

# Medicina interna y gestión

## *Internal medicine and administration*

José Luís Jiménez Martínez

*Servicio de Medicina Interna. Complejo hospitalario de Ourense*

Los servicios de Medicina Interna son fundamentales para la buena gestión de los hospitales. Los gerentes y las direcciones centrales de los servicios autonómicos de salud lo saben. Sólo hace falta que nosotros lo creamos también y lo tengamos en consideración en nuestras opciones de desarrollo como especialidad. Quizás actualmente la de mayor recorrido si consigue reconvertir algunas actitudes ancladas en el pasado y asumir el protagonismo que le corresponde.

El internista es el gestor natural de los pacientes con problemas médicos en el hospital. Sobre todo si son pluripatológicos, como ocurre en la gran mayoría de los ingresos hospitalarios a día de hoy. Nadie más capacitado que el internista para conjugar las necesidades del enfermo crónico y/o complejo con la utilización ordenada de los recursos. Para ser, por tanto, médico y gestor clínico a la vez. Para ofrecer calidad y eficiencia, dos conceptos sinónimos en la actividad asistencial sanitaria del presente y el futuro.

Nuestro perfil es el más adecuado para dar respuesta al envejecimiento poblacional y a la eclosión de las enfermedades crónicas. Los internistas estamos en condiciones de ofertar una atención más ágil, integrada y centrada en el paciente que otras especialidades médicas. También más adaptable a los entornos cambiantes y a las coyunturas estacionales que suceden cada año en los hospitales.

Pero, para responder a estas nuevas necesidades es preciso actualizar nuestros formatos de organización interna y apostar por una cartera de servicios más extensa que, a mi modo de ver, debería añadir a nuestros cometidos clásicos:

1. La atención a los pacientes con pluripatología en el hospital y en la consulta externa hospitalaria.
2. La gestión de las Unidades de Corta Estancia y Preingreso.
3. El apoyo a las Unidades de Hospitalización Quirúrgica con presencia de internistas en las mismas.
4. La Hospitalización a Domicilio.
5. La atención a los pacientes con enfermedades avanzadas y complejas, necesitados de Cuidados Paliativos.
6. La referencia especializada para Atención Primaria en los problemas médicos que la precisen: sesiones conjuntas para resolución de casos clínicos, contacto telefónico, correo electrónico, visitas periódicas a los Centros de Salud, consultas externas de acceso rápido para manejo de pacientes de “diagnóstico y/o tratamiento no demorables...”
7. El apoyo a los Servicios Hospitalarios de Urgencia para la adecuación del ingreso médico y la potenciación de sus alternativas (consultas de acceso rápido, HADO...).
8. El desarrollo de nuevas estructuras integradas con Atención Primaria para la gestión asistencial de casos crónicos y complejos con múltiples ingresos hospitalarios. De pacientes que requieren un manejo distinto, con un “radar” permanente, consultas conjuntas entre los dos niveles asistenciales, educación y promoción del autocuidado, planes terapéuticos individualizados, prevención activa de reagudizaciones, tratamiento precoz de las mismas, apoyo social...

*“La falta de investigación y publicación de estudios serios de idoneidad en la práctica clínica de los hospitales de nuestro entorno es un grave obstáculo para mantener la necesaria tensión de mejora continua”*

Seguro que aparecerán aún más líneas de desarrollo de la especialidad en el contexto del imprescindible cambio de modelo asistencial que la sanidad afrontará en los próximos años. Los hospitales tienen que adelgazar a la vez que otros dispositivos más adaptados a la actual demanda se desarrollan. Los procesos ya tienden a ambulatorizarse, las estancias hospitalarias a acortarse, es cada vez más necesaria una coordinación más estrecha con integración de objetivos entre atención primaria y especializada, entre la consulta externa, las urgencias y la hospitalización... No es sostenible la enorme frecuentación de las urgencias, el porcentaje de ingresos por esa vía, el ingente número de consultas externas de especialidad –en muchas ocasiones rutinarias, duplicadas e ineficientes- que cada día llena los hospitales. El cambio es obligado y la Medicina Interna no puede quedarse al margen.

También, los internistas debemos acostumbrarnos a medir los resultados obtenidos y hacerlos públicos. Así, algunas de las críticas que recibimos de determinadas especialidades, quedarán claramente refutadas con datos objetivos. No es ético ni saludable moverse en la oscuridad de los pequeños reductos y las impresiones subjetivas. Todos creemos que lo hacemos bien, pero huimos de la comparación “inter pares”. La falta de investigación y publicación de estudios serios de idoneidad en la práctica clínica de los hospitales de nuestro entorno es un grave obstáculo para mantener la necesaria tensión de mejora continua que nuestra compleja y cambiante actividad profesional requiere.

Pero, para afrontar esta dinámica de autoevaluación periódica y transparencia, es aconseja-

ble adquirir algunos conocimientos y habilidades en el manejo y gestión de los datos clínicos. Los nuevos indicadores de calidad y eficiencia deben ir más allá de una mera cuantificación de la actividad o los índices de rotación de las camas hospitalarias. La estancia media ajustada al peso y complejidad de los procesos (IEMA) es la más adecuada para comparar la casuística del servicio respecto al standard elegido. Mucho más útil que la estancia media simple. A través del conjunto de DRGs que atendemos (case mix) podemos calcular las Unidades de Producción Hospitalaria (UPH) y conocer si nuestros costes son superiores o inferiores a lo esperable...

Estos y otros importantes indicadores más, nos ayudaran a diseñar herramientas propias de medida (cuadros de mando) para desarrollar, sin prisa pero sin pausa, las Unidades o Institutos de Gestión Clínica que, también en Medicina Interna, son ya el modelo más adecuado para una nueva estructura asistencial de los hospitales que trascienda los objetivos de actividad y se centre en la obtención de resultados.

Ahora bien, nada de esto tendrá futuro sin que la formación de los futuros internistas se adapte a este emergente paradigma, sin que los contenidos docentes a todo lo largo de su periodo formativo incluyan el transversal componente de conocimientos en gestión, imprescindible hoy para una actividad clínica de calidad.

La influencia de la Medicina Interna en el día a día de los hospitales tiene que ser cada vez mayor. Nuestra obligación para con el sistema sanitario y las futuras generaciones es responder con convicción y rapidez a estos nuevos retos.