

La Medicina Interna en tiempos de crisis

Internal medicine in times of crisis

Javier García Alegría

Presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna

Por si alguien todavía no se ha enterado, estamos en tiempos de crisis. Los cimientos de la economía mundial, incluyendo los países desarrollados, están seriamente dañados y la utopía del crecimiento continuo se ha desvanecido. En nuestro país, las consecuencias más evidentes han sido la destrucción de millones de puestos de trabajo, las restricciones presupuestarias públicas y los recortes en prestaciones sociales. El estado de bienestar de occidente se basa en el carácter público de la educación, justicia, sanidad, pensiones, desempleo y cobertura social para los más desfavorecidos. Además en este momento, más que nunca, estas partidas presupuestarias son competitivas entre sí por los menores ingresos estatales de impuestos, una mayor cobertura destinada al desempleo y el pago de la deuda externa.

En sanidad esto viene unido a un problema que se viene arrastrando estos últimos años que es un diferencial creciente, entre el crecimiento del gasto sanitario y el de la riqueza nacional medida con el producto interior bruto anual. De manera crónica, incluso en los años de bonanza económica, ha habido un hiato entre los presupuestos previstos y los gastos finales. Las causas de ello son el envejecimiento progresivo, la mayor oferta de servicios, los avances tecnológicos y terapéuticos, un incremento muy rápido de la población y una creciente demanda sanitaria. En algunos indicadores, como las visitas a los médicos de Atención Primaria y a las urgencias, supera los promedios de los países de nuestro ámbito económico.

La insuficiencia presupuestaria nacional ha generado un déficit progresivo que ha obligado a nuestro país a solicitar créditos al extranjero, a un interés elevado, de manera continuada y con un endeudamiento público que ha llegado a una situación límite. Las autoridades políticas y sanitarias, ahora sí de manera indefectible, han tenido y tendrán que tomar medidas de ahorro y eficiencia

en relación al gasto público en España. Lo queramos o no esto va a afectar a la organización y a la prestación de la asistencia sanitaria. Los directivos sanitarios, tanto públicos como privados, van a tener que decidir seleccionando entre distintas alternativas, fundamentados en el balance coste-beneficio y coste-utilidad. No afrontar esta situación es un postura irracional y a largo plazo catastrófica. En este contexto hay preguntas obligadas, que son: ¿qué podemos hacer desde el punto de vista profesional, como médicos y como internistas, para contribuir a mejorar la situación?; ¿cuál es el papel que va a jugar la especialidad, y nuestros servicios hospitalarios, en el contexto sanitario y económico actual?

El punto de partida de esta reflexión, sin duda irrenunciable, es tener presentes los valores de nuestra especialidad. Nuestros compromisos con el paciente, con nuestros centros sanitarios y con el sistema de salud están recogidos en nuestro fuero de la profesionalidad para el nuevo milenio. En el mismo se dice que debemos aportar una atención sanitaria basada en el manejo juicioso y rentable de unos recursos clínicos limitados, comprometernos a trabajar para desarrollar unas normas que permitan una atención sanitaria rentable, y evitar de manera escrupulosa las pruebas y los procedimientos superfluos¹. Por tanto el compromiso con la eficiencia está en la esencia de nuestra profesión y de la Medicina Interna (MI). Pensar en nuestra misión a largo plazo, con una mirada estratégica, nos puede ayudar a facilitar una travesía del desierto a corto plazo de los próximos años.

¿Qué podemos ofrecer como especialidad? La MI es la disciplina médica principal responsable del cuidado de los adultos con una o varias enfermedades agudas o crónicas complejas, que incluye un abordaje sistémico, y está centrada en el paciente y comprometida con unos principios de asistencia éticos, científicos y holísticos. El internista ve enfermos, no enfermedades, y trata de

promover la continuidad asistencial, especialmente en pacientes con patologías múltiples, crónicas o de avanzada edad². En España los servicios de MI son un pilar esencial de sistema sanitario, y por tanto su efectividad y eficiencia, condicionan de manera sustancial el funcionamiento general del sistema hospitalario³.

Una característica fundamental, cuando hay que tomar decisiones de índole económica, o en la asignación de recursos, es la consideración del valor añadido como una característica competitiva. Entre dos opciones de igual calidad siempre se debería seleccionar la más barata, entre dos opciones de igual costo siempre escoger la que ofrezca mejor calidad o cantidad. El valor añadido que podemos ofrecer los internistas es la combinación de la evaluación y el tratamiento integral, la versatilidad, la posibilidad de trabajar de manera alternativa en diferentes dispositivos y lugares de trabajo, y la capacidad de innovación en un mundo altamente cambiante. La principal aportación que podemos ofrecer, sin duda, es la minimización de actos clínicos por el abordaje y tratamiento integral de los distintos problemas médicos del enfermo, y que tiene como límite nuestra capacidad de resolución, por conocimientos, habilidades o por la necesidad de uso de tecnología.

Una pregunta crucial que los clínicos nos debemos hacer en todas las entrevistas con los pacientes es si el tratamiento es óptimo para mejorar su pronóstico y su calidad de vida. Teniendo en cuenta el perfil actual de los enfermos, de edad avanzada y que comparten múltiples enfermedades crónicas, esta pregunta no se puede contestar de manera adecuada si no se consideran de forma integral sus características personales y sociales, la enfermedad principal y la comorbilidad, sus expectativas vitales, la calidad de vida, y la medicación al completo. A la mayoría de nuestros enfermos no se les puede aplicar, de manera automática, las guías de práctica clínica propuestas por especialidades centradas en patologías u órganos, al estar excluidos de los ensayos clínicos más importantes, en razón de edad, género o comorbilidad, y por tanto se requiere una meticulosa individualización de la toma de decisiones. Nuestra especialidad, y no otras, sí que sería de verdad una medicina individualizada. La medicación es un capítulo especial que requiere una aproximación conservadora y unos

principios de precaución a la hora de prescribir⁴. La fragmentación de la asistencia se asocia a mayores costos, mas efectos adversos e interacciones medicamentosas y posiblemente a unos peores resultados asistenciales. Por tanto una mejor transición de cuidados al alta y de la coordinación con atención primaria es una prioridad, en la que tenemos múltiples experiencias.

Nuestra versatilidad y la gama en las modalidades de atención que prestamos es muy elevada: hospitalización, consultas externas, urgencias, interconsultas hospitalarias y nuevas fórmulas asistenciales que han tratado de mejorar la eficiencia con la reducción de camas hospitalarias, y la accesibilidad mediante unidades de corta estancia, hospitalización domiciliaria, unidades de cuidados paliativos, hospital de día, unidades de enfermos pluripatológicos, consultas de diagnóstico rápido o consultoría de Atención Primaria. Se estima que un tercio de los servicios españoles de MI tienen este tipo de dispositivos⁵. Pocas especialidades médicas pueden ofrecer esta gran variedad en su oferta asistencial. Los cambios recientes en las urgencias de diversos países como EEUU con los hospitalistas y en Reino Unido, Australia e Irlanda con las unidades de hospitalización de agudos (acute medicine) han sido liderados por internistas con unos magníficos resultados⁶⁻⁸.

El clínico experto es el que resuelve los problemas del paciente con menos pruebas e inconvenientes para él y para la sociedad. Tan importante es esta cualidad que recientemente se ha propuesto incluir, en el American Board of Medical Specialties, como una de las competencias básicas de los médicos especialistas los cuidados conscientes de los costes y el uso adecuado de los recursos, y debemos tener conocimientos básicos acerca de las consecuencias económicas de nuestras actuaciones^{9,10}. Para que nuestros servicios puedan mejorar hay que medir, evaluar, comparar nuestra calidad y eficiencia con servicios similares, difundir los datos entre los médicos, y establecer estrategias de mejora. Unos marginales que pueden parecer menores en la indicación de pruebas diagnósticas, en el tratamiento o en la estancia puede suponer a nivel global unos ahorros considerables. Unas preguntas que debemos hacer en nuestros servicios son ¿cómo podemos mejorar la eficiencia? y ¿cómo podemos reducir los costos sin comprometer la calidad? Por ejemplo, si

los servicios de MI de los hospitales públicos redujéramos los costos de nuestros ingresos unos 20 euros de promedio, lo que suponía un 0,5% del total de un ingreso en 2008, se ahorrarían al sistema público de salud 11 millones de euros anuales. Si mejoramos la eficiencia en hospitalización, y disminuimos la estancia media un 5%, en un año quedarían disponibles más de 700 camas diarias. En cada servicio hay que proponerse metas realistas de mejora como las comentadas, tratar de alcanzarlas con estrategias adecuadas y medirlas en plazos cortos de tiempo.

Unos mensajes finales. El primero es que ante situaciones de crisis se necesita energía, liderazgo moral, y que debemos renovar nuestro compromiso ético personal para ayudar a resolver los problemas de nuestros pacientes, y los actuales de nuestro país. La voluntad humana es un motor poderoso, con alta capacidad de logro cuando se tiene una motivación fundamentada. Según Marina la inteligencia es la facultad para dirigir el comportamiento para salir bien librados de la situación, que es el problema fundamental, y la voluntad sería la motivación inteligente¹¹. Seamos pues inteligentes y hagamos por tanto lo que debemos y lo que mejor sabemos hacer, que es un buen ejercicio profesional como internistas. La sociedad no es más que la suma de los esfuerzos de todos sus ciudadanos en un quehacer colectivo, y entre ellos los trabajadores sanitarios en ge-

neral, y los médicos en particular, tienen un compromiso especial. Por último, la crisis puede ser una oportunidad para ser mejores profesionales, para formarnos mejor, para optimizar nuestros procesos de toma de decisiones, para prestigiar nuestra especialidad y para posicionarla mejor en España y en Europa. Afrontarlo es el reto presente y una obligación para todos los internistas.

Bibliografía

1. American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, American Board of Internal Medicine, European Federación of Internal Medicine. La profesión médica en el nuevo milenio: Estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clin (Barc)* 2002; 118:704-6.
2. Bauer W, Schumm-Draeger PM, Koebberling J, Gjoerup T, García Alegría JJ, Ferreira F, Higgins C, Kramer M, Licata G, Mittelman M, O'hare J, Unal S. The EFIM Working Group on Political Issues in Internal Medicine. Political issues in Internal Medicine in Europe. A position paper. *Eur J Intern Med.* 2005;16:214-217.
3. Barba Martín R, Marco Martínez J, Losa JE, Canora Lebrato J, Plaza Canteli S, Zapatero Gaviria A. Análisis de 2 años de actividad de MI en los hospitales del Sistema Nacional de Salud. *Rev Clin Esp* 2009; 209: 459-66.
4. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of conservative prescribing. *Arch Intern Med.* 2011; 171:1433-40.
5. García Alegría J. La realidad asistencial de la MI en España. *Rev Clin Esp* 2011; 211: 245-246.
6. Kellet J. Acute hospital medicine-A new sub-specialty or internal medicine re-born? *Eur J Intern Med* 2011; 334-338.
7. Byrne D, Silke B. Acute medical units:review of evidence. *Eur J Intern Med* 2011; 343-347.
8. Peterson MC. A systematic review of outcomes and quality measures in adult patients cared by hospitalist vs nonhospitalist. *Mayo Clin Proc* 2009; 84: 248-254.
9. Owens DK, Qaseem A, Chou R, Shekelle P; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. High-value, cost-conscious health care: concepts for clinicians to evaluate the benefits, harms, and costs of medical interventions. *Ann Intern Med.* 2011; 154:174-80.
10. Weinberger SE. Providing high-value, cost-conscious care: a critical seventh general competency for physicians. *Ann Intern Med.* 2011; 155:386-88.
11. Marina JA. El misterio de la voluntad perdida. Ed. Anagrama, Barcelona 1.997.