

## OPINIONES

Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima  
Facultad de Ciencias Medicas de Cienfuegos

## MEDICINA INTERNA ¿QUÉ FUISTE, QUÉ ERES, QUÉ SERÁS?\*

*Dr. Alfredo Espinosa Brito*

### PRESENTACIÓN

Soy de los que opinan que las conferencias que se presenten en los eventos científicos no deben ser leídas, pues esto, generalmente, le resta naturalidad y lucimiento a la exposición. Sin embargo, me atrevo a romper con mis propias tradiciones y compartir con Uds. la lectura comentada de algunas notas que he recopilado sobre las múltiples facetas que ofrece la Medicina Interna. Gracias anticipadas a todos por su benevolencia y confío que al final de esta charla, tengamos puntos de partida para el debate durante nuestro Congreso y poder enrumbar con nuevos bríos nuestra especialidad.

«El propósito de este trabajo puede interpretarse como un sincero y merecido homenaje a la historia de la clínica, un mensaje de aliento y esperanza a los que enarbolan con dignidad su bandera y -por qué no decirlo también-, el pago inacabado de una deuda de gratitud con nuestros maestros de clínica, a quienes debemos la esencia de nuestra formación médica».<sup>1</sup>

### LA MEDICINA Y LA CLÍNICA. ALGUNOS ASPECTOS CONCEPTUALES

"La *medicina* es una ciencia aplicada, práctica y humanística, no una ciencia pura. Los médicos no buscamos conocimientos de la salud y la enfermedad para nuestra plena satisfacción. Nosotros buscamos conocimientos para usarlos en el futuro en los objetivos de la medicina: la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación de las enfermedades de nuestros pacientes y de nuestras poblaciones".<sup>2</sup>

---

\* Conferencia Inaugural del VII Congreso Nacional de Medicina Interna, II Encuentro de Sociedades Iberoamericanas de Medicina Interna y III Seminario Internacional de Hipertensión Arterial. Cienfuegos, Cuba, 18 de noviembre de 1998.

" Por otra parte, la *clínica* es la ciencia misma aplicada a la cabecera del enfermo. Más que una rama particular de la medicina, comprende a todas aquellas que tienen una aplicación junto al paciente y, sin lugar a duda, constituye la más importante de las enseñanzas médicas, porque es ella, al integrar los conocimientos adquiridos antes de su práctica, la que verdaderamente forma al médico como curador de enfermos".<sup>3</sup>

## ALGUNOS APUNTES HISTÓRICOS SOBRE LA CLÍNICA

Las primeras escuelas médicas «occidentales» fueron:<sup>3</sup>

- a) La de *Cos*, creada por *Hipócrates*, que consideró la medicina más que una ciencia, un arte, un oficio, una práctica y
- b) La de *Cnido*, que defendía a la medicina como una ciencia, basada en hipótesis, principios y deducciones teóricas.

La polémica entre arte y ciencia ha permeado el pensamiento médico por más de 25 siglos y aún hoy perdura, de manera más o menos velada.<sup>2</sup>

Después de la muerte de *Galeno*, a finales del siglo II y hasta mucho tiempo después del Renacimiento, los aportes en el campo de la clínica fueron muy pocos.<sup>3</sup>

Varios nombres ilustres en la historia de la clínica, merecen la pena mencionarse, entre ellos:

- *Thomas Sydenham*, inglés, siglo XVII, quién insistió en la necesidad del regreso a la observación de los fenómenos clínicos a la cabecera del enfermo.
- *Leopold Auenbrugger*, austríaco, que publicó en 1761 su descubrimiento del método de la percusión en clínica.
- *Jean Nicolás Corvisart*, que enriquece y difunde la percusión, y es el fundador de la verdadera clínica francesa.

En el siglo XVIII, los médicos británicos intentaron descubrir una teoría general de la enfermedad humana que lo integrara todo,<sup>3</sup> ellos se basaban en las ideas generalizadas entonces y veían a la enfermedad como la disrupción del balance natural entre los seres humanos y su ambiente.

La concepción de que las enfermedades podían ser la consecuencia de un daño localizado a órganos o regiones se originó primeramente en el sistema médico que surgió después de la Revolución Francesa.<sup>4</sup>

Los médicos se movieron de la biblioteca para al lado de la cama de los pacientes, examinaron los enfermos en las salas de los hospitales de París y correlacionaron las observaciones clínicas con los hallazgos anatómicos obtenidos en las necropsias. Un resultado inmediato fue que comenzaron a dar valor al examen físico para el diagnóstico.

En 1816, *René Teófilo Jacinto Laennec*, publicó su descubrimiento genial, la auscultación, con lo que se completó el examen clínico, tal como ha llegado hasta nuestros días.<sup>3,4</sup>

Sin embargo, aunque el método clínico se había completado en todos sus pasos, faltaba el pensamiento unificador que interrelacionara todas sus partes para llegar al diagnóstico: el interrogatorio, la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación. Esta labor la realizó el clínico vienés *Joseph Skoda*, en 1839.<sup>3</sup>

En la década de 1840, las universidades alemanas ofrecieron plazas a tiempo completo a científicos, tanto para la enseñanza como para la investigación. Las bases del pensamiento médico se movieron de la mesa de autopsias al laboratorio científico y las bases para la definición de las enfermedades se trasladó de la «localización anatómica» a la «etiología específica».<sup>4</sup>

En Inglaterra, los clínicos fundaron la Sociedad Epidemiológica de Londres, en 1850.<sup>5</sup> Estos pioneros intuyeron la existencia de otros factores, predominantemente sociales, que eran determinantes en la salud/enfermedad de la población. Sin embargo, con el tiempo, los orígenes clínicos de la epidemiología cayeron en el olvido y, aún en nuestros días, muchos clínicos contemporáneos no tienen una perspectiva de la población como un todo.<sup>5,6</sup> Significativamente, por esa época, *Rudolf Virchow*, el gran patólogo alemán, había sido el iniciador de la visión social de la enfermedad.<sup>7</sup>

El resto del siglo XIX y la primera parte del XX, constituyeron la época de oro de la clínica, principalmente en Europa y, sobre todo, en Francia. Es el tiempo en que aparecen las obras de los grandes sistematizadores: *Armand Trousseau*, *Segismundo Jaccoud*, *Pierre Potain*, *George Dieulafoy*, *Aquiles de Giovanni*, *Nicolás Pende*, *Ernest Laségue*, *Frans Glenard*, *Austin Flint*, *Henry Vaquez*, *William Osler* y tantos otros.

Esa tradición se mantuvo en España, por eminentes profesores, como *Gregorio Marañón*, *Carlos Jiménez Díaz*, *M. Bañuelos García* y, más recientemente, *Agustín Pedro-Pons* y *Pedro Farrenas Valenti*.

## ORIGEN DE LA MEDICINA INTERNA (¿QUÉ FUISTE?)

Podemos afirmar que la medicina individual moderna comienza en el siglo XX.<sup>2</sup> Sin embargo, durante muchos años sólo se concebía la práctica clínica total: la medicina general. El médico debía «saber de todo». Además, la mayoría de las veces solamente «acompañaba» de manera humanitaria a sus pacientes -lo que siempre ha sido muy valorado por los enfermos y sus familiares-, pues las terapéuticas realmente eficaces eran muy escasas. Es decir, no se reconocían las que actualmente denominamos como *especialidades médicas*, que fueron surgiendo por doquier *a posteriori*, necesaria o casualmente, basadas en diferentes criterios: por órganos, aparatos y sistemas, edades, sexos, enfermedades o tecnologías.<sup>6</sup>

Con el desarrollo de la medicina hospitalaria, muy ligada a las clínicas universitarias, comenzó a perfilarse, en las postrimerías del siglo XIX, una nueva orientación en la medicina general, más ligada a las ciencias básicas biomédicas y a la experimentación, la cual recibió el nombre de Medicina Interna.<sup>8</sup> El internista ha sido considerado, desde entonces, el clínico por excelencia y el clínico, el ejemplo vivo del médico en cualquier época histórica.<sup>1</sup> Dentro de este campo quedaron excluidas las enfermedades quirúrgicas, las obstétricas y las pediátricas, que, asimismo, constituyeron otras especialidades. Estas, junto a la Medicina Interna han sido consideradas, desde esa época, como especialidades básicas.<sup>8</sup>

La denominación de Medicina Interna parece que tuvo su origen en Alemania, en 1880. En ese año, *Strumpell* escribió el primer tratado de Enfermedades Internas y 2 años más tarde, en Weisbaden, se celebró el I Congreso de Medicina Interna. Se quería indicar un campo de la práctica médica en el cual los conceptos se basaban en el nuevo conocimiento que emergía en fisiología, bacteriología y patología, así como la exclusión de los métodos quirúrgicos en la terapéutica empleada. Este nuevo campo, también llevaba la connotación de una formación académica y un entrenamiento, así como estos médicos podían hacer de consultantes de otros especialistas.<sup>9</sup>

Por tanto, "desde que esta especialidad se perfiló, lo hizo con una concepción experimental diferente a la esencialmente descriptiva y anatómica que durante siglos caracterizará a la medicina general".<sup>10</sup> Los internistas trabajarían tanto en lo que hoy conocemos como atención primaria de salud como en los hospitales.<sup>4,11</sup>

Sin embargo, como se ha lamentado *Paul Beeson*, Profesor Emérito de Medicina, norteamericano, para la mayoría de las personas, los términos medicina interna e internista, no han tenido nunca un claro significado.<sup>12,13</sup>

A finales del siglo XIX se inició, de manera rápida, el desgajamiento de la clínica, con la aparición de nuevas especialidades médicas, tanto en Europa como en Norteamérica. En ese tumulto -quizás atrasada en el tiempo en relación con las primeras, pues inicialmente no se concebía que pudiera constituir una «especialidad», al ser su campo tan vasto- ¡nace la Medicina Interna!

Por otra parte, parece que pocos hoy discuten que la Medicina Interna fue la única especialidad que acogió la tradición clínica más «pura» e incluso la mantuvo y desarrolló al máximo, con gran énfasis en los hospitales universitarios (historia clínica detallada, método clínico, pases de visita «académicos», discusiones diagnósticas magistrales, discusiones anátomo-clínicas, etc.)

Pero, a diferencia de la cirugía, la obstetricia y la pediatría, que siempre estuvieron perfectamente definidas para todos, tanto en lo conceptual como en la esfera de su respectiva actuación, no ha sucedido lo mismo con la medicina interna. Incluso, su propia existencia como especialidad tal parece que siempre ha estado en peligro, desde sus inicios hasta el pasado más reciente y que la prioridad que se le ha dado ha distado mucho de la callada labor que ha desempeñado durante tanto tiempo.<sup>7</sup>

La mayoría de las nuevas especialidades médicas fueron fundadas por clínicos de base ancha, que se dedicaron -asistencial o investigativamente- de modo preferente a campos más estrechos de la medicina interna. No ocurrió lo mismo con sus sucesores, ya que éstos se dedicaron desde muy temprano a las especialidades, sin una base general fuerte en medicina interna.<sup>11</sup>

En el caso de los países iberolatinoamericanos, la medicina interna se confundió, durante la primera mitad de este siglo, todavía más, con lo que se conoció como clínica «a secas» o, en otros casos, con la medicina general. Había clínicos con preferencia por la asistencia o investigaciones en algunos tipos de enfermedades, pero, como característica esencial, todos, sin excepción, eran capaces de enfrentarse a cualquier tipo de paciente ingresado en las salas de clínica y en los hospitales universitarios, enseñar allí a los estudiantes o jóvenes médicos, al lado de la cama de los enfermos. También es verdad que los conocimientos eran mucho más limitados y la tecnología disponible entonces fundamentalmente consistía en el estetoscopio, el esfigmomanómetro, el martillo percutor, el diapasón y

el oftalmoscopio, a los que se unieron luego el electrocardiógrafo y el fluoroscopio, que prácticamente todos debían manejar con destreza.

Indiscutiblemente, la revolución científico-técnica, sobre todo después de la II Guerra Mundial, ha estimulado una carrera desenfrenada por multiplicar las especialidades, incluyendo ramas bien pegadas al tronco, como son la geriatría y la medicina intensiva, aunque afortunadamente, ha surgido la necesidad de otra bien general, la medicina familiar.

En sentido general, el "internismo" ha sufrido los embates del especialismo en las últimas décadas y ha entrado en crisis en muchos lugares. Habitualmente, los especialistas no se responsabilizan con pacientes que caen fuera del área de su particular competencia -situación completamente nueva en la práctica clínica- y cada vez ha sido más frecuente que a un mismo enfermo lo estén atendiendo múltiples especialistas, con los más diversos y, a veces, contradictorios enfoques.<sup>14</sup> Pero, como afirmara *Carrel*, "la civilización moderna necesita a los especialistas. Sin ellos la ciencia no podría progresar".<sup>15</sup>

Llama la atención que en los propios Estados Unidos, país donde más se han desarrollado las especialidades, surgió, en los años 70, lo que se ha denominado medicina interna general, de nuevo un movimiento generalista. La imagen del internista general como consultante -esto es, un facultativo altamente capacitado que puede generalizar a través de todos los campos de la medicina interna y que se reconoce como consultante por las demás especialidades- ha desaparecido prácticamente en muchos países, aunque su modelo reaparece de vez en cuando, como un ideal.<sup>11</sup>

El intento de brindar toda la asistencia médica, con sub o superespecialistas, ha sido uno de los factores que, además de favorecer lo que *Barsky* ha denominado la "paradoja de la salud",<sup>16</sup> -en este caso con insatisfacciones de la población con una atención fragmentada, despersonalizada y demasiado técnica-, ha contribuido a encarecer tremendamente la prestación de los servicios médicos.

El Profesor *José Jordán*, en una bella imagen decía que: "... en el frondoso árbol de las ciencias médicas, la medicina interna es el tronco de donde se nutren el resto de las especialidades, que son las ramas" Y llamaba a conservar fuerte el tronco, para que todas las ramas crecieran frondosas.<sup>17</sup> *Aldereguía*, parafraseando a *Martí*, escribió: "Injértense en la medicina interna las especialidades médicas, pero el tronco ha de seguir siendo la medicina interna"<sup>1</sup>

En relación con Cuba, la Real Universidad Pontificia de San Gerónimo se fundó en La Habana, en los inicios del siglo XVIII. La influencia se hizo sentir inicialmente, pero, la medicina cubana " autóctona" se desarrolló aceleradamente. El surgimiento de la Sociedad Económica de Amigos del País y de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, impulsaron notablemente el movimiento científico fuera de los ámbitos universitarios. Las figuras de *Tomás Romay*, a finales del siglo XVIII y de *Carlos Juan Finlay*, en la segunda mitad del siglo XIX, sintetizan lo mejor de la medicina clínica cubana.<sup>18</sup>

Es indiscutible que las diferentes escuelas extranjeras de clínica médica, fundamentalmente la francesa, la alemana, la española y la norteamericana, influyeron en el crecimiento y el desarrollo de la escuela de clínica cubana. Sin embargo, nuestra escuela se distinguió siempre por haberse apropiado de lo mejor del pensamiento y conocimientos médicos de cada época y adecuarlos, de una manera coherente, a las características y necesidades de nuestro país. El Hospital Universitario General " Calixto García" consti-

tuyó el "centro de excelencia" de la clínica cubana durante los primeros 60 años de este siglo.

#### LA MEDICINA INTERNA EN CUBA. EL PASADO RECIENTE

"La medicina interna -denominación reconocida en nuestro medio desde 1956- tuvo también como progenitora, en Cuba, a la medicina clínica general y ha alcanzado su plenitud después del período revolucionario. Se oficializa y se crean las vías para obtener el grado de especialista, se le incorporan crecientes recursos humanos, se estimula la superación científica de sus miembros, se favorece el desarrollo de las investigaciones, se caloriza la participación activa de los representantes de la especialidad en decisiones de interés para la misma y, en fin, se permite al internista cumplir con la naturaleza humanista de la profesión".<sup>19</sup>

Después de 1959, se reorganizó la enseñanza de la Clínica y de la Medicina Interna en nuestro país, con la introducción, en el pregrado, de las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna y de una rotación básica en el internado. Una de las primeras residencias que se organizó fue la de Medicina Interna.

Los internistas han desempeñado una importantísima función en el desarrollo ulterior de nuestro Sistema Nacional de Salud. La historia de los servicios médicos en nuestro país ha marcado la ruta del desarrollo de la medicina interna, que ha sido depositaria del método clínico como arma fundamental que heredamos del pasado y se ha apoyado en los instrumentos más tradicionales, pues los nuevos medios auxiliares «de producción» -la tecnología- han pasado, de manera general, a manos de las especialidades.

El Grupo Nacional de Medicina Interna del Ministerio de Salud Pública de Cuba se gesta y crea en 1968.<sup>16</sup> Particular relieve cobró en la organización de la especialidad en el país, el asesoramiento metodológico a lo largo y ancho de la isla durante los años 60 y 70 y la publicación de 3 ediciones de «Normas» de diagnóstico y tratamiento de la especialidad (1968, 1976 y 1984),<sup>19-21</sup> así como la conceptualización y aplicación del Programa de Atención Integral al Adulto.<sup>22</sup>

La Sociedad Cubana de Medicina Interna, ha organizado y celebrado múltiples eventos científicos, entre los que se destacan sus 6 congresos nacionales (La Habana, 1974; Camagüey, 1978; La Habana, 1981; La Habana, 1985; La Habana, 1989 y Santiago de Cuba, 1994).

#### LA MEDICINA INTERNA EN CUBA. ETAPA ACTUAL (¿QUÉ ERES?)

En los países, como Cuba, donde los internistas y el «internismo» se han mantenido contra viento y marea, la medicina interna no ha abandonado la primera línea del combate asistencial-docente cotidiano y los que la practican han estado sometidos, durante las 4 décadas pasadas, al peso de una excesiva presión y responsabilidad, donde sobresale el trabajo abnegado de nuestros colegas en los cuerpos de guardia y en las salas de los hospitales, la asistencia a un altísimo porcentaje de pacientes ingresados en las unidades de cuidados

progresivos (intensivos e intermedios) y la labor de atención ambulatoria en diferentes niveles y modelos. Si ello da una idea de la magnitud de su tarea asistencial, es importante comprender también su trascendencia cualitativa.<sup>1</sup> Metodológicamente, los internistas también han encabezado la atención integral del adulto.

Pero la medicina interna ha tenido y tiene, además, como ninguna otra especialidad, una extraordinaria responsabilidad de futuro con sus acciones fundamentales en la formación de nuevas generaciones de médicos. No sólo con los problemas relacionados con la educación científico-técnica, sino en la formación laboral, moral, patriótica, es decir, integral, de los futuros profesionales de la salud.<sup>1</sup> Por tanto, podemos afirmar que la labor docente desarrollada por los internistas durante 40 años en Cuba, ha sido la piedra angular de la formación de más de 60 000 médicos y miles de especialistas en este período.

Estimamos que dada la amplia base formativa que la medicina interna posibilita, y que en nuestro país se enriqueció con una vinculación activa a la comunidad a través de la Atención Primaria de Salud y al mismo tiempo del desarrollo de los Cuidados Intensivos desde los años 70, los internistas cubanos han profesado una ciencia sociobiológica, cuyo objeto es el hombre adulto, individual y colectivamente, sano y enfermo.<sup>11</sup>

Más de 3 000 profesionales constituyen hoy el «ejército» de especialistas de medicina interna en Cuba, distribuidos en todos los niveles de atención. Actualmente se desempeñan en nuestro país varios «tipos de internistas». Cada uno ha desarrollado características peculiares, en los diferentes aspectos asistenciales, docentes, de investigación y administrativos, a partir de la base ancha de la medicina interna. Entre ellos podemos identificar: los que se dedican a la atención primaria, a los cuidados intensivos, a la geriatría, a la infectología, a la dirección de los servicios de salud, a subespecialidades clínicas, así como los internistas generales, donde se incluyen un puñado de los «clásicos» e incluso, los «académicos».

No podemos olvidar que el marco actual de la práctica clínica está influido por nuevos factores importantes, que se iniciaron en los países más desarrollados, pero que hoy también nos afectan. Entre ellos, se encuentran:<sup>5</sup>

1. El notable desarrollo tecnológico alcanzado, sobre todo en la segunda mitad del siglo XX.
2. El proceso de globalización, que ha incluido la salud.
3. La sanidad como mercancía y «mercado».
4. Las relaciones entre los servicios de salud y la «sociedad del bienestar».
5. Los efectos sanitarios de factores extrasanitarios.
6. Los cambios en la prevalencia y el curso clínico de viejas y de nuevas enfermedades.

Debemos derribar las barreras que se han opuesto y se oponen aún en nuestros días a un proceso claro de conceptualización de la clínica- y de la medicina interna-, como ciencia y como práctica, que satisfaga las expectativas de una comunidad cada vez más conocedora y más crítica. Entre ellas, tenemos:<sup>24</sup>

- Poco conocimiento y difusión entre los médicos y en la sociedad, de la historia, en el mundo y en cada país, de la clínica y de la medicina, de sus debates y de sus dilemas.
- Multitud de profesores en las universidades médicas, pero pocos «maestros».
- Formación cultural insuficiente de educadores y educandos.

- Pobre prestigio y recompensa social de la actividad teórica.
- Alejamiento progresivo de las facultades de Medicina del resto de las facultades universitarias, en especial de las Humanidades.
- Predominio del paradigma biomédico en la práctica.
- Excesiva confianza en la tecnología avanzada de los últimos decenios.
- Exagerada preocupación - ¿siempre necesaria?- por la práctica cotidiana, compleja e impredecible, pero poco reflexiva y, con frecuencia, dirigida por normas y orientaciones superiores.
- Proliferación acelerada del especialismo y de las especialidades médica -con mayor énfasis en el pensamiento analítico-, y no desarrollo paralelo del generalismo -con insuficiente profundización y reconocimiento de la síntesis.

Se ha dicho que «la hierba -como todas las cosas grandes e importantes del mundo- crece de noche, en silencio, sin que nadie la vea crecer».<sup>25</sup> Estimamos que la medicina interna, como la hierba también crece de noche. En las guardias, en los desvelos de los internistas por sus pacientes, en las clases preparadas en horas que se suponen sean para reponer el cansancio cotidiano, en el estudio sistemático de viejos y nuevos conocimientos, en los intentos reiterados de mantenernos al día, en la preparación de un artículo científico, en la gestación de nuevos planes, sueños, etc. Es la medicina sin *show*. Nuestro *show* es el de todos los días.

¿Quién continuará el diálogo que simbólicamente iniciara *Esculapio*, en aquellos famosos Consejos?: " ¿Quieres ser médico, hijo mío? " Hoy les pudiéramos decir a los jóvenes estudiantes y médicos que se nos acercan en cantidad creciente, para sorpresa de muchos, en estos años difíciles -a pesar de no tener ninguna campaña de proselitismo ni de marketing-, rememorando a *Esculapio*:

" Piénsalo bien, mientras estás a tiempo. Pero, si indiferente a la fortuna, a los placeres, a la ingratitud, si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes un alma lo bastante estoica para satisfacerte con el deber cumplido sin ilusiones; si te juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre, con una cara que sonrío porque ya no padece, con la faz de un moribundo a quién ocultas la llegada de la muerte; SI ANSIAS CONOCER AL HOMBRE, penetrar todo lo trágico de su destino, entonces (HAZTE MÉDICO Y DESPUÉS INTERNISTA, HIJO MÍO!

## FUTURO (¿QUÉ SERÁS?)

La revolución científico-técnica de los últimos 50 años lo que ha revolucionado es la técnica, no la clínica. Lo que se ha vuelto obsoleto es la técnica antigua, no la clínica.<sup>26,27</sup> Si alguna especialidad médica tiene que mantener la defensa a ultranza del método clínico en la evaluación de la persona sana o enferma, esa es, sin dudas, la Medicina Interna. Estimamos que en esta crucial tarea estarán nuestras fortalezas y debilidades en el futuro.<sup>26,27</sup>

Por otra parte, también resurgirá, en años venideros, en diferentes lugares y momentos, el debate sobre la necesidad de que la medicina interna subsista. A continuación señalamos 4 razones que ha dado una autora norteamericana para preservar la medicina interna en el futuro.



#### **RAZONES PARA PRESERVAR A LA MEDICINA INTERNA EN EL FUTURO"**

1. La medicina interna ha servido de alguna manera como la «conciencia» de la profesión médica
  - Los términos absolutos en medicina son pocos
  - Las habilidades técnicas son importantes, pero limitadas
  - El juicio y el carácter son atributos muy deseables para ser buen médico
  - El humanismo es una parte intrínseca de la profesión
2. Los internistas son capaces de cubrir un amplio espectro asistencial, desde la atención primaria hasta la terciaria
3. El internista se puede convertir en el árbitro y el negociador entre el paciente y los restantes especialistas
4. De todas las especialidades, la medicina interna es la que ha estado más sometida a mayores cambios durante su historia y es la que se ha adaptado mejor.

Al tratar de definir las «misiones» atencionales actuales y futuras de la medicina interna en nuestro país hemos identificado las siguientes:

#### **MISIONES «ATENCIÓNALES» ACTUALES Y FUTURAS QUE IDENTIFICAMOS EN LA MEDICINA INTERNA CUBANA**

1. Integración. Esta es una ciencia práctica que debe recuperar y articular de una forma armónica el saber y las destrezas surgidos en las especialidades de todo orden que se relacionan con la asistencia de los adultos.
2. Síntesis. La promoción de la persona humana del adulto, una e indivisible, en todas sus dimensiones biopsicosociales, como centro de todos los propósitos y metas.
3. Coordinación. No es sólo una labor de gerencia -aunque también lo es-, ni de rectoría de otras disciplinas. Es una misión esencialmente de servicio, de organización eminentemente horizontal, de dar y de obtener de cada cual, en el colectivo, lo mejor de sí.
4. Cooperación. Todas las relaciones deben basarse en una ética humanística de ayuda mutua y con un rigor científico que favorezcan la mejor atención de los adultos. En este sentido, la función educativa -tanto a los estudiantes y profesionales de la salud, como a la comunidad- y la función investigativa, llevadas a cabo con calidad, garantizan su credibilidad.
5. Especificidad. Radica en el acceso complejo de la atención médica, social y psicológica de los adultos. En este sentido, interesa resaltar aquí la necesidad de abordar esta atención a las personas como «sujetos» y no como «objetos», situación a veces no totalmente clara a nivel conceptual ni práctico.

#### **LA MEDICINA INTERNA DEL SIGLO XXI**

Estimamos que entre las claves de la necesaria «revolución de la clínica» que la medicina interna -y los internistas-, desde adentro, debemos sostener están las siguientes.

1. Una clínica con raíces en las personas y para las personas.
2. Una clínica en y desde el cambio.

3. Una clínica para la solución de los problemas de los pacientes desde los potenciales de la salud.
4. Una clínica compartida como quehacer, integradora e integrándose a todas las posibilidades de los saberes.
5. Una clínica que sirva al objetivo práctico de controlar los daños y riesgos y, además, de potenciar los factores protectores individuales y comunitarios.
6. Una clínica que permita mediar entre las complejidades de los diferentes niveles macro (sociales, institucionales, grupales) y micro (hasta molecular, genético).
7. Una clínica que evite la tentación del reduccionismo cuantitativo -sin desconocer y evaluar con rigor las evidencias-, tendiendo hacia enfoques holísticos que incorporen lo cualitativo en el análisis de los problemas.
8. Una clínica que tenga en cuenta las preocupaciones actuales de la ciencia: globalidad, caos, indeterminación, imprevisibilidad, cambio, sistemas dinámicos.
9. Una clínica que trate de disminuir la incertidumbre del médico frente a un problema de salud individual dado y refutar, hasta donde sea posible, la hipótesis planteada como diagnóstico presuntivo.
10. Una clínica que tenga en cuenta que es más importante saber quién es la persona que tiene determinada enfermedad, que cuál enfermedad tiene determinada persona.

Por tanto, consideramos que la medicina interna está llamada, hoy en día, a desarrollar teórica y prácticamente la clínica y a hacer que se mantenga viva por siempre, como su más extraordinaria contribución a la medicina del futuro.<sup>1</sup> Para ello, hace falta que los internistas del presente y del mañana se adapten dinámicamente a los cambios, definiendo lo que debe perdurar para que lo demás pueda cambiar, sin perder los principios básicos de la clínica. Diferenciar claramente entre lo que es ciencia y lo que es técnica.

Se necesita una identificación y una formación de líderes que sean capaces de integrar, de unir, de generalizar. El reto radica en encontrar el equilibrio entre la formación científica y el desarrollo de las destrezas necesarias para atender y resolver los problemas concretos de salud<sup>27</sup> y, por ende, de la clínica.

Debe incorporar más profundamente en su acción futura, la prevención y la promoción. Reconocer que su primera trinchera no está en las salas hospitalarias, sino en la atención primaria de salud y en la medicina familiar, sus aliadas naturales,<sup>1</sup> pero sin abandonar sus misiones fundamentales en los hospitales y en las universidades. Al mismo tiempo, puede -y debiera- ser la plataforma teórica y práctica de base, fundamental, para cualquiera de las viejas y nuevas especialidades clínicas.

Debemos llevar al resto de nuestros colegas y estudiantes la visión del «gran panorama», de la medicina clínica y de la sociedad. En otras palabras, una formación que sea capaz de lograr el atrapamiento sintético de la mejor clínica en cada época y lugar. Sigue siendo necesaria una teoría general que explique el proceso salud/enfermedad en una persona determinada, en los grupos y en la sociedad.<sup>28</sup> La contribución de la medicina interna en este camino puede ser decisiva. Las herramientas que aporta la epidemiología clínica, utilizadas adecuadamente, potencializan estos propósitos.

Hay quien podrá pensar que todo esto es una **utopía**, en un mundo globalizado, cada vez más teñido de un pragmatismo que asusta. A ellos les podemos responder que la idea

de la utopía siempre ha acompañado a la medicina interna desde su nacimiento. Su existencia siempre ha sido discutida, siempre ha estado en peligro de extinción, siempre fue asediada por amenazas externas, siempre parece que llega tarde. O sea, el fenómeno no es nuevo.

En los albores del nuevo siglo, cuando los avances tecnológicos sigue creciendo de manera exponencial, cuando florece la medicina basada en la evidencia, cuando se anuncia la próxima llegada del paradigma genético, alguien profetiza que podemos pasar a ser «**los dinosaurios, o los quijotes de la medicina**». No nos preocupan esos calificativos si lo que se trata es de salvar al ser humano entre toda la madeja globalizadora: tecnológica, economicista y pragmática que se nos encima, en medio de un proceso continuo de reformas de los sistemas de salud de cada país, con el objetivo central de contener el incremento continuo de los gastos en los servicios médicos.

Tendremos que seguir planteándonos las interrogantes que se han repetido por más de un siglo: ¿Quiénes somos? ¿Qué queremos? ¿Adónde vamos? ¿Por qué lo hacemos? ¿Cuál es nuestro papel (nuestra misión) en el Sistema Nacional de Salud? ¿Cómo compaginar nuestros enfoques y necesidades, en todos los sentidos, con los de los pacientes y los de los servicios de salud? También, por qué no, ¿cómo ayudar a ser más eficiente nuestro sistema de salud?

" En el pasado, la idea de solidez se basaba en la permanencia de las cosas, en la duración de sus formas y en el carácter aparentemente inmutable de sus relaciones. Este mundo de certidumbres rígidas en el que se apoyaban la mayoría de los modelos de interpretación de la realidad, ya no existe".<sup>29</sup>

Hoy -y parece que cada vez más en el futuro-, nos encontramos en un mundo " fluido", en el que la permanencia que tanto necesitamos no nos es dada, sino que hemos de conquistarla por voluntad deliberada: esta «solidez», cuando existe, es fruto de un proyecto. Proyecto que consiste en definir lo que debe perdurar para que lo demás pueda cambiar.<sup>29</sup>

Por ello, no basta sólo con tener las ideas claras. Para alcanzar las metas propuestas hace falta también una dosis alta de un buen pragmatismo. Son importantes las alianzas estratégicas de la Medicina Interna con otras especialidades de «base ancha», como la medicina familiar, la pediatría, la geriatría, la epidemiología, la salud pública. Nos anima también el hecho de que, como hemos referido, la medicina interna ha vivido constantemente en crisis, ambigüedad, incertidumbre, conflicto y adaptación.

Se requiere de una formación profesional sólida en todos los sentidos y de una vocación de servicio, de una entrega que tiene que nacer desde las propias «aulas universitarias» y de una actitud ejemplar en el desempeño de nuestras funciones en todo momento y lugar. A pesar de reconocer el alcance del desafío que enfrentamos -mantener el tesoro de la esencia misma de la clínica en un ambiente inestable y cambiante-, confiamos en el triunfo de lo mejor del ser humano para continuar avanzando en el próximo siglo en este camino, por el bien de todos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldereguía J. La Medicina Interna y la Salud Pública en Cuba: Perspectivas para nuevas acciones. En: Problemas de Higiene Social y Organización de Salud Pública. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1985:207-11.
2. Iizástigui F. La ciencia clínica como objeto de estudio. Bol Ateneo «Juan César García», 1996;4:7-25.
3. Delgado G. Nacimiento y desarrollo histórico de la clínica. Bol Ateneo «Juan César García» 1996;4:1-6.
4. Howell JD. The history of medicine. En: Kelley WN. Textbook of Internal Medicine. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Co. 1992:5-8.
5. White KL. La epidemiología contemporánea: perspectivas y usos. En: Usos y perspectivas de la epidemiología. Documentos del Seminario sobre usos y perspectivas de la epidemiología. Buenos Aires (Argentina) 7-10 Noviembre 1983:211-220. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1984. Publicación No. PNSP 84-47.
6. Iizástigui F. Salud, Medicina y Educación Médica. Ciudad de La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1985: 119-178.
7. Lorenzano C. La Estructura Teórica de la Medicina y las Ciencias Sociales. En: Rodríguez MI. Lo biológico y lo social, su articulación en la formación del personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994:35-62. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101.
8. Grupo Nacional de Medicina Interna. Estado actual y perspectivas de desarrollo de la Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública, 1981.
9. Bean WB. Origin of the term «internal medicine». N Engl J Med 1982;306:182-3.
10. Azcuy P. Prólogo. En: Grupo Nacional de Medicina Interna. Normas de Medicina Interna. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1976:VII-VIII.
11. Espinosa A. La Geriátría y la Gerontología en los umbrales del siglo XXI. Conferencia en el II Congreso Centroamericano y del Caribe de Gerontología y Geriátría, IV Seminario Internacional de Atención al Anciano. III Congreso Nacional de Gerontología y Geriátría, I Jornada del Cono Sur al Caribe de Gerontología y Geriátría, La Habana, Mayo 1996.
12. Osler W. Internal medicine as a vocation. En: Osler W. Aequanimitas, with Other Addresses to Medical Students, Nurses and Practitioners of Medicine. 3rd. ed. Philadelphia: Blakiston, 1932.
13. Beeson PB. One Hundred Years of American Internal Medicine. Ann Intern Med 1986;105:436-44.
14. Stevens RM. Issues for American Internal Medicine Through the Last Century. Ann Intern Med 1986;105:592-606.
15. Carrel A. La incógnita del hombre. Santiago de Chile: Ed. Ercilla, 1936.
16. Barsky AJ. The health paradox. N Engl J Med 1988;318(7):414-18.
17. Jordán J. Discurso de clausura del III Congreso Nacional de Medicina Interna, La Habana, noviembre de 1981.
18. López Sánchez J. Finlay. El hombre y la verdad científica. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1989.
19. Grupo Nacional de Medicina Interna. Normas de Medicina Interna. La Habana: Ed. Orbe, 1968.
20. Grupo Nacional de Medicina Interna. Normas de Medicina Interna. 2da. ed. La Habana: Ed. Científico-Técnica, 1976.
21. Fernández JE, Sollet R, Alonso OB, Fernández JA, Iizástigui F, Macías I, et al. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Medicina Interna. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 1984.
22. Ministerio de Salud Pública. Programa de Atención Integral al Adulto. Guantánamo: s/e, 1986.
23. Cabello JB, Bonfill X, García JD, Latour J, Lázaro P, Pérez A, Permanyer C, Soria B, Soriguer FC. El futuro de la práctica clínica, la investigación necesaria. Ponencia presentada en la Reunión de Unidades de Investigación, Albacete, España, 1996.
24. La Clínica a las puertas del Siglo XXI. Primer encuentro: La conceptualización general. Conclusiones. La Habana, Dic 1995. Documento no publicado.
25. Martín Descalzo JL. Razones para la esperanza. 20a. ed., Madrid: Sociedad de Educación Atenas, 1993:14-16.
26. Iizástigui F, Rodríguez L. El método clínico. Rev Finlay 1990;4(4):3-23.
27. Yépez RF, Barreto D. La Interdisciplinariedad, Lo Biológico y Social en la Formación de Médicos. En: Rodríguez MI. Lo Biológico y Lo Social, su articulación en la formación del personal de salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994:143-61. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 101.
28. Diez-Roux AV. Bringing Context Back into Epidemiology: Variables and Fallacies in Multilevel Analysis. Am J Public Health 1998;88:216-22.
29. Manzini E. Nadando contra la corriente. ¿Cómo edificar algo permanente en sociedades en las que el cambio es la regla?. El Correo de la UNESCO. 1996;12:6-8.

Dr. *Alfredo Espinosa Brito*.  
Especialista de II Grado en Medicina Interna.  
Doctor en Ciencias Médicas.