

El Plan Estratégico para el desarrollo de la Medicina Interna en Andalucía

M. Bernabeu-Wittel^a, S. García Morillo^a, M. Ollero^a, J. Hernández-Quero^b, M. A. González de la Puente^a, M. Montero Pérez-Barquero^c, F. Díez^d, J. García-Alegría^e, E. Pujol^f, C. Sanromán^g y J. A. Cuello^a, en representación de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

^aServicio de Medicina Interna. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. ^bServicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Cecilio. Granada. ^cServicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

^dServicio de Medicina Interna. Hospital de Torrecárdenas. Almería. ^eServicio de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella. ^fServicio de Medicina Interna. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

^gServicio de Medicina Interna. Hospital de la Axarquía. Málaga.

El Plan Estratégico para el Desarrollo de la Medicina Interna en Andalucía surgió de la necesidad sentida por los internistas de redefinir la misión y valores de nuestra especialidad, para afrontar los numerosos cambios que estaban ocurriendo en la arena sanitaria. El proyecto se desarrolló en tres fases: primero se analizaron las tendencias del sistema sanitario y la situación actual de la especialidad; posteriormente se pulsó la opinión interna y externa sobre el presente-futuro de la Medicina Interna; y finalmente se establecieron 5 líneas estratégicas con sus planes de acción. Dentro de cada línea se delimitaron objetivos específicos, resultados a lograr, y metodología acorde al plan de acción. Tras varios años de trabajo colegiado en esta iniciativa se han logrado resultados muy positivos. Concluimos que el Plan Estratégico ha resultado útil para situar mejor nuestra especialidad, y que herramientas como la detallada son efectivas para afrontar nuevos retos que puedan acaecer a otros colectivos.

Bernabeu-Wittel M, García Morillo S, Ollero M, Hernández-Quero J, González de la Puente MA, Montero Pérez-Barquero M, Díez F, García-Alegría J, Pujol E, Sanromán C, Cuello JA, en representación de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI). El Plan Estratégico para el desarrollo de la Medicina Interna en Andalucía. Rev Clin Esp. 2008;208(6):295-301.

The strategic plan for the development of internal medicine in Andalusia

The Strategic Plan for the Development of Internal Medicine in Andalusia arose from the need that the internal medicine doctors had to redefine the purpose and values of their specialty to cope with the numerous changes occurring in the health care area. The project was developed in three phases. First, the tendency of the health care system and current position of the specialty were analyzed. After, the internal and external opinions on the present-future of Internal Medicine were checked out. Finally, five strategic lines with their action plans were established. Specific objectives were defined within each line: results to be achieved, methodology according to action plan. After several years of collegial work in this initiative, very positive results have been achieved. We conclude that the Strategic Plan has been useful to better define the position of our specialty and to state which tools such as those mentioned are effective to cope with the new challenges that may occur in other groups.

Consciente de los importantes cambios en las diferentes dimensiones de la salud y la asistencia sanitaria que se estaban produciendo en los últimos años en nuestro entorno, la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI) elaboró entre los años 2000-2002 un plan estratégico para el futuro desarrollo de la especialidad. La iniciativa surgió de un debate interno forjado durante los años previos en las diferentes actividades realizadas por la sociedad, que detectó los problemas y retos más importantes a los que se enfrentaba el colectivo. A partir de esa reflexión se deter-

minaron los objetivos esenciales que debían dirigir y enmarcar el plan estratégico, que se establecieron en tres: en primer lugar impulsar el desarrollo científico de la especialidad de medicina interna (MI) en cada una de sus áreas de conocimiento; en segundo lugar reforzar a los internistas como líderes en el desarrollo de los servicios de salud; y por último potenciar la SADEMI y su capacidad de influencia en el sistema sanitario. Estos tres objetivos se desglosaron en diferentes facetas que se detallan en la tabla 1.

El proyecto se desarrolló metodológicamente con el asesoramiento técnico de la Escuela Andaluza de Salud Pública en tres fases. En una primera fase se analizaron, desde una perspectiva histórica y sociológica, los actuales y futuros retos y tendencias del sistema sanitario, así como la situación actual de la especialidad ante ellos. Posteriormente, en la segunda fase, se procedió a pulsar la opinión interna (al colectivo de internis-

Correspondencia: M. Bernabeu-Wittel.
Servicio de Medicina Interna.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.
Avda. Manuel Siurot s/n.
41013 Sevilla.
Correo electrónico: wittel@cica.es

Aceptado para su publicación el 14 de diciembre de 2007.

TABLA 1
**Objetivos desglosados del Plan Estratégico para el desarrollo de la especialidad,
 elaborados por la Sociedad Andaluza de Medicina Interna**

Objetivo general	Objetivos específicos
Desarrollo científico de la especialidad	Colocar a la MI en el eje de la actividad de los servicios médicos tanto en aspectos asistenciales como docentes y de investigación Potenciar los sistemas de información en MI Desarrollar la cultura de evaluación de resultados Mejorar el nivel de formación MIR Potenciar la investigación en las unidades de MI Aumentar el prestigio científico
Refuerzo de los internistas en el sistema sanitario	Adaptar los servicios de MI a los retos del entorno sanitario Aumentar el papel coordinador del internista en la atención a los pacientes Orientar la especialidad a la resolución de los problemas de los ciudadanos Innovar en el tipo y la organización de unidades asistenciales Promover la participación de los internistas en las nuevas necesidades y demandas de atención (socio-sanitario, hospital de día) Aumentar la presencia en los foros de decisión sobre el sistema de salud Incrementar la colaboración de los internistas con otros especialistas y niveles Desarrollar los aspectos éticos y humanísticos de la asistencia sanitaria
Potenciar el papel de la SADEMI	Mejorar la cohesión interna de los miembros de la SADEMI Mejorar la imagen de la especialidad en la sociedad y en el sistema sanitario Incrementar la presencia de la SADEMI en la definición de planes de formación de residentes y en la definición de plazas MIR Mejorar la presencia de la SADEMI en los órganos de decisión y participación del sistema sanitario Fomentar la actualización de los socios en aspectos innovadores de la actividad médica, científica y de organización sanitaria

MI: medicina interna; SADEMI: Sociedad Andaluza de Medicina Interna.

tas mediante una encuesta transversal multidimensional y validada) y externa (a otros profesionales sanitarios que interaccionan estrechamente con MI mediante el desarrollo de grupos focales) del presente y el futuro de la MI en todas sus diferentes dimensiones. Finalmente, como síntesis y conclusiones de las dos fases previas se establecieron de forma consensuada las líneas estratégicas y los planes de acción a llevar a cabo para el desarrollo futuro óptimo de la especialidad. A continuación se delimitan y detallan las diferentes facetas del análisis que tuvieron lugar en cada una de las tres fases de trabajo sobre las que se construyó el plan estratégico.

El marco general: retos y tendencias actuales del sistema sanitario

Los servicios de salud se enfrentan, en los últimos años, a nuevos retos que tienen su origen en diferentes factores con pesos específicos desiguales en distintos países, pues cada sistema sanitario es el resultado de su historia, sus circunstancias políticas, su cultura y su nivel socioeconómico. A pesar de ello, y tras una amplia búsqueda y comparación documental, se observó que, en general, todos ellos compartían cambios paralelos que se resumieron en dos grandes grupos: los externos al sistema sanitario y los internos.

De entre los factores externos que más se nombraban, los más relevantes fueron:

1) Los cambios demográficos y epidemiológicos. El envejecimiento de la población, la disminución de las tasas de natalidad y la inmigración, así como los cam-

bios epidemiológicos derivados de los avances en la atención a los problemas de salud plantean nuevas exigencias a los servicios sanitarios, que han de adaptarse a un predominio de enfermedades crónicas necesitadas de más cuidados y más atención social, y con peores resultados en su curación, a la aparición de nuevas entidades patológicas como el sida, al aumento de algunos tipos de infecciones y de problemas de salud mental, entre otras.

2) Los cambios sociales y en las expectativas de los ciudadanos. El nivel de formación de los ciudadanos ha experimentado un aumento extraordinario, así como la información de que disponen (medios de comunicación, bases de datos, revistas especializadas, etc.). De entre los cambios en la sociedad que inciden en el comportamiento de los ciudadanos con respecto a los servicios sanitarios destacan: La importancia de la relación personalizada, el desarrollo de una lógica de sociedad de consumo (comparación, diferenciación), la revalorización de los individuos frente a los grupos, los cambios en la estructura social, la desintegración de las familias tradicionales y el decaimiento del ámbito público y auge del privado¹. Estos cambios se reflejan en la exigencia de atención inmediata cuando la necesitan, de información, de participación en las decisiones que les afectan, de elección, de confort, etc. Los ciudadanos exigen mejores y nuevos servicios (fertilidad, estética, etc.) y más calidad de vida.

3) Los nuevos criterios de funcionamiento de las organizaciones. Las sociedades democráticas trasladan sus valores a las organizaciones. La autoridad y la jerarquía adquieren un significado diferente. Hay un rechazo generalizado a la burocracia y a la rigidez de la plani-

ficación centralizada. En el funcionamiento de las organizaciones actuales, la participación de los trabajadores en su gestión, el consenso como método de trabajo, la comunicación, el fomento de la innovación y la autonomía en el trabajo son los nuevos paradigmas. Entre los factores internos encontrados más frecuentemente destacaban:

1) El escenario económico. En los últimos 25 años el gasto sanitario ha crecido el doble de lo que ha crecido la riqueza de los países industrializados. En España, el gasto sanitario total en relación al PIB pasó del 5,9 al 7,6% en el período de 1982 a 1996. El sector público sanitario representó el 78,2% del gasto sanitario total². El nuevo escenario económico, como consecuencia de la convergencia europea y la competencia, cada vez mayor, con otros gastos públicos alternativos (educación, infraestructuras, etc.), no permite importantes crecimientos del presupuesto sanitario. Los principales factores a los que se atribuye la responsabilidad en el crecimiento del gasto sanitario en los países europeos se recogen en la figura 1. A pesar de ello, el crecimiento del gasto no ha tenido los rendimientos esperados, al menos cuando se analizan los indicadores de salud habituales. Asimismo, el análisis de la satisfacción de los usuarios de los distintos países tampoco demuestra que un mayor gasto sea igual a más satisfacción.

2) Los cambios en la práctica clínica, particularmente en cuatro ámbitos:

a) Principios éticos. Además de los criterios hipocráticos de no maleficencia y de beneficencia, se han incorporado el principio de autonomía del paciente, es decir, la participación del enfermo en las decisiones que le afectan, y el principio de equidad o justicia distributiva. La necesidad de garantizar el acceso en condiciones de igualdad a todos los ciudadanos y de maximizar el impacto sobre la salud con los recursos disponibles implica, entre otras cosas, que ser eficiente es ético, porque de otra forma se compromete el objetivo de lograr el máximo beneficio sobre la salud.

b) Avances tecnológicos. La Sanidad continúa siendo uno de los sectores de mayor innovación en tecnologías. Se introducen a menudo sin la adecuada evaluación y su utilización no siempre se atiene a las guías de práctica. Es una de las causas más importante de aumento de los costes. Con frecuencia quedan relegados a un segundo plano aspectos como la historia clínica, la valoración del componente humano y del problema personal.

c) Formas de atención o tipos de provisión de servicios. En los últimos años las mejoras en los modos de proveer los servicios de atención sanitaria han sido muy importantes, y tendrán repercusiones en la organización y patrones de asistencia: hospital de día, unidades de día, telemedicina, teleasistencia, cirugía ambulatoria, unidades de estancias cortas, consultas de acto único, etc.

d) Sistemas de información y comunicación. Especial relevancia tienen las innovaciones en tecnología de la comunicación. Las autopistas de la información, las bases de datos y el desarrollo informático están modificando los servicios sanitarios y la forma de asistencia.

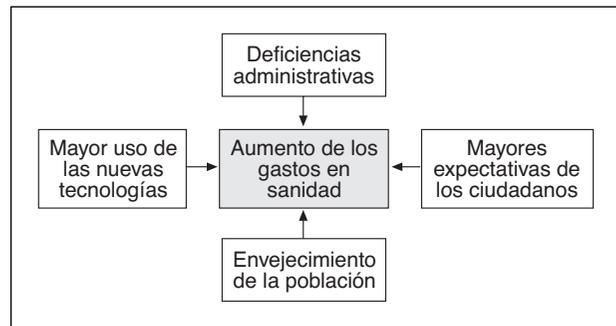


Fig. 1. Principales factores responsables del aumento del gasto sanitario en los países europeos.

En resumen, todos estos aspectos planteaban una atención sanitaria del siglo XXI que se movería en escenarios cambiantes y complicados como son:

- 1) Aumento de la esperanza de vida y mayor prevalencia de enfermedades crónicas.
- 2) Demandas crecientes de los ciudadanos de más y mejores servicios.
- 3) Cambios en las relaciones médico/paciente.
- 4) Restricciones presupuestarias/recursos limitados.
- 5) Énfasis en la utilización adecuada de los recursos para la asistencia.
- 6) Evaluación de resultados en base a parámetros de eficiencia y calidad de vida resultante.
- 7) Introducción de mecanismos de gestión empresarial en los centros sanitarios.
- 8) Gran desarrollo de nuevas tecnologías, incrementando la intensificación tecnológica en la asistencia.

La medicina interna en nuestro Estado

Aparte de los aspectos comunes tan bien conocidos de la MI, las características diferenciales de la especialidad, comparándolas con otros países de nuestro entorno, podrían resumirse en tres: período de formación prolongado (situada dentro del grupo de especialidades con 5 años, el período más largo de nuestro sistema MIR); elevado nivel de formación científico-técnica, que le confiere al internista habilidades suficientes para manejar eficientemente y de forma integral-integradora un amplio espectro de problemas médicos en pacientes adultos, tanto hospitalizados como en el marco ambulatorio³, y por último el ámbito de actuación eminentemente hospitalario, siendo muy escasos los lugares de nuestra geografía donde a los internistas se les ha encomendado cobertura especializada de área.

Estas características colocaron a la especialidad en situación de privilegio en los dos primeros tercios del siglo pasado, cuando el modelo de asistencia era predominantemente «hospitalocéntrico» y la Atención Primaria frágil en aptitud y medios. El escenario sufrió una profunda transformación en el último tercio de siglo en base a dos factores esenciales: en primer lugar, el desarrollo y estructuración de la medicina familiar y comunitaria en todos sus aspectos (conceptuales, formativos, organizativos y asistenciales), que ha reorientado de forma saludable el flujo asistencial, acercán-

dose a la ciudadanía, y en segundo lugar, el necesario desarrollo y crecimiento de las especialidades médicas entroncadas previamente dentro de la MI, impulsadas por los avances tecnológicos algunas (como cardiología y aparato digestivo) o por la sofisticación terapéutica otras (como hematología y oncología). Estos dos factores, acompañados de un cierto inmovilismo y divergencias de intereses dentro del colectivo de internistas desencadenaron paulatinamente en los últimos 15-20 años del siglo pasado la ya conocida por todos «crisis de la MI»^{4,5}. Efectivamente, por un lado el «hospitalocentrismo» troquelado en el carácter de los internistas desde el inicio de su período formativo dificultó, sobremanera, la relación con la emergente medicina familiar y comunitaria, finalista clara en múltiples procesos médicos, estableciéndose un modelo de relación en muchos casos lejano, vertical y basado en el papel: el internista quedaba prácticamente aislado de la comunidad y la ciudadanía, y sin la sinergia de un gran aliado: el médico de familia. Por otro lado, sobre todo en los hospitales de tercer nivel, pero también en los comarcales, el desarrollo de las especialidades médicas, apoyado por una paulatina visión de la asistencia más «tecnocrática» y atomizada, colisionó con la visión y las aptitudes de los internistas, que no pudieron o supieron transmitir a las diferentes instancias (directivas, mediáticas y a la ciudadanía) los valores que aportaban al producto asistencial global del hospital (el eje integral-integrador). Se produjeron fricciones entre ambos colectivos (especialidades médicas-MI) por territorios asistenciales fronterizos/comunes, acceso a las técnicas, formación e investigación: el internista perdió en gran medida su papel previo en el hospital, quedando en parte aislado y con un horizonte asistencial incierto. Indudablemente, otros factores distintos a los comentados, y de índole más universal (demográficos, socioeconómicos, organizativos, de insatisfacción laboral), contribuyeron a esta crisis y debate sobre la especialidad de MI, que se extendió a muchos Estados con sistemas sanitarios de características diferentes^{6,8}. Se abrió un período de reflexión generalizada sobre el papel del internista ante los nuevos retos sanitarios, que ha impulsado la exploración de nuevos territorios asistenciales y científicos, así como áreas de mejora sobre las que los internistas pueden ejercer de «catalizador». Han surgido así iniciativas atractivas y adaptativas que amplían el contenido de la especialidad, como son el movimiento hospitalista en los Estados Unidos o el proyecto de colaboración entre médicos de familia e internistas en nuestro país^{9,10}. Estas y otras iniciativas novedosas impulsadas desde las sociedades científicas, y algunas unidades¹¹ en los últimos años, están generando una nueva corriente de optimismo entre el colectivo de internistas, y reforzando la imagen del internista entre otros profesionales y la ciudadanía.

Estudio de opinión interno y externo sobre la especialidad

Tras los dos análisis previos, se llevó a cabo una de las fases más importantes del proyecto, con el objetivo de

estudiar las características socioprofesionales, satisfacción laboral y opinión interna de los internistas andaluces, y de conocer la opinión externa que de la MI tienen otros profesionales sanitarios que interactúan frecuentemente con los internistas. Para ello, se realizó por un lado una encuesta validada transversal a 182 internistas andaluces de 34 hospitales, y por otro 7 grupos focales con un total de 47 profesionales sanitarios de diferentes ámbitos (dos grupos con médicos de familia, dos con diferentes especialistas médicos y quirúrgicos de hospitales comarcales, tres con especialistas médicos y quirúrgicos de hospitales regionales o de tercer nivel, y uno con directivos y gerentes de hospitales con más de 6 años de experiencia en el cargo)¹². Como resumen de la encuesta, y desde el punto de vista socioprofesional, los internistas andaluces dedicaban la mayor parte de la jornada semanal a la atención de pacientes hospitalizados, y menor tiempo a pacientes ambulatorios (consultas, unidades de día, etc.), asesoría técnica o contacto con Atención Primaria. En general, la satisfacción laboral resultó elevada en cuanto a los contenidos clínicos y las relaciones laborales, y baja con respecto al lugar físico de trabajo, dotación material y de infraestructuras, a las relaciones con los órganos directivos y la estabilidad laboral y posibilidades de promoción profesional. Si bien la mayoría se mostró pesimista con respecto a la situación actual de la MI (por la fragmentación asistencial, las divergencias de intereses y el escaso espíritu de equipo de los internistas, y por las dificultades para adaptarse a los nuevos retos sanitarios), más del 75% en el momento actual, si hubiera tenido oportunidad de elegir otra especialidad, habría decidido de nuevo MI. Las líneas que definieron los internistas como primordiales para el futuro desarrollo de la especialidad fueron: la colaboración estrecha y la convergencia de objetivos con Atención Primaria, seguida de la asistencia integral y con continuidad al subgrupo de pacientes vulnerables y pluripatológicos, el refuerzo de la presencia del internista como consultor en el hospital, y la reforma de la formación de los residentes¹². Las conclusiones del análisis cualitativo de los grupos focales resultaron altamente concordantes con la imagen interna revelada en la encuesta. Las cuatro líneas estratégicas más repetidas para el futuro desarrollo de la especialidad fueron: el desarrollo del papel de coordinador tanto a nivel de hospital (asesoría técnica) como del paciente con múltiples comorbilidades (el internista como el «agente» del paciente en el hospital), el impulso del papel de consultor para otras especialidades y para Atención Primaria, la mayor presencia de los internistas en los nuevos escenarios asistenciales (hospitalización domiciliaria, consultas rápidas, unidades de día médicas y consultas de acto único), y por último el refuerzo del papel docente de la MI, tanto en pre- como en post-grado. Además de comentarios específicos realizados por los diferentes grupos focales, según la variable de agrupación previamente comentada, todos ellos coincidieron en que las mayores oportunidades para la especialidad estribaban en el envejecimiento progresivo de la población (que colocaría a las especialidades «holísticas» en situa-

ción de ventaja) y en el desarrollo de programas de colaboración estrecha con Atención Primaria, mientras que las mayores amenazas las constituían un desarrollo disarmónico de las subespecialidades (incluida la propia MI), y la heterogeneidad de intereses del colectivo de internistas¹².

Definición y puesta en marcha de las líneas estratégicas

Tras el análisis detallado de la información cualitativa y cuantitativa de las dos fases anteriores, previo amplio debate y consenso, se establecieron las cinco líneas estratégicas que se enumeran a continuación:

Línea 1: el papel del internista, su orientación al usuario, y su papel como líder en el desarrollo de los servicios de salud.

Línea 2: indicadores de calidad asistencial en MI, guías de práctica clínica; procesos asistenciales integrados.

Línea 3: gestión clínica, efectividad y eficiencia en MI, unidades de gestión clínica.

Línea 4: formación en MI, mapa de competencias.

Línea 5: investigación clínica aplicada.

Dentro de cada línea estratégica se delimitaron unos objetivos específicos, unos productos o resultados a lograr y una metodología acorde al plan de acción. Esta información se detalla en la tabla 2.

Con la perspectiva actual de varios años de trabajo continuado en las diferentes líneas, podemos afirmar que su desarrollo se ha llevado a cabo de forma compacta, con resultados homogéneos, si bien a diferentes «velocidades» en función de la trayectoria previa de las líneas y su dificultad metodológica y logística. En lo que respecta al papel del internista y su papel como líder en el desarrollo de los servicios de salud, se ha avanzado enormemente en contactos y trabajo conjunto con las autoridades sanitarias, lo cual fructificó en la presencia de la figura asistencial del internista en muchos de los procesos asistenciales integrados, y en su coprotagonismo indiscutible junto con Atención Primaria en la atención al paciente pluripatológico^{13,14}. Asimismo, en la presente y futura mejora en nuestra geografía de los centros hospitalarios de alta resolución (CHARES) la figura del internista va a desempeñar un papel predominante.

En la línea de indicadores de calidad en MI y guías de práctica clínica se organizó un grupo multicéntrico que ha editado y difundido varias guías sobre patologías frecuentes en MI, que han tenido un impacto en la práctica clínica de los internistas andaluces, y en la actualidad se sigue trabajando activamente en esta línea^{15,16}.

En lo que respecta a la gestión clínica y a unidades de gestión, las unidades de MI han sido pioneras en adaptarse a esta nueva herramienta de gestión, y actualmente se está trabajando en la definición y elaboración de un acuerdo de gestión clínica marco, válido para todas las unidades de MI, que cohesionen, homogenice y sirva para establecer líneas multicéntricas de trabajo futuro en resultados y eficiencia.

Actualmente se está colaborando activamente con el Grupo de Docencia de la Sociedad Española de Medi-

cina Interna en la reformulación de un programa actualizado para la formación de especialistas de MI, y varios miembros de la SADEMI se encuentran plenamente implicados en el panel de expertos que están desarrollando el mapa de competencias y acreditación de especialistas y unidades de MI. Por último, desde la actual Junta Directiva de la SADEMI y sus predecesoras se le ha dado un impulso a la investigación clínica aplicada con la creación de una fundación, la organización de cursos de metodología en la investigación, la reapertura de una página web para facilitar el trabajo en red, así como otras iniciativas para dar soporte a la germinación de trabajos multicéntricos.

A lo largo de estos años, hemos podido percibir en los diferentes foros cómo el discurso de los internistas ha ido evolucionando desde el pesimismo y la reivindicación histórica a un progresivo optimismo y espíritu emprendedor y cooperativo (tanto interno como con otras especialidades), superando por tanto el período «oscuro» de fin de siglo y afrontando este nuevo siglo con un horizonte mucho más luminoso.

En conclusión, podemos decir que la implantación de un plan estratégico para el desarrollo de la MI en Andalucía ha sido útil para impulsar una redefinición de la misión y valores, así como un mejor posicionamiento de cara al futuro de la especialidad. Iniciativas como la detallada pueden considerarse herramientas efectivas para afrontar los nuevos retos que puedan caer a otros colectivos de profesionales sanitarios.

Agradecimientos

La realización de todas las fases del Plan Estratégico para el Desarrollo de la Medicina Interna en Andalucía se llevó a cabo con financiación de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna.

Agradecimiento especial a los Doctores Juan Antonio Ortiz-Minuesa, Juan Ballesteros Rodríguez, Enrique Calderón Sandubete, Pedro Castillo Higuera, Eduardo Gómez Camacho, Juan Porrás Vivas, Francisco Pérez Jiménez y Alfredo Michán Doña, por su dedicación y trabajo en las diferentes líneas estratégicas del Plan.

A Don Juan José Pérez Lázaro y la Escuela Andaluza de Salud Pública por su apoyo metodológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Irigoyen Sánchez-Robles J. La crisis del Sistema Sanitario en España: una interpretación sociológica. Universidad de Granada. Biblioteca de Ciencias Políticas y Sociología. Serie Estudios, nº 12. 1996.
2. Cabasés Hita S. La financiación del Sistema Sanitario en España. En: Catalá F, de Manuel Keenoy E, editores. Informe SESPAS 1998: la salud pública y el estado de bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
3. Consejo Nacional de Especialidades Médicas y Comisión Nacional de Medicina Interna. Formación de la especialidad de Medicina Interna. En: Guía de formación de especialistas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996. p. 317-24.
4. García Páez JM. La medicina interna al final de un siglo. *Med Clin (Barc)*. 1996;106:378-9.
5. Grau A. La medicina interna general a debate. *Med Clin (Barc)*. 1996; 106:276-7.
6. Anonymous. The future of general internal medicine. Council on Long Range Planning and Development in Cooperation with the American College of Physicians, the American Society of Internal Medicine, and the Society of General Internal Medicine. *JAMA*. 1989;262:2119-24.

TABLA 2
Objetivos, productos y metodología de las cinco líneas estratégicas que se definieron para el desarrollo de la especialidad de medicina interna

Línea	Objetivos	Productos	Metodología
El papel del internista	<p>Elaborar un conjunto de ideas que definan e identifiquen fácilmente la especialidad de cara al sistema y al ciudadano</p> <p>Orientar la asistencia en MI al paciente y no a la enfermedad</p> <p>Mejorar la calidad percibida por los usuarios de servicios de MI</p> <p>Redefinir el papel de consultor y enlace</p> <p>Conocer las necesidades mal cubiertas en el sistema sanitario</p>	<p>Definición de misión, valores, cartera de servicios y técnicas</p> <p>Decálogo de la Sociedad y carta de compromisos con los ciudadanos</p> <p>Estrategia interna para orientación al usuario</p> <p>Encuesta de opinión al usuario y observatorio permanente de calidad percibida y satisfacción</p> <p>Propuesta sobre proceso interconsultas y enlace</p> <p>Presencia en foros de negociación, discusión y difusión sobre organización sanitaria</p> <p>Evaluación, propuesta e implantación de nuevas alternativas asistenciales</p> <p>Guías de atención a pacientes pluripatológicos y con enfermedades de importancia creciente</p>	<p>Síntesis de la documentación de fases previas del Plan y validación con líderes nacionales, gerentes, otros especialistas y usuarios</p> <p>Grupos focales y nominales con expertos y validación mediante debate interno</p> <p>Plan de comunicación interno</p> <p>Aplicación de una encuesta SADEMI con el modelo Servqual (Parasuraman), y desarrollo del observatorio en servicios de MI</p> <p>Análisis del papel actual del interconsultor y enlace del internista</p> <p>Análisis de las experiencias de nuevos diseños organizativos en MI y difusión de los mismos</p>
Indicadores y Guías en MI	<p>Posibilitar evaluación de la calidad en MI</p> <p>Fomentar la protocolización asistencial y acercar las guías de práctica clínica al internista</p>	<p>Selección de indicadores de calidad más pertinentes en MI</p> <p>Selección y difusión de protocolos en un número determinado de procesos prevalentes en MI</p>	<p>Creación de un grupo de trabajo que identifique indicadores con criterios de frecuencia, gravedad, variabilidad y consumo de recursos</p> <p>Para cada indicador se fijará el proceso al que se refiere, la dimensión, la relevancia, el método de cálculo y el estándar</p>
Gestión clínica	<p>Liderar el proyecto de gestión clínica</p> <p>Identificar los aspectos de efectividad y eficiencia que definen la buena gestión en MI</p> <p>Medir el grado de eficiencia y efectividad relativa de MI en función de los previamente seleccionados</p> <p>Recomendaciones de desarrollo en gestión de MI</p>	<p>Oferta de formación en gestión clínica para internistas</p> <p>Modelo de acuerdo de gestión clínica para la especialidad</p> <p>Modelo de evaluación del desarrollo de las unidades de gestión clínica</p> <p>Conjunto de indicadores clave para el diagnóstico de la eficiencia y efectividad de MI</p> <p>Estudio de eficiencia y efectividad comparada</p> <p>Documento de conclusiones y recomendaciones de mejora y desarrollo</p>	<p>Grupo de trabajo de internistas con experiencia en gestión clínica y asesores</p> <p>Desarrollar un modelo de acuerdo de gestión adaptado a la especialidad</p> <p>Evaluar experiencias actuales de unidades de gestión</p> <p>Utilización de técnicas cualitativas en la fase de selección de aspectos clave e indicadores de medida</p> <p>Aplicación de métodos no paramétricos de medida de la eficiencia relativa</p> <p>Utilización de técnicas de <i>benchmarking</i> y análisis de las mejores prácticas</p>
Formación en MI	<p>Potenciar el papel docente de los internistas</p> <p>Adaptar la formación a las nuevas demandas sociales</p> <p>Facilitar el proceso de evaluación y acreditación con un programa que defina explícitamente las competencias</p>	<p>Participación en la propuesta de programa de formación común MIR en Andalucía</p> <p>Mapa de competencias del residente de MI en la comunidad andaluza</p> <p>Guía de formación del residente de MI</p> <p>Reunión de jefes de servicio y tutores de MI patrocinada por SADEMI y Consejería de Salud</p>	<p>Análisis cualitativo de la actividad docente</p> <p>Coordinación de tutores de MI</p> <p>Debate interno acerca del programa de formación</p> <p>Encuesta a residentes y jefes de servicio de MI</p> <p>Coordinación con la Comisión Nacional de Especialidades</p>
Investigación clínica	<p>Incrementar el número y la calidad de trabajos de investigación, y su aplicación a la práctica clínica</p>	<p>Definición de las líneas de investigación aplicada</p> <p>Plan de formación en metodología de investigación</p> <p>Vínculos (<i>links</i>) en la hoja web de SADEMI</p> <p>Bases del premio al mejor proyecto de investigación clínica</p> <p>Aumento del número de proyectos financiados</p>	<p>Creación de una sección de investigación estable en SADEMI</p> <p>Identificar áreas de investigación de interés para internistas</p> <p>Obtener fuentes de financiación</p> <p>Facilitar encuentros entre investigadores</p>

7. Waldvogel F. Internal medicine today-and tomorrow? Schweiz Med Wochenschr. 1992;122:1941-7.
8. Fournier AM. Resolving the conflicts between general and subspecialty medicine: the internist as a consulting physician-scientist. Am J Med. 1998; 104:259-63.
9. Sox HC. The hospitalist model: perspectives of the patient, the internist, and internal medicine. Ann Intern Med. 1999;130:368-72.
10. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. Madrid: SEMI; 1998.
11. Blanco M, Pérez A, Ollero M, Galindo J, Espinosa R, Rincón M. Proceso de transferencia de pacientes en una Unidad de día de Medicina Interna General. XVI Congreso de la SADEMI. Almería: noviembre 1999.
12. Bernabeu-Wittel M, Garcia-Morillo S, Pérez-Lázaro JJ, Rodríguez IM, Ollero M, Calderón E, et al on behalf of the Andalusian Society of Internal Medicine. Worklife, career satisfaction and positioning of general internists in the south of Spain. Eur J Intern Med. 2005;16(6):454-60.
13. Anónimo. Plan Marco de Calidad y Eficiencia. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sevilla, 2000.
14. Ollero M, Cabrera JM, de Osorno M, de Villar E, García D, Gómez E, et al. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2002.
15. Marín León I, Grilo Reina A, Calderón Sandubete E, en nombre del Grupo CMBIE. Guía de práctica clínica basada en la evidencia sobre el manejo de la angina inestable. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 1998.
16. Alonso-Ortiz C, Medrano FJ, Romero A, Villar E, Calderón E, Marín I, et al. Guía sobre prevención de enfermedad tromboembólica venosa en patología médica. Córdoba: Ed SADEMI; 2003.