

REVISION BIBLIOGRAFICA

**La Medicina Interna y los internistas en la búsqueda “resiliente” de su identidad
Internal medicine and its physicians in the “resilient” search of its identity**Dr. Alfredo Espinosa Brito¹

¹Dr. C. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor titular. Hospital Provincial Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos.

RESUMEN

Revisión en la que se enfoca la historia de la Medicina Interna, sobre la base de su significación como especialidad y la forma en que ha sido y es vista, a partir del surgimiento de las especialidades que de ella se derivaron. Se expresan las ventajas que posee la visión integral del enfermo, tanto para este como para las instituciones de salud. Se analizan los valores que debe poseer un especialista de Medicina Interna y los principios que deben regir su formación.

Palabras clave: medicina interna; competencia clínica; principios morales; ética médica

ABSTRACT

This is a review in which the history of the internal medicine is focused on the basis of its relevance as specialty and, the way in which has been seen since the very moment of the emergence of the specialties from which they were derived. The advantages of the integral vision of the ill patient are manifested not only for the patient itself but also for the health institutions. It also analyzes the moral values an Internal Medicine specialist must have as well as the principles that may guide his/her formation.

Key words: internal medicine; clinical competence; morals; ethics medical

INTRODUCCIÓN**Crisis de nacimiento y de nombre**

Hasta bien adentrado el siglo XIX, el médico debía saber de todo. Además, realmente en la mayoría de las ocasiones solamente “acompañaba” de manera humanitaria a sus pacientes -lo que siempre ha sido muy valorado por los enfermos y familiares-, pues las terapéuticas eficaces eran muy escasas. ⁽¹⁾ La mayor parte de la misión de los médicos consistía en una forma tradicional de consolar, asistir y reconfortar a la gente mientras curaban (o no) y casi todo el cuidado que se brindaba a los enfermos consistía en una forma de tolerancia que se extendía a los afligidos. ^(1,2) A ningún facultativo se le hubiera ocurrido decir: “no, este paciente no es mío, debe verlo otro médico”. Cuando más, solicitaba el concurso de otros colegas para la atención de un enfermo: la famosa “junta médica”. ⁽³⁾

Se considera que la medicina individual moderna comienza en el propio siglo XIX. Entre otros factores, la introducción del método anatómico-clínico, la elaboración de las bases del método científico y los importantes descubrimientos ocurridos en el campo de las

“El médico que desconoce la historia de nuestra profesión no sabe donde se halla parado”

Pedro Laín Entralgo

Recibido: 10 de febrero de 2008

Aprobado: 21 de marzo de 2008

Correspondencia:

Dr. Alfredo Espinosa Brito

Hospital Provincial Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos.

enfermedades infecciosas, facilitaron que la medicina ocupara un lugar privilegiado en esta centuria. ⁽³⁾

La antigüedad no conoció ningún aparato para medir la enfermedad. ⁽²⁾ Pero, a partir de los avances que se produjeron a fines del siglo XVIII, debido a la aparición de nuevos conocimientos, se comenzaron a utilizar "tecnologías médicas" de diagnóstico y tratamiento y "remedios" terapéuticos más efectivos en la solución de los problemas de salud de las personas individuales: cirugía, anestesia, asepsia, antisepsia, primeras vacunas, inicios de la industria farmacéutica, entre otros. El empleo de mediciones físicas favoreció la creencia de una existencia real de las enfermedades y la autonomía ontológica de su percepción, independiente del médico y del paciente. El inicio de las estadísticas sanitarias apuntaló esa afirmación. El interés del médico se comenzó a mover entonces, del enfermo a la enfermedad. ⁽²⁾ Como una de las consecuencias más importantes de todos estos factores, surgieron por doquier las especialidades médicas, de manera necesaria o casualmente, basadas en diferentes criterios: por órganos, aparatos y sistemas, edades, sexos, enfermedades o tecnologías. ⁽⁴⁾

Afortunadamente, todo este proceso coincidió en el tiempo –segunda mitad del siglo XIX– con el florecimiento de la clínica. Al decir de Moreno, "en un clima de libertad científica y de primavera, en esa época germinaron – especialmente en Europa– cientos de clínicos profundos y acuciosos, en una floración nunca antes vista, que describieron una miríada de síntomas, signos, maniobras, cuadros clínicos y enfermedades: las observaron, aislaron, clasificaron y nombraron, todo ello en un contacto íntimo, humano y fructífero con los enfermos y, en primer lugar, con los enfermos de los hospitales, donde ya pululaban libremente por salas y pasillos los jóvenes estudiantes". Aquellos médicos que asistían de manera "integral" a sus enfermos, quedaron en una posición "sui generis" ante el nacimiento de las especialidades. ⁽⁵⁾

DESARROLLO

Con el desarrollo de la medicina hospitalaria, muy ligada a las clínicas universitarias, comenzó a perfilarse una nueva orientación en la medicina general, más ligada a las ciencias básicas biomédicas y a la experimentación. Dentro de su campo de actuación quedaron excluidas las enfermedades quirúrgicas, las obstétricas y las pediátricas. Fue así que en Alemania, en 1880, un grupo de estos médicos –ante el empuje de otras nacientes especialidades– "fundaron" la que denominaron Medicina Interna, (¿como especialidad?), posiblemente ante el temor de no poseer una identificación, y definieron un espacio de actuación profesional que, desde entonces, ha sido difuso y mal comprendido. ⁽⁴⁾

La denominación Medicina Interna quería indicar un campo de la práctica médica en el cual los conceptos se basaban en el nuevo conocimiento que emergía en

fisiología, bacteriología y patología, y los incorporase al razonamiento clínico de aquella época, que se fundamentara en los mecanismos de la enfermedad y en las bases científicas del diagnóstico y de la terapéutica, sin emplear, como ya se expresó, métodos quirúrgicos. ⁽⁶⁾

Muchos de esos primeros internistas, se resistían a la idea de hacerse llamar "especialistas", pues no se consideraban como tales. Al contrario, siempre pretendieron abarcar lo general, pero, en un momento determinado, parece que fue imperiosa la necesidad de seleccionar "una especialidad" y "un nombre". Se quería, entre otras cosas, diferenciar un tipo de médicos que eran como una "élite", que, a pesar de ejercer una práctica general, no se basaban sólo en una práctica familiar rutinaria, sino que, además, tenían una formación académica, con un entrenamiento y habilidades especiales, realizaban investigaciones clínicas, conocían de laboratorio, bacteriología y patología –es decir, tenían relaciones íntimas con las ciencias básicas– y podían hacer de consultantes de otros especialistas. ^(3,7)

Ya en fecha tan lejana como 1897, William Osler no compartía la denominación escogida y expresaba: *"Yo quisiera que hubiera otro término para designar el amplio campo de la práctica médica que queda después de la separación de la cirugía, la obstetricia y la ginecología. No es por ella misma una especialidad (aunque abarca al menos una media docena), sus cultivadores no pueden ser llamados especialistas, sino que asumen, sin reproche alguno, el bueno y antiguo nombre de médicos ("physicians", en inglés), en contraste con los prácticos generales, los cirujanos, los obstetras y los ginecólogos"* ⁽⁸⁾

Crisis de crecimiento y de consagración

El propio Osler predijo que, durante el siglo XX, la Medicina Interna sería la especialidad médica más completa, más solicitada y más gratificante, así como una elección vocacional excelente para los estudiantes de medicina. Adicionalmente, la Medicina Interna, desde sus orígenes, fue prácticamente la única especialidad que acogió la tradición clínica más "pura", e incluso la ha mantenido y desarrollado: la relación médico-paciente exquisita, la historia clínica detallada, la semiología, el empleo cuidadoso del método clínico, los pases de visita "académicos" en salas, las clases magistrales, las discusiones diagnósticas profundas y las discusiones anatomo-clínicas polémicas. ^(4,9)

Durante la primera mitad de la centuria pasada, el internista fue reconocido como un brillante especialista y se destacó como diagnosticador, como consultante de numerosos médicos generales y brindó una atención longitudinal a los pacientes con enfermedades complejas, convirtiéndose en el eje fundamental de los hospitales y los servicios ambulatorios. ⁽⁹⁾

En esa etapa, se tuvo que enfrentar a una lógica "crisis

de crecimiento". Así la predicción de Osler fue válida, pero, al decir de Rozman, sólo para los dos tercios iniciales del siglo XX, pues a su término se inició la última gran crisis de la Medicina Interna, la cual en cierto sentido no ha concluido. En efecto, a partir del último tercio del siglo que acabó, la Medicina Interna ha ido experimentando crecientes dificultades para perfilar su identidad y límites. ⁽¹⁰⁾

Hasta los años 60 a 70 del pasado siglo, el internista mantenía dos de sus características principales: *a)* por un lado, dada su profundidad de conocimientos, desempeñaba el papel de consultor de máximo rango, y *b)* por otro lado, por ser generalista y plural, era capaz de ofrecer a sus pacientes una asistencia integral. Adicionalmente, la formación profesional de pregrado de los estudiantes de medicina descansaba en gran parte en las diversas cátedras de Clínica Médica.

En la mitad de la década de los años sesenta, se inició el proceso de la disgregación de la Medicina Interna, de cuyo tronco común surgieron con fuerza diversas subespecialidades médicas o clínicas, que fueron fundadas por grandes maestros de la Medicina Interna, que habían profundizado en diferentes áreas de esta especialidad madre, fenómeno que no aconteció con las generaciones posteriores que ingresaron a las especialidades clínicas de manera temprana y, frecuentemente, sin la suficiente capacitación y experiencia en la disciplina madre (situación que hoy genera no pocos inconvenientes en la práctica asistencial y docente). ^(4,9,11,12)

Crisis de crecimiento y de receso

Desde entonces, el internista comenzó a compartir el papel del consultor de máximo rango y, en muchas ocasiones, perdió este rol, que se trasladó al subespecialista. El público –y, cada vez más, los dirigentes del sistema de salud- se han olvidado progresivamente del internista general, para encumbrar en su lugar a los correspondientes cardiólogos, neumólogos, oncólogos, neurólogos, e incluso a algunos, como los intensivistas y los geriatras, que originalmente fueron hijos legítimos de la Medicina Interna. A ello se unió la aparición de una nueva figura, el especialista en medicina familiar, el cual se puso a competir con el internista en su segunda faceta, es decir, la asistencia integral, en lugar de haber promovido alianzas estratégicas entre ambos, ⁽¹³⁾ con lo cual, la función del internista –especialmente en la Atención Primaria- pareció haberse vaciado de contenido y la nueva crisis quedó configurada. ⁽¹⁰⁾

El desgranamiento en especialidades y su difusión popular (incluso gracias al marketing consciente o inconsciente de los medios masivos de difusión), ha modificado la asistencia médica, al extremo de que muchos pacientes consultan de entrada a un especialista buscando mayor eficiencia. Y no pocas veces se equivocan con la elección de la especialidad. ⁽⁹⁾

La tendencia a la subespecialización y a la fragmentación de la práctica médica en detrimento de la medicina general y las especialidades de campo amplio, también reforzó el modelo biomédico, independientemente de su innegable contribución al desarrollo científico y de cierta manera llegar a conformar una atención de mayor calidad técnica, aunque no siempre exenta de efectos paradójicos. ⁽¹⁴⁾

Entre las principales consecuencias negativas, de esta última etapa están: el deterioro del método clínico como piedra angular del abordaje del diagnóstico y el tratamiento, el abuso de la tecnología y la excesiva confianza en ella y, sobre todo, la afectación de la relación médico-paciente, con la consiguiente deshumanización, producto de la fragmentación que transforma al ser humano en un conjunto de aparatos o sistema dispersos, y de la "tecnologización" que basa el diagnóstico médico en un grupo de exámenes, dejando de lado la semiología tradicional y además propiciando el encarecimiento de la atención, al ser cubierta la demanda espontánea en un nivel terciario con utilización de múltiples exámenes de última generación. ^(1,3-5,12-17)

Bernard Lown, ha llamado la atención sobre el hecho de que, con mucha frecuencia, "la sangre del paciente va al laboratorio antes de conversar con él"

Entre las causas de la progresiva mala utilización de la tecnología en la atención de pacientes están, según Moreno, las siguientes: ⁽⁵⁾

- Mala clínica (no se sabe o no se quiere hacer)
- Menos tiempo para dedicar al enfermo
- Mayor facilidad y rapidez
- Tendencia al estudio o chequeo completo de los pacientes
- Complacencia, moda
- Mayor reconocimiento por otros

Y, más recientemente:

- Proliferación de protocolos, guías, pautas, normas, "perfiles"
- Medicina defensiva, contra las quejas y demandas

Entre las consecuencias del mal uso de la tecnología por los médicos, Fernández Sacasas ha llamado la atención sobre la aparición de dos síndromes, cada vez más frecuentes en la práctica clínica actual: ⁽¹⁸⁾

a.-El síndrome de "hipocompetencia clínica", dado por la pérdida de las habilidades clínicas para recoger los síntomas y signos (datos primarios) en los pacientes, expresado en un deterioro de la entrevista médica, las observaciones, el juicio clínico y la acción psicoterapéutica del médico. Entre sus causas principales están la excesiva confianza en los avances de la informática y de las tecnologías, así como la reducción de la calidad de la recogida de los datos clínicos en los enfermos, debido a pocas destrezas y habilidades.

b.-El síndrome de la "neblina informativa", que consiste en no "ver" lo que hay (Araoz Alfaro ha afirmado: "Los

errores diagnósticos dependen en su mayoría de exámenes incompletos, precipitados o insuficientemente repetidos”) y “ver” lo que no hay (“non-disease syndrome de los anglosajones, “incidentalomas”, tratar “pruebas o “tests” en lugar de pacientes, incremento de pacientes con trastornos no detectables por pruebas). Es causado también por disminución de la calidad de la recogida de datos clínicos unida a un uso excesivo de pruebas tecnológicas sin hipótesis claras, lo que conlleva un incremento de falsos positivos y falsos negativos, sin un adecuado control.

Una costumbre que se introdujo, cada vez con mayor frecuencia, en la práctica clínica cotidiana, fue la interconsulta de un subespecialista con otro y con otro, alrededor de un paciente. Esto ha complicado mucho la asistencia médica en la época de la emergencia de las enfermedades crónicas, de la pluripatología, y del envejecimiento creciente de los pacientes. Sin embargo, cuando un subespecialista ha enviado sus enfermos al internista, muchas veces, el sentido no ha sido el de la interconsulta tradicional para compartir la asistencia médica de un enfermo, sino que se ha tratado de casos “conflictivos” por diferentes motivos: o sin diagnóstico, o con problemas psicológicos serios, o casos sociales, o con dificultades laborales, o que han expresado quejas-demandas, o que no mejoran con los tratamientos, o que son incurables. Entonces, en ocasiones, se le ha dicho al paciente: “a ti tiene que verte un clínico” (¿“a ti tiene que verte un médico”? ¿“a ti tiene que verte un deshacedor de entuertos”?).

En fin, que quienes creyeron que la máquina relegaría la tarea del médico, no entendieron que el médico más elogiado por los pacientes es el que los escucha, les hace un examen físico completo y les dedica tiempo. (5,13,19)

Esta evolución histórica se ha repetido en numerosos países. Según Rozman, en España el prestigio, en cierto modo mítico, de los internistas acabó con la desaparición de sus dos máximas figuras: Carlos Jiménez Díaz en 1967 y Agustín Pedro Pons en 1971. (10)

La Medicina Interna en Cuba

La Medicina Interna –aunque reconocida como denominación en nuestro país desde 1956- alcanzó su plenitud después del triunfo revolucionario. Se oficializó y se crearon las vías para obtener el grado de especialista, se le incorporaron crecientes recursos humanos, se estimuló la superación científica de sus miembros, se favoreció el desarrollo de las investigaciones, se calorizó la participación activa de los representantes de la especialidad en decisiones de interés para la misma y, en fin, se permitió al internista cumplir con la naturaleza humanista de la profesión, tanto en los hospitales como en la atención primaria. (3,4)

En Cuba, la época de oro del internismo tuvo su máximo brillo en los años 60 a 70 del pasado siglo, con la característica de que este esplendor se inició en la

capital y se diseminó por todas las provincias del país. Esta etapa entre nosotros se prolongó hasta los años 80-90, algo más que en otros países, coincidiendo su descenso con el inicio del que se denominó “período especial”. No se puede dejar de apuntar que también esta última etapa ha estado asociada a la desaparición física paulatina de los grandes maestros de la Medicina Interna cubana, que ya no están entre nosotros y que sólo perviven y se añoran en múltiples y diversos encuentros (aniversarios, recuentos, balances), donde sus discípulos relatan un grupo de sus enseñanzas en forma de anécdotas, que suscitan la admiración de todos y que son contadas, muchas veces, suspirando por ese tiempo que no volverá.

De esta forma, la actividad asistencial de los internistas y la organización de los Servicios de Medicina Interna se han mantenido a lo largo de las últimas décadas en constantes crisis de crecimiento y receso. El esfuerzo que han venido realizando los internistas cubanos, adaptándose a nuevas realidades para asumir las competencias necesarias para el progreso de las instituciones de salud, ha sido arduo y brillante –también en muchos países-, lo que ha ido configurando un grupo profesional caracterizado por una sorprendente riqueza de matices. (18) Sin embargo, el drenaje de un grupo importante de especialistas de Medicina Interna a otros campos de actuación –fundamentalmente los cuidados intensivos, la atención de urgencia en general, la atención primaria y a otras especialidades clínicas-, la sobrecarga laboral, la excesiva carga tensional y la falta de *status* profesional definido, han determinado que haya aparecido un porcentaje no despreciable de insatisfacción entre los internistas. (7)

El principal objetivo de la formación asistencial en Medicina Interna ha sido conseguir y mantener la capacidad de reconocer (*diagnosticar*) en el paciente la existencia de una o varias enfermedades (entidades nosológicas), así como de establecer su *pronóstico*, *tratamiento* y *prevención*. (10), por lo que ha contribuido siempre a desarrollar teórica y prácticamente la clínica y ha hecho que se mantenga viva, como una de sus más importantes contribuciones a la medicina del futuro.

Pero la Medicina Interna en nuestro país ha tenido, además, una extraordinaria responsabilidad de futuro en la formación de nuevas generaciones de médicos, elemento básico para el desarrollo de la Salud Pública. No sólo en relación con los problemas de la educación científico-técnica, sino en la formación laboral, moral, patriótica, es decir, integral, de los futuros profesionales de la salud.

Por tanto, podemos afirmar, sin lugar a dudas, que la labor docente desarrollada por los internistas durante los últimos 40 años en Cuba, ha sido un aspecto muy importante en la formación de más de 70 000 médicos y miles de especialistas en este período.

En el siguiente cuadro, se intenta reflejar de manera resumida las principales características de los diferentes

“tipos de internistas” que actualmente se desempeñan en nuestro país, según la intensidad que dedican a sus campos de actuación:

Internistas	Asistencia	Docencia	Investigación	Administración
“Clásico”	++++	++++	++	++
Intensivista	++++	++	++	+
Emergencista	++++	++	+	++
“Primarista”	++	++	++	++
Dirigente	+	+	++	++++
Infectólogo	+++	++	++	+
Geriatra	++++	++++	++	++
Superespecialista	+++	++	+++	+

En España, Rozman identifica como “internistas” los cuatro prototipos siguientes: *a)* el médico general; *b)* el especialista en medicina familiar y comunitaria; *c)* el especialista en medicina interna general; *d)* el especialista en alguna rama de la medicina interna o internista subespecializado. ⁽¹⁰⁾ En los Estados Unidos, Palmer identifica cinco posibles escenarios de trabajo para el internista actualmente: ⁽²⁰⁾

1. Hospitalista, dedicado a la Medicina Interna Hospitalaria o Medicina Hospitalista
2. Integrante de un equipo del modelo de “organizaciones prestadoras de servicios de salud” (Health Management Organization, HMO), dirigidas principalmente a la atención ambulatoria y regidas por formularios y guías. Se pueden hacer interconsultas con subespecialistas e indicar exámenes complementarios y medicamentos, pero sólo previa autorización y lo que está estipulado en cada caso.
3. Profesor de Clínica, con actividad docente con estudiantes y residentes, compartida con labor asistencial como clínico general
4. Medicina Académica, con dedicación la mayor parte del tiempo a la docencia y a la investigación, en hospitales universitarios, aunque también actividades asistenciales, pero, generalmente, como consultantes o supervisores
5. Médico Rural, con trabajo en las pequeñas ciudades y poblados, de internista general asistencial, tanto en actividad ambulatoria como hospitalaria

La crisis del desconocimiento. En la búsqueda de una nueva identidad

Ha pasado más de un siglo y, aún en nuestros días, *a diferencia de los nombres de otras especialidades, que explican claramente su función, el de la nuestra provoca confusiones debido a que el término no es descriptivo ni etimológicamente comprensible.* ⁽⁷⁾

No pocas veces nuestros pacientes, amigos o familiares, e incluso algún colega joven nos ha preguntado a qué se dedica la Medicina Interna. Y éste no es un fenómeno

aislado. ^(7,13,21) En países tan diferentes como Estados Unidos y Ecuador, por ejemplo, los resultados de recientes encuestas mostraron que más de la mitad del público no sabe qué es un internista; de los que dicen saberlo, muchos están equivocados y sólo 25 % los identifica correctamente como especialistas en Medicina Interna. ^(7,22,23)

Recientemente Cataldi ha escrito: *“Lamentablemente... creo que no son pocos los colegas que ignoran la historia de la especialidad, y si se desconocen las fuentes, se ignora el proceso de constitución, los aportes, las doctrinas, las escuelas, incluso el cono de sombra donde ésta se superpone con otras especialidades, es imposible tener una comprensión acabada de este asunto.”* ⁽⁹⁾ ¿Qué vamos a esperar de otros?

Marco actual de la práctica clínica y de la Medicina Interna ^(3,4)

Sin dudas, el marco actual de la práctica clínica y de la Medicina Interna es muy complejo y está matizado por diversos factores, entre los que se consideran como más importantes, sin un orden jerárquico, los siguientes:

- Se pretende que los servicios de salud garanticen la “sociedad de bienestar”
- Reformas sanitarias con trasfondo predominantemente economicista
- Influencia de múltiples factores extrasectoriales
- Iatrogenesis social creciente y medicalización de la sociedad
- Envejecimiento poblacional progresivo
- Cambios dramáticos en el perfil epidemiológico
- Enfermedades emergentes/reemergentes
- Nueva ética, bioética
- Explosión abrumadora de conocimientos, información científico-técnica
- Computadoras, tecnologías de la comunicación, genoma humano...
- Super (o sub) especialización

- Notable desarrollo y confianza en la tecnología médica (medios de producción)
- Desprecio de la clínica y su método
- Deterioro de la relación médico-paciente
- Aparición de la Medicina basada en las evidencias o en las pruebas
- Resurgir de las medicinas paralelas, alternativas, naturales, tradicionales...

En medio de todo este panorama, se ha tratado de redefinir a la Medicina Interna y a los internistas. Así, la Sociedad Chilena de Medicina Interna ha definido a la Medicina Interna, como la *especialidad médica que se ocupa de la atención integral del adulto enfermo (o sano), caracterizada por su forma de actuación clínica humanizada, no quirúrgica, que abarca desde la atención primaria a la atención terciaria.* (24)

Hace unos años, el Prof. Jordán, en una bella imagen, expresó: "En el frondoso árbol de las Ciencias Médicas, la Medicina Interna es el tronco y las demás especialidades son las ramas". Y exhortaba a mantener sano y fuerte el tronco. (25)

Entre las múltiples conceptualizaciones del internista, están las siguientes:

Grupo Nacional de Medicina Interna de Cuba: *"El internista es un especialista de síntesis, que atiende total e integralmente al adulto, sano o enfermo, hospitalizado o ambulatorio en el ámbito de su familia y de su comunidad; de igual forma asume la atención médica colectiva a grupos de individuos en riesgo, sanos o enfermos. Orienta, participa y establece acciones de salud que modifiquen favorablemente el ambiente. El internista brinda su atención de una manera continuada en los distintos niveles de la organización: primario, secundario y terciario. Su perfil profesional comprende cuatro grandes funciones: atención médica, docencia, investigación y administración".* (26)

Sociedad Chilena de Medicina Interna: *"El Médico Internista es el profesional médico especialista en Medicina Interna, capacitado para promover la salud, prevenir y resolver los problemas derivados de las enfermedades del adulto. Adicionalmente, es quien mejor posee las condiciones para formarse en una sub-especialidad clínica y en salud pública".* (23)

En otras palabras, el internista debe ser un clínico consumado o, si se prefiere, un clínico de alto nivel académico que de por sí justifica su condición de consultor y, sin dudas, es quien debería liderar el equipo médico. Actualmente entre el 70 y 80 % de los pacientes adultos de una población general son patrimonio de la Medicina Interna. (7) El internista debe ser un especialista altamente entrenado en el manejo de la pluripatología y de la "complejidad clínica" del adulto, y que no debe ser sustituido por otros especialistas de la medicina general, porque a menudo resulta perjudicado el paciente. Es lamentable que por diversas cuestiones multifactoriales, se tomen decisiones que desconocen la historia y los

alcances de la especialidad, y que, por sobre todas las cosas, no se valore su repercusión en la condición humana suficientemente. (7)

El internista debe ser un experto en semiología, es decir, en técnicas de abordaje de una persona enferma, desde la anamnesis hasta la exploración física, pero también debe ser un experto en interpretación de los recursos de diagnóstico (tecnología médica), en patología médica (conocimiento de la enfermedad) y en clínica médica (la aplicación asistencial del saber al caso particular); la sumatoria es la especialidad Medicina Interna.

El internista es una especie de especialista en tender puentes con otras especialidades. Tengamos presente que se especializa en la "patología de fronteras", o sea en las patologías que comprometen a diferentes órganos o aparatos.

Por otra parte, la expectativa de vida durante el siglo XX se ha incrementado en 30 años, a costa de una mayor morbilidad y de una menor calidad de vida. El internista, al atender pacientes longevos superpone su tarea a la del especialista en gerontología y geriatría, otra disciplina generalista.

La pluripatología se ha convertido en un hecho cotidiano. Es frecuentísimo que un paciente de 50 ó 60 años que acude a consulta o a emergencias, padezca simultáneamente de obesidad, diabetes tipo 2, hipercolesterolemia, hipertensión arterial, aterosclerosis coronaria, EPOC ya que es fumador, várices en miembros inferiores y psoriasis. Ese paciente requiere de un internista y no de media docena de especialistas cuya perspectiva será necesariamente parcial. El internista desplegará una mirada global e integradora y solicitará el auxilio de aquellos especialistas que "ese caso particular" amerite, puesto que él asiste pacientes y no enfermedades, como se desprende del concepto fuertemente organicista que orada a la medicina actual. (9)

Cataldi ha insistido también en que es fundamental remarcar que la Medicina Interna es eminentemente asistencial, no investigativa, porque cuando el internista decide dedicarse por completo a la investigación médica, abandona su tarea asistencial y deja de ejercer la Medicina Interna. (9) Sin embargo, no hallamos contradictorio que los internistas, especialmente los docentes, puedan incursionar en esta área, realizando investigaciones basadas en sus experiencias o trabajos de investigación clínica. Para solventar las dificultades que encuentra el internista general en el desempeño de su función investigadora, Rozman ha sugerido cuatro posibles soluciones: 1) Que el internista general dirija la investigación sin realizarla personalmente. 2) Eliminar al internista general de los departamentos de medicina interna. 3) Liberar al internista general de las tareas investigadoras. 4) Que el internista general también investigue. Por supuesto, que la solución idónea es la última y ello se puede conseguir perfectamente. Hay numerosos internistas generales que son investigadores prestigiosos en campos bien delimitados tales como conectivopatías, vasculi-

tis, enfermedades musculares, hipertensión arterial, diabetes, SIDA, etc. ⁽¹⁰⁾ pero también en otros mucho más generales, que tienen que ver con la gestión clínica, problemas docentes e, incluso, conceptuales para la profesión.

En cuanto a la labor docente de los internistas, Ricardo González, nos alerta de que debemos revertir la tendencia que ha aparecido de formar médicos: ⁽¹⁾

Se ha considerado que al término de su formación como especialista, un internista debiera estar capacitado para tener las siguientes características: ⁽¹⁷⁾

- Conocimiento amplio de las enfermedades del adulto, desde la adolescencia hasta la senectud, con referencia a la etiología, clínica, prevención y tratamiento

Cada vez más:

Pero menos:

Actualizados	Sensibles
Técnicos	Involucrados
Entrenados	Disponibles
Equipados	Integrales
Automatizados	Humanizados
Capaces de "HACER"	Capaces de "ESTAR", "SENTIR" Y "APOYAR"

- Utilización, con criterio, de los exámenes complementarios y procedimientos que facilitan el diagnóstico con sus indicaciones, rendimiento y riesgos
- Manejo de la terapéutica farmacológica y de las indicaciones quirúrgicas con sus riesgos e interacciones
- Desarrollo de la capacidad de estudio para renovar conocimientos en el sistema de educación continuo
- Saber desempeñarse en un hospital, en las salas de Medicina, Cuidados Intensivos y Unidades de Emergencia, participando en reuniones clínicas de diverso tipo
- Saber desempeñarse en el control ambulatorio del paciente en la Consulta Externa
- Poder desempeñarse como docente idóneo en los cursos clínicos de pre-grado, con énfasis en Semiología, en el internado y en el postgrado de la especialización
- Aplicar el método científico para realizar investigación clínica en su diario quehacer
- Aplicar la ética médica que permite respetar los derechos de los pacientes y conocer las limitaciones de la terapéutica
- Enfrentar el trabajo mediante la resolución por problemas y el conocimiento que puede aportar la aplicación crítica de la medicina basada en evidencias para resolver diagnósticos y tratamientos
- Adquirir destrezas en informática médica, búsquedas

bibliográficas, bases de datos, estadísticas

- Capacitarse en Gestión Administrativa para optimizar los resultados de su trabajo y obtener el máximo rendimiento al menor costo, trabajando en equipos de profesionales médicos, paramédicos y otros profesionales

En medio de todo este panorama, están los adultos (enfermos o sanos) del siglo XXI, que en nuestro país cada vez son más educados, tienen expectativas muy altas y están "medicalizados". Es decir, que en nuestro sistema de salud cubano, único, universal, gratuito y accesible a todos, se encuentra un espectro de médicos y servicios que van desde, en un extremo, los más "especializados y sofisticados", recomendando "las últimas evidencias", hasta el otro, donde están los que tratan de ser lo más generales, integrales y apropiados, no tan especializados ni sofisticados, que se basan también en las evidencias, pero que no abandonan el concepto del ser humano como persona única, indivisible e irrepetible. La cuestión está planteada. El reto es grande.

Nos recuerda el profesor Rodríguez Rivera, uno de los maestros cubanos de la Medicina Interna, estudioso del método clínico, que, en nuestros días, existen "médicos hipocráticos" y médicos galénicos", parodiando la antigua divergencia de enfoques de la práctica clínica, aunque por supuesto, hay muchos tipos intermedios. ⁽¹⁵⁾ Sin dejar de buscar siempre los conocimientos más actualizados en beneficio de nuestros enfermos, el paradigma hipocrático cada día se convierte en una meta a alcanzar para los internistas cubanos. A continuación, sus reflexiones:

El "médico hipocrático" se caracteriza por emplear el tiempo necesario con el enfermo, escucharle con atención, obtener de manera precisa su historia clínica, examinarlo cuidadosamente e interesarse por él no solo como paciente, sino como persona. Una vez que ha obtenido toda la información posible no se precipita en establecer el diagnóstico, utiliza sus conocimientos y experiencias para usar la tecnología médica de manera racional, de acuerdo con las posibilidades diagnósticas del paciente. Aunque llega a una conclusión, se caracteriza por tener la suficiente flexibilidad para efectuar un cambio de enfoque clínico, si las evidencias así lo indican y, finalmente, si no sabe una cosa lo dice sin circunloquios, francamente.

El "médico galénico" es un profesional que muestra más afición por los libros que por los enfermos, a quien le interesan más las explicaciones fisiopatológicas, las teorías en boga y los nuevos medicamentos, rinde un mayor culto a la tecnología moderna; su contacto con el enfermo es peligrosamente breve, pues lo considera en parte como una pérdida de tiempo; se interesa sobre todo por los datos biológicos; si el paciente es lento o poco preciso, no pocas veces recoge datos diferentes a la realidad y al elaborar sus hipótesis diagnósticas rápidamente introduce al enfermo en una casilla de su archivo mental,

de acuerdo, sobre todo, con el resultado de una abundante batería de análisis complementarios."

Moreno añade todavía otros caracteres diferenciales. Así señala que *el "médico hipocrático" trata de incorporar las enseñanzas que recibe en la práctica con sus enfermos, porque se da cuenta de que son importantes y cree en el valor de la experiencia que cada caso le aporta en su búsqueda de un alto profesionalismo; no le desagrada ver enfermos; individualiza a cada uno; aborda los conflictos psicológicos y sociales de sus pacientes; se esfuerza por hacer registros fieles, claros y cultos en las historias clínicas; evita la polifarmacia; reconoce sus errores; mantiene siempre un sano escepticismo y al comprender que el ejercicio de la clínica conlleva una determinada y permanente incertidumbre, ello lo convierte en un hombre modesto. El "médico galénico" tiende a asimilar mucho menos la experiencia clínica que le aportan los pacientes, esquematiza en vez de individualizar; es impersonal en su trato, manejo y seguimiento de los enfermos, gusta de las normas y protocolos para casi todo, se inclina más a la polifarmacia, sus registros en las historias clínicas son pobres, no reconoce los errores porque se cree infalible y no duda porque tiene una respuesta para todo. Es autosuficiente.*

De cara al futuro

Como se ha visto, la propia existencia de la Medicina Interna como "especialidad" tal parece que siempre ha estado en peligro -cuando no subrepticamente ignorada-, desde sus inicios y la prioridad que se le ha dado muchas veces ha distado bastante de la callada labor que ha desempeñado para todos, durante tanto tiempo. (4,7,27-29)

No podemos esperar una "rejerarquización" de la Medicina Interna como especialidad, por cierto justa, si antes los internistas no ponemos orden en los temas enunciados. La experiencia nos señala claramente que la revalorización del internista resulta ineludible si se pretende alcanzar durante el siglo XXI una medicina de calidad, más humanizada y menos costosa.

Frente a todo este complejo panorama actual, ¿qué hacer por los internistas cubanos? Proponemos lo siguiente:

1. Convencer con nuestra competencia y desempeño a los pacientes, colegas, administradores de salud y público en general
2. Demostrar la necesidad de contar con buenos internistas, capaces de resolver de manera integral, ética, científica y menos costosa, los problemas clínicos, más sencillos o más complejos, de los adultos
3. Insistir en las elevadas posibilidades de éxito en el manejo de enfermos con polimorbilidad
4. Evidenciar en la práctica el papel integrador del internista en el diagnóstico y tratamiento de pacientes

que requieren del concurso de varias especialidades

5. No caer jamás en la posición de médicos semáforos, ni molestar a los subespecialistas por gusto
6. Garantizar sobre todo la formación integral -sin abandonar la información- de nuevos internistas, capaces de desarrollar una práctica exitosa "totipotencial", en un escenario siempre cambiante
7. Renovar en una nueva dimensión las actividades clínicas esenciales, asistenciales, docentes e investigativas de los internistas
8. Gestionar los servicios clínicos con eficacia, eficiencia y efectividad
9. Alcanzar el liderazgo natural de las especialidades clínicas, a partir del prestigio ganado por la labor desempeñada
10. Defender la Medicina Interna no por beneficio propio, sino por estar convencidos de lo que puede aportar para los pacientes, los estudiantes, los servicios de salud y la población.

Las Facultades de Medicina Interna y las Sociedades de Medicina Interna señalan que el internista general no puede ni debe desaparecer, por su rol integrador que considera al enfermo global y lo acompaña como médico tratante o consultor a lo largo de la vida de ambos. (16)

Los Sistemas de Salud han reconocido al internista general como eslabón importante en la cadena de atención al "usuario", revalorizando la jerarquización de los niveles primario, secundario y terciario. Con esto se logra cobertura adecuada de la demanda espontánea y planificada y una reducción sustancial de los costos. (17)

El paciente, objetivo final de la medicina, es el que sufre por la pérdida del médico clínico o de cabecera capaz de solucionar la mayor parte de los problemas de salud, consejero y "derivador" oportuno. Se dice de un paciente en un país desarrollado y de alta tecnología la siguiente frase: "Si un médico escucha tranquilamente mis problemas de salud lo calificaré bien, pero si además me examina cuidadosamente antes de pedirme exámenes, no lo abandonaré jamás". (17)

La Medicina Interna sigue -y seguirá- siendo objeto de un gran debate, a lo que se añade que, no raras veces, los mismos internistas mantenemos puntos de vista distintos sobre numerosos aspectos de nuestro interés. (27-29) Pero somos optimistas, pues como hemos visto de manera rápida, la Medicina Interna ha estado constantemente, desde sus orígenes, sometida a múltiples avatares y riesgos y siempre ha tenido la capacidad de lo que ahora se denomina "resiliencia", para salir exitosa y renovada hacia adelante y adaptarse a los nuevos contextos.

¡Que no decaiga el ánimo!

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González R. Humanismo, Espiritualidad y Ética en la atención a la salud. La Habana: Editora Política; 2005.
2. Illich I. Némesis Médica. México DF: Editorial Joaquín Mortiz, S.A; 1978
3. Espinosa A. La clínica y la medicina interna, apuntes históricos y proyecciones. [CD ROM]. Ciudad de La Habana: Forum Nacional de Ciencia y Técnica; 2007. ISBN 959-234-040-4.
4. Espinosa A. Medicina Interna: ¿Qué fuiste, qué eres, qué serás?. Rev Cubana Medicina. 1999;38:79-90.
5. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Editora Científico-Técnica; 2001.
6. Bean W. Origin of the term "Internal Medicine". New Eng J Med. 1983; 306: 182-3.
7. Sánchez P. La Medicina Interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo. Rev Méd Chile. 2003;131(6): 679-84
8. Osler W. Aequanimitas, with Other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine. 3rd. ed. Philadelphia: Blakiston; 1932.
9. Cataldi R. Especialidad Medicina Interna: su razón de ser. Rev Medicina Interna SMIBA[serie en Internet]. 2005 [citado: 3 de febrero de 2007];1(2): [aprox. 6p.]. Disponible en [http://www.smiba.org.ar/med_interna/vol_01_2005/01_02_05.htm].
10. Rozman C. La práctica médica en el siglo XXI. En: Farreras Rozman C. Medicina Interna 14^{va}. ed. Madrid: Harcourt; 2000.
11. Lifshitz A. Futuro de la enseñanza y la investigación en medicina (editorial). Med Int Mex 1999;15(1):V-VIII.
12. Roca R, Smith VV, Paz E, Losada J, Serret B, Llamas N, Toirac E, Noya ME, Morales R, Cardona D. La Medicina Interna y la formación del médico. En: Temas de Medicina Interna. 4^{ta} ed. t1. Ciudad de La Habana: ECIMED; 2002.p.25-31.
13. Aguirre C, Velázquez A, Ollero M, Duque A, García P, Fernández E, Pachó E, Saiz F, Suberviola V. Médicos de familia e internistas trabajando por una atención integral. (Borrador). Madrid: Sociedad Española de Medicina Interna, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; 2005.
14. Fernández JA. Los paradigmas médicos y la práctica de la Medicina Clínica. Bol Ateneo Juan César García. 1996;4:72-8
15. Rodríguez L. La Clínica y su método: Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz Santos; 1999.
16. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super. 2000; 14 (2):109-27
17. Varela N. Ejercicio de la Medicina Interna en América Latina. Rol del médico internista. En: Memorias del II Congreso Latinoamericano de Medicina Interna. Isla Margarita: Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna; 2001.p.144-51
18. Fernández JA. Conferencia en VIII Congreso Nacional de Medicina Interna. Ciudad de La Habana: MINSAP, 2002.
19. González R, Calzadilla L, Sánchez MJ. Expectativas y evaluación profesional del médico por pacientes y estudiantes de un hospital general Rev Hosp Psiquiátrico de La Habana [serie en Internet].2005[citada: 4 de febrero de 2007];2(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en <http://www.psiquiatricohph.sld.cu/hph0205/hph020405.htm>
20. Palmer I. A Look at Five Career Options in Internal Medicine. September 2000 ACP-ASIM Observer. New York:American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; 2000.
21. Callau C. Definiendo a la Medicina Interna y redefiniendo el rol del médico internista. Rev Soc Cruceña Medicina Interna. 2005;1:11-4
22. Gesenway D. What is internal medicine's future? ACP Observer. 1998; 2(3): 4-8.
23. Aulestia F. Conferencia inaugural del IV Congreso Latinoamericano de Medicina Interna. Quito: EDCR; 2005.
24. Sociedad Chilena de Medicina Interna. Definición de Medicina Interna y de Médico Internista. [monografía en Internet]. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Medicina,2005. Disponible en [<http://www.smschile.cl>].
25. Jordán J. Conferencia pronunciada en el III Congreso Nacional de Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Minsap; 1981.
26. Fernández Mirabal JE, Pire Rodríguez A, Fernández Sacasas JA. Perfil profesional del especialista de primer grado en Medicina Interna Programa de Especialización en Medicina Interna. La Habana: Ministerio de Salud Pública - Dirección Nacional de Docencia de Postgrado - Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1979.p.35-7.

27. Lissen E. La medicina interna a debate: historia de una crisis y su recuperación. *Med Clin (Barc)*. 1995; 105: 142-7.
28. Goldman L. Key Challenges Confronting Internal Medicine in the Early Twenty-first Century. *Am J Med*. 2001; 110: 463-70.
29. Sabah D. La crisis de la medicina interna. *Rev Méd Chile*. 1996; 124: 1524-7