

¿Qué es Medicina Interna?

Dr. Humberto Reyes B.

What is Internal Medicine?

Internal Medicine can be defined as a medical specialty devoted to the comprehensive care of adult patients, focused in the diagnosis and non surgical treatment of diseases affecting internal organs and systems (excluding gynecobstetrical problems) and the prevention of those diseases. This position paper reviews the history of Internal Medicine, the birth of its subspecialties and the difficulties faced by young physicians when they decide whether to practice as internist or in a subspecialty. In Chile as in most occidental countries formal training in a subspecialty of internal medicine requires previous certification in internal medicine but the proportion of young physicians who remain in practice as general internists appears to be considerably lower than those who choose a subspecialty. The main reasons for this unbalance can be related to financial advantages (by the practice of specialized technologies) and the patients' tendency to request direct assistance by a professional thought to be better qualified to take care of their specific problems. Training programs in internal medicine should consider a greater emphasis in comprehensive outpatient care instead of the traditional emphasis for training in hospital wards (Rev Méd Chile 2006; 134: 1338-44).

(Key words: Education, medical, undergraduate; Internal Medicine; Internship and Residency; Specialties, medical)

Editor, Revista Médica de Chile.
Profesor de Medicina, Universidad de Chile.

UN PROBLEMA DE IDENTIDAD

El nombre «Medicina Interna» dado a una de las especialidades de la profesión médica tiene significado confuso para el público general, incluyendo a los pacientes. Lo mismo ocurre al calificar como «internistas» a los especialistas que la practican. En los médicos, ambos términos despiertan imágenes más precisas: es fácil distinguir el quehacer de los internistas con el de los pediatras, obstetras o cirujanos. Pero cuando se les pide una definición de «Medicina Interna» su respuesta es notablemente imprecisa, lo que resulta anecdótico cuando se propone a becados en el tercer año de formación en Medicina Interna, que la definan o al menos describan sus características distintivas.

Para explicar algo que fluya del intelecto y se integre a la cultura es necesario contar con una definición. Según el Diccionario de la Lengua Española, una definición *es una proposición que expone con claridad y exactitud los caracteres*

*genéricos y diferenciales de algo material o inmaterial*¹. En este Diccionario no existe una definición para «Medicina Interna», pero sí la hay para «Internista» (adjetivo): *Dicho de un médico: Que se dedica especialmente al estudio y tratamiento de enfermedades que afectan a los órganos internos.*

Llama la atención que en textos dedicados a Medicina Interna, no figure su definición. Sin embargo, la variedad de temas que abordan refleja lo propio de la preocupación e interés de los internistas.

Para facilitar un análisis, propongo una definición que se basa en datos recopilados por los Dres. William B. Bean, en 1982², y Paul B. Beeson, en 1986³, más la reflexión del autor del presente artículo.

DEFINICIÓN

«Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfer-

mo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención».

Esta definición resalta dos características fundamentales: 1° Separa el campo de acción del internista de las otras especialidades clínicas básicas originales: cirugía, obstetricia-ginecología y pediatría; 2° Explicita que la atención del enfermo es integral (en inglés «comprehensive»), lo cual distingue la acción del internista de quienes ejercen las «subespecialidades» o «especialidades derivadas» de la Medicina Interna. El subespecialista tiende a concentrarse en solucionar un problema atingente a su subespecialidad y deriva el paciente a otros médicos para resolver problemas clínicos que considere ajenos a su área de experiencia. En cambio, el internista atiende integralmente al paciente y solicita la ayuda de otros especialistas cuando algún problema clínico alcanza una complejidad diagnóstica o terapéutica que hagan razonable contar con su mayor experiencia, o requiera una tecnología de su dominio.

La Medicina Interna tiene otra característica histórica, no explícita en esta definición, y que la distingue de la Medicina General: intenta incorporar al conocimiento clínico de las enfermedades y a su tratamiento los progresos de las ciencias. Para cumplir con el concepto de «atención integral», a las ciencias biológicas se suman los avances en psicología y en ciencias sociales que contribuyen al propósito integrador.

HISTORIA DE LA MEDICINA INTERNA

A fines del siglo 18 y en la primera mitad del siglo 19 los centros de influencia de la medicina occidental estaban en países europeos. Para la práctica profesional las opciones principales eran la clínica médica y la cirugía, con fronteras bien identificadas. La clínica médica distinguía entre patología interna y patología externa, cuyas fronteras eran más difusas. La enseñanza y la práctica de la clínica médica se aplicaba al diagnóstico de las enfermedades por sus síntomas y signos físicos, más el conocimiento sobre su historia y evolución natural, y los aportes de la anatomía patológica, que había alcanzado la cúspide de su desarrollo. La terapéutica médica era esencialmente empírica. Para aprovechar en beneficio del enfermo este conjunto

formado por la semiología, la historia natural de las enfermedades, su anatomía patológica y el tratamiento médico empírico, eran fundamentales la experiencia del médico, su capacidad de observación (el «ojo clínico» mencionado por A. Castiglioni en su Historia de la Medicina)⁴ y su buen juicio. Ello se reflejaba en los textos y en las revistas médicas, cuyos contenidos eran esencialmente descriptivos. Sobre la naturaleza de las enfermedades, sus causas y fisiopatología, se sabía muy poco. Lo que se decía, hacía, escribía y enseñaba tenían mucha subjetividad y poca ciencia.

En la segunda mitad del siglo 19 progresaron notablemente la bacteriología, la química y la física. Sus descubrimientos empezaron a relacionarse con la clínica médica y nació la medicina experimental, que adoptó el método de las ciencias biológicas. Este proceso cultural causó efectos en Alemania, donde provocó una acción favorable pretendiendo incorporar a la clínica médica las novedades que ofrecían las ciencias para investigar la naturaleza íntima de las enfermedades, adoptar nuevos recursos tecnológicos que facilitaran o precisaran el diagnóstico semiológico, ensayar nuevos tratamientos y juzgar objetivamente los méritos e inconvenientes de los tratamientos antiguos y los nuevos. Entre los cambios que se produjeron, la fisiología y otras ciencias biológicas dieron origen a la fisiopatología. En el ambiente médico germánico nacieron, alrededor de 1880, los términos «Medicina Interna» e «internista». Una reunión realizada en Wiesbaden, en 1882, se denominó por primera vez «Congreso de Medicina Interna» (Tabla 1). Dos años después la revista médica alemana «Boletín de Medicina Clínica» cambió su nombre a «Boletín de Medicina Interna», indicándose como propósito difundir lo que la literatura mundial ofreciera en el campo de la Medicina Interna².

Apenas una década después, J. von Merin, autor del primer texto que empleó el título de «Medicina Interna», profetizó el inminente nacimiento de las subespecialidades:

«El territorio de la medicina interna, gracias a la suma de las más variadas disciplinas experimentales, ha alcanzado tal extensión que una sola persona ya no puede abarcar con autoridad todas sus ramas. Sólo el investigador tiene competencia para evaluar críticamente la acumulación sin fin de detalles, de modo de poder ofrecer lo mejor a los estudiantes y a los clínicos».

Tabla 1. Hitos en la historia de la Medicina Interna

1882	Congreso Médico en Wiesbaden, Alemania: « <i>Verhandlungen des Kongresses für Innere Medizin</i> ».
1894	La revista « <i>Zentralblatt für Klinische Medizin</i> » cambió su nombre a « <i>Zentralblatt für Innere Medizin</i> ».
1901	Texto de medicina de J. von Merin, editado en Jena: « <i>Lehrbuch der Inneren Medizin</i> ».
1906	En EE.UU de NA se publicó un texto de medicina (Forschheimer) en cuyo título se incluyó el término « <i>Medicina Interna</i> ».
1907	Se fundó la revista « <i>Archives of Internal Medicine</i> », editada por la <i>American Medical Association</i> .
1927	Se fundó la revista « <i>Annals of Internal Medicine</i> », editada por el <i>American College of Physicians</i> (Sociedad Americana de Medicina Interna).
1936	En EE UU de NA se creó el « <i>Board</i> » de Medicina Interna.

A comienzos del siglo 20 el concepto de la Medicina Interna se extendió en Europa y de allí al resto del mundo. Aunque el término «Medicina Interna» no se universalizó, fue adoptado en los EE.UU de NA³.

Hasta la Primera Guerra Mundial, las ciencias y la medicina en Norteamérica se nutrieron con conocimientos y tecnología importados de Alemania y Austria y, en menor proporción, de Inglaterra y Francia. El conflicto bélico hizo sentir a los norteamericanos la importancia de hacerse autosuficientes y el desmantelamiento tecnológico de los imperios de Europa Central causaron que el liderazgo científico y médico se trasladara a la ribera occidental del Atlántico Norte, donde alcanzó su cúspide a comienzos de la Segunda Guerra Mundial³.

En Norteamérica el nombre «Medicina Interna» figuró por primera vez en 1906, en el título de un texto con temas de esta especialidad (Tabla 1). En 1908 empezó a publicarse la primera revista dedicada explícitamente a Medicina Interna y veinte años después se fundó la segunda. En 1936 se creó el «*Board*» o examen nacional para certificar a sus especialistas. Hace poco más de una década, el *American College of Physicians* adjuntó la aclaratoria de ser la «Sociedad Americana de Medicina Interna» y lo mismo hizo en Chile la *Sociedad Médica de Santiago*, nombre histórico de la Sociedad Chilena de Medicina Interna.

EL «FENÓMENO OSLER»

La concepción de la Medicina Interna como un ámbito para relacionar los progresos científicos con

la clínica médica tradicional fue captada por médicos notables a fines del Siglo 19 y comienzos del siglo 20. Su paradigma fue el Dr. William Osler, nacido en Canadá, prestigiado como clínico y docente en la Universidad McGill de Montreal. Se trasladó a los Estados Unidos donde alcanzó gran prestigio y terminó su carrera profesional en la Universidad de Oxford, Inglaterra, distinguido por la corona británica con el título nobiliario de «*Sir*».

En 1890, Osler tenía 41 años y era el clínico más destacado en Norteamérica, Profesor de Medicina y Médico Jefe en el Hospital de la Universidad de Johns Hopkins, en Baltimore. Le incomodaba la escasez de textos que mostraran la experiencia de los clínicos norteamericanos y criticaba la forma en que estaban organizados los pocos disponibles, porque se basaban en criterios anatomopatológicos para agrupar enfermedades con naturaleza disímil. Además, repetían conocimientos clínicos clásicos sin considerar las novedades que aportaban las revistas científicas. A uno de esos textos le criticó, por ejemplo, el que negaba que la fiebre tifoidea fuera causada por una bacteria lo que, según el autor, era fruto de la imaginación humana. Eberth, en Alemania, había comunicado recientemente el aislamiento de una bacteria distinta al bacilo coli y que cumplía los postulados de Koch para atribuirle causalidad en la fiebre tifoidea. Pero los médicos norteamericanos –salvo Osler y otros pocos– no leían revistas en idioma alemán ni procuraban sus traducciones.

Osler criticaba también la polifarmacia empírica y basaba sus propios tratamientos en las medidas de higiene y confort del paciente y en su

En los Servicios de Medicina de los hospitales docentes (entendiendo por tales a los hospitales universitarios y a los del sistema público en que existen departamentos universitarios y docencia de pre y postítulo) se instalaron laboratorios de hematología y coagulación, de bioquímica hepática y renal, microbiología y parasitología, inmunología, etc., en que participaban los subespecialistas respectivos y otros profesionales. Esos laboratorios formaban parte del Servicio y ampliaban su labor clínica contribuyendo al diagnóstico de los pacientes y a la investigación clínica. Esta nueva organización emulaba a los cambios ocurridos en Norteamérica y Europa, reflejando la naturaleza de la Medicina Interna.

Una nómina de los «padres de la Medicina Interna en Chile» debería incluir al menos (en orden alfabético) a los Dres. José Manuel Balmaceda, Ricardo Donoso, Exequiel González Cortés, Armando Larraguibel, Ernesto Prado Tagle, Joel Rodríguez, Ramón Valdivieso Delaunoy, Ramón Vicuña Herbozo, en Santiago; Eduardo Muñoz Montt, en Valparaíso; y Guillermo Grant Benavente, en Concepción. En ese conjunto resaltarían las personalidades médicas más notables en la primera mitad del siglo 20: Rodolfo Armas Cruz, Alejandro Garretón Silva y Hernán Alessandri Rodríguez (Figura 2).

Esos médicos formaron la Medicina Interna en Chile, modelaron la educación médica y marcaron hitos para el progreso del ejercicio profesional. Fueron, además, fundadores de las sociedades de subespecialistas de su época: Cardiología, Gastroenterología, Hematología, Reumatología, Nefrología, Infectología, Endocrinología, Diabetología. Sus discípulos las perfeccionaron y las generaciones actuales impulsaron las más nuevas, como la Medicina Intensiva y la Geriatria.

MEDICINA INTERNA:
LA RUTA NATURAL HACIA SUS SUBESPECIALIDADES

En países desarrollados la formación de subespecialistas de la Medicina Interna comienza después de su certificación como internistas. Ello se basa en la necesidad de brindar al paciente el máximo beneficio tecnológico y científico disponible, pero protegiéndolo del riesgo que le haría correr la tecnología aplicada por personas que desconozcan la complejidad de los problemas clínicos, que sobrepasa lo científico y tecnológico.

Un desafío que no ha encontrado solución es el equilibrio entre la proporción de internistas y subespecialistas. Las razones para preferir las subespecialidades son varias. Primero, un factor personal: es más cómodo manejarse con problemas clínicos repetitivos, donde las novedades y la tecnología se pueden aprender con rapidez. Segundo, un factor económico: el dominio de una tecnología especializada, para diagnóstico o terapéutica, permite al subespecialista obtener ingresos en menor tiempo. Tercero, un factor económico institucional: el ambiente administrativo privilegia al subespecialista que maneja tecnología y genera ingresos a la institución, sobre el clínico puro, aunque muchas veces sea éste quien decide cuáles pacientes la necesitan. Cuarto, el campo laboral real: las instituciones de salud previsual, que atienden a una proporción importante de la población, contratan muchos subespecialistas y pocos internistas generales; así, en Chile el campo laboral de los internistas generales queda confinado a algunas instituciones públicas (ej: hospitales nivel B), consultas ambulatorias en FFAA y municipalidades, y las consultas privadas. Quinto, un factor social: la cultura pública favorece la concepción de que para cada problema clínico el médico más apropiado es el subespecialista que suponen más relacionado con el problema y recurren a él en primera instancia. Sexto, los programas de formación de internistas privilegian la imagen de los subespecialistas: en las calificaciones finales los becarios deben dar exámenes prácticos con sucesi-



FIGURA 2. Los Drs. Rodolfo Armas Cruz, Hernán Alessandri Rodríguez y Alejandro Garretón Silva, en el Centenario de la Sociedad Médica de Santiago, 1969.

vos subespecialistas, muchos de los cuales les exigen conocimientos similares a quienes terminan una beca en esa subespecialidad. Séptimo, los cursos y congresos organizados por sociedades médicas científicas tienden a enfocarse en los temas novedosos de cada subespecialidad y pocas veces se adaptan a un auditorio de internistas.

El equilibrio internistas/subespecialistas está parcialmente controlado en los países cuyos sistemas de salud exigen que para acceder a la atención por subespecialistas debe haber una solicitud de referencia extendida por un internista o médico general. Si quisiéramos aplicar una legislación similar en nuestro país, deberíamos contar primero con información precisa sobre la proporción de consultantes cuyos problemas pueden ser resueltos por internistas⁷. (En el número de *Annals of Internal Medicine* indicado en la referencia 7 se publicó un suplemento sobre «El futuro del generalismo en Medicina»).

EVOLUCIÓN DEL EJERCICIO DE LA MEDICINA INTERNA

La naturaleza de la Medicina Interna y su rol en el progreso de la ciencia y el arte médicos son los mismos desde que se conformó esta especialidad. Pero en las últimas décadas hemos vivido cambios en el ejercicio de la Medicina Interna y sus subespecialidades, en los recursos tecnológicos y la forma en que los médicos adaptamos nuestro quehacer profesional.

En la década 1960-1970, era frecuente que los Servicios de Medicina Interna atendieran jóvenes de 18 años con enfermedad reumática activa y carditis grave, varones de 40 años con úlcera duodenal perforada o sangrante, mujeres con insuficiencia renal aguda por septicotemia por *Clostridium perfringens*, secundaria a aborto provocado. Y, en el verano, pacientes de ambos sexos con fiebre tifoidea.

Cuarenta años después la situación es diferente, entre otras razones porque la expectativa de vida de la población ha aumentado. La mediana de edad de los pacientes hospitalizados ha crecido progresivamente: en 1986 bordeaba los 50 años; en 1993 estaba en los 60 y en 2006 se acerca a los 70. En los hospitales públicos las camas suelen estar ocupadas por ancianos con patología múltiple y el deterioro general propio de la senectud. Este panorama enfría el entusiasmo de estudiantes y médicos jóvenes por aprender una

especialidad en el ambiente hospitalario, pero podría encontrarse un equilibrio razonable perfeccionando la atención secundaria ambulatoria, adaptándole la docencia de pre y postítulo.

Otro cambio importante se vivió en la distribución horaria del trabajo. Hace 40 años era habitual que los médicos (no solamente los internistas, sino en todas las especialidades) emplearan sus mañanas, de lunes a sábado, en un hospital público o docente en Santiago y Concepción, y en los hospitales locales en otras ciudades. En las tardes se contrataban, con horarios limitados, en otras instituciones: FFAA, el extinto «Sermena» (Servicio Nacional de Empleados), municipalidades, mutuales etc. La práctica privada de los internistas tenía horario variado y muchos dedicaban las tardes enteras al ejercicio profesional independiente. En materia de clínicas y hospitales privados, su disponibilidad de camas de hospitalización y espacios para consultas ambulatorias eran restringidos, de tal modo que con frecuencia se atendía en un hospital público a beneficiarios de otras instituciones y a pacientes privados. Mucha tecnología emergente fue adquirida primero por los hospitales docentes, donde los especialistas aprendieron a manejarla. Por varios años la diálisis extracorpórea estuvo disponible sólo en hospitales docentes, como lo fueron los trasplantes de riñón, la cirugía cardíaca y la circulación extracorpórea. El prestigio de los hospitales docentes y su atractivo para los médicos jóvenes no tenían parangón en otras instituciones.

Actualmente la dedicación de los médicos en los hospitales públicos ha declinado, trasladándose a los hospitales de otras instituciones y a clínicas privadas que se multiplican, crecen en tamaño y recursos tecnológicos, son ahora las primeras en importar tecnología que renuevan continuamente, brindan condiciones ideales para que los subespecialistas practiquen sus procedimientos e, incluso, les permiten organizar actividades de difusión y perfeccionamiento profesional. Estos cambios han modificado el interés de muchos médicos en desmedro de los hospitales públicos. En los hospitales docentes también ha disminuido la dedicación horaria de especialistas y subespecialistas que encuentran mejores recursos tecnológicos en otras partes, con una remuneración más satisfactoria. Así ha crecido el número de especialistas que trasladaron su ejercicio profesional por completo a clínicas privadas; otra proporción de médicos interrumpieron la regularidad de la jornada en los hospitales docentes y

comprometieron al menos un día de la semana para otras instituciones. Esta situación se da en todas las especialidades de la medicina. En el caso de la Medicina Interna, ha modificado el ambiente académico en los centros hospitalarios que sostienen los programas de formación de especialistas.

Otro cambio notorio en las últimas décadas está en que el ejercicio privado de la profesión ha declinado. Hace 40 años el internista atendía su consulta como profesional independiente, a veces instalándola en su domicilio; si la compartía con otros médicos, lo hacía con especialistas ajenos a la Medicina Interna. Este estilo, denominado por los norteamericanos «solo practice», está en declinación, particularmente en las grandes ciudades y podría desaparecer. En la actualidad los médicos tienden a formar grupos con otros de la misma especialidad o con subespecialidades afines. En Alemania, Norteamérica y otros países, estos grupos de médicos otorgan un sistema de cobertura en que los profesionales se reemplazan mutuamente durante las vacaciones, asistencia a congresos, fines de semana y ausencias por otros motivos. Otra proporción de médicos renunció al ejercicio privado de su profesión para contratarse como empleados de entidades prestadoras de atención en salud.

Hace 40 años, en Chile teníamos tres Escuelas de Medicina. Hoy tenemos veinte, en su mayoría en formación y sus campos de docencia clínica se han extendido a hospitales públicos de la periferia de las grandes ciudades, los hospitales de las FFAA, consultorios municipales y clínicas privadas. Analizar este nuevo panorama de la educación médica en Chile escapa al propósito de este artículo.

La Medicina Interna ha estado obviamente inserta en los cambios de la medicina y la educación médica

en nuestro país. Probablemente se ve más afectada que otras especialidades, sobre todo en lo que atañe a la educación médica de pretítulo porque mundialmente se le reconoce un rol protagónico en la formación clínica de los estudiantes de medicina.

MENSAJE FINAL

La evolución de la Medicina Interna y el rol del internista en nuestra sociedad, tiene causas complejas; algunas vienen de fuera de la profesión médica, muchas fueron inevitables y probablemente todas son universales. En lugar de rechazar una realidad porque la sentimos ajena a nuestra historia y a nuestras preferencias, debemos estimular la calidad de la formación del internista y su vocación durante este período crucial. Necesitamos dar ejemplos que motiven a los jóvenes para elegir entre una carrera profesional como internista o una subespecialidad. Si se hacen subespecialistas, que su formación previa haya sido sólida y les permita conservar la capacidad y el interés por atender a sus pacientes con el criterio amplio y el propósito integrador que son característicos de la Medicina Interna.

Potenciales conflictos de intereses: El autor es funcionario de la *Sociedad Médica de Santiago*, cuyo Directorio le encomendó encontrar y fundamentar una definición de «Medicina Interna»; esta institución no tuvo ingerencia en la redacción ni revisión del manuscrito, cuyo contenido es de responsabilidad del autor.

REFERENCIAS

1. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la Lengua Española*, Vigésima Segunda Edición, 2001. Editorial Espasa-Calpe S.A., Madrid.
2. BEAN WB. Origin of the term «Internal Medicine». *N Engl J Med* 1982; 306: 182-3.
3. BEESON PB. One hundred years of American Internal Medicine. A view from the inside. *Ann Intern Med* 1986; 105: 436-44.
4. CASTIGLIONI A. *Historia de la Medicina*. Salvat Editores S.A., Barcelona-Buenos Aires, 1941, pág 857.
5. *Osler's Textbook Revisited*. A McGehee Harvey and Victor McKusick, Editors. Appleton-Century-Crofts, Meredith Publishing Co., 1967, pág 99.
6. OSLER W. *The Principles and Practice of Medicine*. D Appleton and Co. New York, 1892.
7. LARSON EB, ROBERTS KB, GRUMBACH K. Primary care, Generalism, Public Good: Déjà vu? Again! (Editorial). *Ann Intern Med* 2005; 142: 671-4.