coordinación, liderazgo, docencia o jefatura, podrán y deberán ser objeto de atención y competencia de los médicos internistas.