

# ¿Desaparece la Medicina Interna?

Is Internal Medicine Disappearing?

Óscar Román Alemany<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

La medicina Interna ha sido uno de los pilares básicos de la Profesión médica desde hace dos siglos. Sin embargo, desde 1987, han aparecido en el extranjero y en el país, varios estudios que se preguntan si la Medicina Interna tiende a desaparecer como especialidad básica del adulto, y se explican las posibles causales y su persistencia como tal. El autor, como especialista reconocido en Medicina Interna, relata su proceso como tal en el país, y luego analiza los factores causales de esa interrogante, el principal de los cuales es, de acuerdo a la mayoría de los autores, el nacimiento y desarrollo de sus subespecialidades. Se describen otras causales y se señala su futuro como Medicina General del Adulto, con sus nuevas implicancias en la docencia, la asistencia y su calidad ética como especialidad integradora del estudio del paciente adulto.

*Palabras clave: crisis de la Medicina Interna, subespecialidades derivadas, medicina general del adulto.*

**I Parte.** En 1990, en nuestro país, la Revista “Eco Médico” tituló con esa interrogante su portada. Revisando la literatura nacional e internacional, encontré similares dudas, especialmente en EE.UU, además de las de nuestra medicina nacional. De ellas se pueden inferir argumentos en pro y contra de tal afirmación.

Permítanme reseñar mi trayectoria como Internista en el país, por más de 50 años, para luego señalar los argumentos nacionales e internacionales que se refieren a tal duda existencial de la Medicina Interna (MI).

Apenas recibido a fines de la década de 1950, fui contratado en el Hospital San Borja (Servicio Nacional de Salud), como médico en uno de los dos Servicios de Medicina Interna. En teoría, por tanto, yo era un Internista, como los demás colegas del Servicio. Como en esa época existían las 4 becas primarias de las especialidades madre de la Medicina, (Medicina, Cirugía, Pediatría y Obstetricia), que en tres años permitían adquirir el grado de “especialista” en ellas, decidí hacer una “pseudo beca” en MI, asistiendo por dos años, en forma parcial, a los diversos Servicios de medicina interna de los Hospitales de la capital. De esa manera, recorrí muy positivamente las diversas especialidades de dichos Servicios, que estaban en formación con “jefes” que se habían formado en el extranjero o en el país. Eran el inicio de la “era de sub-especialidades de la MI”.

Terminé mi preparación ¿real? de “Internista”, y de acuerdo a lo que ves, eliges tu camino: elegí Cardiología y gracias a la existencia de equipos tecnológicos respectivos, inicié una formación en esa sub-especialidad, en la que me mantuve preferencialmente por 5 años, manteniendo mi trabajo en la sala hospitalaria como un clásico internista.

Al cabo de ese período, me sentía como Internista y cardiólogo, pero ningún examen o concurso afirmaba tal pretensión. Sin embargo, la suerte aparece y un Concurso nacional de cargos médicos, entre ellos, de cardiólogo, me permitió ganar el título de “subespecialista” .

Posteriormente, la formación de “Conacem”, o Comisión Nacional de Especialidades Médicas, permitió reconocer y oficializar los títulos de las diversas especialidades y subespecialidades de la Medicina nacional.

Posteriormente, en 1968, se produjo la Reforma Universitaria, y en el Hospital San Borja permaneció un solo Servicio de MI, del cual era jefe asistencial (del SNS) el Profesor Titular Universitario respectivo.

---

<sup>1</sup> Médico Internista. Chile. Correspondencia a: [or.alemany@gmail.com](mailto:or.alemany@gmail.com)

El Profesor y Jefe asistencial a la vez, dirigía las Reuniones clínicas en forma erudita, cualquiera fuesen las características generales y de sub-especialidad del caso clínico presentado.

Todo cambió con el advenimiento de Régimen Militar. El nuevo jefe de Servicio era un especialista, sin reconocimiento de MI. Pero, con clara percepción de sus limitaciones clínicas, estableció que las reuniones clínicas fueran dirigidas por el jefe de la “especialidad” correspondiente al diagnóstico del caso clínico.

Las especialidades pasaron a tener una importancia decisiva, el Servicio se dividió en “Especialidades de la MI”, y comenzamos, con algunos colegas, a pensar en que pie había quedado la MI, la que nosotros creíamos la madre de todo el sistema patológico asumido por la especialidad madre.

Para mí, como para muchos otros colegas internistas, esta interrogante fue en cierto modo inesperada, e inquietante, porque era una “especialidad” reconocida por Conacem y en particular, por la carrera de Medicina de nuestras escuelas, que la incluía en forma importante en su curriculum.

Sin embargo, en forma cada vez más frecuente, en la medicina privada los pacientes no solicitaban ni preferían a la MI como especialidad madre de sus presuntas dolencias ocultas o sugerentes, sino que solicitaban en forma prioritaria a un “especialista”, entendido como “sub-especialista”, fuese cardiólogo, reumatólogo, gastroenterólogo, neumólogo, etc.

Aún más, los propios Médicos Generales, tanto en los policlínicos asistenciales como en las consultas privadas, solicitaban el apoyo diagnóstico y terapéutico, no de un Internista, sino de un sub-especialista de inmediato, cualquiera que correspondiese a su percepción clínica. Similar conducta se ha planeado en las formas iniciales o primitivas del denominado “Hospital digital”, por cuanto el Médico General, quien inicia el proceso asistencial, envía de inmediato (por red), sus dudas a un Médico especialista (sub-especialista) situado en el Centro Hospitalario digital respectivo, el cual le devuelve sus sugerencias diagnósticas y terapéuticas de inmediato.

**II Parte.** Pasemos ahora a revisar la literatura médica respecto a este problema.

#### **A.- Literatura internacional.**

En 1987, *“The Observer”*, revista del Colegio Americano de médicos, titulaba “buscando el futuro de la medicina interna”, y en números posteriores, hasta marzo de 1992, se refería al tema. En los primeros años se mencionaba que los

programas de residencias para médico internistas mostraban menor interés, lo que se atribuía, por un lado, a las características irrelevantes de esos programas, y por otro, a la existencia de muchos especialistas en medicina interna, que eran en especial subespecialistas, y ello no era lo que el país requería, por cuanto se necesitaban más médicos generales. Otro aspecto se refería a que los estudiantes veían a la medicina interna en el Hospital y no a lo que se requería en la práctica ambulatoria. Otro problema señalado, tal vez el más importante, era la pérdida de médicos consultores en favor de subespecialistas. Con el aumento de los éstos, el internista general ha perdido prestigio e ingresos comparativos en la mirada del público general.

Además, algunos expresidentes creen que tanto internistas generales como subespecialistas en medicina interna tienen que desarrollar nuevos roles en el futuro: los internistas primarios (o generales) deben actuar como clínicos consultores o “goalkeepers”, en tanto que los subespecialistas, como consultores eficientes y costosos. Otros han definido al internista como experto en el cuidado general del paciente, en tanto que el cardiólogo sería un experto en el manejo del corazón. Otros piensan que deben existir departamentos fuertes en medicina interna, con todas las especialidades, además del internista general, super-especializado.

En una conferencia del *American College of médicos*, se afirmó que no hay indicaciones perentorias de que el rol del internista esté obsoleto, sino que se requiere de más médicos con esas características.

#### **B. Literatura Nacional.**

En 1987, aparece una primera comunicación denominada “Análisis crítico de la enseñanza de la Medicina Interna en el país”, comunicada por Asofamech (Asociación de Facultades de Medicina de Chile,) que contaba entonces con 9 Escuelas de Medicina. Los hechos analizados se refieren principalmente a que el tiempo de pregrado corresponde a un 25% a MI, y que tal tiempo de enseñanza se puede considerar adecuado. Sugieren además que las actividades hospitalarias sean complementadas con facilidades ambulatorias para conocer aquellos aspectos de la MI relacionados con la atención primaria. Postulan además que sería útil un examen nacional para los graduados, que sería optativo.

En el año 1992 aparecen tres artículos sobre MI de autores de gran nivel en la medicina nacional, los drs. Roessler, Alonso y Parroquia. Sus conclusiones más interesantes y críticas, repetidas por

casí todos ellos, se refieren esquemáticamente a los siguientes aspectos:

- a) Es el médico tratante de adultos. El paciente adulto con múltiples patologías, es quien requiere del Internista General, capaz de conducir el tratamiento y en cierto modo, en la forma clásica, se transforma en el “médico de cabecera”.
- b) Especialidad clínica básica.- En el cuadro de la atención médica, la medicina interna es una especialidad básica (paralela a Cirugía, Pediatría y Obstetricia), que requiere un período de formación de 3 años, en un Servicio de Medicina acreditado.
- c) Internista General como médico de adultos. En la definición de la formación del médico internista, éste se puede clasificar como Internista o como subespecialista. Como Internista General, se diferencia del sub-especialista, en que detecta los problemas fundamentales del paciente, realiza el diagnóstico presuntivo, solicita exámenes complementarios y probatorios y señala el tratamiento. El subespecialista, aunque formado como Internista, limita su accionar a un sistema u órgano de la economía, realizando el proceso clínico con el auxilio frecuente de tecnologías de apoyo diagnóstico y /o de tratamiento,
- d) Diferencia con el Médico general o de Atención Primaria. El Médico General, sin ninguna diferenciación en especialidades o sub-especialidades, realiza la atención inicial, primaria, en forma ambulatoria, llegando a una resolución diagnóstica y de tratamiento adecuado en una proporción variable de los casos, que fluctúa entre un 50 a 70% de los casos. El resto, lo maneja mediante envío de “interconsultas” a los especialistas respectivos o probables. Pretender que en vez de Internistas Generales, sean los Médicos generales o de Atención primaria, indiferenciados, los que manejen la patología del adulto, es crear un personaje que actúe solo como un derivador de enfermos.
- e) Las sub-especialidades médicas. La subespecialización nació como una actividad ejercida por un Internista formado, quien adquiriría los conocimientos profundos de un grupo de enfermedades, de las cuales pasaba a conocer sus aspectos básicos, clínicos y de las técnicas para su diagnóstico y tratamiento. Pese a la validez de la clínica, la fascinación por los instrumentos y las máquinas ha sido general y ha invadido a todas las especialidades de la Medicina Interna. Este fenómeno no solo ha encarecido en forma

importante al trabajo médico, sino que ha contribuido a deteriorar la imagen del M. Internista general clínico, dejándolo como algo del pasado, en una medicina moderna que se mueve entre muchas especialidades y nuevas técnicas.

Agrava lo anterior el hecho que el auge de la especialización, y tecnificación de la MI, considerado por muchos como uno de los factores principales de la decadencia del Especialidad madre, tal vez el principal, se ha realizado en nuestro medio con los recursos humanos de la MI, porque el crecimiento de los nuevos Departamentos de especialidades y ha determinado el deterioro de las actividades de los tradicionales Servicios de Medicina Interna hospitalarios y de la medicina privada.

Este sistema desnivelado ha trasladado, en pocos años, a la mayor parte de los Médicos Internistas que trabajaban en los Servicios respectivos, a los Departamentos especializados, produciéndose así un progresivo descuido de las funciones que éstos cumplían en la atención clínica indiferenciada de los pacientes adultos.

f) Repercusión en los Servicios clínicos Hospitalarios.

En la organización de las salas de los Servicios de Medicina Interna, se han planteado dos alternativas: la primera, que corresponde a la tradicional, ubica todas las camas en forma indiferenciada, lo que favorece la atención clínica de los pacientes y contribuye a la persistencia de la MI General: la segunda, distribuye las camas según la especialidad que indica el diagnóstico presuntivo, las entrega en su manejo a los sub-especialistas respectivos, y si, por cualquier motivo, falta el especialista, nadie se siente capacitado para reemplazarlo si no es de la misma disciplina. Esta solución parte del supuesto teórico que los especialistas atenderán mejor a sus enfermos que los internistas generales, lo que no siempre sucede.

En este tema, la realidad es que existe una tendencia creciente a encontrar enfermos que requieren exámenes y tratamientos complejos en relación a los que tienen patologías frecuentes y de fácil manejo circunstancial, como úlceras duodenales, hepatitis agudas, neumonías e hipertensión arterial no complicada.

g) La atención externa (ambulatoria) en los Servicios de MI.

La crisis de los Servicios de medicina Interna ha determinado un aumento de los controles de los pacientes en consultorios adosados a los Hospitales (CDT), o separados. La atención la

realizan frecuentemente becarios o los escasos médicos que se mantienen actuando como Internistas Generales.

h) La Docencia en Medicina Interna. A pesar de contar con Programas adecuados y completos para tal objetivo, la docencia de las Universidades en Medicina Interna es realizada por especialistas, “que tienden a asombrar a los alumnos con la tecnología que manejan” (Alonso). En la práctica, comenta Alonso, la mayor parte de los egresados confía más en los exámenes y técnicas que solicitan, que en su propia formación clínica, lo que se traduce en una gran cantidad de exámenes y procedimientos que resultan normales.

i) Formación del médico de Adultos. Se requiere ofrecer al médico de adultos un camino definido de perfeccionamiento gradual y progresivo de educación continua, que tenga tres peldaños ascendentes en la carrera: Medicina General como inicio (3 años), Medicina Interna general, (tres años) y especialidad médica (2 años). Así, Parroquia muestra la situación en 1992:

Medicina General .....	1.200 médicos
Medicina Interna.....	2.400 médicos
Especialidades médicas.....	4.800 médicos

El total representa aproximadamente el 33% de los 14.500 profesionales existentes en el país ese año.

### **SEMINARIO “LA MEDICINA INTERNA EN CHILE: ESTADO ACTUAL Y PERSPECTIVAS”**

---

Con participación de Sociedades Médicas, Facultades de Medicina y autoridades de Gobierno, concluye que “la crisis de la Medicina Interna” es explicada en parte por el crecimiento de las sub-especialidades médicas, y ha producido, al igual que en otros países, un impacto en las deficiencias cualitativas y cuantitativas del cuidado de los pacientes adultos. Sugieren algunas soluciones posibles, como estimular el cuidado ambulatorio en la educación de pre-grado, y la mejor integración posible entre los tres grados de cuidado del adulto, ya definidos.

En el año 1995, el Dr. V. Valdivieso, de la PUC, anota que la crisis de la MI es universal y que se ha fragmentado en un creciente número de sub-especialidades, con resultados indeseables, como la deshumanización de la medicina por el imperio de la tecnología como actor principal, y por el aumento de los costos.

Refiere además que hasta 1993, cumplidos 10 años del proceso de certificación por Conacem, 916 profesionales se habían certificado como Internistas, de los cuales un 40% eran Internistas sin especialidad derivada, 30% tenían la certificación agregada de alguna de las subespecialidades y el otro 30 % se había interesado por obtener sólo certificado de alguna especialidad. Concluye con esos datos, que gran parte de la atención primaria de los adultos se encuentra en manos de médicos indiferenciados, con muy poca capacidad resolutoria o de subespecialistas. En el nivel secundario, cada vez más desarrollado, la participación del Internista General es escasa e insuficiente. Muchos pacientes son así derivados desde el nivel primario (Médico general) al nivel terciario, para ser atendidos por subespecialistas.

Agrega que si la atención del adulto fuese efectuada predominantemente por especialistas, sería poco realista y pernicioso y porque a menudo se consulta al especialista por auto-referencia, al atribuir los síntomas a un determinado órgano o sistema.

Sugiere que seguiremos necesitando el vigoroso desarrollo de las sub-especialidades, pero éste debe ser paralelo e igual al de la Medicina Interna General.

En los años siguientes, 1996-97, aparecen en la Revista Médica dos artículos de connotados médicos docentes. El primero, del Dr. David Sabah, establece que la necesidad de progreso ha determinado un creciente desarrollo de las especialidades, lo que se ve reforzado porque la investigación exige una dedicación cada vez mayor, apoyada en nuevas y variadas tecnologías. Aparece el factor “investigación”, importante como afán de progreso clínico y docente. Sin embargo, hay que reconocer que la Investigación clínica general ya tenía desarrollo, pero no cabe duda que las especialidades estimularon y necesitaron del apoyo de la investigación. No obstante, el Dr. Sabah sugiere que la MI debe atender pacientes ambulatorios y que el internista general debe aportar a la docencia clínica hospitalaria.

El Dr. Iturriaga reconoce que muchos egresados realizan su formación en MI como un camino que los lleve pronto al dominio de una especialidad, que los ubicará en mejores posiciones de reconocimiento profesional y de expectativas económicas personales. Sin embargo, añade que el Internista General está mejor preparado para enfrentar cambios demográficos como el aumento de la expectativa de vida, aumento de la demanda por mejores cuidados generales, y mejor enfrentamiento a nuevos problemas de complejidad de la patología y de valores éticos.

Y aparece el nuevo siglo. Cuatro artículos, dos cartas al Editor y dos trabajos aparecen en nuestra Revista de Medicina Interna entre los años 2000 y 2004.

En el primero, del Dr. Patricio González, de la U. de Chile, observa: “se hace necesario preservar el especialista en MI como un profesional con visión global e integradora frente al paciente”; y es un grave error que algunos especialistas pretendan desmembrar la MI, haciendo cada vez más fuertes e independientes a las especialidades, en particular en la formación de pre y post-gradado en los hospitales universitarios. Además, el campo de acción del Internista tiende a confundirse con el del Médico General, que en sus consultas compiten con el campo de trabajo del internista.

El Dr. R. Palma, anota:” la situación del Internista ha cambiado, como toda la Medicina en las áreas pública y privada, especialmente en relación al manejo de los determinantes psico-sociales de la enfermedad, que es lo que se requiere para abordar al paciente en forma integral en su condición de ser humano inserto en un grupo social. Es necesario ahora redefinir claramente la misión futura del Internista, luchar activamente frente a los cambios y dejar de mirar con nostalgia hacia el pasado.

El Dr. J. Duclos aclara que lo que define a la medicina no es llegar al máximo en la instrumentalización y tecnología, sino en la conservación de la confianza, empatía, credibilidad y respeto en la relación médico- paciente. Los pilares en la vida profesional del Internista son su formación, su información científica continua y sobre todo, una buena decisión clínica, para lo cual lo crucial es un adecuado juicio y criterio.

El Dr. H. Reyes, se pregunta ¿qué es la MI? Y responde: “es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos y a su prevención. Agrega que la MI se diferencia de la Medicina general en que intenta incorporar al conocimiento clínico de las enfermedades y a su tratamiento los progresos de las ciencias, especialmente en los aspectos psicológicos y sociales que definen un adecuado proceso integrador.

El equilibrio entre internistas/subespecialistas debe basarse en una solicitud de referencia extendida por un internista. Si en la evolución del internista se hace especialista, es determinante que su formación responda a vocación y sea de calidad, de manera que permita conservar capacidad e interés por atender a sus pacientes, con el criterio amplio integrador, característicos de la MI.

Llega el decenio 2010-2020, y se inicia enfrentando dos posibles soluciones para el detrimento de la MI, sumado a los problemas paralelos de la atención primaria a manos de M. Generales. Las dos posibles soluciones fueron paliar el déficit de la atención ambulatoria del Internista general, incorporando un horario complementario de docencia en la APS durante la formación del especialista en Medicina interna, y postulando la incorporación del MI. General a la atención primaria, como tutor o colaborador en el poder resolutivo de la atención de ella. Por la presencia de ambas en la Atención primaria (APS), a cargo clásicamente de M. Generales, fueron denominadas “la paradoja nacional” y con interrogantes mayúsculas.

El primer intento de colaboración con la APS fue promovido y realizado con éxito en los primeros 6 años de su implementación por los Drs. Ipinza y Montoya, para luego ser abandonado. Consistió en el refuerzo de la APS con especialistas básicos en formación (internistas, pediatras, cirujanos y obstetras), que realizaron parte de sus acciones formativas en la mitad de sus jornadas de beca de 6 años, en funciones asistenciales de la Medicina General (APS). Fue un programa bien evaluado por sus estudiantes.

La otra posibilidad fue la incorporación de especialistas básicos, ya certificados, en la atención de los consultorios primarios, los que como docentes de pre-gradado y tutores de post-gradado, podían responder rápidamente (in situ) a las dudas diagnósticas y de tratamientos, y de esa manera, reducir el caudal de interconsultas a los niveles secundario y terciario, al mejorar el poder resolutivo de su acción asistencial.

El autor participó en un trabajo asistencial como docente de pre-gradado en un Consultorio urbano, y pudo obtener un aumento de la resolución clínica desde un 50 a 60 %, hasta el 80 % de los casos, en un período de 6 meses.

En este decenio, aparecen dos trabajos interesantes. El primero, de Letelier y col, (trabajo conjunto de 2 Universidades y tres Servicios de salud), que define la MI como una especialidad dedicada al cuidado integral de los adultos, desde la adolescencia hasta la senilidad, especialmente respecto al diagnóstico y al tratamiento médico, no quirúrgico, como también cuidando las prevenciones primaria y secundaria de las enfermedades, tanto en el hospital como en consultorios ambulatorios.

El segundo trabajo, del Dr. F. Muñoz C, que titula “arte y ciencia de la MI en el tercer milenio”, expresa que la medicina no es exclusivamente ciencia. Tiene de sí actuar hábilmente sobre

el hombre enfermo, para lo cual requiere vocación, obteniendo su propia satisfacción. Pero la relación médico/paciente se ha transformado en usuario/prestador, debido a cambios valóricos, preeminencia del mercado (globalización), desarrollo de tecnología e industria, como también mayor demanda asistencial, escasez de recursos, progresiva especialización y otros. Se necesita recuperar un ideario profesional en el contexto de una ética global que acoja el principio de responsabilidad por los efectos sobre las personas y el ambiente. En esta era de creciente especialización, la MI beneficiaría la mejor tradición médica por su holística del hombre y puede y debe jugar un rol fundamental en el Bioética.

### **COMENTARIO Y CONCLUSIONES.**

Los diversos autores nacionales y extranjeros expresaron, a través de sus respectivos períodos de acción, los diversos problemas que han afectado al desarrollo de la MI, como también sus ventajas y características básicas. En general, han sido comentarios y definiciones contrarias a su posible desaparición. Sin embargo, la realidad nacional, en la práctica de la medicina, parece tender cada vez más al crecimiento e importancia de las especialidades en desmedro de la mantención y desarrollo paralelo de la MI en su acepción de “medicina general del adulto”

Para establecer, en la medida de lo posible, las controversias que han subsistido en el tema, me ha parecido interesante describir las ideas de un médico americano, el Dr. R V. Lee, en una publicación nacional. Parodiando a la concepción general de C. Darwin, anota que la medicina y la atención médica (año 2013), están evolucionando rápidamente, en un proceso que tiene similitudes con la evolución biológica. Recuerda que Darwin expresó: “no son las especies más fuertes las que sobreviven, ni tampoco las más inteligentes: son aquellas más adaptables al cambio”.

Veamos, según Lee, cual es la evolución del Internista: en 1964, la MI era muy respetada y base para sub-especialidades no quirúrgicas exitosas. La MI era una medicina general. “Los internistas más famosos eran generalistas sui generis”. Pero ya en esa época la especialización estaba sobrepasando a la medicina interna madre, y el árbol de las especialidades médicas estaba ganando espacio.

Para aquellos de nosotros que se habían educado y entrenado en los años “dorados de los EE UU, (para los chilenos ocurrió algo similar), el alcance y velocidad de los cambios eran inquietantes y

molestos. Mi sentimiento elemental como médico era una atención y cuidado del paciente de la vieja manera, como médico de cabecera. Ahora, en el 2013, como un “doctor viejo”, continuo mirando la medicina actual con ojos interrogantes, y “rumiando” los sitios de especialización, con sus ordenadores, tecnicismos y un nuevo estilo de vida

<b>Factores</b>	<b>Generalismo</b>	<b>Especialismo</b>
Futuro	Abierto, amplio	Limitado, estrecho, focalizado
Contenido	Inclusivo, correlativo	Excluyente, constrictivo
Método	Observación, Historia natural	Mirada tecnológica, experimentación
Equipamiento	Portatil, personal	Instalado, equipo, dependiente
Velocidad	Lento, continuo	Rápido, múltiples, pacientes
Riego	Ignorancia	Incompetencia

en el sistema médico, en gran medida, criticable.

Sigue el Dr. Lee: ¿Qué diferencia al generalista del especialista? Anota un cuadro resumen muy completo:

El Internista general sabe mucho acerca de mucho, el especialista demarca su marco y su acción a su vista. El generalista trata de obtener conocimiento y experiencia lo más amplia posible, el especialista excluye todo lo que no corresponde o no está en su nicho de acción.

No hacer algo con el paciente es importante para el generalista, que espera, está atento y observa; el especialista requiere hacer algo con el paciente, confiando en intervención y resultado rápidos.

Desde el punto de vista ético, el generalista tiene riesgos, como la llegada de algún factor impenso, o de un familiar, en tanto que el especialista necesita de otros especialistas para tener una referencia ética. El generalista puede vivir con la realidad de la ignorancia y la necesidad de aprendizaje constante; en cambio el especialista lucha contra la incompetencia.

Agrega el Dr. Lee: años antes, estaba convencido que el entrenamiento en especialidades no era incompatible con practicar la medicina interna general y que tal entrenamiento no extinguía la mentalidad del internista subyacente. Ahora no estoy tan seguro de aquello. Pienso que el internista es generalista primero y secundariamente especialista. Reconozco que los aspectos económicos y académicos han determinado que dicho orden no sea imperativo actualmente.

Añade: estoy seguro que la ciencia molecular, la estadística y la tecnología son la base de la medicina,

como ciencia y arte del cuidado del paciente. Ello ha explotado la necesidad de especialización médica. Sin embargo, por el lado del paciente, los seres humanos son claramente similares a como eran hace miles de años. La evolución de la especie humana se desarrolla muy lentamente en comparación con la evolución de la ciencia biomédica y la tecnología (aparece la afirmación de Darwin).

En nuestro medio, el Dr. Duclos anota en su experiencia en Medicina Interna, que es mucho más difícil cuidar y dar alivio a un ser humano que a un órgano enfermo. Necesitamos formar a un ser humano cuya principal motivación sea ayudar a otro. Necesitamos preservar al Internista, como el último bastión frente a este arrollador mundo tecnificado y deshumanizado.

Miremos al futuro próximo. ¿Cómo recuperar la MI general? En Una publicación reciente, referida a la teleconsulta digital, pensamos en la posibilidad de establecer, no un Hospital digital, sino un Centro de Referencia y asistencia digital, Central o Regional, en que un Internista calificado recibiera y contestara rápidamente las dudas diagnósticas y de tratamiento que formularan los Médicos generales que atienden en los Consultorios periféricos, rurales y/o urbanos. Existen experiencias iniciales de este sistema en Talcahuano, Concepción y en la capital, en el nuevo Hospital Félix Bulnes. Será preciso regular tal sistema, instrumentalizarlo digitalmente y captar Internistas generales, capaces de responder la inmensa mayoría de los problemas de la especialidad. Si el especialista general tuviera dudas podrá requerir, a nivel secundario, exámenes y procedimientos terapéuticos complementarios.

Las últimas experiencias nacionales revelan que la formación de Médicos Internistas, como especialidad básica, se mantiene en primer lugar, por sobre Cirugía, Pediatría y la Obstetricia. No estamos tan entusiasmados, porque sabemos que tal elección se considera como el primer paso a las brillantes sub-especialidades existentes.

A pesar de todos los problemas e inconvenientes enunciados en la literatura internacional y nacional, veo que el Médico Internista general conserva un rol fundamental en la acción médica, tanto en conocimientos, como en valores éticos y humanos del cuidado que establece la profesión médica.

## REFERENCIAS

- ACP Observer (1992). Internal Medicine Residency Today.
- Alonso C. (1992). Los Servicios de Medicina Interna en la actualidad, su complejidad y sus problemas. *Rev Med Chile*; 120:514-521.
- American College of Physicians (1987). Seeking the future of internal medicine. Vol 7.
- American College of Physicians (1987). The attractiveness of Internal Medicine. Observer.
- Armas Merino R. López J.M. Kahler F et al. (1987). La enseñanza de la Medicina Interna en Chile. Análisis crítico. *Rev Med Chile*; 115:157-62.
- Davies N. (2990). Back to Hippocrates. Survey reveals some internists solutions to health care crisis. Observer.
- Duclos J. (2004). El Internista: un ser humano ayudando a otro. De la formación y ejercicio clínico de la Profesión. *Rev Med Chile*;132:509-512.
- Duclos J. (2005). La Muerte: un momento de paz y confianza. *Rev Med Chile*; 133:983-86.
- González P. (2000). ¿Cómo preservar el rol del internista? *Rev Med Chile*;128:1061-62.
- Ipinza M. (2010). El modelo de atención integral de salud, base doctrinaria del programa de formación de médicos especialistas básicos para la atención primaria de salud. *Cuad Med Soc. (Chile)*;50:132-42.
- Iturriaga H. (1997). Presente y Futuro de la Medicina Interna. *Rev Med Chile*; 125:851-855.
- Lee R. V. (2013). The broken branch: Darwin's evolutionary tree and the progress of Medicine, the evolution of specialism and generalism. *Rev Med Chile*;14: 220-226.
- Letelier L et al. (2011) Definición actual de la medicina interna y el internista. *Rev Med Chile*; 139:1081-88.
- López J.M. (2013). Certificación y recertificación en Medicina Interna por CONACEM. *Rev Med Chile*;141:652-58.
- Muñoz F. (2013). Internal Medicine, art and science in the third millennium. *Rev Med Chile*; 141: 213-219.
- Palma R. (2002). Redefiniendo el rol de la medicina interna. *Rev Med Chile*;130:593-594.
- Parroquia E. (1992). Perspectivas en la formación y educación continua del Médico de Adultos. *Rev Med Chile*;120: 527-534.
- Reyes H. (2006). ¿Qué es Medicina Interna? *Rev Med Chile*;134:1338-1344.
- Roessler E. (1992). La enseñanza de la

Medicina Interna en pre-grado: Una visión crítica. Rev Med Chile;120:522-526.

- Román O. (2011). Resolución clínica en la atención primaria de salud. Rev Med Chile;139:1240-1241.
- Román O. et al. (2014). Evolución de los médicos especialistas en el sistema público no municipalizado. En Características evolutivas del médico chileno. Ed Académica Española. 48-57.
- Román O. et al. (2019). El Mundo real y la Inteligencia artificial. Foco en Medicina. A&G Ed. Santiago. Chile.
- Román O., A. Estévez A., Sotomayor H.(2023). Des-encuentro médico-paciente. En prensa.
- Sabah D. (1996). La crisis de la Medicina Interna. Rev Med Chile;124:1524-1527.
- Seminario “La Medicina Interna en Chile: estado actual y perspectivas. (1992). Rev Med Chile;120:501.
- Valdivieso V. (1995). El Internista, hoy. Rev Med Chile; 123:641-645.
- Vargas N.A. et al. (2009). Programa de especialistas para la atención primaria: experiencia y visión de académicos de la Universidad de Chile al primer año de marcha. Cuad Med Soc (Chile); 49:87-93.