

## Estado actual de la medicina interna

Pablo Robles

---

Para comprender el estado actual de la medicina interna es necesario partir de un análisis del momento contemporáneo que vive el mundo de esta década de los 90 y al final del siglo XX, época durante la cual se ha dado un nivel de conocimientos científicos más alto que en todos los siglos anteriores. En este siglo el poder del hombre no sólo superó la gravedad al poder volar y recorrer distancias enormes en minutos, sino que la comunicación vía satélite hizo realidad la aldea global, y ocurrieron sorprendentes cambios sociopolíticos, como la globalización de la economía, además hicieron su aparición la informática y el cerebro y la inteligencia artificial, la manipulación genética y los adelantos de la biología molecular, el avance vertiginoso del conocimiento, la superespecialización, la imagenología revolucionaria, la medicina y la instrumentalización del ser humano a través del cateterismo angiográfico y endoscópico, los formidables medicamentos y la aparición de nuevos paradigmas que rompen los esquemas de siglos de tradición.

Uno de estos paradigmas toca a la medicina y le da preponderancia a la salud sobre la enfermedad modificando la concepción del proceso salud-enfermedad, lo cual conlleva a nuevos medios, estrategias y políticas en la prestación de los servicios de salud y redefine el perfil ocupacional y profesional del médico y por ende del internista, tema que nos ocupa en la presente exposición.

Enfatizando en el sector salud, no hay dudas de que la conceptualización del proceso salud-enfer-

medad superando el modelo predominante biologista por el biopsicosocial y ecológico-conductual, a donde el individualismo, lo unicausal, lo curativista, lo raro, superespecializado y sobre todo la tomatización del cuerpo humano en contra de lo integral favoreciendo la subespecialización, ha venido siendo superado por lo universal, lo integral, lo ambulatorio, lo preventivo, el trabajo en equipo e interdisciplinario, la pluricausalidad e interacción entre los factores, el enfoque de riesgos, la importancia de la conducta humana o el comportamiento, lo ecológico, cultural, económico y social, todo lo anterior ha rebasado el concepto de la enfermedad con base en causa-efecto y a la superfisicalidad de los desequilibrios físico-químicos como causantes exclusivos de ella. De la misma manera las patologías habituales, de causas desconocidas y por interacción de factores, no curables y de presentación crónica hacen que el arte del diagnóstico no sea lo fundamental y que el reto a su manejo y modulación en su historia natural ocupe la razón de ser del ejercicio profesional, en donde el médico es uno de los miembros de un equipo a participar en su ejecución y control. Agregado a lo anterior, los altísimos costos en la atención médica con resultados no siempre satisfactorios por los enunciados anteriores, y los cambios políticos con las reformas de la prestación de los servicios de salud.

La medicina interna como especialidad de la medicina no puede estar ajena a su entorno y es así como se ha visto envuelta en una verdadera crisis y enfrentada a dos comentarios: la medicina interna general vs la medicina interna sub o hiperespecializada. Crisis que se vive en el interior de los departamentos de medicina interna al enfrentar estas dos conceptualizaciones: generalistas vs subespecialistas y crisis desde el

---

Dr. Pablo Robles Vergara: Profesor Titular. Medicina Interna. Universidad de Antioquia, Medellín.

Este artículo fue presentado como conferencia en el simposio "Presente y Futuro de la Medicina Interna" durante el XIII Congreso Colombiano de Medicina Interna. Medellín. 24 a 28 de septiembre de 1994.

Solicitud de Separatas al Dr. Robles.

exterior cuando para la comunidad y los servicios de salud requieren cada día menos de los grandes centros hospitalarios y demandan servicios ambulatorios a donde lo cotidiano son las patologías comunes y corrientes y en su manejo rompen los esquemas tradicionales del departamento de medicina interna actual. En Colombia, país en desarrollo y dependiente económica y culturalmente, además de los factores universales anotados, las nuevas leyes de organización al sistema nacional de salud y la reforma a la seguridad social, la proletarización del gremio médico, la desaparición de la medicina privada y la avalancha de la medicina prepagada agravan la situación del clínico al ver disminuidos progresivamente sus ingresos y el deterioro de su prestigio profesional.

En el panorama descrito la medicina interna puede ser vista desde la perspectiva de la investigación, lo académico y asistencial, funciones entrelazadas y sobrepuestas que todo internista en mayor o menor grado debe desarrollar en su sitio de trabajo.

Desde lo investigativo predomina el modelo de "investigación tradicional clínica" en pacientes hospitalizados, de patologías no comunes, efectuadas en grandes centros habitualmente de nivel terciario, con las enfermedades "de moda", con pocos estudios epidemiológicos clínicos y donde lo preferencial sería lo precoz y modificable y de pacientes ambulatorios. En nuestro medio la investigación corriente es la presentación a congresos como el actual, sin líneas de investigación institucional por los departamentos y de dudosa validez científica. En los últimos años han proliferado los estudios clínicos patrocinados por las casas farmacéuticas que ponen en tela de juicio el rigorismo científico y ético.

En lo académico, la pérdida de la identidad es la fachada de la crisis, donde el litigio generalistas vs subespecialistas es, más manifiesto con predominio de los últimos y la casi extinción de los primeros. La falta de comunicación en los mismos departamentos con verdaderas "repúblicas independientes" por algunas subespecialidades. El concepto parcializado del paciente aún en las

interconsultas y su lógico deterioro en su manejo al perder la integralidad, favoreciendo la deshumanización y aumentando los costos. La pérdida de liderazgo de los departamentos de medicina interna en la educación de pregrado tanto en semiología como en medicina interna para estudiantes e internos. El alejamiento de los estudiantes de medicina de los departamentos de medicina interna por servicios subespecializados con patologías "raras" para el médico general y la no infrecuente poca aceptación del subespecialista por el estudiante de pregrado han causado una imagen negativa de la medicina interna en el estudiante y el médico general.

Esta crisis se refleja en el posgrado en curriculum desactualizados y rígidos, en pacientes internados, patologías raras, críticamente enfermos. no capacitando para el manejo ambulatorio y el trabajo en equipo, poca o nula conciencia investigadora y alejado de la práctica real bajo condiciones de trabajo diferentes, estimulando la subespecialización, sin contacto con la comunidad, ni con experiencias preventivas ni de enfoque de riesgos, ni con grupos de edad importantes como adolescentes, mujeres menopáusicas, ancianos, manejo en la casa, estados terminales, terapia del dolor crónico y sin conocimientos de ginecología, oftalmología, oncología, psiquiatría, etc.

Los departamentos de medicina interna en los grandes centros universitarios se han debilitado y en nuestro medio por la violencia, el trauma y la cirugía han sustituido a las numerosas y crecientes camas cerradas de nuestros servicios. El atraso de tecnología es lo común.

Necio sería desconocer el importante impulso dado por las subespecialidades al desarrollo del conocimiento científico y de los servicios y a la formación del recurso humano especializado.

En lo asistencial. tal vez en nuestro medio el internista general conserva su perfil ocupacional y profesional en los hospitales regionales en donde enfrenta la gran mayoría de las patologías habituales y en algunos casos el internista ha profundizado en un área determinada como la cardiología, endoscopia, reumatología, etc., ante la carencia

de subespecialistas da respuestas a estas necesidades concretas de la comunidad. Pero es en el consultorio en donde quizá mejor mantiene su identidad, en ocasiones confundido por la comunidad como "interno", "médico general" a veces en competencia con el subespecialista que ejerce la medicina interna general.

La medicina interna actualmente se debate entre quienes manejan y ejercen la instrumentación médica y el clínico puro, con la consiguiente desventaja de "desprestigio médico y social" y la enorme diferencia económica que ha llevado al clínico a sentirse "insatisfecho" en su ejercicio por el tipo de trabajo, riesgo de exposición a enfermedades, remuneración precaria, manejo de pacientes no recuperables, etc. Lo anterior ha sido ampliamente difundido en varios países y es conocida la disminución de los aspirantes a residencias en áreas clínicas en USA en los últimos años. En la Universidad de Antioquia hemos observado el siguiente comportamiento de aspirantes a medicina interna:

1986	42 aspirantes	1991	34 aspirantes
1987	44 aspirantes	1992	30 aspirantes
1988	43 aspirantes	1993	36 aspirantes
1989	37 aspirantes	1994	35 aspirantes
1990	30 aspirantes		

Aunque las inscripciones en general para todas las especialidades aumentaron en un 37% durante este período, para medicina interna disminuyeron en un 17%, igualmente en las convocatorias para llenar vacantes para profesores se presentan tres y cuatro aspirantes máximos en contraste con épocas pasadas, cargos que eran supremamente apetecidos y competidos.

El acaparamiento del mercado de trabajo por las empresas de medicina prepagada ha agravado la situación económica de los clínicos y su tipo de trabajo. Estas compañías reconocen con igual remuneración a una visita hospitalaria que a un manejo durante una noche de una acidosis diabética o un infarto de miocardio. Hay una gran diferencia entre el reconocimiento a áreas de instrumentación o quirúrgicas a las clínicas. Es notorio y catastrófico el abandono del gremio.

tanto científico como sindical, a los internistas.

En este panorama que hemos descrito, aparentemente desolador y de "crisis", palabra que también significa oportunidad, vislumbramos en el futuro cambios. El siglo XXI se prevé que será el de síntesis, se mira hacia lo integral, lo holístico y allí el generalista jugará un papel importante y definitivo. Lo ambulatorio, el cuidado primario, al diagnóstico precoz, lo preventivo, el trabajo en salud, son áreas que se nos ofrecen donde podemos ejercer a plenitud nuestra especialidad. El futuro nos encamina en esta dirección. Estamos en mora de corregir el rumbo de nuestro curriculum. El reclamo reciente y progresivo de los médicos generales y de los estudiantes de medicina por aprender la clínica, la demanda de las comunidades y de los servicios de salud es el mejor aliciente a nuestra presencia en el mundo médico.

La clínica actual aunque en crisis, sobrevive. Asistiremos al renacimiento de la clínica. Dios salve a la clínica.

## CONCLUSIONES

1. La medicina interna sufre una "crisis de identidad" entre generalistas vs subespecialistas.
2. Hay "desmotivación" e "insatisfacción" en los clínicos.
3. Los departamentos de medicina interna han perdido liderazgo académico.
4. Debemos reforzar la actitud investigadora.
5. El modelo subespecializado está en crisis.
6. La clínica requiere reorientación.
7. Se necesita un cambio generacional.

## REFERENCIAS

1. Conclusiones del Seminario-Taller sobre enseñanza de la Medicina interna en Colombia. *Acta Med Colomb* 1984; **9**: 316-318.
2. **Chalem F.** Presente y futuro de la Medicina interna en Colombia. *Acta Med Colomb* 1988; **13**: 167-171.
3. **Mora JM.** Algunas consideraciones sobre la identidad del internista. *Acta Med Colomb* 1988; **13**: 175-178.
4. **MyerburgR.** Departments of Medical Specialities-asolution forthe vivergent missions of Internal Medicine? *New Eng J Med* 1994; **330**: 1453-1456.
5. **Brawnwald E.** Subspecialist and Internal Medicine: a Perspective. *Ann Intern Med* 1991; **114**: 76-78.
6. **Robles P, Batista E, Hoyos D.** Actitudes ante la Medicina General y los Estudios de Posgrado, tipos de estudiantes y modelos pedagógicos en la Facultad de Medicina. Editorial Universidad de Antioquia 1987.
7. **Robles P.** Necesidad de Nuevos Modelos de Salud. Editorial. IATREIA 1992; **5**: 5.

8. **Glickman R, Bennet JC, Nulan J, Stobo J, Rubenstein A, Terwilliger S.** Activism in Academic Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1992;**117**: 259-260.
9. **Petersdorf RG, Goitein.** The future of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1993;**119**: 1130-1137.
10. **Rivo ML.** Internal Medicine and the journey to Medical generalism. *Ann Intern Med.* 1993; **119**: 146-152.
11. **Fichmer RH, Flecher SW.** Intern Medicine: Whole or in Pieces? *Ann Intern Med* 1991; **115**: 978-979.
12. **Barondess JA.** The future of generalism. *Ann Internal Med* 1993; **119**: 153-160.
13. **Noble J.** General Internal Medicine in Internal Medicine: At the core or on the periphery. *Ann Internal Med* 1992; **116**: 1058-1060.
14. **Adkinson F, Arend W, Algert J, et al.** Association of Subspecialty professors: Why this an Why now? *Am J Med* 1994; **96**: 1-111.
15. **Blank L, Ibrahim T.** Unifyng Internal Medicine: Criteria for survival. *Am J Med* 1993; **95**:1-IV.
16. **Woollizcroft J.** The Internal Medicine Clerkship and the National Debate on primary care Education. *Am J Med* 1994; **96**: IV-VIII.
17. **Simons R, Reynolds H.** New Imperatives For Internal Medicine Residency Education. *Am J Med* 1994;**96**:1-III.
18. **Lewis J.** Academic Departaments of Internal Medicine in the 1990. *Am J Med* 1994; **97**: 1-VI.