

Medicina Interna: ¿es necesario el cambio?

La visión de un internista general

Oscar Ruiz

Al abordar este tema me pareció que en lugar de dar un recetario de cambios en el campo de la medicina interna, sería mejor hacer algunas consideraciones relacionadas con el ejercicio profesional desde mi modo de ver como internista general, que nos sugieran algunos cambios para el futuro.

Las subespecialidades, el internista general como coordinador

El avance de la ciencia modificó nuestro trabajo médico, pues cada día la medicina al llegar a ser menos invasiva en el diagnóstico y tratamiento como consecuencia del gran crecimiento en amplitud y profundidad del conocimiento científico, pudo incluir nuevas técnicas y la consiguiente aparición en el campo de la medicina interna de las 12 y más subespecialidades, con el interés de prestar una mejor atención a los pacientes, a tal punto que para el año 2000 la mitad de los internistas serán subespecialistas. En nuestro medio se debe definir el número y distribución de los subespecialistas que el país necesita para evitar distorsiones.

Al entrar a considerar el trabajo de estos subespecialistas que han adquirido la destreza en un reducido campo de la medicina interna, ellos se enfrentan a pacientes que tienen más de una enfermedad con compromiso de más de un sistema y con la necesidad de plantearse el diagnóstico diferencial que comprende enfermedades por fuera de su especialidad, o bien al entablar un tratamiento específico, éste interactúa con otros trata-

mientos para enfermedades de otras subespecialidades, circunstancias éstas de la práctica diaria que hace necesaria la intervención, desde el inicio del manejo, del internista general que coordine integralmente los hechos clínicos y paraclínicos que produzcan una optimización de la labor médica con evidente beneficio para el enfermo.

Son relativamente pocos los pacientes de la población general que requieren al internista altamente especializado, pero por la desordenada proliferación se ha llegado al fenómeno en el que los subespecialistas terminan practicando la medicina interna general, sin tener muchas veces la actitud mental para ello y proporcionando una atención más costosa, pues por sesgarse más al estrecho campo de su educación, experiencia e interés, solicitan procedimientos diagnósticos de tecnología avanzada o más interconsultas a otros subespecialistas, fragmentando y diluyendo el manejo del paciente, o bien se llega al hecho en el cual el subespecialista termina dedicando, menos tiempo a su campo, atentando contra su competencia y produciéndole frustraciones personales.

Un nuevo perfil de internista general

Además de frenar una proliferación inconveniente de subespecialistas, se debe fomentar la formación de internistas generales con perfiles claros que lo diferencien del médico general y del médico de familia y que dentro de su identidad científica sea un elemento importante en programas de educación médica de pre y postgrado, dirigiendo programas de residencia, sirviendo de tutor y consultor de médicos que trabajan en clínicas, dirigiendo grupos geriátricos, de sida, clínicas de anticoagulación y drogadicción, medicina

Dr. Oscar Ruiz: Médico Internista. Profesor Titular. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín.

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

del adolescente; liderando grupos multidisciplinarios en centros comunitarios y privados, organizaciones para preservar la salud, la ética etc.

Debe ser la base más racional para el manejo clínico de la mayoría de la población adulta que necesita atención básica, quien, a diferencia del médico general, realice un diagnóstico más experto, proporcione atención secundaria de alta calidad, pues está más adaptado con enfermedades complejas multisistémicas y se siente más cómodo dirigiendo gente muy enferma; igualmente está en capacidad de hacer cuidado terciario según las capacidades personales y, llegado el caso, puede hacer uso racional de sus colegas subespecialistas.

Una medicina interna general bien sólida deberá-ser el representante natural frente al gobierno y los sectores económicos ahora involucrados en la prestación de la salud con miras a la búsqueda de reivindicaciones para nuestra especialidad, siendo de mayor efecto que un grupo de asociaciones de subespecialidades con un poder mas débil frente a dichos grupos decisorios.

El internista general, un especialista insatisfecho

El especialista en medicina interna general en la actualidad se encuentra más acosado por emociones como insatisfacción, ansiedad hacia su futuro y con sensación de aislamiento. La especialidad es hoy menos atractiva para estudiantes, médicos y residentes.

Por el encarecimiento de la salud cada día no sólo el gobierno sino el poder económico en todas sus manifestaciones intervienen y desplazan al gremio médico, entre ellos muy especialmente al internista general, en sus decisiones sobre el manejo del enfermo. Lo anterior ha llevado a un estado de costos sociales que conducen a un mayor alejamiento entre el médico y el paciente, menos autonomía profesional y mayor carga administrativa para el médico, siendo el que a su vez sufre el impacto frente al paciente, que capta la injusticia social ya que la cobertura en salud es deficiente o no la hay, especialmente para los más pobres o los crónicamente enfermos y viejos, grupos poblacionales que son en gran proporción el campo de acción del internista, constituyendo lo

anterior una paradoja el que a pesar del crecimiento de la ciencia, la salud del pueblo no se satisface en una proporción justa e ideal.

Hablar de la insatisfacción de los especialistas en medicina interna, es una manera de visualizar la crisis que actualmente se vive en ella. Hay estadísticas a nivel de Estados Unidos que hablan de una disminución del 27% de los programas de residencias y analizando períodos específicos se han llenado sólo el 57% de cupos de ingresos. Es aún más significativa una encuesta del American College of Physicians donde sólo el 39% escogería de nuevo la medicina interna con un 21% que escogería otra subespecialidad y el 19% que dejaría la medicina, pero es aún más serio el que un 40% recomendaría a los estudiantes no seguir la medicina interna como especialidad. Una manera de percibir este problema se obtiene cuando se observa que entre estudiantes de medicina de último año hay una disminución en la escogencia de la medicina interna general del 62% comparado con años anteriores, ya que presienten que en ella hay una excesiva demanda de tiempo y esfuerzo, por la clase de pacientes que se manejan y el poco bienestar personal, además por la insatisfacción que observan entre residentes e internistas en ejercicio.

En este mismo orden de ideas el Dr. S. A. Schroeder ha analizado 11 dificultades en el ejercicio de la medicina interna que explican la disminución del interés por ella; como la disminución de ingresos frente a otras especialidades, una práctica difícil por el manejo de pacientes crónicos o terminales, programas de residencia desfasados, modelos en la facultad inadecuados, el temor al SIDA, deseo de limitar áreas de trabajo para comodidad personal y atracción por otras especialidades menos demandantes, circunstancias estas que nos obligan a remediarlas.

El Departamento de Medicina interna

En esta misma dirección es crucial el fomento del departamento de medicina interna como una entidad fuerte que sea el eje alrededor del cual funcionen armoniosamente las subespecialidades y adquiera suficiente autoridad para demostrarlo

ante la facultad, los residentes y estudiantes como ejemplo y modelo que sirva para acreditar la especialidad y mejorar su imagen.

De seguir la tendencia de un departamento de medicina interna como una yuxtaposición de subespecialidades, con diferentes intereses y fragmentando recursos y alterando la distribución del personal, seguirá perdiendo importancia con la amenaza de que en el futuro se extinga la medicina interna como especialidad independiente.

El curriculum del internista general

Con el objetivo de hacer resurgir nuestra especialidad, se está abriendo campo la idea de alargar el curriculum del internista general a cuatro años, de tal manera que en su formación se reflejen los cambios demográficos y científicos, dando prioridad al manejo ambulatorio y comunitario de nuestros pacientes, cada día con más edad y aquejados de enfermedades crónicas, disminuyendo el énfasis anterior en los aspectos analíticos de la búsqueda de posibilidades diagnósticas con una preponderante preocupación en estudio del paciente que tiene una enfermedad y en la enfermedad que tiene un paciente por un trabajo más centrado en el paciente mismo, con adquisición de destreza en la toma de decisiones sin dudar, para evitar temores por servicios médicos innecesarios, altamente costosos y sensacionalistas muchas veces, lo que se aprende con un mayor contacto con profesores internistas expertos. Para lograr un cambio de actitud del futuro internista hacia el manejo ambulatorio, fuera del constante trabajo en las consultas externas, debe dársele por parte del profesorado una mayor importancia al egreso del paciente hospitalizado que incluya una evaluación crítica sobre si el diagnóstico y la terapia fueron apropiados y si tiene un programa claro del manejo ambulatorio y la realización de resúmenes de historias buenas y útiles. Aquí los jefes de los servicios deben revisar las historias para evaluar la utilización del personal médico y de interconsultas y una crítica sobre costos globales, de manera que así como se le ha dado importancia al ingreso del paciente a los hospitales, su egreso se convierte también en una tarea clínica de mayor calidad.

Dentro de los cambios curriculares se debe

promover la adquisición de más experiencia en la toma de decisiones, en epidemiología clínica y su investigación, en informática médica, un claro conocimiento del ambiente sociopolítico que afecta su trabajo diario futuro, conocimientos prácticos en dermatología, ortopedia, ginecología, manejo de alteraciones en conductas del comportamiento, experiencia en procedimientos básicos de consultorio, adquirir destreza para llegar a ser el líder de equipos multidisciplinarios que irradian la medicina interna más allá de los límites del consultorio.

Los hospitales terciarios no deben ser la base de la formación del internista general, sólo deben usarse como una de las muchas rotaciones, pues ellos son modelos inadecuados no sólo para la educación del pregrado sino para el internista general, ya que desestimulan su ejercicio profesional futuro y favorecer y presionar la tendencia hacia la subespecialización.

La imagen del internista general

Uno de los cambios importantes para nuestra profesión se relaciona con la adecuada imagen que se debe tener del internista general dentro del equipo médico que trabaja por la salud del paciente, ya que en una encuesta, menos del 15% del público pudo ubicar la función del internista y cuesta dificultad diferenciarlo de otros médicos que prestan atención primaria, igual dificultad la tiene el sector gubernamental y el privado.

Es tarea prioritaria que logremos concretar una definición de internista general que sea menos descriptiva y que penetre fácilmente en el público (Tabla 1).

Debemos también cambiar nuestra anterior imagen de ser la última instancia para resolver los enigmas diagnósticos y devolver la salud dentro de un grupo de subespecialistas para pasar a convertirnos en coordinadores o directores del equipo médico que trabaja por la salud del paciente y así conservar en el ambiente universitario la imagen positiva que sirva de modelo para estudiantes de pre y postgrado.

Hay que concientizar a las empresas prestadoras de salud así como al sector gubernamental

Tabla 1. *¿Qué es un internista general?*

- Es un especialista en medicina del adulto desde la adolescencia hasta la vejez.
- Es un profesional que después de graduarse como médico se especializa tres o más años bajo la vigilancia de una facultad de medicina de una universidad con entrenamiento hospitalario y ambulatorio, es por ello que el internista general es diferente del interno y del médico general.
- El internista general investiga en profundidad cada caso y es un experto en hacer diagnósticos difíciles y resolver problemas confusos, por conocer en forma meticulosa y científica una amplia gama de enfermedades.
- Hace tratamientos integrales pues sabe que no maneja enfermedades sino personas enfermas en su ser total. Realiza prevención y rehabilitación.
- Decide en forma más adecuada la utilidad de exámenes costosos o procedimientos delicados y potencialmente peligrosos para el paciente (escanografías, radiografías, cateterismos, endoscopias).
- Sabe cuándo remitir un paciente a otros especialistas convirtiéndose en el mejor coordinador de los médicos que manejan pacientes de alta complejidad, como cirujanos, obstetras, oftalmólogos, etc.
- Por ello su trabajo es más eficiente en relación con el costo-beneficio para el paciente y las entidades prestadoras de salud.
- El internista general tiene el hábito de estudio toda la vida para enterarse de los avances de actualidad: sus "herramientas de trabajo" son las revistas y los textos.
- Para una persona el internista general es el mejor "médico de confianza"
- El internista general es capaz de hacer atención primaria de enfermedades pequeñas y comunes; la secundaria de pacientes con problemas crónicos complejos y múltiples enfermedades simultáneas y de nivel terciario por complicaciones avanzadas.

mental que debe remunerarse al médico internista general en una proporción justa a como se hace con el subespecialista que realiza procedimientos técnicos muchas veces en menor tiempo, factor que peligrosamente está desmotivando a las nuevas generaciones médicas para seguir la medicina interna.

El trabajo del internista general de tipo ambulatorio

En décadas anteriores el trabajo del internista general se basaba en lujosos y a veces gigantescos hospitales que proporcionaban programas de entrenamiento médico y la abundante investigación científica, mediante estadías prolongadas de los pacientes. Debemos cambiar de actitud para aceptar que los últimos descubrimientos tecnológicos y médicos se han hecho por fuera de las salas de hospitalización y consiguientemente los diagnósticos de los pacientes se trabajan prioritariamente en el consultorio o dentro de centros médicos para procedimientos ambulatorios o para la realización de exámenes de imágenes, aceptando además que la investigación pasó en gran proporción del borde de la cama de los pacientes a ser realizada en laboratorios e institutos de investigación especializada.

De tal manera que las hospitalizaciones queda-

ron reducidas para el manejo de pacientes en estado de suma gravedad o por descompensación de una enfermedad previamente diagnosticada, también para la realización de procedimientos diagnósticos específicos y algunas veces para la inducción de terapias, o manejos complicados.

Modalidad del trabajo del Internista General

Nuestro trabajo como internista será pues eminentemente ambulatorio, donde se realizará el diagnóstico de nuestros pacientes además del seguimiento de las enfermedades crónicas, degenerativas o neoplásicas y el manejo de pacientes con alteraciones psicosociales donde buena parte de la entrevista médica se va a gastar en hablar, orientar, educar y aconsejar. Recordemos que conductas como el fumar, la violencia, la adicción a drogas y alcohol, que constituyen la mayoría de la morbimortalidad de la sociedad nuestra, pueden ser prevenidas o postergadas con cambios simples de estilo de vida, propuestas por el internista general con comunicación y ayuda dentro de su trabajo de consultorio. Allí mismo se pondrá mayor énfasis en la medicina preventiva, mediante la realización en forma más racional de exámenes de chequeo de la salud y la supervisión del estado de inmunizaciones, etc.

Como se concluye de lo anterior, dicho trabajo

consume mucho tiempo, realidad que choca con las decisiones de las entidades prestadoras de salud tanto oficiales como privadas, que miden la calidad (entiéndase como rendimiento) según la cantidad de pacientes que se vean en el tiempo contratado, agregándole del mismo modo al internista general que no realiza procedimientos sofisticados, gran cantidad de problemas administrativos, reclamaciones, regulaciones y llamadas telefónicas no cuantificadas ni remuneradas, obligándolo a gastar menos tiempo al paciente con el consiguiente deterioro de su imagen, motivo este de frustración, insatisfacción, hostilidad y desestímulo, todo lo cual obliga a cambios de criterios en dichas entidades mediante el análisis conjunto con las asociaciones que nos representan tanto las de tipo gremial como las de tipo científico.

CONCLUSIONES

1. Se deben hacer estudios sobre las necesidades del país en el campo médico, para definir el número de internistas generales y subespecialistas que se necesitan para evitar distorsiones en el ejercicio médico.

2. Se debe mejorar el perfil del internista general, para tener una imagen real entre la población, el gremio médico, el gobierno y las demás instituciones prestadoras de salud.

3. Hacer de los departamentos de medicina interna cada día más fuertes, representativos y modelos de la medicina interna como especialidad, globalmente considerada y evitar convertirse en una yuxtaposición de subespecialidades de ella.

4. Se debe pensar en ampliar el curriculum del internista general a cuatro años, para formar un internista acorde con los adelantos médicos actuales y no para fomentar más la subespecialización.

5. El hospital terciario no es el más adecuado para la formación del internista general y mucho menos para la educación de pregrado.

6. Se debe cambiar el concepto del trabajo del internista general, ya que cada día es y será más de tipo extrahospitalario

7. Se debe difundir entre el gobierno y las entidades prestadoras de servicios médicos, sobre el trabajo del internista general que por su naturaleza consume mucho más tiempo por exigir más relación médico-paciente, por exigir más educación y prevención y no medirla con base en una receta médica o en comparación con subespecialidades que producen procedimientos fácilmente cuantificables

REFERENCIAS

1. **Wartman SA.** Internal Medicine *JAMA* 1990; **263**(19): 2649-2651.
2. **Thier So.** The future of internal medicine: framing the questions (editorial) *Ann Intern Med* 1991; **114**(1): 88-89.
3. **Fletcher RU, Fletcher SW.** Internal medicine: Whole or in pieces? (editorial) *Ann Intern Med* 1991; **115**(12): 97S-979.
4. **Schroeder SA.** The troubled profession: is medicine's glass half full or half empty? *Ann Intern Med* 1992; **116**(7): 583-592.
5. **Nuckolls JG.** Internal medicine practice in transition. Implications for curriculum changes. *Ann Intern Med* 1992; **116**(12 Pt 2): 1051-1054
6. **Noble J.** General internal medicine in internal medicine: at the core or on the periphery? *Ann Intern Med* 1992; **116**(12 Pt 2): 1058-1060.
7. **Altus P, Flannery MT, Wallacht PM, Adelman HM, Pfeifer M.** Declining interest in internal medicine. Preliminary vs categorical Residents as role models (see comments) *Ann Intern Med* 1992; **116**(7): 1374-1375.
8. **Glickman RM, Bennett JC, Nolan JP, Stobo JD, Rubenstein A, Mufson MA.** Terwilliger J United we stand (editorial). *Ann Intern Med* 1993; **118**(11): 903-904.
9. **Kassirer JP.** Primary care and the affliction of internal medicine (editorial) *Ann Intern Med* 1993; **328**: 643-651.
10. **Barondess JA.** *The future of generalism.* *Ann Intern Med* 1993; **119**(2): 153-260.
11. **Petersdorf RG.** The future of internal medicine. *Ann Intern Med* 1993; **119**(11): 1130-1137.
12. **Fletcher RH, Fletcher SW.** What is the future of Internal medicine? (editorial: coment). *Ann Intern Med* 1993; **119**(11): 1144-1145.
13. **Fogelman AM.** Impact of managed care on deparatament of internal medicine. *Am J Med* 1994; 96 I-VI.
14. **Molina J.** Medicina Interna, pasado, presente y futuro (editorial). *Acta Med Colomb* 1993; **18**(1): 2-7.