

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana  
Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán"

## La Medicina Interna en el ambiente hospitalario

### The Internal Medicine in the hospitable environment

Miguel A. Blanco Aspiazu<sup>I</sup>, Lázaro Díaz Hernández<sup>II</sup>, Sandra Cruillas Miranda<sup>III</sup>, Ariadna Méndez Rosabal<sup>IV</sup>, Jorge L. Gelado Rodríguez<sup>V</sup>, Dr. Feliz Báez Sarría<sup>VI</sup>

<sup>I</sup> Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor titular. Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán". E.mail: [aspiazu@infomed.sld.cu](mailto:aspiazu@infomed.sld.cu)

<sup>II</sup> Profesor Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. E.mail: [ldh@infomed.sld.cu](mailto:ldh@infomed.sld.cu)

<sup>III</sup> Instructora. Hospital Central Militar Universitario "Dr. Carlos J. Finlay". E.mail: [sruillas@infomed.sld.cu](mailto:sruillas@infomed.sld.cu)

<sup>IV</sup> Profesora Auxiliar. Hospital Militar Central Universitario "Dr. Carlos J. Finlay". E.mail: [arieri@infomed.sld.cu](mailto:arieri@infomed.sld.cu)

<sup>V</sup> Instructor. Hospital Militar Central Universitario "Dr. Carlos J. Finlay".

<sup>VI</sup> Instructor. Hospital Militar Central Universitario "Dr. Carlos J. Finlay". E.mail: [felixbs@infomed.sld.cu](mailto:felixbs@infomed.sld.cu)

---

## RESUMEN

**Introducción:** los cambios del contexto de trabajo en los hospitales para los internistas exigen perfeccionar el funcionamiento de sus servicios.

**Objetivos:** identificar problemas que afectan a la especialidad Medicina Interna y los cambios organizativos necesarios para su solución, en un hospital clínico-quirúrgico.

**Material y Métodos:** se realizó investigación cualitativa, basada en la actividad de un grupo nominal que dio salida a tareas propias de la dirección estratégica.

**Resultados:** se definió la misión, visión y líneas estratégicas de trabajo del Servicio de Medicina Interna, se caracterizó el contexto y definieron como problemas en orden de prioridad: Deterioro del método clínico; práctica de una

Medicina biologicista; insuficiente disponibilidad de camas; limitaciones en los recursos humanos, materiales y financieros para la máxima calidad de la atención y sobrecarga de los servicios clínicos. Se definieron las fortalezas, debilidades, amenazas y oportunidades. De ellas se derivaron propuestas de acciones ofensivas, adaptativas, defensivas y de supervivencia para lograr un cambio positivo en el trabajo de esta especialidad.

**Conclusiones:** la gestión del capital humano en Medicina Interna implica una estructura colaborativa más eficiente para el hospital, que depare mejor utilización de los internistas como médico generalista e integrador, lo que contribuiría a disminuir las fronteras físicas de las salas y centrar el trabajo en los enfermos.

**Palabras clave:** Medicina Interna, dirección estratégica, médico generalista e integrador, estructura colaborativa.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** the work context changes of the internists demand to make perfect the functioning of their services.

**Objectives:** identify problems that affect the Internal Medicine and the necessary organizative changes to solve them, at a clinical-surgical hospital.

**Material and Methods:** it was a qualitative research based on the activity of a nominal group that gave vent to own tasks of the strategic direction.

**Results:** the mission, vision and the Internal Medicine service's strategic lines of work were defined; the context was assigned priority to its problems: Deterioration of the clinical method; the practice of a biologist medicine; insufficient availability of beds; Limitations in human, materials and financiers resources for the maximum quality of attention; Overload of the clinical services. It was defined fortresses, weaknesses, threats and opportunities. The offensive, adjustatives, defensives and survival actions to achieve a positive change were derived.

**Conclusions:** the management of the human capital in internal medicine implies a collaborative structure more efficient for the hospital, that better utilization of the internists like generalist and integrative doctor that would contribute to diminish the physical frontiers of the wards and centering the work in the sick persons

**Kew words:** Internal Medicine, strategic management, generalist and integrative doctor, collaborative structure.

---

## INTRODUCCIÓN

La Medicina Interna ha venido evolucionando entre dos polos desde la segunda mitad del siglo XX. Por un lado, la revolución científico- técnica propició el desarrollo de las subespecialidades clínicas que han estado matizadas por una visión más "clínico-tecnológica". Por otro lado, paralelamente, se ha venido imponiendo la medicina familiar en el nivel de atención primaria, afortunadamente con una visión más "clínico-epidemiológica" del proceso salud-enfermedad. En nuestro país, bajo estas influencias, la Medicina Interna ha sido impactada, además, por todo el entorno socioeconómico, lo que condiciona la necesidad de transitar a un estado más funcional de la especialidad y sus servicios en el ámbito

---

hospitalario; de lo contrario, se profundizarán los problemas que actualmente afronta.

En nuestros hospitales ha venido aconteciendo un proceso de perfeccionamiento <sup>1</sup> que también ha marcado el papel del internista. Los cambios en el contexto sociopolítico, económico, cultural y demográfico del país exigen perfeccionar el funcionamiento de los hospitales de manera que se trabaje con eficiencia y se logre satisfacción del usuario externo e interno, entre los cuales están los médicos internistas. La publicación de experiencias locales puede ser valorada por otras instituciones, adaptadas a su contexto y perfeccionada.

## **OBJETIVO**

En esta investigación se identifican problemas que afectan la especialidad Medicina Interna y se proponen cambios necesarios en su perfil ocupacional en un hospital clínico-quirúrgico general.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó una investigación cualitativa, basada en tecnologías gerenciales propias de la dirección estratégica. Para ello se constituyó un grupo nominal por los autores con las siguientes tareas en secuencia:

- Definición de la misión de un Servicio de Medicina Interna.
- Definición de la visión de un Servicio de Medicina Interna.
- Definición de las líneas estratégicas de desarrollo del Servicio de Medicina Interna en un Hospital Clínico-Quirúrgico.
- Identificación de problemas que afrontan los internistas para cumplir las funciones de trabajo.
- Priorización de los problemas mediante la comparación por pares basada en los criterios: gravedad, extensión, factibilidad de la solución, motricidad.
- Identificación de las fuerzas de cambio mediante la matriz DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas, Oportunidades).
- Identificación de las acciones estratégicas a seguir para la solución de los problemas.

A la actividad del grupo nominal con reuniones semanales, se asoció la revisión de literatura referenciable y documentos del servicio sede de la investigación en cuya creación participó el autor principal, además el intercambio con colegas de otras instituciones hospitalarias.

## **RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

Existe una interacción dialéctica entre la estrategia para desarrollar la atención médica, la estructura en que se base la organización y la cultura que subyace en cada trabajador del hospital. Por tanto, la estrategia que se proponga solo será

viable si se propician los necesarios cambios en la estructura organizativa y la cultura del servicio y el hospital.

El cambio en la cultura es el que más tiempo requiere, pues se trata de romper esquemas de pensamiento, muy arraigados y mantenidos por el temor a que con el tránsito a un nuevo estado, se quede en posición de desventaja. El entorno socioeconómico del país influye en la visión de la vida y el trabajo de cualquier trabajador.

Algunas creencias, no siempre son coherentes con qué es el paciente y luego el trío paciente-médico de asistencia-enfermería, el centro alrededor del cual se sitúa y pone a disposición el resto de la estructura del servicio.

La misión y líneas estratégicas de trabajo propuestas se derivan de sus homólogas del hospital con la particularidad del Servicio de Medicina Interna. Encierran además las esencialidades de la especialidad, la atención integral al adulto.<sup>2,3</sup> Obedecen a características propias de cada institución, aunque manifiestan elementos comunes que son los destacados en este artículo.

### **Misión**

El Servicio de Medicina Interna está dedicado a prestar servicios asistenciales, docentes e investigativos de alto nivel científico, caracterizado por una atención médica integral, eficiente y centrada a los pacientes; un ambiente educativo que permita el rescate del método clínico; un desarrollo científico que permita lograr que más de 50% de sus médicos alcancen grados de *Master* o Doctor en Ciencias Médicas. Todo ello permitirá lograr la satisfacción de los pacientes, su familia, el resto de las especialidades, los educandos y médicos de nuestra especialidad.

### **Visión**

Como visión en los próximos 5 años, se asume:

El Servicio de Medicina Interna ha logrado actuar como una especialidad transdisciplinaria e integrada al trabajo en equipo en torno al paciente. Su personal mantiene una alta autoestima. Ha logrado eficiencia en el uso de los recursos y un alto grado de satisfacción de pacientes, familiares y compañeros de trabajo.

La política de gestión de la calidad coherente con este empeño se basa en el principio de que los educandos, investigadores, trabajadores del centro, pacientes y familiares que reciban la atención del personal del Servicio queden satisfechos y, a la vez, se obtengan los resultados meritorios deseados a criterio de expertos en las esferas del desempeño asistencial, docente, administrativa e investigativa.

### **Líneas estratégicas de trabajo**

A partir de la experiencia acumulada por los autores y el intercambio con colegas de otras instituciones y en consulta con el resto del personal del Centro, se definieron las líneas estratégicas de transformación del Servicio:

1. Garantizar la asistencia médica coordinada y eficiente en el Servicio de Urgencia.
2. Brindar una asistencia médica de calidad, en cualquier espacio asistencial relacionado con el hospital donde sea necesario.

3. Lograr una gestión eficiente y efectiva de los recursos humanos, materiales y financieros asignados.
4. Alcanzar la condición de colectivo moral.
5. Crear un ambiente educativo favorable en el pregrado, el postgrado y la educación continuada.
6. Brindar el asesoramiento médico especializado a los otros servicios que lo soliciten.
7. Desarrollar el sistema de control de la calidad.
8. Perfeccionar el trabajo investigativo poniéndolo al servicio de la docencia y la asistencia en coherencia con las líneas de investigación del hospital y la facultad.
9. Implantar el proceso de dirección, vinculando la dirección por proyectos, por objetivos, estratégica y por valores según lo requiera la situación concreta.
10. Contribuir a rescatar la aplicación "apropiada" del Método Clínico por todas las especialidades hospitalarias incluidas la de perfil epidemiológico y quirúrgico.

### **Análisis del contexto e identificación de problemas para cumplir la misión**

La creación de una estrategia para el cumplimiento de la misión, el logro de la visión y las líneas estratégicas de trabajo señaladas exigen comenzar por un análisis del contexto más reciente en el que se desempeñan los internistas del hospital. Aspecto que se presenta muy resumido y se verá que tiene elementos comunes con otros hospitales.

Los problemas que se describen a continuación emergieron en la discusión, pero tienen su base real en la vivencia diaria de los internistas, su interacción con otros colegas, los resultados del funcionamiento de los círculos de la calidad y los comités asesores.

Un fenómeno del que no escapa la especialidad es el deterioro del Método Clínico.<sup>4</sup> A este fenómeno universal se le han atribuido como causas, la mala utilización del desarrollo científico-técnico, la influencia del mercado y el optimismo tecnológico al que se contribuye desde el proceso docente y los medios de comunicación masiva. A estos factores que rebasan los marcos de la institución se suma la modificación del papel de la Medicina Interna en los hospitales.

Muy asociada al deterioro del método clínico está la práctica de una Medicina Biologicista donde factores como la formación de pre y postgrado, así como disposiciones organizativas, pueden ser modificadas por los internistas del Servicio. Esto no excluye otros factores más alejados de nuestro campo de acción. El contacto efímero con el paciente propio de algunas especialidades y escenarios de atención puede complementarse con las propuestas de formas de atención más longitudinales brindadas por los internistas si se integran a equipos de atención médica de especialidades quirúrgicas y de pacientes en el Servicio de Urgencia. Es el internista un médico que se debe formar en esta perspectiva y luego en la práctica crear las condiciones objetivas de forma tal que sea posible que actúe bajo el enfoque biosicosocial.

En el camino hacia la eficiencia se incluyen todas las especialidades, pues la atención a pacientes suele requerirlo y ello implica que los cambios en alguna, influyan en otras. Valga como ejemplo la disminución de la estadía en las especialidades quirúrgicas mediante la cirugía ambulatoria. Estos logros del hospital expresan eficiencia en el uso de los recursos del Centro y permiten que el enfermo vuelva más rápido a su medio. Además, es coherente con los cambios en el currículo de pregrado en Medicina más limitado a los conocimientos y habilidades

esenciales necesarios para un médico general básico. Este avance en el control de la estadía y la práctica del Servicio de Cirugía ha impactado el trabajo del internista, pues con poca frecuencia estudian pacientes que bajo su vigilancia estarían más seguros.

En el caso particular del Servicio de Medicina Interna no se han logrado explotar otras opciones que contribuirían a disminuir la estadía y los costos.<sup>5</sup> Por otro lado, pacientes que deben resolver su problema de diagnóstico o tratamiento en atención primaria llegan al hospital, y pacientes que deben tener solución ambulatoria en consulta externa también ingresan. Las razones expresan la contradicción entre la necesidad y disposición de los recursos en los diferentes escenarios de asistencia. Un fenómeno asociado a estas carencias es el síndrome de los pacientes recomendados que también sobrecarga el trabajo del internista y puede conducir a complicaciones.<sup>6</sup>

Se han creado consultas especializadas, grupos interdisciplinarios, reparado la Sala de Cuidados Progresivos a pacientes con cardiopatía isquémica. También salas atendidas directamente por especialidades como Neurología, Nefrología y en el futuro una de Gastroenterología y la Unidad de *ictus*. Aunque en estas salas ingresan pacientes con determinadas enfermedades, la comorbilidad es frecuente y por tanto requiere de la visión integral del internista. Los equipos de médicos requieren de transdisciplinariedad y es ahí donde los internistas se hacen imprescindibles. De lo contrario, se atomiza al paciente.

Otra especialidad que marca el contexto de trabajo del internista es la Medicina Intensiva. En los Servicios de Urgencia se espera que estos especialistas asuman la mayor autoridad y responsabilidad ante pacientes con problemas de salud que exigen una actuación urgente e intensiva y aun con las estancias en ese Servicio, las ocasiones en las que el clínico realiza algunos procedimientos se hacen cada vez más raras, no obstante estos estar en el plan de la especialidad.<sup>7</sup>

La relación del internista con especialidades quirúrgicas se ve afectada por el enfoque de estas últimas respecto a su papel en la atención a pacientes. El argumento proviene de requerimientos de las nuevas disposiciones de eficiencia en el uso de los recursos. Desde ese punto de vista, mientras el enfermo no tenga una urgencia quirúrgica o un diagnóstico definido no debe pasar a manos de estos médicos y, por tanto, el internista debe diagnosticarlo y cuando esté definido, entonces consultarlo. Esta situación, además del deterioro que traerá en el campo del diagnóstico para los médicos que así piensan y trabajan, sobrecarga al internista por su efecto en la disponibilidad de camas en los servicios clínicos. De manera que algunos cirujanos quedan para el tratamiento quirúrgico y un limitado seguimiento posoperatorio, en el cual es frecuente la interconsulta.

Atención especial ha recibido la interconsulta al internista desde diferentes salas. En particular las de Ortopedia que según el criterio de los autores coincide con otros reportes.<sup>8,9</sup>

Un paso de avance logrado es la distribución de las interconsultas a salas de otras especialidades por grupos básicos de trabajo de Medicina Interna, de manera que se evita el cambio del interconsultante y se logra la especialización lo que conduce a mayor dominio del área de desempeño, menos errores, menos costos<sup>10, 11</sup> y mejora la comunicación al constituirse una forma de atención interdisciplinaria.<sup>12</sup>

Tal como ocurre en otros países, si bien la sala de hospitalización es el centro de la actividad hospitalaria del internista no es la actividad que exige más personal y no puede ser la base del cálculo de necesidades de plantilla de estos servicios.<sup>13</sup> La

guardia médica es una actividad con riesgos para el médico y más para el paciente, si el médico está cansado o agobiado.

Son numerosas las funciones que cumplen lo internistas dentro y fuera del servicio y la institución.

El tipo de paciente que ingresa en las salas de Medicina Interna suele ser adulto mayor <sup>14,15</sup> El estado funcional deficiente y la comorbilidad de esos pacientes son características del tipo de paciente que atiende el internista en sus salas y que predicen incremento de la mortalidad, de reingreso, <sup>16</sup> de los costos <sup>17</sup> y de riesgo de caída, <sup>18</sup> con el agravante de que no siempre tiene acompañantes, ni se cuenta con todas las condiciones de personal y ambientales para afrontarlo. Son en definitivas pacientes frágiles por su condición <sup>19</sup> y por las posibilidades de que sus necesidades sean satisfechas a plenitud.

Como plantea Perea la percepción de las propiedades del ambiente laboral influyen en el comportamiento colectivo e individual. <sup>20</sup>

Resumiendo los planteamientos anteriores, se listaron y priorizaron cinco problemas que afronta la especialidad. Esta es una elección a partir de un listado mayor, sin embargo, la posibilidad de abordarlo desde el servicio y el hospital, así como su valor más general condicionó la selección que se muestra junto a la comparación por pares en la Tabla.

**Tabla.** Matriz de comparación por pares de los problemas fundamentales.

Problema					
	A				
	A	B			
	A	B	D		
	A	B	E	E	

Puntaje total:

- A. Deterioro del método clínico. 4 puntos.
- B. La práctica de una medicina biologicista. 3 puntos.
- C. Insuficiente disponibilidad de camas. 0 punto.
- D. Limitaciones en los recursos humanos, materiales y financieros para la máxima calidad de la atención. 1 puntos.
- E. Sobrecarga de los servicios clínicos. 2 puntos.

Esta prioridad se basó en las valoraciones siguientes:

El deterioro del método clínico fue el problema de más prioridad, pues influye a la práctica de la Medicina Biologicista, aunque esta última se destaca por constituir un paradigma de actuación que exige cambios más profundos y menos a la mano del médico asistencial para ser superada. Por otro lado, las carencias materiales que

afectan el proceso del diagnóstico y el tratamiento se alivian con una práctica clínica más eficiente en los diferentes escenarios donde actúe el internista.

La práctica de una Medicina Biologicista requiere un cambio de paradigma desde la educación médica y, en menor medida, de las condiciones objetivas de trabajo que debe enfrentar el médico. Sin embargo, la aplicación de enfoque de riesgo, la atención a la enfermedad, la afectación y el padecer son componentes abordables que dependen más de actitudes que de recursos materiales.

La insuficiente disponibilidad de camas constituye una limitación empeorada por la carencia de recursos humanos, materiales y financieros y la sobrecarga de pacientes que requieren ingreso.

La sobrecarga de servicio resulta de muchos factores internos y externos a la institución, sin embargo con cambios organizativos puede amortiguarse la sobrecarga.

La solución de estos problemas exige del análisis de las fuerzas de cambio existentes, a saber; las fortalezas, amenazas, debilidades y oportunidades.

### **Fortalezas**

**F1:** La motivación del personal del servicio para mejorar las condiciones de trabajo de los internistas.

**F2:** La tradición docente asistencial del hospital en la especialidad.

**F3:** La incorporación de más de 50% de los especialistas a la superación académica.

**F4:** La presencia de docentes de alto nivel académico.

### **Debilidades**

**D1:** La insuficiente plantilla de médicos internistas para enfrentar todas las funciones de este servicio en un hospital que atiende una gran población.

**D2:** La resistencia al cambio expresada en la concepción de que los Grupos Básicos de Trabajo son intocables ante necesidades asistenciales muy dinámicas.

**D3:** Insuficiente número de camas de hospitalización en el Servicio de Medicina Interna.

### **Oportunidades**

**O1:** El convencimiento de la dirección de la institución de que se debe recuperar el lugar de la Medicina Interna como especialidad integradora para el buen funcionamiento del hospital.

### **Amenazas**

**A1:** Las barreras burocráticas que limitan la puesta en práctica de cambios organizativos.



**A2:** La visión estrecha de algunas especialidades sobre su papel en el proceso de diagnóstico de los pacientes.

**A3:** La presencia de pacientes con más complejidades diagnósticas y terapéuticas asociadas a su edad mayor, su deterioro funcional y su comorbilidad.

Las acciones estratégicas a desarrollar por el colectivo en cuestión resultan del vínculo de estas cuatro fuerzas y pueden ser definidas de la forma siguiente:

**Acciones Ofensivas (AO)** que resultan de utilizar las oportunidades para poner en función las fortalezas.

**AO1:** Utilizar las figuras de más alto nivel académico del servicio y la dirección del hospital en el proceso de cambio. (Oportunidad 1 - Fortalezas 1; 4).

**Acciones Adaptativas (AA)** que intentan resolver debilidades utilizando oportunidades. Sin embargo, son decisiones que no están en las manos, ni siquiera, de la dirección del Centro.

**AA1:** Fundamentar las propuestas de cambio ante la dirección del hospital para su gestión en los niveles pertinentes de decisión. (Debilidades 1; 3 - Oportunidad 1).

**Acciones Defensivas (AD)** que dedican las fortalezas a contrarrestar las amenazas se pueden sintetizar en:

**AD1:** Presentar en el hospital propuestas fundamentadas de una organización más horizontal y racional de los servicios, orientada a los problemas y con participación interdisciplinaria. (Fortalezas 1; 3; 4 - Amenazas 1- 3).

La dinámica de salas, como las de Hospital de Día utilizada en Psiquiatría, puede ser útil en algunos casos de enfermedades crónicas no transmisibles que por la severidad de su cuadro y complicaciones requieren manejo diario en el hospital, sin necesidad de dormir en él. Esta modalidad se puede aplicar a pacientes con facilidades de transportación o que vivan cerca de la institución. Como no existe esta experiencia debe evaluarse en la práctica su viabilidad.

— El aumento del poder resolutivo de las consultas externas, para pacientes con referencias correctas desde atención primaria.

— El aumento del poder resolutivo del nivel de atención primaria. Esta propuesta no está en manos del hospital, pero sí una correcta contrareferencia de los pacientes remitidos desde la atención primaria, puede tener efecto educativo y mejoraría la interrelación entre ambos niveles de atención médica.

— Las salas de corta estadía o camas dedicadas a este modelo, para pacientes con enfermedades respiratorias como asma bronquial y EPOC descompensada.<sup>21</sup>

— Las consultas de atención inmediata para paciente vistos en Cuerpo de Guardia y quienes sin necesidad de ingreso deben priorizarse<sup>22</sup>

— Propiciar la sensibilización de otros servicios médicos del hospital ante la propuesta de trabajo interdisciplinario con la participación de internistas.

— Incrementar la educación continuada en el campo de la geriatría.

**Acciones de Supervivencia (AS)** que buscan paliar el efecto de las debilidades y amenazas.

**AS1:** Realizar actividades que permitan la participación del personal médico en la búsqueda de soluciones.

**AS2:** Brindar la oportunidad al despliegue de potencialidades individuales de los miembros del Servicio de Medicina Interna.

Como ya se mencionó, muchas de estas propuestas exigen el cambio en la forma de pensar, al unísono con cambios estructurales consistentes en dos aspectos principales: el incremento del nivel de colaboración entre las especialidades y servicios, y la reubicación de algunos recursos diagnósticos para evitar ingresos innecesarios o prolongados. Si se tienen como indicadores más importantes, aquellos que sean expresión de la colaboración entre especialidades y servicios hospitalarios, se podrán romper barreras mentales que afectan la atención a pacientes. Tales indicadores pueden definirse luego de valorar el nivel de comunicación y colaboración entre colegas de diferentes especialidades en la atención a:

- Los pacientes a los que se les solicite interconsultas.
- Las necesidades asistenciales generadas por la atención a casos con comorbilidad.
- La atención a pacientes con entidades que pueden quedar bajo la responsabilidad de más de una especialidad o "en terreno de nadie"; tal es el caso de paciente con íctero obstructivo extrahepático, hemorragias subaracnoideas, dolor abdominal de más de 6 horas de duración sin causa definida, síndrome confusional, entre otras.

La comisión creada por el Colegio Real de Médicos en el Reino Unido en marzo del 2012 a partir de dificultades en la atención médica, a pesar de ser uno de los sistemas de salud más integrales, elaboró un informe con recomendaciones que, entre otras, incluye el reforzamiento del aprendizaje de los cuidados propios del internista desde el pregrado hasta todas las especialidades médicas. También proponen que un médico consultante coordine el proceso de atención del paciente.<sup>23</sup>

Los autores de esta investigación consideran que, a pesar de realidades diferentes, el especialista más preparado para coordinar toda la colaboración alrededor de pacientes que no están ingresados en Unidades de Atención al Grave de un hospital de adultos, que requieran diagnóstico de enfermedades internas, es el internista. Sin embargo, aprovechar todas sus potencialidades requiere cambios estructurales en la organización de los hospitales y un incremento en su número y su competencia clínica.

## CONCLUSIONES

La gestión del capital humano en Medicina Interna no se limita a las mejoras del proceso docente, sino que implica una estructura colaborativa más eficiente para el hospital, que depare mejor utilización de los internistas como médico generalista e integrador, lo que contribuiría a disminuir las fronteras físicas de las salas y centrar el trabajo en los enfermos.

La solución de los problemas planteados con la estrategia propuesta requiere que otras especialidades y servicios se impliquen en la organización del proceso de atención médica con un enfoque más colaborativo y centrado en el paciente.

Los autores de este trabajo consideran de suma importancia la creación de un plan de acción a partir de las acciones estratégicas propuestas. Estas acciones, de llevarse a cabo, elevarían la motivación de los educandos por la especialidad. Una especialidad muchas veces sobrecargada por limitaciones en personal y recursos para el diagnóstico, el reto de pacientes difíciles por su comorbilidad y fragilidad, con guardias médicas agotadoras tras las que se debe seguir trabajando y cumplir como es debido con lo reglamentado para el funcionamiento de los hospitales. Por tanto, el internista es de los especialistas del nivel secundario del Sistema Nacional de Salud, uno de los más susceptibles al agotamiento, y desmotivación. Son estos, los riesgos a vencer en un plano organizativo que rebasa los marcos de una institución hospitalaria, aunque la incluye.

En los últimos años, la experiencia compartida por los autores es que las plazas otorgadas para la especialidad Medicina Interna en la capital de nuestro país no suelen ser cubiertas. Las condiciones objetivas de trabajo impactan la decisión de los médicos jóvenes quienes deben analizar primero si salvando las distancias temporales y espaciales serán consecuentes con las palabras de un admirado maestro, cuando parafraseando a Esculapio dijo:

Piénsalo bien, mientras estás a tiempo. Pero, si indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud, si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerte con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonríe porque ya no padece, con la faz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la muerte; SI ANSÍAS CONOCER AL HOMBRE, penetrar todo lo trágico de su destino, entonces ¡HAZTE MÉDICO Y DESPUÉS INTERNISTA HIJO MÍO!<sup>2</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baraquiso Ramírez H. Dirección de Hospitales. Un universo complejo. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2010, t.I, capítulo X, p. 187-220.
2. Espinosa Brito A. Medicina interna ¿qué fuiste, qué eres, qué serás? Rev Cubana Med. 1999; 38(1): 79-90.
3. Reyes BH. ¿Qué es Medicina Interna? Rev Med. Chile. 2006; 134: 1338-1344.
4. Moreno Rodríguez MA. El método clínico, las "buenas prácticas clínicas" y el profesionalismo médico. Medisur. 2010; 8(5): Suplemento: 68-74.
5. Torres Salinas M, Capdevilla Morel JA, Arnario García P, Montull Morer S y grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. Med Clin. Barcelona. 2005; 124: 620-626.
6. Sanz Rubiales A, Del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz De La Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. El síndrome del recomendado. An. Med. Interna. Madrid. 2002; 19(8): 430-3.

7. Blanco Aspiazu MA, Canelles Pupo M, Suárez Rivero B, Morera Méndez F, Suárez Bergado R. Habilidades técnicas del residente de medicina interna. *Educ Med Sup*. 2006; 20(1).
8. Montero Ruiz E, López Álvarez J, Hernández Ahijado C. Estudio de las interconsultas solicitadas a un Servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2004; 204: 507-10.
9. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Rigueiro Veloso MT, García País MJ, Casariego Vales E, Guerrero Lombardía J. Papel del internista como consultor de servicios quirúrgicos. *Rev Clin Esp*. 2004; 204: 345-50.
10. Soler-Bel J, Sala C, Relaño N, Moya MJ, Vergez L, Flor A. Estudio de las interconsultas solicitadas por el Servicio de Cirugía General al Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna*. 2007; 24: 520-4.
11. Montero Ruiz E, López Álvarez J. La interconsulta médica: problemas y soluciones. *Med Clin. Barcelona*. 2011; 136(11): 488- 490.
12. Monte Secades R, Rabuñal Rey R, Peña Zemsch M, Bal Alvaredo M. Adscripción de un internista a un servicio de cirugía ortopédica y traumatología: encuesta de satisfacción. *Rev Clin Esp*. 2011; 211(5): 267-274.
13. García Alegría J. La realidad asistencial de la Medicina Interna en España. *Rev Clin Esp*. 2011; 211(5): 245-246.
14. Reyes BH ¿Qué es Medicina Interna? *Rev Med. Chile*. 2006; 134: 1338-1344.
15. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R, Canora Lebrato J, Losa García JE, Plaza Canteli S, Marco Martínez J, *et al*. Mortalidad en los servicios de Medicina Interna. *Med Clin. Barcelona*. 2010; 134: 6-12.
16. Espallargues M, Philp I, Seymour DG, Campbell SE, Primrose W, Ariño S, *et al*. Measuring case-mix and outcome for older people in acute hospital care across Europe: the development and potential of the ACMEplus instrument. *Q J Med*. 2008; 101: 99-109.
17. García Morillo JS, Bernabeu-Wittel M, Ollero Baturone M, Aguilar-Guisad M, Ramírez-Duque N, González de la Puente MA, *et al*. Incidencia y características clínicas de los pacientes con pluripatología ingresados en una unidad de Medicina Interna. *Med Clin. Barcelona*. 2005; 125: 5-9.
18. Barker A, Kamar J, Graco M, Lawlor V, Hill K. Adding value to the STRATIFY falls risk assessment in acute hospitals. *J Advanc Nurs*. 2011; 67(2): 450-57.
19. Inouye SK, Bogardus ST, Vitagliano G, Desai MM, Williams CS, Grady JN, *et al*. Burden of illness score for elderly patients: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities and functional impairments. *Med Care*. 2003; 41: 70-83.
20. Blanco M, Perea L, Soler Cárdenas SF, Díaz Hernández L. Ambiente laboral en los policlínicos universitarios. *Educ Med Super* [revista en la Internet]. 2009 Jun; 23(2). [Citado 2014 ene 16]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412009000200004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412009000200004&lng=es).

21. Muiño Miguez A. Unidad Médica de corta estancia. An. Med. Interna. Madrid. 2002; 19(5): 219-20.
22. De Santos Castro PA, Jimeno Carrúez A, García Cobo MC, Elices Calzón MI, Almaraz Gómez A, Muñoz Moreno MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Rev Clin Esp. 2006; 206(2): 84-9.
23. Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians; 2013. [Accessed 27 november 2013]. Disponible en: [www.rcplondon.ac.uk/futurehospital](http://www.rcplondon.ac.uk/futurehospital)

Recibido: 28 de noviembre 2013  
Aprobado: 20 de diciembre de 2013