

¿Qué internistas necesita la sociedad y el sistema sanitario, generalistas o super-especialistas?

What internists do society and the health system need, generalists or super-specialists?

Aguayo-Canela, Mariano

Medicina Interna. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva. Servicio Andaluz de Salud

Con este título se celebró una “Mesa de Actualidad” durante la Reunión Científica de Otoño de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI) que tuvo lugar en Huelva el pasado 8 de noviembre de 2019, fundamentalmente dirigida a los médicos residentes en formación de nuestra especialidad y a sus tutores, y, durante algo más de una hora, los tres invitados por la organización debatieron sobre este tema recurrente en cualquier corporación de internistas desde la segunda parte del siglo XX: ¿el especialista en medicina interna debe ser un generalista clínico o debe centrar su desarrollo profesional y actividad clínica en alguna de las patologías o problemas de salud de la persona adulta? Y por orientar las reflexiones sobre este tema hacia el sentido de servicio a los enfermos y utilidad para las instituciones sanitarias -que siempre ha caracterizado a los internistas de todos los tiempos y lugares-, ¿sería posible centrar este sempiterno debate en torno a qué internistas necesita la sociedad del siglo XXI y sus organizaciones asistenciales?

Una primera idea, que probablemente subyace como una de las causas del eterno debate sobre el tema que nos ocupa, es la definición de nuestra especialidad y del internista como profesional médico: ¿sabe nuestra sociedad -y los pacientes en particular- qué es y qué hace un especialista en medicina interna? Nosotros mismos quizás tenemos dificultades para autodefinirnos de forma sencilla en un sistema sanitario cada vez más complejo y especializado, más tecnificado y compartimentado, donde el internista *osleriano* quizás ya no tenga espacio propio: en las últimas décadas los internistas nos hemos ido reinventando con más o menos éxito, adaptándonos a los cambios sociales y de la medicina, y también dando respuesta a las nuevas necesidades asistenciales y patologías emergentes, de manera que en la actualidad convivimos internistas generalistas con internistas dedicados específicamente a áreas concretas de la patología médica (enfermedades autoinmunes o infecciosas o minoritarias) o que desarrollan su trabajo en unidades asistenciales multidisciplinarias como las urgencias hospitalarias, la atención domiciliaria, la asistencia compartida con especialidades quirúrgicas o los equipos de cuidados paliativos avanzados.

Por otra parte, no podemos ir en contra de la dinámica de subespecialización en todas las ramas de las ciencias (no

sólo de la medicina) que ha caracterizado la segunda parte del siglo XX (y que entre otras cosas propició el desarrollo de las diferentes especialidades médicas desde el tronco común de la medicina interna) y el auge de la tecnología diagnóstica y terapéutica que ha cambiado la práctica de la medicina en solo una generación. El incesante incremento del conocimiento médico, la disponibilidad inmediata del mismo a través de internet (y para todos) y su elevada velocidad de recambio, hace imposible mantenerse al día en múltiples áreas de la patología, y también justificaría la dedicación de un número creciente de profesionales a áreas de conocimiento y práctica cada vez más específicas. Y no menos cierto es que en esta dinámica de subespecialización han encontrado su justificación grupos de profesionales de diferentes especialidades que desean crear “islas” de independencia, mejor reconocibles para determinados colectivos de pacientes y, por qué no decirlo, para otros actores del mundo sanitario (como la industria del medicamento y de la tecnología médica o los gestores y proveedores de servicios asistenciales).

La segunda idea que defendieron los ponentes es que los internistas de hoy debemos superar esta dicotomía entre ser generalistas o *super-especialistas* y, sin dejar de aprovechar esta corriente imparable que he descrito en el párrafo anterior, en palabras del Dr. Bernabeu, deberíamos “*defender y militar en nuestro ADN que está compuesto de un virtuoso equilibrio entre ambas competencias: las generales del internista (visión global, multi-óptica pero con claridad en prioridades, holística, y con elevada capacitación y solvencia en convivir con la incertidumbre); y las competencias más específicas, también tan importantes puesto que hacen que, en situaciones y casos complejos, raros, difíciles... sean los internistas los que casi siempre han ido resolviendo estas testuras históricas, y también en el paciente a paciente*”. Nuestra versión más generalista nos está haciendo imprescindibles en los hospitales comarcales y de alta resolución (donde la mayor parte de la patología médica -si no toda- es atendida por internistas), pero también en los hospitales de especialidades y regionales, en los que el internista también atiende a una gran parte de la patología médica de lo que sería su población de referencia, y hace funciones de *hospitalista* como *interconsultor* médico, cuando se integra en los cuadros de guardia del área médica o da apoyo a las unidades de urgen-

cias hospitalarias, o cuando actúa como referente médico de las unidades quirúrgicas en lo que ha dado en llamarse medicina perioperatoria. Y en la versión más especialista, los internistas somos capaces de dar respuesta a problemas emergentes o complejos, al menos en una primera aproximación diagnóstica y terapéutica, lo que no implica que, por razones de eficiencia, la conformación de unidades monográficas por internistas altamente especializados solo sea factible en centros de referencia, donde puedan agruparse pacientes con determinadas patologías poco prevalentes o de muy complejo manejo clínico.

Una tercera línea argumental en el debate volvió la vista al entorno, al preguntarse qué demandas de salud tiene la sociedad de hoy y qué tipo de respuesta sanitaria tendremos que dar en los próximos años. Los internistas estamos dando respuesta a los principales problemas de salud de la población y estamos atendiendo en nuestras unidades a personas cada vez más mayores; y si vemos las previsiones demográficas, el envejecimiento de la población será la tónica en las próximas décadas. Ciertamente estamos asistiendo a un aumento de la esperanza de vida, pero el precio que pagaremos será el incremento de las patologías crónicas y de los procesos asociados al envejecimiento. Sin duda la sociedad demandará profesionales capacitados y con vocación para atender los problemas de salud de este perfil de pacientes y, en este campo, los internistas en estrecha colaboración con los médicos de familia y los profesionales de los cuidados, tendremos que propiciar una red asistencial que permita una atención integral, proporcionada y continua a estas personas, de manera que es bastante previsible que a los internistas no nos va a faltar trabajo en un futuro próximo, pero una vez más tendremos que adaptarnos y reinventarnos para dar respuesta a un problema de salud emergente: la cronicidad. Y el sistema sanitario en el que trabajaremos también será diferente, menos orientado como hasta ahora en dar respuesta a los problemas agudos y más sensibilizado en la atención de pacientes pluripatológicos y frágiles, con nuevos modelos de prestación asistencial más cercanos a las personas y capaces de abordar también las necesidades sociales, aprovechando al máximo las nuevas tecnologías de la comunicación para establecer una red sociosanitaria eficaz y económicamente sostenible.

En este sentido, los internistas del futuro tendrán que desarrollar nuevas competencias, como trabajar en entornos digitales y superar las barreras del "hospitalcentrismo"; para el manejo de la cronicidad, el envejecimiento, la fragilidad y la multimorbilidad-pluripatología, así como para desarrollar una atención integral en entornos del final de la vida, será necesario tirar de lo mejor de nuestra capacitación como generalistas incorporando nuevas habilidades como la parsimonia clínica, la sensatez, la comunicación, la compasión y el liderazgo de equipos multiprofesionales. Y a la vez será imprescindible mantenerse competentes en lo que podríamos denominar la solvencia clínica: en un mundo dominado por la técnica y las tecnologías —al que ya han sucumbido muchas especialidades médicas—, mantenerse competentes en la extracción y organización de la información a pie de cama mediante la entrevista clínica, la exploración física y el razonamiento clínico, tendrá un valor incuestionable, complementado y mejorado con nuevas habilidades exploratorias como la ecografía clínica.

Una cuarta y última idea en el debate se centró en las respuestas de la organización sanitaria ante todos estos retos y cambios. En estos momentos los internistas trabajamos en todo tipo de hospitales y en servicios y unidades hospitalarias muy dispares: urgencias, hospitalización domiciliaria, equipos de soporte de cuidados paliativos, consultas monográficas, unidades de enfermedades infecciosas, etc. Y también en centros sociosanitarios, residencias y unidades de día, hasta ahora más presentes en la asistencia privada. La situación en los hospitales comarcales y especialmente en áreas geográficamente aisladas empieza a ser preocupante, por la escasez de especialistas y la dificultad para cubrir y fidelizar a los

profesionales en estos centros de trabajo, empeorado en los últimos años por la jubilación de muchos compañeros que no se ha acompañado de una oferta de plazas amplia y estable en el tiempo por parte de la administración pública sanitaria (que ha ido "parcheando" con contrataciones poco atractivas y de corta duración), mientras que sí ha aumentado la oferta de trabajo en la sanidad privada y en otros países de nuestro entorno. Por otra parte, los colectivos de internistas que en los últimos años han desarrollado su labor en áreas más específicas, no han encontrado un reconocimiento claro de sus funciones en el organigrama asistencial de los centros públicos, ni tampoco un camino expedito para acreditar sus nuevas competencias, en el indefinido espacio entre las especialidades y las áreas de capacitación específica. La administración sanitaria andaluza, bajo el paraguas del primer Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), ha dado algunos pasos en lo referente a la acreditación de competencias profesionales reconociendo hasta este momento tres áreas donde los internistas podemos acreditarnos (como médicos de urgencias y emergencias, médico de recursos avanzados de cuidados paliativos y médico internista-enfermedades infecciosas) además de como generalistas (médico internista). El otro paso que se dio hace unos años fue el reconocimiento de plazas diferenciadas en las plantillas de medicina interna de algunos hospitales, en concreto de enfermedades infecciosas, y se lleva negociando desde hace más de un año con los representantes sindicales las plazas diferenciadas de cuidados paliativos, aun sin resultados. Sin embargo, no hay nada nuevo en las ofertas públicas de empleo que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) ha ido publicando desde el año 2015, de manera que siguen convocándose plazas de medicina interna —sin ninguna diferenciación o subespecialización— para cubrir de manera fija puestos de internista tanto en hospitales regionales como generales y comarcales, dejando en el ámbito de la gestión de los centros y de la contratación temporal la cobertura de determinadas plazas que lleven aparejados desempeños más específicos, lo que está llevando a un notable desequilibrio en la conformación de las unidades de medicina interna de los diferentes hospitales de la red sanitaria pública. Parece completamente necesario desarrollar un nuevo plan de ordenación de recursos humanos del SSPA que contemple las actuales y futuras necesidades de la población, la estructura etaria de las plantillas y su renovación, y una adecuada dotación y distribución profesionales en los centros sanitarios que conjugue la máxima accesibilidad a los servicios básicos para toda la ciudadanía con la oferta de unidades de excelencia, altamente especializadas o de referencia, para patologías muy concretas; y ello acompañado de un plan de formación que permita a los profesionales desarrollar sus competencias en áreas específicas y un plan de movilidad que garantice por un lado que haya profesionales en plazas de difícil cobertura (en nuestra especialidad lo son las de algunos hospitales comarcales) y por otro que éstos tengan la posibilidad de formarse también si lo desean en áreas específicas y puedan optar a puestos diferenciados en centros con una cartera de servicios más amplia y compleja. Esperamos que este sea el camino y que nuestra SADEMI participe activamente, en pro de los internistas actuales y futuros.