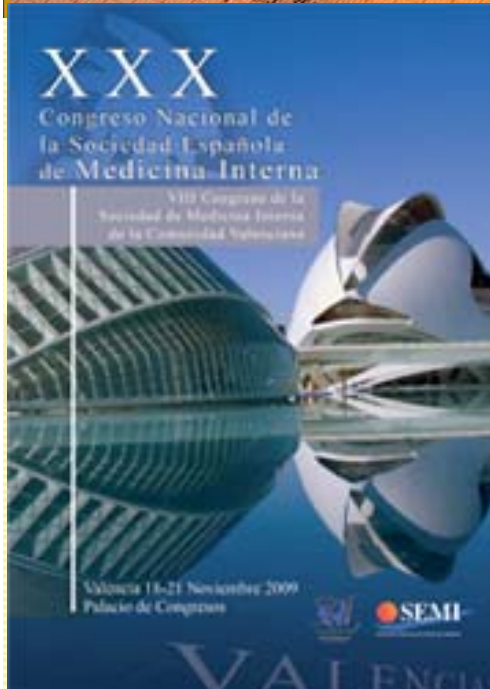


# Proyección de futuro de la medicina interna en su relación con la medicina de familia



Dr. Julio Zarco Rodríguez

Presidente de SEMERGEN (Sociedad Española de  
Médicos de Atención Primaria)

XXX Congreso Nacional de SEMI

Valencia, Noviembre 2009



# Interrogantes para el debate



- ¿Cuál es el futuro que le espera a la Medicina Interna (MI)?, ¿y a la Medicina de Familia (MF)?
- ¿Se atomizará aún más la MI?, ¿y la MF?
- ¿Estará el futuro de la MI fuera del hospital?, ¿y la MF irá al hospital?
- ¿Qué relación de colaboración establecerán la MI y la MF?
- ¿Tendrán un futuro común la MI y la MF?

# Interrogantes para el debate



Para contestar a estas cuestiones hay que analizar el pasado y presente de las dos especialidades

# Un pasado común, un tronco común



La denominación de **Medicina Interna** tuvo su origen en Alemania, en 1880. En ese año, **Strumpell** escribió el primer tratado de Enfermedades Internas y en 1882, en Weisbaden, se celebró el I Congreso de **Medicina Interna**

# Un pasado común, un tronco común



- La MI y la Medicina General (MG) se anclan en un pasado remoto común, no así la MF.
- Cuando la MG accede a las pruebas complementarias y se institucionaliza en el hospital, se convierte en MI.

**“Con el desarrollo de la medicina hospitalaria, muy ligada a las clínicas universitarias, comenzó a perfilarse, en las postrimerías del siglo XIX, una nueva orientación en la medicina general, más ligada a las ciencias básicas biomédicas y a la experimentación, la cual recibió el nombre de Medicina Interna” (1)**

# Un pasado común, un tronco común (...2)



- El MG es el internista extrahospitalario y el MI es el generalista hospitalario
- Características comunes del MG y MI
  - Metodología y reflexión clínica
  - Semiología clínica y abordaje del paciente
  - Relación médico- paciente
  - Visión holística de la enfermedad
  - Manejo de los procesos patológicos

# Un pasado común, un tronco común (...y 3)



- “Desde que esta especialidad se perfiló, lo hizo con una concepción experimental diferente a la esencialmente descriptiva y anatómica que durante siglos caracterizara a la medicina general” (2).
- Los internistas trabajarían tanto en lo que hoy conocemos como **atención primaria de salud** como en los hospitales (3).

(2) Azcuy P. Prólogo. En: Grupo Nacional de Medicina Interna. Normas de Medicina Interna. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1976:VII-VIII

(3) Howell JD. The history of medicine. En: Kelley WN. Textbook of Internal Medicine. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1992:5-8



# Las ramas se separan del tronco



- Los avances científicos y tecnológicos facilitan la super-especialización de la MI
- Aparición de las subespecialidades y atomización de la MI
- El MI pierde el contacto con el generalista.
- La MG se queda aislada y no incorpora los avances científicos y tecnológicos
- La MG pierde la accesibilidad a pruebas complementarias
- El MG deja de subir al hospital
- El MG se aísla en su consultorio



**“Se debilitan la MI y la MG”**

# Situación actual: El tronco queda dividido



# Situación actual: El tronco queda dividido

- El MI pierde el protagonismo en el hospital
- El MI pierde pacientes por la creciente aparición de subespecialidades y servicios hospitalarios: geriatría, infecciosas...)
- El MI busca la subespecialización: unidades de I.C., unidades de prevención de RCV...)
- Aparición en 1980 de la especialidad de MFyC
- El MF busca la subespecialización: prevención de RCV, unidades de deshabituación tabáquica...





# Reforma LGS (1986)



## • Cambios estructurales y funcionales en la AP

- Del MG al MF
- Del ambulatorio al CS
- Del ejercicio individual al equipo multidisciplinar
- Concepto bio-psico-social
- Orientación a la prevención, promoción y EPS
- De la verticalidad a la horizontalidad



# Problemas comunes MI y MF



- Socialización y funcionarización del ejercicio profesional
- Rigidez de los modelos organizativos de los dispositivos sanitarios
- Bruscos cambios socio-demográficos
- Implosión de los avances tecnológicos e informáticos
- Separación entre gestores y clínicos
- División y compartimentalización de niveles
- Debilitación de valores profesionales
- Debilitación del contrato social
- Dificultad para la investigación
- Precaria remuneración salarial y condiciones laborales
- Ausencia de Desarrollo Profesional Continuo
- Pérdida del rol social.

# El tronco astillado



- Nuestra fortaleza es ser generalistas
- Nuestra debilidad es la atomización
- Nuestra fortaleza es la unión
- Nuestra debilidad, la división
- Nuestro origen común nos ha llevado a recorridos paralelos que deben converger

**MG y MF serán fuertes si convergen en un futuro común**



**¿Podemos  
buscar un  
futuro común?**



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA

# Misiones comunes

- **Integración.**

Ambas son ciencias prácticas que debe recuperar y articular de una forma armónica el saber y las destrezas surgidos en las distintas especialidades, que se relacionan con la asistencia de los adultos.

- **Síntesis.**

La promoción del individuo como persona, una e indivisible, en todas sus dimensiones biopsicosociales, como centro de todos los propósitos y metas.

- **Coordinación.**

No es sólo una labor de gerencia -aunque también -, ni de otras disciplinas.

Es una misión esencialmente de servicio, de organización eminentemente horizontal, de dar y de obtener de cada cual, en el colectivo, lo mejor de sí.

- **Cooperación.**

Todas las relaciones deben basarse en una ética humanística de ayuda mutua y con un rigor científico que favorezcan la mejor atención de los adultos. En este sentido, la función educativa -tanto a los estudiantes y profesionales de la salud, como a la comunidad- y la función investigadora, llevadas a cabo con calidad, garantizan su credibilidad.

- **Especificidad.**

Radica en el acceso complejo de la atención médica, social y psicológica de los adultos. En este sentido, interesa resaltar la necesidad de abordar esta atención a las personas como «sujetos» y no como «objetos», situación a veces no totalmente clara a nivel conceptual ni práctico.

# Las bases del encuentro

- No basta sólo con tener las ideas claras.
- Para alcanzar las metas propuestas hace falta también una dosis alta de un buen pragmatismo.
- Son importantes las alianzas estratégicas de la Medicina Interna con otras especialidades de «base ancha», como la medicina familiar, la pediatría, la geriatría, la epidemiología, la salud pública...



# Hacia un camino conjunto



- El desarrollo de la troncalidad (LOPS, 2003) facilitará el encuentro
- Posicionamientos estratégicos comunes entre MI y MF
- Creación de un modelo alternativo de gestión para procesos cuya dirección radique en el MI y MF.

**Juntos,....  
fortalecidos**

# Hacia un modelo integrado.... una propuesta

- Análisis y revisión del modelo asistencial del SNS.
- MF y MI como garantes de la continuidad de los cuidados.
- Imbricación del ámbito hospitalario y de la AP
- Gestión por procesos pivotando entorno a MF y MI
- MI consultor y co-gestor en ámbito de AP
- MF consultor y co-gestor en el ámbito hospitalario



Hacia un modelo integrado....  
una experiencia



**Compartamos el conocimiento....  
es el comienzo**