

La Medicina Interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo

Paúl Sánchez¹

*Challenges and opportunities of
Internal Medicine at the beginning
of a new century*

Internal medicine was born at the end of the nineteenth century as the result of the great amount of medical knowledge that accrued. The word "internal" has a great meaning and symbolism that underscores a holistic view of the patient. After some years of fruitful work, internal medicine experienced the appearance of subspecialties. This meant a great technological advance but increased the costs of services and deteriorated patient-physician relationship. These tactics along with world sanitary changes, offer a unique opportunity for the resurgence of Internal Medicine. Nowadays the internist has the image of an expert able to treat patients with diseases that involve several organs or systems or to serve as a consultant for complex medical problems. The new threats of the specialty are Family Medicine and hospital physicians. The areas in which the internist should acquire expertise to cope with the new sanitary requirements are also analyzed (Rev Méd Chile 2003; 131: 679-84).

(Key Words: *Delivery of health care; History of Medicine, modern; Medicine)*

Recibido el 4 de marzo, 2003. Aceptado el 6 de mayo, 2003.

1Ex-presidente de la Asociación Ecuatoriana de Medicina Interna, capítulo del Azuay.

Fellow del American College of Physicians, EEUU de NA. Hospital José Carrasco Arteaga, del IESS.

DE LA CONCEPCIÓN A UNA CUESTIONADA NOMINACIÓN

El primer registro escrito del vocablo Medicina Interna y el nacimiento oficial de la especialidad fueron inscritas bajo el amparo germano a fines del siglo XIX. En 1882 se realizó el primer congreso, del cual quedan los *Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin*, y un año después Adolf von Strumpell publicó su *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*¹. Pero este nacimiento y bautizo fueron el resultado final de una secuencia de gigantescos aportes que se iniciaron, quizá dos siglos atrás, con Thomas Sydenham, el Hipócrates inglés, y que continuaron a través de la segunda mitad del siglo XIX con los trabajos de Claude Bernard, Pasteur y Koch².

Era imperioso que una nueva ciencia acogiera este caudal de conocimientos en fisiología, bacteriología y patología y los incorporase al razonamiento clínico de aquella época. Además, se hacía necesaria una disciplina que se diferenciara de las prácticas exteriores o quirúrgicas y que se fundamentara en los mecanismos de la enfermedad y

en las bases científicas del diagnóstico y de la terapéutica^{1,3}. Y así fue como nació el vocablo "Medicina Interna". La palabra inner, entendida con un sentido fenomenológico, implica la necesidad de un entrenamiento y un conocimiento especiales, subraya el concepto de unidad del organismo y contempla una visión holística e integral del enfermo⁴. Quienes la concibieron, con inner pretendieron nominar a una especialidad que no discuta ni trate los aspectos únicamente visibles de la enfermedad, sino que analice los trasfondos, los mecanismos, lo interior.

Lamentablemente, la palabra "interna" en la actualidad no refleja el simbolismo y la fuerza que le imprimieron en el nacimiento, y, a diferencia de los nombres de otras especialidades, que explican claramente su función, el de la nuestra ha provocado algunas confusiones debido a que el término no es descriptivo ni etimológicamente comprensible, parece señalar que se dedica a las afecciones internas, lo cual no es exacto, o puede confundir con la actividad de los "internos" que aún no han terminado su preparación médica⁴.

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. En Estados Unidos, por ejemplo, los resultados de una reciente encuesta 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 como especialistas en Medicina Interna⁵. Esto, por un lado, ha provocado que la organización de internistas más numerosa del planeta, el *American College of Physicians-American Society of Internal Medicine* (ACP-ASIM), haya emprendido una millonaria campaña educativa, bajo la fórmula "Medicina Interna: Doctores para Adultos", para comunicar al público las ventajas de ser atendido por un internista⁶ y, por otro, ha iniciado un debate aún no resuelto acerca de si cambiar el nombre de "internista" a otro ("Consultante diagnóstico", "Médico de adultos") que describa mejor y que explique más claramente tanto al público como a los administradores y prestadores de salud nuestra actividad, frente a la eventual implementación de nuevos sistemas de atención sanitaria⁷.

EL SIGLO XX: DE LA CONSAGRACIÓN A LA CRISIS DE IDENTIDAD

Con toda su juventud, la Medicina Interna (MI) encontró en las primeras décadas del siglo XX un terreno fértil para avanzar con un desarrollo y prestigio prodigiosos. Se destacaron Landsteiner, Flexner, Welch, Lancefield, entre otros, pero quizá el más relevante de entonces, y aun de hoy, fue Sir William Osler, cuya figura junto a la cabecera del paciente es aún un vivo ejemplo para todos los médicos⁸. Durante la primera mitad de ese siglo, el internista fue reconocido como un especialista y se destacó como diagnosticador, como consultante de numerosos médicos generales y brindó una atención longitudinal a los pacientes con enfermedades complejas⁹, convirtiéndose en el eje fundamental de los hospitales y los servicios ambulatorios.

Alrededor de 1950, sin embargo, aquella sólida y fructífera forma de ejercer la medicina habría de sacudirse por la aparición de las subespecialidades médicas. Estas, al tiempo que se despojaban de la timidez inicial, se fortalecían e iban desplazando al internista no sólo de las actividades asistenciales, sino también de las docentes e investigativas¹⁰, lo que provocó una secuencia de hechos fundamentales: los internistas ya no querían quedarse como tales (la mayoría optaría por una subespecialidad⁸), disminuyeron las solicitudes para hacer la especialidad¹¹ y las convocatorias para cargos asistenciales y

docentes para internistas, los departamentos de la especialidad sufrieron enormes recortes en cuanto a su capacidad y debieron someterse a cambios que en el pasado fueron insospechados. Todo esto, sumado a la sobrecarga laboral, la excesiva carga tensional y la falta de *status* profesional y económico determinaron que aparezca un alto porcentaje de insatisfacción entre los internistas^{10,12}, toda una crisis dentro de la especialidad.

Pero mientras estos cambios hacían tambalear a la especialidad, en la salud mundial se generaban enormes transformaciones, en cuyos componentes la Medicina Interna habría de encontrar las claves de su propia recuperación.

ELEMENTOS PARA SALIR DE LA CRISIS: EL INTERNISTA DE HOY

El enorme progreso de la medicina de las últimas décadas ha conseguido el alivio y curación de innumerables enfermedades, pero consecuentemente ha provocado la aparición de algunas situaciones inéditas:

1. La expectativa de vida se incrementó notablemente. Existe una creciente población de senescentes, que pueden padecer problemas médicos múltiples y complejos -difíciles de encajar dentro de especialidades definidas¹⁰-, tener necesidades farmacológicas -que los someten a un elevado riesgo de interacciones medicamentosas- o requerir de consejo acerca de la indicación u oportunidad de determinados procedimientos quirúrgicos¹³. 2. Con la fragmentación de la atención médica, se encarecieron los servicios¹⁴, lo que se complica por la escasez y limitación de los recursos y la necesidad de contener los gastos sanitarios¹⁰. 3. Se deterioró la relación entre el médico y el paciente, y se descuidó el cuidado pastoral, situaciones que explicarían el enorme desvío de consultas a las medicinas alternativas¹⁵. 4. Se evidenció la necesidad de que la asistencia médica se mueva desde una atención intrahospitalaria hacia la ambulatoria y desde una atención transversal y a corto plazo a una longitudinal y a largo plazo¹⁶.

Precisamente es este panorama el que ofrece al internista la oportunidad única de recuperar el terreno perdido y de superar lo que para algunos es o fue una crisis. Pocos pensaron que el mismo desarrollo tecnológico que alejó a la MI del centro de operaciones haya posibilitado que recobre un lugar preponderante dentro del escenario asistencial. Pero así es, no sólo porque las dos principales fortalezas del internista son precisamente la amplitud y la continuidad en el cuidado médico⁹, cualidades que permiten solventar los vacíos asistenciales mencionados, sino, además, porque está demostrado que el internista puede conseguir resultados similares a los de los subespecialistas, y a un menor costo, en la resolución de la mayor parte de las enfermedades, que requieren de una visión global y una menor especialización^{9,17}.

Los tiempos cambian y debemos adaptarnos a los requerimientos y situaciones sanitarias actuales. Cada necesidad ha moldeado siempre el perfil del profesional. Hace pocos años al buen internista se le exigía, como dice Goldman⁷, que maneje ventiladores y coloque catéteres arteriales pulmonares, que realice diálisis y punciones de médula ósea, que haga biopsias hepáticas y también del riñón; después de todo, si no lo hacía el internista, ¿entonces, quién? Claro, porque se esperaba que muchos internistas ejercieran en un medio en donde no se contaría con todo el rango de profesionales necesarios. Pero así como hoy en día a nadie se le ocurriría que estas

habilidades debieran ser parte de nuestra preparación, tampoco nadie debería dejar de reconocer que más allá de nuestra disposición generalista nos distinguimos por dos aspectos que son propios de nuestro ejercicio¹⁶:

1. El ser un experto en el tratamiento de pacientes con padecimientos avanzados y enfermedades que comprometen a varios órganos y sistemas, y 2. El estar capacitado para actuar como consultante frente a problemas difíciles o indiferenciados.

LA HISTORIA RECIENTE: NUEVOS RETOS

A la fragmentación de la especialidad se han sumado en décadas más recientes dos hechos, que, para Nolan, constituyen asimismo amenazas a la Medicina Interna: la Medicina Familiar y los médicos "hospitalistas".

La Atención Primaria (AP), aquella del primer contacto, continua, integral y coordinada que se ofrece a cualquier persona, sin distinción de edad ni sexo, ha tenido un desarrollo vertiginoso desde su nacimiento en 1978. Desde esa fecha casi todos los países del mundo han implementado reformas sanitarias que apuntan en esa dirección. Se presume que entre 75% y 85% de la población general, un grupo realmente muy numeroso, requiere únicamente servicios de AP dentro del período de un año²⁰. ¿Quién debe atenderla? Parece obvio que los médicos de atención primaria, pero aquí hay un problema de concepto: en Europa, el médico de AP es el *General Practitioner*, mientras que en América la definición es más amplia e incluye a internistas, pediatras, médicos generales y familiares¹⁹. Estos últimos, con una práctica que lamentablemente a los ojos de los administradores es indistinguible de la Medicina Interna⁷, han cultivado una ferviente pugna contra los internistas^{18,20}. Lejos de cualquier polémica, en la AP el adulto debe estar en manos del internista, no del médico familiar o subespecialista, porque el primero no tiene un entrenamiento tan extenso en el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos complejos asociados a la edad y enfermedades crónicas¹⁸, y el último provee una atención que es más costosa y que cuando está fuera de su área de experiencia es de menor calidad²¹.

Tengámoslo claro: es imprescindible que las subespecialidades continúen progresando y desarrollándose vigorosamente, pero ello necesariamente debe equilibrarse con un crecimiento paralelo en la Medicina Interna¹⁴. Una y otras son complementarias, y es posible que, como alguien ha expresado²², la mejor atención sea aquella que combina la "amplitud" de conocimientos del generalista, con la "profundidad" del subespecialista. De la misma manera, hay que cultivar el acercamiento a la medicina familiar y reconocer las ventajas que ella ofrece al sistema sanitario; pero sin olvidar que su objetivo es la resolución y la prevención de problemas médicos más generales y menos complejos dentro de los miembros de la familia²³.

Respecto a la atención del paciente hospitalizado, el sistema ideal es aquel que provee los mejores resultados con la mayor satisfacción y al menor costo posible. La AP mejoró la eficiencia en la consulta ambulatoria y la intención de hacer lo propio con la atención intrahospitalaria ha provocado el nacimiento del médico hospitalista. Por definición, este profesional es aquel que dedica al menos 25% de su horario a la atención de pacientes hospitalizados, que han sido enviados por su médico de consulta ambulatoria y adonde regresarán luego de su alta²⁴. El sistema es atractivo, pero hay objeciones e interrogantes sin respuesta: ¿el hospitalista debe ser un generalista o un

subespecialista?, ¿debe el hospitalista ser médico a tiempo completo o a tiempo parcial?, ¿puede simultáneamente ejercer actividades en consulta externa?, ¿es un sistema compartido, con generalistas y subespecialistas el mejor?^{24,25}. Solo una mayor experiencia y la evaluación sistemática determinarán la utilidad de esta modalidad asistencial, que aún se encuentra en fases iniciales y quizá experimentales.

¿DÓNDE SE DEBE UBICAR AL INTERNISTA?

Los cambios en la atención y ejercicio médicos han moldeado el perfil del internista. Al empezar el siglo XXI podemos afirmar que la especialidad ha madurado y adaptado a los requerimientos asistenciales contemporáneos, al punto que el internista puede ofrecer sus conocimientos y habilidades en cualesquiera de los tres niveles de atención.

En la atención primaria, además de la asistencia directa del paciente adulto, ofrece acciones de asesoría y supervisión del sistema y coordina acciones de enlace con los otros niveles de atención²⁶; conjuntamente con los médicos generales y familiares se dedica a servicios de promoción, prevención y rehabilitación de la salud²⁷.

En la atención secundaria el internista, aunque sirve fundamentalmente como un enlace entre la asistencia comunitaria y el hospital²⁷, puede optimizar la atención y los recursos; después de la atención del internista 30% de pacientes es devuelto a la AP, 25% se transfiere a un especialista terciario, 10% es hospitalizado directamente y 35% es diagnosticado y tratado por el internista en el lapso de unos pocos días²⁸; en la atención secundaria el internista continúa ofreciendo acciones preventivas y de rehabilitación y aporta con recursos diagnósticos y terapéuticos de mayor envergadura²⁶.

En la atención terciaria, generalmente hospitalaria, el internista interviene como coordinador entre las diferentes especialidades; tiene a su cargo el diagnóstico y tratamiento de casos críticos o complejos, de enfermedades multiorgánicas⁸, de enfermedades interdisciplinarias e indiferenciadas que rebasan el ámbito de una sola especialidad médica, como las enfermedades del mesenquima, vasculitis o sarcoidosis^{29,22}, las atenciones en emergencia y unidades de cuidados intensivos, áreas que requieren formación integral y amplias destrezas, y aporta con su juicio clínico para uso racional de tecnología²⁶.

Pero además de lo asistencial, en cada uno de los tres niveles el internista puede y debe participar en actividades docentes e investigativas, de una complejidad relacionada al nivel de atención¹⁰.

Para resumir: ¿dónde debe estar el médico internista? Pues allí, donde está el enfermo adulto.

UN FUTURO PROMISORIO. ÁREAS POR EXPLORAR

No hay duda que pronto los aportes del Proyecto Genoma y la biología molecular cambiarán muchos moldes diagnósticos y terapéuticos, y que los sistemas de atención de salud y la enseñanza médica sufrirán enormes transformaciones. Estos cambios nos exigirán una mayor competencia, pero también demandarán un permanente intento de

reencontrarnos con el paciente, a quien lo hemos perdido en los últimos peldaños del quehacer médico.

Si bien, como dice Goldman: *"es difícil hacer predicciones, sobre todo tratándose del futuro"*, cabe ejercitar nuestra imaginación para visualizar algunas áreas que el internista -si quiere estar a tono con el desarrollo y los nuevos requerimientos asistenciales- deberá conocerlas hasta ser un experto, y que serían las siguientes:

1) Profesionalismo/ética médica: Debemos cultivar la habilidad para actuar dentro de un marco de respeto, compasión e integridad con los pacientes, su familia y los colegas; para demostrar respeto frente a la diversidad sexual, cultural o religiosa; para adherirse a los principios de confidencialidad y consentimiento informado; y para reconocer e identificar deficiencias en nuestros pares, siempre anteponiendo los intereses del paciente a los del médico e intentando mejorar la relación entre ellos y nosotros^{9,16,28,30}.
2) Informática médica: Nos permitirá mejorar nuestras búsquedas de información y el acceso a la información científica; perfeccionar los registros de nuestros pacientes, las bases de datos, estadísticas y transferencias de información; brindar y recibir asistencia en situaciones difíciles, facilitar la relación con los colegas y disfrutar más el ejercicio de la profesión^{16,28}.
3) Medicina basada en la evidencia: nueva ciencia que debe pasar del escritorio a la cabecera del paciente²⁸.
4) Auditoría médica/evaluación: La evaluación de nuestra actividad es la única forma de que nuestra habilidad diagnóstica pueda beneficiarse de la propia experiencia previa⁹.
5) Administración de recursos/gestión administrativa: Frente a los limitados fondos disponibles hay una creciente presión para ejercer la medicina eficientemente. El uso apropiado de los recursos es la "próxima frontera" en medicina. La meta es obtener el máximo rendimiento al menor costo, trabajando de manera integrada con los demás miembros del equipo de salud^{9,16,28}.

CONCLUSIONES

Desde poco después de su nacimiento la Medicina Interna ha estado sujeta a una permanente revisión de los contenidos y objetivos. De ser el médico diagnosticador por excelencia, el internista ha pasado a ser el que brinde una visión holística e integral al paciente adulto, desde la prevención hasta la resolución de las situaciones más complejas. Es una especialidad dinámica que se ha mostrado extremadamente versátil para actuar con éxito en cualquier nivel de atención, sobreponerse a los retos y adaptarse a las nuevas exigencias asistenciales. Hoy, al iniciar el siglo XXI, es necesario incluir nuevas áreas curriculares, reforzar la campaña de concienciación comunitaria y fortalecer los conceptos de profesionalismo, con optimismo y la firme convicción de ser testigos de un verdadero renacer de la especialidad.

REFERENCIAS

1. BEAN W. Origin of the term "Internal Medicine". *New Eng J Med* 1983; 306: 182-3.
2. HILLEN HFP. Education and training in internal medicine in Europe. *Postgrad Med J* 2001; 77: 727-31.
[[Medline](#)]

3. GOLDMAN L. Adult (Not Internal) Medicine. *Ann Intern Med* 1997; 127: 835-6.
[[Medline](#)]
4. MOROS GHERSI C. La concepción fenomenológica en el origen del nombre Medicina Interna. Su proyección en el ejercicio actual de la especialidad. En: *El Médico Internista es el Médico del Adulto*. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Editado por los Drs. Luis Chacín Alvarez y Mario Ogni Cechini. Caracas, Venezuela, 2000; p 56-70.
5. GESENWAY D. What is internal medicine's future? *ACP Observer*. March, 1998.
6. ARNESON J, MCDONALD WJ. Can we educate the public about Internal Medicine? Initial Results. *Am J Med* 1998; 176: 1-5.
7. GOLDMAN L. The Name Game: Tradition and Change. *Am J Med* 2001; 110: 153-5.
[[Medline](#)]
8. CHACÍN L. Perspectiva histórica de la Medicina Interna. En: *Prevención y Medicina Interna*. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Editado por Drs. Luis Chacín Alvarez y Ramón Castro Alvarez. Caracas, Venezuela. 1998; p. 241-56.
9. KELLETT J. Internal medicine, back to the future of health care delivery. *European Journal of Internal Medicine* 2002; 13: 4-8.
10. LISSEN E. La medicina interna a debate: historia de una crisis y su recuperación. *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 142-7.
[[Medline](#)]
11. GOLDMAN L. Key Challenges Confronting Internal Medicine in the Early Twenty-first Century. *Am J Med* 2001; 110: 463-70.
[[Medline](#)]
12. SABAH D. La crisis de la medicina interna. *Rev Méd Chile* 1996; 124: 1524-7.
13. DURIS I, KINOVA S, MURÍN J. The concept of general internal medicine of the Slovak Society of Internal Medicine. *European Journal of Internal Medicine* 2000; 11: 174-6.
14. VALDIVIESO V. El internista, hoy. *Rev Méd Chile* 1995; 123: 641-5.
15. WEATHERALL DJ. Internal Medicine in the 21st Century: Introduction. *Journal of Internal Medicine* 2000; 247: 3-5.
[[Medline](#)]
16. AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. Position Paper. The Role of the Future General Internist Defined. *Ann Intern Med* 1994; 121: 616-22.

17. GARCÍA-PÁEZ JM. La Medicina Interna al final de un siglo. *Med Clin* (Barc) 1996; 106: 378-9.
[[Medline](#)]
18. NOLAN J. Internal Medicine in the Current Health Care Environment: A Need for Reaffirmation. *Ann Intern Med* 1998; 128: 857-62.
[[Medline](#)]
19. STARFIELD B. Is primary care essential? *The Lancet* 1994; 344: 1129-33.
20. SIMÓ J, GÁLVEZ J, MOROTE MV, PALAZÓN G. Especialistas en los centros de salud (I y II): una respuesta no enfatizada para una enfatización sin respuesta. *Med Clin* (Barc) 1997; 108: 44-5.
21. GABRIEL S. Primary Care: Specialists or Generalists. *Mayo Clin Proc* 1996; 71: 415-9.
[[Medline](#)]
22. SCOTT I, GREENBERG P. General internal medicine in Australia and New Zealand, a renaissance. *MJA* 1998; 168: 104-5.
23. KIMBALL H, YOUNG P. A Statement on the Generalist Physician From the American Boards of Family Practice and Internal Medicine. *JAMA* 1994; 271: 315-6.
[[Medline](#)]
24. WATCHER R. An Introduction to the Hospitalist Model. *Ann Intern Med* 1999; 130: 338-42.
25. WATCHER R, GOLMAN L. The Emerging Role of "Hospitalists" in the American Health Care System. *N Eng J Med* 1996; 335: 514-7.
26. CASTRO R. El futuro de la Medicina Interna. En: Prevención y Medicina Interna. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Op Cit. P 257-64.
27. PRADO R, WUANI H, MONTES DE OCA I, LÓPEZ JE, RAJOY A, OGNI M ET AL. Bases doctrinarias del perfil del médico internista. En: *Prevención y Medicina Interna*. Publicación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Op Cit. P 265-7.
28. VARELA N. Ejercicio de la Medicina Interna en Latinoamérica. Visión de un Médico Internista Chileno. *Medicina Interna* 2001; 17: 223-7.
29. MANRESA JM. El médico de atención primaria, el especialista, ¿y el internista? *Med Clin* (Barc) 1995; 105: 374-6.
[[Medline](#)]
30. AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Attending Physicians: Your role in evaluating residents. New Competences for Internal Medicine. Clinical Competence Program. Sep 2001 - Jun 2002. Disponible en: www.abim.org