



TESIS DOCTORAL

PAPEL DE UN INTERNISTA EN UN HOSPITAL COMARCAL RURAL

VERÓNICA FERNANDEZ AUZMENDI

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOLOGÍA MOLECULAR Y
CELULAR, BIOMEDICINA Y BIOTECNOLOGÍA

2021



TESIS DOCTORAL

PAPEL DE UN INTERNISTA EN UN HOSPITAL COMARCAL RURAL

VERÓNICA FERNANDEZ AUZMENDI

PROGRAMA DE DOCTORADO EN BIOLOGÍA MOLECULAR Y
CELULAR, BIOMEDICINA Y BIOTECNOLOGÍA

La conformidad del director de la tesis consta en el original en papel de esta Tesis Doctoral.

Juan Lucio Ramos Salado

2021

*A mis padres, María y Julio,
a mi marido Juan y a mi hermana Nazaret,
por el apoyo permanente e incondicional.*

Badajoz, 2020.

*“Cura a veces, trata con frecuencia, **consuela** siempre”.*
Hipócrates, siglo V a. C.

ABREVIATURAS

- ALI: Acelerador de Partículas.
- AS: Área de Salud.
- ASD: Angiografía por Sustracción Digital.
- AP: Atención Primaria.
- AE: Atención Especializada.
- CCAA: comunidades autónomas.
- CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.
- CS: Centro de Salud.
- CSUR: Centros, Servicios y Unidades de Referencia.
- DIAL: Equipo de Diálisis.
- DO: Densitómetro Óseo.
- EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
- ECG: Electrocardiograma.
- ETT: Ecocardiograma transtorácico.
- EFIM: European Federation of Internal Medicine .
- GAM: Gammacámara.
- HC: Hospital comarcal.
- HCDSNS: Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud

- HR: Hospital de referencia.
- HSS: Hospital Siberia Serena.
- IC: Insuficiencia cardiaca.
- ICC: Insuficiencia cardiaca crónica.
- IEEX: Instituto de Estadística Extremeño.
- INE: Instituto Nacional de Estadística.
- LGS: Ley General de Sanidad.
- LIT: Litotricia Extracorpórea.
- MAMOS: Mamógrafo.
- MAPA: Medición ambulatoria de la presión arterial
- MI: Medicina Interna.
- PET: Tomografía por Emisión de Positrones.
- RCE: Revista Clínica Española.
- REPS: Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS)
- RM: Resonancia Magnética.
- SEMI: Sociedad Española de Medicina Interna.
- SES: Servicio Extremeño de Salud.
- SEPAS: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- SHD: Sala de Hemodinámica.
- SMI: Servicio de Medicina Interna.

- SNS: Sistema Nacional de Salud.
- SPECT: Tomografía por Emisión de Positrones.
- TC: Tomografía Computarizada.
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos.
- VMNI: Ventilación Mecánica No Invasiva.
- ZBS: Zonas Básicas de Salud.

I. INDICE: I-VII	10
II. INTRODUCCIÓN.	10
1. Asistencia Sanitaria en España.	10
1.1. Ley General de Sanidad y Sistema Nacional de Salud.....	10
1.2. Concepto de Salud y Enfermedad. Niveles Asistenciales.....	36
2. Catálogo Nacional de Hospitales. Hospitales Comarcales.....	51
2.1. Descripción y cartera de servicio.	51
2.2. El Internista y sus competencias básicas.....	71
A) Atención clínica al paciente:	80
B) Conocimientos clínicos:.....	82
C) Habilidades técnicas y de interpretación:	85
D) Habilidades comunicativas:.....	86
E) Profesionalidad:	87
F) Actividades académicas:	87
2.3. Áreas de actuación del Internista en un hospital comarcal.....	88
III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	94
IV. MATERIAL Y MÉTODOS.....	98
1. Descripción de nuestra área sanitaria.	98
1.1. Datos geográficos y dotación de recursos de nuestra área.....	98

1.2. Datos socio-demográficos de nuestro área.	113
1. 3. Área de gestión sanitaria Siberia-Serena.	115
1.3.1. Hospital Siberia-Serena.	115
1.3.2. Zonas Básicas de Salud.	119
2. Recogida de datos.	122
2.1. Pacientes.	122
2.2. Hoja de Recogida de Datos.	123
3. Análisis Estadístico.	134
4. Búsqueda de Información.	135
V. RESULTADOS.	135
VI. DISCUSIÓN.	169
VII. CONCLUSIONES.	188
VIII. BIBLIOGRAFÍA.	190

I. INDICE: I-VII

II. INTRODUCCIÓN.

1. Asistencia Sanitaria en España.

1.1. Ley General de Sanidad y Sistema Nacional de Salud.

La red de atención sanitaria se caracteriza por una distribución territorial de recursos sanitarios con una regionalización estructurada en niveles de asistencia y de utilización progresiva de recursos. Además debe asegurar la igualdad de oportunidades independientemente del lugar de residencia y origen, facilitando el acceso a todo tipo de recursos sanitarios que se precise en un momento determinado.

En ocasiones, los centros hospitalarios a los que son derivados los pacientes en primera instancia no disponen de los medios necesarios para una óptima asistencia médica de su afección. En estos casos, resulta obvia la necesidad de traslado a otro centro con mayor dotación de recursos humanos y/o tecnológicos.

Las causas más habituales de traslado interhospitalario son:

- la necesidad de cama en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- la necesidad de servicios especializados y/o de instrumentos diagnósticos no disponibles en el hospital de origen (tomografía computarizada [TC], resonancia magnética, cateterismo, estudios endoscópicos, pruebas de medicina nuclear, intervencionismo radiológico... etc).

- el requerimiento de tratamientos específicos no disponibles en el hospital de origen (angioplastia, neurocirugía, colangiopancreatografía retrógrada...etc).¹

La Ley General de Sanidad quedó aprobada por las Cortes Generales el día 25 de abril de 1.986 (BOE de 29 de abril), atendiendo a una necesidad para una mejor atención de la salud de la población. Con estos razonamientos, y al reconocimiento del artículo 43 de la Constitución (“derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud, siendo los Poderes Públicos los encargados de ejercerlo”)², y a partir de las previsiones del artículo VIII que hace referencia a las Comunidades Autónomas, con sus competencias en materia de Sanidad, se promulga el 25 de abril de 1986 la Ley General de Sanidad, de aplicación en todo el Estado español.

La presente Ley tiene por objeto “la regulación general de todas las acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 y concordantes de la Constitución. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional”³.

No existe un consenso total a nivel científico sobre la definición de qué se entiende por sistema sanitario. No obstante, sí hay una cierta homogeneidad entre lo que los diferentes autores opinan. Así, el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del año 2000 planteaba que un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Identifica a la salud como el objetivo definitorio del propio sistema, tanto en nivel como en equidad. Además, plantea que la capaci-

dad de dar respuesta a las expectativas de las personas y la equidad de las contribuciones financieras son otros dos objetivos de los sistemas sanitarios. Por último, señala que las funciones de cualquier sistema de salud son:

- la rectoría.
- la creación de recursos
- la prestación de servicios (individuales y poblacionales) y
- la financiación del sistema⁴.

El informe *The European Health Report 2009. Health and health systems*, de la oficina regional de la OMS en Europa plantea que los sistemas de salud desempeñan un importante papel en la mejora de la salud de la población realizando fundamentalmente cuatro funciones:

1. Provisión de servicios:
 - servicios de atención sanitaria
 - servicios de prevención de enfermedades
 - servicios de promoción de la salud.
2. Financiación (consiguiendo y distribuyendo los fondos a los proveedores de tal forma que se promuevan la equidad, la transparencia y la proporcionalidad; y se proteja a la población de riesgos económicos, y que además promueva la eficiencia y la alta calidad en la provisión de los servicios).
3. Obtención de recursos (invirtiendo en una mezcla de recursos humanos, recursos tecnológicos y recursos farmacéuticos para asegurar buenos resultados).

4. Rectoría (definición de políticas, mecanismos regulatorios e implementación de herramientas como los sistemas de monitorización y evaluación para asegurar la rendición de cuentas)⁴.

El Sistema Nacional de Salud se define en el artículo 44 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, como “el conjunto de los servicios de salud de la administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades”. En el artículo 45 de esta misma ley se establece que “el Sistema Nacional de Salud integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que son responsabilidad de los poderes públicos”. De esta forma, se puede asumir que los departamentos encargados de la sanidad en las distintas administraciones son las organizaciones responsables de las funciones, asistencia y prestaciones sanitarias del sistema sanitario⁴.

Por otro lado, teniendo en cuenta que parte de las competencias en sanidad fueron transferidas a las comunidades autónomas, las distintas regiones han desarrollado sus propias leyes al respecto. La Ley 7/2011, de 23 de marzo, de Salud Pública de Extremadura “tiene por objeto regular las actuaciones, prestaciones y servicios en materia de salud pública que se desarrollen en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Extremadura, propiciando la coordinación y cooperación de los distintos organismos y Administraciones Públicas en sus respectivos ámbitos competenciales. Las disposiciones de esta ley son de aplicación a:

- a) Los extremeños y residentes en cualquiera de los municipios de Extremadura.

- b) Las Administraciones Públicas con competencias en materia de salud pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Extremadura y a los profesionales que desarrollen su labor en las mismas.
- c) Las entidades, organismos o empresas, tanto públicas como privadas, que realicen cualquier actuación que incida directa o indirectamente en la salud pública⁵.

En base a todo lo anterior, en cada comunidad autónoma se constituirá un servicio de salud, los cuales serán planificados atendiendo a criterios de racionalización de los recursos, de acuerdo con las necesidades socio-sanitarias de cada territorio. Asimismo, cada comunidad autónoma delimitará y constituirá en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud (AS), teniendo en cuenta distintos puntos:

- factores geográficos (dispersión poblacional), socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos...
- dotación de vías y medios de comunicación.

Estas AS desarrollarán su actividad en el ámbito de Atención Primaria (a través de las Zonas Básicas de Salud) y en el ámbito de Atención Especializada (a través de los hospitales y centros de especialidades). Cada AS estará vinculada o dispondrá de al menos un hospital general, que es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia. En todo caso deben implementarse las medidas adecuadas para garantizar la interrelación entre los diferentes niveles asistenciales³.

Un hospital puede estar constituido por un único centro hospitalario o por dos o más que se organizan e integran en el complejo hospitalario. En es-

tos casos es la unidad de dirección y gestión la que sirve para su identificación. De esta forma, un complejo hospitalario puede estar constituido por dos o más hospitales, incluso distantes entre sí, y uno o varios centros de especialidades. Cada hospital debe estar dotado de los medios e infraestructura necesaria para cubrir las necesidades de la población, y en el caso en que esto no ocurra, debe derivar al paciente al centro de referencia para recibir el abordaje diagnóstico-terapéutico que precise, ya sea dentro de la propia comunidad autónoma o fuera de la misma.

La decisión de traslado interhospitalario se basa en la evaluación de los beneficios potenciales frente a los potenciales riesgos del transporte a un centro hospitalario de nivel superior, y únicamente debe plantearse con el objetivo de mejorar el pronóstico del paciente. El traslado de pacientes en situación de gravedad conlleva el riesgo de incrementar la morbimortalidad, y debe llevarse a cabo de manera que no se ponga en peligro el nivel y la calidad de atención requeridos. Algunos estudios han demostrado un peor pronóstico de los pacientes trasladados, con mayores estancia y mortalidad; en cambio, otros demuestran una evolución similar a pesar del traslado, siempre y cuando se realice en las condiciones adecuadas. Los riesgos pueden minimizarse planeando el traslado de forma cuidadosa que asegure el equipamiento y el personal adecuados a la situación¹. El sistema debe garantizar tanto al profesional como al paciente, que los traslados son viables en cuanto a la dotación de recursos humanos y materiales se refiere, así como que se cumplen las condiciones de seguridad para el paciente; y que la zona de origen no queda desprotegida de asistencia urgente durante dicho traslado, eximiendo al profesional de asumir dicha responsabilidad.

Extremadura dispone de un sistema de transporte sanitario para atender el transporte sanitario urgente y la atención médica urgente y emergente extrahospitalaria, tanto por tierra como por aire. Este sistema de transporte es gestionado desde un único centro coordinador que activa el recurso sanitario adecuado a la situación clínica de la urgencia a partir de la información proporcionada por el centro de origen. La utilización de un sistema de clasificación del nivel de gravedad puede ser útil para estratificar el riesgo del paciente que va a ser trasladado y así identificar el grupo de pacientes que van a requerir mayor nivel de cuidados durante el transporte¹.

Extremadura es una región extensa y se caracteriza sobre todo por su dispersión geográfica, quizá más acusada en la provincia de Badajoz. Algunos de los hospitales comarcales están alejados de los hospitales de referencia, es el caso del Hospital de Talarrubias, Llerena, Navalmoral o Coria; y la mayoría del transporte sanitario debe hacerse fundamentalmente por carretera. En general, el transporte medicalizado se considera indicado en enfermos en situación inestable o crítica, que presentan riesgo vital grave potencial o real durante su traslado. La dificultad radica en la identificación de las variables que pueden indicar qué pacientes presentan un riesgo potencial de inestabilización durante el trayecto. Aunque estudios previos recomiendan el transporte medicalizado aéreo para recorridos superiores a 80 km o tiempos de traslado > 90 minutos, las condiciones orográficas y climáticas del territorio condicionan que la mayoría de nuestros traslados interhospitalarios deban realizarse vía terrestre, con un tiempo medio de transporte de casi 2 horas en algunos territorios¹. Es por tanto obligatoria la elaboración de un Protocolo de Transporte Hospitalario Urgente.


Por todos estos factores, la decisión de trasladar a un paciente se realiza en base a escalas validadas por el Sistema Extremeño de Salud (SES). No obstante, la utilidad de los scores de gravedad aplicados en el paciente trasladado es controvertido y ninguna de las escalas utilizadas ha sido ampliamente aceptada; y en ocasiones son un objetivo para optimizar recursos y limitar el transporte medicalizado¹.

En el caso de nuestra comunidad existe una *Normativa de Transporte Hospitalario Urgente*, publicado en el año 2019 por la Dirección General de Asistencia Sanitaria y avalada por la siguiente legislación:

- Real Decreto 836/2012 de 25 de mayo (características técnicas, equipamiento sanitario y dotación de personal).
- Real Decreto 22/2014 de 17 de enero (Artículo único).
- Ley 7/79 y resolución 1995/99 (Consentimiento Informado).
- Decreto 2759 de 1991; Artículos 5 y 6.
- Cartera de Servicios Comunes de prestación de Transporte Sanitario (Ministerio de Sanidad, Sistema Nacional de Salud 2009).
- Real Decreto 866/2001 de 20 de Julio (Funciones Médico Urgencia Hospitalaria).
- Resolución de 5 de diciembre de 2006, de la Dirección Gerencia del Servicio Extremeño de Salud.
- Circular 1/2011 de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Extremeño de Salud al personal Médico y de Enfermería de la Categoría de Urgencias de Atención Primaria.

- Real Decreto 710/2011, de 20 de mayo.
- Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre y Decreto 171/2008 de 1 de agosto.

La escala de la que se dispone para evaluar si un paciente ha de ser trasladado con enfermero/a con/sin médico es la siguiente:



JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

**ANEXO I.
SISTEMA DE VALORACIÓN DE PACIENTES PARA EL TRANSPORTE SANITARIO
(S.V.P.T.S.)**

<u>ASPECTO A VALORAR</u>	<u>PUNTUACIÓN</u>
<u>HEMODINÁMICA</u>	
• ESTABLE	0
• MODERADAMENTE ESTABLE (volumen <15 ml/min)	1
• INESTABLE (requiere >15 ml/min y/o Inotropos y/o sangre)	2
<u>MONITORIZACIÓN ELECTROCARDIOGRÁFICA</u>	
• NO	0
• SI (Deseable)	1
• SI (Imprescindible)	2
<u>ARRITMIAS</u>	
• NO	0
• SI, NO GRAVES	1
• SI, GRAVES (o SCA en las 48h. previas)	2
<u>VIA VENOSA</u>	
• NO	0
• SI (Periférica y única)	1
• SI (Periférica múltiple o Vía Central)	2
<u>MARCAPASOS</u>	
• NO	0
• SI, INVASIVO	1
• SI, ENDOCAVITARIO	2
<u>RESPIRATORIO</u>	
• F.R. 10-24 rpm	0
• F.R. 25-35 rpm	1
• F.R. <10, >36; Irregular o Apnea	2
<u>VÍA AÉREA</u>	
• NO AISLADA	0
• TUBO DE GUEDEL	1
• TUBO ENDOTRAQUEAL	2
<u>SOPORTE RESPIRATORIO</u>	
• NO	0
• SI, OXIGENOTERAPIA CON MASCARILLA	1
• SI, VENTILACIÓN MECÁNICA	2
<u>GLASGOW</u>	
• 15	0
• ENTRE 8 Y 14	1
• <8 o FOCALIDAD NEUROLOGICA o TRAUMA	2
<u>SOPORTE FARMACOLÓGICO</u>	
• NINGUNO	0
• GRUPO I	1
• GRUPO II	2
GRUPO I: Inotropos-Aminas-Antiaritmicos- Bicarbonato- Analgésicos- Esteroides	
GRUPO II: Vasodilatadores- Relajantes Musculares- Trombolíticos- Anticomiciales - Seudoanalgesia	

CASOS MÁS COMUNES DONDE SE SUGIEREN LA NECESIDAD DE VEHÍCULO C (ENFERMERO/A+ MÉDICO/A)

- LESIONES SANGRANTES INTRACRANEALES CON CRITERIOS DE GRAVEDAD CLÍNICA.
- AGITACIÓN PSICOMOTRIZ QUE PRECISA DE SEDACIÓN PROFUNDA.
- CRISIS EPILÉPTICAS REPETIDAS ≥ 2 .
- HIDROCEFALIA AGUDA, HIC CON DISMINUCIÓN DE GLASGOW, COMPRESIÓN MEDULAR AGUDA, EFECTO MASA INTRACRANEAL CON GLASGOW DISMINUIDO.

- VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA.
- INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA CON DETERIORO CLINICO.
- ICC EN CF IV O SIGNOS DE INESTABILIDAD HEMODINÁMICA.

- LESIONES SANGRANTES SUSCEPTIBLES DE GENERAR INESTABILIDAD HEMODINÁMICA.
- PERFUSIÓN DE CATECOLAMINAS O HIPOTENSORES.

- BLOQUEO AV 2 Y 3 GRADO QUE PRECISEN CRONOTRÓPICOS.
- MARCAPASOS TRANSITORIO SIN ACTIVIDAD PROPIA.
- TV SOSTENIDA. TSV CON INESTABILIDAD HEMODINAMICA.

- PATOLOGIAS CON RIESGO DE MUERTE SÚBITA DEL ADULTO: SCA, TEP MULTILÓBAR, VALVULOPATÍAS SEVERAS, DISECCIÓN AÓRTICA AGUDA, ...

- PEDIATRÍA: CÓDIGO DE HIPOTERMIA. Y PRESCRIPCIÓN EXPRESA DEL PEDIATRA RESPONSABLE DEL PACIENTE.



JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

PUNTUACIÓN	VEHICULO RECOMENDADO	PERSONAL ASIGNADO
0-3 PUNTOS	VEHÍCULO CLASE A1	Técnico Emergencias Sanitarias
4-7 PUNTOS	VEHÍCULO CLASE C	TES + ENFERMERO/A
>7 PUNTOS	VEHÍCULO CLASE C	TES + ENFERMERO/A + MÉDICO/A
>7 PUNTOS Y >90 MINUTOS	HELICÓPTERO MEDICALIZADO	TES + ENFERMERO/A + MÉDICO/A



ANEXO II.

Hoja de petición de traslado en Ambulancia con personal Sanitario

DATOS DEL PACIENTE

Apellidos.....
Nombre.....
Edad:.....NºHª.....
Hospital de origen.....

Servicio desde donde se traslada.....
Médico que indica el traslado D./Dª.....

DATOS REFERENTES AL TRASLADO

• Tipo de traslado (según protocolo).....
Emergencia.....Urgencia..... Programado para.....

• Para traslados programados Fecha-hora prevista ingreso.....
Traslado de Ida..... Ida y vuelta..... Hora prevista vuelta.....

Hospital/ centro al que se deriva:.....
Servicio:.....
Médico de contacto en el centro de destino.....

DATOS REFERENTES A LA PATOLOGÍA

Diagnóstico:.....
Tratamiento Farmacológico actual.....
Situación del paciente.....
• Vías venosas: Si.....No.....
• Hemodinámica: Estable..... Inestable.....
• Respiración: Espontánea..... Mecánica.....
• Monitor ECG: Si..... No.....

Observaciones.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



ANEXO III.

**CONSENTIMIENTO INFORMADO TRANSPORTE SECUNDARIO-
TERCIARIO**

Yo, D/Dña. _____,
como paciente, o D/Dña. _____,
como representante en pleno uso de mis facultades, libre y
voluntariamente, declaro:

Que he sido debidamente informado en virtud de los derechos que
marca la Ley General de Sanidad, y, en consecuencia, autorizo al Dr.
/Dres. _____
para que se realice el traslado secundario en ambulancia A1, o SVA/SVB
al centro _____ para la realización de
procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, denominado:
_____.

*Se me ha explicado e informado, y he comprendido los riesgos
posibles de la realización del traslado, por los médico/s solicitante/s del
traslado.* Consintiendo la administración de medicación durante el
traslado y la realización de aquellas medidas terapéuticas que sean
necesarias por parte del médico que realice el traslado.

Estoy satisfecho/a con la información que se ha proporcionado
(beneficios, riesgos, alternativas) y por ello **DOY MI CONSENTIMIENTO**
para que se realice dicho traslado.

Entiendo que este documento puede ser **REVOCADO** por mí en
cualquier momento, antes de la realización del traslado.

Y, para que así conste, firmo el presente documento después de
leído, por duplicado, cuya copia se me proporciona.

En....., a..... de de

Firma y D.N.I.
(Paciente o representante legal)

Firma del Médico
Nº Colegiado.

Según la citada *Normativa de Transporte Hospitalario Urgente* las prescripciones Técnicas y el equipamiento Sanitario de las ambulancias deben estar adecuadas en base al Real Decreto 836/2012 de 25 de mayo. El equipamiento será el establecido en el Pliego de Prescripciones Técnicas de la empresa adjudicataria del Transporte Sanitario y es el siguiente:

1. Dotación de material aportado por la empresa:

- Desfibrilador con registro de ECG y datos del paciente.
- Equipo de soporte respiratorio:
 - Botella de oxígeno en estacionamiento recargable con una capacidad mínima de 1.000 litros, con manómetro, caudalímetro, válvula reguladora y vaso humidificador.
 - Equipo de oxígeno portátil con caudalímetro y válvula reguladora y con una capacidad mínima de 400 litros.
 - Tres mascarillas de oxígeno Venturi (tipo ventimask) y conexiones.
 - Mascarilla para ventilación boca a máscara con entrada de oxígeno.
 - Resucitador manual (tipo Ambú) con reservorio y mascarillas, exentos de látex, para adultos, niño y lactantes con las conexiones necesarias.
 - Juego de cánulas orofaríngeas (tipo Guedel).
- Soportes para botellas de oxígeno.
- Sistema de aspiración de secreciones y sondas para aspiración de secreciones (sondas estériles de aspiración de distintos tamaños ajustados para adultos y niños).
- Collarines para inmovilización cervical de diferentes tamaños.

- Pulsioxímetro.
- Glucómetro.
- Fonendoscopio, esfigomanómetro, termómetro y linterna de exploración exentos de látex.
- Tijeras específicas para cortar ropa.
- Camilla de inmovilización de pacientes traumatizados de pala o cuchara.
- Equipo homologado de contención mecánica de pacientes agitados que permita la inmovilización física durante el traslado.
- Férulas de miembros, juego de tres.
- 6 paquetes de guantes estériles de plástico desechable de diversos tamaños.
- Foco portátil con posibilidad de extracción del interior del vehículo.
- Caja fija para bolsas de basura con tapa automática.
- Silla de ruedas plegable para evacuación.
- Botiquín sanitario con material para tratamiento de heridas.
- Recipiente de objetos cortantes y puntiagudos.
- Dotación suficiente de mantas y sábanas.
- Cuña de plástico y botella urinaria irrompible.
- Batea vomitoria reniforme.
- Dos Laringoscopios con Palas de diferentes números.

2. Dotación de material aportado por el SES:

- Tubos orotraqueales de diferentes números.
- Guías de intubación orotraqueal.
- Mascarilla laríngea de diferentes números.
- Mascarillas de V.M.N.I.
- Abocath de distintos calibres.
- Llaves de sistema de tres pasos.
- Sistemas de perfusión.
- Sistema de vías.
- Vías centrales, 720 y 730.
- Material Estéril: gasas, compresas, sábanas estériles, etc.
- A.A.S. 500 mg comprimidos y vial 900 mg.
- Acetilcisteína 10% y 20% vial.
- Ácido Valproico vial 400 mg.
- Adenosina 6 mg
- Adrenalina vial 1 mg.
- Agua destilada 1.000 ml.
- Agua Oxigenada 500 ml.
- Agua para inyección vial 10 ml.

- Alcohol 70° 1.000 ml.
- Aleudrina vial 2 ml.
- Alprazolam 0,5 mg comprimidos.
- Amchafibrin vial 5 ml.
- Aminofilina vial 10 mg.
- Amiodarona vial 150 mg.
- Atenolol 50 mg comp. Y vial 5 mg.
- Atropina vial 1 mg.
- Bidrion vial 1 ml.
- Biperideno vial 5 mg.
- Bromuro de Ipatropio vial 500 mcg.
- Budesonida solución 0,5/2 ml.
- Buscapina vial.
- Captopril 25 mg comp.
- Carbón activado 50 gr.
- Cisatracurio vial 20 mg.
- Clevidipiono vial 0,5 mg/ml de 50 ml.
- Clopidrogel 75 mg y 300 mg comprimidos.
- Clorpromacina vial 25 mg.
- Cloruro Cálcico 10% vial 1 gr.

- Cloruro Mórífico vial 10 mg.
- Cloruro Potásico vial 10 meq.
- Cloruro Sódico 20% vial 10 ml.
- Dexclorfeniramina vial 5 mg.
- Diazepam vial 10mg, canuleta 5mg y 10 mg.
- Diclofenaco vial 75 mg.
- Digoxina vial 0,50 mg.
- Diprivan 1% y 2%
- Dobutamina vial 250 mg.
- Dopamina vial 200 mg.
- Enoxoparina viales 20 mg-40 mg-80 mg-100 mg.
- Esmeron vial 5 ml.
- Etomidato vial 20 mg.
- Fenitoina vial 250 mg.
- Fentanilo vial 3 ml.
- Flecainida vial 1 mg.
- Flumanecilo vial 0,5 mg.
- Furosemida vial 20 mg.
- Glucagon vial 1 mg.
- Gluconato Cálculo vial 5 ml.

- Glucosa 50% vial 100 ml.
- Haloperidol vial 5 mg.
- Heparina Sódica vial 1.000 UI/ml
- Hidralazina vial 20 mg.
- Hidrocortisona vial 100 y 500 mg.
- Hidroxicobalamina 2,5 gr
- Insulina Regular 10 ml 100 UI/ml.
- Ketamina vial 500 mg.
- Ketocorolaco Trometanol vial 1 ml.
- Labetalol vial 100 mg/20 ml.
- Levetiracetam vial 500 mg/5 ml.
- Levomepromazina vial 25 mg.
- Lidocaina 5% vial 500 mg.
- Lidocaina Gel 20 gr. y Aerosol 10%.
- Lubricante Urológico Unidosis.
- Manitol 20%.
- Mepiridina vial 100 mg.
- Mepivacaina 2% vial 10 ml.
- Metamizol vial 2 y 10 gr.
- Metilprednisolona vial 125 mg, 500 mg y 1 gr.

- Metilprednisolona vial 20 mg y 40 mg.
- Metoclopramida vial 10 mg.
- Midazolam vial 15 mg.
- Naloxona vial 0,4 mg.
- Naproxeno 500 mg comprimidos.
- Neostigmina vial 0,5 mg.
- Nitroglicerina comp. 1 mg y vial 5 mg.
- Noradrenalina vial 500 U.I.
- Omeprazol 20 mg comprimidos.
- Ondasetron vial 8 mg.
- Pantoprazol 40 mg vial
- Paracetamol 500 mg comprimidos y 1 gr vial.
- Piridoxina vial 300 mg.
- Povidona Yodada monodosis y solución 125 ml.
- Propofol vial 200 mg y 1 gr.
- Ranitidina vial 50 mg.
- Salbutamol frasco 10 ml (5 mg/ml) y vial 0,5 mg.
- Sintocynon vial 1 ml.
- Somatostatina vial 3 ml.
- Sulfato de Magnesio vial 1,5 gr.

- Sulpiride vial 100 mg.
- Suxametonio vial 2 ml.
- Tiamina vial 100 mg.
- Tiapride vial 100 mg.
- Tiopental vial 0,5 gr.
- TNK 10.000 U.I.
- Tramadol vial 100 mg
- Uradipilo vial 50 mg.
- Vaselina
- Verapamilo vial 5 mg.

En lo referente al equipamiento del personal sanitario los Responsables de los Equipos de Traslado Interhospitalario Urgente deberán solicitar a la Gerencia de Área correspondiente al menos un chaleco reflectante y una parka reflectante (una de cada talla existente), y el calzado de seguridad.

Extremadura se constituye como Comunidad Autónoma con la aprobación de su Norma Institucional Básica a través de la Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero (B.O.E. nº49 de 26 de febrero). La Constitución establece dos caminos para acceder a la autonomía, por un lado el previsto en el artículo 151 (vía rápida o de primer grado), que supone acceder desde el inicio a un alto nivel de competencias; y la vía del artículo 143 (vía lenta o de segundo grado) con un menor techo competencial, siendo este el caso de Extremadura. El Es-

tatuto de Autonomía de Extremadura ha sido reformado en 4 ocasiones. En la segunda reforma realizada mediante Ley Orgánica 8/1994, de 22 de marzo se rompe el techo competencial permitiendo la adquisición de nuevas competencias. A pesar de ello, no es hasta el año 2002 cuando el INSALUD pasa a denominarse SES (Servicio Extremeño de Salud), momento en el que se abre una nueva fase de transferencia de medios y servicios para la gestión de las materias asumidas⁶.

Como se ha mencionado anteriormente, la Constitución Española de 1978, en su artículo 43, reconoce el derecho a la protección de la salud y establece que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. El Estatuto de Autonomía de Extremadura dispone, en su artículo 8.4, que “a la Comunidad Autónoma de Extremadura le corresponde el desarrollo legislativo y ejecución en materia de sanidad e higiene, de centros sanitarios y hospitalarios públicos y de coordinación hospitalaria en general”⁶.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, viene a significar la respuesta normativa al mandato constitucional de protección de la salud y asigna a las Comunidades Autónomas un papel primordial para organizar y desarrollar las acciones sanitarias conforme a una política propia en materia sanitaria, si bien dentro de una concepción integral del sistema sanitario en el marco del Sistema Nacional de Salud³.

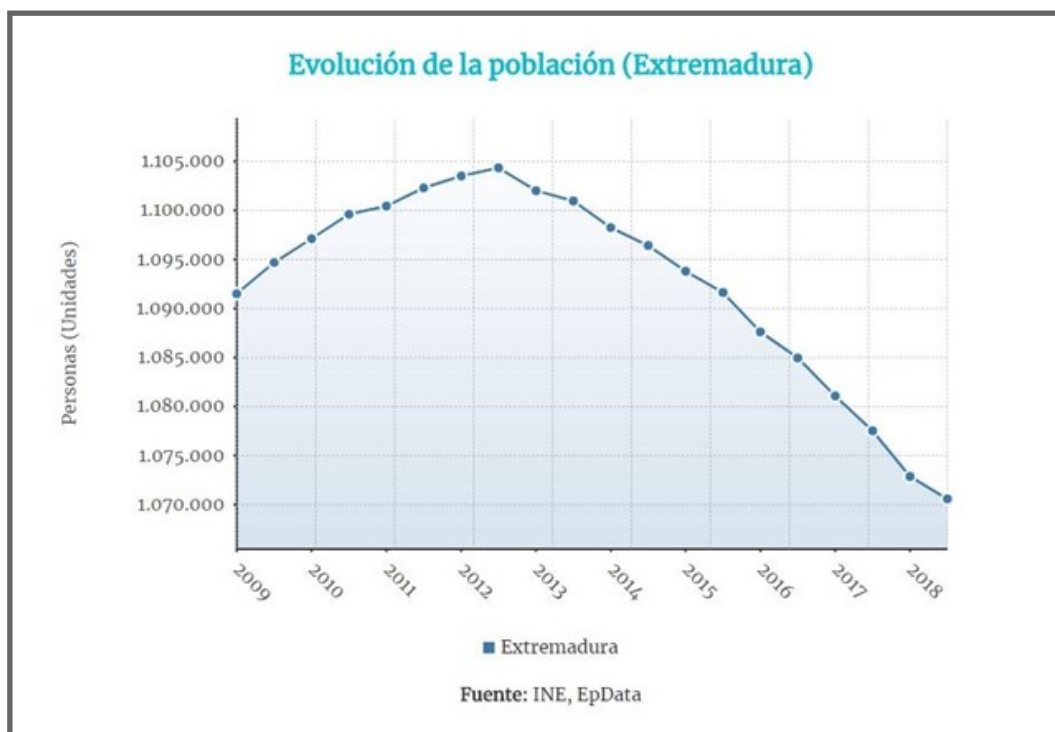
De conformidad con las previsiones establecidas en el artículo 4.2 de la Ley General de Sanidad y ante la asunción de competencias en materia de asistencia sanitaria por parte de la Comunidad Autónoma, la Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura creó el Servicio Extremeño de Salud como “organismo autónomo de carácter administrativo al que se le encomien-

da el ejercicio de las competencias de administración y gestión de servicios, prestaciones y programas sanitarios”. Por ello, mediante Decreto 209/2001, de 27 de diciembre, modificado por Decreto 81/2003, de 15 de julio, se aprueban los Estatutos del Servicio Extremeño de Salud. Los referidos Estatutos han significado un instrumento de primer orden para articular la gestión del Organismo Autónomo, gestión que durante estos años de andadura del Servicio Extremeño de Salud ha permitido fortalecer el sistema sanitario regional sobre bases de crecimiento, eficiencia, calidad e innovación.

Por otra parte, el Decreto del Presidente 17/2007, de 30 de junio crea la Consejería de Sanidad y Dependencia y atribuye a la misma el ejercicio de las competencias en materia de dependencia que tenía atribuidas la anterior Consejería de Bienestar Social, con lo cual se agrupan bajo el mismo departamento las competencias relativas a la protección de la salud de los ciudadanos y las de servicios sociosanitarios y de atención a la dependencia⁷.

Según fuentes de Instituto Nacional de Estadística (INE) a fecha de 2018 la población total de nuestra comunidad autónoma es de 1.072.863 personas:

Indicadores		Extremadura	
		Fecha	Valor
Padrón: Población Total		2018	1.072.863
Padrón: Población Total (varones)		2018	531.255
Padrón: Población Total (mujeres)		2018	541.608
IDB. Tasa Bruta de Mortalidad (defunciones por mil habitantes)		2018	10,71
IDB. Tasa Bruta de Natalidad (nacidos por mil habitantes)		2018	7,32



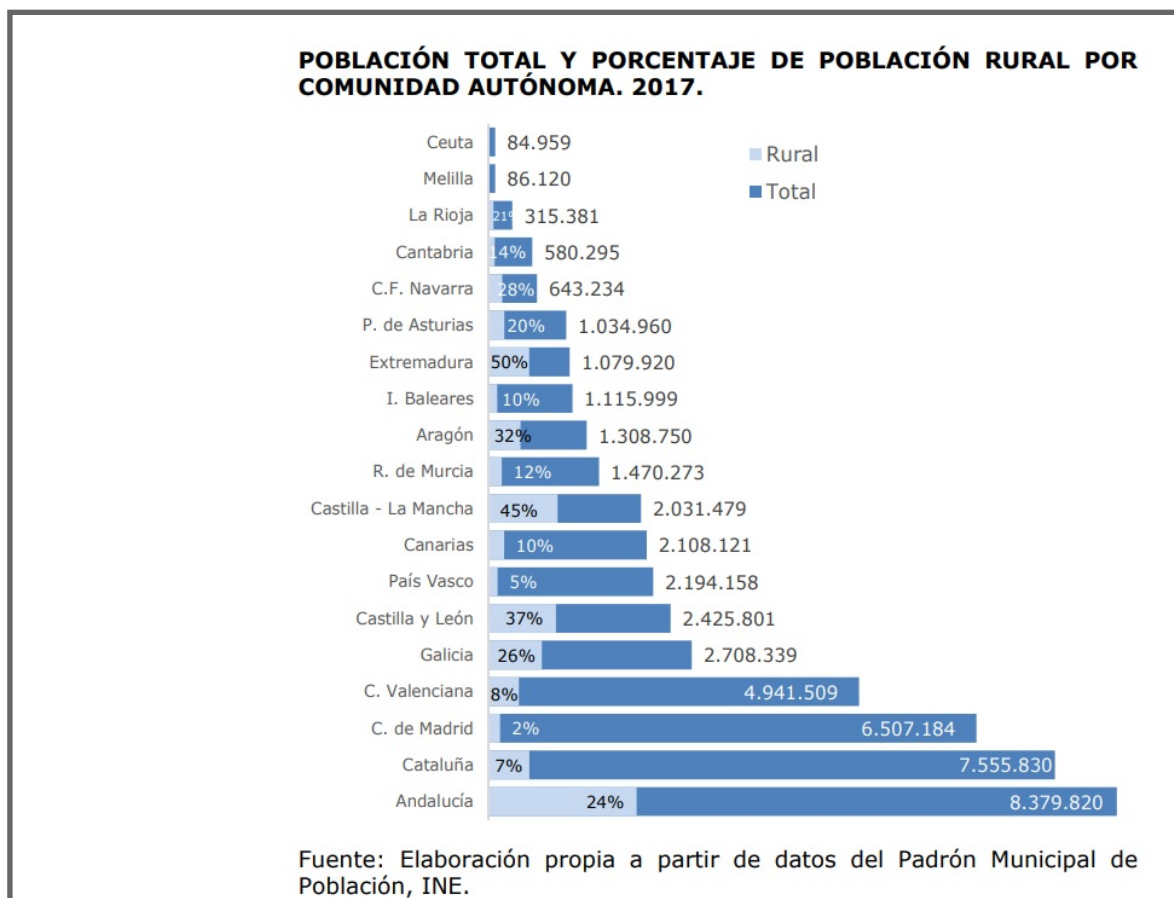
Del total de nuestra población, 676.376 personas están registradas en la provincia de Badajoz.

	2019 provisional			2018 definitivo			Var. % 2019-2018
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	
TOTAL ESPAÑA	47.007.367	23.033.803	23.973.564	46.722.980	22.896.602	23.826.378	0,61
EXTREMADURA	1.066.998	528.158	538.840	1.072.863	531.255	541.608	-0,55
Badajoz	673.381	333.031	340.350	676.376	334.636	341.740	-0,44
Cáceres	393.617	195.127	198.490	396.487	196.619	199.868	-0,72
RESIDENTES ESPAÑOLES							
TOTAL ESPAÑA	41.982.103	20.518.670	21.463.433	41.988.289	20.522.724	21.465.565	-0,01
EXTREMADURA	1.034.547	512.334	522.213	1.041.216	515.692	525.524	-0,64
Badajoz	653.979	323.814	330.165	657.566	325.636	331.930	-0,55
Cáceres	380.568	188.520	192.048	383.650	190.056	193.594	-0,80
RESIDENTES EXTRANJEROS							
TOTAL ESPAÑA	5.025.264	2.515.133	2.510.131	4.734.691	2.373.878	2.360.813	6,14
EXTREMADURA	32.451	15.824	16.627	31.647	15.563	16.084	2,54
Badajoz	19.402	9.217	10.185	18.810	9.000	9.810	3,15
Cáceres	13.049	6.607	6.442	12.837	6.563	6.274	1,65

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE. Padrón municipal de habitantes 2016-2017
 Fecha de actualización: 11/04/2019

Según datos del Consejo Económico y Social de Extremadura, el total de personas inscritas en el Padrón Continuo en Extremadura a 1 de enero de 2019, con datos provisionales, es de 1.066.998 habitantes (47.007.367 habitantes en España), lo que supone una disminución interanual del 0,55% y un aumento del 0,61% en España.

Una de las principales características de Extremadura es que no es una comunidad muy poblada, pero sí existe una gran dispersión geográfica, además de ser una población predominantemente rural.



Teniendo en cuenta estos datos socio-demográficos, nuestra comunidad autónoma queda dividida en 8 áreas de salud:

1. Área de salud de Navalmoral de la Mata.
2. Área de salud de Plasencia.
3. Área de salud de Cáceres.
4. Área de salud de Coria.
5. Área de salud de Badajoz.
6. Área de salud de Mérida.
7. Área de salud de Llerena-Zafra.
8. Área de salud de Don Benito-Villanueva.

ÁREAS DE SALUD DE EXTREMADURA.



COMARCAS DE LA PROVINCIA DE BADAJOZ



1.2. Concepto de Salud y Enfermedad. Niveles Asistenciales.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la Salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad”. Esta definición ha sido acogida a nivel nacional por casi todos los países, incorporándola en la legislación interna de cada uno de ellos.

En la época que vivimos, y teniendo en cuenta los movimientos migratorios o de otra índole que existe entre los distintos países, conviene unificar criterios de actuación y de identificación ante distintas enfermedades, ya que las mismas trascienden las fronteras, obligando a que exista una homogeneización en el estudio de pacientes. Por este motivo se creó la Clasificación In-

ternacional de las Enfermedades (CIE) por parte de la OMS (1993), la cual es revisada y actualizada periódicamente⁸.

La salud se considera como un fenómeno complejo que debe ser abordado a través de la interdisciplinariedad, pues para poder comprenderla en su multidimensionalidad es necesario que concurren distintas disciplinas que interactúen y se integren entre sí. La salud está fuertemente influenciada por el entorno, no solo por las características individuales de cada paciente. Es decir, existe factores modificadores y no modificadores de la enfermedad. Además, estas condiciones de vida están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. La idea de salud responde además a una condición histórica, pues en cada momento, determinada sociedad puede tener una visión particular de la misma. Por lo tanto, la definición de salud no solo incluye una mirada biomédica sino que atañe a otros sectores de la sociedad. No es conveniente hablar de salud sin considerarla indisolublemente ligada a la enfermedad. Se trata por tanto de un proceso, salud-enfermedad. Por tanto, podemos concluir que:

“la salud es un hecho social tanto material como inmaterial, se trata de un fenómeno multidimensional y multicausal que trasciende la competencia exclusivamente médica, relacionándose además con la biología, la psicología, la economía y la política. Por tal motivo, la definición de salud de la OMS sigue teniendo plena vigencia, también por su propósito normativo y de carácter institucional, que es el punto de partida de múltiples programas y políticas de salud a nivel global y mundial”⁸.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó a finales de la década de los ochenta la creación de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (conocido como el CMBD). Se define como el registro administrativo de la diferente información clínico-asistencial en Atención Especializada. Se trata de una fuente de datos homologada fundamental para el análisis de la actividad hospitalaria y para el conocimiento del proceso asistencial. El pilar fundamental de la CMBD es la codificación de la información clínica relativa al paciente, siendo utilizado asimismo para la investigación clínica y epidemiológica. Dicha codificación, realizada por documentalistas clínicos y técnicos especializados, garantiza la normalización de la información, que empleada sistemáticamente, redundando en una mayor exactitud, eficiencia, fiabilidad y comparabilidad de la información sanitaria a nivel local, regional, nacional e internacional.

La CIE9MC (Modificación clínica de la 9ª Clasificación Internacional de Enfermedades) es la clasificación de referencia utilizada para la codificación de los diferentes datos clínicos recogidos en el CMBD. En 1989 el Ministerio de Sanidad y Consumo publicó la primera clasificación en castellano y desde entonces se viene actualizando periódicamente.

En los últimos años hemos asistido a una extraordinaria evolución tecnológica, organizativa y estructural en nuestro sistema sanitario en general, y en el hospitalario en particular. Los sistemas de información han incorporado enormes mejoras y progresos. Se han establecido directrices y normas comunes para el uso de la CIE9MC, lo que ha permitido su validación periódica por auditorías externas. Este hecho ha repercutido en la alta calidad y exhaustividad alcanzadas en el CMBD. Al amparo de las comisiones consultivas del Consejo Interterritorial, con la participación de expertos y representantes de

todas las comunidades autónomas, se han constituido los grupos de trabajo de estos sistemas de información. Es en este marco de trabajo colaborativo donde se generan, mediante consensos técnicos, las normas pertinentes. En relación con el CMBD y la CIE9MC, el Comité Técnico del CMBD y la Unidad Técnica de la CIE9MC respectivamente, en funcionamiento ambos desde 1992, constituyen los organismos técnicos de referencia del Sistema Nacional de Salud. La versión electrónica de la CIE9MC nació en 2006, alojada en la página electrónica del Ministerio de Sanidad. Fue la primera web en castellano con la totalidad de su contenido asociado a las publicaciones normativas de la Unidad Técnica de la CIE9MC para el Sistema Nacional de Salud⁹.

Una vez introducidos los conceptos salud-enfermedad conviene recordar algunas definiciones.

Hoy en día estamos más familiarizados con los términos *comorbilidad*, *multimorbilidad*, *pluripatología* o *polifarmacia*, debido al envejecimiento y mayor esperanza de vida de la población.

Comorbilidad hace referencia a la “existencia de una enfermedad crónica o enfermedad guía que cobra mayor protagonismo, acompañada de otras enfermedades satélites”. Los conceptos *Multimorbilidad* y *Pluripatología* son similares; se definen como “la existencia de 2 o más enfermedades crónicas donde ninguna cobra protagonismo frente a otra y que condicionan fragilidad clínica y disminución de la autonomía y capacidad funcional”. Los términos *comorbilidad* y *multimorbilidad*, aunque no son lo mismo, se utilizan indistintamente en la literatura médica.

Hablamos de *Polifarmacia* para describir “la situación en la que un mismo paciente recibe múltiples medicamentos, con las interacciones y efec-

tos secundarios que ello conlleva”. Otras definiciones son más explícitas refiriéndose a los pacientes polimedicados como “aquellos con 5 o más fármacos presentes de forma continuada en los últimos 6 meses”. La presencia de múltiples enfermedades es frecuente en edades avanzadas. Estudios poblacionales han comprobado como el número de enfermedades que presentan los sujetos aumenta con la edad. Por tanto, la asociación ancianos-pluripatológicos-polimedicados es habitual, y se hace más presente en la especialidad de Medicina Interna. La prevalencia de enfermedades crónicas, de pluripatología y de polifarmacia plantea grandes desafíos tanto a profesionales como a gestores y políticos. La toma de decisiones, tanto diagnósticas como terapéuticas, se hace aún más difícil, ya que se tiende a tener un manejo más conservador; aunque por otro lado, es fácil entrar en la dinámica de tratar cualquier alteración analítica o dolencia, sumando de esta manera más fármacos que en ocasiones no aportan mejoras y sí efectos secundarios. La polimedicación o polifarmacia se asocia a una mayor complejidad del manejo terapéutico e incrementa el riesgo de sufrir efectos adversos, de cometer errores en la toma de fármacos, de aumentar el número de interacciones y de disminuir la adherencia al tratamiento¹⁰.

Por todo ello, uno de los grandes problemas que la sociedad deberá afrontar en los próximos años (y ya en este momento) es el constante envejecimiento de la población, lo que supondrá un mayor uso de los recursos sanitarios, un mayor consumo de fármacos y un aumento en la comorbilidad y cronicidad de los pacientes, por lo que será preciso más que nunca realizar un abordaje integral y global de los mismos. Es en este campo donde cobra mayor importancia la especialidad de Medicina Interna.

La prevalencia de la polimedicación en pacientes mayores de 65 años alcanza el 50% en nuestro país (con una media de 9 medicamentos por paciente) y puede llegar al 76% en pacientes ancianos inmovilizados. Se estima que entre un 10 y un 20% de los casos atendidos en los servicios de urgencia y hasta un 20% de los ingresos hospitalarios en pacientes mayores se relacionan con efectos adversos a medicamentos. España es el segundo país del mundo, tras Estados Unidos, en consumo de medicamentos¹⁰. Resulta difícil reducir este consumo de fármacos por parte del médico en la era en la que la esperanza de vida es mayor y la expectativa de calidad de vida también lo es.

Existe cierta exigencia por parte del paciente y cierta inercia por parte del profesional que contribuyen a perpetuar esta situación. Esto no exime de responsabilidad al médico en cuanto al porcentaje de prescripciones inadecuadas o ineficaces, ya que en ocasiones no aportamos beneficio. Se define como una prescripción inadecuada “aquella que introduce un riesgo significativo de efectos adversos cuando hay evidencia de una medicación alternativa igual o más efectiva”. Una prescripción se considera adecuada para una indicación determinada cuando “existe una evidencia clara que apoya su uso en esa indicación, es bien tolerada y presenta un perfil de coste-efectividad favorable, incluyéndose además, en pacientes de edad avanzada, criterios como el pronóstico de la enfermedad, la esperanza de vida y el estado funcional del paciente”¹⁰. En este punto es importante hacer una reflexión respecto a la eficacia/seguridad de los fármacos, ya que en muchos estudios y ensayos clínicos los medicamentos han sido probados en poblaciones con medias de edad no muy altas y/o con pocas comorbilidades asociadas. Este factor es fundamental y básico tenerlo en cuenta a la hora de valorar el aporte del beneficio de la prescripción de un fármaco.

Por tanto, en base a lo anteriormente mencionado, conviene recordar a todos los médicos la necesidad de realizar un ejercicio periódico y una revisión sistemática de la medicación prescrita en ancianos polimedicados (comprobando la eficacia del fármaco, la evolución de la enfermedad, el cumplimiento terapéutico, las posibles interacciones o efectos secundarios y reconsiderando su necesidad en cada situación específica), ya que constituye una estrategia que mejora la adecuación de los tratamientos en pacientes ancianos ¹⁰.

Se define como *Morbilidad* “la cantidad de personas que enferman en un lugar y periodo de tiempo determinados en relación con el total de población”. La Encuesta de Morbilidad Hospitalaria es una operación estadística de periodicidad anual que se realiza desde 1951. Ofrece información sobre las altas hospitalarias con internamiento en función del diagnóstico principal asociado al alta. Tiene como principal objetivo conocer las características demográfico-sanitarias de los enfermos que hayan ingresado en un centro hospitalario, así como disponer de información a nivel nacional, de comunidad autónoma y de provincia, sobre la frecuencia y utilización de los recursos hospitalarios en el año de referencia (Fuente: INE. Código IOE: 3041)¹¹.

Con carácter quinquenal se realiza la Encuesta Nacional de Salud, cuyo objetivo es ofrecer la información necesaria sobre la salud de la población para poder planificar y evaluar actuaciones en materia sanitaria y proporcionar la adecuada atención a los usuarios de los servicios de salud. Se realiza desde el 2003 y es de ámbito nacional y autonómico (Fuente: INE/MS. Código IOE: 54009)¹¹.

Nuestro sistema sanitario está organizado en niveles asistenciales donde la Atención Primaria supone el primer punto de contacto de una persona con el sistema de salud. Se considera que al menos el 70-80% de los problemas de

salud cotidianos deberían ser solucionados en la primera asistencia siempre y cuando esté debidamente organizada.

La Atención Secundaria o Semiespecializada, recibe todos los casos que el nivel primario no puede solucionar por su complejidad. Existen servicios como Radiología, Laboratorio, Salud Mental, Salud Pública, etc. que algunos autores consideran de apoyo a los equipos de atención primaria, mientras que otros autores los consideran integrantes del nivel secundario de atención; es decir, puede haber variaciones en la definición de niveles asistenciales según la fuente consultada.

En el nivel terciario de atención están los profesionales y los servicios de alta especialización, así como los hospitales más completos (hospitales de tercer nivel). Generalmente, corresponde a este nivel la investigación y la docencia esencialmente.



Teniendo en cuenta que los problemas de salud crónicos, cada vez más prevalentes en nuestra población, requieren un abordaje y coordinación multidisciplinar e interdisciplinar, es fundamental hacer hincapié en la existencia de una adecuada coordinación entre niveles asistenciales. Esto se ha convertido en el objetivo prioritario de muchos sistemas de salud, ya que es la única manera de mejorar la calidad, la eficacia y la eficiencia de la asistencia sanitaria de estos problemas crónicos de salud. En ocasiones es difícil alcanzar dicho objetivo, en parte por la estructuración del sistema sanitario y en parte por la predisposición de los profesionales. Con este fin, en las últimas décadas han proliferado las intervenciones, tanto políticas (planes intersectoriales, sistemas de compra y financiación) como en el ámbito organizativo (organizaciones integradas, introducción de mecanismos y estrategias de coordinación).

Coordinación, continuidad e integración asistencial se suelen utilizar indistintamente, pero aluden a conceptos diferentes.

La *Coordinación* se refiere a “la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud independientemente del lugar donde se reciben, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin conflictos”. Cuando alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada.

La *Continuidad asistencial*, por su parte, es “el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente”. La mejora de la *coordinación asistencial* dependerá, entre otros factores, del modelo de organización asistencial y de los mecanismos de coordinación utilizados en las organizaciones¹². La coordinación asistencial se ha convertido en una prioridad, especialmente en los pacientes crónicos, y se contempla como una estrategia para alcanzar la continuidad asistencial, reducir los costes y mejorar la calidad de la atención. Aunque se han aplicado diferentes estrategias para mejorar la coordinación

entre la atención primaria y la especializada, distintos estudios disponibles han identificado diferentes problemas de coordinación asistencial, que se han manifestado como ineficiencia en la gestión de recursos, pérdida de continuidad en los procesos asistenciales y disminución de la calidad de la atención prestada.

Con el fin de mejorar la coordinación entre niveles, el grupo de trabajo de Alejandro Allepuz y Cristina Gallardo, diseñaron un estudio cualitativo a través de la técnica Delphi; aunque solo se realizó un envío de la encuesta dado el elevado grado de acuerdo tras la primera ronda. La encuesta se realizó en febrero de 2012 por vía electrónica con un recordatorio y se invitó a participar a 187 médicos especialistas del hospital de referencia que incluye sociosanitario, 190 de atención primaria (103 de medicina y 87 de enfermería) y 9 de salud; 386 profesionales en total. A cada encuestado se le pidió que describiera brevemente aquellos aspectos que considerara como relevantes para la coordinación entre niveles asistenciales. La información recogida fue revisada por Cristina Gallardo y Alejandro Allepuz que consensuaron, a partir de una primera lectura, los temas y subtemas codificando después cada respuesta de forma independiente y ciega sobre el profesional que había contestado. En total respondieron 127 profesionales (32,9%). La participación en el hospital de referencia fue del 21,9%, del 44,2% en atención primaria y 2 profesionales de salud mental. El total de aspectos considerados como relevantes para la coordinación entre niveles fue de 369 que fueron codificados con 441 códigos diferentes (tabla 1). El tema más frecuente fue la «Comunicación entre profesionales» con el 41,3% (n=182) de los códigos utilizados. Al analizar las respuestas según el nivel asistencial no se observaron diferencias relevantes (tabla 1).

Tabla 1. Estudio de Alejandro Allepuz y Cristina Gallardo.

Coordinación entre niveles asistenciales.

Tema	Subtema ^a	Hospital de referencia	Atención primaria	Salud mental	Total
		% (n)	% (N)	% (N)	% (N)
<u>Comunicación entre profesionales</u>		43,3 (65)	40,1 (113)	44,4 (4)	41,3 (182)
	Reuniones entre profesionales	8,7 (13)	8,9 (25)	22,2 (2)	9,1 (40)
	Manejo del paciente	3,3 (5)	5,0 (14)	0,0 (0)	4,3 (19)
	Trato respetuoso entre profesionales	0,0 (0)	0,7 (2)	0,0 (0)	0,5 (2)
<u>Información compartida entre niveles</u>		16,0 (24)	3,5 (10)	0,0 (0)	17,9 (79)
<u>Aspectos administrativos</u>		17,3 (26)	13,1 (37)	22,2 (2)	14,7 (65)
	- Tecnología para mejorar la comunicación entre niveles	1,3 (2)	3,2 (9)	0,0 (0)	2,5 (11)
	- Difusión de los circuitos administrativos	2,7 (4)	1,1 (3)	0,0 (0)	1,6 (7)

Tema	Subtema ^a	Hospital de referencia	Atención primaria	Salud mental	Total
		% (n)	% (N)	% (N)	% (N)
	- Asegurar la continuidad asistencial por el mismo profesional	0,7 (1)	1,4 (4)	0,0 (0)	1,1 (5)
	- Clarificar la cartera de servicios entre niveles	0,7 (1)	1,4 (4)	0,0 (0)	1,1 (5)
	- Agenda para resolver consultas	1,3 (2)	0,7 (2)	0,0 (0)	0,9 (4)
	- Integración funcional entre niveles asistenciales	2,0 (3)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,7 (3)
	- Integración de especialistas en el equipo	0,7 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,2 (1)
	- Información sobre novedades en organización	0,0 (0)	0,4 (1)	0,0 (0)	0,2 (1)
	- Exceso de visitas en la agenda	0,7 (1)	0,0 (0)	0,0 (0)	0,2 (1)
	<u>Objetivos comunes entre niveles</u>	11,3 (17)	16,7 (47)	0,0 (0)	14,5 (64)

Tema	Subtema ^a	Hospital de referencia	Atención primaria	Salud mental	Total
		% (n)	% (N)	% (N)	% (N)
	- Documentos consenso para manejo pac	6,7 (10)	12,1 (34)	0,0 (0)	10,0 (44)
<u>Valores compartidos entre profesionales</u>		4,7 (7)	5,7 (16)	33,3 (3)	5,9 (26)
<u>Formación</u>		5,3 (8)	3,5 (10)	0,0 (0)	4,1 (18)
<u>Profesionales referentes</u>		2,0 (3)	1,4 (4)	0,0 (0)	1,6 (7)

- *Los porcentajes fueron calculados sobre el total de temas/subtemas empleados para clasificar las respuestas. De los 441 temas/subtemas empleados, 150 corresponden al hospital de referencia, 282 a atención primaria y 9 a salud mental^a.*
- *La suma del total de los subtemas no se corresponde con el total del tema dado que no todas las respuestas se pudieron incluir en un subtema.*

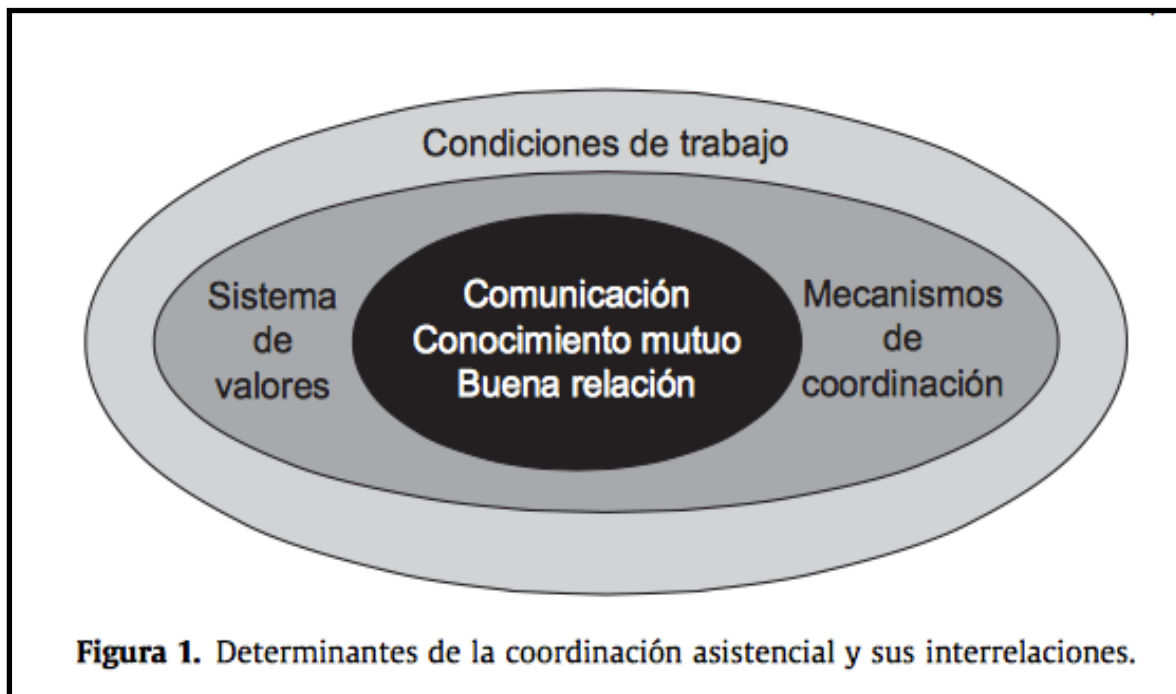
La comunicación entre profesionales también fue uno de los aspectos más relevantes en un trabajo previo en el que se observó que la comunicación, el conocimiento mutuo y la buena relación entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales constituyen el núcleo de la coordinación asistencial. Llama la atención que la existencia de protocolos, rutas clínicas o guías

de práctica clínica, aspectos incluidos dentro del tema «Objetivos comunes entre niveles», no hayan sido considerados entre los más relevantes, sobre lo que quizá haya influido la percepción de las dificultades para su implementación. Resulta complejo determinar a partir de los resultados cuáles deberían de ser las líneas de trabajo futuras para la mejora de la coordinación entre niveles. Los profesionales continúan teniendo la percepción de que la comunicación no es adecuada, a pesar de las nuevas tecnologías de la información y comunicación disponibles, que hacen posible la telemedicina, la valoración del paciente, la recopilación de datos clínico-analíticos y radiológicos, sin necesidad de movernos de nuestro puesto de trabajo. En ocasiones, esta comunicación fluida se ve interrumpida por la opinión que los profesionales tienen de los del otro nivel asistencial que dificulta un contacto más fluido y la implementación de nuevas formas de comunicación¹³.

En esta línea, en el estudio realizado por Diana Henao Martínez et al. se pone de manifiesto algo similar. Se atribuye la complejidad de la coordinación entre niveles asistenciales a la separación histórica entre niveles y profesionales (médicos de atención primaria frente a médicos de especializada, médicos frente a enfermeros, etc.). Esto parece haber contribuido a conformar valores opuestos a la colaboración y el trabajo en equipo. Algunos autores relacionan esta separación con la formación de los diferentes grupos profesionales, el uso de métodos de trabajos distintos y el desconocimiento y la desconfianza mutuos. También se analizaron los distintos factores que se tenían en cuenta según el profesional fuera Directivo o Profesional¹².

Tabla 2
Categorías y subcategorías de análisis según los grupos de informantes

Categoría	Subcategorías	
	Directivos	Profesionales
Concepto de coordinación asistencial	Acuerdo entre niveles Existencia de mecanismos de coordinación Atención del paciente a lo largo de la vida Atención en el lugar adecuado	Acuerdo entre niveles Existencia de mecanismos de coordinación Atención del paciente a lo largo de la vida Acceso ágil del paciente entre niveles asistenciales
Opinión de coordinación asistencial	Complicada Necesaria	Complicada Necesaria
Elementos que influyen en la coordinación asistencial	Titularidad de los proveedores Sistema de pago Buena comunicación Conocimiento mutuo Mecanismos de coordinación Valores y actitudes de colaboración Condiciones de trabajo Integración de la propiedad y la gestión	Titularidad de los proveedores Buena comunicación Conocimiento mutuo Mecanismos de coordinación Valores y actitudes de colaboración Condiciones de trabajo
Estrategias para mejorar la coordinación	Aumento del personal médico Mecanismos de coordinación Formación	Aumento del personal médico Mecanismos de coordinación Formación



D. Henao Martínez et al / Gac Sanit. 2009;23(4):280–286

De acuerdo con este estudio, “la *comunicación*, el *conocimiento mutuo* y la *buena relación* entre los profesionales de los diferentes niveles asistenciales constituyen el núcleo de los determinantes de la coordinación”. Estos factores estarían influidos, en un primer nivel, por los mecanismos existentes para coordinar las actividades a lo largo del continuo asistencial, y también por el sistema de valores de los profesionales involucrados en la atención del paciente. Por último, en un segundo plano se encontrarían las condiciones de trabajo que se corresponden con los elementos estructurales (recursos físicos y humanos) y organizativos para crear los medios adecuados para que los profesionales puedan coordinar sus actividades¹².

2. Catálogo Nacional de Hospitales. Hospitales Comarcales.

2.1. Descripción y cartera de servicio.

El Catálogo Nacional de Hospitales recoge información de los centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internado, cuya finalidad principal es el diagnóstico y/o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, así como la atención a pacientes de forma ambulatoria. No obstante, el concepto tradicional de hospital, considerado como institución o centro sanitario que, al margen de su denominación, tiene como finalidad fundamental la prestación de asistencia sanitaria en régimen de internado, se ha visto superada por las nuevas formas de organización de la asistencia sanitaria especializada que tienen su fundamento en la Ley General de Sanidad¹⁴:

Art. 56.2.b: “En el nivel de asistencia especializada, a realizar en los hospitales y centros de especialidades dependientes funcionalmente de aquellos se prestará la atención de mayor complejidad a los problemas de salud y se desarrollarán las demás funciones propias de los hospitales”.

Art. 65.2: “El hospital es el establecimiento encargado tanto del internamiento clínico como de la asistencia especializada y complementaria que requiera su zona de influencia”.

Así, desde comienzos de los años 90, se produjo un cambio en la organización de la asistencia especializada pública, tradicionalmente estructurada en dos niveles (hospital y ambulatorio). Se procedió a la unificación e integración funcional del hospital y de los centros de especialidades en un único nivel de asistencia (asistencia especializada); de esta manera se reunieron los recursos humanos y materiales, para que fueran comunes para los diferentes centros de asistencia especializada y, en algunos casos de atención primaria de cada área sanitaria¹⁴.

Esta organización de la asistencia especializada en un único nivel, en el que queda integrado el hospital y los centros de especialidades, se encuentra más o menos desarrollada dependiendo de cada demarcación geográfica. Al mismo tiempo, puede presentar características particulares atendiendo a las distintas Comunidades Autónomas; que como ya se ha mencionado, tienen transferidas parte de las competencias sanitarias en sus respectivos ámbitos territoriales; con la excepción de Ceuta y Melilla dónde las funciones de gestión de los derechos y obligaciones del antiguo INSALUD son desempeñadas por el Instituto de Gestión Sanitaria creado por Real Decreto 840/2002 como

entidad gestora de la Seguridad Social dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad¹⁴.

Por otra parte, es necesario recordar que un hospital puede estar constituido por un único centro hospitalario o por dos o más que se organizan e integran en un *complejo hospitalario*. Algunos de estos complejos hospitalarios, como es el caso de nuestra región, pueden estar ubicados en una única ciudad (generalmente en aquellas de mayor población), mientras que otros se ubican en localidades distintas, en ocasiones separadas por decenas de kilómetros, como sería el caso del Área Don Benito-Villanueva, que incluye el Hospital de Don Benito-Villanueva y el Hospital Siberia-Serena. En estos casos es la unidad de dirección y gestión común la que sirve para su identificación.

Por tanto, de esta forma, un complejo hospitalario puede estar constituido por dos o más hospitales, incluso distantes entre sí y uno o varios centros de especialidades.

Los complejos hospitalarios se consideran, y como tal se contabilizan, como un único hospital, aunque para una más completa información, se relacionan, siempre que ha sido posible, los hospitales que forman parte de dicho complejo¹⁴.

Coincidiendo con lo anterior, y para cubrir necesidades asistenciales concretas de la población, y atendiendo también a condiciones geográficas, han ido surgiendo entidades o centros asistenciales que, por sus características o peculiaridades concretas, se podrían considerar alejadas del concepto tradicional de centro hospitalario. Por este motivo, en el Catálogo Nacional de Hospitales se recogen los centros sanitarios que, al margen de aspectos o características peculiares o especiales de organización, funcionamiento o finali-

dad asistencial, están autorizados para actuar bajo la denominación genérica de *Hospitales (centros con internamiento)* por los órganos competentes de las Comunidades Autónomas¹⁴.

Según datos del Catálogo Nacional de Hospitales, con fecha de 2017, existe un total de 778 hospitales en España distribuidos de la siguiente manera:

	Públicos-SNS	Privados	TOTAL
Andalucía	48	58	106
Aragón	21	8	29
Asturias	12	13	25
Illes Balears	11	13	24
Canarias	14	24	38
Cantabria	5	2	7
Castilla Y León	16	20	36
Castilla-La Mancha	20	8	28
Cataluña	156	46	202
Comunidad Valenciana	40	22	62
Extremadura	12	8	20
Galicia	19	17	36
Madrid	37	44	81
Región De Murcia	16	9	25
C. Foral De Navarra	6	5	11
País Vasco	25	14	39
La Rioja	6	1	7
Ceuta Y Melilla	2	0	2
TOTAL	466	312	778

Hospitales según Dependencia. Año 2017. Catálogo Nacional de Hospitales 2019.

Según este Catálogo Nacional de Hospitales se consideran *camas instaladas* a 31 de diciembre de 2018 “aquellas que están en disposición de ser usadas, aunque algunas de ellas puedan, por diversas razones, no estar en servicio en esa fecha”. Las camas que se contabilizan son las destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados, incluyendo las incubadoras fijas así como las destinadas a cuidados especiales: intensivos, coronarios, quemados, etc. Por el contrario, no se incluyen como camas instaladas las destinadas a observación en el servicio de urgencias, ni las de reanimación postquirúrgica, ni las destinadas a hemodiálisis ambulatoria, ni las camas de acompañantes, ni las de inducción preanestésica, ni las utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, etc), ni las utilizadas para hospital de día, ni las destinadas a personal del centro sanitario, ni las camas supletorias, ni las cunas para los recién nacidos sanos¹⁴.

	Camas Instaladas					Camas en funcionamiento				
	Públicos-SNS		TOTAL			Públicos-SNS		TOTAL		
	Nº	por 1.000 hab	TOTAL	por 1.000 hab	% SNS	Nº	por 1.000 hab	TOTAL	por 1.000 hab	% SNS
Andalucía	15.308	1,82	20.662	2,46	74%	14.251	1,70	18.463	2,20	77%
Aragón	4.582	3,48	5.293	4,02	87%	4.233	3,22	4.934	3,75	86%
Asturias	3.261	3,17	3.780	3,67	86%	3.010	2,92	3.479	3,38	87%
Illes Balears	2.473	2,14	3.891	3,36	64%	2.268	1,96	3.472	3,00	65%
Canarias	4.895	2,26	7.588	3,51	65%	4.482	2,07	6.722	3,11	67%
Cantabria	1.478	2,54	2.003	3,45	74%	1.384	2,38	1.897	3,27	73%
Castilla Y León	7.311	3,02	9.430	3,89	78%	6.427	2,65	8.419	3,47	76%
Castilla-La Mancha	5.241	2,58	5.655	2,78	93%	4.488	2,21	4.780	2,35	94%
Cataluña	27.105	3,64	30.992	4,16	87%	25.266	3,39	28.969	3,89	87%
Comunidad Valenciana	11.191	2,27	13.238	2,69	85%	9.977	2,02	11.679	2,37	85%
Extremadura	3.639	3,39	3.881	3,62	94%	3.295	3,07	3.505	3,27	94%
Galicia	8.449	3,13	9.937	3,68	85%	7.599	2,81	9.005	3,33	84%
Madrid	14.787	2,27	20.458	3,14	72%	12.832	1,97	17.930	2,76	72%
Región De Murcia	3.647	2,47	4.959	3,37	74%	3.387	2,30	4.688	3,18	72%
C. Foral De Navarra	1.621	2,53	2.324	3,63	70%	1.449	2,26	2.126	3,32	68%
País Vasco	6.442	2,97	7.820	3,61	82%	5.949	2,74	7.148	3,30	83%
La Rioja	998	3,19	1.052	3,37	95%	961	3,08	1.015	3,25	95%
Ceuta Y Melilla	420	2,47	420	2,47	100%	340	2,00	340	2,00	100%
TOTAL	122.848	2,64	153.383	3,30	80%	111.598	2,40	138.571	2,98	81%

Dotación de camas según dependencia. Año 2017. Catálogo Nacional de Hospitales 2019.

Por *finalidad del centro* se entiende “aquella actividad asistencial a la que dedique la mayor parte de sus recursos, tanto humanos como de equipamiento”. A los efectos de este Catálogo, atendiendo a su finalidad asistencial, los hospitales se clasifican en:

- A. General.
- B. Quirúrgico.
- C. Maternal.
- D. Infantil.
- E. Materno-infantil.
- F. Psiquiátrico.
- G. Enfermedades del tórax.
- H. Oncológico.
- I. Oftálmico u O.R.L.
- J. Traumatología y/o Rehabilitación.
- K. Rehabilitación psicofísica.
- L. Médico-quirúrgico.
- M. Geriatria y/o Larga estancia.
- N. Otros monográficos.
- O. Leprológico o dermatológico.
- P. Otra Finalidad.

HOSPITALES POR FINALIDAD ASISTENCIAL

Tipo de Finalidad Asistencial	Hospitales	Camas Instaladas
General	15	3028
Quirúrgico	1	29
Maternal	0	0
Infantil	0	0
Materno-Infantil	0	0
Psiquiátrico	2	600
Oncológico	0	0
Oftámico u ORL	0	0
Traumatología y/o Rehabilitación	0	0
Rehabilitación Psicofísica	1	100
Médico-Quirúrgico	0	0
Geriatría y/o larga estancia	1	105
Otros Monográficos	0	0
Leprológico o Dermatológico	0	0
Otra Finalidad	0	0

Hospitales por Finalidad Asistencial. Fuente: Catálogo Nacional de Hospitales. 2019

La dotación de medios viene distribuida de la siguiente manera a fecha de 2017:

	Andalucía		Aragón		Asturias		Illes Balears		Canarias		Cantabria		Castilla Y León		Castilla-La Mancha		Cataluña	
	Nº	% SNS	N	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	N	% SNS
Salas de Rx convencional	429	78%	94	91%	109	91%	64	52%	145	61%	35	91%	179	83%	131	86%	407	75%
Salas de hemodinámica	54	54%	7	57%	4	75%	8	38%	15	53%	2	100%	8	88%	7	86%	32	63%
Aceleradores lineales	34	85%	4	100%	6	83%	4	75%	12	92%	4	75%	13	85%	4	100%	38	87%
Bombas de cobaltoterapia	48	75%	5	80%	2	100%	7	43%	17	82%	4	75%	9	89%	5	100%	49	73%
Densitómetros	42	40%	3	67%	6	33%	13	31%	16	25%	0	0%	17	53%	9	33%	45	53%
Equipos de hemodiálisis	702	89%	215	100%	136	100%	170	83%	307	76%	16	100%	299	100%	111	100%	679	93%
TAC	147	71%	24	79%	16	88%	22	50%	34	47%	9	89%	42	67%	38	82%	121	74%
PET	9	67%	0	0%	2	50%	2	50%	3	67%	1	100%	1	100%	1	100%	14	71%
RM	93	49%	15	67%	15	60%	21	38%	30	27%	5	80%	30	57%	21	52%	103	59%
Gammacámara	21	71%	3	67%	2	50%	5	40%	13	69%	3	100%	10	80%	3	67%	24	75%
Litriptor	14	50%	2	100%	1	100%	4	25%	7	71%	1	100%	2	50%	3	100%	11	45%
Mamógrafos	115	60%	29	83%	20	80%	19	47%	32	44%	5	80%	40	70%	29	66%	106	69%
SPECT	21	95%	4	100%	4	75%	4	50%	11	73%	3	100%	3	67%	4	75%	23	74%

	Comunidad Valenciana		Extremadura		Galicia		Madrid		Región De Murcia		C. Foral De Navarra		País Vasco		La Rioja		Ceuta Y Melilla		TOTAL	
	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS	Nº	% SNS
Salas de RX convencional	301	87%	82	89%	89	85%	388	77%	96	85%	30	77%	159	81%	20	95%	8	100%	2.866	80%
Salas de hemodinámica	31	61%	6	83%	16	75%	50	62%	7	71%	2	50%	12	58%	2	50%	0	0%	263	62%
Aceleradores lineales	22	77%	4	100%	14	100%	45	60%	5	100%	5	60%	17	65%	2	100%	0	0%	233	80%
Bombas de cobaltoterapia	35	74%	2	100%	19	79%	46	65%	12	92%	2	50%	14	93%	2	100%	0	0%	278	76%
Densitómetros	39	59%	4	50%	14	43%	47	57%	5	40%	3	33%	13	46%	3	67%	1	100%	280	48%
Equipos de hemodiálisis	715	71%	93	100%	85	69%	677	88%	101	100%	111	80%	240	83%	37	100%	15	100%	5.009	86%
TAC	84	76%	24	83%	52	75%	105	63%	24	79%	14	71%	44	75%	5	80%	2	100%	807	72%
PET	13	54%	1	100%	4	75%	17	53%	2	100%	2	0%	6	50%	1	100%	0	0%	79	62%
RM	61	59%	12	67%	37	54%	129	50%	18	56%	9	44%	33	61%	4	75%	1	100%	637	54%
Gammacámara	17	59%	3	100%	7	71%	28	71%	2	100%	2	100%	7	43%	1	100%	0	0%	151	70%
Litriptor	11	73%	1	100%	4	75%	14	50%	2	0%	2	50%	6	67%	1	100%	0	0%	86	59%
Mamógrafos	58	67%	22	64%	34	65%	80	58%	19	74%	8	63%	29	55%	4	100%	2	100%	651	64%
SPECT	12	83%	3	100%	11	91%	25	76%	4	100%	3	33%	6	83%	1	100%	0	0%	142	81%

*Indicadores de dotación tecnológica en funcionamiento. Año 2017.
Catálogo Nacional de Hospitales 2019.*

La *dependencia patrimonial* se refiere a “la persona física o jurídica propietaria, al menos, del inmueble ocupado por el centro sanitario”.

A los efectos de este Catálogo, atendiendo a su dependencia patrimonial, los hospitales se clasifican en:

- A. Seguridad Social.
- B. Instituto de Salud Carlos III.
- C. Ministerio de Interior.
- D. Ministerio de Defensa.
- E. Comunidad Autónoma.
- F. Diputación o Cabildo.
- G. Municipio.
- H. Entidades Públicas.
- I. Mutua de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales. (MAT-TEP)
- J. Privado- benéfico (Cruz Roja).
- K. Privado- benéfico (Iglesia).
- L. Otro privado benéfico.
- M. Privado No benéfico.
- N. Otra dependencia patrimonial.

La *dependencia funcional* es “el organismo o entidad jurídica de quien depende, es decir, la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción, jerárquica o funcional, más inmediata sobre el establecimiento sanitario”. La clasificación de dependencia funcional de los hospitales con formas jurídicas de gestión contempladas en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión en el Sistema Nacional de Salud, y de acuerdo con desarrollos legislativos autonómicos, ha sido asignada a la de los correspondientes Servicios de Salud:

- Instituto de Gestión Sanitaria-INGESA.
- Servicio Andaluz de Salud.
- Instituto Catalán de Salud.
- Servicio Vasco de Salud-OSAKIDETZA.
- Consellería de Sanidad. G. Valenciana.
- Servicio Navarro de Salud-OSASUNBIDEA.
- Servicio Gallego de Salud-SERGAS.
- Servicio Canario de Salud.
- Instituto de Salud Carlos III.
- Otros hospitales públicos de dependencia estatal.
- Administración Penitenciaria.
- Comunidad Autónoma.
- Diputación o Cabildo.

- Municipio.
- Otros públicos.
- Mutua de Accidentes de Trabajo (MATEP).
- Privado-Benéfico (Cruz Roja).
- Privado-Benéfico (Iglesia).
- Otro Privado-Benéfico.
- Privado No Benéfico.
- Otra dependencia funcional.
- Ministerio de Defensa.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias-SESPA.
- Servicio Cántabro de Salud-SCS.
- Servicio Riojano de Salud.
- Servicio Murciano de Salud.
- Servicio Aragonés de Salud-SALUD.
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha-SESCAM.
- Servicio Extremeño de Salud-SES.
- Servei de Salut de Les Illes Balears- IB-SALUT.
- Servicio Madrileño de Salud.
- Sanidad Castilla y León-SACYL¹⁴.

El centro sanitario que tiene concedida acreditación docente está capacitado para impartir formación a postgraduados en algunas especialidades médicas. El primer criterio de ordenación ha sido el geográfico. Este criterio tiene tres niveles de desagregación: Comunidad Autónoma, Provincia y Municipio¹⁴.

Asimismo, existe un Registro Estatal de Profesionales Sanitarios (REPS) que se creó en el año 2012 con la finalidad de facilitar la planificación de necesidades de profesionales sanitarios y coordinar las políticas de recursos humanos del Sistema Nacional de Salud. Incorpora datos de todos los profesionales sanitarios autorizados para trabajar en España y dispone de una serie de datos públicos que permiten garantizar a los ciudadanos que los profesionales sanitarios que les atienden tienen la titulación adecuada y pueden ejercer su profesión.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS) tiene como finalidad garantizar a ciudadanos y profesionales sanitarios el acceso a la documentación clínica más relevante para la atención sanitaria de cada paciente. Se incluye documentación que se encuentre disponible en soporte electrónico en cualquier lugar del SNS, asegurando a los ciudadanos que la consulta de sus datos queda restringida a quien esté autorizado para ello¹⁴.

La creación del Sistema Nacional de Salud ha sido uno de los grandes logros de nuestro Estado de Bienestar. Por sus características se ha situado en la vanguardia sanitaria como un modelo de referencia mundial, dada su calidad, su vocación universal, la amplitud de sus prestaciones, su sustentación en

el esquema progresivo de los impuestos y la solidaridad con los menos favorecidos. Por este motivo y con el objetivo de garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones se aprobó el Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de *abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*¹⁵.

El Sistema Nacional de Salud viene sufriendo situaciones de descoordinación entre los servicios de salud autonómicos lo que se traduce en la aparición de considerables diferencias en las prestaciones y en los servicios a los que acceden los pacientes en las distintas comunidades autónomas. El impacto del envejecimiento de la población, la necesidad de incorporar las innovaciones terapéuticas en la terapia clínica, el avance y progreso en la medicina molecular, el desarrollo de los avances en genómica y proteómica y de nuevos fármacos, van a suponer, sin duda, un incremento del gasto sanitario cuyas previsiones deben ser rigurosamente analizadas por los responsables políticos¹⁵.

La *Cartera de servicios comunes* del Sistema Nacional de Salud se define como “el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias”. La Cartera contiene los servicios básicos y comunes necesarios para llevar a cabo una atención sanitaria adecuada, integral y continuada a todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud. La Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud debe garantizar la atención integral y la continuidad de la asistencia prestada a los usuarios, independiente-

mente del nivel asistencial en el que se les atiende en cada momento. Las comunidades autónomas y las mutualidades de funcionarios, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas Carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. Las comunidades autónomas podrán incorporar en sus Carteras de servicios, una técnica, tecnología o procedimiento no contemplado en la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, para lo cual establecerán los recursos adicionales necesarios. En todo caso, estos servicios complementarios, que deberán reunir los mismos requisitos establecidos para la inclusión en la Cartera de servicios comunes, no estarán incluidos en la financiación general de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud¹⁴.

Para ser incluidos como parte de la Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, las técnicas, tecnologías o procedimientos deberán reunir todos los requisitos siguientes:

1. Contribuir de forma eficaz a la prevención, al diagnóstico o al tratamiento de enfermedades, a la conservación o mejora de la esperanza de vida, así como a la eliminación o disminución del dolor y el sufrimiento.
2. Aportar una mejora respecto a otras alternativas facilitadas actualmente, en términos de seguridad, eficacia, efectividad, eficiencia o utilidad demostrada.
3. Cumplir las exigencias que establezca la legislación vigente en el caso de que incluyan la utilización de medicamentos, productos sanitarios u otros productos¹⁴.

La Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud se actualizará mediante orden del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud¹⁴.

Real Decreto-Ley 16/2012 de 20 de *abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* diferencia:

- la cartera común básica de servicios asistenciales, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- la cartera común suplementaria que incluye aquellas prestaciones cuya previsión se realiza mediante dispensación ambulatoria y está sujeta a aportación del usuario (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y transporte sanitario no urgente).
- la cartera común de servicios accesorios¹⁵

Se considera como HOSPITAL GENERAL “aquel destinado a la atención de pacientes afectos de patología variada y que atiende las áreas de medicina, cirugía, pediatría y obstetricia y ginecología”. También se considera general cuando, “aún faltando o estando escasamente desarrollada alguna de estas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada”. En el Catálogo Nacional de Hospitales está recogido el proyecto de designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud (SNS) que tiene como objetivos:

- Mejorar la equidad en el acceso a los servicios de alto nivel de especialización de todos los ciudadanos cuando lo precisen.
- Concentrar la experiencia de alto nivel de especialización garantizando una atención sanitaria de calidad, segura y eficiente.
- Mejorar la atención de las patologías y procedimientos de baja prevalencia¹⁴.

Cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico para cuya realización sea preciso designar un Centro, Servicio o Unidad de Referencia deberá estar previamente incluido en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud (Real Decreto 1030/2006). Las patologías o procedimientos para cuya atención es preciso designar CSUR deben requerir alta tecnología, precisar un elevado nivel de especialización o ser poco prevalentes. Se ha elaborado un Comité de Designación de CSUR, con Grupos de Expertos designados por las comunidades autónomas, las Sociedades Científicas y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, cuya labor es realizar propuestas de las patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR y de los criterios que deben cumplir estos para ser designados como de referencia del SNS. Hasta el momento, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) ha acordado 68 patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el SNS, así como los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia. Por tanto definimos:

- *Centro de Referencia* como “aquel centro sanitario que dedica fundamentalmente su actividad a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características establecidas en el Real Decreto 1302/2006”.

- *Servicio o Unidad de Referencia* como “aquel servicio o unidad de un centro o servicio sanitario que se dedica a la realización de una técnica, tecnología o procedimiento o a la atención de determinadas patologías o grupos de patologías que cumplan una o varias de las características establecidas en el Real Decreto 1302/2006, aunque además ese servicio o unidad atienda otras patologías para las que no sería considerado de referencia”¹⁴.

Los CSUR del Sistema Nacional de Salud deben:

- Dar cobertura a todo el territorio nacional y atender a todos los pacientes en igualdad de condiciones independientemente de su lugar de residencia.
- Proporcionar atención en equipo multidisciplinar: asistencia sanitaria, apoyo para confirmación diagnóstica, definir estrategias terapéuticas y de seguimiento y actuar de consultor para las unidades clínicas que atienden habitualmente a estos pacientes.
- Garantizar la continuidad en la atención entre etapas de la vida del paciente (niño-adulto) y entre niveles asistenciales.
- Evaluar los resultados.
- Dar formación a otros profesionales.

Cualquier Servicio o Unidad que se proponga para ser CSUR debe contar con la autorización sanitaria de funcionamiento y el informe favorable de la Comunidad Autónoma donde está ubicado¹⁴.

Una vez introducidos varios conceptos claves, cabe destacar que no existe una definición precisa, ni siquiera aproximada, de lo que es un hospital

comarcal, y generalmente se utiliza esta denominación para referirse a los hospitales distintos de los grandes centros universitarios; generalmente a aquellos centros ubicados en ciudades menos pobladas. Es, por tanto, un concepto amplio en el que caben casi todos los hospitales pequeños y medianos, algunos de ellos situados en zonas rurales y otros en zonas urbanas. Estos hospitales de tamaño pequeño-medio tienen una mayor accesibilidad para los pacientes, tanto por su situación más próxima a su domicilio como por su dimensión más abarcable, por lo que pueden agilizar el acceso al sistema sanitario. Estos centros suelen tener una reducida dotación de médicos especialistas, de tal manera que un mismo especialista puede abarcar un campo más amplio respecto a los profesionales que trabajan en centros de mayor tamaño. Desde un hospital de pequeño o mediano tamaño se puede atender la gran parte de patologías y afecciones crónicas que se generan en el área poblacional que abarque, a menudo de manera más eficiente y resolutive que en los grandes hospitales, ya que un mismo médico puede estar capacitado para resolver diversos problemas de salud, que en gran medida, coexisten en un mismo paciente. Esto no exime de responsabilidad al sistema, que tiene la obligatoriedad de proporcionar un adecuado soporte de recursos, y ponerlos a disposición de los profesionales en el momento en que lo necesiten, para así gestionar patologías fuera de su área de influencia, facilitando la comunicación y fluidez con los hospitales de referencia; todo ello con el objetivo de que el paciente, esté donde esté, viva donde viva, pueda ser atendido en las mismas condiciones que otros pacientes que pertenezca a otro área de salud.

Estos profesionales que trabajan en hospitales pequeños y medianos a menudo suelen soportar una gran sobrecarga asistencial (hay menos diversificación de pacientes), además de la dificultad de trabajar con una menor dota-

ción tecnológica. La necesidad de buscar referentes fuera del centro es una actividad que no suele estar reconocida por la administración del hospital, por lo que se realiza a menudo a expensas de las relaciones personales de cada médico, de su implicación personal y sin ninguna compensación¹⁶.

Los hospitales de tercer nivel; dadas las circunstancias detalladas anteriormente; no solo deberían limitarse a recibir pacientes que requieran técnicas o tratamientos de mayor complejidad no existentes en su hospital de origen, o de recibir pacientes con patologías raras o de menor prevalencia; sino que también deberían desarrollar una labor de apoyo y de asesoramiento técnico, científico y docente; e incluir esta actividad de manera rutinaria para integrarla en el día a día de los profesionales sanitarios. Esto mejoraría la comunicación entre niveles y favorecería la fluidez y eficacia en la resolución de los distintos problemas médicos. Se debe tener una mente abierta para entender las dificultades a los se enfrentan estos profesionales sanitarios así como los pacientes a los que atienden. Este hecho mejoraría sin duda la solidaridad y empatía entre médicos, repercutiendo de forma positiva en la asistencia sanitaria. Se debe ser flexible para adaptarse a las nuevas demandas derivadas de los cambios socio-demográficos (envejecimiento, inmigración, etc.), mediante el desarrollo de programas específicos para la atención de pacientes con afecciones crónicas y la búsqueda de colaboración de los servicios sociosanitarios, cada vez más presentes en la actividad médica. De esta relación se beneficiarían también los servicios de los grandes hospitales que verían reducir sus listas de espera, se liberarían de tareas rutinarias y repetitivas y accederían a un mayor número de casos complejos, ejerciendo como verdaderos centros de referencia¹⁶.

La localización geográfica y las expectativas culturales ante la salud son factores importantes en la percepción de la calidad de los servicios sanitarios. Los hospitales comarcales permiten superar los desequilibrios territoriales y reducir las dificultades de acceso al sistema sanitario de las localidades más alejadas de las grandes urbes¹⁷. Este problema se magnifica en nuestra comunidad autónoma dada la dispersión geográfica de nuestra población. Con una dotación limitada, estos centros deben resolver sus necesidades de atención especializada en coordinación con los centros de referencia.

No existe un modelo definido de la relación entre *hospital comarcal-hospital referencia (HC-HR)*. En algunos centros se desplazan los especialistas desde los HR mientras que en otros casos es el paciente el que se traslada al HR si precisa una consulta especializada, o incluso desde una planta de hospitalización. No hay datos que apoyen cual es el sistema idóneo y por ello existen diversos trabajos que comparan los modelos de coordinación entre HC y HR.

De la misma manera, la política de derivaciones también es variable, y atiende distintos factores que se evalúan en un momento dado y con cierta subjetividad por parte de los profesionales implicados. Estos factores suelen tener relación con:

- las características demográficas de cada paciente, edad, comorbilidades asociadas, calidad de vida situación basal...
- dificultad en el traslado en los referente a factores geográficos.
- sobrecarga asistencial en un momento dado.
- fluidez en la relación entre profesionales...

En la época actual, la informatización de la historia clínica permite la evaluación del paciente sin necesidad del traslado, lo cual permite tomar decisiones más rápidamente y sin ocasionar las molestias del traslado para el paciente, aunque sin olvidar que se pierde el contacto médico-enfermo. Por tanto, habría que plantearse el papel de la telemedicina para establecer que patologías podrías atenderse sin necesidad de desplazamiento¹⁷.

Por tanto, los hospitales comarcales (HC) desempeñan un papel decisivo a la hora de coordinar recursos, evitar duplicidades, aumentar el rendimiento y disminuir las necesidades sanitarias, y es en este campo donde los médicos internistas desarrollan fundamentalmente su trabajo. El internista es el especialista con mayor capacidad para la evaluación integral del enfermo, algo fundamental para su adecuado manejo, y que probablemente se está perdiendo en los últimos años debido a la excesiva subespecialización existente en los hospitales de tercer nivel. Esta visión integradora del internista debe actuar como puente entre Atención Primaria (AP) y otras especialidades médicas, para mejorar la rentabilidad de nuestro sistema sanitario.

2.2. El Internista y sus competencias básicas.

“No hay mayor oportunidad, responsabilidad u obligación que pueda tocarle a un ser humano que convertirse en médico. En la atención del sufrimiento, el médico necesita habilidades técnicas, conocimientos científicos y comprensión de los aspectos humanos... Del médico se espera tacto, empatía y comprensión, ya que el paciente es algo más que un cúmulo de síntomas, signos, tras-

tornos funcionales, daño de órganos y emociones alteradas. El enfermo es un ser humano que tiene temores, alberga esperanzas y por ello busca alivio, ayuda y consuelo”.

Harrison's Principles of Internal Medicine, 1950³⁶

El inicio de la medicina científica se sitúa en la aparición de una figura histórica y excepcional, símbolo del médico ideal, Hipócrates, considerado como el padre de la Medicina. Él creó un método de aprendizaje experimental, donde cobraba mayor importancia la observación cuidadosamente del paciente, haciendo hincapié en la anamnesis, indagando sobre su entorno y costumbres, así como este repercute en su salud. Identificó el método ensayo-error como forma de aprendizaje. Él sostenía que no puede haber nada más noble y más importante que proteger la salud o atender la enfermedad del ser humano. Gracias a él, aunque solo siglos después, se ha aceptado plenamente su concepto de que el médico no solo debe curar, sino también aprender a evitar que las personas se enfermen y mostró que el razonamiento es la base de la medicina, alejándose de artes y ritos religiosos o mágicos.

A Hipócrates se le atribuye la autoría del Juramento hipocrático. Según algunas fuentes él no fue el autor aunque sí lo inspiró. Este Juramento es firmado por todo aquel que quiere ejercer la medicina y en él quedan recogidos los aspectos éticos de la buena práctica médica.

El primer médico que realizó disecciones en público fue Herófilo, fundador de la anatomía en la escuela médica de Alejandría, en el año 300 a.C. Es en aquella época donde desarrollan su profesión diversos médicos y donde se realizan afirmaciones, entonces tan relevantes como que “el cerebro es la sede

de la inteligencia humana”, que “el aire entra a través de los pulmones hasta el corazón para distribuirlo al resto del organismo” o que “las infecciones se transmiten de persona a persona”.

A partir del año 150. d.C. surgió la figura del griego Galeno, nacido en Pérgamo, quién seguía la escuela hipocrática y sus enseñanzas predominaron por siglos. Es reconocido como el mejor fisiólogo de la época, pero desgraciadamente dejó poco recogido en sus escritos. Posteriormente, el desarrollo del conocimiento médico entró en decadencia debido a que la iglesia eliminó la lectura pagana, así la enseñanza de la medicina solamente se llegó a realizar en los monasterios, con la creencia de que la curación del paciente se produciría con la ayuda de Dios.

El *arte de la medicina* es la combinación entre el criterio médico, los conocimientos científicos y la experiencia médica.

Todo médico cualificado debe saber aplicar su criterio con sentido común; teniendo en cuenta los datos obtenidos en la anamnesis, exploración física, pruebas de laboratorio y de imagen. Debe saber identificar los elementos cruciales y relevantes, así como los hallazgos que se consideran incidentales; y que por tanto no modifican el curso clínico de la enfermedad. Es importante saber gestionar la avalancha de información científica y de medio diagnósticos de los que se dispone actualmente. Todo ello sin olvidar que la finalidad primordial de la medicina se basa principalmente en dos factores:

- La prevención de la enfermedad y promoción de la salud
- El diagnóstico y tratamiento de la persona enferma.

En las últimas décadas, el uso de medios electrónicos así como la informatización de la literatura médica han propiciado que se produzca un cambio

radical en la forma de ejercer la medicina. El acceso a la información es mucho más rápida y la disponibilidad de medios diagnósticos y terapéuticos es mayor. La medicina basada en evidencias se ha convertido en una parte cada vez más importante de la práctica médica sistemática y ha llevado a la publicación de muchas guías de práctica médica útiles y ampliamente reconocidas. Estas guías de práctica clínica protegen al paciente a la hora de ser atendidos de una manera más homogénea y, a su vez, protegen al profesional de posibles negligencias médicas.

En definitiva, es de suma importancia que el médico actual sepa gestionar los volúmenes impresionantes de conocimientos científicos sin perder de vista que el fundamento de la atención clínica óptima consiste en cultivar la relación cercana entre el médico y el enfermo.

“No existen enfermedades sino enfermos”.

Hipócrates. Siglo V a. C.

La decisión médica surge en cualquier etapa de la valoración diagnóstica y terapéutica en la rutina de la práctica médica. Este proceso exige tener un conocimiento profundo y detallado del curso de la enfermedad y de la interpretación adecuada de los hallazgos obtenidos en pruebas diagnósticas, para de esta manera, hacer un adecuado diagnóstico diferencial: una dificultosa tarea que implica descartar o aceptar un diagnóstico particular. Este hecho forma parte de la actividad diaria de un médico internista, quizá en mucho mayor grado que en otras especialidades médicas.

Por otro lado, el uso de medios electrónicos debe también enfocarse como herramienta para evitar errores médicos; y debe formar parte de los sistemas informáticos hospitalarios para un adecuado control actividad asistencial de los pacientes. Esto puede llevar a evitar errores médicos en lo referente

a realización de pruebas, interacciones entre medicamentos, posologías, alergias medicamentosas...No obstante, esto conlleva en ocasiones un problema ético en lo referente a la privacidad y protección de datos personales, lo que frena el desarrollo de medios o aplicaciones electrónicas donde quede recogida toda la información clínica, de laboratorio o de pruebas de imagen. La tecnología de la información es útil pero no deja de ser un mero instrumento que nunca sustituirá las decisiones clínicas del médico.

El buen médico no solo debe surtirse del conocimiento científico sino que ha de saber desarrollar empatía y compasión por el paciente, ambas son virtudes esenciales para un profesional de la medicina. Se debe valorar el entorno familiar, social, económico y cultural. De esta manera se consigue cultivar una relación médico-paciente de confianza mutua, lo que conlleva en ocasiones a un mejor cumplimiento terapéutico y de las recomendaciones dadas. La atención a la salud a veces se vuelve impersonal, en ocasiones motivadas por la presión de reducir costos, estancia hospitalaria o uso de pruebas. Por tanto, podemos afirmar que uno de los objetivos más difíciles de alcanzar para los médicos es conservar los aspectos *humanos* de la asistencia médica. En Estados Unidos, el *American Board of Internal Medicine*, junto con el *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine* y la *European Federation of Internal Medicine*, han publicado un *Charter on Medical Professionalism* que destaca los tres principios más importantes que los médicos deben cumplir con la sociedad:

- 1) la prioridad del bienestar del paciente.
- 2) la autonomía del enfermo.
- 3) la justicia social.

“Nunca se insistirá demasiado en la trascendencia de la relación personal entre el médico y su paciente, porque un número extraordinariamente grande de situaciones diagnósticas y terapéuticas dependen de forma directa de ella. Una de las cualidades esenciales del médico es su interés por la humanidad pues el secreto de la atención al paciente reside en interesarse en el enfermo”.

Francis W. Peabody, octubre 21, 1925,
Conferencia en Harvard Medical School

Como ya se ha mencionado, dentro de un hospital, la atención de un paciente puede incluir a muchos especialistas, ya que puede tener muchas enfermedades crónicas coexistentes. Esto hace obligatoria la comunicación fluida entre los distintos médicos, y casi fundamental la existencia de un médico general que permita una adecuada coordinación, tanto en la asistencia como en la información, evitando de esta manera que se dupliquen pruebas y que haya errores de tratamiento, y favoreciendo que la información que se le transmite al paciente sea clara y concisa. Por tanto, no debemos olvidar que en la práctica médica la existencia de equipos multidisciplinarios es básica, más aún en la época actual en la que la esperanza de vida es mayor y los pacientes viven más años y con mayor número de patologías. La población de todo el mundo está viviendo más: la esperanza global de vida se incrementó de manera significativa en los últimos 45 años, de 58.8 años en 1970 a 71.8 años en el año 2015. Este cambio demográfico, acompañado por el hecho de que se incrementa la prevalencia de enfermedades no transmisibles con la edad repercute en especialidades médicas generales, ya que se espera una mayor carga de pacientes en los próximos años³⁶.

Según datos recogidos en el Catálogo Nacional de Hospitales 2019, a fecha de 2017 existen 4432 internistas en todo el territorio nacional, de los cuales 120 trabajan en Extremadura sobre un total de 1158 especialidades médicas¹⁴.

La Medicina Interna (MI) es la especialidad médica que se encarga del cuidado integral del adulto en el ámbito hospitalario y por esta razón constituye el eje central de la medicina hospitalaria. Casi la cuarta parte de todas las camas de los hospitales están asignadas al Servicio de Medicina Interna y su ocupación es prácticamente del 100%. La Federación Europea de Medicina Interna (European Federation of Internal Medicine [EFIM]) y la Sección de Medicina Interna de la Unión Europea de Especialistas Médicos (UEMS) llevan un tiempo intentando definir las competencias básicas que todo internista europeo debería adquirir, independientemente del modelo sanitario de cada sistema nacional de salud y de los años y tipo de formación. El grupo de trabajo de Competencias del Internista de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) expone los principales conocimientos, habilidades y aptitudes que debería poseer todo internista en España. Este listado de competencias representa el núcleo de la Medicina Interna dentro de un escenario futuro de troncalidad de las especialidades en ciencias de la salud¹⁸.

La función de la Medicina Interna en los diferentes países europeos es heterogénea, incluso dentro de un mismo país, y la actividad de los internistas en diversos ámbitos es variada. Por ejemplo, la labor asistencial de un internista en un hospital comarcal o en un hospital de referencia es con frecuencia dispar. La formación global del médico especialista le permite adaptarse a distintas circunstancias de trabajo y atender patologías varias gracias a su versati-

lidad. En algunas circunstancias los internistas actúan como verdaderos subespecialistas en áreas específicas de su interés. En otras, habitualmente fuera de España, poseen un papel relevante en el ámbito extrahospitalario. Y en la mayoría de hospitales de pequeño-mediano tamaño ejercen un papel de generalista. Además, los problemas médicos que atiende un internista tienen fronteras poco precisas con los de otros especialistas médicos, lo que conlleva en ocasiones a enfrentamientos por entender que se sobrepasan cierto límites. Esto ocurre fundamentalmente en los hospitales de tercer nivel, ya que este hecho en los hospitales de menor tamaño es considerado como una cualidad¹⁸.

Todo ello resalta la importancia de definir los conocimientos básicos y habilidades en que tiene que ser competente cualquier internista europeo, independientemente de su lugar de trabajo o intereses personales o circunstanciales. No obstante, es complejo discernir entre aspectos imprescindibles y deseables. Además, hay una cierta tendencia a confundir lo que debe adquirirse durante la fase de formación especializada y las competencias profesionales propiamente dichas; conceptos que, aunque puedan tener muchos aspectos comunes, son claramente diferentes. Esta preocupación y los consiguientes intentos de concreción no son exclusivos de Europa. En Estados Unidos también ha habido diversas iniciativas para establecer qué competencias se consideran que todo internista debería adquirir. Sin embargo, los resultados han sido desiguales y en general poco operativos¹⁸. Lo que sí queda claro y parece tener una aceptación universal es que el médico internista debe tener una formación global y tener capacidad de adaptación a las distintas circunstancias y patologías que se le presenten.

La Medicina Interna de los países del sur de Europa tiene gran influencia dentro de los respectivos sistemas nacionales de salud y está más desarro-

llada como especialidad independiente que en el resto de los países europeos. Esto es particularmente aplicable a España, donde la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) tiene un peso importante dentro de la European Federation of Internal Medicine (EFIM) y, por consiguiente, sus posicionamientos repercuten de forma significativa en el ámbito europeo¹⁸.

Dentro de las funciones de la SEMI, se ha establecido como línea prioritaria el «desarrollo de un manual de competencias y habilidades del internista», que debe diferenciarse del programa de formación de la especialidad de Medicina Interna. Esta propuesta no está exenta de algunas limitaciones.

Por un lado, no incluye competencias que algunos internistas pueden llegar a adquirir en función de las necesidades del entorno o de preferencias personales y que puede convertirlos en verdaderos especialistas en una enfermedad o en un grupo de enfermedades. Por otro lado, el grado de conocimiento o entrenamiento necesario para diversas competencias básicas puede ser muy distinto¹⁸.

No obstante, en líneas generales sí podemos hablar de las competencias básicas atribuibles y esperables a un médico internista.

Por tanto, el médico internista tiene una serie de competencias básicas y debe estar capacitado para desarrollarlas. Estas son:

- A. Atención clínica al paciente.
- B. Conocimientos clínicos.
- C. Habilidades técnicas y de interpretación.
- D. Habilidades de comunicación.

E. Profesionalidad

F. Actividades académicas¹⁸.

Competencias básicas que debe tener un médico inter-

Atención clínica al paciente
Conocimientos clínicos
Habilidades técnicas y de interpretación
Habilidades de comunicación
Profesionalidad
Actividades académicas

A) Atención clínica al paciente:

La competencia en la atención clínica al paciente supone realmente una combinación de competencias de los cinco apartados restantes. El internista deberá ser capaz de:

- Realizar una historia clínica completa y dirigida en función de los síntomas y signos guía del paciente. La entrevista clínica incluirá la valoración del estado funcional y basal con el uso de diferentes escalas, historia ocupacional, familiar, cultural y psicosocial, así como hábitos tóxicos y alergias medicamentosas conocidas.

- Realizar una exploración física sistemática y orientada a la historia del paciente, no centrándose únicamente en el área corporal donde el paciente localiza la clínica.
- Indicar las exploraciones complementarias básicas (analíticas, pruebas de imagen y funcionales) adecuadas a cada caso.
- Interpretar los datos obtenidos de la historia clínica, exploración física y exploraciones complementarias, elaborando un juicio clínico razonado, diagnóstico de presunción y/o diagnóstico diferencial.
- Elaborar un plan para confirmar el diagnóstico.
- Diseñar un plan terapéutico coste-efectivo e individualizado a las condiciones del paciente, teniendo en cuenta el aporte-beneficio, posibles interacciones y efectos secundarios...
- Limitar los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos en pacientes con mal pronóstico, situaciones terminales o comorbilidad grave, sabiendo identificar con acierto dichos pacientes.
- Elaborar un informe de alta hospitalaria y de atención en urgencias y consultas externas de acuerdo con los estándares establecidos, y realizándolos de forma sistemática para evitar errores y olvidos.
- Garantizar la atención a los pacientes con comorbilidades, pluripatológicos, con enfermedades sistémicas o problemas de salud no determinados.
- Proporcionar una atención clínica en diferentes entornos sanitarios (consultas monográficas, urgencias, hospitalización domiciliaria, unidades de corta estancia, servicios quirúrgicos...).

B) Conocimientos clínicos:

El caudal de conocimientos incluidos en la Medicina Interna es extraordinariamente amplio, como reflejan los textos tradicionales de la especialidad. La capacidad para resumirlos, aunarlos y relacionarlos es una labor que se aprende desde los años de residencia y que no está exento de dificultad. Podríamos resumirlos en:

- Saber enfocar el diagnóstico diferencial del paciente que se presenten con síntomas comunes como pérdida ponderal involuntaria, hiporexia, fiebres (de origen desconocido, fiebre del viajero, fiebre facticia...), dolor torácico, disnea, tos, hemoptisis, síncope, edemas, oliguria, dispepsia, vómitos, dolor abdominal, diarrea, ictericia, ascitis, delirio, cefalea, focalidad neurológica aguda, convulsiones, pérdida de visión aguda, mareo y vértigo, alteración del nivel de conciencia, caídas en ancianos, artralgias/artritis, dolor músculo-esquelético regional, debilidad muscular, erupción cutánea generalizada, púrpura y prurito generalizado.
- Saber manejar las enfermedades más prevalentes del ámbito hospitalario:
 - Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, síndrome coronario agudo, fibrilación auricular, endocarditis, cardiopatía isquémica...
 - Enfermedades respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, síndrome de apnea del sueño, neumonía, derrame pleural, tuberculo-

- sis, nódulo pulmonar solitario, cáncer de pulmón, enfermedades pulmonares intersticiales...
- Enfermedades del sistema nervioso: meningitis y encefalitis, ictus isquémicos y hemorrágicos, demencia, lesiones focales cerebrales, migrañas, enfermedades demielinizantes, parkinsonismo...
 - Enfermedades endocrino-metabólicas y nutrición: diabetes, dislipemia, disfunción tiroidea y suprarrenal, alteraciones iónicas, nutrición enteral y parenteral...
 - Enfermedades renales: infecciones urinarias, insuficiencia renal aguda y crónica, síndrome nefrótico y nefrítico, nefrolitiasis, trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio ácido-base...
 - Enfermedades digestivas: reflujo gastroesofágico, úlcera péptica, hemorragia gastrointestinal, gastroenteritis aguda, síndrome de intestino irritable, síndromes malabsortivos, enfermedad inflamatoria intestinal, pancreatitis aguda y crónica, hepatitis aguda y crónica, cirrosis y sus complicaciones, enfermedades de la vía biliar...
 - Enfermedades tumorales, emergencias oncológicas y cribado de cáncer.
 - Enfermedades hematológicas: alteración de las tres series sanguíneas, estados de hipercoagulabilidad, discrasias de las células plasmáticas, síndromes mieloproliferativos, síndromes linfoproliferativos, terapia transfusional...
 - Enfermedades dermatológicas: infecciones de la piel y partes blandas, urticaria, manifestaciones cutáneas de enfermedades sistémicas, úlceras cutáneas...

- Enfermedades reumatológicas y autoinmunes: conectivopatías, vasculitis, osteoporosis, artrosis, gota, miopatías inflamatorias, sarcoidosis, amiloidosis...
- Enfermedades infecciosas no incluidas en apartados anteriores: infección por el virus de inmunodeficiencia humana, osteomielitis, enfermedades de transmisión sexual, infecciones nosocomiales, uso racional de antibióticos...
- Patología de urgencia e intensiva: sepsis, shock, coma, síndrome de distrés respiratorio, indicaciones de ventilación mecánica invasiva y no invasiva...
- Medicina perioperatoria y consultiva: evaluación de riesgos y medicación perioperatoria, control de glucemia, profilaxis de tromboembolismo venoso, complicaciones perioperatorias...
- Enfermedades relacionadas con el envejecimiento y miscelánea: escalas de evaluación funcional y cognitiva, hipertrofia benigna de próstata, polifarmacia, cuidados paliativos, abuso de sustancias, depresión, alergia a fármacos...
- Conocer las indicaciones, contraindicaciones, posología e interacciones de los principales grupos farmacológicos: analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, corticoides, anticoagulantes y antiagregantes, insulina, antidiabéticos, hipotensores, hipolipemiantes, broncodilatadores, diuréticos, terapias biológicas...

C) Habilidades técnicas y de interpretación:

El internista debe ser competente en la interpretación de pruebas de laboratorio, pruebas de imagen o funcionales, obtenidas como parte de la evaluación diagnóstica de los procesos patológicos mencionados con anterioridad. Estas son:

- Hemograma, bioquímica básica, pruebas de coagulación y sistemático de orina.
- Electrocardiograma.
- Radiografía simple de tórax.
- Gasometría arterial y pruebas funcionales respiratorias.

Asimismo, el internista deberá saber realizar una serie de procedimientos técnicos con finalidad diagnóstica y/o terapéutica e interpretar los hallazgos que de ellos se deriven:

- Medida de la presión arterial.
- Evaluación del pulso paradójico.
- Reanimación cardiopulmonar avanzada.
- Funduscopia directa.
- Pulsioximetría y oxigenoterapia.
- Toracocentesis diagnóstica y terapéutica.
- Paracentesis diagnóstica y terapéutica.
- Punción lumbar.

- Artrocentesis de rodilla.

D) Habilidades comunicativas:

El internista deberá demostrar empatía, afectividad y habilidades interpersonales que conduzcan a una comunicación efectiva con los pacientes, sus familias y otros profesionales. Debe ser capaz de:

- Dar una información clara y concisa al paciente de su estado de salud y hacerle partícipe de las decisiones terapéuticas.
- Conducir eficazmente la comunicación con determinadas tipologías de paciente.
- Considerar y adaptarse a las características educativas, culturales y religiosas del paciente.
- Informar a los familiares del paciente, respetando la voluntad de este último.
- Comunicar malas noticias y afrontar las situaciones del final de la vida.
- Ser capaz de evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Solicitar un consentimiento informado y una autopsia.
- Saber realizar certificados de defunción y partes al juzgado.
- Comunicarse adecuadamente con colegas de diferentes especialidades para mantener la continuidad asistencial.
- Establecer consensos y decisiones compartidas con otros profesionales.

E) Profesionalidad:

Esto implica:

- Respetar los principios éticos y de confidencialidad.
- Saber trabajar en un equipo multidisciplinar.
- Consultar con otros especialistas cuando sea necesario.
- Conocer la legislación relacionada con el ejercicio de la profesión médica.
- Participar en la elaboración y aplicación de protocolos.
- Saber utilizar racionalmente los recursos sanitarios.
- Conocer los principios de la gestión clínica y la calidad asistencial.
- Mantener actualizados los conocimientos médicos.
- Saber organizar su propio currículum.

F) Actividades académicas:

La docencia y la investigación clínica constituyen tareas fundamentales del internista. Allí donde desarrolle su labor deberá saber:

- Participar activamente en la docencia de pregrado y postgrado con estudiantes y residentes.

- Saber realizar una búsqueda bibliográfica avanzada en la base de datos MEDLINE y conocer las fuentes de mayor evidencia científica.
- Tener conocimientos suficientes de lengua inglesa para leer sin dificultad textos médicos.
- Tener conocimientos adecuados de bioestadística para interpretar y desarrollar un trabajo de investigación.
- Realizar una lectura crítica de estudios diagnósticos, pronósticos y de intervención.
- Saber hacer presentaciones en reuniones científicas.
- Saber redactar un artículo científico para su publicación en una revista biomédica¹⁸.

2.3 Áreas de actuación del Internista en un hospital comarcal.

Como ya se ha mencionado, la Medicina Interna como especialidad médica constituye el eje vertebral de la atención hospitalaria. Es responsable de un porcentaje importante de todas las altas y está implantada en todo tipo de hospitales en España, tanto en los de pequeño-mediano tamaño como en los de tercer nivel.

El grupo de gestión clínica de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) aporta periódicamente una información muy relevante para conocer la actividad, y por tanto el papel de la especialidad en el sistema sanitario de nuestro país. Se trata de una encuesta a los jefes de Servicio de Medicina Interna (SMI) acerca de la oferta asistencial en los hospitales del sistema público

de salud. En general hay una mayor respuesta por parte de los hospitales de tamaño medio y de los universitarios, a pesar de ello la información aportada ayuda a perfilar mucho mejor la cartera de servicios y la dedicación actual de los internistas en nuestro país.

Según datos publicados en Revista Clínica Española (RCE) en el año 2011, las camas asignadas a los SMI son el 20% del total y tienen una ocupación prácticamente completa. Si se hace una extrapolación de los resultados de este estudio, las consultas externas anuales de los internistas a nivel nacional serían alrededor de un millón cuatrocientos mil, y las interconsultas, sobre todo en los servicios quirúrgicos, unas 130.000. Estos datos acumulados no estaban disponibles y reflejan como una parte importante de la actividad de los internistas, que se puede cifrar en un 30-40% del tiempo de dedicación, se hace fuera de las salas de hospitalización convencional, que ha sido durante décadas la ocupación tradicional y casi exclusiva de la especialidad. Cabe destacar que esta actividad “extra” no queda recogida en su totalidad y supone una carga de trabajo adicional notable para los médicos internistas.

Otro aspecto relevante es la diversidad de la dedicación clínica, con una oferta muy variada: hospitalización o consultas (consultas monográficas en enfermedades infecciosas, pacientes pluripatológicos, enfermedades sistémicas autoinmunes, enfermedad tromboembólica, riesgo vascular, insuficiencia cardíaca y otras). Muchos SMI han escogido esta vía organizativa para solucionar la demanda asistencial, y es una evidencia palpable de la compatibilidad que existe en el mantenimiento de la visión integral del paciente, que es la esencia de la especialidad, y una dedicación específica a un campo de la enfermedad. La organización de la especialidad en parcelas más específicas de-

pende en gran medida de la sobrecarga asistencial del hospital en cuestión así como de la dotación de personal. Por tanto, podemos deducir que esta parcelización de la especialidad se hace más patente en hospitales de tercer nivel o en hospitales con menor carga asistencial.

También la gama en las modalidades de atención es muy amplia:

- Unidades de corta estancia.
- Hospitalización domiciliaria.
- Unidades de cuidados paliativos.
- Observación de urgencias.
- Hospital de día.
- Unidades de enfermedades del anciano o pluripatológicos.
- Consultas de diagnóstico rápido.

Esta variedad en las formas de atención ha tratado de solventar problemas asistenciales de los centros, de mejorar la eficiencia de los servicios, de reducir la necesidad de camas hospitalarias y las estancias medias, y de facilitar la accesibilidad del paciente.

El internista que trabaja en un HC debe cubrir fundamentalmente cuatro puntos de demanda:

1. La urgencia.
2. La atención primaria (generalmente como consultor, aunque en algunas áreas el médico se desplaza a los consultorios).
3. La hospitalización.

4. Las consultas externas.

Esta última es uno de los puntos considerados más importantes en los HC, ya que permite atender un gran número de pacientes y variedad de patologías, propiciando estudios ambulatorios más fácilmente accesibles (debido a la menor masificación con respecto a los hospitales de tercer nivel), disminuyendo así el número de hospitalizaciones. Por tanto, la consulta externa permite acceder a la asistencia hospitalaria sin necesidad de ingreso, así como acortar la estancia media proporcionando una consulta temprana tras el alta hospitalaria.

Además de lo mencionado anteriormente, el internista desarrolla un papel como consultor, sobre todo de problemas quirúrgicos. Este papel de consultor tanto en Atención Primaria como con especialidades quirúrgicas está muy desarrollada y es lo que se denomina “medicina consultiva”¹⁹. Esta actividad prácticamente no está recogida existiendo pocos registros al respecto, lo que supone una sobrecarga adicional de trabajo no reconocida.

Dentro del marco de la hospitalización, los componentes del Grupo de Trabajo de Gestión Clínica de la SEMI diseñaron una encuesta sobre organización asistencial recogida en 2010. Según estos datos se reconocen varias unidades específicas de hospitalización en los servicios de Medicina Interna:

- Hospitalización convencional (100% de presencia).
- Unidades de corta estancia (31% de presencia).
- Hospitalización domiciliaria (34% de presencia).
- Unidad de observación (38% de presencia).

- Unidad de cuidados paliativos (46% de presencia).
- Otras unidades con camas (infecciones, hospital de día, geriatría...27% de presencia)²⁰.

Por otro lado, según esta misma fuente, los servicios de Medicina Interna están constituidos por una media de 10 internistas.

Por tanto, dada la versatilidad del médico internista, y en base a los datos expuestos anteriormente, se considera que es el especialista adecuado para la cubrir las necesidades sanitarias de la población en los hospitales comarcales, abarcando fundamentalmente los siguientes puntos de actuación:

1) Hospitalización: es la actividad más y mejor estudiada. En España, los internistas atienden a uno de cada 6 pacientes hospitalizados, según datos de la SEMI, además lideran la innovación en la práctica clínica al participar en las alternativas a la hospitalización convencional²⁰. La especialidad de medicina interna abarca una amplia variedad de pacientes y patologías para su adecuado diagnóstico y tratamiento, solicitando si es preciso la colaboración de otros especialistas. En caso de necesidad, si no pueden cubrirse las demandas del paciente se trasladará al hospital de referencia. Además, el servicio de medicina interna supervisa si es necesario a los pacientes quirúrgicos, en lo que se refiere a complicaciones derivadas o no de la cirugía.

2) Consultas externas: el médico internista desarrolla en gran medida su labor en este campo, ya que está capacitado para atender cualquier patología además de actuar como “filtro” para la derivación a otros especialistas en lo que se refiere a patologías más específicas y complejas. Un solo internista resulta más rentable al tener una formación global que le permite atender patologías muy variadas, así como por su capacidad para el manejo del paciente pluripa-

tológico, cuyo número se incrementará con el tiempo al aumentar la esperanza de vida, siendo esta una realidad con la que nos encontraremos más pronto que tarde. En hospitales de mayor tamaño sí es posible desarrollar consultas monográficas (VIH e infecciosas, riesgo cardiovascular, diagnóstico rápido, enfermedad tromboembólica...) que en el caso de hospitales comarcales no siempre es posible ni rentable.

3) *Colaboración con Atención Primaria*: la coordinación entre ambos es fundamental para hacer más eficiente nuestro trabajo. En la mayoría de hospitales comarcales el internista actúa como consultor de primaria, facilitando el acceso del paciente a pruebas hospitalarias así como reduciendo la demanda de pacientes en aquellos casos que puedan resolverse en Atención Primaria (AP). Aunque en algunos hospitales comarcales se ha desarrollado un programa de coordinación entre MI-AP, esta figura de consultor del médico internista está aún por desarrollar. La colaboración entre médicos de Atención Primaria e internistas reduce el número y las demoras de las derivaciones a atención especializada, reduce el número y demora de pruebas complementarias, reduce la tasa de derivaciones cruzadas entre especialistas y la de revisiones en atención especializada, y aumenta la tasa de resolución de procesos; por tanto, mejora la eficacia de la atención a los pacientes.

4) *Cuidados especiales*: son unidades en las que se ingresan enfermos especiales por su complejidad, gravedad o porque precisen estabilización hemodinámica antes de un traslado. Debería existir en todos los hospitales comarcales en los que no haya UCI, pero este punto está aún por desarrollar.

5) *Colaboración con urgencias*: Las urgencias hospitalarias son el principal proveedor de pacientes de los Servicios de Medicina Interna, por lo que parece

fundamental que estos intervengan en la organización del circuito Urgencias-MI. Sin embargo, según encuestas realizadas por la Sociedad Española de Medicina Interna, parece desprenderse que se tiende hacia un distanciamiento, al menos en lo que se refiere a dependencia jerárquica o realización de guardias en esa área asistencial. En algunos hospitales comarcales el internista actúa como consultor o bien es el médico que decide los ingresos que se hacen desde urgencias. El hecho de actuar como consultor conlleva una mayor implicación por parte del médico, ya que permite agilizar su derivación a consultas externas o la solicitud de una prueba ambulatoria en el momento en que es asistido en urgencias.

6) *Docencia e investigación*: aunque esta actividad está más desarrollada en hospitales de mayor tamaño también es posible en hospitales comarcales, aunque en menor medida.

Por otro lado, el hecho de valorar a los pacientes el mismo día del ingreso gracias a la asistencia continuada que existe en los hospitales comarcales por parte del internista, permite ahorrar 24 horas en la solicitud de pruebas, que en la mayoría de hospitales se cursaría al día siguiente.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Planteamiento de la tesis doctoral:

1. En el año 1.986 se aprueba la Ley General de Sanidad con los principios de universalidad, accesibilidad y equidad.
2. La especialidad de Medicina Interna es considerada como aquella capaz de realizar la visión más integral del enfermo.

3. La Medicina Interna en España, por sus características más generalistas, es una de las especialidades con mayor implantación en los hospitales. El internista posee un papel clásico como generalista hospitalario por su visión global de los pacientes, capacidad integradora y mayor eficiencia a la hora de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, que lo hacen imprescindible en los hospitales comarcales y fundamental en los hospitales de área y referencia²¹.

4. El conocimiento de la actividad hospitalaria constituye un elemento de gran trascendencia en el desarrollo de la política sanitaria global. La descripción del trabajo realizado, perfil de los pacientes atendidos en los servicios de medicina interna, características de la hospitalización, peculiaridades de cada centro... debe ser de utilidad para diseñar el futuro de esta especialidad y transmitir su importancia, tanto a los gestores sanitarios como a otros especialistas médicos²¹.

5. El papel desarrollado por el médico internista depende en gran medida del lugar donde desarrolle su actividad asistencial. Así en hospitales de referencia, se ofrece la posibilidad de atender consultas y pacientes muy específicos y desarrollar consultas monográficas; mientras que en los hospitales comarcales se desarrolla en toda su amplitud el papel generalista del internista, su visión integradora y su capacidad para la asistencia global al paciente.

6. Dada la dispersión geográfica de nuestra región y la gran distancia existente entre algunas poblaciones y los hospitales de mayor nivel, se considera fundamental el desarrollo de una red de hospitales de primer nivel para satisfacer las necesidades asistenciales de dichas poblaciones.

7. La creación de una red de Hospitales Comarcales o de primer nivel en Extremadura ha motivado una desviación de enfermos desde los hospitales de

mayor nivel y de Atención Primaria hacia los mismos, tanto a las áreas de urgencias-hospitalización como a las consultas externas, conforme se han ido desarrollando y ampliando la cartera de servicios de estos centros asistenciales.

8. Para una atención integral e integrada del paciente y un adecuado aprovechamiento de los recursos sanitarios se precisa una correcta coordinación y relación entre los distintos niveles asistenciales, así como profesionales capaces de realizar un abordaje global del paciente.

9. La especialidad de Medicina Interna se encuentra en un lugar de privilegio entre la Atención Primaria y el resto de especialidades médicas, ya que comparte la visión general de la primera y la ubicación intrahospitalaria de las segundas. Por este motivo, se considera el profesional más adecuado para el correcto funcionamiento de los Hospitales Comarcales.

10. Teniendo en cuenta que el trasfondo de los ingresos hospitalarios es resultado de la exposición prolongada a diversos factores de riesgo presentes en el entorno así como al estilo de vida de los pacientes; la atención en los servicios de medicina interna, enfocada con visión integral e integradora, debe incluir acciones de promoción, prevención, educación, recuperación y rehabilitación de la salud; lo que requiere una actividad de carácter interdisciplinario e intersectorial por parte de los profesionales. El internista, actuando conjuntamente con los médicos de atención primaria, profesionales de enfermería y otros servicios de apoyo (socio-sanitarios, salud mental...), debe jugar un papel fundamental en el campo de la preservación de la salud para identificar factores de riesgo individuales y colectivos en el padecimiento de determinadas patologías. Asimismo es fundamental la colaboración con las autoridades sanitarias y distintas sociedades científicas en la elaboración de guías y programas

de prevención y conservación de la salud, así como en la correcta aplicación de dichos programas y actuaciones preventivas, todo ello actividades fundamentales de la práctica del equipo de salud²².

11. No existen muchas publicaciones que recojan la actividad asistencial de un internista y hospitales comarcales de ámbito rural.

Por todo ello, LOS OBJETIVOS de este trabajo son los siguientes:

1) Describir la actividad asistencial de un internista en un hospital comarcal rural:

- Perfil de pacientes asistidos.
- Tipo de patologías diagnosticadas.
- Pruebas diagnósticas y terapéuticas realizadas en nuestro hospital.
- Pruebas diagnósticas y terapéuticas realizadas en hospitales de referencia.
- Demora desde la solicitud de dichas pruebas hasta su realización.

2) Analizar la capacidad resolutoria del médico internista en un hospital comarcal rural, en base a sus competencias y dotación de medios tecnológicos, describiendo los pacientes que reciben una evaluación completa en nuestro hospital frente a aquellos que precisan ser trasladados a otros hospitales de referencia.

3) Describir las posibles dificultades a las que se enfrentan tanto el internista como los pacientes para recibir una correcta evaluación diagnóstica y terapéu-

tica, en base al tiempo de demora y necesidad de desplazamiento para la realización de pruebas y tratamientos.

La elaboración de este tipo de estudio permite hacer una fotografía real de las características epidemiológicas del área de estudio, además de poner de manifiesto las dificultades cotidianas del médico internista que desempeña su labor en los hospitales comarcales. Nos sirve además para identificar problemas organizativos que permitan orientar hacia una mejor organización y planificación de los servicios, y evitar que la atención sanitaria al paciente no sea diferente según la zona en la que se resida²².

El rápido crecimiento del gasto en los sistemas sanitarios lleva a la búsqueda de estrategias para reducir costes sin repercutir negativamente en la calidad del servicio ni en la accesibilidad al mismo. Pero este sería otra cuestión a analizar²².

IV. MATERIAL Y MÉTODOS.

1. Descripción de nuestra área sanitaria.

1.1. Datos geográficos y dotación de recursos de nuestra área.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 56, dispone que “Las Comunidades Autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral”. Define a las áreas de salud como “las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabili-

zadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del servicio de salud de la Comunidad Autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones sanitarias y programas sanitarios a desarrollar por ellos”. Establece asimismo que “las áreas de salud se delimitarán teniendo en cuenta factores geográficos, socioeconómicos, demográficos, laborales, epidemiológicos, culturales, climatológicos y de dotación de vías y medios de comunicación, así como las instalaciones sanitarias del área. Aunque puedan variar la extensión territorial y el contingente de población comprendida en las mismas, deberán quedar delimitadas de manera que puedan cumplirse desde ellas los objetivos que en esta Ley se señalan”. El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud, en su artículo 1, establece la Zona de Salud, como la “demarcación poblacional y geográfica fundamental; delimitada a una determinada población, siendo accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”. Asimismo establece que dicha “delimitación del marco territorial que abarcara cada zona de salud se hará por la Comunidad Autónoma, teniendo en cuenta criterios demográficos, geográficos y sociales”. En su Artículo 62, dicha Ley añade que “para conseguir la máxima operatividad y eficacia en el funcionamiento de los servicios a nivel primario, las áreas de salud se dividirán en zonas básicas de salud”²³.

La Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (DOE núm. 76, de 3 de julio), establece la ordenación territorial definida en Áreas y Zonas de Salud; el Área de Salud como estructura básica del Sistema Sanitario Público de Extremadura, y la Zona de Salud como marco territorial y poblacional de la atención primaria.

La actual configuración del Mapa Sanitario fue aprobada mediante el Decreto 166/2005, de 5 de julio (DOE núm. 80 de 12 de julio), posteriormente modificada por el Decreto 238/2008, de 7 de noviembre, (DOE núm. 221, de 14 de noviembre). El órgano competente para la ordenación sanitaria es el Consejo de Gobierno, a propuesta de la Consejería de Sanidad y Dependencia, previo informe de la Comisión Mixta.

La delimitación de las Zonas de Salud responde a factores geográficos, demográficos, socioeconómicos, epidemiológicos, laborales, culturales, de vías y medios de comunicación, así como de recursos y comarcalización existente. Se caracterizan por su variabilidad, como consecuencia de una realidad social cambiante. La ordenación territorial podrá ser modificada cuando los cambios demográficos-sociales y de racionalización de recursos, lo hagan necesarios²³. En nuestra comunidad autónoma se mantiene desde el año 2004 un total de 8 Áreas de Salud con la siguiente configuración:

PROVINCIA DE BADAJOZ:

1. ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ.
2. ÁREA DE SALUD DE MÉRIDA.
3. ÁREA DE SALUD DE DON BENITO-VILLANUEVA.
4. ÁREA DE SALUD DE LLERENA-ZAFRA.

PROVINCIA DE CÁCERES:

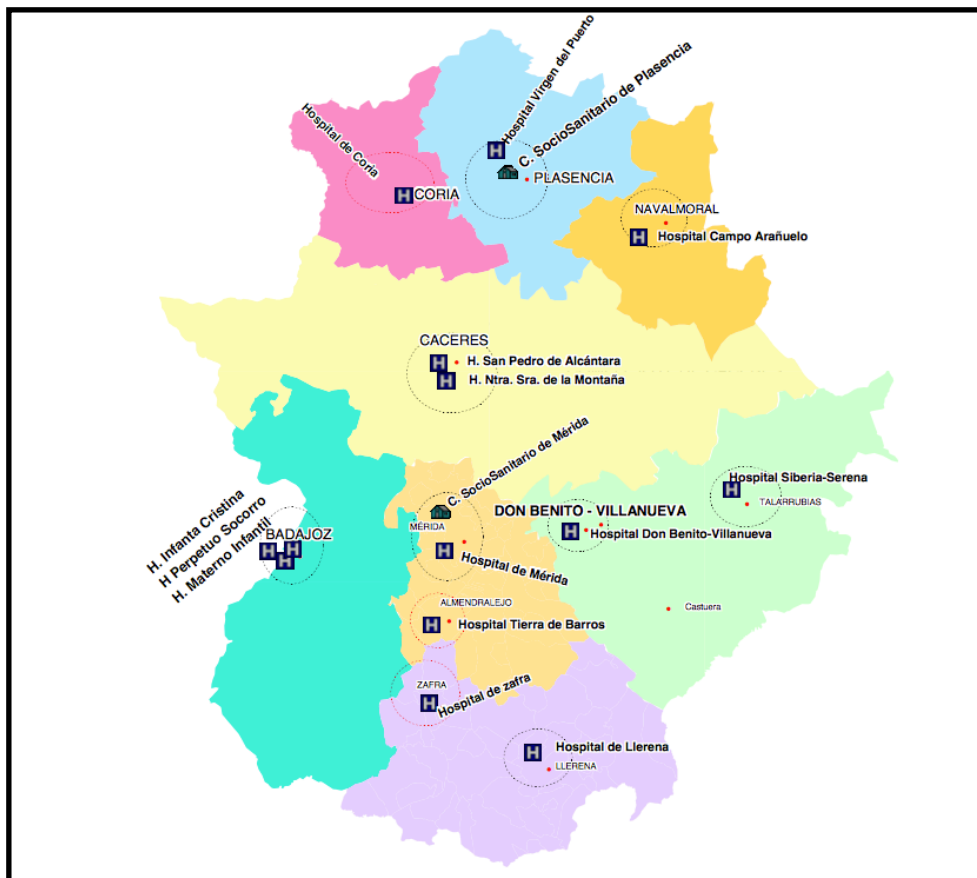
1. ÁREA DE SALUD DE CÁCERES.
2. ÁREA DE SALUD DE CORIA.
3. ÁREA DE SALUD DE PLASENCIA .

4. ÁREA DE SALUD DE NAVALMORAL DE LA MATA)²³.

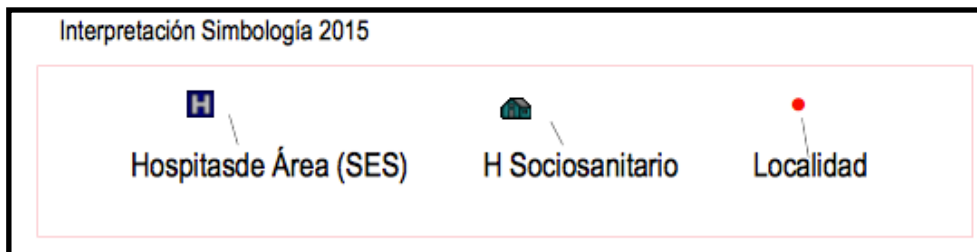
En la Comunidad Autónoma de Extremadura hay un total de 20 hospitales (contabilizando públicos y privados) con un total de camas instaladas de 3862¹⁴. Este dato varía según distintas fuentes.

Como ya se ha mencionado, los Complejos Hospitalarios y otras agrupaciones funcionales de centros sanitarios se contabilizan como un sólo hospital.

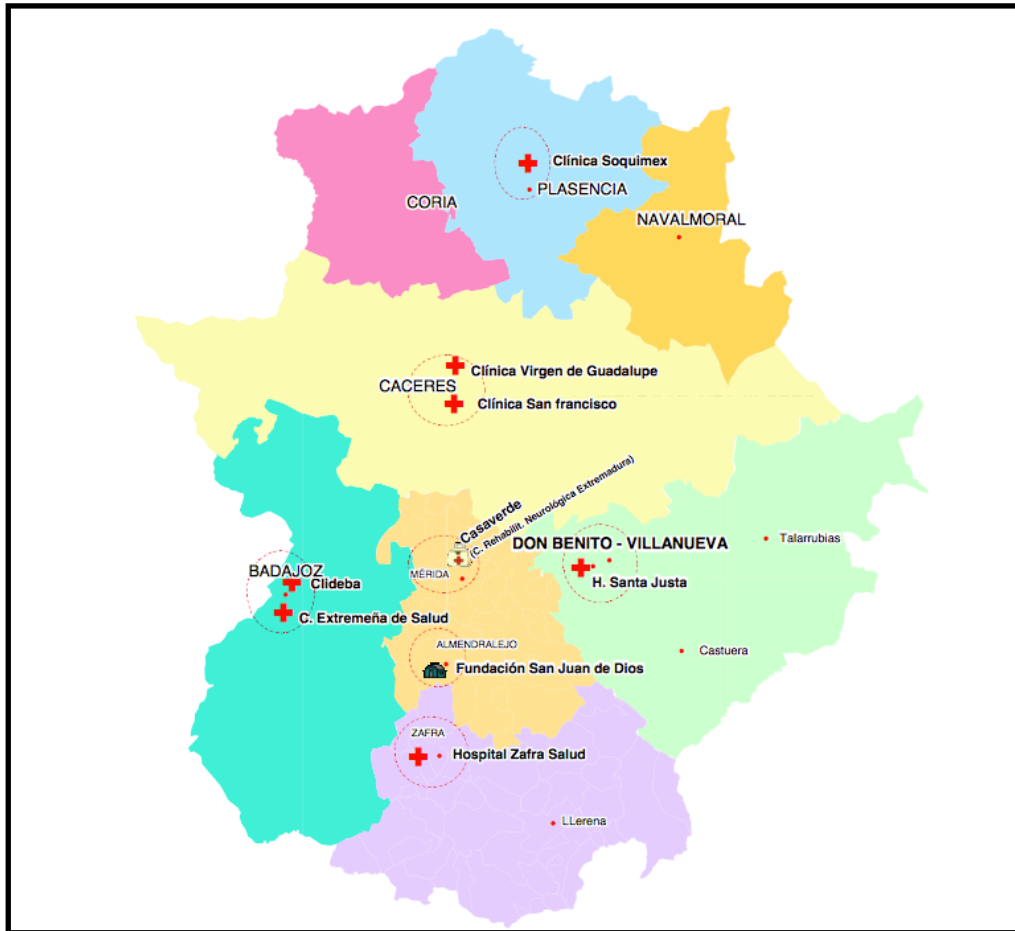
MAPA DE HOSPITALES PÚBLICOS EN EXTREMADURA



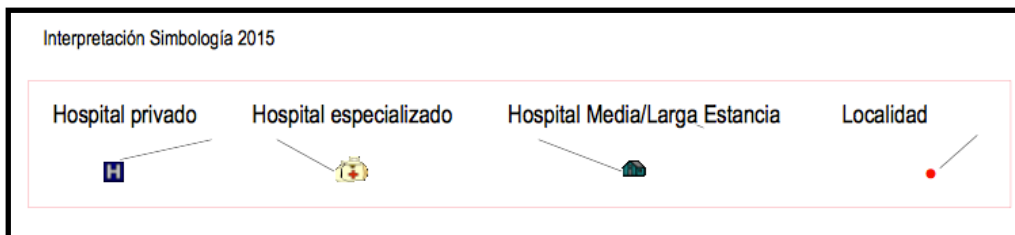
Fuente: Catálogo de hospitales de Extremadura 2015.



MAPA DE HOSPITALES PRIVADOS EN EXTREMADURA



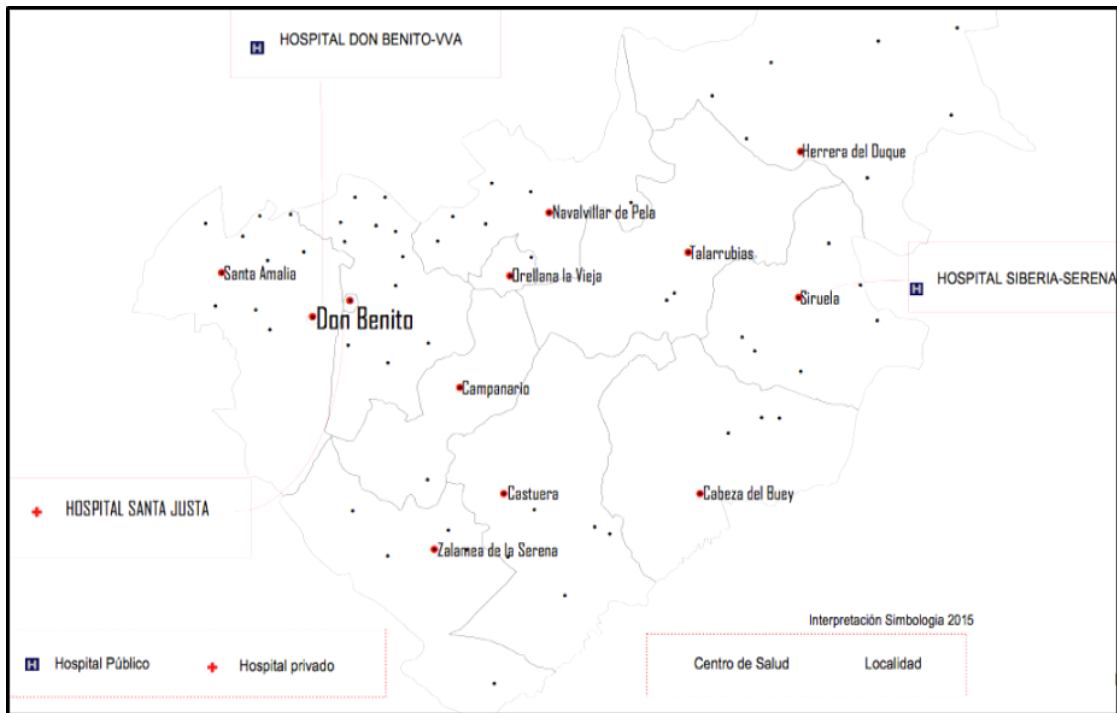
Fuente: Catálogo de hospitales de Extremadura 2015.



Según los últimos datos, los equipos disponibles en nuestra comunidad son los siguientes: 27 tomografías computarizadas, 16 resonancias magnéticas, 1 Gammacámara, 6 salas de hemodinámica, 2 angiografías por sustracción digital, 2 litotricias extracorpóreas por ondas de choque, 5 aceleradores lineales de partículas, 4 tomografías por emisión de fotones, 1 tomografía por emisión de positrones, 23 mamógrafos, 5 densitómetros óseos y 105 equipos de diálisis¹⁴. Como se observa, la dotación de recursos ha mejorado en los últimos 2 años.

Nuestra área sanitaria abarca dos hospitales: el Hospital de Don Benito-Villanueva (HDBVA) y el Hospital Siberia-Serena (HSS), ambos separados por una distancia de 72 Km aproximadamente.

ÁREA DE SALUD 3: DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA					
CÓDIGO IDENTIFICACIÓN	HOSPITALES PÚBLICOS	FINALIDAD ASISTENCIAL	DEPENDENCIA PATRIMONIAL	DEPENDENCIA FUNCIONAL	CAMAS INSTALADAS
060253	COMPLEJO HOSPITALARIO ÁREA DON BENITO- VILLANUEVA DE LA SERENA Ctra. Don Benito-VVA, Km. 3 06400 DON BENITO-VVA Tf. 924 38 68 00 Fax. 924 38 68 01 e-mail: mariajose.jimenez@ses.juntaextremadura.net COMPLEJO HOSPITALARIO FORMADO POR: 1-2	GENERAL	S. SOCIAL	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	327
060093	1.- HOSPITAL DON BENITO- VILLANUEVA DE LA SERENA Ctra. Don Benito-VVA, Km. 3 06400 DON BENITO-VVA Tf. 924 38 68 00 Fax. 924 38 68 01 e-mail: mariajose.jimenez@ses.juntaextremadura.net	GENERAL	S. SOCIAL	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	284
060231	2.- HOSPITAL SIBERIA-SERENA Ctra. Talarrubias-Agudo, km 2 06640 TALARRUBIAS Tf. 924 64 81 00 Fax. 924 64 81 1	GENERAL	COMUNIDAD AUTÓNOMA	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	43
HOSPITALES PRIVADOS					
060140	HOSPITAL SANTA JUSTA C/ Concepción, 24 06700 VVA. DE LA SERENA Tf. 924 84 07 46 Fax. 924 84 56 90 e-mail: pnieto@quironsalud.es	GENERAL	MUNICIPIO	PRIVADO	29



Fuente: Catálogo de Hospitales de Extremadura de 2015

Nuestra área está constituida por 14 zonas básicas de salud, correspondiendo al Hospital Siberia Serena los siguientes:

A) Centro de salud de Cabeza del Buey.

Abarca las poblaciones de:

- Cabeza del Buey.
- Peñalsordo.
- Capilla.
- Zarza-Capilla.

B) Centro de salud de Herrera del Duque.

Abarca las poblaciones de:

- Castilblanco.
- Helechosa de los Montes.
- Fuenlabrada de los Montes.
- Valdecaballeros.
- Villarta de los Montes.

C) Centro de salud de Navalvillar de Pela.

Abarca las poblaciones de:

- Navalvillar de Pela.
- Casas de Don Pedro.

D) Centro de salud de Siruela.

Abarca las poblaciones de:

- Baterno.
- Garbayuela.
- Garlitos.

- Sancti-Espiritus.
- Siruela.
- Risco.
- Tamurejo.

E) Centro de salud de Talarrubias.

Abarca las poblaciones de:

- Esparragosa de Lares.
- Puebla de Alcocer.
- Talarrubias²⁴.

Para clasificar los hospitales en Extremadura, su ubicación por Áreas de Salud y su población, se ha utilizado el criterio que marca el Decreto 238/2008, de 7 de noviembre, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura (C.A.E.). En este sentido, la Ley 10/2001, de 28 de Junio, de Salud de Extremadura, regula la ordenación territorial de la Comunidad Autónoma mediante la demarcación de Áreas de Salud y Zonas de Salud²⁵.

Según fuentes del Catálogo de hospitales de Extremadura (Decreto 37/2004, de 5 de Abril, Autorización Administrativa de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios de la C.A.E) podemos establecer las siguientes definiciones:

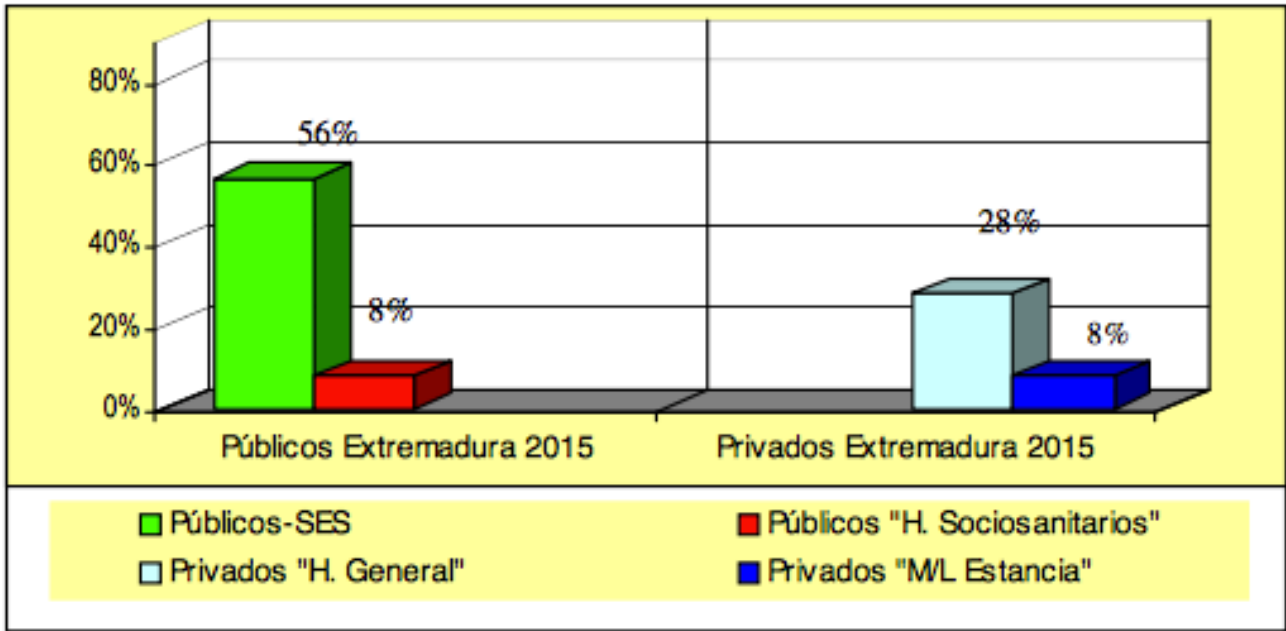
- Hospitales (Centros con Internamiento): “centros sanitarios destinados a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en el mismo, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria”.
- Hospitales Generales: hospitales destinados a la “atención de pacientes afectos de diversa patología y que cuentan con las áreas de medicina, cirugía, obstetricia y ginecología y pediatría. También se considera general cuando, aún faltando o estando escasamente desarrolladas alguna de estas áreas, no se concentre la mayor parte de su actividad asistencial en una determinada”. Sería el caso de la mayoría de hospitales de nuestra comunidad autónoma.
- Hospitales Especializados: hospitales “dotados de servicios de diagnóstico y tratamiento especializados que dedican su actividad fundamental a la atención de determinadas patologías o de pacientes de determinado grupo de edad o con características comunes”. Dentro de esta definición se incluye “Casaverde”, Rehabilitación Neurológica de Mérida en el caso de Extremadura.
- Hospitales de Media y Larga Estancia: hospitales destinados a la “atención de pacientes que precisan cuidados sanitarios, en general de baja complejidad, por procesos crónicos o por tener reducido su grado de independencia funcional para la actividad cotidiana, pero que no pueden proporcionarse en su domicilio y requieren un periodo prolongado de internamiento”. Sería el caso de la Fundación San Juan de Dios en Almendralejo.

- Hospitales de Salud Mental y Tratamiento de Toxicomanías: hospitales destinados a “proporcionar diagnóstico, tratamiento y seguimiento de su enfermedad a los pacientes que precisan ser ingresados y que sufren enfermedades mentales o trastornos derivados de las toxicomanías”.
- Otros centros con Internamiento: hospitales que no se ajustan a las características de ninguno de los grupos anteriores o reúnen características de más de uno de ellos.
- Complejo Hospitalario: un hospital puede ocupar un edificio entero o sólo una parte, o bien, estar instalado en un complejo de edificios. Para que varios edificios constituyan un único hospital, que en este caso recibe el nombre de complejo hospitalario, se considera necesario que exista una unidad de dirección o gestión (mismo director o gerente, contabilidad única, servicios generales compartidos, etc.). En Extremadura existen 5 complejos hospitalarios:
 1. *El Complejo Hospitalario de Badajoz*, formado por el “Hospital Universitario de Badajoz”, el “Hospital Materno-Infantil” y el “Hospital Perpetuo Socorro”.
 2. *El Complejo Hospitalario de Mérida*, formado por el “Hospital de Mérida” y el “Hospital Tierra de Barros” ubicado en la localidad de Almendralejo.
 3. *El Complejo Hospitalario de Don Benito-Villanueva*, formado por el “Hospital Don Benito-Villanueva” y el “Hospital Siberia-Serena” ubicado en la localidad de Talarrubias.
 4. *El Complejo Hospitalario Llerena-Zafra*, formado por el “Hospital de Llerena” y el “Hospital de Zafra”.

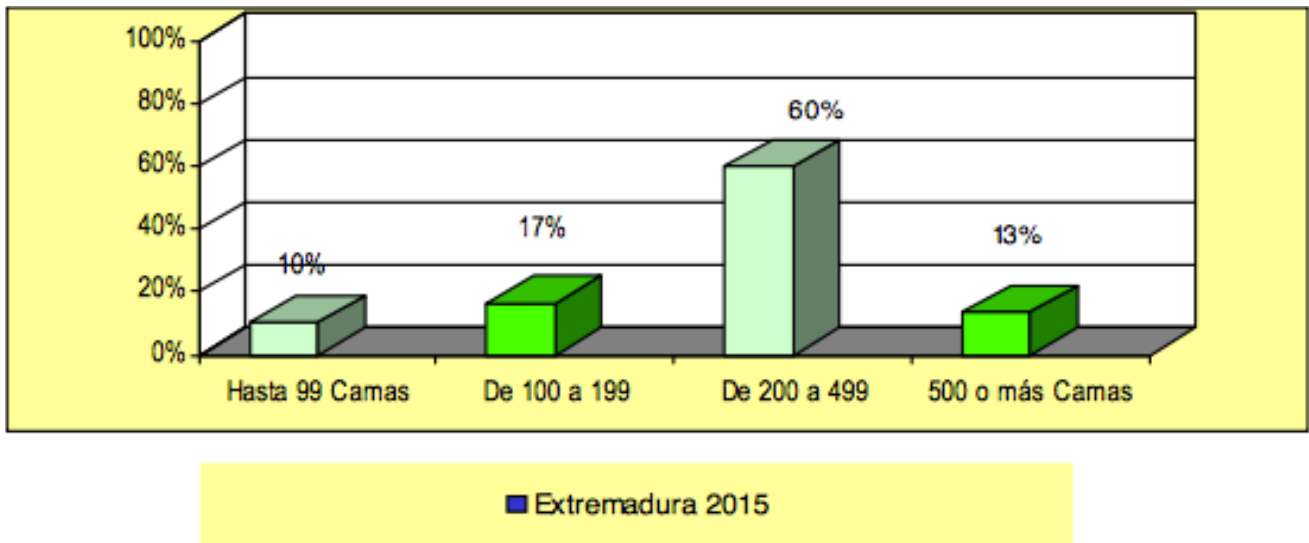
5. *El Complejo Hospitalario de Cáceres*, integrado por el “Hospital San Pedro de Alcántara” y el “Hospital Nuestra Señora de la Montaña”.

- *Camas Instaladas*: se considera cama instalada “aquella dotación de que dispone el centro que esté en condiciones de funcionar, aunque no lo haga por no contar con el personal y equipamiento necesario, estar fuera de servicio por obras, etc... Se contabilizan las camas destinadas a la atención continuada de pacientes ingresados, incluyendo las incubadoras fijas, así como las destinadas a cuidados especiales: intensivos, coronarios, quemados, etc. Por el contrario, no se incluyen como camas instaladas las destinadas a observación en el servicio de urgencias, las de reanimación postquirúrgica, hemodiálisis ambulatoria, inducción preanestésica ni las utilizadas para exploraciones especiales, ni las de hospital de día, personal de centros sanitarios, supletorias, habilitadas, ni las cunas para los recién nacidos normales”.
- *Dependencia patrimonial*: se entiende por dependencia patrimonial “la persona física o jurídica propietaria, al menos, del inmueble ocupado por el hospital”.
- *Dependencia funcional*: se entiende por dependencia funcional de un centro sanitario, “la persona física o jurídica que ejerce dominio o jurisdicción jerárquica o funcional más inmediata, independientemente de su forma de gestión”,²⁵.

HOSPITALES POR DEPENDENCIA PATRIMONIAL EN EXTREMADURA

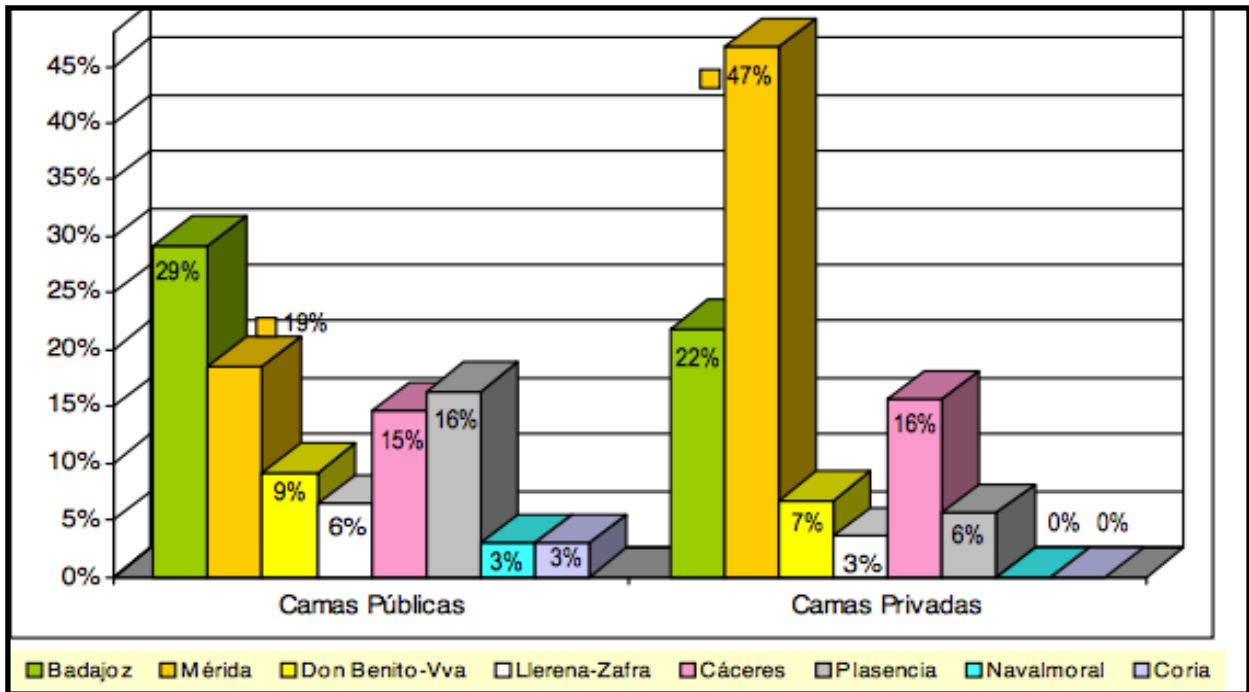


CAMAS INSTALADAS EN EXTREMADURA

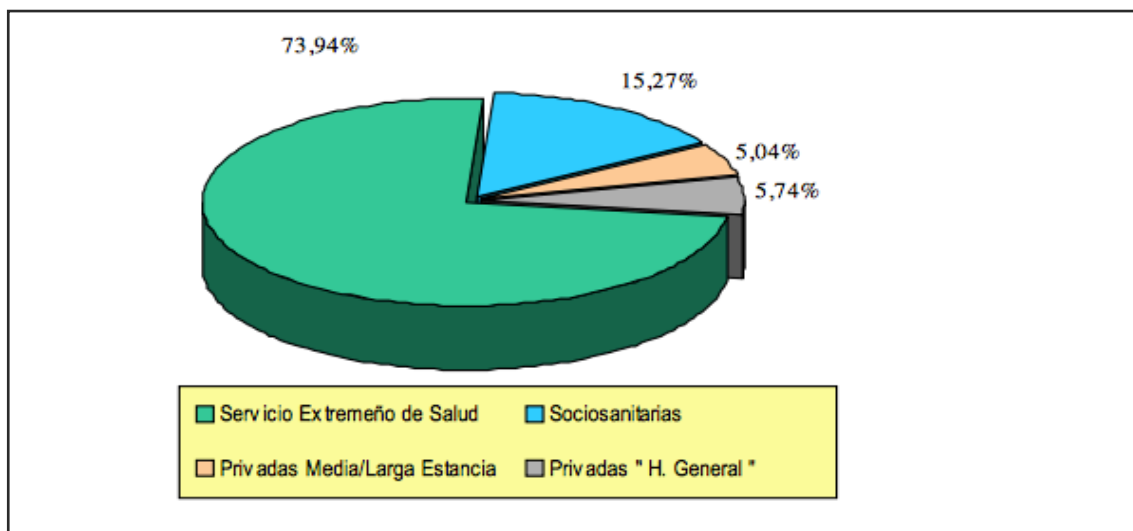


Fuente: Catálogo de Hospitales de Extremadura 2015

CAMAS INSTALADAS EN ÁREAS DE SALUD



CAMAS INSTALADAS SEGÚN FINALIDAD ASISTENCIAL



Fuente: Catálogo de Hospitales de Extremadura 2015

COMPLEJO HOSPITALARIO ÁREA DON BENITO-VILLANUEVA

FILIACIÓN						
CÓDIGO IDENTIFICACIÓN	HOSPITAL	FINALIDAD ASISTENCIAL	DEPENDENCIA PATRIMONIAL	DEPENDENCIA FUNCIONAL	AMBITO	ACREDITACIÓN DOCENTE
060253	COMPLEJO HOSPITALARIO DE DON BENITO-VILLANUEVA DE LA SERENA Avda. Alonso Martín,8 06400 DON BENITO Tf. 924 38 28 04 Fax. 924 38 28 72 e-Mail: mariajose.jimenez@ses.juntaextremadura.net	GENERAL	COMUNIDAD AUTÓNOMA	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	ÁREA DE SALUD	SI

CAMAS					
CAMAS INSTALADAS	CAMAS EN FUNCIONAMIENTO	% DE CAMAS INSTALADAS/ TOTAL CAMAS SES	CAMAS INSTALADAS/ 1000 HABITANTES	HABITANTES DEL AREA DE SALUD	CAMAS EN FUNCIONAMIENTO/ 1000 HABITANTES
327		11,09 %	2,34	140.015*	

*Población según INE

HOSPITAL SIBERIA-SERENA

FILIACIÓN						
CÓDIGO IDENTIFICACIÓN	HOSPITAL	FINALIDAD ASISTENCIAL	DEPENDENCIA PATRIMONIAL	DEPENDENCIA FUNCIONAL	AMBITO	ACREDITACIÓN DOCENTE
060231	HOSPITAL SIBERIA-SERENA Ctra. Talarrubias-Agudo, Km2 06400 DON BENITO Tf. 924 64 81 00 Fax. 924 64 81 11 E_mail:	GENERAL	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD	AREA DE SALUD	NO

CAMAS					
CAMAS INSTALADAS	CAMAS EN FUNCIONAMIENTO	% DE CAMAS INSTALADAS/ TOTAL CAMAS SES	CAMAS INSTALADAS/ 1000 HABITANTES	HABITANTES DEL AREA DE SALUD	CAMAS EN FUNCIONAMIENTO/ 1000 HABITANTES
43		1,46 %		140.015*	

*Población según INE

DOTACIÓN TECNOLÓGICA							
TAC CONVENCIONAL	RESONANCIA MAGNÉTICA	GAMMACÁMARA	SALA DE HEMODINÁMICA	ANGIOGRAFIA SUBTRACCIÓN DI	LITOTRICA ONDAS DE CHOQUE	BOMBA DE COBALTO	ACELERADOR DE PARTÍCULAS
1							
TOMOGRAFIA E. DE FOTONES	TOMOGRAFIA E. DE POSITRONES	MAMÓGRAFOS	DENSITÓMETROS ÓSEOS	EQUIPOS DE HEMODIÁLISIS	OTROS:		TOTAL
		1					2

Fuente: Catálogo de Hospitales de Extremadura 2015.

A esta dotación tecnológica hay que incluirle un ecógrafo, un ecocardiograma y un equipo de ergometrías entre otros.

1.2 Datos socio-demográficos de nuestro área.

El primer paso hacia la estructuración y organización de la atención sanitaria implica tener información sólida sobre la situación poblacional y sanitaria del área de influencia, lo cual permitirá estructurar y organizar los recursos disponibles para una mejor atención de la población. Para la optimización de los recursos es importante disponer de información actualizada sobre la composición demográfica, los recursos disponibles para la atención en salud, accesibilidad a la atención sanitaria, prevalencia de factores de riesgo, perfil de morbimortalidad, disponibilidad de profesionales (médicos, enfermeras y otros) y utilización de herramientas diagnósticas...

El área de Don Benito-Villanueva abarca aproximadamente algo más de 140.000 habitantes²⁵. Además es mayoritariamente rural y envejecida. A medida que la población geriátrica aumenta, también se incrementan los problemas de salud relacionados con la edad, existiendo diferencias importantes en la frecuencia de diversas enfermedades entre jóvenes y ancianos. El deterioro asociado al proceso de envejecimiento invita a pensar que éste es una patología, pero cabe destacar que existe una diferenciación entre los cambios somatofuncionales y el espectro de síntomas acompañantes de entidades patológicas específicas, las cuales exigen realizar una evaluación con soporte integral, para permitir al individuo llevar a cabo una vida independiente. Además de los cambios propios de la edad, es frecuente encontrar problemas de pluripatología, en particular por enfermedades crónicas, que conduce a polifarmacia y

producen desgaste emocional y económico del individuo y la familia. Esto constituye un enorme reto para los servicios de salud, no sólo en cuanto a volumen o carga creciente, sino por la complejidad tecnológica que exigen y el coste asociado²².

Las últimas cifras oficiales de población en Extremadura según datos publicados por el Instituto de Estadística Extremeño (IEEX) es de 1.066.998 habitantes. La mayoría pertenecen a la provincia de Badajoz (más de 600.000 habitantes), de los cuales el 20.43% supera los 65 años.²

Año 2018:

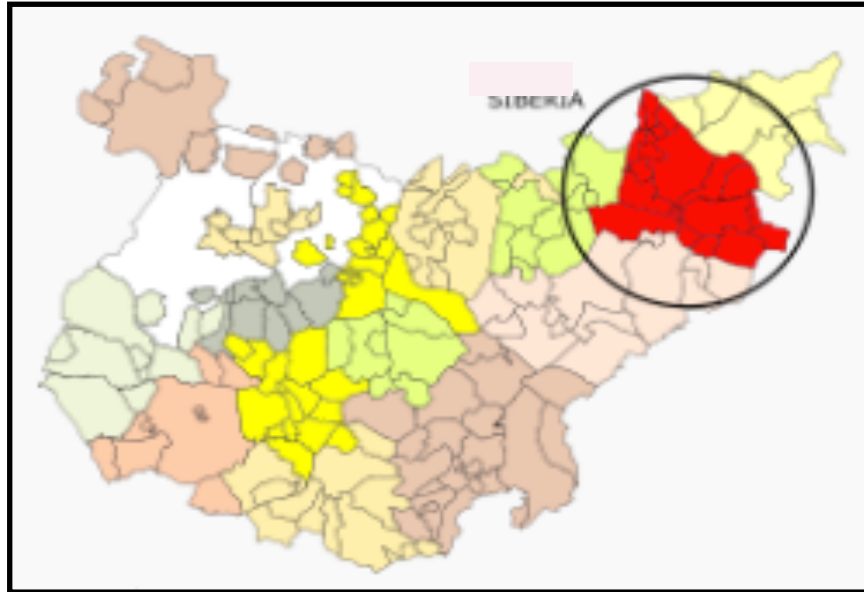
- Menores de 15 años: 13.72%
- De 15 a 24 años: 10.29%
- De 25 a 64 años: 55.56%
- De 65 años o más: 20.43%

Fuente: Instituto Extremeño de Estadística. Fecha de publicación 22/1/2019.

La extensión geográfica de Extremadura es de 41.634,5 Km², de los cuales la provincia de Badajoz abarca 21.766 Km². Esto implica una distancia considerable entre algunos municipios y los hospitales de nuestra región²⁶.

La Siberia Extremeña es una comarca situada al noreste de la provincia de Badajoz. Limita con las de Cáceres, Toledo y Ciudad Real.

COMARCA DE LA SIBERIA



Según los últimos datos de censo publicados la comarca de La Siberia, a la cual pertenece nuestro hospital de estudio, abarca una población aproximada de 25.000 habitantes pertenecientes a 18 localidades.

1. 3. Área de gestión sanitaria Siberia-Serena.

1.3.1. Hospital Siberia-Serena.

a. Situación geográfica: El área sanitaria de estudio corresponde al Hospital Siberia Serena (HSS), situado en la localidad pacense de Tarrubias y perteneciente al Complejo Hospitalario Don Benito-Villanueva.

Se incluyen los siguientes hospitales considerados de referencia:

- Hospital Don Benito-Villanueva (HDBVA): es el hospital principal. Situado en la localidad de Don Benito a unos 72 Km de distancia.
- Hospital Universitario de Badajoz (HUB): situado a 170.7 Km de distancia.
- Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres (HSPA): situado a 136.5 Km de distancia.

b. Estructura:

En el momento del estudio el hospital dispone de:

- Área de urgencias.
- Consultas externas.
- Área quirúrgica destinada a cirugía mayor ambulatoria.
- Área de hospitalización.
- Hospital de día y reanimación.
- Laboratorio de urgencia.
- Farmacia.
- Zonas de administración.

Su cartera de servicios abarca las siguientes especialidades:

- Análisis clínicos.
- Anestesia y reanimación.

- Cardiología.
- Cirugía general.
- Psiquiatría.
- Medicina interna.
- Neumología.
- Neurología.
- Obstetricia y Ginecología.
- Oftalmología.
- Otorrinolaringología.
- Radiodiagnóstico.
- Traumatología y Cirugía Ortopédica.
- Urología.
- Unidad de urgencias.

Dispone, asimismo de áreas de hospitalización convencional y polivalente con 26 habitaciones (52 camas), 17 consultas para especialidades médicas y quirúrgicas, seis gabinetes para técnicas especiales de exploración y tratamientos (ecocardiografía, ergometría, espirometría forzada, colocación retirada de Holter-ECG y MAPA) y tres quirófanos.

El HSS está dotado de 5 internistas, 1 geriatra, 1 neumólogo, 1 neurólogo y 1 cirujano general de manera fija, con apoyo puntual de otras especialidades que se trasladan desde el HDBVA.

c. Organización de Servicio de Medicina Interna:

La hospitalización es llevada por los médicos internistas y geriatra. El resto de especialistas realizan su labor en consultas externas, con apoyo puntual a pacientes hospitalizados a través de la herramienta de la interconsulta.

Una o dos veces por semana se dispone de radiólogo presencial en el horario de mañana (puntualmente en turnos de mañana y tarde), mientras que los técnicos de radiología están presentes durante 24 horas, lo cual permite realizar pruebas radiológicas de urgencia (radiografía y TC).

Una vez a la semana se dispone de cardiólogo presencial en horario de mañana y quincenalmente de mañana y tarde, encargado de la realización de pruebas específicas.

Se realizan 5 consultas semanales de Medicina Interna, con una media de 14 pacientes/consulta/día.

El servicio de urgencias dispone de 2 médicos durante 24 horas. El médico internista actúa como consultor principalmente y muy puntualmente como apoyo asistencial.

5 días a la semana se dispone de un cirujano general presencial que desarrolla su labor en quirófano y consultas externas. A su vez actúa como consultor de pacientes hospitalizados a cargo de medicina interna. La hospitalización de pacientes quirúrgicos es puntual y su asistencia corre a cargo tanto del cirujano general como del médico internista.

1.3.2. Zonas Básicas de Salud.

Como ya se ha mencionado, uno de los principales problemas de nuestra región es la dispersión geográfica, hecho que se magnifica en nuestra área. Es por este motivo por el que se decide crear una hospital de primer nivel que permita garantizar una correcta asistencia sanitaria en la comarca de La Sibe-
ria.

ÁREA DE SALUD		ZONA DE SALUD		MUNICIPIO		Entidad Singular de Población	
Código	Denominación	Código	Denominación	Código	Denominación	Código Prov. Man.	Denominación (negrita: E.S.P. principal)
3	DON BENITO – VILLANUEVA	033	Cabeza del Buey	06 023	Cabeza del Buey	01	Almorchón
						02	Cabeza del Buey
				06 030	Capilla	01	Capilla
				06 100	Peñalsordo	01	Peñalsordo
				06 161	Zarza - Capilla	01	Zarza - Capilla
3	DON BENITO – VILLANUEVA	034	Campanario	06 028	Campanario	01	Campanario
						02	Guarda (La)
				06 109	Quintana de la Serena	01	Quintana de la Serena
3	DON BENITO – VILLANUEVA	035	Castuera	06 018	Benquerencia de la Serena	01	Benquerencia de la Serena
						02	Helechal
						03	Nava (La)
						04	Puerto Hurraco
						05	Puerto Mejoral
						06 036	Castuera
				02	Pantano del Zújar		
				06 087	Monterrubio de la Serena	01	Monterrubio de la Serena
3	DON BENITO – VILLANUEVA	036	Don Benito - Este	06 044	Don Benito	02	Don Benito
3	DON BENITO – VILLANUEVA	106	Don Benito - Oeste	06 044	Don Benito	02	Don Benito
						01	Medellín
				06 080	Medellín	02	Yelbes
				06 082	Mengabril	01	Mengabril

ÁREA DE SALUD		ZONA DE SALUD		MUNICIPIO		Entidad Singular de Población	
Código	Denominación	Código	Denominación	Código	Denominación	Código Prov. Mun.	Denominación (negrita: E.S.P. principal)
3	DON BENITO – VILLANUEVA	040	Santa Amalia	06 044	Don Benito	01	Conquista del Guadiana
						04	Hernán Cortés
						05	Ruecas
						07	Valdehornillos
				08	Vivares		
				06 060	Guareña	04	Torrefresneda
06 120	Santa Amalia	01	Santa Amalia				
3	DON BENITO – VILLANUEVA	041	Siruela	06 017	Baterno	01	Baterno
				06 056	Garbayuela	01	Garbayuela
				06 057	Garlitos	01	Garlitos
				06 114	Risco	01	Risco
				06 118	Sancti - Spiritus	01	Sancti - Spiritus
				06 125	Siruela	01	Siruela
				06 130	Tamurejo	01	Tamurejo
3	DON BENITO – VILLANUEVA	042	Talarrubias	06 048	Esparragosa de Lares	01	Esparragosa de Lares
						02	Galizuela
				06 102	Puebla de Alcocer	01	Puebla de Alcocer
				06 127	Talarrubias	01	Puerto Peña
						02	Talarrubias

ÁREA DE SALUD		ZONA DE SALUD		MUNICIPIO		Entidad Singular de Población	
Código	Denominación	Código	Denominación	Código	Denominación	Código Prov. Mun.	Denominación (negrita: E.S.P. principal)
3	DON BENITO – VILLANUEVA	037	Herrera del Duque	06 035	Castilblanco	01	Castilblanco
				06 051	Fuenlabrada de los Montes	01	Fuenlabrada de los Montes
				06 062	Helechosa de los Montes	01	Bohonal
						02	Helechosa de los Montes
				06 063	Herrera del Duque	01	Herrera del Duque
						02	Peliche
				06 137	Valdecaballeros	01	Poblado A.E.T.E.A.
						02	Poblado C.N.V.
03	Valdecaballeros						
06 157	Villarta de los Montes	01	Villarta de los Montes				
3	DON BENITO – VILLANUEVA	038	Navalvillar de Pela	06 033	Casas de Don Pedro	01	Casas de Don Pedro
						01	Navalvillar de Pela
				06 091	Navalvillar de Pela	02	Obando
						03	Vegas Altas
3	DON BENITO – VILLANUEVA	039	Orellana la Vieja	06 001	Acedera	01	Acedera
						02	Guadalperales (Los)
				06 044	Don Benito	03	Gargáligas
				06 096	Orellana de la Sierra	01	Orellana de la Sierra
				06 097	Orellana la Vieja	01	Orellana la Vieja

ÁREA DE SALUD		ZONA DE SALUD		MUNICIPIO		Entidad Singular de Población	
Código	Denominación	Código	Denominación	Código	Denominación	Código Prov. Mun.	Denominación (negrita: E.S.P. principal)
3	DON BENITO – VILLANUEVA	043	Villanueva de la Serena - Norte	06 044	Don Benito	06	Torviscal (El)
				06 111	Rena	01	Rena
				06 153	Villanueva de la Serena	01	Casas del Castillo de la Encomienda
						02	Encomienda o C.Y.C.A.
						03	Entrenríos
						04	Valdivia
						05	Villanueva de la Serena
						06	Zurbarán
				06 156	Villar de Rena	01	Palazuelo
						02	Puebla de Alcollarín
04	Villar de Rena						
3	DON BENITO – VILLANUEVA	044	Villanueva de la Serena - Sur	06 039	Coronada (La)	01	Coronada (La)
				06 061	Haba (La)	01	Haba (La)
				06 075	Magacela	01	Magacela
				06 153	Villanueva de la Serena	05	Villanueva de la Serena
3	DON BENITO – VILLANUEVA	045	Zalamea de la Serena	06 047	Esparragosa de la Serena	01	Esparragosa de la Serena
				06 064	Higuera de la Serena	01	Higuera de la Serena
				06 078	Malpartida de la Serena	01	Malpartida de la Serena
				06 101	Peraleda del Zaucejo	01	Peraleda del Zaucejo
				06 146	Valle de la Serena	01	Valle de la Serena
				06 160	Zalamea de la Serena	01	San Cristóbal de Zalamea
02	Zalamea de la Serena						

Zonas básicas de salud del área Don Benito-Villanueva.

Catálogo de Hospitales de Extremadura 2015.

(DECRETO 180/2017, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura).

2. Recogida de datos.

2. 1. Pacientes.

Para la elaboración de este trabajo se han analizado retrospectivamente los pacientes dados de alta de hospitalización en el periodo de tiempo comprendido entre el 2 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre de 2015.

Para la selección de la población se ha utilizado el método del *muestreo aleatorio simple*, de tal manera que para elegir la población del estudio se ha calculado una constante K , siendo $K=N/n$. N se ha definido como la población total (número total de pacientes dados de alta en el periodo de tiempo seleccionado) y n se ha definido como nuestro tamaño muestral.

Para elegir la fecha en la que se ha realizado la primera extracción, se ha elegido un número al azar entre 1 y K , de ahí en adelante se ha seleccionado un paciente por cada K intervalos regulares. Por tanto, se ha incluido un total de 447 pacientes, lo que supone el 16.46% del total de pacientes dados de alta durante ese periodo.

Los datos han sido recopilados a partir de los informes de alta registrados en nuestro sistema informático asistencial JARA. Aquellos datos que no estaban recogidos en el informe de alta se han obtenido a partir de las historias clínicas de cada paciente.

2.2 Hoja de Recogida de Datos.

Se ha elaborado una hoja de recogida de datos donde quedan reflejadas las siguientes variables:

➤ **Número de Historia Clínica del paciente.**

➤ **Edad:** se han establecido los siguientes grupos de edad:

- <20 años.
- 20-39 años.
- 40-59 años.
- 60-79 años.
- >80 años.

➤ **Sexo.**

➤ **Situación basal:** definida como paciente Independiente para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (IABVD) o Dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (DABVD), en base al Índice de Barthel. Este índice es un instrumento ampliamente utilizado para medir la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez.

ÍNDICE DE BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, <u>etc.</u>	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, <u>etc.</u>	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0

Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0
Total:		

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

➤ **Situación laboral:** clasificada en tres grupos:

- En activo.
- En paro.
- Jubilado.
- No consta.

➤ **Antecedentes personales:** se han considerado dentro de este apartado los siguientes:

- Factores de riesgo cardiovascular:

- Hipertensión.
- Diabetes.
- Dislipemia.
- Sobrepeso/obesidad.

- Hábitos tóxicos:

- Tabaquismo.
- Alcoholismo.
- Otros.

➤ **Comorbilidad:** definida según el Índice de CHARLSON en su versión abreviada. Este índice es un sistema de evaluación de la esperanza de vida a los diez años, en dependencia de la edad en que se evalúa, y de las comorbilidades del sujeto. Ha sido utilizado ampliamente como variable de ajuste en distintos modelos pronósticos, y su consistencia y validez han sido respaldadas por numerosos estudios. Se consideran 3 grupos:

- Ausencia de comorbilidad (0-1 puntos).
- Comorbilidad baja (2 puntos).
- Comorbilidad alta (mayor o igual 3 puntos).

➤ **Origen del ingreso:** se han considerado los siguientes orígenes posibles:

- Urgencias.
- Consultas externas (se han considerado aquellos pacientes que se ingresan el mismo día que son vistos en consultas externas).
- Atención primaria (se han considerado aquellos pacientes en los que se especifique en el informe de derivación de Primaria la solicitud de ingreso).
- Otros hospitales.
- Medicina privada.
- Otro origen
- Programado (se han considerado aquellos pacientes que proceden de domicilio para ingreso programado, generalmente para la realización de pruebas complementarias, tales como cateterismo, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica-CPRE-..., que previamente se han gestionado desde nuestro hospital u otro. También se han considerado en este grupo aquellos que precisan un estudio por un síndrome o síntomas inespecíficos, pero que están asintomáticos, por lo que se les programa el ingreso adaptándose a las necesidades personales del paciente y/o disponibilidad de pruebas complementarias).

➤ **Motivo de ingreso:** se han agrupado a los pacientes según la clínica por la que consultan en los siguientes grupos:

- Síntoma: definido como manifestación subjetiva de una enfermedad, apreciable solamente por el paciente.

- Síndrome: conjunto de síntomas y signos que concurren en una enfermedad.
- Enfermedad: alteración leve o grave del funcionamiento normal del organismo o de alguna de sus partes.
- Signos (definido como hallazgo objetivo) o síntomas mal definidos.
- Datos en la exploración física.
- Estudio complementario.
- Petición familiar o del propio enfermo
- Varios de los anteriores.

➤ **Estancia media hospitalaria.**

➤ **Pruebas complementarias realizadas durante el ingreso:** se han clasificado en 2 grupos:

- *Pruebas complementarias de primer nivel:* se han considerado aquellas determinaciones analíticas y estudios radiológicos realizados en nuestro hospital o centro concertado (Radiografía simple, Tomografía computarizada-TC, Ecografía, Electrocardiograma-ECG, Ecocardiograma transtorácico-ETT, Holter, Medición ambulatoria de la presión arterial-MAPA, Ergometría, Espirometría, Polisomnografía), así como interconsultas a otra unidad o servicio hospitalario que se desplaza a nuestro hospital.

- *Pruebas complementarias de segundo nivel:* se han considerado en este grupo aquellos estudios que requieren desplazamiento fuera del hospital (Medicina nuclear, Hemodinámica, Broncofibroscopia, Estudios baritados, Estudios neurofisiológicos, Endoscopia, Resonancia magnética nuclear, Punción aspiración con aguja fina y gruesa, biopsias...).

- **Tiempo medio transcurrido desde la solicitud de la primera prueba de primer nivel hasta la realización de la última prueba de primer nivel.**

- **Tiempo medio transcurrido desde la solicitud de la primera prueba de segundo nivel hasta la realización de la última prueba de segundo nivel.**

- **Necesidad de Traslado:** bien de manera puntual o sin retorno.

- **Traslado sin retorno a otro hospital:** dentro de este apartado se han especificado los motivos de traslado sin retorno a otro hospital. Son los siguientes:
 - Realización de medidas diagnósticas médicas.
 - Realización de medidas terapéuticas médicas.
 - Realización de medidas diagnóstico-terapéuticas médicas.
 - Realización de medidas diagnósticas quirúrgicas.
 - Realización de medidas terapéuticas quirúrgicas.
 - Realización de medidas diagnóstico-terapéuticas quirúrgicas.
 - No precisa traslado.

➤ **Diagnóstico principal al alta:** se han clasificados según CIE-9MC en los siguientes grupos:

- Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.
- Neoplasias.
- Enfermedades Endocrinas, de la Nutrición y Metabólicas y Trastornos de la Inmunidad.
- Enfermedades de la Sangre y Trastornos Hematopoyéticos.
- Trastornos Mentales, del Comportamiento y Desarrollo Neurológico.
- Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos.
- Enfermedades del Sistema Circulatorio.
- Enfermedades del Aparato Respiratorio.
- Enfermedades del Aparato Digestivo.
- Enfermedades del Aparato Génito-Urinario.
- Complicaciones del Embarazo, Parto y Puerperio.
- Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo.
- Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo.
- Anomalías Congénitas.
- Ciertas enfermedades con origen en el Periodo Perinatal.
- Signos, Síntomas y estados Mal Definidos.
- Lesiones y Envenenamientos.

➤ **Grupos de enfermedad al alta:** se han establecido tres grupos en relación a la complejidad y duración de la enfermedad, a criterio del doctorando y en base a los datos recogidos en la historia clínica. Son los siguientes:

- Enfermedad aguda: se resuelve durante el ingreso espontáneamente o con tratamiento.
- Enfermedad crónica simple: no precisa de medidas extraordinarias para su manejo clínico, diagnóstico y terapéutico, considerando estas medidas como aquellas realizadas en otro hospital.
- Enfermedad crónica compleja: precisa de recursos sanitarios fuera de nuestro hospital.

➤ **Motivo del alta:** este apartado se ha clasificado en los siguientes grupos tal cual vienen recogidos en nuestro sistema informático asistencial JARA:

- Curación o mejoría.
- Derivación a otro centro.
- Traslado a centro socio-sanitario.
- Indeterminado.
- Alta por fuga.
- Éxitus.

➤ **Destino al alta:** se han considerado los siguientes grupos tal cual vienen recogidos en nuestro sistema informático asistencial JARA:

- Domicilio.
- Atención primaria.
- Consultas externas de nuestro hospital.
- Centro socio-sanitario.
- Otro hospital.
- Indeterminado o no consta.
- Éxitus.

➤ **Día en que se da de alta:** se han recogidos dos variables:

- Alta en día laboral.
- Alta en fin de semana o festivo (se ha considerado dentro de este apartado los viernes por la tarde a partir de las 15h, sábados, domingos y otros festivos).

➤ **Reingreso a los 30 días del alta:** se han valorado los siguientes grupos:

- Reingreso por la misma enfermedad.
- Reingreso por otro motivo.

- Reingreso para completar estudio (pacientes que quedan pendientes de pruebas o resultados en ingresos previos y se indica alta por encontrarse asintomáticos).
- No reingreso.
- No reingreso por éxitus.

➤ **Valoración final en cuanto a la asistencia prestada por el Internista:**

este apartado ha sido emitido por el doctorando en relación a todos los contenidos reflejados en la base de datos, en una clasificación de 0 a 3:

- 0: al alta no precisa de derivación a otro tipo de hospital o de asistencia especializada.
- 1: se precisa una consulta puntual, a otro especialista o a otro hospital, pero finalmente se resuelve al paciente en nuestro centro.
- 2: se precisa una derivación completa y sin retorno a otro especialista u hospital.
- 3: se desconoce.

3. Análisis Estadístico.

Para dicho análisis se ha utilizado el sistema estadísticos SPSS en su versión 21.

4. Búsqueda de Información.

La búsqueda de referencias bibliográficas se ha llevado a cabo utilizando la base de datos MEDLINE a través de nuestro portal Saludteca, el cual está disponible para los trabajadores del SES. El navegador utilizado ha sido Internet Explorer y Safari. Se han realizado sucesivas actualizaciones según el año vigente.

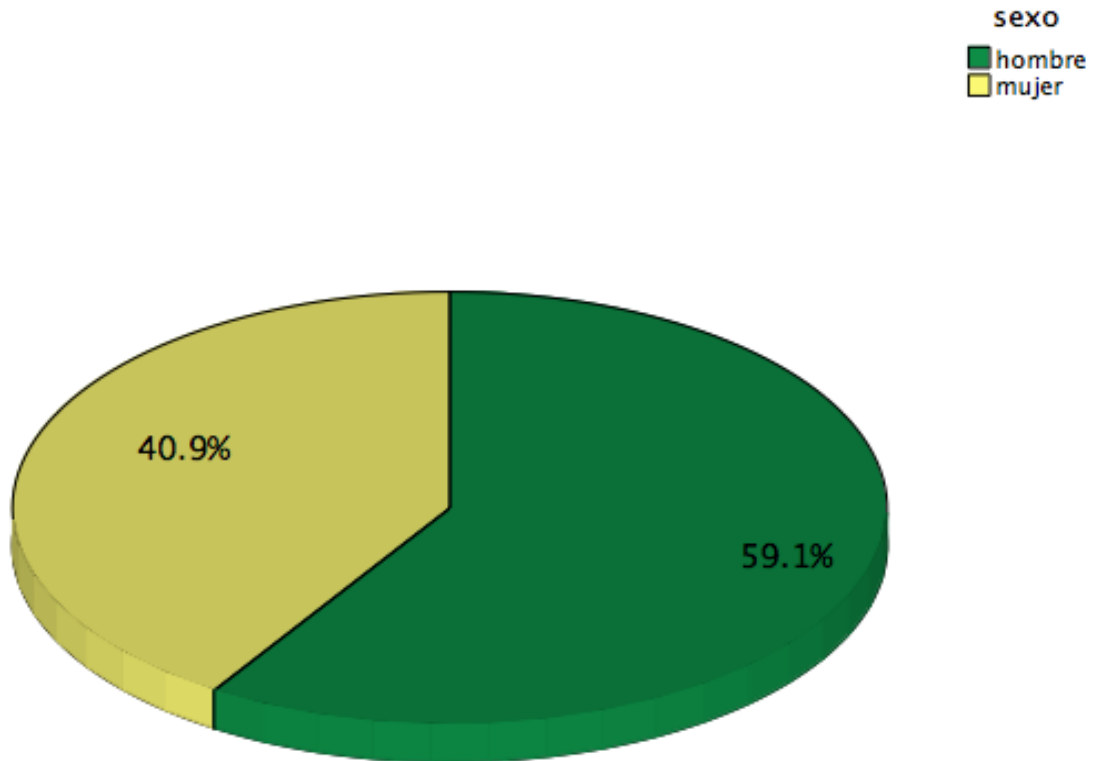
V. RESULTADOS.

Se incluyeron un total de 447 pacientes (que supone el 16.46% del total de pacientes ingresados en el periodo de tiempo del estudio), de los cuales el 59.1% eran hombres y el 40.9% eran mujeres, 264 hombres y 183 mujeres en números absolutos.

TOTAL DE PACIENTES DEL ESTUDIO.

Tabla 1.

SEXO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	264	59,1	59,1	59,1
Mujer	183	40,9	40,9	100,0
Total	447	100,0	100,0	

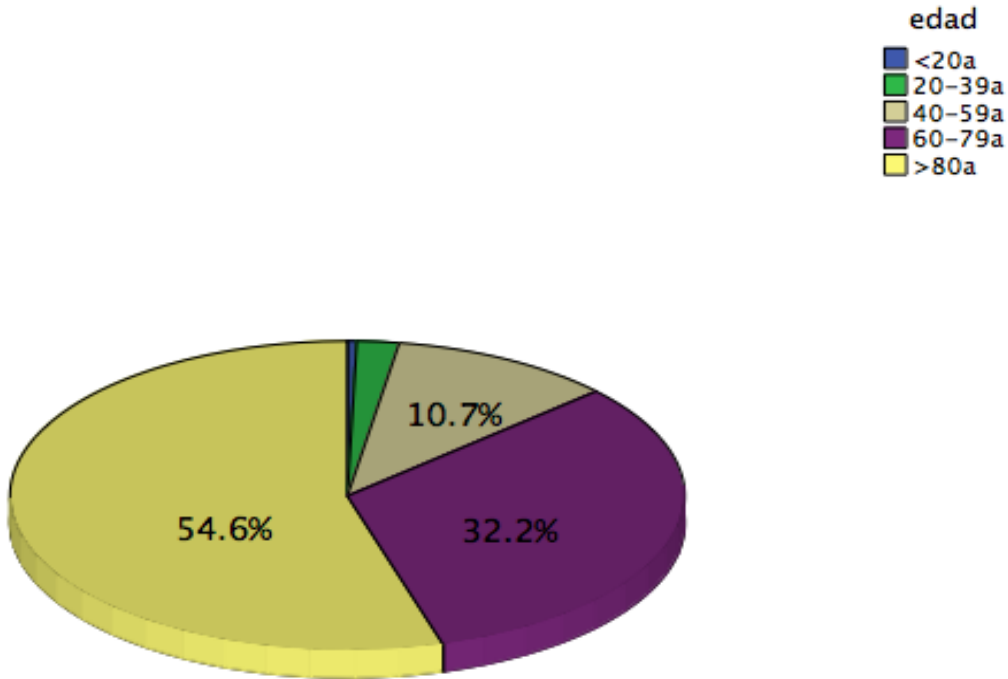
Figura 1

Por grupos de edad, el 54.6% de los pacientes eran mayores de 80 años, seguido del 32.2% que se encontraban en la franja de 60-79 años. Por tanto, la mayoría de pacientes de nuestro estudio son hombres mayores de 60 años.

PACIENTES AGRUPADOS POR EDADES.**Tabla 2.**

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
<u><20a</u>	2	0,4	0,4
<u>20-39a</u>	9	2,0	2,0
<u>40-59a</u>	48	10,7	10,7
<u>60-79a</u>	144	32,2	32,2
<u>>80a</u>	244	54,6	54,6
Total	447	100,0	100,0

Figura 2.



En cuanto a la comorbilidad, según el índice de Charlson, el 47.9% tenían ausencia de comorbilidad, el 33.6% comorbilidad baja y el 18.6% comorbilidad alta. Dentro del grupo de comorbilidad alta, el 95.1% tienen más de 60 años (33.7% tienen entre 60-79 años y el 61.4% más de 80 años), siendo esto estadísticamente significativo ($p < 0.00$). Es decir, la mayoría de nuestros pacientes tienen comorbilidad ausente o baja, y a mayor edad mayor comorbilidad.

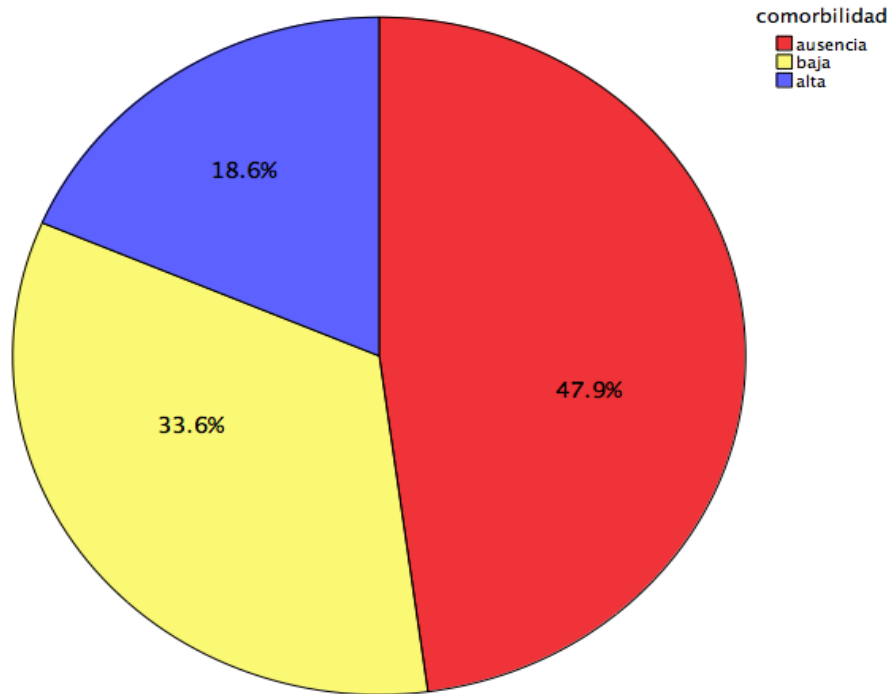
COMORBILIDAD.**Tabla 3.**

EDAD		Comorbilidad			Total
		ausencia	baja	alta	
<u><20a</u>	Recuento	2	0	0	2
	Frecuencia esperada	1,0	,7	,4	2,0
	% dentro de edad	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de comorbilidad	0,9%	0,0%	0,0%	0,4%
	% del total	0,4%	0,0%	0,0%	0,4%
<u>20-39a</u>	Recuento	9	0	0	9
	Frecuencia esperada	4,3	3,0	1,7	9,0
	% dentro de edad	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	% dentro de comorbilidad	4,2%	0,0%	0,0%	2,0%
	% del total	2,0%	0,0%	0,0%	2,0%
<u>40-59a</u>	Recuento	34	10	4	48

	Frecuencia esperada	23,0	16,1	8,9	48,0
	% dentro de edad	70,8%	20,8%	8,3%	100,0%
	% dentro de comorbilidad	15,9%	6,7%	4,8%	10,7%
	% del total	7,6%	2,2%	0,9%	10,7%
<u>60-79a</u>	Recuento	73	43	28	144
	Frecuencia esperada	68,9	48,3	26,7	144,0
	% dentro de edad	50,7%	29,9%	19,4%	100,0%
	% dentro de comorbilidad	34,1%	28,7%	33,7%	32,2%
	% del total	16,3%	9,6%	6,3%	32,2%
<u>>80a</u>	Recuento	96	97	51	244
	Frecuencia esperada	116,8	81,9	45,3	244,0
	% dentro de edad	39,3%	39,8%	20,9%	100,0%
	% dentro de comorbilidad	44,9%	64,7%	61,4%	54,6%
	% del total	21,5%	21,7%	11,4%	54,6%
Total	Recuento	214	150	83	447

Frecuencia esperada	214,0	150,0	83,0	447,0
% dentro de edad	47,9%	33,6%	18,6%	100,0%
% dentro de comorbilidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% del total	47,9%	33,6%	18,6%	100,0%

Figura 3.



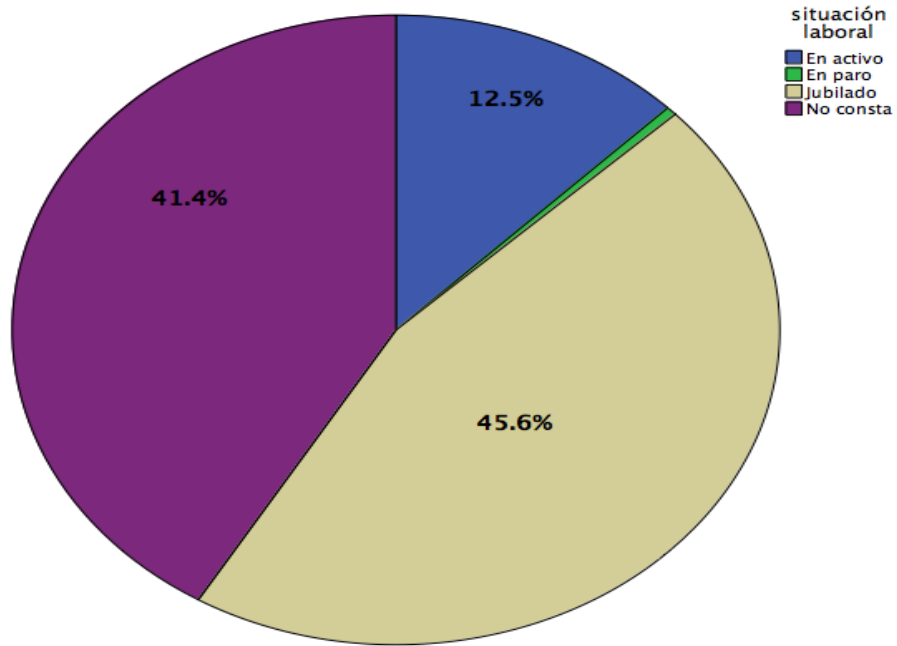
En cuanto a la situación laboral el 45.6% del total eran jubilados y en el 41.4% no consta en la historia clínica. A pesar de la edad, el 69.4% eran independientes para las actividades básicas de la vida diaria, según el Índice de Barthel.

SITUACIÓN LABORAL.

Tabla 4.

Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En activo	56	12,5	12,5	12,5
En paro	2	,4	,4	13,0
Jubilado	204	45,6	45,6	58,6
No consta	185	41,4	41,4	100,0
Total	447	100,0	100,0	

Figura 4.

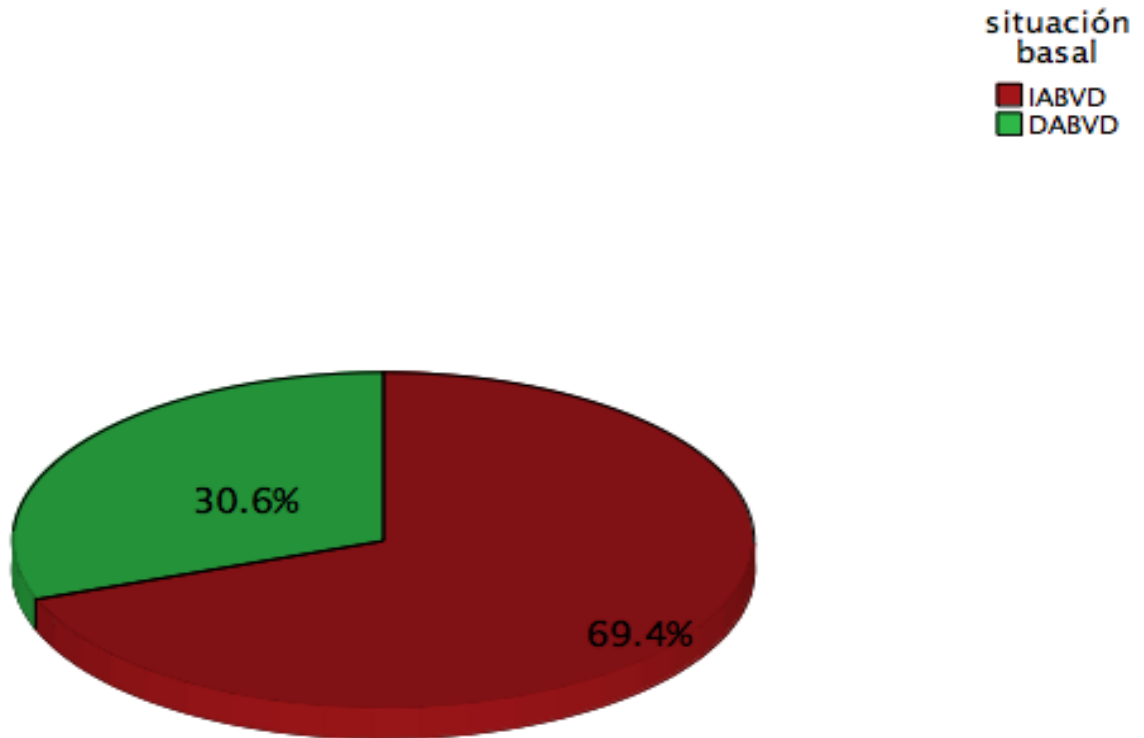


SITUACIÓN BASAL

Tabla 5.

Situación basal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
IABVD	310	69,4	69,4	69,4
DABVD	137	30,6	30,6	100,0
Total	447	100,0	100,0	

Figura 5.

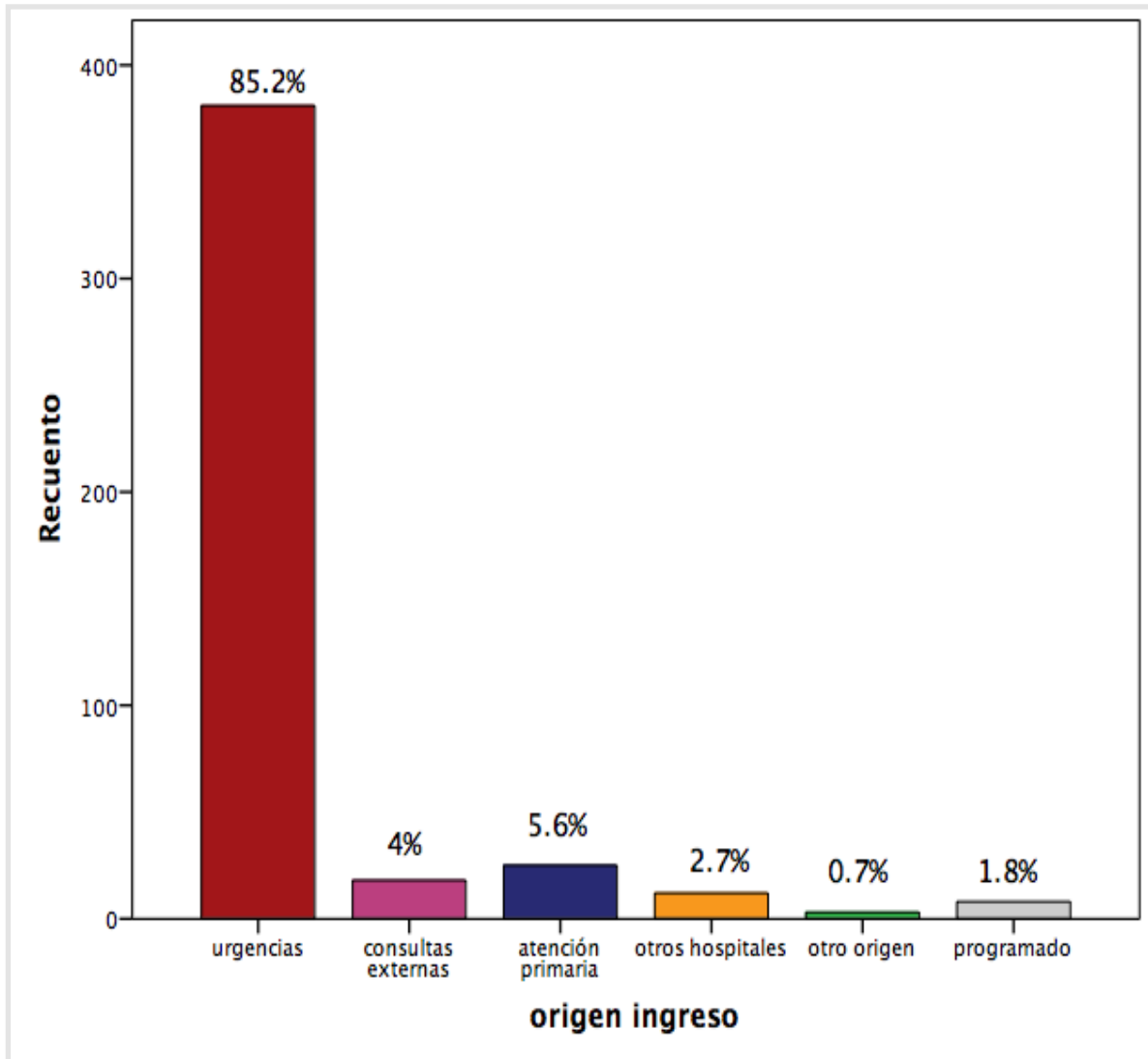


En lo referente a antecedentes personales, la mayoría de los pacientes del estudio eran hipertensos (68.5%) y dislipémicos (45.6%).

El origen del ingreso fue fundamentalmente el Servicio de Urgencias, con el 85.2% de los pacientes ingresados, seguido del 5.6% Atención Primaria y el 4% de Consultas Externas.

ORIGEN INGRESO.

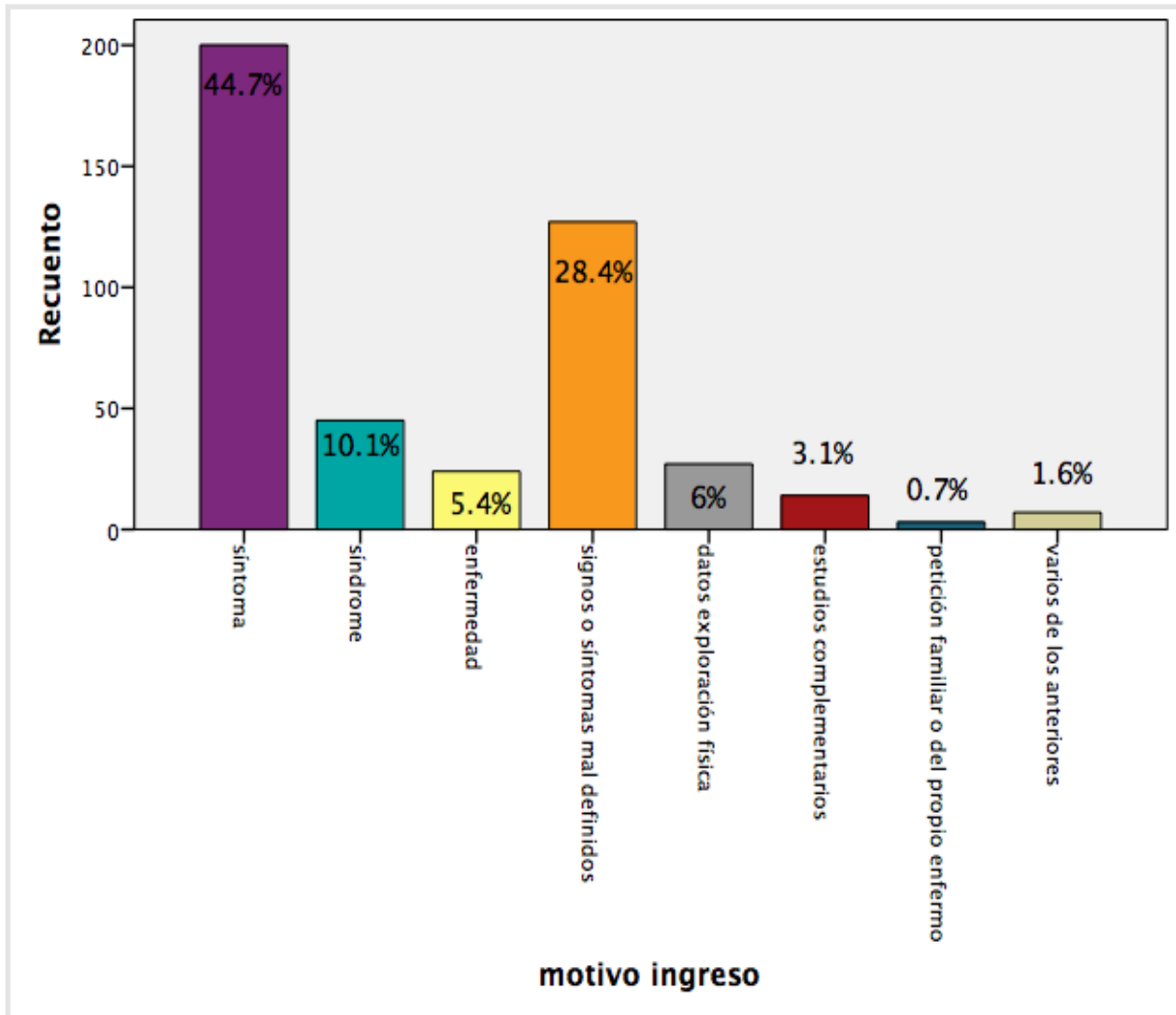
Figura 6.



El principal motivo de ingreso fueron los síntomas (44.7%) y el conjunto de síntomas/signos mal definidos (28.4%).

MOTIVO INGRESO.

Figura 7.



La estancia media de nuestro estudio fue de 6.9 días. Por sexos no se observaron diferencias en este aspecto, siendo la de los hombres de 6.59 días frente a la de las mujeres de 7.34 días, con una p no significativa ($p = 0.189$).

ESTANCIA MEDIA.

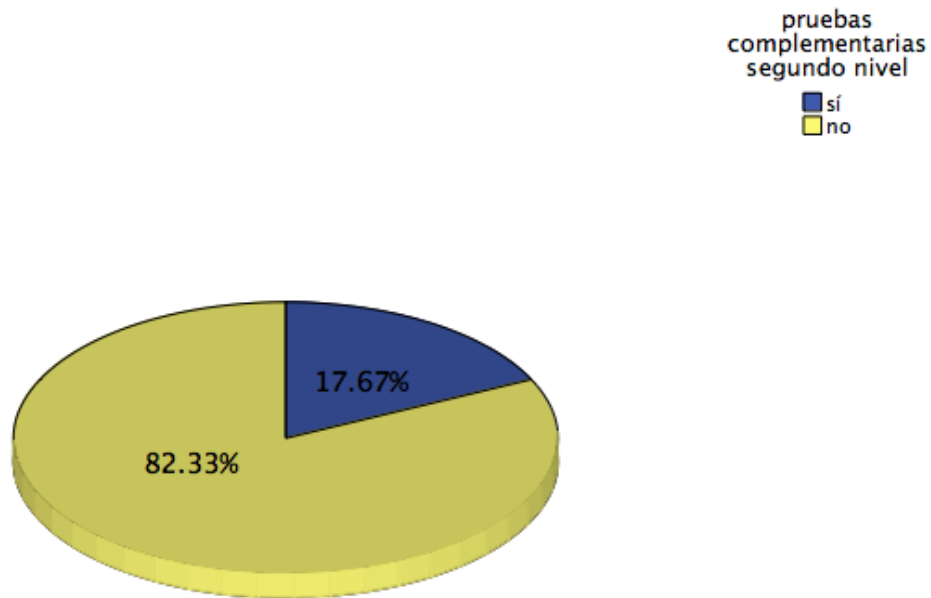
Tabla 6.

Estancia media	Media	N	Desv. típ.
Hombre	6,59	264	5,118
Mujer	7,34	183	6,838
Total	6,90	447	5,888

A todos los pacientes, salvo a uno, se le realizaron pruebas de primer nivel, mientras que el 17.67% (80 pacientes) precisaron pruebas complementarias de segundo nivel, es decir, pruebas que se realizaron en otro hospital.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Figura 8.



El tiempo medio de realización de las pruebas de primer nivel fue de 2.37 días frente a los 6.13 días de las pruebas de segundo nivel, aunque esta diferencia no repercutió en la estancia media.

Tabla 7.

		T medio pruebas primer nivel	T medio pruebas segundo nivel
N	Válidos	446	79
	Perdidos	1	368
▪ <u>Media</u>		<u>2,37 d</u>	<u>6,13 d</u>
Mediana		1,00	4,00
Moda		0	2
Desv. típ.		3,585	8,211
Varianza		12,850	67,420
Rango		29	42
Mínimo		0	0
Máximo		29	42

Si englobamos a nuestros pacientes en dos grandes grupos, necesidad de traslado y no necesidad de traslado, observamos que durante su estancia el 76.7% de los pacientes (343) no precisan traslado en ningún momento y se resuelven por completo en nuestro hospital, frente al 23.3% (104 pacientes) que precisan una derivación, bien puntual o bien sin retorno. De este último grupo, el 3.4% lo hacen para un *valoración quirúrgica* diagnóstica y/o tera-

péutica, frente el 20% que lo hacen para una *valoración médica* diagnóstica y/o terapéutica (la mayoría son cateterismos y endoscopias).

TRASLADO.

Tabla 8.

Traslado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	104	23,3	23,3	23,3
NO	343	76,7	76,7	100,0
Total	447	100,0	100,0	

Figura 9.

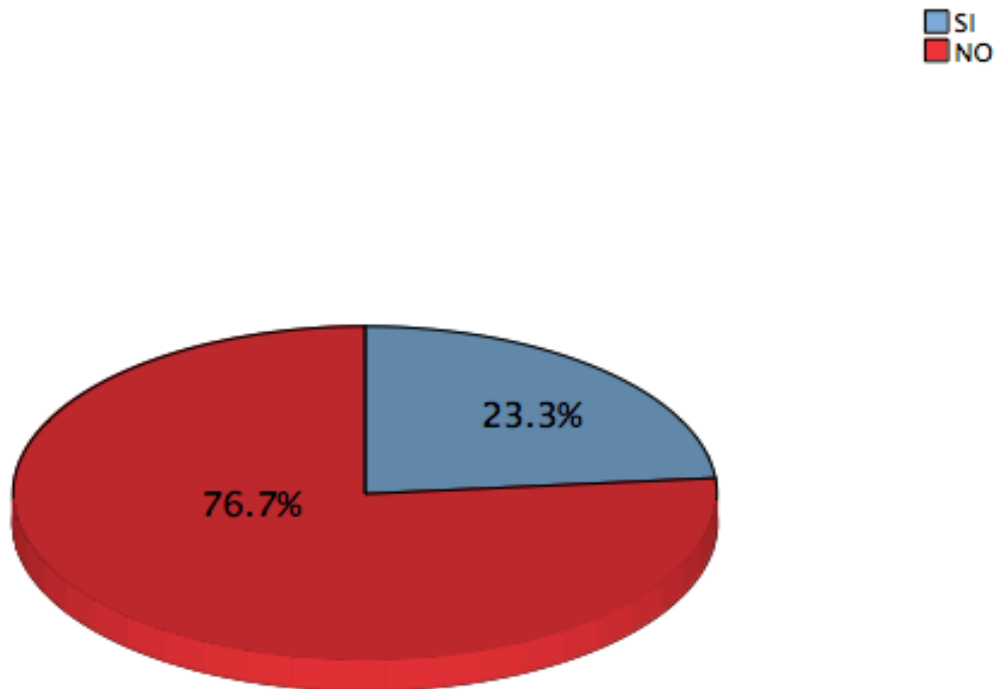
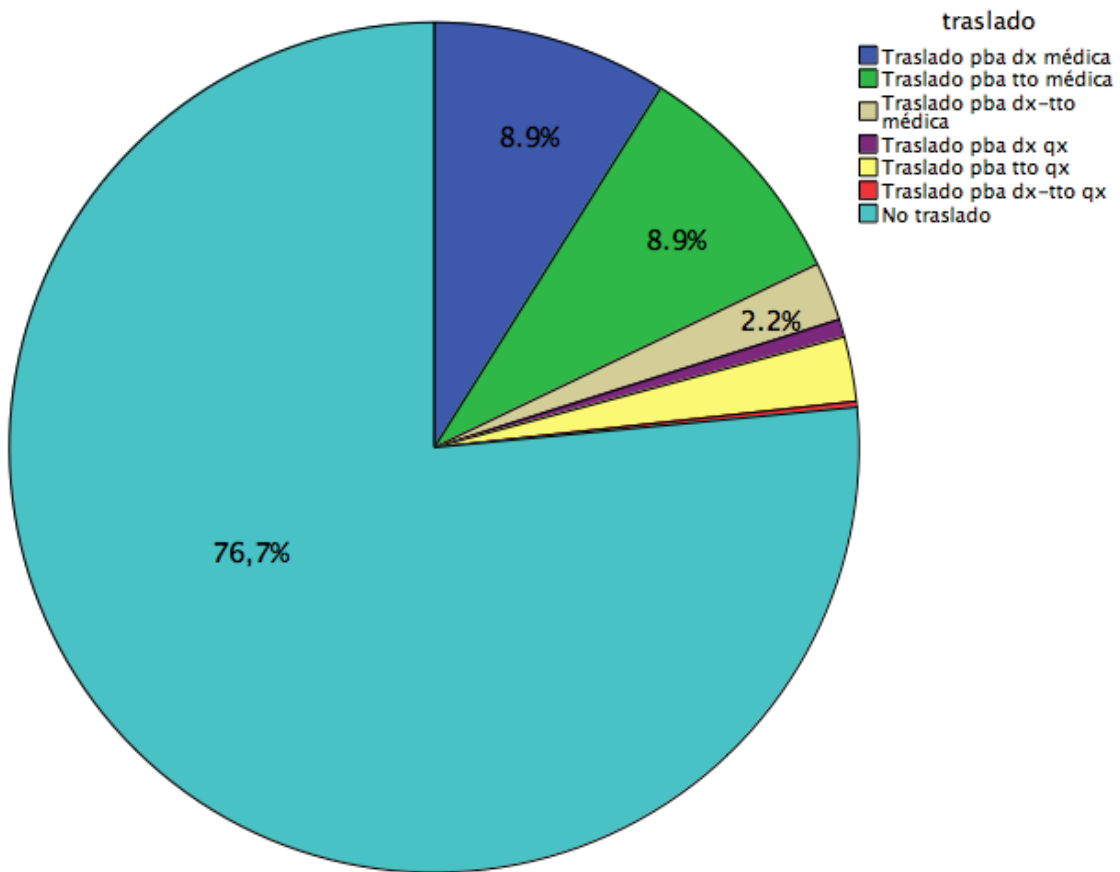


Tabla 9.

Traslado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
• Pba dx médica	40	8,9	8,9	8,9
• Pba tto médica	40	8,9	8,9	17,9
• Pba dx-tto médica	10	2,2	2,2	20,1
• Pba dx quirúrgica	3	0,7	0,7	20,8
• Pba tto quirúrgico	11	2,5	2,5	23,3
• Pba dx-tto quirúrgico	1	0,2	0,2	23,5
• <u>No traslado</u>	<u>343</u>	<u>76,7</u>	<u>76,7</u>	100,0
Total	447	100,0	100,0	

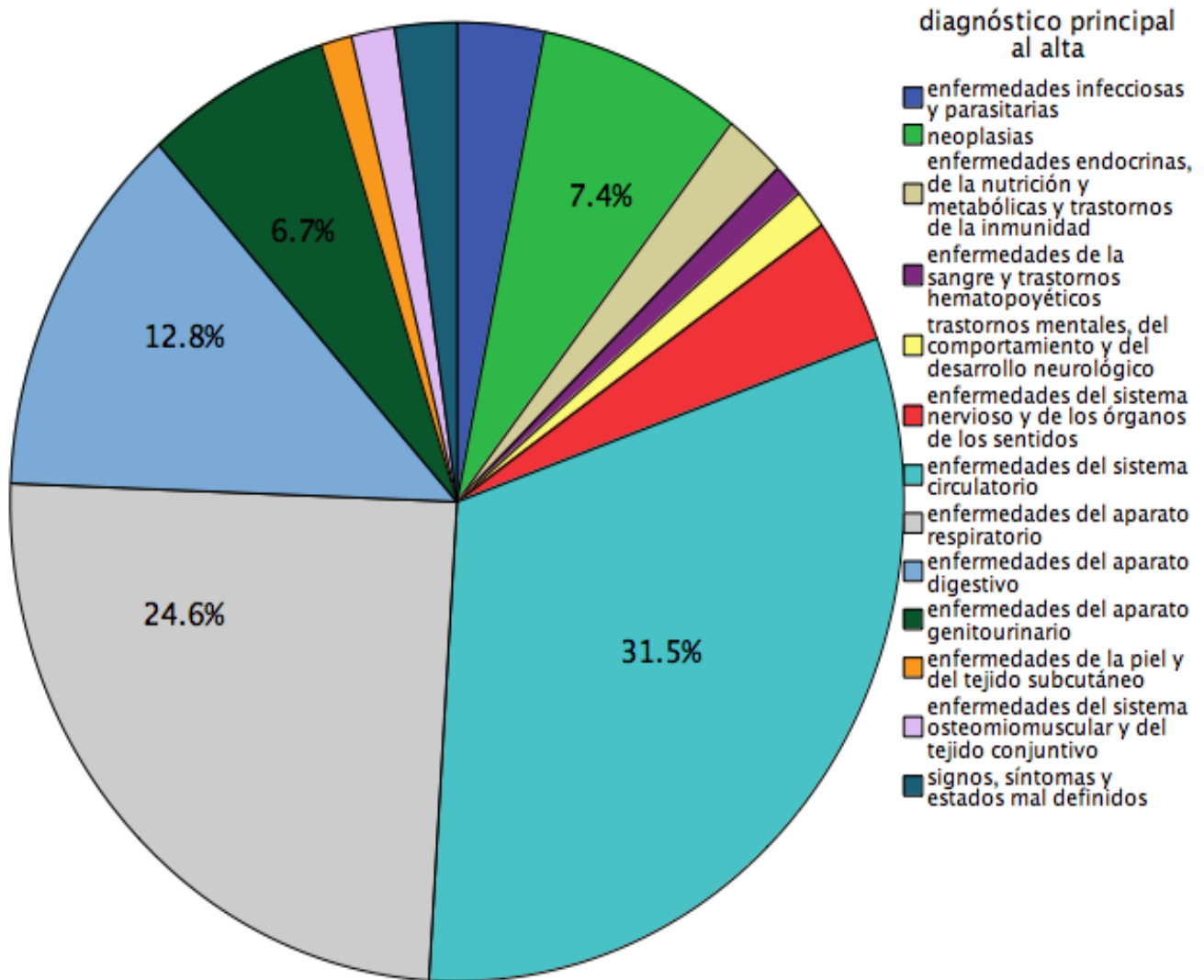
MOTIVO TRASLADO.**Figura 10.**

El diagnóstico principal al alta más frecuente lo constituyen el grupo de las *enfermedades del sistema circulatorio* (31.5%) seguido de:

- enfermedades del aparato respiratorio (24.6%).
- enfermedades del aparato digestivo (12.8%).
- neoplasias (7.4%).
- enfermedades génito-urinarias (6.7%).

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL ALTA.

Figura 11.



45 pacientes (10.1% del total) son éxitus al alta. Fallecen más hombres que mujeres.

MORTALIDAD.

Tabla 10.

Mortalidad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SÍ	45	10,1	<u>10,1</u>	10,1
	NO	402	89,9	89,9	100,0
	Total	447	100,0	100,0	

Figura 12.

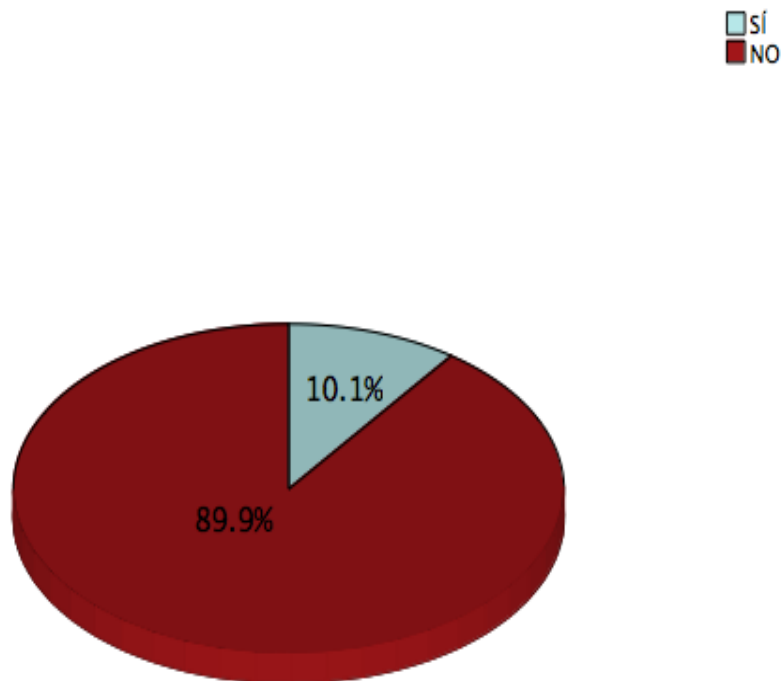


Tabla 11.

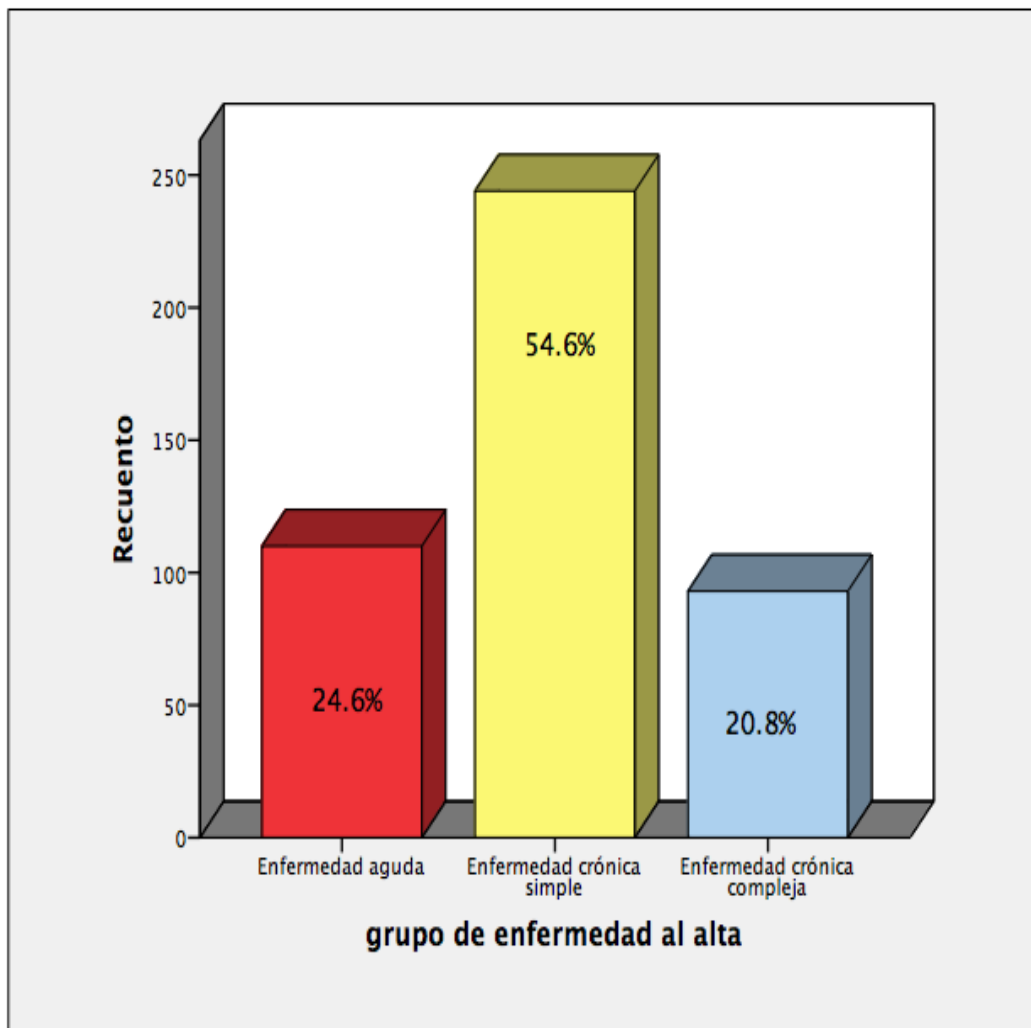
Sexo		Mortalidad		Total
		SÍ	NO	
Hombre	• Recuento	29	235	264
	• % dentro sexo	11,0%	89,0%	100,0%
	• <u>% dentro mortali- dad</u>	<u>64,4%</u>	58,5%	59,1%
	• <u>% del total</u>	<u>6,5%</u>	52,6%	579,1%
Mujer	• Recuento	16	167	183
	• % dentro sexo	8,7%	91,3%	100,0%
	• <u>% dentro mortali- dad</u>	<u>35,6%</u>	41,5%	40,9%
	• <u>% del total</u>	<u>3,6%</u>	37,4%	40,9%
Total	• Recuento	45	402	447
	• % dentro sexo	10,1%	89,9%	100,0%
	• % dentro mortali- dad	100,0%	100,0%	100,0%
	• % del total	10,1%	89,9%	100,0%

Los grupos de enfermedad al alta se han clasificado en base a los criterios anteriormente explicados. Se han distinguido:

- Enfermedad aguda: 24.6% de los pacientes.
- Enfermedad crónica simple: 54.6% de pacientes.
- Enfermedad crónica compleja: 20.8% de pacientes.

GRUPOS ENFERMEDAD ALTA.

Figura 13.



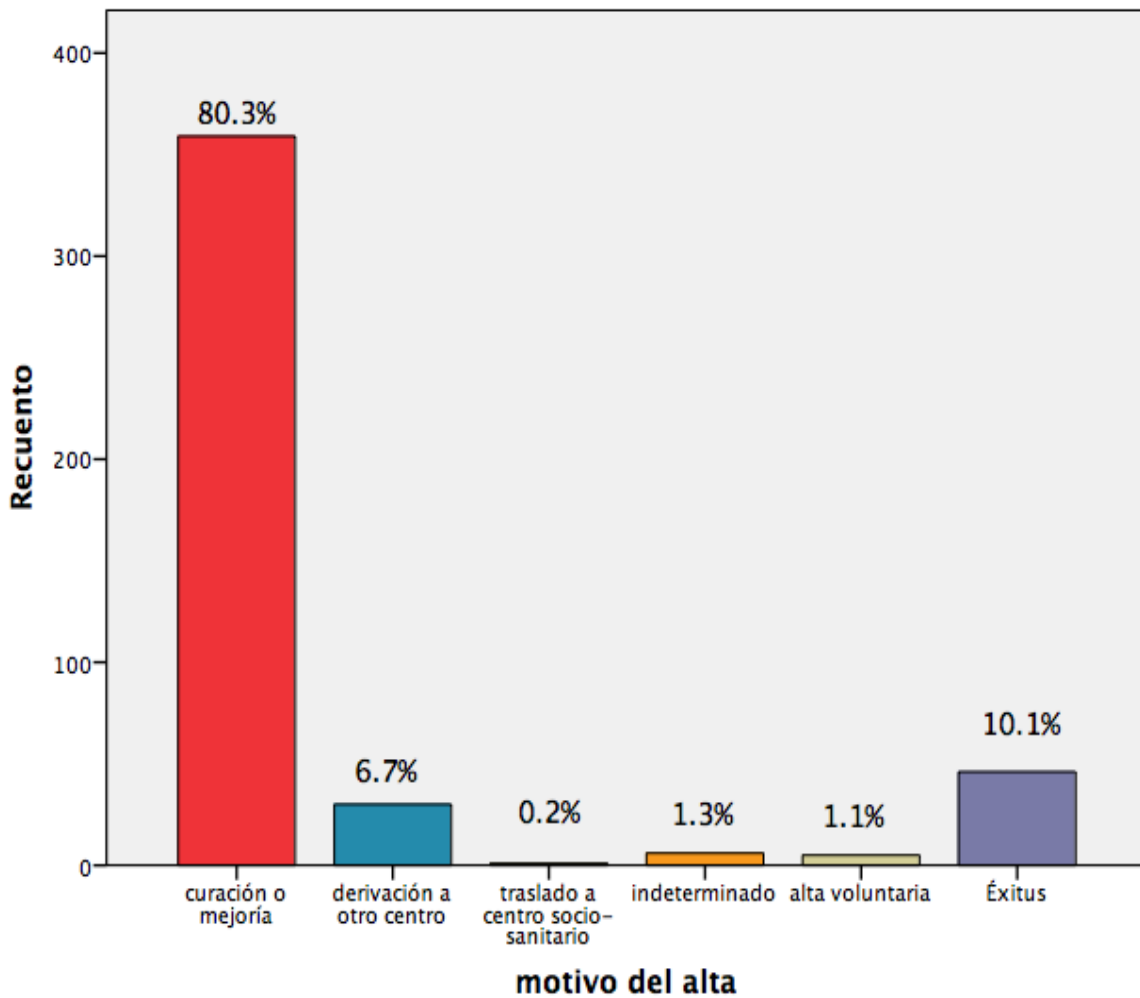
En cuanto al motivo del alta, si excluimos los éxitus, en la mayoría de pacientes se indica por curación o mejoría (80.3%).

MOTIVO DEL ALTA.

Tabla 12.

Motivo del alta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
- Curación o mejoría	359	80,3	80,3	80,3
- Derivación a otro centro	30	6,7	6,7	87,0
- Traslado a centro socio-sanitario	1	0,2	0,2	87,2
- Indeterminado	6	1,3	1,3	88,6
- Alta voluntaria	5	1,1	1,1	89,7
- Éxitus	45	10,1	10,1	100,0
- Total	447	100,0	100,0	

Figura 14.

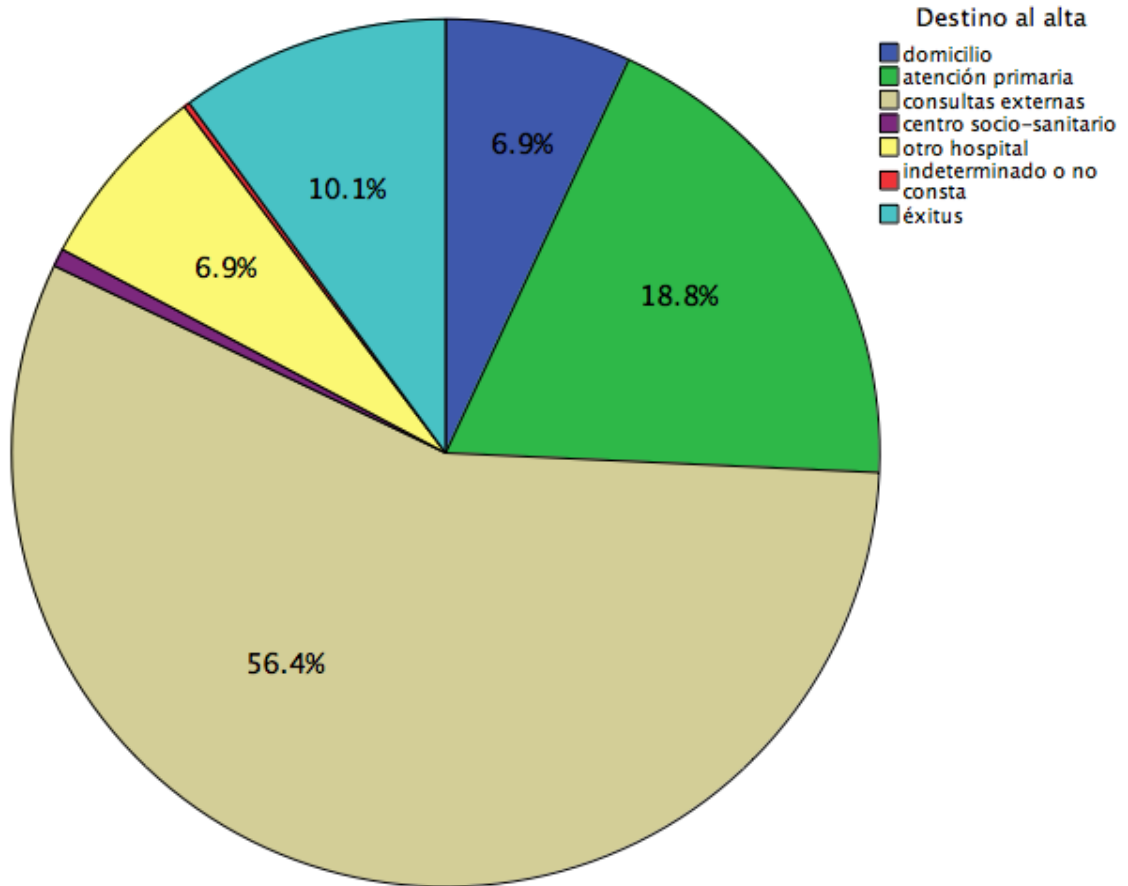


En el 56.4% de los pacientes dados de alta (252 pacientes) el destino es las consultas externas, seguido del 18.8% (84 pacientes) que se derivan a Atención Primaria.

DESTINO AL ALTA.**Tabla 13.**

Destino al alta	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Domicilio	31	6,9	6,9	6,9
Atención primaria	84	18,8	18,8	25,7
Consultas externas	252	56,4	56,4	82,1
Centro socio-sanitario	3	0,7	0,7	82,8
Otro hospital	31	6,9	6,9	89,7
Indeterminado o no consta	1	0,2	0,2	89,9
Éxitus	45	10,1	10,1	100,0
Total	447	100,0	100,0	

Figura 15.



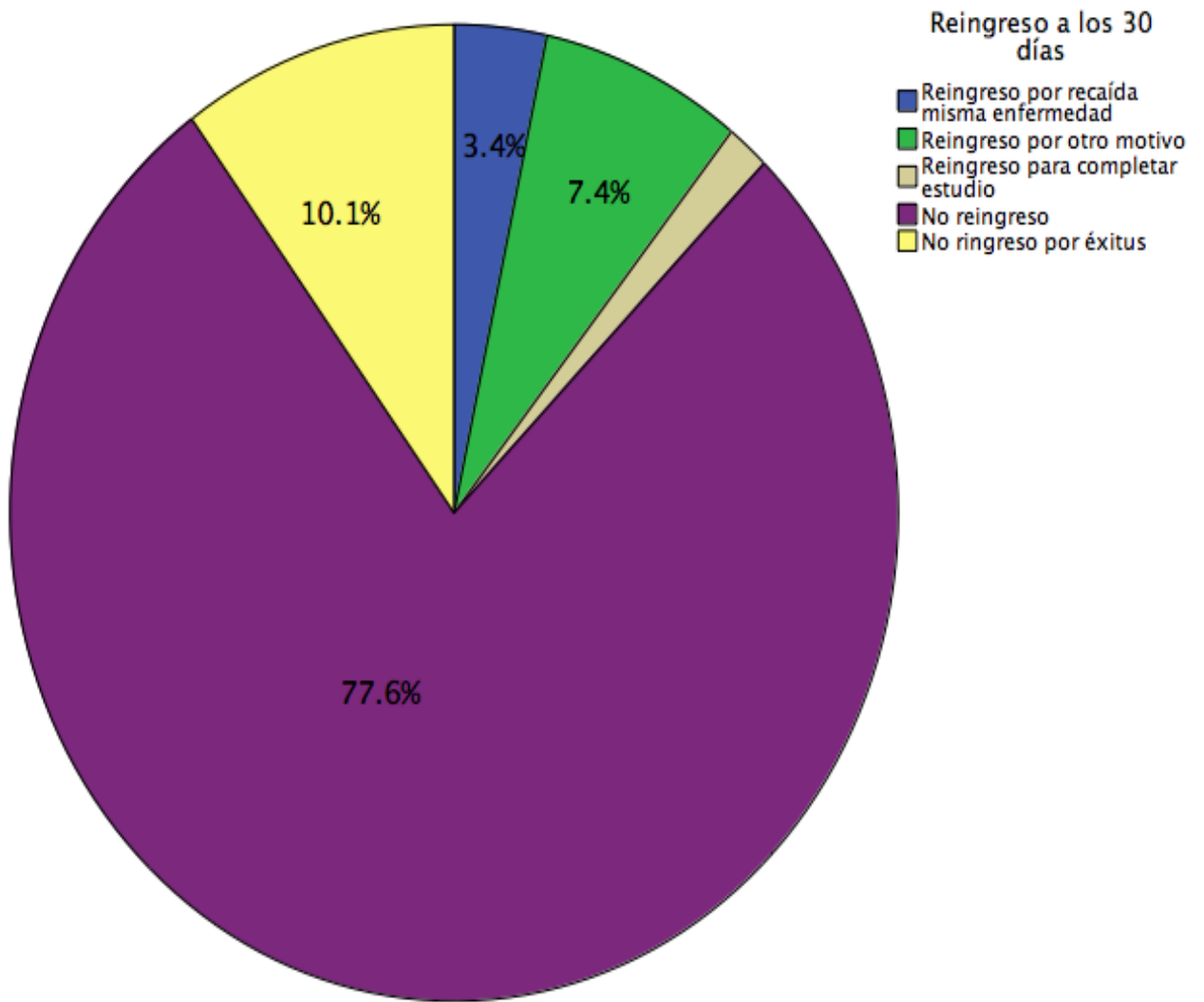
El 7.4% del total de altas se producen durante días festivos o fines de semana, ya que el servicio continúa con su actividad los 365 días del año.

El 87.7% de los pacientes dados de alta no reingresan en los siguientes 30 días (incluyendo los éxitus). Del grupo de pacientes que reingresan precozmente, la mayoría de ellos (7.4%) lo hacen por otro motivo y más de la mitad no precisan traslado.

REINGRESO A LOS 30 DÍAS.**Tabla 14.**

REINGRESO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Reingreso por recaída misma enfermedad	15	3,4	3,4	3,4
Reingreso por otro motivo	33	7,4	7,4	10,7
Reingreso para completar estudio	7	1,6	1,6	12,3
<u>No reingreso</u>	347	77,6	<u>77,6</u>	89,9
No reingreso por éxitus	45	10,1	10,1	100,0
Total	447	100,0	100,0	

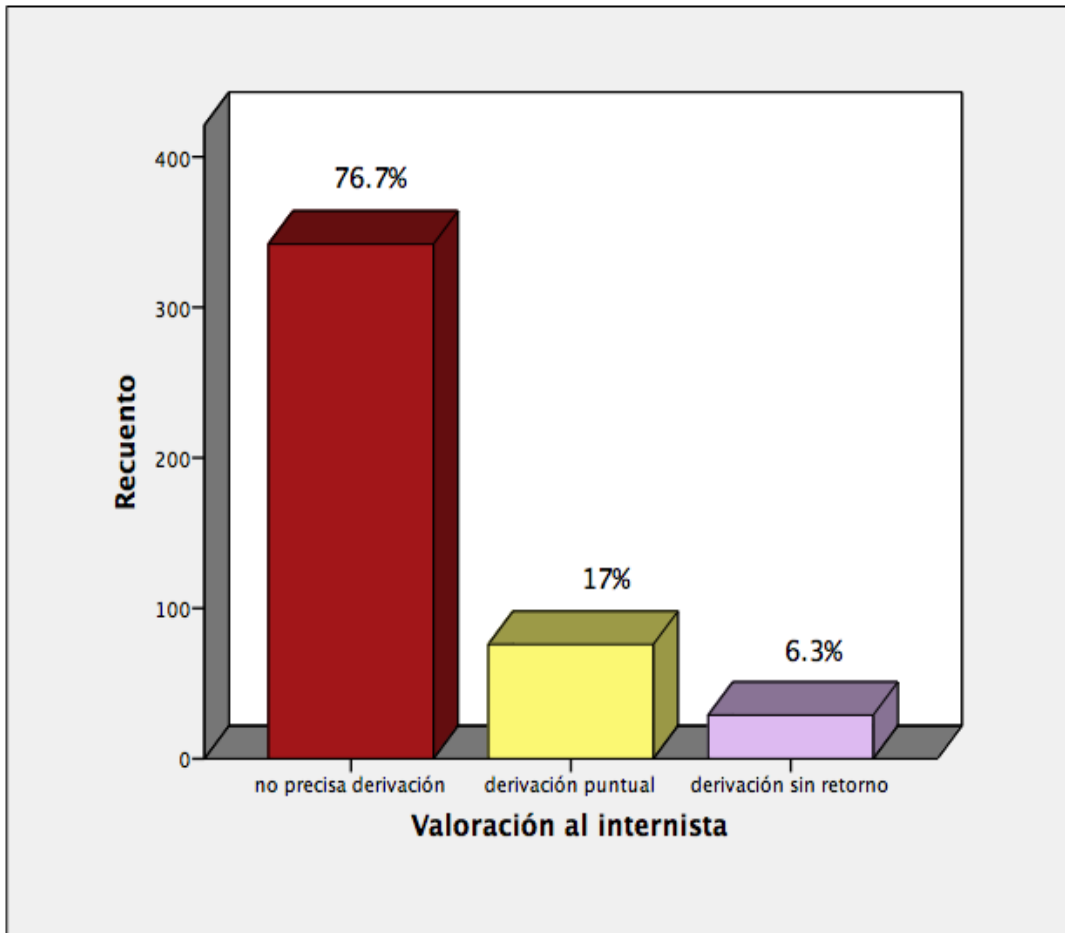
Figura 16.



VALORACIÓN DEL INTERNISTA.**Tabla 15.**

Valoración internista	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No precisa derivación	343	76,7	76,7	76,7
Derivación puntual	76	17,0	17,0	93,5
Derivación sin retorno	28	6,3	6,3	100,0
Total	447	100,0	100,0	

En la valoración final al trabajo del internista, el 76.7% (343 pacientes) se resuelven por completo en nuestro hospital, es decir, no precisan derivación a otro centro en ningún momento. El 17% (76 pacientes) precisan una derivación puntual y al 6.3% (28 pacientes) se les deriva sin retorno. Dentro de este último grupo se incluye a 4 pacientes a los que además se les realiza pruebas de segundo nivel, mientras que al resto de pacientes se les traslada directamente, sin hacerse pruebas complementarias.

Figura 17.

La estancia media de los pacientes que se trasladan es de 7.46 días, con un rango de 0-37 días con un IC del 95% (6.31-8.60); frente a 6.73 días de los que no se trasladan, con un rango de 0-44 días con un IC del 95% (6.10-7.35). La p es de 0.139, con lo cual no es estadísticamente significativo.

De los 104 pacientes que se trasladan el 41% (43 pacientes) están en el rango de edad de 60-79 años y el 36.2% (38 pacientes) son mayores de 80

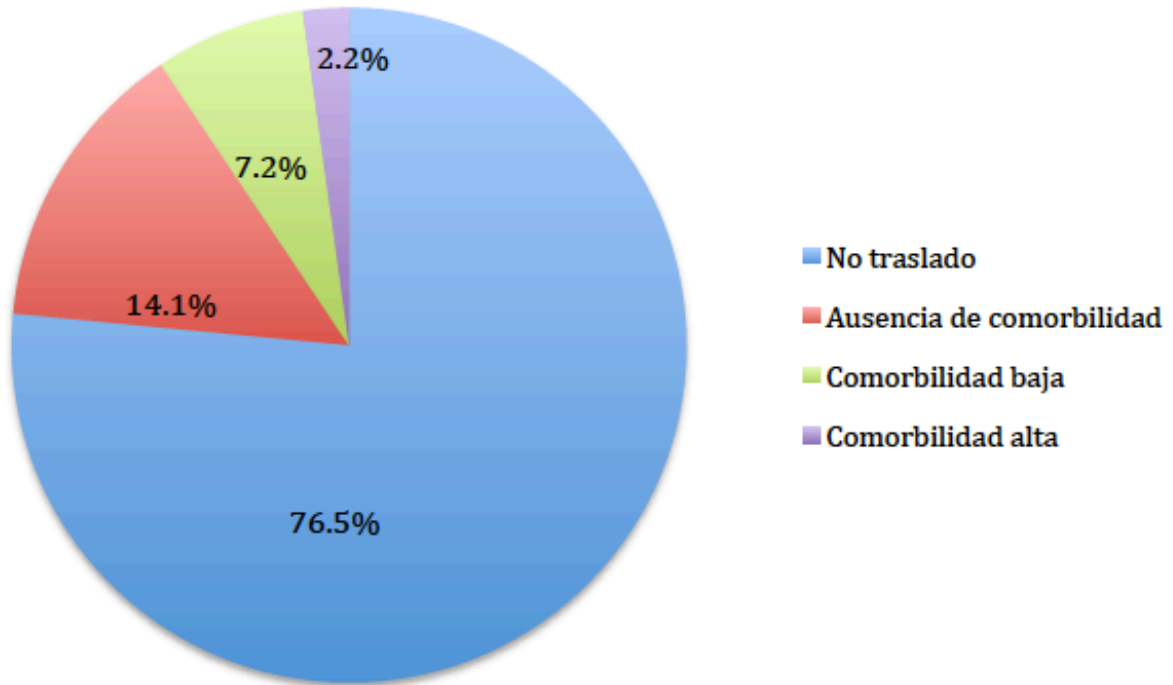
años. Por tanto, 81 pacientes de 104 que se trasladan (77.2%) son mayores de 60 años. Es decir, a mayor edad mayor traslado.

El grupo de edad que más se traslada son los pacientes de 60-79 años.

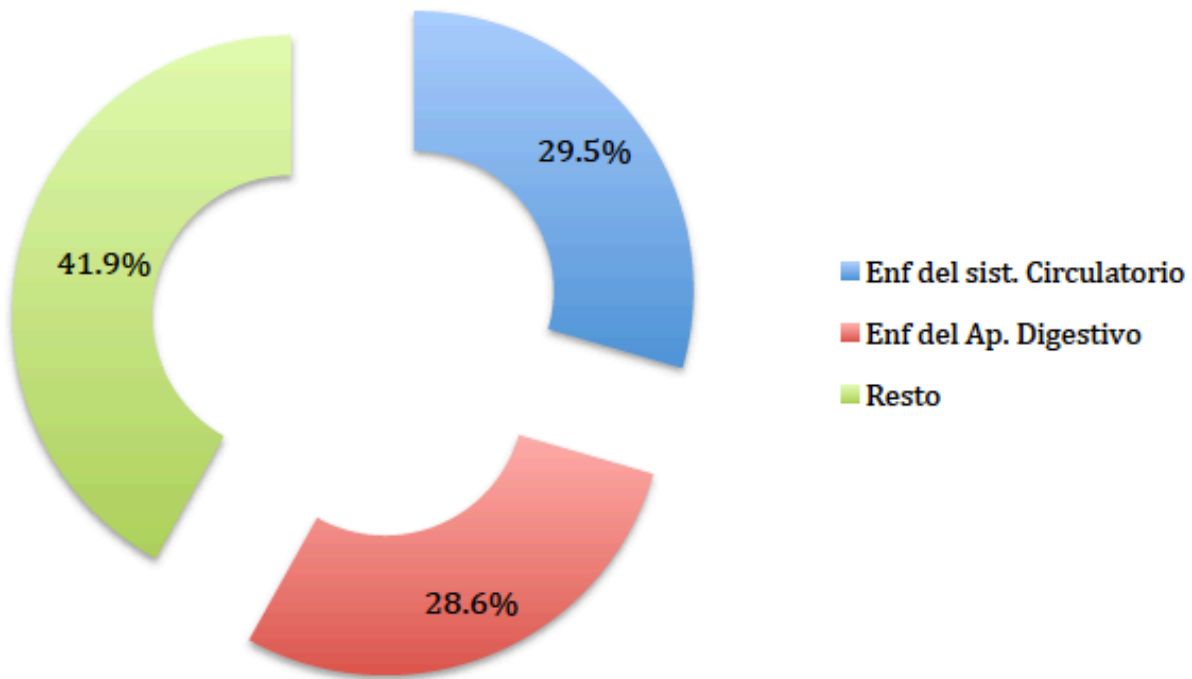
Como ya se ha mencionado, el 47.9% de pacientes del estudio (214 pacientes) tienen ausencia de comorbilidad. Dentro de este grupo, se trasladan el 24.9%, que suponen el 14.1% del total. El 33.6% de pacientes del estudio (150 pacientes) tiene comorbilidad baja, siendo el 21.3% los pacientes que se trasladan, lo que supone el 7.2% del total. El 18.6% de pacientes del estudio (83 pacientes) tiene comorbilidad alta, de los cuales el 12.1% se trasladan, lo que supone el 2.2% del total. Para estos resultados, la p es de 0.005, es decir, significativo.

Por tanto:

- El 14.1% del total de pacientes del estudio tienen ausencia de comorbilidad y se trasladan.
- El 7.2% del total de pacientes del estudio tienen comorbilidad baja y se trasladan.
- El 2.2% del total de pacientes del estudio tienen comorbilidad alta y se trasladan.
- Por tanto, la mayoría de los pacientes del estudio tiene comorbilidad ausente o baja (a pesar de que la mayoría son mayores de 60 años), siendo estos los que más se trasladan. A menor comorbilidad más traslado.

TRASLADO Y COMORBILIDAD.**Figura 18.**

De los 104 pacientes que se trasladan, el 29.5% se diagnostican al alta de enfermedades del sistema circulatorio (la mayoría se trasladan para la realización de cateterismos. Algunos son ictus que se trasladan al HSPA tras la activación del “Código Ictus”), y el 28.6% se diagnostican de enfermedades del sistema digestivo (sobre todo para la realización de endoscopias y alguna CPRE).

TRASLADO Y DIAGNÓSTICO AL ALTA.**Figura 19.**

De los 80 pacientes del estudio que se realizan pruebas complementarias de segundo nivel (es decir, que precisan de traslado a otro hospital para la realización de las mismas), el 31.3% son diagnosticados de enfermedades del sistema circulatorio y el 30% de enfermedades del aparato digestivo, datos que concuerdan con lo anterior.

Dentro de los 343 pacientes que no se trasladan, el 32.2% se diagnostican de enfermedades del sistema circulatorio y el 30.4% de enfermedades del aparato respiratorio.

45 pacientes del total del estudio son éxitus, lo que supone el 10.1% de la muestra inicial. De estos, el 22.2% tiene ausencia de comorbilidad, el 51.1% tienen comorbilidad baja y el 26.7% tiene comorbilidad alta, con una p 0.001. Por tanto, a mayor comorbilidad mayor mortalidad.

De los 45 pacientes que son éxitus el 77.8% son mayores de 80 años (con una p 0.018) y el 64.4% son hombres (con una p 0.439). Dentro de los éxitus, el 35.6% son diagnosticados de enfermedades del sistema circulatorio, el 24.4% de neoplasias y el 22.2% de enfermedades respiratorias, con una p 0.001. Por tanto, en general, las enfermedades del sistema circulatorio son las más prevalentes, ocupando el primero puesto en cuanto al diagnóstico principal al alta, diagnóstico más frecuentes dentro de los traslados y diagnóstico más frecuente dentro de los éxitus. El segundo lugar lo ocupan las enfermedades digestivas en el apartado de pacientes que precisan traslado y las neoplasias en el apartado de pacientes que son éxitus.

De los 45 pacientes que son éxitus, el 95.6% NO se trasladan frente al 4.4% que SÍ se trasladan, con una p 0.001. Por tanto, dentro del grupo de pacientes fallecidos destacamos:

- Fallecen los pacientes de mayor edad.
- Fallecen más los hombres que las mujeres.
- Fallecen más las enfermedades del sistema circulatorio seguido de las neoplasias.
- La mayoría de los fallecidos no se trasladan.

VI. DISCUSIÓN.

La especialidad de Medicina Interna tiene su origen en el Congreso de Wiesbaden en 1882 y es definida como la especialidad que se encarga del cuidado general del adulto, que combina las características del clínico humanista con la del experto en la prevención de enfermedades, en la promoción de la salud, en el cuidado continuado y en el tratamiento de pacientes con enfermedades avanzadas y complejas. Ningún problema de salud en el adulto es ajeno al internista³³.

La Medicina Interna en España, por sus características más generalistas, es una de las especialidades con mayor implantación dentro de los hospitales. Como ya se ha mencionado, el internista posee un papel clásico por su visión global de los pacientes, capacidad integradora y mayor eficiencia a la hora de tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, que lo hacen imprescindible en los hospitales comarcales, y fundamental en los hospitales de área y referencia, no solamente en lo que atañe a su especialidad propiamente dicha sino también como referente de consultor para otras especialidades, fundamentalmente quirúrgicas²¹. La Medicina Interna cobra aún más importancia en nuestro centro, dado que tiene unas características muy concretas: atiende a una población rural, con amplia dispersión geográfica y muy alejada de los recursos sanitarios de nuestra comunidad.

Por otro lado, la especialidad de Medicina Interna cuenta con un plus al ejercer de “superespecialista” en patologías o áreas que carecen de titulación o formación específica y reglada como puede ser el campo de la hipertensión, riesgo cardiovascular, enfermedades tromboembólicas, pacientes crónicos, enfermedades autoinmunes, cuidados paliativos, enfermedades infecciosas y

hospitalización a domicilio entre otras muchas. Este papel se vuelve imprescindible sobre todo en los hospitales de referencia, aunque también en muchos hospitales de área, ya que suele requerir la existencia de un gran volumen de pacientes que permita a los profesionales clasificarlos en distintas áreas/consultas monográficas. La superespecialización debe ser un valor añadido a nuestro trabajo sin perder la condición intrínseca de internistas, que es la del médico que atiende globalmente al paciente. Pero es gracias a esta formación integral y global la que permite al médico internista dedicar su labor a un campo en concreto.

Otro aspecto muy significativo de nuestra especialidad es destacar las coincidencias y diferencias que existen en el funcionamiento de los distintos Servicios de Medicina Interna, que no guardan relación exclusivamente con el tamaño del hospital, sino también con la dotación de recursos sanitarios; y constatar que existe una gran heterogeneidad tanto en la organización como en el funcionamiento de los mismos²¹. Nuestro centro se caracteriza por tener muchas peculiaridades respecto a otros servicios: toda la hospitalización está a cargo de Medicina Interna, se requiere un alto grado de comunicación con otras áreas y especialistas para garantizar una correcta atención sanitaria de nuestros pacientes (en muchos casos vía telefónica), obliga al profesional a manejar situaciones complejas y urgentes con menos recursos materiales y humanos...

Los internistas nos hemos adaptado a los cambios de un sistema de salud en el que los pacientes son cada vez de edad más avanzada y con pluripatología crónica. Los pacientes pluripatológicos tienen unas características clínicas, funcionales, psicoafectivas, sociofamiliares y espirituales específicas, que precisan un apoyo y coordinación interdisciplinar, convirtiendo al inter-

nista en una pieza fundamental en la gestión de estos pacientes, con una visión de trabajo en equipo, ofreciendo continuidad asistencial entre la atención hospitalaria y la atención primaria²⁷.

Nuestra versatilidad ha permitido que podamos adaptarnos a distintas condiciones de trabajo y a distintos tipos de pacientes. En los servicios de Medicina Interna predominan los enfermos de edad avanzada, frágiles, con descompensaciones frecuentes y deterioro funcional, con alta demanda de recursos sanitarios y un elevado grado de dependencia. Todo ello repercute a distintos niveles y tiene un importante impacto social así como una mortalidad elevada.

El sistema sanitario no puede en ocasiones dar respuesta a todas estas necesidades, a pesar de haberse desarrollado distintos modelos asistenciales, lo que produce problemas en la accesibilidad a los servicios sanitarios, descoordinación entre estos, mayor probabilidad de eventos adversos relacionados con la polimedicación y un alto consumo de recursos. En la última década, estamos asistiendo a un cambio en la actividad asistencial con mayor desarrollo del trabajo en equipo multidisciplinar e interniveles (obligado en nuestro caso), promoviendo también el autocuidado del paciente, la disponibilidad de herramientas para la toma de decisiones, los sistemas de información y comunicación y la prevención. Se pretende conseguir un equipo de salud preparado y proactivo y una población de pacientes informados y activados. No es fácil determinar el tipo e intensidad de las intervenciones ni los grupos de pacientes sobre los que se puede aportar más beneficios, ya que la evaluación de los resultados en salud, procesos y costes de estos programas se apoya todavía en evidencias moderadas o bajas²⁸.

El aumento en los costes de atención terapéutica y asistencial, el incremento de la demanda por parte de una población que cada vez pertenece mayoritariamente a la tercera edad y la obligatoriedad normativa del sistema de salud, comprometen la estabilidad financiera de los servicios de salud. Los hospitales son concebidos en la actualidad como empresas, por tanto pueden y deben ser gestionados con los mismos principios y criterios de la administración general. En el caso concreto de los servicios de Medicina Interna, un primer paso hacia la estructuración y organización de la atención, implica tener información sólida sobre la situación poblacional y sanitaria del área de influencia, lo cual permitirá estructurar y organizar los recursos disponibles para una mejor atención de la población. Para la optimización de los recursos es importante disponer de información actualizada sobre composición demográfica, inventario de recursos disponibles para la atención en salud, prevalencia de factores de riesgo y perfil de morbimortalidad, información sobre el volumen de profesionales (médicos, enfermeras, técnicos y otros) y utilización de ayudas diagnósticas²⁹. Todos estos aspectos están contemplados en nuestro estudio aunque, en los que a costes se refiere, sería necesario desarrollar otro estudio complementario. Cabe destacar que nuestros pacientes son mayores pero con comorbilidad ausente-baja. Esto por un lado implica de entrada un menor uso de la polifarmacia pero por otro lado un mayor consumo de recursos sanitarios, ya que son pacientes con buena calidad de vida y por tanto subsidiarios de medidas diagnóstico-terapéuticas más invasivas.

Como ya se ha mencionado, el conocimiento de la actividad hospitalaria constituye un elemento de gran trascendencia en el desarrollo de la política sanitaria global. La descripción del trabajo realizado y del perfil de pacientes atendidos en nuestros servicios debe servir para diseñar el futuro de nuestra

especialidad, transmitir su importancia a los gestores y a otros especialistas médicos y tomar referencias en la definición de los estándares de nuestra propia práctica clínica²¹. No existen muchas publicaciones que recojan la actividad asistencial realizada por nuestros internistas, y aún menos en hospitales comarcales rurales. Como se ha mencionado, resulta difícil hacer comparaciones entre los distintos modelos organizativos de los distintos servicios de medicina interna, debido a la heterogeneidad de nuestra especialidad. De aquí surge por tanto la idea de realizar nuestro estudio.

En un documento publicado en 2005 sobre la actividad de los Servicios de Medicina Interna en todo el estado quedan reflejados muchos de los aspectos contemplados en nuestro estudio. La base de datos analizada en dicho documento estaba constituida por 461.175 ingresos procedentes de hospitales de diferente tamaño (menos de 200 camas, entre 201-500 camas, entre 501-1000 camas y más de 1000 camas). La comparación por indicadores de funcionamiento mostró diferentes resultados según el tamaño del hospital, aquellos con mayor número de camas tenían mayor estancia media, pacientes más ancianos y de mayor complejidad³⁰. Lo que se deduce de muchos estudios es que la especialidad de Medicina Interna tiene muchos modelos organizativos dada la amplia variedad de patologías que atienden, así como la diversidad de pacientes ingresados en estas unidades. Este hecho nos lleva a preguntarnos si en realidad los distintos servicios de Medicina Interna son comparables entre sí.

El estudio realizado por internistas gallegos en el periodo de tiempo de 2009-2010 propuso como objetivo conocer la actividad asistencial de los internistas gallegos en cada centro hospitalario, su estructura, funcionamiento, carga de trabajo, etc., y así tener una foto real de la especialidad en su Comu-

nidad Autónoma, además de poner de manifiesto coincidencias y diferencias existentes entre diferentes centros hospitalarios. En este estudio, la estancia media de hospitalización fue de 9.8 ± 1.3 días. Se comparó con otros comarcas que tenían una estancia media de 9.6 ± 1.2 días. La estancia media de otros hospitales de área o de referencia es mayor, está en torno a los 10 días; mientras que en algunos estudios sobre hospitales de segundo nivel está en torno a los 8.22 días²¹. Este hecho probablemente ocurra, al menos en parte, porque los pacientes con mayor complejidad y gravedad son atendidos en estos centros de referencia. Si nos comparamos con datos nacionales donde se refleja la estancia media de los hospitales comarcales en torno a 8.9 días, nuestro hospital estaría muy bien posicionado.

En este estudio realizado por internistas gallegos, solo el 14.3% de los ingresos hechos por la mañana los realiza el Servicio de Urgencias, y el resto son realizados bien por el propio Servicio de Medicina Interna o bien por un Internista con un busca destinado a esta labor²¹. En otros estudios realizados en hospitales de segundo nivel hasta el 86.4% de los ingresos accedió a la hospitalización a través del Servicio de Urgencias, este hecho también ocurre en nuestro caso. Por tanto, podemos decir que este dato depende de la organización de cada hospital.

La realización de pruebas complementarias a priori es un factor que influye en la estancia media. En nuestro caso hay una diferencia importante, siendo de 2.37 días de media en el caso de la realización de pruebas complementarias de primer nivel (es decir, las realizadas en nuestro hospital) frente a 6.13 días de media en el caso de la realización de pruebas de segundo nivel (es decir, aquellas realizadas en otros hospitales). Sin embargo, esta diferencia no afecta a la estancia media de unos pacientes y otros. Esto podría deberse a que

los pacientes que solo se realizan pruebas de primer nivel probablemente tienen peor calidad de vida, lo que implica por un lado mayor tiempo para su recuperación pero menor uso de pruebas complementarias al ser subsidiarios de manejo conservador.

Como ya se ha mencionado los servicios de medicina interna tienen una serie de características que los diferencian del resto de las especialidades médicas y, entre otras, destaca la gran variedad de patologías que atienden y los distintos modelos organizativos que han surgido en los últimos años. En este aspecto podemos señalar las unidades de corta estancia, hospital de día, hospitalización domiciliaria, las unidades de coordinación con Atención Primaria, consultas monográficas... Este dato junto con el tamaño del hospital, disponibilidad de actividad docente, la existencia o no de historia clínica informatizada, el número de residencias de ancianos del área de influencia del hospital...explican los diferentes rendimientos de los servicios de Medicina Interna. No hay estudios publicados en hospitales de primer nivel de ámbito rural y con las características y peculiaridades de nuestro centro, por lo que nos resulta imposible comparar ciertos datos de nuestro estudio con el de otros hospitales, sobre todo en lo que se refiere a la necesidad de traslado a otros centros para ofrecer una asistencia sanitaria diagnóstico y terapéutica adecuada. No obstante, los resultados de nuestro estudio son favorables ya que la mayoría de pacientes se resuelven por completo en nuestro hospital, no se trasladan o solo precisan un traslado puntual, para luego continuar con los cuidados y seguimiento en nuestro centro. Cabe destacar que solo el 6.3% de los pacientes se derivan sin retorno, en la mayoría de los casos para recibir una asistencia quirúrgica urgente, ya que nuestro hospital solo dispone de Cirugía Mayor Ambulatoria y además no está dotado de los recursos materiales y humanos necesari-

rios para una asistencia quirúrgica urgente, como es el caso de la presencia de un anestesista 24 horas o de un quirófano completamente dotado.

La estancia media de los pacientes trasladados no difiere significativamente de los no trasladados (7.46 días de media frente a los 6.73 días de media respectivamente). Esto podría explicarse porque los pacientes no trasladados son de mayor edad y comorbilidad, subsidiarios por tanto de manejo conservador, por lo que suelen precisar pocas pruebas complementarias pero a su vez necesitan más días de ingreso y tratamiento para una conseguir una completa recuperación.

Observamos que el grupo de edad que más se traslada son los pacientes de 60-79 años, ya que es en esta franja de edad cuando debutan el mayor número de patologías; y siguen siendo relativamente jóvenes como para plantearse un manejo diagnóstico-terapéutico más invasivo.

Por otro lado cabe mencionar que el transporte interhospitalario debe ser seguro. Para ello es imprescindible que se apliquen las apropiadas medidas previas de estabilidad y preparación del paciente y que éste reciba cuidados especializados durante su traslado. En nuestra comunidad existen escalas validadas que garantizan que este transporte sea seguro, no habiéndose recogido ninguna incidencia significativa en los pacientes trasladados de nuestro estudio.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) fueron creados con el objeto de obtener clasificación de episodios en la hospitalización, en función del consumo de recursos y de la lógica en el manejo clínico de los pacientes. En su configuración intervienen:

- el diagnóstico principal.

- procedimientos, presencia o ausencia de diagnósticos secundarios relevantes.
- y excepcionalmente edad, defunción y traslado²⁹.

El sistema de codificación al alta permite conocer los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) que en nuestro estudio fueron las enfermedades del sistema circulatorio, seguidas de las enfermedades del aparato respiratorio, dato que coincide con estudios realizados en hospitales de primer nivel.

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye un problema grave de salud pública por su creciente prevalencia, elevado número de ingresos hospitalarios y alta mortalidad. Esto se complica por el progresivo envejecimiento de la población. Se ha observado como causa de ingreso en pacientes mayores de 65 años hasta en un 75% de los casos, según el estudio publicado por Juan Manuel Ospina D. et al en 2007. La IC se ha convertido en una de las enfermedades más frecuentes en muchos países desarrollados, donde es responsable actualmente de una alta tasa de hospitalizaciones anuales. En algunos países como el Reino Unido ocupa más del 5% de las camas hospitalarias y constituye la manifestación consecuente a patologías diversas, entre las cuales se destacan la Enfermedad Pulmonar Obstructiva, enfermedades infecciosas, nefropatías y alteraciones del endotelio vascular. Datos provenientes del estudio de Framingham estiman la expectativa de vida del paciente con IC una vez diagnosticado en 1.7 años en el varón y 3.2 años en la mujer²⁹.

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), segundo diagnóstico más frecuente al alta en nuestro estudio, es una de las causas principales de muerte, enfermedad y discapacidad. En los Estados Unidos, en el año 2000, un total de 119.000 muertes, 726.000 hospitalizaciones y 1.5 millones

de visitas a las salas de emergencia fueron causadas por EPOC. Otros 8 millones de casos adicionales de tratamiento hospitalario para pacientes ambulatorios o tratamiento realizado por médicos en sus consultorios fueron asociados con EPOC en el año 2000. El consumo de tabaco es el factor principal en el desarrollo y progresión de EPOC; pero el asma, la exposición a los contaminantes aéreos en el hogar y en el lugar de trabajo, los factores genéticos y las infecciones respiratorias también juegan un papel importante en la aparición de la enfermedad. Se piensa que en los países en vía de desarrollo la calidad del aire en interiores juega un papel determinante en el desarrollo y progresión de la EPOC, y su detección temprana puede alterar el curso y la progresión de la enfermedad; para ello puede utilizarse una prueba sencilla para medir la función pulmonar y detectarla entre fumadores actuales y quienes fumaron en el pasado, que tengan de 45 años de edad en adelante²⁹.

La crisis hipertensiva es una entidad que concurre frecuentemente con otras enfermedades en los servicios de Medicina Interna. Es de destacar que en un número apreciable los pacientes no realizan un adecuado tratamiento de la hipertensión arterial. Esto es debido a diversas causas: en ocasiones lo abandonan o no toman la dosis adecuada del medicamento indicado, algunos pacientes no acuden a revisarse de forma sistemática y en la gran mayoría de los casos no llevan el régimen higiénico-dietético conveniente para mantener controladas dichas cifras, por lo que el tratamiento médico es insuficiente. La enfermedad cerebrovascular es una importante complicación de la hipertensión arterial. En estos pacientes coexisten otros factores de riesgo cardiovascular que contribuyen junto con la hipertensión al desarrollo de cuadros neurológicos (diabetes, dislipemia...). Aunque en este aspecto es probablemente la edad el factor más influyente, pues con el envejecimiento se producen modi-

ficaciones en el sistema cardiovascular y sistema nervioso periférico y central, lo que conlleva al desarrollo de síntomas significativos en un número importante de pacientes²⁹. En nuestro estudio, los eventos cerebrovasculares quedan incluidos dentro de las enfermedades del sistema circulatorio, que constituye el grupo diagnóstico más frecuente en general, tanto en los pacientes dados de alta como en el caso de pacientes trasladados y éxitus.

Cabe destacar dentro del grupo de los pacientes que precisan traslado, que el segundo diagnóstico más frecuente no lo constituyen las enfermedades respiratorias sino el grupo de las enfermedades digestivas, ya que las primeras suelen resolverse con tratamiento médico conservador, mientras que las segundas precisan en su gran mayoría de la realización de procedimientos endoscópicos, tanto gastroscopias como colonoscopias. Creemos importante destacar que nuestro centro estaba dotado inicialmente de material para la realización de estos estudios endoscópicos, así como salas habilitadas para ello. La escasez de recursos humanos y de médicos especialistas en Aparato Digestivo ha provocado que estas pruebas no puedan realizarse en nuestro hospital sino en el de referencia, el Hospital de Don Benito-Villanueva. Si se hubiera dispuesto de personal especializado para ello, el número de traslados habría descendido significativamente. En algunos hospitales comarcales de nuestra comunidad autónoma, los internistas se han visto obligados a formarse en este aspecto para poder dar solución a estos pacientes a un menor coste, ya que resulta más rentable contratar a un internista formado además en endoscopias que a un internista y especialista en Aparato Digestivo. En nuestro caso, los médicos internistas no disponían en ese momento de esa formación lo que obligaba a derivar a los pacientes. De cualquier manera, no es competencia obligatoria de nuestra especialidad, y esta cuestión constituye más un tema de

gestión sanitaria y de optimización de recursos a la que deben dar respuesta nuestro gestores.

Algunos trabajos demuestran que la edad de los pacientes ingresados en los servicios de medicina interna españoles ha aumentado en los últimos 20 años. Un estudio publicado con una base de datos de 58.234 ingresos en el servicio de medicina interna del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau entre los años 1985-2010 puso de manifiesto que la edad media ha pasado de 60,6 a 79,9 años en el curso de 26 años, con un incremento lineal de 0,86 años anual ($p < 0,0001$). Estos datos son concordantes con los de nuestro estudio. En 1981 en España, la población mayor de 80 años constituía el 1,9%, para pasar al 4% en 2006. Esto significa que en 25 años ha habido un incremento del 2,5% de personas mayores de 80 años. De alguna manera esto viene a indicar que hay una tendencia general en el SNS a ingresar a los pacientes de mayor edad en los servicios de medicina interna. Esto puede deberse a diversos factores, entre los que cabe destacar la pluripatología asociada a la edad avanzada, que hace que los pacientes tengan un perfil más propio de medicina interna que de otras especialidades médicas³¹.

Otra de las consecuencias del aumento de la edad es la proximidad a la muerte de muchos de estos pacientes. A partir de una cierta edad, la mortalidad anual esperada crece de manera exponencial. En los últimos años hemos asistido a una mayor tendencia a la hospitalización de pacientes añosos y en situaciones de salud irreversibles; y es poco habitual que la muerte de estos se produzca en domicilio. Debido a cuestiones socioculturales del país, se tiene la creencia de que el paciente que está próximo a la muerte estará mejor atendido en un medio hospitalario y que la transición será más llevadera tanto para pacientes como para familiares. Es interesante, en este sentido, un estudio rea-

lizado en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que demuestra un incremento del porcentaje de muertes en nuestros hospitales a lo largo de los años hasta el punto de que, en algunas comunidades autónomas, más del 60% de todos los fallecimientos se produce ya en los hospitales. Aunque dicho estudio no analiza el servicio donde se produce la muerte, no es difícil suponer que el incremento porcentual de pacientes de más edad en los servicios de medicina interna puede traducirse en un aumento de la mortalidad en los mismos, no necesariamente asociada a una peor calidad en la atención médica prestada, pero sí a un cambio en el tipo de atención que están prestando los servicios de medicina interna en los hospitales de agudos, así como la mayor afluencia de pacientes a los centros hospitalarios, ya que culturalmente se ha desarrollado el concepto de que una muerte digna es más propicia en un ámbito hospitalario que en el domicilio³¹.

La hospitalización de pacientes ancianos no solo conlleva mayor número de patologías asociadas, polimedicación y mayor complejidad en el manejo de los mismos, sino también atender cuestiones no estrictamente médicas correspondientes sobre todo a la esfera socio-sanitaria y a la situación funcional del paciente, aspectos que son importantes a tener en cuenta para conseguir mayor estabilidad de sus patologías y evitar reingresos frecuentes. Esta tendencia a la hospitalización de pacientes de más edad no solo se observa en los servicios de medicina interna. Nuestro estudio refleja el aumento en la edad de los pacientes, en concordancia con otras bases de datos, pero también estamos asistiendo a un aumento en la edad de pacientes hospitalizados en otros servicios. A pesar de ello llama la atención que la mayoría tienen comorbilidad ausente-baja, lo que llevaría a un porcentaje de éxitus no demasiado elevado en comparación con otros servicios de medicina interna del país. Esto, cree-

mos, tiene repercusiones sobre la dependencia, funcionalidad, cronicidad y pluripatología de los pacientes que atendemos, cuando los hospitales del SNS fueron diseñados para atender otro tipo de pacientes. Para garantizar la sostenibilidad del sistema, deberemos potenciar alternativas a la hospitalización convencional, trabajar conjuntamente con las unidades de geriatría y paliativos, así como con Atención Primaria, elaborar protocolos y consultorías específicas, e implementar mecanismos de coordinación entre los distintos servicios sociosanitarios para evitar pruebas e ingresos innecesarios³¹.

En algunos estudios la tasa global de reingresos dentro de los 30 días siguientes al ingreso del índice fue del 6,8%; menor que en nuestro estudio. Es de esperar que los pacientes que reingresan consuman un mayor número de días de estancia (y por tanto de recursos), y en los servicios de medicina interna tienen mayor probabilidad de reingresar en gran medida por la edad elevada y las características de su enfermedad de base. Por tanto, la tasa de reingresos y la estancia media no serían buenos indicadores de calidad del funcionamiento de los servicios de medicina interna. El reingreso de pacientes se debe en algunos casos a una mala adherencia al tratamiento, que puede desembocar en una descompensación diferente a la que motivó el primer ingreso, lo cual podría explicar que en nuestro estudio la mayoría de reingresos precoces se produzcan por un motivo diferente. Queda por determinar qué alternativas podemos ofrecer los internistas (polivalentes por antonomasia y con indudable capacidad integradora) a estos pacientes habitualmente mayores, con patología crónica y elevada comorbilidad. Probablemente la mejora en la coordinación asistencial con Atención Primaria y la puesta en marcha de otras alternativas a la hospitalización clásica sean respuestas válidas para reducir la tasa de reingresos precoces, especialmente en este grupo de pacientes³². En el caso de

nuestro hospital el desarrollo de estas vías no sería posible en este momento por la escasez de recursos humanos y económicos destinados a nuestra área.

Uno de los problemas que más preocupa tanto a clínicos como a las autoridades sanitarias es la atención de los pacientes crónicos hospitalizados tras el alta. En ocasiones no es posible proporcionar una revisión precoz tras la misma ni mantener una continuidad en los cuidados sanitarios mantenida en el tiempo. Según algunos estudios se estima que hasta el 50% de los pacientes (dependiendo de la edad y el estadio evolutivo de la enfermedad) reingresan entre los 3-6 meses siguientes a la hospitalización²⁹. En esto influyen diversos factores como la mala adherencia al tratamiento, factores psicosociales, estado civil, bajo nivel socioeconómico, residencia rural, limitaciones funcionales, baja calidad de vida en lo concerniente a la salud, escaso apoyo social, falta de conocimiento de la enfermedad y la forma de tratarla, bajo cumplimiento terapéutico...²⁹.

Por otro lado, según nuestros resultados, se observa que las consultas externas son el principal destino al alta. Como ya se ha mencionado, son consultas poco masificadas lo cual permite hacer un seguimiento precoz del paciente al alta. La disponibilidad de estas consultas influye probablemente en que nuestra estancia media sea menor que en otros hospitales. La influencia de esta actividad en la tasa de reingresos sería interesante de analizar en estudios sucesivos, ya que probablemente habría sido mayor en el caso de no existir tal actividad. Asimismo, esta asistencia en las consultas externas permite realizar estudios sin necesidad de ingreso hospitalario en aquellos pacientes que se encuentran bien, pero en los que no se puede demorar demasiado el estudio/tratamiento de su patología. Como ya se ha mencionado anteriormente,

este hecho es posible gracias a que se trabaja en un hospital poco masificado. No obstante, los datos de consultas externas serían subsidiarios de analizar más detalladamente en otro estudio.

Teniendo en cuenta que en lo concerniente a los ingresos hospitalarios intervienen factores de distinta naturaleza (exposición a diversos factores de riesgo, estilo de vida de los pacientes, nivel socio-económico, comunicación entre niveles asistenciales...), tanto el internista como otros profesionales deberían hacer un esfuerzo en lo que a coordinación se refiere, así como facilitar la elaboración de programas y protocolos en lo referente a prevención de las enfermedades, promoción de la salud, elaboración de guías y protocolos de práctica clínica²⁹.

Nuestro estudio invita a hacer un ejercicio de reflexión en cuanto a la colaboración con Atención Primaria, especialmente en el ámbito asistencial, donde debería estar más extendida, ya que según diversas fuentes esto mejoraría la eficacia y la eficiencia de la atención de nuestros pacientes. Sin embargo los dos niveles parecen que se desconocen e históricamente mantienen un distanciamiento en la comunicación y coordinación profesional y asistencial, que hace que la fragmentación de la asistencia sanitaria se convierta en uno de los mayores problemas del sistema sanitario²¹. En nuestro caso en particular, el servicio de medicina interna ha mostrado una disponibilidad absoluta en cuanto a hospitalización y atención en consultas externas respecto a los pacientes procedentes de Atención Primaria. Pero es importante reconocer que la comunicación verbal no era fluida en el momento del estudio. Esta comunicación directa permitiría la resolución inmediata de algunas dudas que pudieran plantearse al médico del centro de salud sin necesidad de derivar al paciente, lo cual no implica que en determinados casos sea estrictamente necesaria la deri-

vación del mismo para una correcta toma de decisiones. Esta vía está por desarrollarse en nuestro centro. Se ha planteado la posibilidad de que cada médico internista tuviera asignado un “cupo” de centros de salud y un horario de atención telefónica para la resolución de dudas. Lo ideal sería el desplazamiento del personal, bien al centro de salud, bien al hospital, pero la dispersión geográfica de nuestra zona lo hace inviable.

Por tanto, en base a lo publicado y a los resultados de nuestro estudio podemos concluir que la Medicina Interna es una de las especialidades fundamentales en la medicina hospitalaria, con capacidad de adaptarse al avance en el conocimiento científico y tecnológico, y constituye el eje central de los procesos médicos hospitalarios, coordinando la continuidad asistencial.

Su adaptabilidad y flexibilidad le permite atender emergencias médicas, coordinar pacientes con pluripatología, atender las fases paliativas de los procesos médicos, profundizar en la investigación y ser experto en patologías emergentes, enfermedades raras y aportar avances en el conocimiento científico en muchas patologías médicas. El internista es un profesional que proporciona una atención integral al paciente, que participa en la coordinación y en la creación de nuevos modelos asistenciales (unidad de corta estancia, hospitalización a domicilio, consultas de alta resolución, consultas de Atención Primaria, servicios quirúrgicos, traumatológicos, ginecológicos), así como en unidades específicas de atención a determinados procesos multidisciplinarios (unidades de insuficiencia cardíaca, enfermedad aterotrombótica, enfermedades autoinmunes sistémicas, enfermedades infecciosas, envejecimiento y urgencias). El internista además de su múltiple faceta asistencial tiene otras como la docencia y la investigación en la que ha demostrado una gran capacidad.

Como muestra del funcionamiento de los servicios de Medicina Interna, en el trabajo “ Análisis de 2 años de actividad de Medicina Interna en los Hospitales del Sistema Nacional de Salud” de Barba et al, se resume la actividad de los mismos y permite comprobar el tipo de asistencia que realizan los internistas y lo que supone de adaptación al conjunto de la actividad asistencial hospitalaria. Barba et al demuestran que los internistas atienden a uno de cada seis pacientes hospitalizados, en su mayoría pluripatológicos, siendo las enfermedades cardiorrespiratorias las más frecuentes³³.

Durante el siglo XX la especialidad de medicina interna ha experimentado una progresiva parcelación de su campo de actuación entre las subespecialidades médicas, que a su vez nacen del tronco de la Medicina Interna. Cada una de estas subespecialidades (cardiología, hematología, nefrología, neumología, neurología, digestivo..., etc.) se ha ido centrando en la atención hospitalaria de los pacientes agudos que cumplen un perfil determinado de su especialidad, quedando los pacientes crónicos relegados a la asistencia por el médico internista³⁴. Esto puede interpretarse como el fin de la especialidad, gran error, ya que ahora más que nunca cobra importancia la existencia de una figura médica con capacidad integradora y visión global de los pacientes, así como la versatilidad para desenvolverse en cualquier circunstancia o evento agudo que se le presente. Esta parcelización de la medicina no se ve reflejada en los hospitales comarcales en los que el internista debe atender un perfil variado de pacientes y de patologías al ser el único especialista encargado de la hospitalización.

Nos parece lógico que los internistas traten de recuperar su protagonismo en la atención a los pacientes adultos en todas las plantas de hospitalización médica, es decir, la gran mayoría de la hospitalización debería estar cen-

trada en los servicios de medicina interna. De esta manera, los subespecialistas médicos podrían dedicarse mejor al desarrollo de sus técnicas específicas y actuarían como consultores del médico internista así como médicos principales en las patologías más específicas y/o de mayor complejidad. Ésta es una tendencia que se observa ya en los Estados Unidos, donde se ha «reinventado» al internista denominándolo «hospitalista», tendencia semejante a la asunción por parte de los intensivistas de todos los pacientes ubicados en las áreas de pacientes críticos. Esta redefinición del papel del internista lo volvería acorde a la definición de la Sociedad Española de Medicina Interna de su especialidad como «de ejercicio fundamentalmente hospitalario» y dedicada a «la atención de todas las enfermedades prevalentes del adulto»³⁴. En el caso concreto de nuestro sistema de salud, observamos como en la práctica esto ya ocurre en los hospitales comarcales y de menor nivel, donde todo el peso de la hospitalización recae sobre el internista, quedando el resto de especialistas dedicados a la realización de técnicas y como consultores. Esto sin duda resulta más rentable ya que con un solo especialista se consigue cubrir toda la hospitalización, partiendo del hecho que de entrada es más difícil mantener las plantillas completas en los hospitales comarcales que en los hospitales de referencia.

Por otra parte, se debe promover la accesibilidad a los servicios hospitalarios ante la aparición de signos precoces de descompensación de enfermedad crónica. Cuando se inicia una descompensación el paciente debiera poder comunicarse con su enfermera o médico de referencia para recibir un consejo puntual o una cita en consulta. El contacto telefónico, la implantación de consultas y hospitales de día, así como la coordinación de programas de asistencia domiciliaria con telemedicina junto a los de coordinación con Atención Primaria pueden resultar de gran utilidad para prevenir reingresos³⁵.

VII. CONCLUSIONES.

Los resultados de nuestro trabajo confirman la gran relevancia de los Servicios de Medicina Interna en la atención sanitaria hospitalaria de nuestra población, con responsabilidad directa en el cuidado de los pacientes. Aunque no se han analizado los costes, queda demostrado que nuestra especialidad es altamente resolutive en hospitales comarcales y de primer nivel dada nuestra versatilidad y capacidad de atención a pacientes con pluripatología. La mayoría de los pacientes de nuestro estudio quedan resueltos en nuestro hospital y aquellos que precisan asistencia en otros centros lo hacen solo de manera puntual. Estos datos deben servir para transmitir la importancia de nuestra especialidad a los gestores sanitarios y otros especialistas médicos, reivindicar el papel de la Medicina Interna y la necesidad de la centralización en la asistencia sanitaria, ahora que nos encontramos en la era de la “superespecialización”, que sin duda también es necesaria, pero creemos que debe quedar relegada a casos especialmente complejos y refractarios a los tratamientos habituales.

Si la Medicina Interna y los internistas continuamos con el trabajo que estamos realizando en este momento, el futuro de nuestra especialidad está garantizada para bien del ciudadano y del Sistema Nacional de Salud.

La realización de estudios nos permite saber cómo realizamos nuestro trabajo, compararnos, detectar defectos en nuestra organización o método, encontrar oportunidades de mejora, y modificar y mejorar nuestra práctica clínica diaria para seguir avanzando en el mejor cuidado de nuestros pacientes.

VIII. BIBLIOGRAFÍA.

1. Transporte hospitalario de largo recorrido. Utilidad de las escalas de gravedad. *Med Intensiva*.2009;33(5):217-23.
2. *Constitución Española* de 27 de diciembre de 1978 (B.O.E. de 29 de diciembre). Título primero. Artículo 43.
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE de 29 de abril.
4. Salud pública y sistema sanitario: informe SEPAS 2010. *Gac Sanit*. 2010;24(Supl.1):12-8
5. Ley 7/2011, de 23 de marzo, de salud pública de Extremadura.
6. *Estatuto de Autonomía de Extremadura*. LO 1/1983 25 febrero (BOE nº 49, 26 febrero).
7. Decreto 221/2008, de 24 de octubre, *Estatutos del Organismo Autónoma del Servicio Extremeño de Salud*.
8. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Revista Universitaria de Investigación*, año 9, nº 1, junio 2008.
9. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª. *Revisión Modificación Clínica*. 9ª edición. Enero 2014. Informe y Estadísticas Sanitarias 2013. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
10. Métodos de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos, ancianos o polimedicados. Francisco Buitrago Ramírez. Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz, Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria, Servicio Extremeño de Salud, Badajoz, España. Autor por correspondencia. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.015>.

11. Instituto Nacional de Estadística (INE). www.ine.es
12. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009;23(4):280–286.
13. Coordinación entre niveles asistenciales: ¿qué priorizan los profesionales? *Aten Primaria* 2012;44:568-9.
14. *Catálogo Nacional de Hospitales 2019*. Actualizado a 31 de diciembre de 2018. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
15. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. Jefatura del Estado «BOE» núm. 98, de 24 de abril de 2012 Referencia: BOE-A-2012-5403.
16. La neumología en el hospital comarcal. *Arch Bronconeumol* .2002;38:552-3.
17. Coordinación de la asistencia entre un hospital comarcal y su centro de referencia: evaluación de dos modelos de atención neumológica. *Arch Bronconeumol*. 2011;47(6):290–295.
18. Competencias básicas de Medicina Interna. *Rev Clin Esp*. 2011;211:307-311.
19. La realidad asistencial de la Medicina Interna en España. *Rev Clin Esp*. 2011;211(5):245—246.
20. Encuesta SEMI sobre la oferta asistencial de los internistas en los hospitales del Sistema Público de Salud. *Rev Clin Esp*. 2011;211(5):223-232.

21. Actividad desarrollada por los servicios de Medicina Interna de los hospitales públicos de Galicia. *Galicia Clin* 2012; 73(2): 55-63.
22. Características de la hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de San Rafael de Tunja. *Investigaciones andinas*. No. 19 Vol. 11 - 120 p.
23. Ordenación Sanitaria del Territorio de las Comunidades Autónomas. Mapa de referencia para el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Año 2018. Información y estadísticas sanitarias 2019. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
24. DECRETO 180/2017, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
25. Catálogo de Hospitales de Extremadura 2015. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias y Sociosanitarias .
26. Instituto Estadística Extremeño. Página web oficial. www.estadistica.gobex.es.
27. Alternativas a las hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin* (Barc). 2005;124(16):620-6.
28. Modelos de atención al paciente pluripatológico. *Rev Clin Esp* 2017;217:351-8 - Vol. 217 Núm.6.
29. Características de la hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital de San Rafael de Tunja. *Revista Investigaciones Andina*; Núm. 19; 50 - 64 ; 0124-8146.

30. Benchmarking entre Servicios de Medicina Interna. *Rev. Clin. Esp.* 2009;209(3):107-109.
31. La edad de los pacientes atendidos en los servicios de medicina interna en España: una perspectiva de 20 años. *Med Clin (Barc)*. 2012;138(7):289–292.
32. Reingresos hospitalarios en Medicina Interna y estancia media. *Rev Clin Esp* 2001;201:163-6 - Vol. 201 Núm.3.
33. La Medicina Interna sigue su camino. *Rev Clin Esp.* 2009;209(10):483-484.
34. Los pacientes pluripatológicos y el papel de las especialidades de medicina interna y de geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41(2):142-4.
35. Medidas para la prevención de re-hospitalizaciones en Medicina Interna. *Rev Clin Esp.* 2013;213(4):217-221.
36. "La práctica de la medicina clínica." *Harrison. Principios de Medicina Interna, 20e* Eds. J. Larry Jameson, et al. McGraw-Hill, 2018.