

## **Ejercicio de la Medicina Interna en América Latina. Rol de médico internista**

*Practice of Internal Medicine in Latin America. Role of the internist in the new century*

**Nacor Varela J.**

*Correspondencia a:* Dr. Nacor Varela Johnson 4 Norte 1093. Dpto. 52. Viña del Mar, Chile. Fax. 674902. E-Mail: [nacovarela@hotmail.com](mailto:nacovarela@hotmail.com)

*This article explores the causes of the crisis in the role of internists. As in the United States, the progressive specialization of internists lead to a dehumanized, expensive and technical practice of medicine. Aiming to better incomes and prestige, more than 60% of internists practice as specialists. Primary care physicians, with a very low rate of problem solving, cover 75% of consultations. Specialists, with increasing costs, cover the rest of consultations. Patients, medical schools and health organizations are claiming the return of the general internal medicine specialist. To increase the interest for general internal medicine, several strategies are applicable. Medical students interested in general internal medicine could receive a focused training, provided by these specialists. A greater emphasis should be put on primary care. More independent, secondary care diagnostic and treatment centers, should be created. Continuous medical education should be done with periodical re certification of physicians. The public health system should increase its wages and the generalist view should be maintained by physicians when practicing at their private offices (Rev Méd Chile 2002; 130: 96-100).*

*(Key Words: Education, medical; Internal medicine; Medicine; Medical education; Medical graduate)*

Recibido el 18 de julio, 2001. Aceptado el 20 de agosto, 2001.  
Profesor de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Valparaíso.  
Valparaíso, Chile.

### **Antecedentes del ejercicio en los últimos decenios**

Ha ocurrido en Latinoamérica, como antes había sucedido en USA, el extraordinario desarrollo de las Especialidades Médicas derivadas de la Medicina Interna tradicional.

Este progreso, fundamentado en un profundo conocimiento científico de la etiopatogenia de las enfermedades, con aplicación de tecnologías eficientes, diagnósticas y terapéuticas ejercidas por los propios sub-especialistas, en un campo más restringido de acción, llevó a la fragmentación de la especialidad madre en varias disciplinas. Se dudó de la vigencia de la Medicina Interna general, sosteniéndose que el Internista debía reducir el ámbito de su competencia transformándose en un super especialista para ser útil a la sociedad y valorado por sus pares. El paso por el entrenamiento de Postgrado en Medicina Interna pasó a constituir sólo la base o

plataforma para desde allí saltar a una subespecialidad cuyo ejercicio signifique su éxito profesional y económico.

Frente a esta realidad surgieron problemas de fondo:

a. Deshumanización, producto de la fragmentación que transforma al ser humano en un conjunto de aparatos o sistemas dispersos y de la tecnologización que basa el diagnóstico médico en un conjunto de exámenes dejando de lado la semiología tradicional.

b. Encarecimiento de la atención al ser cubierta la demanda espontánea en un nivel terciario con utilización de múltiples exámenes de última generación.

### **Reacción de los entes involucrados**

a. Las Facultades de Medicina y la Sociedad 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.

b. Las Organizaciones prestadoras o financiadoras de salud, públicas o privadas han reconocido al internista general como eslabón importante en la cadena de atención del usuario, revalorizando la jerarquización de los niveles primario, secundario y terciario. Con esto se logra una cobertura adecuada de la demanda espontánea y planificada y una reducción sustancial de los costos.

c. El paciente, objetivo final de la medicina, 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 de 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".

### **El médico internista general certificado y su ejercicio**

En Chile, como en la mayor parte de los países latinoamericanos desde hace varios años, el internista queda preparado para su ejercicio después de un entrenamiento de Postgrado en que debe egresar con un perfil idóneo.

*Definición del médico internista capaz de ejercer en Chile.* Es aquel profesional que tras 7 años de estudio en la Facultad de Medicina sigue un Post-grado de 3 años en un centro docente asistencial con la certificación final de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). Se puede llegar a esta condición, además, tras el egreso de la Escuela de Medicina mediante un adiestramiento en práctica por un período de 5 años en un Servicio de Medicina Interna en un Hospital A, dando un examen de certificación ante la Comisión Nacional de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM).

Este profesional al término de su formación debiera estar capacitado para tener las siguientes características:

- a. Conocimiento amplio de las enfermedades del adulto, desde la adolescencia a la senectud, con referencia a la etiología, clínica, prevención y tratamiento.
- b. Utilización criteriosa de los exámenes complementarios y procedimientos que facilitan el diagnóstico con sus indicaciones, rendimiento y riesgos.
- c. Manejo de la terapéutica farmacológica y de las indicaciones quirúrgicas con sus riesgos e interacciones.
- d. Mantenimiento de la capacidad de estudio para renovar sus conocimientos en sistemas de educación continua.
- e. Saber desempeñarse en el Hospital Clínico en las salas de Medicina, Unidades de Cuidados Intensivos y Unidades de Emergencia, participando en reuniones clínicas.
- f. Saber desempeñarse en el control ambulatorio del paciente en el Consultorio Externo o en la consulta privada.
- g. Poder desempeñarse como docente idóneo en los cursos clínicos de Pregrado, con énfasis en la Semiología y en el Internado y el Post-grado de la especialización.
- h. Aplicar el método científico para realizar investigación clínica en su diario quehacer.

*En los últimos años se han agregado otros requisitos:*

- i. Aplicar la Ética Médica que permite respetar los derechos de los pacientes y conocer las limitaciones de la terapéutica.
- j. Enfrentar el trabajo mediante la resolución por problemas y el conocimiento de la medicina basada en evidencias para resolver diagnósticos y tratamientos.
- k. Adquirir destreza en informática médica: Búsqueda bibliográfica, bases de datos, estadísticas.
- l. Capacitarse en Gestión Administrativa para obtener el máximo rendimiento al menor costo, trabajando en equipos de profesionales médicos, paramédicos y otros profesionales.

*Número de internistas certificados.* En Chile en los últimos 16 años (antigüedad de CONACEM) han cumplido con los requisitos 1.585 médicos de los cuales:

- 40% certificado como Médico Internista, sin especialidad derivada.
- 30% Internista y una sub-especialidad derivada.

- 30% inscrito sólo como sub-especialista.

Existe además un número indeterminado de internistas que ejercen sin certificación, la que no es obligatoria.

De estas cifras se desprende que 60% de los internistas calificados ejerce predominante o exclusivamente como especialista. En una encuesta hecha el año pasado a 19 médicos en especialización en uno de los centros formadores, 17 de ellos contestaron su deseo de continuar su capacitación en una especialidad derivada y sólo 2, ambas mujeres casadas con profesional, manifestaron su deseo de mantenerse como internistas exclusivas.

Si el perfil del internista general formado parece en teoría tan atractivo, ¿por qué la gran mayoría de ellos opta por la sub-especialidad?

#### *Causas de la sub-especialización de los internistas*

##### *a. En el ejercicio público:*

- Servicios de Medicina Interna transformados en un conjunto de salas de sub-especialidad con pacientes de nivel terciario, ejemplo: insuficiente renal en diálisis. Desarrollo creciente de las UCIS con pacientes de gran complejidad y de Salas de Cuidados Intermedios con pacientes terminales o muy ancianos. Desaparición progresiva de la sala tradicional.
- Enorme cantidad de nuevos conocimientos teóricos de etiología y tratamiento de las enfermedades, con pérdida de prestigio como médico consultor de sus pares en la sala y en reuniones clínicas.
- Falta del modelo antiguo a seguir del gran internista en las Jefaturas de Servicio.
- Bajas remuneraciones en la docencia universitaria.

##### *b. En el ejercicio privado:*

- Creciente prestigio de sub-especialistas reconocidos por los pacientes y por ende con éxito económico.
- Decisión del paciente privado de elegir al super especialista, aunque tenga que consultar varios.
- Creciente pérdida del ejercicio independiente por el control de la salud privada por las entidades financiadoras o aseguradoras (ISAPRES, HMO, Clínicas, etc.)

*Consecuencia:* Se opta por un nuevo período de adiestramiento de 2 años y se obtiene el título de especialista: nefrólogo, cardiólogo, gastroenterólogo, etc.

#### **Cobertura actual de la demanda de atención en medicina interna**

De los datos obtenidos por CONACEM en fuentes propias, del Colegio Médico y del Ministerio de Salud, el total de médicos que ejerce en Chile es cercano a los 18.000 ( $\pm$  17.600) para una población de poco más de 15 millones de habitantes.

#### Datos de CONACEM

---

9.450 (54,2%)	Especialistas Certificados
3.770	No Especialistas
2.570	Atención Primaria
1.200	Programas de Especialización

---

Hay aproximadamente 25% de los médicos que ejercen en Chile, cuya situación de trabajo es desconocida, entre ellos centenares que han migrado desde otros países de Latinoamérica.

En la cobertura de la demanda de atención en Medicina Interna en la población mayor de 15 años intervienen:

- a. En el ámbito público, que cubre 75% de esta demanda, un alto porcentaje es cubierto por médicos de atención primaria de poca capacidad resolutive y con alta derivación al nivel terciario del subespecialista.
- b. El ámbito privado que atiende al 25% de la población, con alto costo y tecnología para satisfacer al usuario exigente y autorregulado, es atendido mayoritariamente por el internista subespecializado.
- c. El internista general que efectúa la verdadera atención secundaria sólo cubriría 30% de la demanda pública o privada. Su labor está definida, poco reconocida y mal remunerada tanto en la práctica pública como privada.

#### **Proposiciones para mejorar el rol del internista en Latinoamérica en el siglo XXI**

Hemos recopilado una serie de ideas y propuestas recogidas especialmente en la literatura nacional y algo en la internacional para dar soluciones en un mediano plazo a la crisis de la Medicina Interna que a su vez influencia fuertemente en los sistemas de salud de los países que no satisfacen las expectativas de los usuarios.

##### *a. Nuevas tendencias en la educación universitaria de pre y post grado:*

- Considerar la especialización como parte integral de la formación del médico.
- Énfasis en las especialidades de mayor manejo global del paciente, como es la medicina interna.
- Detección precoz en el curso de la carrera del alumno interesado.

- Internado de Medicina Interna diferenciado con 1 año de duración.
- Post-grado de 3 años con menos énfasis en las subespecialidades.
- Desplazamiento de la enseñanza desde las salas del hospital a los consultorios de atención ambulatoria.
- Formación de un equipo de docentes internistas para la enseñanza de pre y post grado.

*b. Nuevas tendencias en el rol del internista en el ámbito público (Servicios Nacionales de Salud):*

- Creación de más centros de diagnóstico y terapéutica adosados, pero independientes de los hospitales A, en ellos el internista evalúa y resuelve en un equipo médico los pacientes enviados desde la atención primaria por médicos generales o familiares. En esta experiencia se efectúa la verdadera atención secundaria en forma expedita y oportuna, debiendo ser evaluada por su capacidad resolutive y no por el número de pacientes que se atiende por hora. Se calcula que 30% de los pacientes es devuelto a la atención primaria, 25% se envía al subespecialista terciario, 10% es hospitalizado directamente y el 35% restante es diagnosticado y tratado por los internistas en un lapso de pocos días. De este modo el paciente derivado ciento por ciento a la atención terciaria se reduce a un escaso 25%.
- En el ámbito hospitalario, el rol del internista tendría su máxima expresión en los hospitales comarcales o distritales clasificados como tipo B o de complejidad intermedia.
- Reclutamiento de docentes en medicina ambulatoria para efectuarla en los consultorios municipalizados o de referencia.

*c. Nuevas tendencias en capacitación:*

- Papel primordial de la Sociedad de Medicina Interna para mantener programas de educación continua en patologías prevalentes.
- Capacitación del médico de atención primaria para mejorar su capacidad resolutive y hacer más expedita su relación con el nivel secundario.
- Promoción de la especialización de post grado del médico de familia cuya labor se extiende al ámbito de medicina preventiva y educación en salud de la comunidad.
- Instauración de la recertificación médica con requisitos claros cada 10 años.

*d. Nuevas tendencias del internista en el ámbito privado:*

- Incentivar el papel como médico internista de los subespecialistas, especialmente aquellos que no desarrollan tecnologías limitantes. Reencantar a

ese médico para abordar al paciente en forma global y no sólo desde el punto de vista de patología individual.

- Reponer al internista en un lugar digno en cuanto a consideración y remuneración dentro de los sistemas privados de salud. Evitar el riesgo de la pérdida de la libre elección en el paciente privado, en un afán por reducir los costos a expensas de la justa remuneración médica.

e. *Nuevas tendencias en el rol de la política de salud del país:*

- Legislación del reconocimiento de las Especialidades Médicas. Existe en este momento en el Parlamento chileno un Proyecto de Ley sobre la regulación y fomento de las especialidades Médicas y Odontológicas.

- El Ministerio de Salud en declaración reciente ha manifestado su voluntad de potenciar los recursos en la atención ambulatoria en los consultorios con el objeto de mejorar la atención en salud.

### **Conclusión final**

Hemos expuesto algunas de las razones y circunstancias que a fines del siglo pasado llevaron a la Medicina Interna a su crisis más profunda. Se ha intentado resumir las principales proposiciones vigentes hoy en nuestro país y Latinoamérica, en general, para reponer la especialidad en el sitio que hoy le corresponde.

### **REFERENCIAS**

1. Ruiz J. La especialidad de Medicina Interna y el Médico Especialista general. *Rev Méd Valparaíso* 1987; 40: 51-6.
2. Braunwald E. Subespecialists and Internal Medicine: a Perspective. *Ann Intern Med* 1991; 114: 76-8.
3. Seminario. La Medicina Interna en Chile: estado actual y perspectivas 1992; 120: 501-38.
4. Federated Council for Internal Medicine. Generating more generalists: An agenda of renewal for Internal Medicine (Position Paper). *An Intern med* 1993; 119: 1125-9.
5. Valdivieso V. El Internista, hoy. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 641-5.
6. Goic A. Formación del Médico Internista. *Rev Méd Chile* 1996; 124: 740-6.
7. Sabah D. La crisis de la Medicina Interna. *Rev Méd Chile* 1996; 124: 1524-7.
8. Anales Tercer Congreso de Educación Médica. *Rev Méd Chile* 1997 (suplemento); 125: 7-102.
9. Valdivieso V. La medicina basada en evidencias. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 1103-9.

10. Duclós J. ¿Profesión? Médico. ¿Especialidad? Internista ¿Nada más? Nada más. *Rev Méd Chile* 1999; 127: 481-4.
11. Rosselot E. Aseguramiento de la calidad profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. *Rev Méd Chile* 1999; 127: 1375-83.
12. Valdivieso V. La Reforma de Salud en Chile y el Rol de las Facultades de Medicina: Un intento de síntesis. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1161-6.
13. Panel de Ética Médica. Es hora de pensar en los derechos de los pacientes. *Rev Méd Chile* 2000; 128: 1371-88.
14. Proyecto de Ley sobre regulación y fomento de las especialidades médicas y odontológicas. Propuesta firmada por diputados de la República. *Boletín Soc Méd de Stgo* 2000; 9: 3-7.
15. Valdivieso V. CONACEM Cuenta del presidente. *Boletín Soc Méd Stgo* 2000; 9: 9-11.