

**MEMORIA DE LA ESPECIALIDAD
DE MEDICINA INTERNA PARA LA
O.P.E. EXTRAORDINARIA**

INDICE GENERAL

1.- Funciones del especialista en Medicina Interna:

- 1.1.- Definición de la especialidad
- 1.2.- Antecedentes históricos.
- 1.3.- Objetivo de la especialidad y funciones del especialista:
 - 1.3.1.-Función asistencial.
 - 1.3.2.- Función docente.
 - 1.3.3.- Función investigadora.
 - 1.3.4.- Función administrativa.
- 1.4.- Relaciones y sinergias.
- 1.5.-Desarrollo en unidades clínicas.

2.- Conocimientos y medios necesarios.

- 2.1.- Conocimientos necesarios.
 - 2.1.1.- Conocimientos generales
 - 2.1.2.- Conocimientos necesarios para la función asistencial
 - 2.1.3.- Conocimientos necesarios para la función investigadora.
 - 2.1.4.- Conocimientos necesarios para la función administrativa y participación en la gestión
 - 2.1.5.- Otros conocimientos.
 - 2.1.6- Fuentes de información para el conocimiento científico de la especialidad.
- 2.2.- Medios necesarios para el desarrollo de las funciones.

3.- Nivel de responsabilidad.

- 3.1.- Obligaciones o deberes del médico especialista en medicina Interna.
 - 3.1.1.- Deberes generales: Deber de información, de consentimiento, de diagnóstico y tratamiento, de conocimiento, habilidad y medios técnicos, de secreto profesional, de asistencia y consejo, y deber de cumplimentación de certificados legales.
 - 3.1.2.- Deberes derivados de la organización sanitaria.
 - 3.1.3.- Deberes derivados de las normas deontológicas.
- 3.2.- Responsabilidad médica: civil, penal y disciplinaria.
- 3.3.- Responsabilidad organizativa y competencias profesionales.

4.- Importancia de las funciones del internista en la organización.

4.1.- Introducción: *calidad, protocolización, Contrato-Programa, CMBD, GRD, UPH.*

4.2.- Importancia de la función asistencial.

4.2.1.- Población atendida.

4.2.2.- Principales problemas de salud.

4.2.3.- Importancia de la actividad asistencial tradicional:

- *Hospitalización convencional.*
- *Colaboración con otros servicios.*
- *Consultas externas.*
- *Respuesta ante nuevos problemas de salud.*

4.2.4.- Nuevas modalidades asistenciales:

- *Alternativas a la hospitalización convencional: estancia corta, media y prolongada, hospitalización domiciliaria, hospital de día.*
- *Nuevas modalidades de consulta externa: internista enlace-consultor, consulta de filtro, consulta de alta resolución.*
- *Áreas clínicas funcionales.*

4.2.5.- Otras contribuciones a la mejora de la gestión económica (farmacia y transportes).

4.2.6.- Participación en Comisiones Clínicas.

4.3.- Importancia de la función docente.

4.4.- Importancia de la función investigadora.

1.-Funciones del especialista en Medicina Interna:

1.1.-Definición de la especialidad:

La Medicina Interna es una especialidad médica que aporta una atención global al enfermo, asumiendo la completa responsabilidad de la misma, de una forma continua desde la consulta externa a las unidades de hospitalización. En principio, al médico internista deben interesarle todos los problemas de los enfermos, y muy concretamente la visión de los mismos como un todo, siendo consciente de que frecuentemente va a ser precisa la intervención de otros especialistas para poder llegar a diagnósticos correctos y poder efectuar tratamientos adecuados. Lo que más caracteriza a esta especialidad es esta visión de conjunto y de síntesis.

El Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, regula la formación médica especializada y en él se recoge la definición de la especialidad y campo de acción, objetivos generales de la formación y contenidos específicos de la especialidad.

La Medicina Interna, entendida como especialidad, consiste en el ejercicio de una atención clínica, completa y científica, que integra en todo momento los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos con los humanos del enfermo, mediante el adecuado uso de los recursos médicos disponibles.

El internista debe unir a una amplia experiencia clínica profundos conocimientos científicos y demostrada capacidad de perfeccionamiento profesional, y responsabilizarse en el cuidado personal y continuo de los enfermos que estén bajo su atención. El internista actúa como consultor con otros especialistas y, a su vez, es capaz de integrar las opiniones de otros en beneficio del cuidado integral del paciente.

La propia naturaleza de la Medicina Interna, que abarca en un sentido integral e integrador los procesos diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad y de su expresión a través del enfermo, exige un profundo conocimiento de las bases científicas de la fisiopatología y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades internas en su más amplio sentido. Al internista, ningún proceso morboso o problema clínico que el enfermo padezca le debe parecer ajeno a su incumbencia y responsabilidad, aunque, como es lógico recabe la experiencia de otros especialistas siempre que sea precisa.

Esta visión global e integradora del internista le otorga un papel particularmente idóneo en aquellas enfermedades o procesos que afectan simultáneamente a diversos órganos o sistemas, así como en aquellos casos de pacientes con pluripatología, situaciones ambas cada vez más frecuentes debido al envejecimiento progresivo de la población general y a su mayor esperanza de vida.

1.2.-Antecedentes históricos:

Hasta la segunda mitad del siglo XIX la medicina se dividía de forma tradicional en fisiología, patología, semiología, higiene y terapéutica llegándose al conocimiento médico a través del racionalismo. Con el desarrollo de la medicina hospitalaria, muy ligada a las clínicas universitarias, comenzó a perfilarse al final del siglo XIX, una nueva orientación en la medicina general, más ligada a las ciencias básicas biomédicas y a la experimentación, surgiendo así las bases de la Medicina Interna actual.

La denominación de Medicina Interna tuvo su origen en Alemania, en 1880. En ese año, Strumpell escribió el primer tratado de enfermedades internas y dos años más tarde, en Weisbaden, se celebró el I Congreso de Medicina Interna. Se quería resaltar un campo de la práctica médica en el cual los conceptos se basaban en el nuevo conocimiento que emergía en fisiología, bacteriología y patología, así como la exclusión de los métodos quirúrgicos en la terapéutica empleada.

A finales del siglo XIX, se inició de manera rápida, el desgajamiento de la M.I., con la aparición de nuevas especialidades médicas, tanto en Europa como en Norteamérica acelerándose este proceso a partir de la Segunda guerra mundial, sobre todo por los avances científico-técnicos que dieron pie al desarrollo de las especialidades.

La Medicina Interna, se desarrolló en España de forma similar a como ocurrió en el resto de los países de nuestro entorno. La M.I. española se ve influenciada hasta finales del XIX por la medicina francesa y a

partir de ahí por la alemana introduciéndose en la clínica la observación y la experimentación. En Febrero de 1952 los Dres Jiménez-Díaz, Marañón y Pedro-Pons fundaron la Sociedad Española de Medicina Interna.

Por lo que respecta a Galicia la evolución de la especialidad, fue paralela al resto de España, fundándose en 1983 cuando la Sociedad Gallega de Medicina Interna.

Tras un periodo en el que estuvo eclipsada por el auge de las otras especialidades médicas se ha pasado a una nuevo resurgir de la Medicina Interna como especialidad. Así, en Estados Unidos, país donde más se desarrollaron las especialidades, surgió, en los años 70, lo que se ha denominado Medicina Interna General donde el internista general actúa como un facultativo altamente capacitado que puede generalizar a través de todos los campos de la Medicina Interna y que se reconoce como consultor para las demás especialidades.

Teniendo en cuenta que los problemas de salud más frecuentes son aquellos que no necesitan de una gran tecnología o especialización para su solución, que la salud constituye un aspecto más de la justicia social que obliga a la utilización racional de unos recursos limitados, y que el envejecimiento cada vez mayor de la población conlleva el aumento del número de pacientes pluripatológicos o con patologías crónicas, los profesionales de amplia base generalista como el internista pueden tener un papel preponderante en la medicina venidera.

Además, en las dos últimas décadas la Medicina Interna ha asumido retos como el SIDA, el envejecimiento de la población, el desarrollo de los hospitales comarcales y los cambios en los modelos de gestión sanitaria.

1.3.-Objetivo de la especialidad y funciones del especialista:

Las funciones del personal médico vienen reguladas por el *Estatuto del personal facultativo de la seguridad social, Decreto 3160/1966, 23 de Diciembre* y sus modificaciones posteriores. En este decreto se establecen funciones obligatorias del personal médico, como la de prestar personalmente sus servicios profesionales a las personas protegidas que tengan a su cargo, cuando para ello fueran requeridos por los propios interesados, por otros facultativos de la Seguridad Social o por la Inspección de Servicios Sanitarios, la cumplimentación y curso de los documentos oficiales que se deriven de la asistencia sanitaria prestada, y la contribución en el aspecto asistencial a la elevación de la consideración humana y social en las relaciones con los beneficiarios de la Seguridad Social. En cuanto a la función de los especialistas, deben prestar la asistencia completa, dentro de su especialidad, de las personas protegidas por la Seguridad Social, incluyendo la práctica de las técnicas exploratorias y quirúrgicas, en su caso, habituales de la especialidad, a requerimiento del médico general, pediatra-puericultor o de otro especialista en régimen de asistencia ambulatoria, domiciliaria o de internamiento.

Por su parte, la Ley General de Sanidad (14/86, de 25 de Abril) establece una serie de derechos a los ciudadanos que se traducen en obligaciones para los médicos y por lo tanto en funciones que deben realizar los médicos:

- Informar al paciente y a sus familiares, de forma oral o escrita, sobre su dolencia, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento
- Solicitar del paciente o familiares el consentimiento informado para actuar
- Emitir certificados sobre el estado de salud del paciente, cuando su exigencia se establezca por norma legal o reglamentaria.

En el Reglamento de Régimen de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias *Orden 7 de Julio de 1972, artículo 73* se recoge las funciones que corresponden a los Facultativos Especialistas de Área (F.E.A.):

- Realizar o supervisar las historias clínicas, efectuar las exploraciones y asistir responsablemente a los enfermos que le sean asignados por su jefe, lo mismo en cuanto a su atención directa como a la correcta utilización de los medios diagnósticos y terapéuticos que se le apliquen.

- Participar en las actividades programadas del Servicio o Departamento, y en las de carácter obligatorio de la Institución.
- Formar parte de la actividad de las áreas de Urgencias y Consultas Externas con la periodicidad que se señale por la Dirección.
- Colaborar en la actividad docente de las Instituciones tanto a los médicos residentes como a los alumnos de la licenciatura.
- Participar en los programas de Investigación del servicio.
- Formar parte de las Comisiones Consultivas.

En la actualidad se acepta que un hospital los facultativos que en el trabajan deben cumplir una triple función: asistencial, docente y de investigación. Además, en los últimos tiempos se han visto potenciadas la función de gestión y control de calidad y la función administrativa-asistencial, que obliga a gestionar adecuadamente los recursos en aras de una mayor efectividad y eficiencia.

1.3.1.-Función asistencial:

Incluye acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y educación para la salud. Debe atenderse a los pacientes adultos con patología no quirúrgica ni obstetro-ginecológica para lo cual se efectuará la historia clínica, con anamnesis general y específica de aspectos somáticos, psicológicos y socio-familiares, se registrarán los datos de la exploración física y de los medios de diagnóstico propios, así como la información derivada de las pruebas complementarias realizadas por unidades externas, para prescribir a tales pacientes las actividades y medidas terapéuticas adecuadas con el fin de obtener su recuperación, de acuerdo con los conocimientos adquiridos y con la formación e información propia que se posea, tras el análisis de la situación que plantea el estado del paciente.

Junto con los médicos de atención primaria, los internistas poseen un papel fundamental en el campo de la preservación de la salud. La identificación de factores de riesgo individuales y colectivos para el padecimiento de determinadas patologías, la colaboración con las autoridades sanitarias en la elaboración de guías y programas de prevención y conservación de la salud, y por último, la supervisión de la aplicación de dichos programas y actuaciones preventivas, debieran ser actividades fundamentales de la práctica médica diaria del internista.

En la práctica médica diaria, a través de un correcto y profundo conocimiento de la fisiopatología y semiología de las distintas entidades patológicas, el especialista en Medicina Interna es capaz de elaborar un adecuado diagnóstico diferencial, que permite llegar con la ayuda de las exploraciones complementarias pertinentes (cuándo éstas sean necesarias) a un correcto diagnóstico del proceso en cuestión. El fin fundamental de la práctica médica del internista es el correcto tratamiento de los enfermos que soliciten su atención. Dicho tratamiento abarca actuaciones instrumentales elementales (como por ejemplo la paracentesis evacuadora), modificaciones en el estilo de vida (como por ejemplo la instauración de regímenes dietéticos), o instauración de tratamientos farmacológicos,

El internista debe responsabilizarse en el cuidado personal y continuo de los enfermos que estén bajo su atención, actuando además como un consultor con otros especialistas y, a su vez, siendo capaz de integrar las opiniones de estos en beneficio del cuidado integral del paciente.

Los internistas son capaces de cubrir un amplio espectro asistencial, desde la atención primaria hasta la terciaria. El internista, por su formación multidisciplinaria, carácter integrador y concepción global del paciente, constituye el pilar fundamental de la asistencia hospitalaria en sus distintos niveles. Esta actividad asistencial puede desglosarse de la siguiente forma:

- **Primer nivel:** participando directamente en la atención primaria del adulto o como especialista de enlace-consultor en Centros de Salud.

- **Segundo nivel:** Atendiendo en los Hospitales Comarcales problemas de complejidad intermedia no resueltos en el primer nivel y que pueden requerir hospitalización. En este nivel se desarrollan a su vez distintas actividades:
 - Consulta general de Medicina Interna.
 - Atención de pacientes remitidos desde el servicio de Urgencias del Hospital, desde Atención Primaria, desde el Centro de Especialidades o desde otros Servicios del Hospital.
 - Asistencia y coordinación de la urgencia médica hospitalaria de adultos.
 - Atención a enfermos hospitalizados de padecimientos no muy complejos.
 - Hospitalización a domicilio.
- **Tercer nivel:** En hospitales con recursos sofisticados para la atención de casos complejos no resueltos en el segundo nivel. Además de lo expuesto en el apartado anterior se pueden desarrollar las siguientes actividades:
 - Consultas monográficas
 - Atención a enfermos hospitalizados con problemas complejos en colaboración con otras especialidades.
 - Unidades de corta estancia.
 - Unidades de estancia prolongada.

En la atención de los enfermos hospitalizados la actividad asistencial incluye tareas como: pase individualizado de visita, anotación de las órdenes médicas y curso clínico, cumplimentación de peticiones para exploraciones complementarias y negociación de las mismas, comunicación telefónica o telemática con otros centros hospitalarios y de Atención Primaria, discusión de casos clínicos en sesiones asistenciales, realización de técnicas diagnósticas o terapéuticas (paracentesis, punción lumbar, toracocentesis, accesos vasculares, biopsias hepáticas, biopsias cutáneas, aspiración de grasa subcutánea, etc.), información al paciente y sus familiares, elaboración de informes médicos, o realización de recetas oficiales.

Otro capítulo de la asistencia hospitalaria es la atención a problemas médicos de pacientes del Área quirúrgica y apoyo a otros Servicios médicos respondiendo a interconsultas solicitadas por esos servicios.

En la atención a las urgencias el internista participa en la atención especializada de pacientes médicos en el Área de Urgencias con selección de candidatos a ingreso hospitalario, en la atención continuada en las distintas áreas de hospitalización médica, en la atención a interconsultas urgentes solicitadas desde el área quirúrgica o desde los servicios de Ginecología, ORL u oftalmología.

En las consultas externas de Medicina Interna se lleva a cabo la revisión de los pacientes tras el alta hospitalaria, para valorar la evolución del paciente, finalizar el proceso diagnóstico en pacientes estables previamente ingresados, o controlar el cumplimiento terapéutico. También se atienden primeras consultas de cualquier proceso médico remitido desde otros centros, especialidades o desde Atención Primaria.

La actividad en consultas externas también se desarrolla en forma de consultas monográficas como las de enfermedades infecciosas, atención a pacientes infectados por el VIH, hepatopatías víricas, hipertensión arterial, dislipemias, riesgo cardiovascular u otras.

También se están desarrollando algunos tipos especiales de consulta externa de Medicina Interna, como la consulta de filtro, encargada de la valoración inicial de los pacientes remitidos desde Atención Primaria y que permite la orientación inicial del proceso y la derivación hacia la consulta más adecuada. También dentro de estas consultas especiales estarían las consultas de alta resolución, en las que se intenta llegar al diagnóstico del paciente el mismo día en que es visto por primera vez.

Otra vía de asistencia es la del hospital de día, en el que por ejemplo pueden administrarse tratamientos a los pacientes infectados por el VIH o con hepatopatías víricas.

1.3.2.-Función docente:

El Internista debe velar por la educación de los pacientes con el fin fundamental de favorecer el autocuidado de las enfermedades ya diagnosticadas.

Otra parte de la función docente es la colaboración en la enseñanza teórica y principalmente práctica de la medicina clínica a los alumnos de Medicina en los hospitales que tienen convenios con la Universidad. En la docencia médica pregraduada se debe contribuir a adquirir los conocimientos teóricos y aptitudes clínicas que deben poseer todos los Médicos, con independencia de su orientación profesional posterior, procurando que los estudiantes aprendan no sólo los fundamentos teóricos y conceptuales de la ciencia médica, sino que adquieran también experiencia y capacitación clínica suficientes. Es labor del médico especialista en Medicina Interna la supervisión de las actividades clínicas que desarrolla el estudiante de Medicina a su cargo así como su evaluación una vez finalizado el periodo de docencia.

La docencia postgrado se realiza a través de los programas de formación dentro del sistema MIR, supervisando y tutelando a los especialistas en formación. Dentro de la formación de los médicos residentes el Servicio de Medicina Interna tiene una participación fundamental, puesto que no solo se encarga de la docencia de los residentes de la propia especialidad, sino que la rotación por el Servicio de Medicina Interna es básica en el programa docente del resto de las especialidades médicas. Es labor del médico especialista en Medicina Interna la evaluación periódica del médico residente a su cargo mediante la cumplimentación del Certificado de Competencia Profesional editado a tal efecto por el MSC y MEC.

También es fundamental la participación en la formación continuada del personal, a través de sesiones clínicas, seminarios, cursos, symposia, organización de congresos o asistencia a los mismos, participación en cursos de formación continuada, y rotaciones por otros centros hospitalarios para el perfeccionamiento o adquisición de nuevas técnicas. Debe impartir docencia a profesionales sanitarios no médicos, diplomados y auxiliares de enfermería, tanto en el ámbito de pregrado, como de postgrado y en programas de reciclaje. También debe impartir docencia a profesionales no sanitarios que desarrollan su labor dentro de las estructuras de Atención Sanitaria a la población.

A medio camino entre la función docente y la investigadora se encuentra la participación en la dirección y realización de tesis doctorales.

1.3.3.-Función investigadora:

La integración de la investigación en la práctica clínica aporta mayor calidad de los servicios de salud y mejor implantación de los avances médicos en la prevención y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes.

La función investigadora se contempla en sentido amplio como cualquier actividad desarrollada de forma sistemática con el fin de ampliar e innovar un campo del conocimiento. La investigación se trata de un proceso sistemático, organizado y objetivo destinado a responder a una pregunta. Las etapas del método científico son tres:

- Etapa conceptual: es la fase teórica (búsqueda de datos, búsqueda y revisión bibliográfica, objetivos de la revisión bibliográfica, observación de los hechos, formulación de la hipótesis y objetivos del estudio, limitaciones del estudio)
- Etapa empírica: es la fase práctica (planificación y diseño del estudio, justificación de la elección).
- Etapa interpretativa (refutación de los datos, conclusiones).

El conocimiento de la metodología y su aplicación a la práctica clínica debemos considerarla como un elemento útil, necesario y atractivo pues nos va permitir aumentar nuestra capacidad para responder a preguntas a la vez que incrementará nuestra capacidad crítica para discriminar lo seguro y correcto de lo que no lo es tanto.

Las actividades de investigación incluyen: Tesinas de Licenciatura y Tesis Doctorales, Líneas de investigación (las cuales se pueden llevar a cabo mejor mediante unidades de trabajo especializadas), proyectos de investigación (como son los ensayos clínicos), publicaciones y comunicaciones.

1.3.4.- Función administrativa:

El médico especialista de Medicina Interna tiene una destacada función en la organización y gestión de los centros sanitarios, fundamentalmente a través de su participación de diversas comisiones hospitalarias, como las de Docencia, Enfermedades Infecciosas, de Farmacia, de Ética, de Mortalidad, etc.

También participa en la gestión, proporcionando en forma periódica y oportuna la información a la Dirección del Hospital, administrando y controlando los recursos asignados, efectuando la autoevaluación continua de la actividad y de la consecución de los objetivos y metas establecidos, o formulando programas de salud del área hospitalaria.

El especialista en Medicina Interna también debe contribuir a la informatización de historias clínicas, participar en la declaración de enfermedades o en la comunicación de efectos indeseables farmacológicos, y expedir certificados de salud, informes clínicos solicitados por la Administración, o certificados de defunción.

1.4.-Relaciones y sinergias:

Dado el progresivo envejecimiento de la población, la pluripatología afecta a un mayor número de pacientes, actuando el internista en numerosas ocasiones como consultor, buscando la solución a los problemas diagnósticos y marcando las pautas de las exploraciones complementarias y las consultas en las distintas especialidades.

La Medicina Interna por su propia naturaleza tiene numerosas áreas de interdependencia con otras especialidades, fundamentalmente del Área Médica, aunque también de los Servicios Centrales y en ocasiones del Área Quirúrgica. Necesita con frecuencia a otros especialistas para concluir procesos diagnósticos, y efectuar tratamientos adecuados, siendo a su vez capaz de integrar las opiniones de éstos.

Por lo tanto, es fundamental una buena relación con el resto de las especialidades y los Servicios Centrales. La simple existencia de coordinación mejora la calidad y la atención a los pacientes y, en muchos casos, disminuye el gasto. Por otro lado, muchos problemas asistenciales se deben simplemente a la falta de coordinación.

En la Memoria Anual 2000 del SERGAS se define la figura "Especialista enlace-consultor": especialista que pertenece al hospital del sector, que realiza funciones de apoyo a los facultativos de atención primaria, acercándose a los centros de salud y realizando labores de formación general (sesiones clínicas conjuntas, revisión de pacientes seleccionados) y de coordinación de las derivaciones (revisión de casos derivados, discusión de casos a derivar), sin realizar labores puramente asistenciales. El internista es el especialista con el perfil más adecuado para lograr este objetivo. De esta forma, los médicos de familia se coordinarían más fácilmente con unos pocos internistas que con todo el conjunto de especialistas del área médica.

1.5.-Desarrollo en unidades clínicas:

Paulatinamente se fueron creando unidades dirigidas a problemas de salud específicos que deben ser orientados desde el conocimiento pluralista que ofrece la Medicina Interna. Dentro de éstas se encuentran entre otras las unidades de desintoxicación hospitalaria, cuidados paliativos, enfermedades infecciosas, enfermedades sistémicas autoinmunes, factores de riesgo cardiovascular, hepatología, obesidad y otros trastornos de la alimentación, osteoporosis y metabolismo mineral, enfermedades tumorales, unidades de corta estancia, unidades de estancia prolongada, hospitalización domiciliaria, o unidades de investigación. Las patologías atendidas en la mayoría de estas unidades entran también dentro del campo de acción de otras especialidades, existiendo en ocasiones también como unidades dentro de ellas. Estas patologías se beneficiarían de un abordaje multidisciplinario, coordinado e integrado bajo la visión global del especialista en Medicina Interna. En este sentido, los nuevos sistemas de gestión abren un proceso para convertir los Servicios Sanitarios tradicionales en un sistema basado en Áreas Clínicas Funcionales sobre temas monográficos, organizadas con criterios interdisciplinarios, dotándolas de autonomía en materia de gestión presupuestaria y organización sanitaria, supeditadas, eso sí, a los criterios de la dirección de cada centro. Tienen como objetivo fundamental la mejora de la calidad asistencial, pero también es un modo de optimizar recursos y, por añadidura, costes. Por lo tanto sería deseable la conversión de las actuales unidades clínicas

citadas con anterioridad en Áreas Clínicas Funcionales, en las que entrasen a formar parte los especialistas en Medicina Interna, con una función clave de coordinación e integración del resto de los especialistas.

Además, numerosos estudios tanto norteamericanos como europeos han probado que la intervención de un Internista en los Servicios Quirúrgicos que aporte un cuidado médico basado en la evidencia, detectando los problemas médicos preoperatorios y las complicaciones postoperatorias, conlleva una menor morbi-mortalidad perioperatoria y acorta la estancia hospitalaria. Asimismo en ocasiones existen otros procesos médicos que acaban requiriendo de la cirugía para diagnóstico o tratamiento.

Por otro lado, el **Proyecto de ley sobre "áreas de capacitación específica"** (denominación oficial de las superespecialidades) de Marzo de 2001, las define como "el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes añadidos en profundidad o en extensión a los recibidos en el período de formación como especialista, siempre y cuando ese conjunto de conocimientos se hubiera desarrollado sobre una parte del contenido de una o varias especialidades, sea objeto de un interés asistencial, científico y social relevante y cuente con la especial dedicación profesional de un número significativo de médicos especialistas". Los especialistas podrían acceder al Diploma de "Médico Especialista con capacitación específica" tras comprobarse una serie de requisitos evaluados finalmente por el Comité Nacional del Área de Capacitación que correspondiera. En el ámbito de la Medicina Interna se propusieron en principio las Áreas de Capacitación Específica de "Enfermedades Infecciosas", de "Urgencias y Emergencias" y de "Hepatología". Por el momento no ha entrado en vigor el Real Decreto, dado el intenso debate que ha surgido en las distintas especialidades, incumbiendo directamente a la nuestra el hecho de que los médicos de Urgencias hayan reclamado su área como Especialidad propia, no como Área de Capacitación, y la negativa de la Comisión Nacional de Aparato Digestivo para crear el Área de Capacitación en Hepatología propuesta por la Comisión Nacional de Medicina Interna.

2.-Conocimientos y medios necesarios:

2.1.-Conocimientos necesarios:

De la propia definición de Medicina Interna se desprende que el médico internista debe ser un especialista con una visión amplia del paciente y con la profundidad de conocimientos necesaria para el desempeño de su actividad. La propia naturaleza de la Medicina Interna, que abarca en un sentido integral e integrador los procesos diagnósticos y terapéuticos de la enfermedad y de su expresión a través del enfermo, exige un profundo conocimiento de las bases científicas de la fisiopatología y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de las enfermedades internas en su más amplio sentido.

Los conocimientos precisos por parte Internista para ejercer su profesión incluyen conocimientos generales y otros específicos para desarrollar lo mejor posible sus funciones asistencial, investigadora, docente y organizativa.

2.1.1.- Conocimientos generales:

Para ejercer esta especialidad en España hay que poseer el título de especialista en Medicina Interna. La formación médica especializada y la obtención del título de especialista están reguladas por el Real Decreto 127/1984, de 11 de enero, así como por las directivas europeas 77/362 CEE y 77/363 refundidas en la 93/16 CEE. El proceso de formación y titulación habitual es el programa MIR. De forma excepcional, el Real Decreto 1497/1999 regula un procedimiento de obtención del título para médicos que en su momento fueron contratados por la Administración para la atención de diferentes consultas especializadas.

El programa de formación mediante el sistema de residencia en la especialidad de Medicina Interna se realiza en unidades hospitalarias debidamente acreditadas, durante un periodo de 5 años. Este programa es propuesto por la Comisión Nacional de la Especialidad, ratificado por el Consejo Nacional de Especialidades y aprobado por el Ministerio de Educación, previo informe del Ministerio de Sanidad.

- El internista debe unir a una amplia experiencia clínica profundos conocimientos científicos y demostrar capacidad de perfeccionamiento profesional. El ejercicio de la medicina interna requiere de los conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan:
- Poseer una exquisita capacidad y dominio en la obtención de la Historia Clínica, en la realización de la exploración física adecuada y en el uso e interpretación de la metodología diagnóstica. La realización de una historia clínica y una exploración física completa son imprescindibles para el correcto proceso diagnóstico y son la base fundamental de esta especialidad.
- Poseer la capacidad para realizar un diagnóstico diferencial suficientemente amplio al tomar contacto con el padecimiento del paciente, centrándose, a medida que transcurre el interrogatorio y los hallazgos exploratorios en las posibilidades más frecuentes.
- Conocer la interpretación, características y limitaciones de los datos que suministran las tecnologías diagnósticas, siendo capaz de efectuar por sí mismo las técnicas más habituales de la práctica cotidiana y de adiestrarse más profundamente en algunas de ellas.
- Poseer una adecuada capacidad para llevar a cabo lo anterior con una base científica y no meramente intuitiva, generalmente basándose en conocimientos de Medicina y de Epidemiología Clínica. Debe ser capaz de buscar evidencias bibliográficas que sustenten sus actuaciones diagnósticas y terapéuticas.
- Establecer una positiva relación médico-enfermo. El Internista debe estar capacitado para entender al enfermo como un todo. Debe tener conciencia de las molestias y eventuales riesgos que pueden producir a los enfermos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de que dispone y la obligación de informar y obtener el consentimiento del enfermo; debe conocer el secreto profesional que le obliga su relación con los pacientes.

- Presentar actitudes éticas en la relación con el paciente, con el resto del personal sanitario y no sanitario y en el uso de los medios materiales que la sociedad pone a su disposición para cuidar la salud de los ciudadanos. Debe mantener posturas abiertas, tolerantes y dialogantes con los enfermos y sus familiares, así como con el resto de los especialistas y demás personal sanitario y no sanitario de la institución. Debe mantener un espíritu de trabajo en equipo, partiendo de la base de que todos tienen un fin común: colaborar a recuperar la salud perdida.

2.1.2.- Conocimientos necesarios para la función asistencial:

Como ya se detalló al hablar de las funciones del internista, su polivalencia hace que se encuentre presente en unidades de hospitalización convencional, unidades de urgencias hospitalarias o extrahospitalarias, de cuidados intensivos, unidades de hospitalización específicas (por su patología, estancia, edad de los pacientes, etc.), consultas externas ya sean generales o bien monográficas, o como consultas de apoyo e interrelación con los Servicios de Atención Primaria, consultas especiales como las de filtro o alta resolución.

Para ello los internistas necesitan conocimientos tanto teóricos como prácticos. La extensión de la especialidad, en la que ningún conocimiento de la patología interna debe ser ajeno al internista, hace innecesario tratar de establecer un listado de conocimientos teóricos. El internista deberá conocer toda la Patología Médica (bases fisiopatológicas de las enfermedades, manifestaciones clínicas generales, métodos generales de diagnóstico) y sus conexiones con otras patologías (quirúrgica, psiquiátrica, etc.). La Comisión Nacional de la Especialidad establece áreas de conocimiento prioritarias para las que establece rotaciones obligatorias y/o recomendables durante el período formativo como son: neumología, cardiología, gastroenterología, neurología, nefrología, cuidados intensivos, enfermedades infecciosas, reumatología, inmunología clínica y endocrinología.

El Especialista en Medicina Interna, debe tener también una profunda formación en Ciencias Básicas, fundamentalmente en Fisiología, además de tener conocimientos sobre Epidemiología Clínica y Comunitaria y de Estadística. Debe conocer los tratados generales de la Especialidad de Medicina Interna, los tratados generales de las subespecialidades médicas y saber consultar las bases de datos de conocimientos clínicos.

También es fundamental un profundo conocimiento de la farmacología, con especial interés en los efectos secundarios, interacciones medicamentosas y metabolismo de los mismos, puesto que por un lado los medicamentos a usar en Medicina Interna abarcan casi todo el Vademecum, y por otra parte son frecuentemente atendidos por los internistas pacientes con pluripatología, polimedcados y con disfunción de diferentes órganos.

Desde el punto de vista práctico el Médico Internista debe conocer perfectamente la realización de una serie de técnicas que, si bien forman parte de la práctica de otras especialidades, son imprescindibles para un adecuado ejercicio de ésta. Entre estas destacan:

- Intubación de vías respiratorias.
- Obtención de vías venosas periféricas y centrales.
- Punciones arteriales.
- Sondajes digestivos diversos.
- Punción lumbar.
- Punción peritoneal y pleural, eventualmente con biopsia.
- Punción articular.

Además de las anteriores, otras técnicas en las que puede estar adiestrado el internista son la espirometría, la endoscopia digestiva, la ecografía y ecografía-doppler, biopsia hepática, reanimación cardiopulmonar avanzada, broncoscopia, PAAF, o drenajes percutáneos. El conocimiento de estas técnicas cobra especial importancia en hospitales comarcales, donde puede no contarse con las especialidades médicas que habitualmente realizan estas técnicas, y donde al ser necesario un número pequeño de estas exploraciones la práctica de las mismas por un internista contribuye a abaratar costes.

En cualquier caso, el internista debe ser conocedor en todo momento de las distintas técnicas disponibles y de las de nueva aparición, sus indicaciones/contraindicaciones, su coste y rentabilidad, los valores predictivos, sensibilidad y especificidad de cada test, costes, efectividad/eficiencia, seguridad y organización.

Por otra parte, el compromiso del médico frente a la sociedad de ejercer una práctica clínica de calidad, ética, eficiente y basada en evidencias científicas ha determinado que los tratados de Medicina Interna actuales incluyan capítulos de Bioética, Epidemiología Clínica, Medicina Preventiva, Geriátrica y Economía de la Salud. Estos conocimientos permiten al internista practicar una asistencia de alto nivel y útil para la sociedad.

2.1.3.- Conocimientos necesarios para la función investigadora:

El Médico Internista tiene responsabilidad en intentar solucionar los problemas clínicos sin resolver, y contribuir al conocimiento médico general a través de su participación en la investigación. Además debe ser capaz de interpretar y valorar adecuadamente los trabajos de investigación realizados por otros profesionales, y que forman parte de las fuentes bibliográficas sobre las que se asienta el saber médico. Para ello, debe disponer de una serie de conocimientos que le permitan:

- Interpretar adecuadamente los ensayos clínicos y demás tipos de estudios publicados en la literatura médica.
- Aplicar, de una forma racional y crítica, los resultados publicados en la literatura médica a sus pacientes, de una forma individualizada y personalizada.
- Diseñar un proyecto de investigación de acuerdo con los principios de la Epidemiología Clínica y Bioestadística y de la Bioética, y gestionar la financiación necesaria para desarrollarlo.
- Realizar el correcto análisis de los resultados obtenidos en un estudio de investigación.
- Realizar una correcta presentación de los resultados obtenidos en un estudio de investigación para su exposición en reuniones científicas o su publicación en revistas científicas.

Estos conocimientos no solo son útiles para realizar la actividad investigadora, sino que también permiten realizar una actividad asistencial basada en la evidencia médica más adecuada.

Es importante el conocimiento de las líneas de investigación más importantes dentro de la Medicina Interna, lo que permite colaborar en las mismas, bien a título individual o integrándose en grupos de trabajo. En este sentido, en los últimos tiempos se viene realizando una sectorización en la labor de investigación dentro de la S.E.M.I., con la formación de grupos de trabajo en:

- Hipertensión arterial y riesgo cardiovascular. Insuficiencia cardiaca.
- Tromboembolismo.
- Obesidad-diabetes mellitus tipo 2.
- Inflamación-enfermedades autoinmunes.
- Osteoporosis.
- Enfermedades infecciosas.
- Geriátrica (pacientes de edad avanzada).
- Medicina Interna y Atención Primaria.
- Gestión clínica.
- Bioética.
- Inmunología clínica.

2.1.4.- Conocimientos necesarios para la función administrativa y participación en la gestión:

El Médico Internista, al abarcar toda la Medicina Interna, tiene necesariamente que dirigir su actividad a la patología más frecuente que por otra parte constituye la mayor parte de los padecimientos de los pacientes que acuden a las consultas médicas, especializadas o no. Para alcanzar estos objetivos el Internista debe tener conocimientos sobre la situación demográfica y sanitaria del área que le compete en su actuación. El conocer determinados datos le permitirán estructurar y organizar los recursos de que disponga para una mejor atención de la población: Para una mejor organización de los recursos es importante conocer los siguientes datos:

- La población total a la que debe prestar atención sanitaria, así como su estructura demográfica.
- Los Servicios Sanitarios Existentes, su coordinación y el porcentaje de derivación de unos a otros. Debe conocer la accesibilidad de los pacientes a los Servicios Sanitarios incluyendo las listas de espera diagnósticas y terapéuticas.
- La prevalencia de factores de riesgo en su población diana, así como las enfermedades con mayor prevalencia, con mayor morbi-mortalidad y con mayor coste en su atención.
- El número de camas hospitalarias totales, el número de camas de Medicina Interna, el número de camas de subespecialidades de Medicina Interna, el número de enfermos ingresados, de las estancias producidas, la ocupación, la estancia media, la rotación de enfermos/cama, la complejidad por enfermo medido por peso relativo medio, y la mortalidad global y en su Especialidad.
- La frecuentación hospitalaria (en altas hospitalarias por 1000 habitantes), la frecuentación de Urgencias y el porcentaje de Urgencias que ingresan en el hospital.
- El número total de Consultas Externas, la frecuentación de las Consultas Externas de Medicina Interna, las primeras visitas, las visitas sucesivas, la relación entre ambas y el número total de visitas, los tiempos medios de espera para realizar una prueba diagnóstica y el tiempo medio para realizar un procedimiento terapéutico.
- Los objetivos generales de nuestro hospital y del Servicio y/o Unidad en el que realice su actividad. También necesita conocer los métodos de evaluación de los resultados obtenidos.

Para rentabilizar la tecnología existente se debe elegir la técnica más eficiente entre las disponibles, evitando en lo posible la multiplicidad de técnicas diagnósticas o terapéuticas. Para ello es importante el establecimiento y conocimiento de protocolos diagnósticos y terapéuticos para las distintas patologías, atendiendo a las peculiaridades de cada centro.

2.1.5.- Otros conocimientos:

Para poder acceder a las fuentes de información más importantes, y para la comunicación con otros profesionales y publicación o exposición de los resultados de trabajos de investigación es muy recomendable que el especialista en Medicina Interna conozca al menos el idioma inglés, por ser este el más utilizado en las comunicaciones científicas y publicaciones, y conocimientos de informática y de navegación en Internet, que le permitan el acceso a bases de datos o revistas electrónicas.

Un nuevo proceso en el aprendizaje clínico es la práctica de la medicina basada en la evidencia (MBE), que consiste en la utilización consciente y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente. La MBE aporta tres consideraciones para la valoración de la bibliografía:

- Validez interna: Desde el punto de vista del método el ensayo clínico es el estudio más adecuado y el patrón para las intervenciones terapéuticas (fármacos), los estudios de cohortes la base para la investigación diagnóstica y pronóstica, y los estudios retrospectivos o sistemas de notificación y vigilancia los más adecuados para investigar efectos nocivos.

- Medidas de eficacia clínica para evaluar los resultados: como los NTT (número de pacientes a tratar para prevenir un caso) y los NNH (número de pacientes a tratar para producir un caso perjudicial).
- Validez externa: para que un estudio sea de interés el paciente debe cumplir los criterios de inclusión y no los de exclusión.
- El modelo de decisiones clínicas basadas en la evidencia está fundamentado en tres pilares: experiencia clínica, preferencia de los pacientes y evidencia científica. Para pasar de la evidencia científica a la práctica asistencial se necesitan 3 pasos: obtener fácilmente la evidencia científica, elaborar guías de práctica clínica para la asistencia y aplicar las guías individualmente y correctamente a los pacientes.

2.1.6.- Fuentes de información para el conocimiento científico de la especialidad:

La práctica de la medicina conlleva una cierta variabilidad, dependiente sobre todo de las condiciones de la población o de los recursos disponibles. Sin embargo, una fuente de variabilidad no deseable es la dependiente del médico y sus conocimientos. En los últimos años la información médica ha alcanzado tal dimensión que no hay tiempo suficiente para acceder a todas las fuentes de información individuales, y por otro lado las fuentes tradicionales de información como los tratados de medicina no están totalmente actualizados. Este problema se acentúa más en una especialidad tan amplia como la Medicina Interna. Una forma de subsanar estos problemas es la llamada Medicina Basada en la Evidencia, que se define como la utilización de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales. De su mano han surgido herramientas muy útiles para facilitar este acceso a la información, como son el desarrollo de estrategias para buscar y obtener evidencias, la creación de revisiones sistemáticas, la aparición de revistas basadas en la evidencia y el desarrollo de sistemas informáticos que permiten obtener resultados inmediatos.

Entre las fuentes de información habitualmente utilizadas por los especialistas en Medicina Interna se pueden destacar las siguientes:

1. Tratados de Medicina Interna: entre los cuales destacan los de Harrison (el más prestigioso y clásico) y Cecil, y de los editados en España el Farreras-Rozmann y Rodés-Guardia.
2. Revistas científicas: aportan información complementaria sobre temas concretos. Por su mayor índice de impacto destacan:
 - Internacionales: “The New England Journal of Medicine”, “The Lancet”, “JAMA”, “British Medical Journal”, “Archives of Internal Medicine”, “American Journal of Medicine”, “Medicine”, y “Annals of Internal Medicine”.
 - Nacionales: “Medicina Clínica” (la de mayor impacto) y “Revista clínica Española” (editada por la SEMI).
3. Monografías: como las “Clínicas Médicas de Norteamérica”, revisión amplia de un tema por un grupo de expertos.
4. Bases de datos: Medline, Up to Date, Clinical evidence, Best evidence, Enbase, Cochrane Library.
5. Fuentes documentales específicas para la práctica de Medicina Basada en la Evidencia: ACP Journal Club, Journal Club of the Web, Evidence Based Medicine Journal, Bandolier Journal.
6. Guías clínicas: se pueden definir, según el Institute of Medicine (IOM) como “el conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre cual es la asistencia más apropiada en unas circunstancias clínicas específicas”. Tras el importante desarrollo de Internet, muchas asociaciones productoras de GPC facilitan el acceso a las versiones completas o a los resúmenes de las GPC que elaboran a través de sus páginas web. Entre otros, la Sociedad Española de Medicina Interna ha elaborado numerosas guías clínicas para múltiples patologías. Por su parte, la Sociedad Gallega de Medicina Interna dispone de una página web, www.meiga.info, en la que se puede acceder a diferentes guías clínicas.

7. Internet y el soporte world-wide-web, que permite realizar tres tipos de actividades:
- Búsqueda electrónica de bibliografía médica, mediante la utilización de bases de datos como las mencionadas anteriormente, acceso a revistas biomédicas on-line, o acceso a documentos multimedia, a hospitales y a universidades.
 - Comunicación con otros profesionales a través de correo electrónico o videoconferencia y trabajo en equipo a través de los newsgroups (foros de discusión temáticos).
 - Colaboración profesional: consulta de casos clínicos (telemedicina), protocolos de investigación multicéntricos, sesiones clínicas multicéntricas.

2.2.- Medios necesarios para el desarrollo de las funciones:

Los medios necesarios para ejercer las funciones de la Medicina Interna se basan fundamentalmente en disponer de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para llevarla a cabo.

Los recursos humanos están constituidos por el conjunto de personal sanitario y no sanitario que debe trabajar en las diferentes Unidades que integran los Servicios de Medicina Interna y cuya composición concreta varía según las funciones específicas que desarrollen dichas Unidades. El personal que se precisa es diferente si se trata de una planta de hospitalización convencional, una planta de estancia corta, una unidad de cuidados paliativos, una consulta externa general situada en el Hospital, una consulta monográfica, etc. Por ello, dependiendo de la actividad desarrollada puede ser necesario personal de los grupos:

- A: médicos internistas (ocasionalmente médicos de familia u otra especialidad).
- B: ayudantes técnicos sanitarios o diplomados en enfermería, fisioterapeutas y trabajadores sociales.
- C: técnicos especialistas.
- D: auxiliares de enfermería y auxiliares administrativos.
- E: celadores, personal de servicios generales.

La especialidad de Medicina Interna es una especialidad basada en el Método Clínico, y por ello el equipamiento del internista es básico. Los recursos materiales también se encuentran directamente relacionados con la actividad ejercida por la Unidad concreta. Si la labor realizada por el Médico Internista se lleva a cabo de forma ambulatoria en una consulta, precisará una mesa de despacho y su silla, sillas para los pacientes y familiares, camilla de exploración, báscula, tallímetro, vitrina o estantería donde disponer documentos administrativos o bien algunos fármacos básicos, lavabo para el lavado de manos y material para exploraciones como otoscopio, laringoscopio, fonendoscopio, esfigmomanómetro de pared, linterna, depresores, martillo de reflejos, diapason, etc.. Si la atención se realiza en una Unidad de hospitalización precisa habitaciones con el material hostelero adecuado para alojar a los pacientes, toma de oxígeno y vacío para cada cama, cortinas y/o otros medios de preservar la intimidad de los pacientes si las habitaciones no son individuales, baños y duchas adaptadas, sala de estar de pacientes y familiares, sala de información, sala de trabajo de la enfermería y personal auxiliar, sala de estar del personal de la Unidad, despacho/s médico de trabajo, material ofimático, así como todo el material técnico y terapéutico imprescindible para realizar una adecuada atención a todos los pacientes en régimen de ingreso hospitalario.

El internista utiliza los recursos hospitalarios para desarrollar su actividad, y para el correcto desarrollo de la misma necesita un buen funcionamiento de los servicios centrales para la realización de los estudios de laboratorio, microbiológicos, biología molecular, anatomopatológicos y estudios radiológicos. Asimismo, en ocasiones precisa de técnicas especiales realizadas por otras especialidades médicas y quirúrgicas.

Los tratamientos utilizados en el ámbito de la Medicina Interna son fundamentalmente los farmacológicos y de soporte vital. Dentro de los primeros prácticamente todos los grupos farmacológicos son utilizados por los internistas, de lo cual se deriva la importancia de contar en la actividad hospitalaria con un Servicio de Farmacia ágil con el cual establecer los fármacos de los que es necesario disponer y la adecuación de su prescripción fundamentalmente mediante la participación en las comisiones hospitalarias de Farmacia. Además, debido a la continua aparición de nuevos fármacos que pueden condicionar un mejor pronóstico de

los pacientes pero cuyo uso normal todavía no ha sido aprobado, también es necesario el apoyo del Servicio de Farmacia para la utilización de estos fármacos por la vía del uso compasivo, para conseguirlos como medicación extranjera, o colaborando para la participación en ensayos clínicos controlados.

Para poder mantener actualizados los conocimientos médicos, es imprescindible contar con las adecuadas fuentes de información. Por eso es necesario contar con un adecuado acceso a la bibliografía existente, a través de una buena biblioteca hospitalaria donde puedan consultarse las revistas médicas más importantes, como las señaladas al hablar de las fuentes de información, y contando con el acceso a revistas electrónicas y bases de datos médicas, y dentro de ellas, como se señaló anteriormente a aquellas dedicadas a la elaboración de revisiones sistemáticas y guías clínicas.

Actualmente resulta prácticamente imprescindible contar con equipos informáticos para poder informatizar historias clínicas, evoluciones y casuística, crear bases de datos y realizar estudios estadísticos. La historia clínica electrónica ideal, es capaz de contener información muy variada de forma de texto, imágenes estáticas, secuencias de vídeo e incluso sonido, ser almacenada en mínimos espacios físicos, y permitir el acceso rápido y sencillo a toda la información contenida en ella.

Del mismo modo, para contar con un adecuado acceso a la información y agilizar la comunicación con otros centros, niveles sanitarios y grupos de trabajo sería deseable contar con acceso a Internet. Por último, una buena intranet que conecte a todos los centros sanitarios y niveles asistenciales permite una mejor y más fluida comunicación, así como el desarrollo de la telemedicina, con la mejora asistencial y organizativa que ello conlleva. La actividad legislativa del gobierno español asumiendo el acceso universal a Internet y promocionando la telemedicina se plasma en el Real Decreto Ley 14/1999, Real Decreto 1906/1999 y Ley Orgánica 15/1999 disposiciones que facilitan las historias clínicas electrónicas, manejar información de paciente electrónicamente y elaborar diagnósticos e indicar tratamientos por vía telemática.

Los recursos financieros de las Unidades o Servicios concretos deben estar equilibrados para conseguir los objetivos propuestos con los medios disponibles. En la mayoría de los centros dichos presupuestos están incluidos en el presupuesto general del Hospital del que depende el Servicio correspondiente, que a su vez depende del presupuesto del Servicio Galego de Saude de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia.

3.- Nivel de responsabilidad:

3.1. Obligaciones o deberes del médico especialista en medicina interna:

El ejercicio de la profesión médica conlleva una actuación sobre la salud y la vida, por lo que no es de extrañar que, desde antiguo, se exigiera responsabilidad a los facultativos por sus actuaciones negligentes.

En España hasta los años 70 la jurisprudencia en relación con la responsabilidad médica es muy escasa, a diferencia de lo que ha sucedido en los últimos años, debido fundamentalmente al aumento de la conflictividad por la complejidad de la propia profesión médica (incremento de métodos diagnósticos invasivos, terapéuticas de alto riesgo) y a factores sociales (mayor información de la población en cuanto a derechos o protección jurídica de la persona).

La responsabilidad se define como la obligación de una persona a reparar un daño causado, bien sea indemnizando a un tercero o cumpliendo penas pecuniarias o privativas de libertad.

3.1.1.-Deberes generales:

Deber de información:

La Ley General de Sanidad 14/1986 reconoce la obligación de informar de manera completa y continuada, verbal y escrita al enfermo, familiares o allegados, sobre su proceso; incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento. La información será comprensible, razonable y suficiente; permitiendo al paciente decidir si se somete a la actuación propuesta. Se dará al paciente; y a los familiares y allegados si el paciente lo autoriza o si éste es incapaz de comprender la información. Si no es posible darla en un determinado momento debe hacerse constar en la historia clínica. Se informará cuando el paciente lo demande o el médico lo considere por cambios en la evolución del proceso; y se hará en un lugar apropiado para preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información. La falta de información no supone por sí misma una falta médica, salvo si el daño que haya surgido origine una reclamación de responsabilidad.

Deber de consentimiento:

La Ley de Galicia 3/2001 define el consentimiento informado como la conformidad expresa del paciente, manifestada por escrito, previa obtención de la información adecuada, para la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico que afecte a su persona y que comporte riesgos importantes.

El consentimiento se debe realizar por escrito y cumplir una serie de requisitos: debe ser libre y voluntario, debe venir tras una información adecuada y la persona que lo presta tiene que tener la capacidad para poder consentir.

La Ley General de Sanidad considera excepciones al consentimiento informado:

- Cuando el no intervenir suponga un riesgo para la salud pública.
- Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas allegadas.
- Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de muerte.

El Código Civil considera que el consentimiento puede ser nulo si se prestó por error, con violencia, intimidación o dolo. Si de una actuación sin consentimiento se deriva algún daño el médico puede verse implicado y resultar responsable profesionalmente e incluso incurrir en responsabilidad criminal al cometer un delito de coacciones.

Deber de diagnóstico y tratamiento:

La emisión de un diagnóstico constituye una de las actuaciones básicas del médico; en el hospital es al finalizar el tratamiento el momento obligado para facilitarlo por escrito en el informe clínico de alta. Supone

un juicio acerca del padecimiento del enfermo, derivándose de éste el tratamiento adecuado. La ley General de Sanidad recoge el derecho del paciente a negarse al tratamiento (salvo en las excepciones antes descritas) imponiéndoles la obligación de firmar el documento de alta voluntaria en estos casos.

Deber de conocimiento, habilidad y medios técnicos:

Al facultativo se le exige poseer los conocimientos necesarios para desarrollar su actividad y que esté actualizado en los avances de su especialidad, según recomendaciones del Código Deontológico. La jurisprudencia reconoce una presunción de competencia del título profesional; distinguiendo entre culpa profesional (impericia o incapacidad técnica) y culpa del profesional (por imprudencia o negligencia).

La habilidad es sinónima de capacidad para el ejercicio de la profesión; es una cualidad que puede afectarse de manera permanente o transitoria por distintas causas. Para cumplir su cometido con eficacia y seguridad el facultativo debe disponer del material que le sea imprescindible y será responsable de que esté en perfecto funcionamiento, de revisarlo y mantenerlo.

Deber de secreto profesional:

Es la obligación de confidencialidad del médico respecto a la información que obtiene del paciente durante su actuación profesional; persistiendo tras la muerte del paciente. Por exigencias legales se puede revelar el secreto:

- Cuando se sepa que se ha producido un delito
- En enfermedades de declaración obligatoria o si existe riesgo para la salud pública
- Cuando comparezca por imperativo legal ante un Tribunal de Justicia o llamado a declarar por su Colegio Profesional
- Cuando el médico se vea perjudicado por mantener el secreto, siendo el paciente el autor voluntario del perjuicio. También se puede revelar con consentimiento del interesado o al emitir informes a otros facultativos (secreto médico compartido).

Dicha obligación de guardar secreto afecta no sólo al médico, sino también a toda persona que haya tenido acceso a la información (fundamental hoy en día con el tratamiento informático realizado con los historiales clínicos).

Deber de asistencia y consejo:

La doctrina y la jurisprudencia distinguen según se trate o no de un paciente en este deber. El médico no puede (salvo por propia incapacidad física), por ninguna razón, abandonar a su paciente o interrumpir su tratamiento. Esta obligación presenta matices si la solicitud de asistencia es por parte de alguien que aún no ha establecido una relación profesional con el médico; dado que la violación de este deber se encuadra dentro de los delitos de “omisión de socorro” y de “denegación de auxilio”.

La Medicina es una suma de conocimientos científicos y de trato humano; y como tal el médico debe aconsejar a sus pacientes además de un tratamiento idóneo, los cambios en las medidas higiénico-dietéticas y de estilo de vida que considere más adecuados.

Deber de cumplimentación de certificados legales:

Correlativo al deber de diagnosticar aparece el derecho del paciente de conocer el diagnóstico, recogido por La Ley General de Sanidad como el derecho del usuario a que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud. Se debe realizar un parte judicial en casos de agresiones, accidentes, intoxicaciones, lesiones de origen dudoso y en muertes de causa no natural. Y se realizarán los certificados de defunción a petición de los familiares del fallecido. Solamente se pueden certificar las muertes de tipo natural.

El Código Penal sanciona al facultativo por la emisión de certificado médico falso.

3.1.2.-Deberes derivados de la organización sanitaria:

Es importante conocer las funciones asignadas a las distintas categorías de facultativos médicos, ya que el nivel de responsabilidad es distinto según la categoría que ocupe en la organización jerarquizada que

rige en los servicios sanitarios de la Seguridad social y que de mayor a menor serían: director médico, jefe de servicio, jefe de sección, médico adjunto y médico interno residente. Entre ellos existe una división del trabajo vertical (subordinación entre facultativos de diferente cualificación) y horizontal (entre profesionales de igual categoría); y debe regir el principio de confianza.

Las unidades asistenciales adscritas al *director médico* son las de especialidades médicas, quirúrgicas y médico-quirúrgicas, así como las de apoyo a las mismas.

El *jefe de servicio* depende directamente de la Dirección Médica y colabora con ella; coordina la actividad profesional de las secciones que integran el servicio y en la atención directa a los enfermos; participa en las reuniones generales del Centro y propone programaciones específicas en su servicio; interviene activamente en la docencia y forma parte de la Junta Facultativa y de las Comisiones Consultivas; proponen las variaciones de plantilla convenientes según necesidades e informan directamente y periódicamente a la dirección.

El *jefe de sección* depende del jefe de servicio correspondiente; asiste a los enfermos de su Unidad y participa en las actividades programadas del servicio y del Centro; actuando en las áreas de urgencia y consultas externas según señale la dirección y colaborando en la actividad docente y en los programas de investigación del servicio.

El *médico adjunto* depende del jefe de servicio o sección correspondiente; asiste a los enfermos en planta y consultas externas y las urgencias; participa en las actividades programadas del servicio y del centro y colabora en la actividad docente en la medida en que se le señale; participando en los programas de investigación del servicio y forma parte de las Comisiones Consultivas de acuerdo con el Reglamento de Régimen Interior.

El *médico interno residente* depende de un tutor que es básicamente un adjunto de Medicina Interna en las unidades hospitalarias debidamente acreditadas. Tendrá a su cargo con responsabilidad creciente y tutelada la atención de entre 6 y 12 camas en planta y realizará consultas externas. Deberá conseguir capacidad y dominio en la elaboración de la historia clínica, exploración física y en el uso e interpretación de la metodología diagnóstica y realizará informes de urgencias y/o Medicina Interna. Participará activamente en el servicio, asistiendo a las actividades y sesiones generales del hospital, sesiones bibliográficas.; debe acudir y participar en cursos y congresos y en las actividades de investigación de la unidad correspondiente.

3.1.3. Deberes derivados de las normas deontológicas:

Existe un código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial que fija las normas éticas y deontológicas y las sanciones correspondientes en caso de infracción.

3.2 Responsabilidad médica: civil, penal y disciplinaria.

La responsabilidad profesional del médico es la obligación que tiene de reparar el daño causado a otras personas, como consecuencia de sus actos profesionales, errores voluntarios o involuntarios u omisiones. Existe preocupación por estos temas debido al aumento de las reclamaciones judiciales por mala praxis, que se achaca a múltiples causas. El miedo infundado del médico promovido por las demandas para no incurrir en negligencia conlleva a la realización de una inadecuada “medicina defensiva”. Las reclamaciones que pueden plantearse al profesional médico pueden seguir varias vías: la civil, la penal y la administrativa.

Responsabilidad civil:

Es la obligación de satisfacer un daño causado a un tercero, porque así lo exija la naturaleza de la convención originaria, se halle determinado por ley, previsto en estipulaciones de contrato o se deduzca de los hechos acaecidos; aunque en la obligación de las mismas no haya intervenido culpa ni negligencia del obligado a reparar. Existen tres tipos de responsabilidad civil:

- La que surge de la responsabilidad penal.
- Responsabilidad contractual: deriva del incumplimiento de un contrato por parte del médico (contrato de prestación de servicios); de forma tácita éste se compromete a realizar su trabajo de

manera diligente, con el máximo cuidado, según las normas del buen quehacer profesional y a evitar causar riesgos innecesarios, lesiones o secuelas como contraprestación por sus honorarios.

- **Responsabilidad extracontractual:** Se fundamenta en el artículo 1.902 del Código Civil “el que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado”.

Serían causas excluyentes de responsabilidad civil:

- El caso fortuito y la fuerza mayor,
- La culpa del paciente,
- La intervención de un tercero,
- La falta de capacidad del agente.

En un caso de responsabilidad civil concurrirán varios requisitos:

- Una acción antijurídica
- Culpa del agente: es el elemento esencial que determina la responsabilidad extracontractual que es subjetiva; en contra la responsabilidad contractual (objetiva o por riesgo) no requiere culpa del causante. Son faltas médicas las conductas negligentes, imprudentes, por falta de conocimientos o impericia manifiesta y que lleven consigo el no cumplir con alguno de los deberes médicos a los cuales viene obligado por la relación con el paciente y siempre que su actuación no sea conforme a la “lex artis” .
- Existencia de un daño.
- Relación de causalidad entre la acción y el daño.

El Tribunal Supremo tiene establecidos los siguientes criterios doctrinales en materia de responsabilidad civil en el ejercicio de la Medicina:

- La obligación que incumbe al profesional sanitario es de medios y no de resultados (está obligado a proporcionar al paciente todos los cuidados que éste requiera, según el estado de la ciencia y la denominada “lex artis ad hoc”- criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la Medicina-).
- Fundamentalmente se sancionan las conductas humanas (antisociales) y profesionales (negligentes o imprudentes) más que los errores.
- Es aplicable a la actuación profesional del médico la presunción de culpa y tampoco la inversión de la carga de prueba (se presupone una actuación correcta por parte del médico y debe ser el enfermo el que demuestre que éste no actuó adecuadamente).
- La responsabilidad del médico deriva no tanto de conductas penalmente negligentes sino por la falta de una adecuada información al paciente sobre las consecuencias y riesgos de un determinado tratamiento o procedimiento diagnóstico.
- Cuando la actividad asistencial se desarrolla en las Administraciones Públicas se genera responsabilidad patrimonial de la Administración.

Responsabilidad Penal:

Desde el punto de vista penal el médico puede incurrir en delitos *dolosos* o *culposos* (con o sin intencionalidad), por acción u omisión. Para que exista responsabilidad es preciso probar que hubo culpabilidad y existen dos formas de culpabilidad:

- **Dolo:** Conducta dolosa es la que se realiza intencionadamente, aún sabiendo que va a causar un daño; se diferencian “dolo directo” donde el que actúa prevé como seguro el resultado de su conducta y “dolo eventual” donde admite o se conforma con que ocurra el resultado. En el Código Penal están tipificados como delitos dolosos la denegación de asistencia sanitaria y el abandono de los servicios sanitarios.

- **Imprudencia:** Actúa con imprudencia quien omite la diligencia debida y el sujeto no prevé el resultado o tiene la esperanza de que no acaecerá.

El Código Penal establece que las acciones y omisiones únicamente se castigarán cuando expresamente lo disponga la Ley y distinga tres tipos de imprudencia:

- *Grave* es el único tipo que se considera delito; es la omisión de aquel cuidado o diligencia, de aquella atención que puede exigirse al menos cuidadoso, atento o diligente.
- *Leve* es considerada sólo una falta; es la omisión del cuidado y la atención que cualquier persona debe poner de ordinario al ejecutar un hecho capaz de perjudicar a otro.
- *Profesional* que surge cuando se actúa con impericia o falta de conocimientos necesarios de las elementales normas de la *lex artis* o con negligencia; siempre y cuando de ellos se derive la muerte o lesiones graves ya tipificadas del paciente en el ejercicio de la profesión. Según el tipo se derivarán prisión, multa o inhabilitación.

Responsabilidad disciplinaria:

Surge cuando el médico no cumple las normas que rigen la función pública del sanitario: faltas de asistencia, cobro indebido de honorarios, ejercicio indebido de incompatibilidad,... A los médicos que prestan servicios en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social se exige el procedimiento disciplinario previsto en el Estatuto jurídico del Personal Médico, y se tramita, excepto para las faltas leves, por medio de expediente disciplinario. Las faltas leves prescribirán al mes; las graves, a los dos años, y las muy graves a los cinco años de su comisión. Se exceptúan los hechos sancionables disciplinarios y que constituyen delito penal, cuya prescripción se producirá en los mismos plazos establecidos por el Código Penal.

3.3. Responsabilidad organizativa y competencias profesionales

El Servicio constará de:

- Personal Sanitario Facultativo integrado en su mayor parte por Facultativos Especialista y médicos en formación (M.I.R.), estos últimos con tarea docente no directamente asistencial.
- Personal Sanitario no Facultativo, en el que se incluyen las siguientes categorías:
 - A.T.S. (D.U.E.) coordinadas por una enfermera supervisora (nombrada por la dirección de enfermería del centro) en cada unidad funcional de hospitalización.
 - Auxiliares de enfermería que realizarán las tareas de asistencia al paciente previstas en su estatuto propio, ayudadas por los celadores.
 - Celadores: no dependen directamente de la organización del servicio.
- Personal no sanitario: administrativos, informáticos, seguridad, personal técnico de mantenimiento, personal de limpieza, personal de cocina.

El servicio debe estructurarse de forma jerárquica según criterios de competencia, formación, experiencia y antigüedad: jefe de servicio, jefes de sección, facultativos especialistas, residentes en formación si los hubiera. El jefe de servicio es responsable de la gestión de recursos humanos del personal facultativo a su cargo, y de la coordinación con el personal de otros estamentos, en especial enfermería.

La asignación de tareas se realizará según criterios de competencia, cualificación profesional, expectativas y potencial de cada persona. La actividad asistencial directa disminuye a medida que se asciende en la escala jerárquica de cada unidad asistencial, dedicando más tiempo a otras actividades (docencia, investigación, gestión): jefe de servicio (30/70%), jefe de sección (50/50%), adjunto (80/20%).

Parece conveniente que, dentro del mismo servicio, se organicen unidades específicas para diferentes áreas temáticas de la especialidad; en ellas participarán FEA coordinados o no por jefes de sección y supervisados directa o indirectamente por el jefe de servicio.

4.-Importancia de las funciones del internista en la organización:

4.1.- Introducción:

Según la encuesta de salud de 1997 el 63.6 % de los ciudadanos estaban satisfechos con los medios sanitarios públicos. Según esta misma encuesta la carencia más frecuentemente percibida fue la organización, seguida de la calidad asistencial, y la demanda más frecuente fue la reducción de las listas de espera.

Según la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria es el hecho de asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención óptima. Este organismo ha determinado los cuatro componentes de la atención médica que hay que tener en cuenta al elaborar los objetivos de control de calidad:

- Práctica profesional: ofrecer al paciente los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que propicien un resultado acorde con los conocimientos y recursos disponibles.
- Utilización de recursos: emplear los mínimos para lograr un resultado óptimo.
- Gestión del riesgo: disminuir el riesgo de daño resultante de la asistencia prestada.
- Satisfacción del usuario.

La satisfacción del paciente está considerada como un elemento importante y deseable de la actuación médica. Satisfacción y calidad están relacionados pero no son equivalentes. Mientras calidad percibida es una percepción a largo plazo, la satisfacción es una percepción a corto plazo. Así la satisfacción será mayor cuando la expectativa sobre los cuidados a recibir se vea superada por lo que ocurra; mientras que la insatisfacción se producirá cuando los cuidados y atenciones queden por debajo de las expectativas. Un paciente satisfecho es más probable que cumpla las recomendaciones médicas y que no sea una fuente de problemas. De la misma forma, insatisfacción se relaciona con el mayor coste de la atención, con la pérdida en el seguimiento, con mala imagen o peor cumplimiento del tratamiento. En este sentido, las entrevistas médicas con alto grado de ayuda, comprensión y accesibilidad se correlacionan con mayor satisfacción y grado de cumplimiento de los tratamientos significativamente más altos.

Las experiencias de evaluación de programas de calidad en servicios de Medicina Interna en España son escasas y no se ha definido el sistema que se utilizará en la evaluación. Cada hospital debe desarrollar su propio plan de calidad basado en sus prioridades y teniendo en cuenta sus necesidades y problemas. De igual forma, cada servicio debe proponer y pactar un programa de calidad en el que estén incluidos los objetivos generales y los específicos del mismo.

Clásicamente la autoevaluación ha sido el método utilizado en el ámbito clínico con el doble objetivo de medir y mejorar la práctica asistencial. Se realiza por los propios clínicos y evalúan la dimensión científica técnica, la utilización de los recursos y los resultados y calidad percibida por el paciente. El sistema más sencillo es realizar sesiones clínicas con la revisión de casos. Las Comisiones Clínicas presentes en la mayoría de los centros, realizan un trabajo similar.

La práctica médica moderna ha de estar basada en la organización hacia el proceso asistencial. Una de las formas de mejorar la calidad asistencial es la protocolización de los procesos para disminuir los errores, mejorar la calidad asistencial, gestionar racionalmente los recursos (tanto en las pruebas a solicitar como en el gasto farmacéutico) y disminuir las demandas. Una práctica clínica adecuada ha de basarse pues en las recomendaciones de las guías de práctica clínica y planes de cuidados estandarizados que sustenten cada una de las actuaciones y que incorporen las innovaciones necesarias. Además, los protocolos se adoptan para hacer frente a situaciones compartidas con uno o más servicios, situación especialmente frecuente en el caso de la Medicina Interna.

En los últimos 25 años se ha producido un importante avance en todas las ramas de la medicina. Las enfermedades son mejor prevenidas, mejor diagnosticadas y mejor tratadas. Todo ello ha contribuido a un importante incremento del gasto sanitario, que seguirá creciendo como consecuencia del envejecimiento de la población y el desarrollo de nuevas tecnologías.

El gasto del SERGAS se ha incrementado progresivamente en la última década. La mayor parte de este gasto correspondió a la atención especializada. Dado que el presupuesto sanitario no es ilimitado, es importante la gestión eficiente de dichos recursos. El médico tiene el deber moral de hacer uso de los recursos de la manera más eficiente posible, y son medidas más eficientes o coste-efectivas aquellas que:

- Son más económicas y tienen por lo menos la misma efectividad.
- Son más efectivas y costosas, pero el beneficio adicional es razonable en comparación con el incremento de los costos.
- Son menos beneficiosas y menos caras, pero el beneficio adicional de la estrategia alternativa es despreciable.

En los últimos años se ha comenzado a ajustar la financiación de los hospitales mediante el Contrato Programa, en virtud de la actividad realizada y la complejidad de las enfermedades atendidas, así como de los resultados alcanzados en el cumplimiento de los objetivos de calidad establecidos. Surgen así los sistemas de información de "case mix" (casuística del centro) y sistemas para valorar la complejidad de los casos atendidos y los recursos necesarios.

El conjunto mínimo básico de datos de hospitalización (CMBDH) es el resultado de un consenso respecto al menor número de variables a recoger en los episodios de hospitalización que permita obtener un máximo de aplicaciones clínicas y administrativas. Las variables más importantes son aquellas en cuya recogida es fundamental la labor del médico mediante una información completa y correcta en el informe de alta y en la historia clínica: diagnóstico principal del episodio, diagnósticos secundarios, procedimientos quirúrgicos y obstétricos, y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) fueron creados con el objetivo de obtener una clasificación de episodios de hospitalización, en función del consumo de recursos y de la lógica en el manejo clínico de los pacientes. En su configuración intervienen el diagnóstico principal, los procedimientos, la presencia o ausencia de diagnósticos secundarios relevantes y más excepcionalmente la edad, defunción y traslado. El diagnóstico principal determina la asignación a una Categoría diagnóstica mayor de las 25 posibles. El diagnóstico principal condiciona por tanto todo el proceso de asignación, de ahí la importancia de la selección de este diagnóstico. Los 25 GRD más frecuentes abarcan entre un 40-60% de todos los pacientes de cualquier hospital. Monitorizar con mayor detalle o periodicidad las patologías más frecuentes es un objetivo prioritario, ya que cualquier modificación en las mismas implica un elevado impacto en el conjunto de la organización. Además, a partir de los GRD se pueden calcular otros índices como las Unidades de Producción de Hospitalización (UPH), para establecer las necesidades reales de financiación.

4.2.- Importancia de la función asistencial:

4.2.1.- Población atendida:

Galicia tiene una densidad de población de 92.37 habitantes/km², ligeramente superior al resto de España, con 2.731.900 habitantes según el padrón del 2000. Demográficamente Galicia presenta dos peculiaridades: una distribución irregular de la población (Pontevedra tiene unas 5.5 veces más densidad de población que Lugo) y una gran fragmentación de la misma (aproximadamente el 50% de las entidades singulares de población existentes en España están localizadas en Galicia, con una población media que no llega a los 100 habitantes), aunque hay una tendencia a la progresiva concentración de la población en los núcleos urbanos de mayor tamaño. El movimiento migratorio actualmente es positivo.

La tasa de natalidad era en 1999 de 6.85 /1000 habitantes, con un número de hijos por mujeres en edad fértil es de 0.9, y la tasa de mortalidad es de 10.62/1000 habitantes, lo que supone una tendencia al aumento de la mortalidad y la disminución de la natalidad. Todo ello ha supuesto un crecimiento vegetativo negativo desde la década de los ochenta, y anterior en las provincias de Lugo y Orense. Se tiende por lo tanto al envejecimiento de la población, con casi un 20% de habitantes de más de 65 años, superior al del resto de España, si bien el envejecimiento es mayor en las provincias de Orense y Lugo, donde llega a más de un 25% de la población por encima de los 64 años. Además, el índice de dependencia senil es del 28.5 %, superior al del resto de España.

La esperanza de vida en nuestra comunidad es de 75.1 años para los varones y 82.54 años para las mujeres, que en ambos casos es ligeramente superior a la media española.

4.2.2.- Principales problemas de salud:

Las principales causas de mortalidad son las enfermedades cardiovasculares, seguidas de los tumores malignos y de las enfermedades del aparato respiratorio.

Entre los principales problemas identificados en el Plan de Salud de Galicia se encuentran muchas patologías habitualmente atendidas por los servicios de Medicina Interna, como las siguientes:

- Enfermedades cardiovasculares: 40% de las muertes.
- Cáncer primera causa de mortalidad entre los 35 y 75 años.
- Enfermedades del aparato respiratorio: 11% de los ingresos hospitalarios.
- Tuberculosis: patología emergente,
- Enfermedades del aparato digestivo: quinta causa de muerte.
- Adicciones y drogodependencias: fundamentalmente tabaco y alcohol.
- Infección por VIH y SIDA: segundo problema según la población.
- Enfermedades de transmisión sexual: elevada morbilidad, graves e importantes secuelas.
- Enfermedades inmunoprevenibles: para prevenir enfermedades y secuelas.
- Enfermedades del ap. Locomotor y tej. Conectivo: bajas laborales.
- Diabetes mellitus: prevalencia del 6%.
- Enf. de transmisión alimentaria: patología emergente.
- Infecciones nosocomiales.

Además, según la encuesta de morbilidad hospitalaria de 1998, entre los 10 diagnósticos más frecuentes se encontraban aquellos que constituyen la principal casuística de los servicios de Medicina Interna: los trastornos respiratorios, la insuficiencia cardiaca y choque, los trastornos cerebrovasculares específicos, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la esofagitis, gastroenteritis y trastornos digestivos misceláneos.

4.2.3.- Importancia de la actividad asistencial tradicional:

En todos los datos anteriormente expuestos se cimienta el hecho de que la actividad tradicional de los servicios de Medicina Interna, tanto en la hospitalización como en las consultas externas o ambulatorias, es básica para el buen funcionamiento de los centros hospitalarios. En gran medida, esta importancia también radica en el apoyo a otros servicios y en la relación habitual con la práctica totalidad del hospital, actuando además en este sentido como un marcador del buen funcionamiento de un centro hospitalario. La Medicina Interna también ha demostrado su importancia al ser la primera en afrontar las nuevas patologías y los nuevos retos que han ido surgiendo, como la infección por VIH, las hepatitis víricas, la patología relacionada con el uso de drogas, o los trasplantes de órganos. Pero además, en los últimos años de la Medicina Interna han surgido nuevas formas de organización de la asistencia, como las alternativas a la hospitalización convencional, las nuevas modalidades de funcionamiento de las consultas externas, o su posible integración en múltiples áreas funcionales.

Hospitalización convencional:

En la atención a los pacientes hospitalizados la Medicina Interna tiene una importancia capital. En primer lugar, los servicios de Medicina Interna pueden atender cualquier tipo de patología médica. En este sentido, en algunos hospitales es el servicio que atiende toda la patología médica, pero en todos los hospitales su polivalencia permite actuar como “colchón” de otras especialidades médicas, adaptándose a la demanda asistencial en cada momento. Teniendo en cuenta la evolución demográfica de la población gallega es previsible un progresivo aumento de las patologías crónicas relacionadas con la edad, que ya hoy en día, como se mencionó anteriormente, constituyen las causas más frecuentes de ingreso hospitalario, y todas ellas subsidiarias de seguimiento por el servicio de Medicina Interna.

Además, con la edad aumenta la frecuencia de pluripatología en el mismo individuo, siendo esta una de las circunstancias que más se benefician del tratamiento por parte de un especialista en Medicina Interna, al evitar la fragmentación diagnóstica y terapéutica cuando el paciente se expone a múltiples consultores. Esto conlleva además una reducción del número de interconsultas a otros servicios, evita la redundancia de exploraciones complementarias, y permite reducir el tiempo de ingreso al eliminar los tiempos de espera por las interconsultas y los traslados entre especialidades.

Todo lo anteriormente expuesto justifica la predicción de que en los próximos años se produzca un progresivo aumento de la demanda asistencial propia de los servicios de Medicina Interna, y para afrontarla será necesario un aumento de los recursos y una mejora de la organización.

Colaboración con otros servicios:

Dentro de la actividad hospitalaria tradicional también es fundamental la colaboración que los internistas prestan a otros servicios, como los servicios de Urgencia y los servicios quirúrgicos.

El internista puede prestar un apoyo fundamental a los servicios de Urgencias de los hospitales mediante el asesoramiento sobre el enfoque diagnóstico y terapéutico de casos complejos, sobre la necesidad de ingreso hospitalario y el mejor destino de cada enfermo médico, y evitando la multiplicidad de interconsultas para un mismo paciente con el ahorro de tiempo que ello lleva implícito. Este apoyo es además fundamental durante el periodo de atención continuada de la guardia de Medicina Interna, que en muchos centros es la única guardia médica de presencia física existente.

También es tradicional el apoyo prestado por la Medicina Interna a los servicios quirúrgicos, para el manejo de las patologías médicas asociadas o las complicaciones de tipo médico que pueden surgir en el curso de los procesos quirúrgicos. Por otro lado, al margen de la habitual actividad como interconsultor de otros servicios, en algunos centros se ha instaurado la figura del internista interconsultor de algunos servicios quirúrgicos, lo cual permite no solo la pronta y adecuada actuación sobre las frecuentes complicaciones de tipo médico que puedan acaecer en el curso evolutivo de algunos procesos inicialmente quirúrgicos, sino también la vigilancia y prevención de estas complicaciones. Esta actividad redundante en una clara mejoría asistencial, tanto en calidad como en reducción del tiempo de ingreso hospitalario y disminución del gasto adicional secundario a estas complicaciones.

Consultas externas:

En cuanto a la actividad en consultas externas, la consulta de Medicina Interna es capital no solo en el seguimiento de las patologías que le son propias, sino que permite el seguimiento integral de aquellos enfermos que presentan varias patologías y que requerirían de otro modo la atención en múltiples consultas de otras especialidades médicas. Esto conlleva un claro ahorro en medios humanos, materiales y farmacológicos, una mejora de la calidad, un mayor confort para el paciente al evitarle un número considerable de consultas hospitalarias, y permite una reducción de las listas de espera de otras especialidades.

Respuesta ante nuevos problemas de salud:

Otro aspecto destacado de la función asistencial del internista es que su polivalencia le capacita para afrontar con rapidez nuevos problemas sanitarios que puedan aparecer, como ha ocurrido con la infección por VIH, las hepatitis víricas o los trasplantes de órganos.

Así, desde la aparición de los primeros casos de infección por el VIH los internistas han asumido la atención de estos pacientes. Los servicios de Medicina interna tuvieron que dar respuesta a la demanda creciente de estos pacientes que ingresaban con complicaciones infecciosas y/o neoplásicas. Se crearon hospitales de día (HDD) para los pacientes con SIDA y consultas externas monográficas. Desde la aparición de la terapia antirretroviral altamente efectiva la actividad asistencial se centra fundamentalmente en la consulta externa. Este es para el SERGAS uno de los problemas más importantes de salud pública es el SIDA, con una incidencia de 31.4 por millón de habitantes. Con la tendencia a la transformación en un proceso crónico y la presencia cada vez más importante de otras complicaciones relacionadas con esta enfermedad, como las hepatitis crónicas por virus B y C, este es uno de los procesos para cuyo control integral es cada vez más necesaria la participación del internista. La infección por el VIH ha sido desde sus inicios una línea de investigación constante de los internistas.

En el conjunto de las enfermedades digestivas, la cirrosis y las hepatopatías crónicas son las enfermedades más relevantes porque son responsables de un alto porcentaje de mortalidad, consumen gran cantidad de recursos y las medidas preventivas frente a las causas principales son de probada eficacia. El consumo excesivo de alcohol y las infecciones víricas son los principales factores etiológicos de las enfermedades hepáticas. Además de la atención a los pacientes hospitalizados por estas enfermedades, la mayoría de los servicios de Medicina Interna han impulsado la creación de consultas de pacientes con hepatopatías. Por otro lado el tratamiento de las hepatitis víricas crónicas ha sido en los últimos años una de las líneas de investigación constantes de nuestros servicios.

En esta misma línea, los trasplantes son otro de los problemas de salud prioritarios para el SERGAS. Dentro de ellos, la tasa de trasplantes hepáticos de Galicia está entre las más altas del mundo, superando en más de 20 puntos a la media estatal y duplicando la media de los EEUU y la tendencia es hacia un continuo y marcado ascenso. Actualmente existen dos centros en nuestra comunidad que cuentan con programas de trasplante hepático. En uno de ellos el servicio de Medicina Interna forma parte integral del equipo multidisciplinar encargado de la selección de pacientes candidatos al trasplante y del seguimiento de los pacientes trasplantados tanto a corto como a largo plazo. Esto no es exclusivo de nuestra comunidad, sino que esta misma situación ocurre en otros centros españoles.

4.2.4.-Nuevas modalidades asistenciales:

En los últimos años, en un intento de mejorar la gestión de los recursos sanitarios y de incremento de la calidad han surgido nuevas formas de organización de la asistencia, tanto en la hospitalización como en las consultas externas.

Alternativas a la hospitalización convencional:

Mediante el protocolo interno de actividad-financiación, el Servicio Gallego de Salud ha potenciado entre otras líneas de actuación las formas alternativas a la hospitalización convencional, como la hospitalización de día de Medicina Interna y la hospitalización domiciliaria. La versatilidad clínica del internista le capacita especialmente para participar activamente y a veces desarrollar nuevas alternativas a los modelos convencionales de hospitalización o de seguimiento ambulatorio.

Los servicios de Medicina Interna han sido pioneros en la creación y desarrollo de unidades de hospitalización de corta estancia, que bajo diversas denominaciones (UCEM, UMAP, etc.) se han encargado de atender ingresos por diferentes procesos con el objetivo de minimizar el tiempo de ingreso hospitalario, contribuyendo de esta forma a una mejora organizativa de los hospitales y a una reducción del gasto hospitalario, mediante el aumento de rendimiento de las camas hospitalarias, la reducción del tiempo de espera para el ingreso hospitalario, la descongestión de los servicios de Urgencias, y el apoyo a las consultas externas agilizando las exploraciones complementarias que precisan ingreso hospitalario.

También los servicios de Medicina Interna han sido pioneros en la creación y desarrollo de unidades de estancia media o prolongada, que han permitido una mejoría de la gestión de las camas hospitalarias y de la reducción del gasto, adecuando los recursos a las necesidades asistenciales, de forma que aquellas patologías que requieren un ingreso prolongado pero que no necesitan los recursos propios de las patologías agudas o graves puedan continuar su hospitalización en unidades con menos medios materiales y humanos, y a veces situadas en centros físicamente diferentes de los dedicados a los procesos agudos. En esta línea de actuación, queda quizá como asignatura pendiente la creación de un número adecuado de camas destinadas a enfermos crónicos, lo que permitiría una gran descongestión de los grandes centros hospitalarios, y en los cuales la figura del internista como responsable de la asistencia en estos centros también puede ser fundamental.

Como una continuación de esta alternativa a la hospitalización convencional, y como una nueva modalidad en si misma, también la Medicina Interna ha estimulado la hospitalización domiciliaria, permitiendo mantener a los pacientes en su entorno familiar con el apoyo terapéutico propio de la medicina hospitalaria. Además, los servicios de Medicina Interna no solo han participado en la génesis de estas modalidades de hospitalización o continuado con las mismas, sino que debido a las características de los pacientes seguidos en estas unidades, existe una interrelación y mutua colaboración, siendo los servicios de Medicina Interna el principal origen de los enfermos subsidiarios de seguimiento en las unidades de estancia prolongada o de hospitalización domiciliaria, y a su vez el apoyo para el tratamiento de problemas agudos

intercurrentes que puedan presentar los pacientes seguidos en aquellas unidades. Como inconvenientes están el limitado número de patologías subsidiarias de este manejo, la dispersión poblacional gallega con limitaciones para cubrir las zonas rurales y los acuciantes problemas de tráfico urbanos además de la necesidad de apoyo familiar. Los apoyos de consulta telefónica suponen una herramienta de trabajo eficaz que solventa parte de la problemática junto con las mejoras de la infraestructura viaria.

Otro de los aspectos novedosos en la asistencia es la creación de hospitales de día dentro de los servicios de Medicina Interna, en los cuales pueden aplicarse tratamientos hospitalarios a pacientes en régimen ambulatorio, como pacientes infectados por el VIH, enfermedades hepáticas, trasplantados, enfermedades metabólicas, etc.

Nuevas modalidades de consulta externa:

Uno de los puntos de interés para el SERGAS es mejorar la coordinación de la atención primaria y especializada en la derivación a las consultas especializadas desde la atención primaria. En esta línea interesa el establecimiento de protocolos de derivación de patologías a atención especializada y la realización de sesiones clínicas conjuntas para el seguimiento y asistencia de las patologías con más demora de atención externa. También interesa potenciar la figura del especialista enlace-consultor, realizando sesiones clínicas conjuntas, revisiones de pacientes seleccionados y coordinación de derivaciones, sin realizar labores puramente asistenciales. En varios centros de nuestra comunidad ya se ha iniciado la participación de los Servicios de Medicina Interna en esta coordinación con Atención Primaria, mediante esta figura del internista interconsultor de los centros de salud y mediante el desarrollo de los protocolos de derivación. Gracias a su formación polivalente, el internista interconsultor es capaz de resolver el 80-90% de las consultas de atención primaria, y de encauzar la solución del resto dirigiéndolas al especialista más adecuado.

Una modalidad instaurada en algunos centros y con el mismo objetivo de gestionar adecuadamente la derivación hospitalaria de los pacientes es la del internista de filtro en consultas externas, que permite valorar adecuadamente la necesidad de atención hospitalaria de los pacientes remitidos desde Atención Primaria y orientar adecuadamente las patologías hacia las consultas de especialidad más adecuadas.

Otra forma de mejorar la gestión de las consultas externas, que ya ha iniciado su camino en algunos hospitales, es la consulta de alta resolución. En este tipo de consulta se trata de llegar al diagnóstico definitivo de un enfermo visto por primera vez en la consulta externa a poder ser el primer día en que es visto, y orientarlo posteriormente hacia las consultas que mejor pueden encargarse de su seguimiento. Dadas las características de este tipo de consulta, en la que lo más importante es la orientación inicial del problema, es el internista el especialista más capacitado para realizar este tipo de actividad.

Áreas clínicas funcionales:

Los nuevos sistemas de gestión abren un proceso para convertir los Servicios Sanitarios tradicionales en un sistema basado en Áreas Clínicas Funcionales. Tienen como objetivo fundamental la mejora de la calidad asistencial, pero también es un modo de optimizar recursos y, por añadidura, costes. En todos los procesos señalados con anterioridad y en muchos otros el internista puede además participar como figura coordinadora de otras especialidades reunidas en unidades funcionales, y establecer una continuidad en el seguimiento de los diferentes procesos. Así, podría entrar a formar parte de unidades de riesgo vascular, de unidades multidisciplinarias de enfermedades infecciosas, o como ya ocurre hoy en día de unidades de Hepatología o de Trasplantes.

4.2.5.-Otras contribuciones a la mejora de la gestión económica:

Como se ha ido comentando en cada punto, de la asistencia centralizada y dirigida por el Servicio de Medicina Interna se deducen múltiples beneficios en la calidad asistencia y la gestión de recursos. Pero además, se desprenden otros beneficios, como la reducción del gasto farmacéutico y de transporte.

El gasto farmacéutico del SERGAS en el 2000 fue de casi 600 millones de euros, de los cuales unos 100 millones correspondieron a la atención especializada. En atención especializada el gasto farmacéutico se repartió casi al 50% entre los pacientes hospitalizados y los no hospitalizados, correspondiendo a este último colectivo el mayor incremento de gasto con respecto al año anterior. Entre los 15 grupos terapéuticos de mayor costo están los grupos farmacológicos que forman parte del arsenal terapéutico habitual de la Medicina

Interna, por lo que el manejo integral por el internista fundamentalmente de los pacientes polimedicados puede contribuir a una drástica reducción y optimización del gasto farmacéutico.

El gasto en transporte sanitario en el 2000 fue de casi 1.900 millones de pesetas. En este aspecto, la reducción de ingresos hospitalarios mediante modalidades como la hospitalización domiciliaria, y la disminución del número de asistencias a consulta especializada mediante la coordinación con la Atención Primaria y la centralización de los enfermos pluripatológicos en una consulta de Medicina Interna puede contribuir a una reducción importante en este capítulo del gasto sanitario.

4.2.6.- Participación en Comisiones Clínicas:

Una forma importante de implicación en la organización es la participación en Comisiones Clínicas. La participación del servicio de Medicina Interna y sus integrantes en las comisiones hospitalarias del SERGAS puede incluir las siguientes (obligatorias en todos los hospitales RD521/1987 y RD97/52001):

- **Comisión de calidad:** compuesta por los presidentes de las distintas comisiones y representantes del equipo directivo, constituye el órgano técnico de elaboración de planes y asesoramiento de la comisión de dirección en temas de calidad.
- **Comisión asistencial:** integrada por miembros del equipo directivo y representantes de los distintos estamentos. Su función es la de asesoramiento a la comisión de dirección y de participación de los profesionales en la toma de decisiones que incidan directamente en la actividad asistencial hospitalaria.
- **Comisiones clínicas:**
 - Historias clínicas y documentación: vigilará que las historias clínicas se desarrollen y conserven exactas y completas.
 - Farmacia y terapéutica: evaluará los problemas derivados de la utilización de fármacos, proponiendo las mejoras necesarias así como la introducción de nuevos fármacos en el hospital.
 - Mortalidad: su propósito es detectar la mortalidad evitable, aquella que podría haber sido evitada según los estándares de una atención sanitaria correcta.
 - Infecciones, profilaxis y política antibiótica: se encarga de la prevención y el control de las infecciones hospitalarias, analizando las causas y localizando los focos de infección en el hospital.
 - Docencia y formación continuada: revisa los programas de formación de los residentes del hospital y establece los planes de formación continuada para los profesionales.
 - Investigación: aprueba los proyectos de investigación y colabora con la dirección en la gestión de becas de investigación.
 - Tejidos: revisa la concordancia entre los diagnósticos pre y postoperatorios y los de anatomía patológica en los pacientes intervenidos.
 - Hemoterapia y hemotransfusión: establece las normas para la transfusión de sangre y de productos sanguíneos, investiga los efectos adversos que se producen y desarrolla criterios para la inspección de la práctica transfusional.
 - Comité de ética asistencial

4.3.- Importancia de la función docente:

La participación en la actividad docente sigue una doble vía. Por una parte, es fundamental la docencia práctica impartida en el seno de los servicios de Medicina Interna a los estudiantes de medicina, aportando la visión general y de conjunto propia de la especialidad, y la forma más básica e importante de iniciar el proceso diagnóstico como es una historia clínica completa. Por otro lado, los servicios de Medicina Interna no solo participan en la formación de sus propios residentes, sino que son los encargados de iniciar la formación

docente de los residentes del resto de las especialidades médicas, aportando la visión de conjunto de los enfermos y sus patologías y los conocimientos básicos para la adecuada y completa atención a los pacientes hospitalizados.

Se debe contemplar y respetar, adaptada a la idiosincrasia de cada hospital, la guía de formación de especialistas elaborada por la Sociedad Española de Medicina Interna y editada por el Ministerio de Educación. Los programas de formación deben ser vigilados, coordinados y tutelados por uno o más miembros del servicio, los tutores de residentes, designados por el Jefe del Servicio y nombrados por la Dirección del Hospital, quienes deben velar en todo momento por el correcto desarrollo y funcionamiento del programa de rotaciones y realizar una evaluación continuada de las habilidades, conocimientos adquiridos, participación en actividades formativas y actitudes de los residentes. Además, tienen la misión de servir de control de calidad del servicio, ya que deben recoger y transmitir las críticas de los residentes al programa formativo.

Otra vía de participación en la gestión del conocimiento son las sesiones clínicas, que permiten una puesta al día de los conocimientos y la integración de los diversos servicios hospitalarios. En este sentido, las sesiones clínicas generales de los hospitales clásicamente han sido organizadas por los servicios de Medicina Interna. Medicina Interna debe constituir, por su presencia continua tanto en la actividad clínica durante el horario laboral como especialmente en la atención continuada o guardias, uno de los principales servicios que favorezcan y promuevan la realización de autopsias, que deben ser entendidas en una doble vertiente: enseñanza, y por lo tanto formación continuada, y control de calidad asistencial.

También tiene una gran importancia la participación en la educación sanitaria de la población. En este sentido en muchas patologías atendidas en Medicina Interna es crucial esta función divulgativa y educativa, como por ejemplo en la prevención de la transmisión de las hepatitis víricas del VIH, en la información sobre los efectos nocivos del alcohol o en la educación dietética para el control de los factores de riesgo cardiovascular.

4.4.-Importancia de la función investigadora:

El tipo de investigación será variable dependiendo de las características de cada servicio. En los de interna de nuestro entorno, donde la actividad asistencial es muy importante, puede centrarse en el campo de la **epidemiología clínica** y en la **investigación clínica**, quedando el campo básico para casos muy puntuales en colaboración con la Unidad de Investigación del hospital o del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad de La Coruña. Se deben potenciar aquellas líneas de investigación que traten sobre problemas prevalentes en nuestra población y también la investigación en gestión clínica. En **Epidemiología Clínica** las áreas de especial relevancia serían los estudios epidemiológicos descriptivos sobre la práctica sanitaria, sobre organización y provisión de servicios sanitarios, sobre el conocimiento médico y toma de decisiones en medicina. En **Investigación Clínica** se incluyen todos aquellos estudios dirigidos a conocer con mayor profundidad los aspectos relativos a la prevención, historia natural, diagnóstico y terapéutica de las enfermedades, mecanismos de enfermedad, fisiopatología y calidad de la práctica clínica. La importancia de esta función, al margen del valor implícito de la investigación, sería que repercutiría sobre la asistencia, sobre las ciencias de la salud y sobre los servicios sanitarios.

La participación en la investigación también puede contribuir a la reducción del gasto. Así, la participación en ensayos clínicos patrocinados puede originar un importante ahorro; a modo de ejemplo, se ha calculado que el ahorro medio como consecuencia de la participación de un paciente con hipertensión arterial esencial en un ensayo clínico durante un año supone hasta 36 euros/mes de ahorro.

En los últimos años se ha producido una creciente incorporación de los internistas gallegos a la investigación clínica, con campos de investigación consolidados como son las enfermedades infecciosas-VIH, HTA-riesgo cardiovascular, hepatología, enfermedades cardiovasculares, síndrome antifosfolípido, corta estancia, o leptina. En el año 2000 los internistas gallegos presentaron 34 comunicaciones en el congreso nacional, 7 comunicaciones en el congreso europeo y 2 en el congreso mundial de la especialidad, además de publicar múltiples trabajos científicos en revistas médicas.