

El ejercicio de la medicina interna en los albores del siglo XXI

PLUTARCO RIESGO VASQUEZ*

Resumen

La medicina interna, desde su gestación como especialidad hace poco más de un siglo, ha tenido un perfil sui generis que la mayoría de las veces ha resultado difícil de entender por los médicos mexicanos, a diferencia de los de Estados Unidos. El ir adecuando el perfil profesional de la especialidad a las demandas de la sociedad civil es una necesidad que no puede soslayarse, so pena de perder vigencia, y con el riesgo permanente de desaparecer. Las transformaciones que en los Estados Unidos de América se están implementando y sus repercusiones en nuestro entorno deben ser analizadas. Se propone un modelo de ejercicio de la especialidad, que sin tocar su tradicional papel como especialidad de segundo nivel, amplíe su base de sustentación a los cuidados primarios, en vez de la actual tendencia a dirigirlo a las subespecialidades de tercer nivel.

PALABRAS CLAVE: MEDICINA INTERNA, GENERALISMO, ATENCIÓN PRIMARIA.

Summary

Since it's birth as specialty, back more then a century ago, internal medicine profile has been sui generis, sometimes hard to understand to the Mexican Medicine Professional, on the contrary to our American colleague. The transformation of the professional rol of this specialty to meet the needs that civil society demands is so imperative, that we can no longer avoid our responsibility without facing the risk of vanishing. An analysis of the changes occurring in the USA, and the side effects in our environment was made. We propose a model for the specialty performance that keeping it's traditional rol as a second level specialty, spread it's influence to the primary care, instead of the actual trend toward the third level subspecialties.

KEY WORDS: INTERNAL MEDICINE, GENERALISM, PRIMARY CARE.

*Departamento de Medicina Interna, Centro Médico del Noroeste. Instituto Mexicano del Seguro Social. Chihuahua # 120 norte entre-Allende e Hidalgo, Ciudad Obregón, Sonora, 85010, México.

El ejercicio de la medicina ha mostrado cambios tan rápidos y notables en el presente siglo que con seguridad habrían dejado estupefactos a los médicos practicantes de la última década del siglo XIX.

Los avances en el conocimiento en los mecanismos de las enfermedades, los adelantos en las modalidades de los apoyos diagnósticos y la eficacia de gran parte de las alternativas terapéuticas actuales hubieran sido un sueño para nuestros abuelos.

Este cambio vertiginoso que la medicina experimenta es parte de un proceso generalizado en el que el hombre moderno se desenvuelve, y al cual, poco a poco, se le ha tomado como un evento natural y común. Esta ruptura de la inercia que caracterizó a tiempos no muy remotos ha traído consigo desajustes en el proceso de adaptación, debido a que la velocidad del proceso renovador es mayor que aquel. El famoso shock del futuro, que magistralmente describió Toffler.

Este progreso científico y tecnológico ha repercutido en forma definitiva en la manera de ver la vida del hombre moderno, trastocando valores que el cambio pareciera cuestionar. La práctica de la medicina, que siempre se había caracterizado por una relación médico/enfermo estrecha, tenía en ello un enorme sustento terapéutico (el poder curativo del médico mismo), tal vez porque antaño, la carencia de recursos diagnósticos y terapéuticos y la ya evidente escasa eficacia de algunos de ellos, obligaban al profesional de la medicina a utilizar la empatía, la confianza y no pocas veces, su palabra, casi como dogma de fe, como su arma principal para brindar ayuda al hombre enfermo. Los avances referidos previamente produjeron un cambio importante en las actitudes del enfermo, empezando por la de no concebir la atención médica como una dádiva, sino como un derecho ganado a pulso, el cual ahora exige. La demanda de tener acceso a los progresos fue cada vez mayor y la sociedad facilitó el camino para satisfacerla a través de diversas vías sociopolíticas.

Ofrecer una atención caracterizada por la vieja y tradicional relación entre el paciente y el médico llegó a parecer poca cosa y la importancia comenzó a centrarse en proporcionar la infraestructura que el progreso exigía. Surgió así la especialización, luego la subspecialización y ahora la super y ultraspecialización en la atención médica.

En la segunda mitad de este siglo, parte de la sociedad inició un movimiento de reacción, debido al costo excesivo que en todos los órdenes traía consigo el progreso (costo social, económico, cultural y político). El conocimiento de la estructura y función de los órganos, tejidos, células y moléculas distrajo la atención, por un momento, del hombre en su contexto integral y humano.

Esta crisis continúa vigente hasta el momento y es la razón de esta reflexión que pretende proponer una alternativa -de varias posibles- que permita lograr un equilibrio entre las fuerzas en pugna. El advenimiento de un nuevo milenio exige definir posiciones para hacerle frente y evitar sucumbir en el proceso. El adaptarse para el cambio exige que se implementen ajustes -educativos y operativos- que permitan la vigencia en la razón de existir y, a la vez, brinden la posibilidad de continuar cambiando al ritmo que las circunstancias lo demanden. La medicina interna, como todo, deberá afrontar este reto.

El Consejo Mexicano de Medicina Interna, ha definido al internista como "el ESPECIALISTA en la atención integral de pacientes ADULTOS con enfermedades de ALTA PREVALENCIA, con preparación formal para realizar acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico con el apoyo de los recursos tecnológicos disponibles y con fundamento en el conocimiento que tiene de la historia natural y de la fisiopatología de las enfermedades, independientemente de la localización del padecimiento en los distintos órganos, aparatos y sistemas, con dominio en las interrelaciones entre distintas enfermedades, de las interacciones de diferentes tratamientos y con criterio para solicitar la participación de otros especialistas cuando el caso lo requiera"¹.

Se ha dicho que el hombre es un todo integrado, y no tan solo la suma de sus partes y que, cuando enferma, no lo hace por especialidades, ya que la lesión de un órgano:

- *) Da lugar a respuestas generales del organismo.
- *) Puede ser la manifestación de un problema general.
- *) A menudo concurre con la de varios órganos simultáneamente.
- *) Propicia un tratamiento de un órgano que repercute en el resto del organismo.
- *) Puede acompañarse de varios problemas médicos simultáneos.

De lo anterior podría concluirse que el abordaje del hombre enfermo no siempre puede ser resuelto por un subspecialista en un determinado campo de la medicina interna, y que la alternativa de manejo por un equipo de ellos, puede no ser la idónea².

Entender el papel del internista ha sido difícil para la sociedad, el del pediatra por ejemplo, se capta perfectamente. Es muy bien aceptada la existencia de un especialista en esta época de la vida, la infancia. No resulta problemático justificar que haya médicos que circunscriban su práctica a la atención de niños con un enfoque integrador. La fragmentación de la pediatría en sus diferentes subspecialidades por aparatos y sistemas (cardiología pediátrica, gastroenterología pediátrica, etc.), o en sus diferentes grupos de edad (neonatología), a diferencia del

fenómeno que ocurre con las subespecialidades de la medicina interna, paradójicamente ha resultado de difícil introducción fuera del ámbito académico. Los padres siguen buscando inicialmente al pediatra (me refiero al pediatra general, al “especialista en niños”), y sólo ocasionalmente y en forma secundaria acuden al subespecialista pediátrico. En este proceso, es el pediatra general, en su papel de “médico personal” del niño, quien refiere a los otros médicos los casos de baja prevalencia o aquellos en los que tiene escasa o nula experiencia o entrenamiento.

La definición del internista como el “especialista en adultos”, implica el riesgo de confundirlo con el médico general o el médico familiar, quien ha sido por tradición, el médico de “los grandes” de la familia. Existen, sin embargo, importantes diferencias entre uno y otro. Jinch considera que el internista se diferencia del médico general en que sacrifica la extensión en aras de la profundidad, conoce a fondo y maneja con habilidad problemas más complejos e intrincados⁵. El internista, aunque con frecuencia los diagnostica y puede colaborar en su manejo, no puede abordar los problemas quirúrgicos porque salen de su esfera resolutiva y su práctica no incluye niños⁶. Otra diferencia fundamental consiste en la capacidad del internista para la atención intrahospitalaria cuando la problemática del enfermo así lo requiere, con base en las características de su proceso formativo⁷.

Hoy por hoy, en nuestro medio, persiste la costumbre, tanto por parte de los médicos generales cuando refieren, como por el enfermo adulto cuando es él quien decide, de acudir de primera instancia con los subespecialistas de rama (cardiólogo, neumólogo, endocrinólogo, etc.), en vez de hacerlo con el especialista troncal, el internista. Este desconocimiento del perfil profesional del internista, que ocurre incluso en muchos médicos (no se diga por parte de la sociedad civil), ha generado un patrón de práctica muy particular para la especialidad, sobre todo en la medicina institucional de donde se ha ramificado a otros ámbitos, definible por cuatro características⁸:

- *) La atención de pacientes viejos.
- *) El estudio de casos dudosos.
- *) El manejo de pacientes complicados.
- *) La atención de enfermos abandonados que son rechazados por otras subespecialidades.

Con cierta frecuencia se asocia a la medicina interna con la práctica de la geriatría. El internista puede, ciertamente, atender pacientes geriátricos pero este no es su único campo de acción. Limitarlo así sería, siguiendo la analogía previa con la pediatría, como circunscribir la práctica de éstos sólo a los recién nacidos, en vez del amplio campo de toda la infancia. El internista tampoco es un “rarólogo” o un supermédico, con la suma de los

conocimientos y habilidades del infectólogo, hematólogo, nefrólogo, etc. El internista es un “frecuentólogo” por definición, ya que la patología prevalente del adulto, independientemente de su localización como centro de su atención, es el elemento distintivo que lo diferencia del subespecialista de rama.⁴ De acuerdo con Peguignot, hay cierto número de problemas diagnósticos que no entran en una categoría diagnóstica especial definible a priori. La medicina interna engloba un cierto número de problemas que podrían llamarse “problemas de táctica médica”, por ejemplo, la actitud frente a una fiebre de origen desconocido, un ataque al estado general sin otra complicación, una pérdida de peso, etc. Se puede hacer así una lista de problemas generales de orientación médica que la medicina interna maneja con estrategias que le son propias; pero, nuevamente, no es ésta su única función⁹.

El internista se sitúa en un plano intermedio cuando se afirma que intenta unir la profundidad del subespecialista con la visión panorámica del médico general. El hecho de que la medicina interna se haya transformado en el receptáculo de pacientes rechazados por otras subespecialidades es un fenómeno complejo que ha generado frustración e impotencia que requiere estrategias firmes y precisas para revertirlo⁶⁻¹¹.

El papel del internista como médico de primer contacto, combinado con el tradicional de médico consultor, al igual que otras de sus funciones dentro del ámbito académico, ha sido recientemente revisado.¹²⁻¹⁴ Esta tendencia, de capital importancia en los Estados Unidos de América, goza de todas nuestras simpatías y sobre ella pretendemos encaminarnos. Dicha corriente pretende ubicar la práctica de la medicina interna en tiempos de crisis, donde los “generalistas” (internistas, pediatras y médicos familiares) parecieran obsoletos, frente a una medicina cada vez más técnica e intervencionista en la cual la ejecución de procedimientos pareciera ser la única razón del acto médico.

Para contrarrestar esta crisis se pretende fomentar un modelo de atención donde el contacto con el paciente tenga como elemento central una estrecha relación médico/enfermo que permita utilizar elementos propios de la atención primaria como son: amplitud de servicios (promoción y mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad e incapacidad, cuidados durante las fases aguda y crónica de la enfermedad, tomando en cuenta factores físicos, emocionales, sociales, culturales, económicos y ambientales que puedan afectar al paciente); continuidad (seguimiento del paciente en la salud y en la enfermedad) disponibilidad, accesibilidad (atención tanto ambulatoria como hospitalaria) y coordinación.

Si algunos piensan que puede concebirse un internista que, sin dejar de serlo, pueda a la vez ser un subespecialista con un dominio técnico-médico en alguna área de la patología del adulto (el internista-subespecialista)², la concepción en el otro sentido, resulta igualmente posible y paradigmática: el internista-generalista.^{8,13,14}

Es necesario, sin embargo, no engañarse y no dejar de mantener en perspectiva que las actuales evidencias colocan en desventaja al generalista frente al subespecialista-técnico-intervencionista, pues la modernidad pareciera apuntar en esta última dirección como modelo prevalente de atención.^{7,15-17} A pesar de lo anterior, existen argumentos y razones de gran peso que permiten abrigar esperanzas para los primeros, en este cada vez más fuerte movimiento renacentista.¹⁸⁻²⁰ La necesidad es urgente, como lo asevera la reseña de la casa editorial traductora al español de la obra de Norbert Bensaid, uno de los teóricos de este movimiento, al manifestar que los generalistas corren el peligro de desaparecer. Así lo demuestran las estadísticas, las experiencias de los enfermos y de los médicos. Todo contribuye a agravar el problema: la desvalorización académica, económica y social que sitúa al generalista en el último escalón de la jerarquía médica; la formación de los estudiantes que apunta a convertirlos en técnicos limitados, en ingenieros de la salud. Se manifiesta en todo: los estudiantes se alejan de una práctica para la cual nada los prepara, e incluso los médicos en ejercicio la abandonan para orientarse hacia especialidades más gloriosas y rentables. Todo viene a justificar esta situación: la complejidad cada vez más acentuada de la ciencia médica, la imposibilidad de saberlo todo. Y todos son cómplices del asunto: los poderes públicos, las organizaciones médicas, los partidos políticos, los sindicatos obreros, los medios masivos.²¹

Los problemas que la tendencia a la ultraspecialización manifiesta (costo excesivo, escasa accesibilidad, informalidad creciente por parte de la sociedad civil, el fomento de charlatanes, insatisfacción de médicos y pacientes, etc.)¹⁹, están propiciando el retorno a modelos de práctica como el que defendemos. El ejercicio de la medicina interna tiene que ajustarse a los cambios que la profesión viene manifestando desde hace algún tiempo, ejecutando transformaciones para cumplir con las demandas que la sociedad le impone. Estos cambios sobresalientes dentro del proceso que la práctica médica está manifestando (disminución de los días de estancia hospitalaria, uso cada vez mayor de unidades de cuidado intensivo, admisiones exclusivamente para realización de procedimientos específicos, la transformación de los hospitales en instituciones quirúrgicas y el uso frecuente del ambiente ambulatorio como sitio de decisiones diagnósticas y terapéuticas), son signos que deben ser tomados muy en

cuenta.¹⁸ Si después de poco más de un siglo de existir como especialidad, la medicina interna ha tenido como entorno natural para su desempeño las salas de hospitalización, por difícil que pueda resultarles a algunos, para continuar vigentes, los internistas generales, deben comenzar a dirigir la mirada hacia afuera del hospital, y entender que ya no es posible perpetuar modelos de práctica obsoletos e inoperantes para los tiempos actuales.²² Los servicios de medicina interna tienen asegurada su permanencia y vigencia en la estructura hospitalaria^{12,23} -hecho también difícil de entender para no pocos-, sólo que el *modus operandi* deberá ajustarse a las características que el ambiente demande. Los dinosaurios no lo entendieron y hoy sus esqueletos se exhiben en preciosos museos como muestras de seres incapaces de evolucionar, protagonistas de tiempos pasados que jamás volverán.

El internista general en el siglo XXI, continuará proporcionando predominantemente cuidados de segundo nivel, pero las evidencias sugieren que tendrá en los cuidados primarios, más que en los de tercer nivel, su salvaguarda en el terreno asistencial, tanto en la medicina liberal como en la institucional. Por lo que toca al ambiente académico, muy posiblemente se consolidarán los tres modelos de desarrollo profesional que en la actualidad en el área se están gestando. Si bien no excluyentes el uno del otro, al menos serán preponderantes: a) el clínico-educador, b) el clínico-investigador, c) el clínico-administrador.

El internista académico del futuro, como educador, será el indicado para formar generaciones de médicos jóvenes, tanto en pre como en postgrado, en los objetivos de aprendizaje propios de la medicina interna, los cuales constituyen el sustento metodológico que caracteriza a la especialidad: obtención y registro de la información clínica, formulación apropiada de hipótesis diagnósticas, uso racional de pruebas diagnósticas, toma oportuna de decisiones apropiadas, ejecución eficiente de procedimientos, análisis de los efectos del manejo y la jerarquización apropiada de los problemas clínicos del paciente.²⁴

Como investigador, deberá desarrollar líneas de investigación congruentes con su función y que, en forma secundaria le generen presencia científica. Las tendencias actuales con mucha seguridad serán las que prevalecerán: geriatría, medicina preventiva y ocupacional, epidemiología clínica, educación médica, utilización apropiada de los servicios de salud, economía médica, análisis y toma de decisiones clínicas, farmacología clínica, sistemas de información y computación, ética médica, medicina psicosocial, políticas de salud, estudios clínicos observacionales, ensayos clínicos controlados, y en algunos casos hasta ciencias básicas de laboratorio.²⁵

Como administrador, su formación como generalista, al proporcionarle una visión panorámica del proceso salud/enfermedad, será un elemento muy favorable que le permita ejecutar acciones eficaces que logren depurar los elementos burocráticos que hasta la fecha caracterizan los aspectos médico/administrativos.²⁶ Para hacer frente a semejantes desafíos, la medicina interna como especialidad generalista, tendrá que adecuar sus planes de estudio y cargas curriculares para obtener un perfil que reúna en el egresado, los conocimientos, actitudes y destrezas necesarias, tanto en la residencia, como en programas posteriores que le generen la obtención de mayores grados académicos (maestrías y doctorados) o niveles de certificación que le permitan, a su vez, cumplir con su función, tanto frente al enfermo, como dentro del más estricto y riguroso ambiente académico y científico.

Así, es necesario fortalecer el papel del generalista/conceptualista frente al médico especialista/intervencionista. Urge su reivindicación. Las propuestas de solución son varias y se han expresado en muchas ocasiones y desde hace mucho tiempo.^{18,27,28} Al respecto no resulta sorprendente que el primer número del año de 1991 de la prestigiada revista *Annals of Internal Medicine*, lo dedique en su totalidad al análisis de los problemas que la especialidad enfrenta en la actualidad.²⁹ Diferir el combate eficaz trae consigo riesgos temibles: un decremento gradual en la inscripción en las especialidades médicas afectadas y un proceso de selección natural mediante el cual sean los menos calificados los que opten por este tipo de práctica. En nuestras actuales condiciones, el saldo puede ser de graves consecuencias. Los primeros pasos se están dando ya en los Estados Unidos de América, predominantemente en el ambiente académico, y comienza a notarse su influencia en la búsqueda de satisfactores por parte de la sociedad civil al procurar cuidado en la salud de sus miembros; más falta aún mucho terreno que recuperar. Si bien la realidad médica entre los Estados Unidos de América y México es notablemente diferente, la probabilidad de un eventual tratado de libre comercio entre ambos países que operará como un elemento coyuntural, sumada a la hegemonía del modelo que busca en la sub y ultraspecialización la vía idónea para la atención del individuo enfermo, fenómeno que nos ha invadido en las últimas tres décadas, hace que la preocupación por revertir este modelo y sus consecuencias, no nos sea del todo ajena.

El Departamento de Medicina Interna del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social, ha descrito los pilares sobre los que se sustenta la medicina interna en dicho hospital.³⁰

*) La atención médica integral, más que la fragmentaria.

*) El aprovechamiento de los recursos psicomotores del médico, más que de los apoyos tecnológicos complejos.

*) La preeminencia de un método, más que un simple cuerpo de conocimientos amplios.

*) La colaboración entre médicos, más que la competencia entre ellos.

*) La complementariedad de las acciones médicas, más que las jerarquías académicas artificiosas entre especialidades y subespecialidades.

*) La certeza de que la medicina es una sola disciplina, más que la adición algebraica de subespecialidades, en un medio en el que por el tipo de trabajo altamente especializado, se tiene el peligro de caer en la deshumanización, en la visión parcial olvidando el todo, en el abuso de la tecnología, en la lucha estéril por la supremacía académica y en olvidar los fundamentos básicos de la medicina.

Lo anterior, sumado a los postulados que la *Society of General Internal Medicine* pretende al fortalecer la especialidad y sus funciones con estudios de calidad de la atención, promoción de la salud y prevención de las enfermedades, análisis de costo/efectividad, de las interacciones entre médico y enfermo y de la educación médica,²⁵ constituyen el paradigma que perseguimos todos los que compartimos las mismas ideas y marcan el tipo de relación que pensamos debe existir entre el internista y sus compañeros subespecialistas de rama, los de áreas quirúrgicas y sus pacientes.

Referencias

1. Consejo Mexicano de Medicina Interna. Reglamento de Certificación y Recertificación. México D.F., 1989.
2. Jinich H. El perfil del internista. En: Jinich H. (ed). Tratado de medicina interna. México D.F.: El Manual Moderno, 1987:8.
3. Ramiro HM. Perfil del internista. *Rev Med Intern (Mex)* 1987;3:5.
4. Lifshitz GA. ¿Qué es el internista?. *Bol Med Intern (HG-CMN-IMSS)* 1986;2(2-4).
5. Peguignot H. ¿Puede definirse científicamente el campo de la medicina interna?. (Versión en mimeógrafo, sin fecha).
6. Wahls TL, Stone RA, Olson KA. General internal medicine practice trends in large multispecialty clinics. *J Gen Intern Med* 1991;6:103.
7. McCarty DJ. Why are today's medical students choosing high technology specialties over internal medicine?. *N Engl J Med* 1987;317:567.
8. Goldman L. Declining interest in internal medicine. *SGIM News* 1991;14:2.

9. Daftary AV. Primary care internal medicine. *Ann Intern Med* 190;112:884.
10. Hershey CO, McAloon MH, Bertram DA. The new medical practice environment: internist's view of the future. *Arch Intern Med* 1989;149:1745.
11. Riesgo VP. Medicina interna: en busca del arca perdida. *Rev Med Intern (Mex)* 1991;7:35.
12. Friedman RH, Pozen JT, Rosencrans AL, Eisenberg JM, Gertman PM. General internal medicine units in academical medical centers: their emergence and functions. *Ann Intern Med* 1982;96:233.
13. Eisenberg JM. Sculpture of a new academic discipline four faces of academic general internal medicine. *Am J Med* 1985;78:283.
14. Lipkin M, Levinson W, Barker R, Kern D, Burke W, Noble J, Wartman S, Delbanco TL. Primary care internal medicine: a challenging career choice for the 1990's. *Ann Intern Med* 1990;112:371.
15. Díaz-Jouanen E. La educación para la reumatología en México. En: Formación y demanda en reumatología, investigación y futuro. Un ejemplo: osteoartritis. Centro de Comunicación Médica Ciba-Geigy. 1990:9.
16. Díaz-Jouanen E. Las especialidades médicas. Papel de las instituciones educativas y de las instituciones de salud *Gac Med Mex* 1990;126:25.
17. Kletke PR, Schleiter MK, Tarlov AR. Changes in the supply of internist: the internal medicine population from 1978 to 1998. *Ann Intern Med* 1987;107:93.
18. Schroeder SA, Showstack JA, Gerbert B. Residency training in internal medicine: time for a change?. *Ann Intern Med* 1986;104:554.
19. Jinich H. Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos de América. *Gac Med Mex* 1990;126:72.
20. Almada BI. Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad. *Nexos* 1990;149:63.
21. Bensaïd N. La consulta médica. México DF: Siglo XXI, 1976.
22. Kantor SM, Griner PF. Educational needs in general internal medicine as perceived by prior residents. *J Med Educ* 1981;56:748.
23. Karpf M, Kapoor W, Levey GS. Development of a central division of general internal medicine. *Acad Med* 1989;64:326.
24. Viniegra VL. La enseñanza de la medicina interna. En: Uribe M (ed). *Tratado de Medicina Interna*. México DF: Ed. Médica Panamericana, 1989:2815.
25. Society of General Internal Medicine. *Directory of primary care internal medicine residency and fellowship training programs*. Washington DC, 1990.
26. Fletcher RH. On the need for a high-level generalist. *SGIM News* 1992;15:2.
27. Lifshitz GA, Laredo SF. El futuro de la medicina interna en México. *Rev Med Intern (Méx)* 1987;3:10.
28. White KL. The general physician: past and future. *J Gen Intern Med* 1990;5:516.
29. The state of internal medicine 1991. *Ann Intern Med* 1991;114 .
30. Lifshitz GA. La medicina interna en el Centro Médico Nacional. *Rev Med IMSS (Méx)* 1986;24:416.