

Evolución de la Medicina Interna y sus especialidades en las últimas décadas: una mirada al exterior

Dr Eduardo Rosselot

Decano, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Evolution of internal medicine and its subspecialties in the last decades: an outward view

The development of the subspecialties of internal medicine in the western world is reviewed from a historical perspective, focusing on the case of the United States of America. During the last decades, changes both in society and in medicine as a whole have prompted a great dispersion of medical practice styles, not always well-defined in their contents and goals, and ranging from primary care to ultra specialization. The definition of the general internist and of the subspecialist together with the attributes of each category according to an American College of Physicians' task force group are commented upon. Some of the possible reasons accounting for a decreased interest in general internal medicine during the eighties together with figures supporting a recent reversal of this trend are given. New proposals have originated in government as well as in medical circles to promote the development of general internists, conceived as physicians knowledgeable in the classic subspecialties but also skilled in clinical epidemiology, informatics, behavior medicine, decision-making, clinical economics, ethics, and problem solving. The American College of Physicians, on the other hand, considers that allowing the community-based general internists to disappear, strengthening the generalist's identity as a primary care-oriented physician who provides no subspecialty care, becoming hospital-based generalists who act mainly as consultants, or becoming fully trained subspecialists who also provide primary care, are all rejectable options. These arguments illustrate the fact that even in highly developed societies a degree of indefiniteness remains as to the best balance between general internal medicine and its subspecialties. (Internal Medicine; Specialties, medical; Professional practice; Societies, medical)

Un viejo aforismo dice que no hay experiencia válida aparte de la propia.

Y, sin duda, es oportuno verificar su vigencia cuando buscamos iluminación en otros ámbitos para resolver sobre un problema tan complejo y delicado como es la definición del profesional que debiéramos concebir para el ejercicio de la Medicina Interna en el momento actual y en el

futuro del país. Pero, aunque no confiemos en otra solución que la que surja de nuestros propios ensayos y errores, rescato la intención de los organizadores de este seminario, porque es claro que la evolución de la medicina norteamericana, entre otras del mundo exterior, ha tenido no sólo una influencia señalada en los sistemas médicos occidentales, sino que ha estado ex-

puesta a todos los avatares e instancias imaginables, a las que otros países están llamados a experimentar en el propósito de generar un sistema de atención de salud coherente.

Por otra parte, posiblemente, ninguna experiencia en salud, ha quedado tan registrada y se ha analizado tan exhaustivamente, desde todos los ángulos, como la americana. O por lo menos consta tan profusamente en la literatura internacional, aunque sea porque la mayor parte de las publicaciones recogen la inquietud de los autores norteamericanos, además que ellos tienen el imperativo de documentarlo todo. Más aún, su recorrido, una vez que tenemos la posibilidad de conocerlo, es de tal similitud al nuestro en las etapas que estamos cubriendo actualmente, que uno no se resiste a considerar las distintas alternativas como advertencias para no inducir iguales situaciones, o al menos, contemplar con aprensión algunas de sus propuestas.

Siendo éste un tema tan vasto, requiere que, para adentrarnos en el análisis de la información pertinente y en las consiguientes reflexiones, primero se acote la extensión de los términos, que pueden parecer ambiguos, con el objeto de precisar sus alcances y validar las conclusiones que surjan al respecto. Ello comienza con el concepto mismo de la medicina interna, marco esencial de esta discusión y para la cual no hay acepciones rotundas.

La medicina interna se centra en la salud del adulto. La orientación del internista es hacia el manejo de la amplitud de patologías, mientras no se resuelvan quirúrgicamente; aborda los problemas en función de la persona enferma, en los distintos escenarios y niveles de atención y complejidad; mantiene el control del proceso diagnóstico-terapéutico, generalmente durante todo el desarrollo de la enfermedad y, a menudo, por la vida del paciente, o actúa de consultor de problemas específicos de determinados sistemas orgánicos, respecto a los cuales ha desarrollado especial dedicación o particular formación.

La medicina interna, como muchas actividades humanas, configura un conjunto difuso de conocimientos y destrezas, en que contenidos y acciones, afines o próximas a las más centrales, modulan y matizan las disciplinas que se ejercen, para constituir una gama de posibilidades que facilitan la aplicación más dirigida y relevante de las capacidades de diversos agentes de la salud.

Hasta hace cincuenta años no era necesaria la dedicación preferente de los médicos sino que a los gruesos capítulos de su saber conformado en las grandes especialidades, una de las cuales era la medicina interna, aunque por afición y experiencia se hubiera, en esos ámbitos, desarrollado áreas de especial pericia. Entonces se inició la explosión del conocimiento y la progresiva complejidad científica y tecnológica que unida a los cambios coetáneos en el ambiente económico, en la organización de los servicios y en las expresiones sociales no han cesado de influir y condicionar las estructuras y los sistemas en que se insertan las profesiones. En esta compleja dinámica cultural, surgió la segmentación del quehacer profesional de las disciplinas básicas hacia la subespecialización y, a partir de ello, el desbalance entre especialistas y subespecialistas.

Iniciada pues la dispersión de contenidos en la medicina interna, su perpetuación ha venido a acentuarse por diversas circunstancias, entre las que no pueden considerarse menores la pérdida de imagen de las disciplinas generales, frente a la agresividad de las acciones de los subespecialistas; los mayores incentivos económicos anexos a su ejercicio, por el uso de tecnologías; la desviante configuración de los departamentos de medicina con currículos inadecuados; experiencias de residentes de una medicina intramural dominada por las subespecialidades y una perspectiva de abrumadora práctica con magras posibilidades económicas^{1,4}. Para entender estas tendencias, vale la pena situarse en un marco social con desprivilegiados valores humanísticos y opciones preferidas hacia la satisfacción de expectativas materiales^{5,6}.

SUBESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA

El gran despliegue de subespecialidades en medicina interna en los Estados Unidos de Norteamérica, se produjo después de los años 40. El internista general, formado en los escenarios de la residencia hospitalaria y en la tradición de la clínica osleriana, se vió enfrentado a una desmesurada expansión del conocimiento amplificado por tecnologías incipientes y avasalladoras. Imposibilitado de asir versadamente tal despliegue de recursos para el logro de los objetivos de proporcionar salud, debió discriminar, optar y profundizar en sectores discretos del ejercicio profesional, con lo que junto con

hacerse experto en lo particular, pierde el control de la globalidad alejándose del núcleo personal del paciente. Fue la necesaria transacción promovida por la expectativa de saber más y mejor de poco para no quedarse, supuestamente, con menos y lo peor de mucho, pero corriendo el riesgo, y experimentándolo, de mediatizar la medicina, es decir, realizarla por la ciencia olvidándose del objetivo central, el enfermo.

En 1936, se había desarrollado el sistema de certificación de especialistas de la disciplina con la creación del American Board of Internal Medicine (ABIM)⁷⁻⁹ por iniciativa conjunta del American College of Physicians y la American Medical Association. El movimiento de acreditar calidad de los profesionales médicos había surgido como reacción ante el cuestionamiento de la calidad de los oftalmólogos del país a raíz de la primera guerra mundial y pronto se propagó a las demás especialidades¹⁰. Al comienzo, la certificación no exigía un adiestramiento formal, sino que el requerimiento de 5 años de práctica desde el término del internado hasta hacerse elegible para el examen de certificación, procedimiento escrito sobre ciencias básicas y medicina interna general seguido de una evaluación oral. Durante los siguientes treinta años se mantuvieron los requisitos de tiempo de postinternado y el esquema general del examen, pero se agregó el requerimiento de 3 años de entrenamiento formal, sin especificarse contenidos particulares y aceptándose experiencias tanto de investigación como de un año de subespecialidad. En 1940 se había establecido que candidatos de áreas como "cardiología, gastroenterología, alergia, tuberculosis, etc" rindieran su examen oral ante representantes de estas subespecialidades, anotándose un comentario de proficiencia en las disciplinas pertinentes. Otras modificaciones, introducidas en el sistema de certificación en 1970 y como reconocimiento de la imposibilidad de dominar todo el campo de la medicina interna, condujeron a la creación de otras comisiones de subespecialidades (endocrinología, hematología, enfermedades infecciosas, nefrología, oncología y reumatología), a establecer el requerimiento de 2 años adicionales de entrenamiento en esos campos y a reducir a 3 los años requeridos de residencia previos para postular al examen. Posteriormente, se agregó el recurso de certificados de calificaciones adicionales en Medicina del Adoles-

cente, Electrofisiología Cardíaca, Cuidados Críticos, Medicina Geriátrica, Medicina del Deporte, Inmunología Clínica y Laboratorio Inmunológico. Estos cambios abonaron fuertemente el terreno para una masiva subespecialización.

Simultáneamente, la política de los National Institutes of Health^{8,9} se orientó en apreciable medida, pese a propósitos y definiciones en contrario, a financiar programas de subespecialización, basados en proyectos de investigación que, por otra parte, fueron imitados por el sistema de administración para el financiamiento de cuidados de salud (*Health Care Financing Administration*) a través de *Medicare*. No obstante las medidas de resguardo tomadas por el gobierno federal para evitar la formación de subespecialistas que no permanecían en el área académica, la probabilidad de que el 60 ó 70% de los residentes eligiera la formación de especialistas se mantuvo constante entre 1976 y 1988, y se ha elevado al 85% en los últimos años.

Estados Unidos ha mostrado la delantera en la proporción de egresados de las residencias de medicina interna que optan por becas de subespecialización^{1,9}. Desde 1987 se empieza a denunciar la abrupta caída de postulantes a las residencias orientadas a la medicina general, como son la medicina interna general, la medicina familiar e, incluso, en la pediatría general^{5,8,11}. Salva esta situación, demeradamente, la disposición de los graduados de países foráneos que se aplican con mayor interés a la medicina interna general. Es así como en este país sólo 1/3 de los médicos son generalistas y apenas 1/5 internistas y son también generalistas sólo 1/4 de los residentes en adiestramiento¹². En Inglaterra, en cambio, los generalistas corresponden al 70%, en Australia, Canadá, Bélgica y Alemania a más o menos el 50%, constituyéndose esta proporción en la meta deseable para la mayor parte de los expertos en los Estados Unidos de Norteamérica^{13,15}.

En 1966, en el informe Millis, estudio oficial que supuestamente evaluó la realidad médica norteamericana del momento, se había resumido la percepción de un desbalance del recurso médico y estimulado la creación de nuevas escuelas de medicina, doblando el egreso de médicos en la siguiente década⁷. Coexistiendo con un mayor aporte federal para investigación, las nuevas promociones, predominantemente de investigadores en ciencias básicas y clínicas, privilegiaron su dedi-

cación a áreas específicas de la medicina mientras las nuevas escuelas asumían que su fuente de financiamiento principal derivaría de su habilidad para generar recursos de grants independientes^{8,16}. Tanto los ingresos por investigación como los de servicios clínicos aumentaron considerablemente en la década 82-92 (93 y 233%, respectivamente), evidenciando la progresiva dependencia de las escuelas de sus clínicos de dedicación completa y, por consiguiente, de los subespecialistas expertos en procedimientos de alta tecnología^{17,19}.

Una importante influencia en la diferenciación de los profesionales de la medicina interna fue ejercida por los sistemas de atención incorporados para la provisión de salud en los Estados Unidos^{5,20-22}. *Medicare* y *Medicaid*, haciendo aportes a las instituciones de salud en función de las atenciones prestadas y apoyando planes de entrenamiento en un modelo que estimulaba la investigación, contribuyó a la adopción de conductas favorecedoras de la subespecialización. El advenimiento de las organizaciones de administración de cuidados de salud o *managed care* (HMO's, PPO's, etc.), a la inversa, está hoy día promoviendo el incremento de generalistas para facilitar cobertura de la atención, con el supuesto adicional de que su acción produce contención de costos.

Estas consideraciones históricas plantean cómo se dió una estrecha relación entre la expansión de las subespecialidades y las políticas del ABIM, el entrenamiento de los médicos, los estándares de apoyo financiero establecidos por los NIH, la estructura de los departamentos académicos de medicina y los modelos de prestaciones de salud, todos a su vez inducidos por las referidas condiciones interactivas.

En Estados Unidos existen 25 especialidades mayores y 73 subespecialidades, todas las cuales están adscritas a sistemas de reconocimiento oficial, aunque no legal, que constituye la certificación por los respectivos *boards* de especialidades. Desde 1991, dieciocho de ellas se han planteado o llevan a cabo procedimientos de recertificación⁷. No obstante, cualquier médico puede llamarse especialista, y una vez licenciado para ejercer puede, teóricamente, practicar cualquier área de la medicina, aún cuando el 75% de quienes se llaman especialistas han sido certificados por algún *board* de especialidades, que los protege, sin duda, contra eventuales juicios de *malpractice*^{8,10}.

Las subespecialidades^{12,15,17,21} han contribuido fuertemente al progreso de la medicina. Proveen parte importante de la atención primaria para la cual constituyen, en realidad, un sistema oculto que disfraza las estadísticas y la apreciación de cual es el contingente disponible para este nivel de atención, pero representa, como se tiende a reconocer cada vez más, una fuerza profesional significativa y un potencial de relativamente fácil reconversión, para aumentar la disponibilidad de atención general²²⁻²⁵. Mendenhall sostenía, ya en 1970, que los especialistas ocupaban el 70% de su tiempo atendiendo en el nivel primario, aunque habidas las evidentes diferencias, es probable que actualmente cubran sólo cerca del 10% de esas necesidades²⁶.

Por otro lado se estima que los subespecialistas utilizan más recursos y generan, por lo tanto, más gasto que los médicos de atención primaria, para pacientes comparables. Diferentes experiencias y estudios en Canadá, Gran Bretaña, e incluso, en Estados Unidos, tienden a demostrar cómo el aumento de los médicos, pero sobre todo de los subespecialistas, se asocia a mayores gastos en salud. De acuerdo a los trabajos de Welch, mientras mayor es el número de generalistas en proporción a subespecialistas en una región, menores son los costos de atención; en tanto, la proximidad de subespecialistas se refleja perniciosamente en la base de conocimientos y la eficacia técnica de los restantes internistas^{8,10,27-29}.

LOS CAMBIOS EN EL ESCENARIO MEDICO

Los cambios más significativos que han influido en determinar la forma de hacer la medicina en las últimas décadas han incluido: variaciones demográficas; el desplazamiento de la atención predominante de episodios agudos a tratamientos de padecimientos crónicos y prolongados, y desde escenarios hospitalarios a ambulatorios; innovaciones en el diagnóstico y tratamiento y en los sistemas de atención; mejor apreciación de requerimientos de atención preventiva, de rehabilitación y de cuidados de afecciones multisistémicas y multiorgánicas, en diferentes fases de evolución^{7,8,11,13,16,17,19,20,30-33}.

Para esta amplitud de acciones la medicina interna se ve requerida a dispersarse en una plé-

yade de campos de acción profesional, no siempre bien definidos en sus contenidos y objetivos y abarcando desde la atención del nivel primario, con un alto componente preventivo y de orientación comunitaria, a la ultraespecialización limitada, incluso, a una área restringida o a una tecnología muy sofisticada^{12,14,24,25,30,31}.

Existe un continuum de estilos de práctica entre los modelos extremos que, en alguna medida, está ligado a los escenarios de ejercicio médico, en cuanto a estructura (práctica individual o en grupos) o ubicación geográfica^{7,11,25,34}.

Partiendo de la definición de internista general como el que provee atención de primer nivel a los pacientes adultos, cabe reservar el término de subespecialistas en medicina interna para aquellos cuya práctica se limita, sea enteramente o en parte, al cuidado de pacientes con enfermedades específicas^{8,17}.

Fue Kerr White²⁵ quien introdujo el término de atención primaria (1961), estableciendo sus características de ser el primer contacto de la acción médica, integrar los aspectos psicosociales de la salud, contemplar las situaciones familiares y comunitarias, la asignación de recursos y las implicaciones epidemiológicas, la promoción y prevención en salud, el diagnóstico de síndromes indiferenciados, la accesibilidad, amplitud, coordinación y continuidad en la atención médica.

Extendiendo estos conceptos, el grupo de tarea del *American College of Physicians*³⁶, encargado de caracterizar a los distintos internistas para resolver sobre el desbalance de sus exponentes, define tres órdenes de atributos del internista general: Un grupo de características, que comparte con otros generalistas (por ej pediatras), en cuanto a ser médicos de nivel primario y proveedores de cuidados continuos y globales, capaces de evaluar y manejar todos los aspectos de la enfermedad, tanto biomédicos como psicosociales, en el paciente integral, expertos en prevención y detección precoz de la enfermedad, promotores, orientadores y asesores en el complejo ambiente de la salud. Una segunda categoría de atributos que son distintivos respecto a otros especialistas, pero aún comunes entre los subespecialistas en medicina interna, a saber, el ser expertos en el manejo tanto de procesos avanzados como de padecimientos agudos de diversos sistemas orgánicos, así en el hospital como en la consulta externa; ser consultores en problemas difíciles

e indiferenciados, o cuando con una base general tiene especial pericia para abordarlos. Finalmente, los que se estima deberán expresar a futuro: que sean eficientes administradores de recursos, estén familiarizados con la epidemiología clínica y la toma de decisiones, sean capaces de aportar un estilo de práctica, reflexivo y claro, para la evaluación y el manejo de las patologías y, en general, de los problemas concernientes a la salud del adulto, sean versados en sistemas de información clínica y en comunicarse con herramientas de moderna tecnología electrónica y, en suma, se comporten como un generalista pero poseyendo destrezas especiales para responder a las necesidades de ambientes y situaciones particulares.

Para satisfacer estos atributos, concluye el grupo de tarea, los internistas generales deberían desarrollar áreas de especial pericia en subespecialidades clásicas, sustentadas en sistemas orgánicos definidos y también en nuevas subespecialidades, no sistemáticas, como la geriatría, la medicina de adolescentes y de patologías asociadas al embarazo, y otros problemas de salud de la mujer, medicina del deporte y de adicciones, etc. La comisión no deja de recomendar el máximo de flexibilidad curricular para favorecer estas orientaciones.

Por su parte, el *Federated Council for Internal Medicine*¹⁴, analizando los factores que influyen en la elección entre especialidades, subespecialidades o disciplinas generales, establece el peso de condiciones que actúan a nivel de la educación de pregrado, por el excesivo énfasis en subespecialidades y cuidados intramurales que se da desde las primeras acciones clínicas, la falta de exposición a cuidados ambulatorios y primarios, la visión negativa que se obtiene de la medicina interna, la ausencia de modelos válidos de generalistas, el excedente de información y de conocimientos de valor fugaz, la sobrecarga de obligaciones en los servicios y el enfrentamiento a pacientes desahuciados, profesores desencantados, progresiva burocracia, altas deudas contraídas por los estudios y pocas expectativas de incrementar, siquiera razonablemente, los ingresos en el ejercicio de la profesión.

Un motivo prevalente de rechazo a la opción de la medicina interna general es la falta de satisfacción que su ejercicio promueve en quienes las ejercen y donde predominan la falta de incentivos económicos, que de algún modo se asimila al uso de tecnología en el arsenal de recursos profesio-

nales^{18,29}. Al revés, se detectan como de efectos positivos en la elección, la existencia de normas públicas o institucionales, el establecer criterios de admisión para los estudiantes, diseños atractivos y enriquecedores en experiencias vitalizadoras de la práctica de medicina interna, la presencia de modelos académicos estimulantes y la explicitación de valores sociales e individuales^{4,7,14,29,30,31,37,38}.

En todo caso, el balance de atracción de preferencias de las disciplinas generales versus las de subspecialización, ha sido categórico en desmedro de las primeras y una amplia reacción se ha suscitado para revertir el proceso, acentuado progresivamente, como se ha dicho, desde los años 40 y que apenas ahora, después de años de controversias, diversas iniciativas, medidas de adecuación académicas y normas regulatorias, parece empezar a generar rectificaciones. Es así como el aumento del interés por capacitarse en atención primaria de los egresados de residencias se refleja en opciones fluctuantes entre 36%, en 1982, 14% en 1992, 19% en 1993, 23% en 1994 y por una ponderación de intención de hacerlo²⁶ del 30%, en residentes de primer año, en 1994.

Por otra parte, en 1992 se calculaba que existían en Estados Unidos 571.000 médicos activos dedicados al cuidado directo de pacientes, equivalente a 224 médicos por 100 mil habitantes. El 62% se estimaban especialistas y 38%, médicos de atención primaria, lo que establece una relación de entre 75 y 85 médicos de este tipo por 100 mil. Para Cooper²⁶, en un sistema con HMO's, las necesidades sólo de especialistas pueden subir hasta 120 por 100 mil, y esperaría que su requerimiento alcance a 140 para el año 2012 y a 160 por 100 mil para el año 2032. Esta postura es netamente contradictoria con la generalmente preconizada, pero se afirmaría en que el volumen de servicios de salud ha cambiado de ser médico dependiente a sistema dependiente, lo que conlleva dinámicas distintas a las tradicionalmente entendidas y cuyos resultados se manifestarían en la pérdida, por el médico, del control de su oficio y de su empleo, aún cuando desarrollaría estilos de práctica más colaborativos y costoeficientes.

En todo caso, la proposición prevalente en norteamérica en los últimos años, fundamentada en abundantes experiencias y análisis de recursos, en comparaciones de sistemas educacionales y de servicio, promovidas por las organizaciones médicas más influyentes y recogidas en los programas

de gobierno de los distintos candidatos en la última contienda electoral a la presidencia, se expresa en la urgencia de revertir la tendencia a la sobreespecialización y crear condiciones diversas, incluso normas regulatorias ajenas a la política americana de mercado, para favorecer las decisiones de los postulantes a programas de formación en especialidades que privilegian la atención primaria.

LAS PROPOSICIONES DE REFORMA EN USA

En Canadá, el *Royal College of Physicians and Surgeons*, organización relativamente monolítica como para determinar el número y tipo de médicos entrenados, puede propiciar y obtener disposiciones de políticas operativas. En Estados Unidos, en cambio, es imposible establecer regulaciones salvo por vía indirecta, de estímulos y controles calificados^{10,24}. La reforma de Clinton en 1993 establecía recomendaciones para educar al médico prototipo de la nación^{8,40}. En el Acta de Fuerza Laboral de atención primaria, de 1993, el Senador Jay Kennedy y el representante Henry Waxman, acogiendo proposiciones del COGME (*Council on Graduate Medical Education*) y de la Asociación de Profesores de Medicina esbozadas con bastante antelación, han recomendado restringir los cupos de capacitación al 110% de los graduados con un 50% de ofertas en el área de medicina de atención primaria^{7,8,20,33,41}. La ampliación de las residencias a 4 años con carriles separados para generalistas y subspecialistas se ha propiciado profusamente, proponiéndose también adiestramiento en una o dos subspecialidades después del tercer año^{8,29}. Otras sugerencias se han basado en reducción de las plazas de subspecialidad; transferencias de residentes en áreas de subspecialidad a programas de medicina interna general, reducción del apoyo financiero, en departamentos de medicina interna, a las divisiones de subspecialidad que no produzcan académicos, y derivación de estos fondos para desarrollar un cuerpo académico de generalistas, a los cuales se les paga más y se les acredita para practicar y realizar procedimientos en cualquier área en la cual documenten competencia^{8,42-46}.

Tal tipo de proposiciones, sin embargo, no tienen el respaldo unánime, de los diversos educadores y planificadores, planteándose tanto prudentes aprensiones como intenciones opuestas y hasta be-

ligerantes^{15,26}. Entre las primeras, se advierten dudas de que ciertas propuestas de reforma en la atención médica, muchas de las cuales reclaman que la mitad de los médicos sean generalistas, puedan tener más poderosos y destructores efectos en la medicina interna que en cualquiera otra especialidad. Se argumenta, en cambio, que el avance tecnológico hará que cada día los métodos de exploración sean menos invasivos y queden del dominio de menos subespecialistas y aun de auxiliares técnicos, como ya se está configurando un contingente de enfermeras y asistentes médicos, que por ahora ya son más de 25.000, para reforzar las depletadas cohortes de generalistas²⁵. Por otra parte, se destaca que las destrezas de liderazgo, comunicación y de modificación de actitudes, serán más requeridas y valoradas con el tiempo. Siendo éstas características de una postura holística y sensible humanística, se plantea además que la medicina interna del futuro requerirá formación en las subespecialidades clásicas junto a destrezas en epidemiología clínica, manejo de información, medicina del comportamiento, toma de decisiones, economía clínica, ética y solución de problemas³³. Aunque el curso presente de las disciplinas científicas pareciera llevar a mayor subespecialización, jugando en la periferia de los cuidados médicos como una federación de pequeñas disciplinas ejercidas por profesionales altamente especializados e importantes para el cuidado de un pequeño número de pacientes, para la enseñanza y la investigación, parece impostergable encontrar la fórmula de concebir un generalista altamente capacitado para cubrir las multidimensionadas necesidades de salud y bienestar de la sociedad^{15,26}.

En lo concreto, coincidiendo con la opinión del *Federated Council for Internal Medicine*³⁴, favorecería una mejor distribución de generalistas respecto a subespecialistas el establecer cambios curriculares consistentes, con experiencias más precoces en cuidados ambulatorios y sus destrezas, procurando mayor competencia en disciplinas transversales como prevención, ética, salud ocupacional y del ambiente, apoyo conductual y análisis de información. Por otro lado, se insiste en favorecer menos servicio en residencias y mayor tiempo educativo, desarrollar cuerpos académicos idóneos, reducir o eliminar las deudas por la educación, estimular divisiones académicas de medicina interna general, fomentar la investigación en cuidados de

pacientes, análisis de tecnología y resultados, implementar normas prácticas de atención y reparar inequidades en el ejercicio médico, especialmente en el aspecto de remuneraciones^{29,38,41,43,44}.

Por su parte, el grupo de tarea del *American College of Physicians*, comienza por descartar 4 alternativas para la normativa futura, por considerarlas regresivas o que tienden a mantener la inaceptable situación actual³⁶: 1) dejar que desaparezca el internista general, cuyo énfasis está en la acción comunitaria; 2) reforzar la identidad del generalista como médico exclusivo de atención primaria, proscribiéndole el ejercicio de una subespecialidad 3) formar generalistas de hospital que actúen primeramente como consultores, y, 4) formar subespecialistas de alto nivel que provean aleatoriamente cuidados primarios. Sin perjuicio de todo ello, y para asentar mejor su caracterización y reubicarlo en el rol profesional que se estima le corresponde, se ha vuelto a afirmar que el internista general, que es un experto en el cuidado general del adulto, puede y debe ser, además, una autoridad en temas específicos sobre los cuales posea particular competencia.

CONCLUSIONES

Estados Unidos y otros países, pese a su avanzado grado de desarrollo en salud, mantienen situaciones de indefinición en aspectos tan relevantes para una buena distribución del recurso médico, una eficaz actividad de los profesionales y una satisfactoria recepción de sus acciones por los usuarios, como es el equilibrio entre diversos especialistas de medicina interna. Las necesidades de salud de la población imponen un ordenamiento más racional para lograr mejor acceso a los modernos recursos de la atención médica y, especialmente, control de costos, condiciones de calidad, tratamiento centrado en las personas, con un enfoque comunitario y con equidad.

No obstante, en las propias características de la medicina interna y en los atributos que poseen sus proveedores, no es dable encontrar modelos que expresen cabalmente los rasgos exclusivos, decisivos y apropiados para un tipo, singular o plural, de ejercicio profesional. La verdad es que no existe tal paradigma en medicina. Las especialidades representan acopios de capacidad intelectual y de

destrezas, cuyos límites son imprecisos y debieran ser franqueables con libertad para potencializar la disponibilidad de recursos y proveer todas las posibilidades de manejo en salud, aunque con la debida consideración de las realidades sociales y el debido equilibrio entre el mayor beneficio de las

personas y el bien común. Este mismo equilibrio, que debe buscar la medicina interna en nuestro país, como lo hacen países de la fortaleza de Estados Unidos, para conciliar, en procura del bien global, el más conveniente balance entre subspecialistas y médicos de atención primaria.

REFERENCIAS

- SCHROEDER SA, SHOWSTACK JA, GERBERT B. Residency training in Internal Medicine: Time for a change? *Ann Intern Med* 1986; 104: 554-61.
- STIMMEL B. The crisis of primary care and the role of medical schools. Defining the issues. *JAMA* 1992; 268: 2060-65.
- REITEMEIER RJ. The leadership crisis in Internal Medicine: What can be done? *Ann Intern Med* 1991; 114: 69-75.
- McMURRAY JE, SCHWARTZ MD, GENERO N ET AL. The attractiveness of Internal Medicine: A qualitative analysis of the experiences of female and male medical students. *Ann Intern Med* 1993; 119: 812-18.
- COLWILL JM. Where have all the primary care applicants gone? *N Engl J Med* 1992; 326: 387-93.
- EBELL MH. Choice of specialty: It's money that matters in the USA. *JAMA* 1989; 262: 1630.
- BARONDESS JA. The future of generalism. *Ann Intern Med* 1993; 119: 153-60.
- ANDERSON RJ. Subspecialization in Internal Medicine: A historical review, an analysis, and proposals for change. *Amer J Med* 1995; 99: 74-80.
- ANDERSEN RM, LYTLE CS, KOHRMAN CH ET AL. National study of Internal Medicine manpower: XIX. Trends in Internal Medicine residency training programs. *Ann Intern Med* 1992; 117: 243-50.
- ROBERTS J. Specialists in the United States: what lessons? *Br Med J* 1995; 310: 724-27.
- RIVO ML. Internal Medicine and the journey to medical generalism. *Ann Intern Med* 1993; 119: 146-52.
- THOMSON GE. General internists and subspecialists. *Ann Intern Med* 1993; 119: 165-66.
- SCHAFFER AI. Deployment of academic subspecialists in the emerging era of primary care. *Am J Med* 1995; 99: 69-73.
- FEDERATED COUNCIL FOR INTERNAL MEDICINE. General Internal Medicine and general internists: recognizing a national need. *Ann Intern Med* 1992; 117: 778-79.
- FLETCHER RH, FLETCHER SW. What is the future of internal medicine? *Ann Intern Med* 1993; 119: 1144-45.
- EBERT RH, BROWN SS. Academic Health Centers. *N Engl J Med* 1983; 308: 1200-08. /
- BRAUNWALD E. Subspecialists and Internal Medicine. A perspective. *Ann Intern Med* 1991; 114: 76-8.
- MCCARTY DJ. Why are today's medical students choosing high technology specialties over internal medicine? *N Engl J Med* 1987; 317: 567-69.
- BARR DA. The effects of organizational structure on primary care outcomes under managed care. *Ann Intern Med* 1995; 122: 353059.
- IGLEHART JK. The American Health Care System. Managed care. *N Engl J Med* 1992; 327: 742-47.
- ASSOCIATION OF SUBSPECIALTY PROFESSORS. Training in Internal Medicine. On the chessboard of health care reform. *Ann Intern Med* 1994; 121: 810-13.
- NEILSON EG. Subspecialty work force issues. *Ann Intern Med* 1995; 122: 804.
- LEVINSKY NG. Recruiting for primary care. *N J Med* 1993; 328: 656-60.
- KASSIRER JP. Primary Care and the affliction of Internal Medicine. *N Engl J Med* 1993; 328: 648-12.
- SPIEGEL JS, RUBINSTEIN LV, SCOTT B, BROOK RH. Who is the primary physician. *N Engl J Med* 1983; 318: 1208-12.
- COOPER RA. Seeking a balanced physician workforce for the 21st Century. *JAMA* 1994; 272: 680-87.
- FRANKS P, CLANCY CM, NUTTING PA. Gatekeeping revisited: Protecting patients from overtreatment. *N Engl J Med* 1992; 327: 424-29.
- SCHROEDER SA. The troubled profession: Is medicine's glass half full or half empty? *Ann Intern Med* 1992; 116: 583-92.
- LEWIS CE, PROUT DM, CHALMERS EP, LEAKE B. How satisfying is the practice of Internal Medicine? *Ann Intern Med* 1991; 114: 1-5.

30. LIPKIN M, LEVINSON W, BARKER R, ET AL. Primary Care Internal Medicine: a challenging career choice for the 1990s. *Ann Intern Med* 1990; 112: 371-78.
31. KLETKE PR, SCHLEIFER MK, TARLOV AR. Changes in the supply of internists: the internal medicine population from 1978 to 1998. *Ann Intern Med* 1987; 107: 93-100.
32. MARTINI CJ, VELOSKI JJ, BARZANZKY B ET AL. Medical schools and students characteristics that influence choosing a generalist career. *JAMA* 1994; 272: 661-68.
33. ROBINSON A. Forging a new subspecialty: general internal medicine. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 1995-98.
34. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Rural Primary Care. *Ann Intern Med* 1995; 122: 380-90.
35. WHITE KL, WILLIAMS TF, GREENBERG B. Ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961; 265: 885-92.
36. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. The role of the future general internist defined. *Ann Intern Med* 1994; 121: 616-22.
37. PETERSDORF RG. Primary care applicants - they get no respect. *N Engl J Med* 1992; 326: 408-09.
38. SCHROEDER SA, MCPHIE SJ. Training internists in ambulatory settings. Four problems to resolve. *Arch Intern Med* 1986; 146: 1685-86.
39. BYYNY RL. Challenges in the education of the general internist. *Arch Intern Med* 1988; 148: 369-72.
40. ANGELL M. The presidential candidates and health care reform. *N Engl J Med* 1992; 327: 800-01.
41. COUNCIL ON LONG RANGE PLANNING AND DEVELOPMENT. The future of general internal medicine. *JAMA* 1989; 262: 2119-24.
42. O'DELL DV, SITORIUS MA. A new approach to training primary care physicians: a four year combined internal medicine-family practice residency for seniors. *Acad Med* 1992; 67: 88-9.
43. KIMBALL HR, YOUNG PR. Educational resource sharing and collaborative training in family practice and internal medicine. *JAMA* 1995; 273: 320-22.
44. GEYMAN JP. Training primary care physicians for the 21st Century. *JAMA*; 1986; 255: 2631-35.
45. PETERSDORF RG, GOTTEN L. The future of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1993; 119: 1130-37.
46. FOGELMAN AM. Strategies for training generalists and subspecialists. *Ann Intern Med* 1994; 120: 579-83.

Requests for reprints.

Dr Eduardo Rosselot J
Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Santiago
