

La clínica y la Medicina Interna*

Clinical and Internal Medicine

Dr. Alfredo Espinosa Brito

Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía". Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Ante un panorama donde la Medicina Clínica y, particularmente, la Medicina Interna, enfrentan retos y dilemas que revisten características especiales en los momentos actuales, son muchos los que han estado preocupados porque estas condiciones afecten la esencia misma de nuestra profesión. Se definen los elementos del acto médico. Se ratifica el importante papel del método clínico como el método científico aplicado a la atención de un paciente, así como los peligros de su aplicación incorrecta. Se perfilan las principales características de los "médicos hipocráticos" y los "médicos galénicos", como polos opuestos del actuar clínico en nuestros días. Se constata el aumento del número de médicos que se alejan de los enfermos y confían de manera creciente en los nuevos exámenes complementarios para sus diagnósticos. Se abordan la situación actual y las perspectivas de la Medicina Interna, los diferentes tipos de internistas existentes en el país, las potencialidades de los mismos y las cualidades que han de preservarse en el futuro. Se exponen sugerencias propias para alcanzar una medicina de calidad, más humanizada y menos costosa en el futuro. Se ratifica que la clínica y su método adquieren en nuestro tiempo un valor todavía mayor que en el pasado y que es nuestro deber como internistas educar, con el ejemplo y la palabra, en la utilización depurada y con excelencia del método clínico.

Palabras clave: Medicina Clínica, Medicina Interna, método clínico.

ABSTRACT

In an scenario where Clinical Medicine, particularly, Internal Medicine faces the challenges and dilemmas that have special characteristics at present, many people have worried about the fact that these conditions could affect the very essence of our profession. The elements of the medical acts are defined. The important role of the clinical method as the scientific method applied to the care of a patient, as well as the dangers of its wrong application is confirmed. The main characteristics of "Hippocratic Physicians" and "Galenic Physicians" as opposite poles of the present clinical acts are outlined. The increase in the number of doctors that leave their patients alone and trust in the new complementary tests for the diagnosis is verified. The current situation and the perspectives of Internal Medicine are addressed, as well as the different types of internists existing in the country, their potentialities and the qualities they should maintain in the future. Our own suggestions are given to achieve a high-quality medicine, more human and less expensive in the future. It is reaffirmed that Clinical Medicine and its method are currently acquiring a higher value than the one it had in the past and that, as internists, we should educate others, by example and word, in the refined and excellent use of the clinical method.

Key words: Clinical Medicine, Internal Medicine, clinical method.

INTRODUCCIÓN

En ocasión del XI Congreso Nacional de Medicina Interna y del XXIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Medicina Interna, celebrado del 13 al 16 de mayo de 2013 en el Palacio de las Convenciones de La Habana, mis colegas encargados del Programa Científico me encomendaron iniciar la participación cubana en este evento con esta conferencia. Mi agradecimiento infinito por esta muestra de confianza.

Hace ya 15 años, los compañeros del Comité Organizador del VII Congreso Nacional de Medicina Interna, celebrado en mi ciudad de Cienfuegos, me privilegiaron también con la conferencia inaugural de ese evento, que titulé "Medicina Interna. ¿Qué fuiste, qué eres, que serás?"¹

Posiblemente, el recuerdo de aquella primera presentación y la publicación reciente de un libro que escribí sobre el tema,² influyeron en esta nueva oportunidad y en el título que me sugirieron esta vez: "La Clínica y la Medicina Interna".

También ahora, como en aquella ocasión de 1998, vuelvo a repetir: «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 y de la Medicina Interna, a quienes debemos la esencia de nuestra formación médica».¹

Considero que entre los antecedentes más importantes que tiene esta comunicación están los aportes de 3 libros antológicos de grandes internistas cubanos: "Salud, medicina y educación médica", del profesor *Fidel Ilizástigui Dupuy*, a mediados de la década de los años 80;³ "La Clínica y su método", del profesor *Luis Rodríguez Rivera*, a fines del siglo pasado;⁴ y "El arte y la ciencia del diagnóstico médico", del profesor *Miguel Ángel Moreno Rodríguez*, en los comienzos del siglo XXI.⁵

La Medicina Clínica y, particularmente la Medicina Interna, siempre han enfrentado, enfrentan y enfrentarán retos y dilemas importantes, pero estos retos tienen características especiales en los momentos actuales.

Son muchos, y en distintas latitudes, los que han estado preocupados porque las transformaciones que han ocurrido afecten la esencia misma de nuestra profesión.

En el caso de la Medicina Interna, esta ha estado constantemente, desde sus orígenes, sometida a múltiples avatares y riesgos. Sin embargo, hasta ahora siempre ha tenido la capacidad de la «resiliencia», para salir airosa, renovada y adaptarse a los nuevos contextos.⁶

Desde esta perspectiva, es necesario generar nuevos marcos en el «cambio de época» que emerge en nuestros días, con el fin de permanecer, como clínicos y como internistas, a la altura de las necesidades y aspiraciones de las personas que atendemos.

Considero que para abordar adecuadamente lo que sucede con la Clínica y la Medicina Interna, es necesario combinar 3 visiones: el pasado, el presente y el futuro, lo que he tratado de dejar plasmado en el mencionado texto recientemente publicado.²

El pasado es la base de nuestra formación doctrinal como clínicos e internistas, el presente se distingue por el complejo contexto actual y el futuro se refiere a especulaciones sobre lo que ocurrirá mañana. Pero, dado el espacio disponible, me concentraré en esta oportunidad en la situación del presente.

Contexto actual de la práctica clínica

Entre los retos y dilemas que se presentan en la actualidad, con características especiales, se incluyen:²

1. El acentuado proceso de globalización.
2. La pugna y la simultaneidad de la modernidad y la posmodernidad.
3. La progresiva medicalización de la sociedad.
4. La influencia de factores extrasectoriales.
5. Las crisis de todo tipo (económica, social, ética).
6. La explosión abrumadora de nuevos conocimientos.

7. El énfasis que han cobrado las ciencias exactas y la «discriminación» de las humanidades.
8. Las reformas sucesivas del Sector de la Salud.
9. La aparición de Internet, las computadoras y las nuevas tecnologías de la información.
10. La Epidemiología Clínica y la Medicina Basada en la Evidencia.
11. El proyecto del genoma humano.
12. La sanidad como mercancía y como «mercado».
13. Las relaciones entre los servicios de salud y la «sociedad del bienestar»
14. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional.
15. La transición epidemiológica con el incremento progresivo de las enfermedades crónicas no transmisibles, junto a la emergencia y reemergencia de las epidemias de enfermedades transmisibles.
16. La escasez de "maestros" de la Clínica y la Medicina Interna.
17. La insatisfacción de médicos y pacientes.
18. Las expectativas crecientes de los pacientes.
19. La insuficiente formación cultural de los médicos.
20. La práctica cotidiana poco reflexiva.
21. La poca recompensa a la práctica clínica total.
22. Los cambios en la incidencia y la prevalencia y el curso clínico de viejas y nuevas enfermedades.
23. La cada vez mayor complejidad y gravedad de los enfermos.
24. Los nuevos procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
25. El advenimiento de múltiples fármacos y otros tratamientos, muy potentes y a la vez muy riesgosos.
26. La aparición de la Medicina Defensiva.
27. El poco conocimiento de la historia general y de la salud pública y de la clínica en particular.
28. Una nueva ética, la irrupción de la bioética.

29. La creciente utilización de medicinas paralelas, alternativas, naturales, tradicionales.

Sin embargo, se estima que las condiciones que más impacto tienen en la práctica clínica actual son:²

- El deterioro de la relación médico-paciente.
- El desprecio de la clínica y su método.
- La proliferación del especialismo (pensamiento analítico) sobre el generalismo (pensamiento sintético).
- El notable desarrollo tecnológico alcanzado y la excesiva confianza en su poder.
- La erosión de la formación general de los médicos.

El acto médico

Es el encuentro, en un contexto determinado, entre 2 personas: una, el enfermo (aunque cada vez con mayor frecuencia también el sano) que viene a solicitar ayuda o consejo y otra, el médico, que está dispuesto a brindarle su asistencia, lo que constituye un modelo singular de comunicación humana y sirve de marco a la interacción intelectual y afectiva conocida comúnmente como relación médico-paciente.⁷

En dicho encuentro hay 3 vertientes que son imprescindibles en el médico: la ética, el arte y la ciencia. La ética, dependiente de una vocación de servicio humanista y solidaria; el arte expresado por la maestría clínica en sentido amplio- del facultativo y la ciencia, cuya máxima expresión es la práctica de un método clínico de excelencia, donde se expresan los conocimientos, las habilidades y los valores del que lo lleva a cabo, a la hora de establecer un diagnóstico integral, un pronóstico y tomar decisiones adecuadas a cada persona individual.

Para que el resultado del acto médico sea satisfactorio, se requiere que los 3 aspectos mencionados (la ética, el arte y la ciencia) se combinen adecuadamente. De hecho, hemos planteado que se pudieran expresar sintéticamente con una fórmula: Resultado= ética x arte x ciencia, para resaltar que si alguno de los 3 componentes está ausente (lo que equivaldría en ese caso a tener un valor de cero), el resultado sería cero, pues los 3 se multiplican, no se suman.

El método clínico

En 1989, los profesores *Ilizástigui Dupuy* y *Rodríguez Rivera*, publicaron una monografía que titularon «El método clínico», que hoy constituye un documento antológico, donde, al decir de algunos, conceptualizaron de manera magistral los pasos que debemos realizar en la práctica clínica, al argumentar de forma indiscutible, que este constituye el método científico aplicado a la atención de un paciente y que ratifica a la clínica como una ciencia práctica.⁸

Después de la divulgación de este trabajo, debido al interés que despertó, la bibliografía de autores cubanos relacionada con el método clínico se ha enriquecido mucho, gracias a la profundización en el tema que muchos colegas han realizado a lo largo y ancho del país.* *

Ilizástigui, en su último artículo publicado, advierte que «lamentablemente, un grupo de médicos, al no aprender adecuadamente el método clínico o, habiendo sido adecuadamente enseñados para ello, pero que no tuvieron el tiempo y la experiencia suficientes para hacerlo suyo, llegan a la práctica sin posibilidades de aplicarlo correctamente. Una vez graduados, crean sus propios métodos individuales en forma arbitraria y desorganizada y sin una base teórica apropiada, recurren abrumadoramente a la tecnología y a la farmacología como medios para salir airoso, con olvido de la tecnología humana, más barata, tanto o más importante que aquella".⁹

Los clínicos en nuestra práctica asistencial, debido a que se supone que el mayor foco de atención debe estar en ayudar a los pacientes a resolver sus problemas de salud, generalmente no identificamos claramente todos los pasos del proceso de nuestro propio razonamiento para llegar a un diagnóstico y luego a tomar una conducta adecuada. De ahí que muchos juicios se hacen de manera "casi que automática", basados en experiencias previas y en los conocimientos acumulados. Por lo que hay que aprender bien este proceso desde los inicios de la formación médica, para incorporarlo poco a poco, a través de la ejercitación en condiciones adecuadas, con maestros competentes y en escenarios reales, como una habilidad crucial en el cuidado de las personas que se asisten.

Esta no es una problemática nueva, pues hace más de 60 años el insigne profesor español *Carlos Jiménez Díaz* expresaba: "¿Cuál es la causa de la creciente imperfección con que se maneja la exploración clínica por los médicos hoy? Es doble, en primer término porque no se acierta a valorar lo mucho que puede dar de sí en el camino del conocimiento de la enfermedad del paciente, pero también por lo arduo de su aprendizaje?" Y continuaba: "Es más fácil mandar hacer análisis, hacer un electrocardiograma, poner en marcha el aparato de rayos X, etc., que saber tocar el bazo y saber preguntar. La exploración clínica se incorpora pronto al espíritu del médico o ya no se incorpora nunca; el vicio de actitud es prácticamente incorregible".¹⁰

Médicos hipocráticos y médicos galénicos

Rodríguez Rivera,⁴ con aportes posteriores de *Moreno*,⁵ han caracterizado a los médicos clínicos de nuestros días en 2 grupos fundamentales: "hipocráticos" y "galénicos", en alusión a las diferencias en sus enfoques de la práctica clínica que identificaron a esos 2 grandes de la antigüedad, aunque, por supuesto, en la práctica se pudieran identificar muchos tipos intermedios. Claramente, se comprende la gran admiración de estos 2 maestros de la Clínica y la Medicina Interna cubana por *Hipócrates*, a la que, por supuesto, nos unimos.

"El *médico hipocrático* se caracteriza por emplear el tiempo necesario con el enfermo, escucharle con atención, obtener de manera precisa su historia clínica, examinarlo cuidadosamente e interesarse por él no solo como paciente, sino como persona. Una vez que ha obtenido toda la información posible no se precipita en establecer el diagnóstico, utiliza sus conocimientos y experiencias para usar la tecnología médica de manera racional, de acuerdo con las posibilidades diagnósticas del paciente. Aunque llega a una conclusión, se caracteriza por tener la suficiente flexibilidad para efectuar un cambio de enfoque clínico, si las evidencias así lo indican y, finalmente, si no sabe una cosa lo dice sin circunloquios, francamente".⁴⁻⁶

"Además, el *médico hipocrático* trata de incorporar las enseñanzas que recibe en la práctica con sus enfermos, porque se da cuenta de que son importantes y cree en el valor de la experiencia que cada caso le aporta en su búsqueda de un alto profesionalismo; no le desagradan ver enfermos; individualiza a cada uno; aborda los conflictos psicológicos y sociales de sus pacientes; se esfuerza por hacer registros fieles, claros y cultos en las historias clínicas; evita la polifarmacia; reconoce sus errores; mantiene siempre un sano escepticismo y al comprender que el ejercicio de la clínica conlleva una determinada y permanente incertidumbre, ello lo convierte en un hombre modesto".⁴⁻⁶

"El *médico galénico* es un profesional que muestra más afición por los libros hoy diríamos por las revistas e Internet- que por los enfermos; le interesan más las explicaciones fisiopatológicas, las teorías en boga y los nuevos medicamentos, rinde un mayor culto a la tecnología moderna; su contacto con el enfermo es peligrosamente breve, pues lo considera en parte como una pérdida de tiempo; se interesa sobre todo por los datos biológicos; si el paciente es lento o poco preciso, no pocas veces recoge datos diferentes a la realidad y al elaborar sus hipótesis diagnósticas rápidamente introduce al enfermo en una casilla de su archivo mental, de acuerdo, sobre todo, con el resultado de una abundante batería de análisis complementarios".⁴⁻⁶

"El *médico galénico* también tiende a asimilar mucho menos la experiencia clínica que le aportan los pacientes, esquematiza en vez de individualizar; es impersonal en su trato, manejo y seguimiento de los enfermos, gusta de las normas y protocolos para casi todo, se inclina más a la polifarmacia, sus registros en las historias clínicas son pobres, no reconoce los errores porque se cree infalible y no duda porque tiene una respuesta para todo. Es autosuficiente".⁴⁻⁶

El prestigioso clínico español, *Agustín Pedro Pons* afirmaba, hace algo más de 40 años:

Hay que conseguir médicos cultos, antes que eruditos. La cultura es un conocimiento profundo y consciente formado de vivencias. La erudición constituye un saber de información, de raíz superficial, falto del control de la experiencia y del hecho aprendido que se ofrece diariamente durante toda una existencia. Son los eruditos, aquellos que por falta de experiencia personal, se amparan en la de los demás, recogida en la literatura y están siempre prestos a rectificar a los que desconocen el texto de las últimas revistas y el avance -muchas veces prematuro y abocado a una pronta caducidad- de una nueva técnica.¹¹

Lamentablemente, cada vez se constata que aumenta el número de médicos "galénicos" y "eruditos", que se alejan más y más de los enfermos y confían de manera creciente en los nuevos exámenes complementarios para sus diagnósticos. Así, el profesor *Ricardo González* nos alerta de una tendencia a formar profesionales cada vez más actualizados, técnicos, entrenados, equipados, automatizados, capaces de «hacer», pero menos sensibles, involucrados, disponibles, integrales, humanizados, capaces de "estar", "sentir" y "apoyar".¹²

El Dr. *Gregory House*, ha sido un personaje de ficción, interpretado por el británico *Hugh Laurie* y protagonista de la serie *House MD*. Lo podemos clasificar como un típico «médico galénico» de nuestro tiempo. A pesar de que muchos aspectos de su personalidad son la antítesis de lo que podría esperarse de un médico, ha ganado gran popularidad en muchos países, reflejando una visión distorsionada de los valores esenciales de la profesión, que inexplicablemente se van aceptando por muchas personas como modelo de la medicina moderna. Su filosofía de trabajo se pudiera sintetizar en las siguientes frases: "¿Usted qué preferiría: un médico que lo

tome la mano mientras se muere, o uno que lo ignore mientras mejora? Aunque yo creo que lo peor sería uno que lo ignore mientras se muere...".¹³

Por otra parte, encontramos, aun en países desarrollados, a otros médicos que se niegan a renunciar a la «buena clínica». Un ejemplo de ello lo encontramos en *Abraham Verghese*, del Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Stanford, donde es célebre por sus pases de visitas semanales, pues insiste en la importancia del examen físico de los pacientes para demostrar la valiosa información que de él se obtiene en el camino del diagnóstico, antes de la utilización de la tecnología.¹⁴

En fin, que la buena clínica (el interrogatorio - mejor, "escuchatorio"- y el cuidadoso examen físico), parece que han pasado de moda en muchas partes del mundo y en numerosas especialidades. Entre los que todavía defienden con pasión estas potentes herramientas de la clínica que, además, tanto necesitan y agradecen los enfermos, estamos los internistas. Cuidémoslas.

Medicina Interna ¿quo vadis?

Conceptualizada por nuestro Grupo Nacional de Medicina Interna como la "rama de la medicina clínica que considera, de forma integral o en sus interrelaciones, el conjunto de los sistemas anatómicos y fisiológicos del ser humano; de éstos con la personalidad del paciente y del conjunto con el medio físico, biológico y social donde se desenvuelve. Se trata de practicar la medicina del individuo y no del órgano o del sistema. Incapaz de traicionarse a sí mismo, el internista combina en una sola pieza la ciencia y el humanismo".¹⁵

El Prof. *José Jordán Rodríguez*, en una bella imagen, expresó 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 añadía: "hay que conservar fuerte el tronco, para que todas las ramas crezcan bien".¹⁶

En un documento de trabajo más reciente, elaborado por el Grupo Nacional de Medicina Interna, citado textualmente en nuestro libro *La Clínica y la Medicina Interna: Pasado, presente y futuro*, se decía: "Hasta las décadas de los 70 y 80 del siglo XX, el internista mantenía 2 de sus características principales: por un lado, dada su profundidad de conocimientos, desempeñaba el papel de consultor de máximo rango. Por generalista y plural, era capaz de ofrecer a sus pacientes una asistencia médica longitudinal e integral. La formación profesional de pregrado de los estudiantes de medicina descansaba en gran parte en las cátedras de Clínica Médica. Durante muchas décadas ha sido el eje fundamental de los hospitales y los servicios ambulatorios".¹⁷

Además, se añadía que "se evidenciaba una fascinación singular y un respeto por la Medicina Interna, debido a:¹⁷

- El alto vuelo intelectual que implica lograr su sereno y dignificante dominio.
- Los retos que plantea al amplio ejercicio del diagnóstico.
- La independencia de criterios que da al médico.
- La capacidad de generalización.

- La gran cantidad de conocimientos clínicos y de ciencias básicas que conlleva dominar.
- Su visión holística".

Sin embargo, "en la mitad de la década de los 70, se inició el proceso de la disgregación de la Medicina Interna, de cuyo tronco común surgieron con fuerza diversas subespecialidades médicas o clínicas, que fueron fundadas por grandes maestros de la Medicina Interna, que habían profundizado en diferentes áreas de esta especialidad madre, fenómeno que no aconteció con las generaciones posteriores que ingresaron a las especialidades clínicas de manera temprana y, frecuentemente, sin la suficiente capacitación y experiencia en la disciplina madre, situación que hoy genera no pocos inconvenientes en la práctica asistencial y docente".^{2,17}

Desde entonces, el internista comenzó primero a compartir el papel del consultor de máximo rango y, en muchos lugares, perdió progresivamente este rol, que se trasladó al subespecialista. El público y, cada vez más, los dirigentes de los sistemas de salud se han olvidado progresivamente del internista general, para encumbrar, en su lugar, a los correspondientes especialistas de la clínica médica - cardiólogos, neumólogos, oncólogos, neurólogos, hematólogos, reumatólogos, gastroenterólogos, nefrólogos, entre otros-, así como a los intensivistas, los infectólogos y los geriatras, que originalmente fueron hijos legítimos, muy cercanos al tronco de la Medicina Interna. A ello se unió la aparición de una nueva figura, el especialista en medicina familiar, el cual se puso a competir con el internista en su segunda faceta, es decir, la asistencia integral, en lugar de haberse promovido alianzas estratégicas entre ambos, con lo cual, la función del internista especialmente en la atención primaria pareció haberse vaciado de contenido y una nueva crisis quedó configurada.^{2,6,17,18}

Por otra parte, ha pasado más de un siglo y, aún en nuestros días, a diferencia de los nombres de otras especialidades, que explican claramente su función, el de la nuestra provoca confusiones debido a que el término no es descriptivo ni etimológicamente comprensible.^{6,19} Así, no es de extrañar que el *American College of Physicians* y la *American Society of Internal Medicine* destinaran varios millones de dólares en fecha tan reciente como 2006, a una campaña nacional en los Estados Unidos, para aclarar quiénes son los internistas, con mensajes como los siguientes: "son médicos expertos en la atención de adultos, que cuidan integralmente a los pacientes y por toda la vida".² En nuestro país se utiliza con frecuencia la denominación de "clínicos" y en nuestras instituciones se alude a las guardias y a las salas de hospitalización, como de "medicina", rememorando en ambos casos quizás otros apelativos previos para la «especialidad», como el de "clínica médica", así como la existencia de los antiguos departamentos hospitalarios de medicina, diferentes de los de cirugía.

Se sabe que muchos de los primeros internistas se resistían a la idea de hacerse llamar "especialistas", dado el amplio espectro de problemas de salud que atendían. Al contrario, siempre pretendieron abarcar lo general, pero, en un momento determinado, parece que fue imperiosa la necesidad de seleccionar "una especialidad y un nombre". Pero hoy, ¿qué somos?, ¿una especialidad?, ¿una vocación?, ¿una escuela?, ¿un pensamiento?, ¿un estilo?, ¿una actitud?, ¿el último reducto del médico que esperan muchos?, ¿es la formación básica necesaria para poder educar adecuadamente a los estudiantes de medicina y también a los que luego se dedicarán a subespecialidades clínicas?, ¿somos los que guardamos el tesoro de la clínica? Hay quien de modo pesimista ha referido: Internistas del mundo uníos, ¿último aviso?^{2,6,11}

En la siguiente tabla hemos resumido las principales características de los que consideramos los diferentes "tipos" de internistas que existen en nuestro país actualmente, según las principales funciones que desempeñan:²

Internistas	Asistencia	Docencia	Investigación	Administración
"Clásico"	++++	++++	++	++
Intensivista	++++	++	++	+
Emergencista	++++	++	+	++
"Primarista"	++	++	++	++
Dirigente	+	+	++	++++
Infectólogo	+++	++	++	+
Geriatra	++++	++++	++	++
Superespecialista	+++	++	+++	+

A partir de las disímiles actividades que somos capaces de realizar, estimamos que los internistas constituimos una especie de "*joker*" o "comodín" en el Sistema de Salud, a semejanza de lo que significa esta valiosa "carta" en el juego de naipes. Claro, esto requiere de buenos internistas, bien formados, que sean verdaderos "especialistas totipotenciales", que, a partir de una educación básica integral, puedan profundizar y ejercer en las más diversas especialidades clínicas y de gestión, capaces de poder desempeñarse desde internistas generales en la atención primaria hasta intensivistas con sólida base clínica y formadores clínicos de estudiantes de pregrado y de posgrado.

Así, entre las cualidades del internista que habrán de conservarse en el futuro, sugerimos:

- Visión del paciente como unidad.
- Capacidad de adaptación a los recursos realmente existentes.
- Sustento en las propias habilidades clínicas.
- Multipotencialidad.
- Límites definidos por la autocrítica.
- Mayor competencia ante pacientes ambulatorios.
- Mayor competencia ante pacientes crónicos.
- Actitud más anticipatoria.
- Sistema eficiente de educación continua.

- Búsqueda permanente de mejores soluciones.
- Capacidad de trabajo en equipo.

Comentarios finales

En el Diccionario de la Real Academia Española, "utopía" significa: plan, proyecto, doctrina o sistema optimista que aparece como irrealizable en el momento de su formulación. Estimamos - aunque puede parecer una utopía- 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. No podemos esperar una «rejerarquización» de Medicina Interna como especialidad, por cierto justa, si antes los internistas no ponemos orden en nuestra casa. 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.²

Además, los servicios de Medicina Interna tienen una serie de características que los diferencian del resto de las especialidades médicas y, entre otras, está la gran variedad de patologías que atienden y los distintos modelos organizativos que han surgido en los últimos años. El conocido como *benchmarking* es un proceso sistemático y continuo que puede ayudar para comparar nuestra propia eficiencia en términos de productividad, calidad y prácticas, con aquellas organizaciones que representan la excelencia.²⁰

Si se pretende alcanzar durante el siglo XXI una medicina de calidad, más humanizada y menos costosa, se necesitará:²

- Garantizar sobre todo la formación integral sin abandonar la información- de nuevos internistas, capaces de desarrollar una práctica clínica de excelencia, en un escenario siempre cambiante.
- Enfatizar que la habilidad fundamental del médico clínico, y especialmente del internista, gira alrededor de la relación médico-paciente, la búsqueda de la información, su análisis, el razonamiento médico y la decisión terapéutica, es decir, el dominio con excelencia del método clínico.
- Demostrar la necesidad de contar con buenos internistas, capaces de resolver de manera integral, ética, científica y más económica, los problemas clínicos de los adultos, incluyendo los más complejos.
- Transmitir fluida y armónicamente en el futuro el caudal de conocimientos, experiencia y humanismo acumulados por todos, a través de nuevos y eficaces puentes y vasos comunicantes, tanto a estudiantes de pregrado y posgrado, como a los demás colegas y personal sanitario. A la frase: «Divide y vencerás», pongamos la divisa martiana: "Unir es crear".
- Convencer con nuestra competencia y desempeño a los pacientes, colegas, administradores de salud y público en general.
- Renovar las actividades clínicas esenciales, asistenciales, docentes e investigativas de los internistas, teniendo como centro el método clínico "transformado y perfeccionado" de acuerdo con las nuevas realidades.

- Insistir en las elevadas posibilidades de éxito en el manejo de pacientes con polimorbilidad y enfermedades crónicas.
- Evidenciar el papel integrador del internista en el diagnóstico y el tratamiento de pacientes que requieren del concurso de varias especialidades.
- No caer jamás en la posición de médicos semáforos, ni enviar enfermos a los subespecialistas sin motivos de peso.
- Gestionar los servicios clínicos con eficacia, eficiencia y efectividad.
- Alcanzar el liderazgo natural de las especialidades clínicas, a partir del prestigio ganado por la labor desempeñada.
- Defender la Clínica y la Medicina Interna no por beneficio propio, sino por lo que puede aportar para los pacientes, los estudiantes, los servicios de salud y la población.

Ante los planteamientos de algunos, sobre el fin de la Clínica y la Medicina Interna, ante el empuje de las especialidades, de los avances tecnológicos sin un uso apropiado y de la organización fragmentada de los servicios de atención médica en el presente -y, supuestamente, en el futuro-, nos solidarizamos con el planteamiento de que "la clínica y su método adquieren en nuestro tiempo un valor todavía mayor que en el pasado y es nuestro deber como internistas educar, con el ejemplo y la palabra, en la utilización depurada y con excelencia del método clínico. Los enfermos nos lo agradecerán".²¹

Por último, nuestro Apóstol nos enseñó en su poema sobre "La mora y la perla" incluido en la Edad de Oro, que debemos estar prevenidos para no "aburrirnos" de los patrimonios valiosos que poseemos y apreciar a tiempo su significado, pues muchas veces no valoramos las bondades de lo que tenemos y nos lamentamos cuando lo perdemos:

*Una mora de Trípoli tenía
Una perla rosada, una gran perla
Y la echó con desdén al mar un día:
"Siempre la misma: ya me cansé de verla".
Pocos años después, junto a la roca
De Trípoli - la gente llora al verla
Así le grita al mar la mora loca:
"¡Oh mar, oh mar, devuélveme mi perla!"*

No echemos al mar todo el tesoro acumulado por la Clínica y la Medicina Interna a lo largo de tanto tiempo de sacrificios en pro del bienestar de nuestros pacientes, no vaya a ser que luego nos lamentemos, cuando ya no haya remedio para volver atrás. ¿Será demasiado tarde? Somos optimistas, en nuestra gente confiamos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Espinosa AD. Medicina Interna, ¿qué fuiste, qué eres, qué serás? Rev Cubana Med. 1999;38:79-90.
2. Espinosa AD. La Clínica y la Medicina Interna: Pasado, presente y futuro. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2011. 202 p.
3. Ilizástigui F. Salud, medicina y educación médica. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas, 1985.
4. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: Reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz Santos; 1999.
5. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica; 2001.
6. Espinosa A. La Medicina Interna y los internistas en la búsqueda «resiliente» de su identidad. Medisur. 2008;6(1):34-42.
7. Espinosa Brito AD. Desde Hipócrates, la influencia del maestro ha sido esencial en la enseñanza del método clínico. Edumecentro [Revista en Internet]. 2011. [citada 5 Febr 2011]. Disponible en: http://edumecentro.vcl.sld.cu/media/Vol3_num1_02.pdf
8. Ilizástigui F, Rodríguez L. El método clínico. Revista Finlay. 1990;4(4):3-23.
9. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super. [Internet]. 2000 [citado 23 Nov 2010]~14(2): [aprox.11p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Jiménez Díaz C. Los métodos de exploración clínica y su valoración. El médico explorando a su enfermo. Madrid: Paz Montalvo, 1954.
11. Pedro Pons A. Formación del internista. De la Medicina Interna a las Especialidades. Anales de Medicina y Cirugía. 1969;49:35-48.
12. González, R. Humanismo, espiritualidad y ética en la atención a la salud. La Habana: Editora Política; 2005.
13. House G. Wikipedia [Internet] 2013. [citado 10 May 2013]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Gregory_House
14. Verghese A. In praise of the physical examination. It provides reason and ritual [editorial]. BMJ. 2009;339:1385-6.
15. Grupo Nacional de Medicina Interna. Estado actual y perspectivas de desarrollo de la Medicina Interna. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1981.
16. Rozman C. El regreso del internista. Diario Médico. 1-III-01. Edición electrónica en pdf [citado 28 Sept 2008]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com>

17. Sánchez P. La Medicina Interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo. Rev Méd Chile. 2003;131(6):679-84.
18. Rozman C. El regreso del internista. Diario Médico. 1-III-01. Edición electrónica en pdf [citado 28 Sept 2008]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com>
19. Sánchez P. La Medicina Interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo. Rev Méd Chile. 2003;131(6):679-84.
20. Zapatero Gaviria A, Barba Martín R. Benchmarking entre servicios de Medicina Interna. Rev Clin Esp. 2009;209:107-9.
21. Moreno Rodríguez MA. El método clínico, las «buenas prácticas clínicas» y el profesionalismo médico. Medisur. 2010;8(5) Supl:64-70. Edición electrónica en pdf [citado 10 May 2013]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1323>

Recibido: 24 de mayo de 2013.
Aprobado: 8 de junio de 2013.

Dr. *Alfredo Espinosa Brito*. Hospital Clínicoquirúrgico "Dr. Gustavo Aldereguía". Ave. 5 de Septiembre y calle 51A, Cienfuegos, Cuba. alfredo_espinosa@infomed.sld.cu

* Versión de la Conferencia inaugural del XXIII Congreso Centroamericano y del Caribe de Medicina Interna y del XI Congreso Nacional de Medicina Interna. La Habana, 14 de mayo de 2013.

** Dos ejemplos recientes que recogen una buena parte de esta producción científica son el Suplemento "El Método Clínico" con 34 trabajos incluidos en un número monotemático de Medisur 2010;8(5):1-217 [[http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1310 - 1335](http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1310-1335)] y el Disco Compacto "Paquete Informativo Método clínico. Selección de Lecturas", compilado por el Dr. Francisco Rojas Ochoa y producido por el Centro de Gestión de la Información y el Conocimiento de la Representación de OPS/OMS en Cuba y presentado en La Habana el 10 de abril de 2013, para su posterior distribución por todo el país.