



Posibilidades futuras del ejercicio de la medicina interna

Manuel Ramiro H*

La medicina interna se considera una especialidad en sí misma, dedicada a la atención integral del enfermo adulto con padecimientos de alta prevalencia,¹ y al internista se le considera el especialista que la ejerce y que tiene como principales atributos o características la de ser un experto en realizar la historia clínica, a partir de la cual emite hipótesis diagnósticas, las desarrolla y utiliza los auxiliares de diagnóstico más útiles, económicos e inocuos para cada caso; además que se relaciona ampliamente con el enfermo y sus familiares, y lleva a cabo un método globalizador de los problemas del enfermo, mismos que jerarquiza de manera adecuada, capacidad que se manifiesta cuando están afectados más de un aparato o sistema a la vez, cuando un enfermo padece más de una enfermedad de manera simultánea o cuando el diagnóstico es difícil. Tiene un espíritu humanista y de servicio, así como especial disposición para el enfoque integral del paciente, incluidos los aspectos biológicos, psicológicos y sociales; de igual forma, posee una autocrítica severa para solicitar la participación de otros especialistas en la atención de casos seleccionados.² Pronosticar las posibilidades de ejercicio y desarrollo a mediano y largo plazo de la medicina interna no resulta sencillo, sobre todo en una etapa de la medicina y en una época de la sociedad en las que la especialización resulta un valor muy apreciado.

Es una realidad que la superespecialización y la supersuperespecialización están en boga, bastaría poner como ejemplo a los gastroenterólogos especialistas en hígado y a los hepatólogos especialistas en hipertensión portal o, bien, a los cardiólogos especia-

listas en el manejo de la insuficiencia cardiaca, por cierto enfermedad que hasta hace poco formaba parte del ámbito prácticamente exclusivo del internista. Como contraparte a la superespecialización surgen algunas tendencias hacia la desespecialización o a la atención integral. Hay múltiples ejemplos al respecto; en Estados Unidos, cuna de la especialización en medicina, existen dos muestras que tienen una fuerza y éxito notables. Una está constituida por los llamados hospitalistas,^{3,4} del que existen muestras antiguas en México;⁵ en este tipo de ejercicio los internistas atienden al paciente durante su estancia en el hospital, independientemente de su problema o del o los especialistas que ofrecen el tratamiento de forma directa, todo con el afán de ofrecer tratamiento integral. Otro movimiento dirigido al cuidado integral está constituido por la Medicina de Conserje o *Boutique Medicine*,^{6,9} que en contraparte de las tradicionales HMOs americanas otorga, a través de un internista, atención personalizada, que incluye atención expedita en la consulta externa, visita domiciliaria si se requiere, atención y compañía durante la hospitalización y la práctica de los estudios auxiliares de diagnóstico, lo que tiene un notable sobreprecio en el costo de los seguros; sin embargo, las compañías que comercializan el método han tenido éxito y crecen, aunque de manera lenta.

En México, hasta ahora, los internistas se han hecho cargo de la atención de los pacientes hospitalizados en el segundo nivel de atención, esto especialmente en los servicios de la seguridad social y en los que brinda de forma directa la Secretaría de Salud, estén éstos descentralizados o no. En casi todos los hospitales de estas instituciones existen servicios de medicina interna en el tercer nivel, aunque numéricamente son menores. En los servicios privados los internistas se han acomodado a lo largo de los tres niveles de atención. En el futuro se vislumbra un cambio en los sistemas de aten-

* Servicio de medicina preventiva, Clínica Lomas Altas, México, DF. Editor.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

ción, que estará motivado por dos situaciones en particular, por cierto bastante complejas. Una es el cambio económico que, si es hacia la mejoría, sin considerar la velocidad con que vaya aconteciendo, podría llevar a la atención privada proporcionalmente mayor, como ha sucedido en los países en que la situación económica ha mejorado. La otra situación que podría cambiar las formas de atención es el seguro popular si se consolida como un sistema de atención o como un sistema financiero que promueva o facilite la atención médica; éste podría modificar de manera considerable las instituciones, formas y estilos para otorgar la atención médica y quizá las de proveer las medidas preventivas. Aunado esto a las dificultades financieras que las instituciones de seguridad social tienen, a pesar de que proporcionan atención médica a más de la mitad de la población a través de servicios que cuentan con las formas más completas y organizadas en recursos humanos y físicos, quizá la atención a través del IMSS, ISSSTE y otras instituciones similares decrezca, dadas las complicaciones comentadas y a que las formas de contratación están variando y que las nuevas no contemplan por fuerza la atención a la salud.

Creo, sin embargo, que dadas las perspectivas poblacionales, las cuales informan que los grupos de edad que atiende el internista se incrementarán,¹⁰⁻¹⁴ y las posibilidades epidemiológicas, que hacen prever que los padecimientos en los que el internista es especialmente útil, como la diabetes mellitus y las diferentes formas de enfermedad vascular, serán más frecuentes.¹⁵⁻¹⁸ La posibilidad de ejercicio de la medicina interna seguirá siendo viable, cualquiera sea el sistema mediante el cual se otorgue la atención.

No obstante, creo que es necesaria una posición activa y agresiva por parte de los internistas, para permanecer vigentes e, incluso, para que nuestra participación se incremente. Para ello será necesario que, de manera clara y constante, se demuestre la valía de la participación del internista en la atención de los pacientes, no sólo en los resultados de mortalidad y morbilidad, sino en el grado de satisfacción de los enfermos y familiares y en la disminución de los costos. Para esto vale la pena repasar, además de los fenómenos americanos que ya se comentaron, algunos que pasan en otros sitios.

En España, en el año 2000, un internista, miembro decano de la Real Academia Nacional de Medicina, en la plática inaugural anual puso en duda la posibilidad de supervivencia de la medicina interna y de los internistas,¹⁹ dado el avance de la especialización y el poco aprecio de la sociedad por la medicina interna. Sin embargo, a lo largo de estos cinco años diferentes grupos de internistas han documentado las ventajas de la participación del internista en sistemas tradicionales y novedosos de atención hospitalaria y ambulatoria, que incluyen la olvidada atención domiciliaria,²⁰⁻²⁵ con lo que han conseguido recolocar a la medicina interna en el sistema de salud español.

Debemos seguir realizando bien nuestro trabajo, pero es indispensable que además lo documentemos adecuadamente, lo publiquemos, lo publicitemos y busquemos nuevas formas de participación. Como ejemplo de fenómenos modernos en que se compara la actuación de los internistas y los resultados obtenidos existen dos investigaciones en enfermedad vascular cerebral e insuficiencia cardíaca.^{26,27}

Habría que recapacitar también acerca de la docencia de la medicina interna. Para aspirar a mejores resultados se requiere que los residentes ingresen a los cursos con mayor información de la especialidad, de sus limitaciones y sus posibilidades de desarrollo. Asimismo, que durante el curso el ejemplo de los profesores sea una muestra de ello, con lo que se debe desacelerar el concepto creciente que entiende a la medicina interna sólo como una actividad propedéutica necesaria para cursar otras especialidades. Se requiere que los profesores estén más comprometidos y convencidos de ello. En Estados Unidos existe una constante reflexión y análisis al respecto, los cuales se publican con regularidad.^{28,29}

REFERENCIAS

1. Ramiro M. El internista y la medicina interna. En: Ramiro M, Lifshitz A, Halabe J, Frati A, editores. El internista. Medicina interna para internistas. México: McGraw-Hill, 2006;pp:1-6.
2. Temario. Consejo Mexicano de Medicina Interna. México, 2003.
3. The who, what, when, where, whom, and how of hospitalist care (editorial). *Ann Intern Med* 2002;137:930-1.
4. Whitney JP. Hospitalist care. *Ann Intern Med* 2003;139:702-6.
5. Cruz-Krohn JF. Medicina interna. En: Soberón G, Kumate J, Laguna J, editores. Especialidades médicas en México. México: Fondo de Cultura Económica, 357-65.

6. Newman L. *Boutique medicine* in the US doctors groups must rally to preserve the US public health. *BMJ* 2002;324:1335-6.
7. Meyers S. Concierge medicine. Who really pays for gold standard to doctors? *Trustee* 2003;56:12-14.
8. Duenwal M. In good health. Your own private doctor. *Vanity Fair* 2004;350:200-4.
9. Ramiro M. Formas de ejercicio de la medicina. *Med Intern Mex* 2005;21:1-3.
10. Censo General de Población y Vivienda, 2000. Población total.
11. DGE. IX Censo General de Población 1970. México DF, 1972.
12. U.S. Census Bureau. International data base.
13. www.inegi.Información estadística/Estadística por tema/Estadísticas sociodemográficas /Seguridad social población derechohabiente
14. www.inegi.Información estadística/Estadística por tema/Estadísticas sociodemográficas /Salud /Usuarios de servicios de salud.
15. www.inegi.gob.mx/est/contenidos.
16. Secretaría de Salud. Egresos hospitalarios 2001.
17. www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/esp.asp?t=msal106&c=3354
18. www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/esp.asp?t=msal106&c=335.
19. Pérezagua-Clamargand C. ¿Pervive la medicina interna? *An R Acad Nac Med (Madr)* 2000;117(1):145-6.
20. García-Lázaro M, Lucerna-Merino MM, Montero-Pérez B, Barquero M, Sánchez-Guijo P. Estudio de la actividad asistencial de medicina interna en relación a sus interconsultas. *Ann Med Intern (Madrid)* 2003;20(10):510-4.
21. Grupo para la asistencia médica integrada continua en Cádiz. La consultoría de medicina interna en la atención primaria mejora la eficacia de la atención médica. *Med Clin* 2004;122(2):46-51.
22. Del Castillo-Rueda A, Portugal-Álvarez J. Proyecto técnico de gestión y funcionamiento de la unidad asistencial de medicina interna. *Ann Med Intern (Madrid)* 2004;21(1):31-38.
23. Girona C. *El País*, Sociedad Salud. 2005.
24. Torres-Salinas M, Capdevila-Morel JA, Armario-García P, et al. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin* 2005;124(16):620-6.
25. Montero-Ruiz E, Hernández-Ahijado C, López-Álvarez J. Efecto de la adscripción de internistas a un servicio quirúrgico. *Med Clin (Barc)* 2005;124(9):332-5.
26. Dittrich R, Schmidt WP, Heidrich J, et al. Differences in the extent of diagnostic procedures after acute stroke in patients treated in departments of neurology, internal medicine and geriatric medicine. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005;73(2):68-73.
27. Differences between cardiologists and internists in the management of heart failure. Medical guidelines compared with every-day practice. *Kardiol Pol* 2004;61(11):440-1.
28. Garibaldi RA, Popkave C, Bylsma W. Career plans of trainees in internal medicine residency programs. *Acad Med* 2005;80(5):507-12.
29. Stoller JK, Rose M, Lee R, Dolgan C, Hoogwerf B. Teambuilding and leadership in an internal medicine residency training program. *J Gen Intern Med* 2004;19(6):692-7.