

Medicina y sociedad

Perspectiva histórica de la Medicina Interna en Occidente

Historical Perspective of Internal Medicine in the Western World

Dr. Álvaro Díaz Berenguer

Profesor Agregado de Clínica Médica "2", Hospital Pasteur. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo.

Palabras clave: Historia, Medicina Interna, Internista.

Keywords: History, Internal Medicine, Internist.

"Es interesante constatar que el problema de identidad de la Medicina Interna no es local sino mundial, pero la vocación que la mueve es una de las más genuinas que conozco." Elsie I Cruz Cuevas¹.

Son muchas las personas en general, y los médicos en particular, que tienen dificultad para definir el significado de las palabras medicina interna e internista. Una visión histórica puede ayudar a comprender y definir la medicina interna. La dificultad mayor para comprender sus límites surge de la vastedad de sus objetivos: es casi una especialidad infinita, casi una "antiespecialidad" en tanto se ocupa del todo, lo que genera la falsa noción de que no es una especialidad. Si bien hay quien puede proponer que desde el punto de vista teórico no es una especialidad, la medicina interna existe como tal porque se la necesita y requiere una formación "especial".

Según el cubano Alfredo Espinosa Brito: *"a diferencia de la cirugía, la obstetricia y la pediatría, que siempre estuvieron perfectamente definidas para todos, tanto en lo conceptual como en la esfera de su respectiva actuación, no ha sucedido lo mismo con la medicina interna. Incluso, su propia existencia como especialidad tal parece que siempre ha estado en peligro, desde sus inicios hasta el pasado más reciente y que la prioridad que se le ha dado ha distado mucho de la callada labor que ha desempeñado durante tanto tiempo"*².

Se puede seguir el recorrido histórico de lo que entendemos por medicina a secas, desde el antiguo Egipto, pasando por Grecia con Hipócrates y luego con la Escuela de Alejandría, después con Galeno y la Escuela de Salerno en Italia, y más tarde con la medicina árabe, y llegar así hasta los últimos siglos atravesando el largo silencio de la Edad Media donde la religiosidad lo ocupó todo. Sin embargo en ese recorrido la disciplina "medicina interna" no existe como tal.

Es importante recordar que en el Renacimiento nacen los Hospitales impulsados por la caridad cristiana, para atender a los desgraciados. Estos Hospitales primitivos carecían de médicos, eran atendidos por religiosos. En el inicio en los Hospitales no se practica medicina sino atención caritativa por religiosos. Los médicos ingresan a los Hospitales mucho después. Mal se puede afirmar que el Internista nace con el Hospital, aunque en el momento actual el internista es un médico predominantemente de Hospital. Por tanto la definición de internista no tiene ninguna relación con el interior de los hospitales.

Con Paracelso (1493-1541), alquimista, astrólogo y médi-

co, comienza el cambio porque se desprende de muchos pre-conceptos aunque mantiene raíces místicas. Ocurre en este momento un cambio de orientación de la medicina, en paralelo con el descubriendo de América y con la revolución astronómica copernicana; la Medicina resurge de la esclavitud a la que la había sido sometida por la tiranía eclesiástica; se libera del enorme peso de pre-conceptos religiosos, de la influencia del diablo y las brujas, y avanza vertiginosamente hacia otras realidades: las que surgirán de la visión directa del interior del cuerpo con la disección. Las enfermedades se explicaban hasta ese momento por la teoría de los humores, con pre-conceptos religiosos y astrológicos. Las epidemias de "influenza" tomaron su nombre de la "influenza de las estrellas". Un giro sustancial ocurre cuando la autoridad eclesiástica permite diseccionar cadáveres para la enseñanza de la anatomía. El primero fue el Papa Sixto IV, a fines del siglo XV y el segundo, el Papa Clemente VII, en el siglo siguiente.

Hacia el 1500 nace entonces la anatomía actual con Vesalio, que en 1543 publica su obra en siete volúmenes: *De humanis corporis fabrica* (sobre la estructura del cuerpo humano). Comienza en ese entonces una revolución en la concepción del ser humano: el cuerpo se transforma en objeto de estudio científico lo que permitirá en el periodo siguiente asentar la enfermedad en la carne. El cadáver se abre así al conocimiento y da pie a un enorme progreso en la concepción del ser humano enfermo.

Se aleja el corazón como asiento del alma, de la conciencia, de los sentimientos, para transformarse en una bomba inhalante-impelente. Más lejos quedó incluso el juicio de los dioses egipcios pesando el corazón de los muertos para saber se podían continuar con una vida gloriosa en el más allá.

El corazón fue en el pasado un lugar de encuentro con los dioses, con la alegría y la tristeza, con la memoria y con la escritura. Probablemente la palabra corazón deriva del sánscrito: "kurd" que significa "saltar"; algo salta dentro del pecho con las emociones y por ello se le otorgó relación con los sentimientos. Los aztecas arrancaban el corazón palpitante en sus sacrificios para ofrendarlos a los dioses. La interioridad del cuerpo estaba inmersa en el misticismo porque el cuerpo encerraba en última instancia el misterio de lo animal, de lo inmaterial asociado al espíritu y a lo divino.

La revolución a la que nos referimos consiste en abandonar las explicaciones esotéricas para afirmarse en una realidad material muy distinta.

1. Palabras pronunciadas en la Sesión de la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay, el 24 de junio de 2014.
Correspondencia: Dr. Álvaro Díaz Berenguer, e-mail: aldaba@adinet.com.uy

Si bien la distinción entre enfermedades externas e internas comenzaría desde antiguo Egipto, según revelan los papiros de Ebers y de Smith (dolencias internas o externas), existen diferencias sustanciales en el significado de estas palabras³. Lo externo en su origen está vinculado fundamentalmente a lo traumático. Lo interno era todo lo que no era externo, y allí todo era posible. Esta división se refiere fundamentalmente a la interpretación de las causas de las enfermedades y a las formas del arte médico: mientras que lo interno exige fundamentalmente un ejercicio intelectual, lo segundo requiere la aplicación de técnicas con las manos ("quiros"). Esta primitiva división se proyectará en el futuro en las disciplinas médicas y quirúrgicas.

Con relación a este significado particular de lo "interno", el gran cambio ocurrió cuando se comenzó a diseccionar los cadáveres y a descubrir los órganos bajo la piel. Cuando se sobrepasa la barrera de la muerte y del cuerpo dando rienda suelta a la razón, dejando a un lado los preconceptos.

A propósito de este cambio de óptica el filósofo francés Michael Foucault dice su libro sobre el nacimiento de la clínica, dice en un capítulo titulado *Lo invisible visible*⁴: "Vista desde la muerte la enfermedad tiene una tierra, una patria que puede señalarse, un lugar subterráneo pero sólido, en el cual se anudan sus parentescos y sus consecuencias; los valores locales definen su formas". Y más adelante agrega marcando el giro que se produjo en la concepción de la salud-enfermedad: "La enfermedad es una desviación interior de la vida".

Cito nuevamente a Foucault en relación a la importancia que tuvo en este período la posibilidad de ver el interior del cuerpo: "Lo que oculta y envuelve, el telón de la noche sobre la verdad, es paradójicamente la vida; y la muerte, por el contrario, abre para la luz del día, el negro cofre de los cuerpos (...)" (...) "En otro tiempo, los médicos se comunicaban con la muerte por el gran mito de la inmortalidad, o por lo menos de los límites de la existencia poco a poco apartados. Ahora, estos hombres que velan por la vida de los hombres, se comunican con la muerte bajo la forma sutil y rigurosa de la mirada".⁴

Este proceso de objetivación en la interioridad del cuerpo se ve patente en los aportes posteriores de Harvey, de Bichat, de Laenec y de Claude Bernard, que son mojonos ineludibles de la historia de la medicina, y en particular de la medicina interna.

A comienzos del siglo XVII, inspirándose probablemente en Descartes y su método, con el conocimiento anatómico de la época y basándose en la experimentación animal (vivisección), William Harvey desarrolla el concepto de la circulación de la sangre dando origen a la fisiología con su obra *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus* (1628). El cuerpo oculto se hizo visible incluso en movimiento.

El médico español Luis de Mercado, 1525-1616 (del que existe un cuadro del Greco), publicó en 1594 un tratado de patología ("*Opera omnia*") que incluye cuatro volúmenes, en donde enfoca las enfermedades de los órganos internos según su localización en el cuerpo. Es el comienzo del arraigo carnal de las enfermedades internas y de una clasificación topográfica. En el tercer tomo que está dedicado al Rey Felipe II "*De morborum interiorum curatione*" ("Sobre la curación de las enfermedades internas"), recoge la descripción de las enfermedades ordenadas por regiones anatómicas: cabeza, tórax, cavidad abdominal y vísceras. Según Federico Marongiu, ex presidente de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, con Luis de Mercado nacería el concepto de medicina interna⁵. De todas formas de allí se desprende un concepto muy primitivo de lo que se considera hoy medicina interna.

Leopold Auenbrugger (médico austríaco, 1722-1809) fue el descubridor de la técnica de la percusión como forma de explorar los órganos internos, antes de la auscultación de Laenec. Se trata del primer paso de la semiología moderna que

intenta descifrar racionalmente lo que ocurre en la profundidad del cuerpo, en el ser vivo. Lo sonoro o lo mate, lo hueco o lo sólido: sencillo, elemental pero a pesar de ello fue un gran paso.

En el siglo XIX la anatomía patológica de Bichat y la semiología de Laenec impulsan definitivamente el método anatómico-clínico.

Ambos mueren jóvenes de tuberculosis: el primero a los 31 años y el segundo 46 años; a pesar de su juventud provocaron un giro sustancial en la concepción de la enfermedad.

Hacia mediados del siglo, Claude Bernard introduce la experimentación en la investigación clínica, base del método clínico. Introduce también la noción que la base de la medicina es la ciencia; según Bernard: "*El verdadero santuario de la ciencia médica es el laboratorio*". Quién le continúa en el Colegio de Francia, Brown-Séquard, se dedica al estudio de las secreciones internas.

Es importante recordar la figura de Claude Bernard como el gran impulsor del método experimental en medicina, que queda plasmado en 1865 en su *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* en donde dice: "Primero observación casual, luego construcción lógica de una hipótesis basada en la observación, y finalmente, verificación de la hipótesis mediante experimentos adecuados, para demostrar lo verdadero y lo falso de la suposición." Esta es la base del método clínico y la base fundamental de la Medicina Interna.

Bernard propone que los conocimientos no son eternos y que deben estar sometidos a la experimentación rigurosa: "Cuando el hecho que se encuentra está en oposición con una teoría dominante, hay que aceptar el hecho y abandonar la teoría, aun cuando esta última, sostenida por grandes hombres, esté generalmente adoptada." En esta misma obra introdujo el concepto básico de la fisiología moderna: el "medio interno".

Para muchos autores, sobre todo anglosajones, el verdadero mojón que marca el comienzo de la Medicina Interna es la publicación en Alemania en 1884 por Ernst Adolf Gustav Gottfried von Strümpell de su *Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Die Krankheiten des Nervensystems* ("Tratado de Patología especial y Terapia en Medicina Interna. Enfermedades del Sistema Nervioso"), que fue base para la enseñanza de la medicina en varios idiomas hasta las primeras décadas del siglo XX.

En resumen, a partir de esta revolución que descubre las enfermedades en el interior del cuerpo, que comienza tal vez con Luis Mercado en el siglo XVI, y que prosigue en los siglos subsiguientes, surge lo que se conoce en el momento actual como "medicina clínica" o "medicina interna". Esta revolución se completa en la segunda mitad del XIX y comienzos del XX, que es la época de oro de la Clínica en Europa, sobretodo en Francia a la que contribuyeron fundamentalmente los aportes de Louis Pasteur y Roberto Koch que abren paso la infectología. La medicina en este proceso histórico fue reconstruida a partir de una nueva metodología: una nueva forma de ver y conocer, el método científico y la experimentación.

Algunos datos que refuerzan la objetivación de los procesos corporales internos son por ejemplo: el uso del termómetro para control de la temperatura corporal, que se populariza a partir de la segunda década del siglo XIX (hasta ese entonces salvo algunas excepciones, era el tacto el que determinaba el grado de "calentura" corporal); el uso del esfigmomanómetro destinado a la medida de la presión arterial, que se expande en la comunidad médica recién en el siglo XX. Los médicos de la antigüedad conocían el pulso y sus características fundamentales: amplitud, tensión o dureza, frecuencia y regularidad, sin embargo su interpretación racional sólo se realizó después de los descubrimientos de Harvey. El cuerpo comienza a ser cronometrado y medido en su internalidad. El interior no solo se hizo "previsible" a través

de la semiología sino que también se cuantificó. Es la medicina con bases científicas, bases objetivables de la realidad invisible del interior del cuerpo vivo.

No es posible marcar con precisión absoluta un comienzo sin ser arbitrario, pero si se puede describir el proceso que hemos desarrollado, que culmina con lo que hoy se conoce como Medicina Interna, y que ocurre fundamentalmente en Europa, sobre todo en Francia, pero también en Alemania y España.

A comienzos del siglo XIX la traumatología y la cirugía todavía tenían su asiento en la patología externa porque no se operaba el interior del cuerpo vivo, lo que recién ocurrió a partir de los mediados del siglo XIX. La cirugía en estos siglos revolucionarios estaba separada de la medicina y estaba a cargo de barberos y cirujanos, sin formación académica, y por supuesto no hablaban latín. La cirugía primitiva nace sin procedimientos anestésicos y de asepsia. Recién se vuelve una disciplina más segura con Lister, en la última mitad del siglo XIX, que utiliza medidas de antisepsia gracias a las bases establecidas por Louis Pasteur. A partir de allí se desarrollará la cirugía con todo su potencial en el seno de los Hospitales, a los que impulsa a su vez.

La medicina interna es la medicina clínica, que se mantuvo apartada de la cirugía; no utiliza las manos ni ningún instrumento para curar: diagnóstica, trata con medidas higiénicas y sustancias, y establece pronósticos de las enfermedades que no son evidentes, que están ocultas en la profundidad del cuerpo, bajo la superficie de la piel. Utiliza como herramienta fundamental el "método clínico", que sobre la base de un conocimiento semiológico, establece hipótesis diagnósticas, fisiopatológicas, anatomopatológicas, y finalmente nosológicas, lo que luego corrobora o descarta con métodos paralelos a la actividad clínica (la paraclínica) y el seguimiento de la evolución del paciente.

Según Francisco Medrano González, Jefe de Sección de Medicina Interna del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (España): *"Si queremos poner un lugar al inicio de la utilización del término Medicina Interna, debemos escoger la Europa, sobre todo mediterránea, y especialmente Francia, que se expresaba en latín y lenguas romances. Si le queremos poner un tiempo, debemos elegir el siglo XVIII, y, especialmente durante la primera mitad del siglo XIX, pues fue a lo largo de los mismos cuando se fueron fraguando los conocimientos cada vez más científicos de la medicina interna. Y, si finalmente, queremos poner un nombre propio al inicio de la Medicina Interna, desde mi punto de vista, y teniendo en cuenta lo comentado anteriormente, deberíamos considerar a G. Andral, en el París de 1836, y, especialmente a J. Frank, en Viena en 1837, entre otros"*.

Según Porcel y su grupo de colaboradores de la Sociedad de Medicina Interna española⁷, desde que Bloomfield publicara Origin of the term "Internal Medicine", JAMA, 1959, se han repetido erróneamente que el origen de la medicina Interna ocurre en la Medicina Alemana de finales del siglo XIX. Esto ha sido replicado por autores sobretodo anglosajones (Bean, N Eng J Med, 1982; Goldman, Am J Med, 2001), pero también españoles e hispanoamericanos (Rico, Am Med Interna, 2004; Reyes, Revista Médica de Chile, 2006; Murillo, Med Int Mex, 2009) y otros (Echenberg, Rev Med Suisse, 2007). Se propone erróneamente que Adolf von Strumpell es el impulsor del término Medicina Interna. Dice Porcel: *"así está recogido también en la Wikipedia tanto en su versión en inglés como en castellano y en algunos blogs"*.

El término Medicina Interna se atribuye por esos autores a Strumpell no solo porque escribió en 1880 el tratado de las enfermedades internas al que hicimos referencia sino también porque en 1882 celebró un primer congreso de Medicina Interna en Weisbaden. En ese año también se fundó la Sociedad Alemana de Medicina Interna por Leyden y Frerichs.

Según Porcel y col.: *"El término Medicina Interna no comenzó a utilizarse en los países anglosajones a finales del siglo XIX, sino en toda Europa y especialmente en los países mediterráneos, Francia, España, Italia y Portugal, junto con Alemania, desde principios del siglo XVIII. Así, existen citas en 1719 (Historiae Medicinae universalis), 1737 (Lettres sur les disputes que se son élevées entre les medecins et les chirurgiens), 1771 (Discurso que para la renovación de los estudios dixo en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz D. Domingo de Castillejos) y muchas otras de ese siglo también de autores italianos y portugueses-*

Afortunadamente, algunos autores han introducido algunos elementos diferentes en esta historia, como Rodríguez-Erdman, Arch Intern Med, 1983, que amplía la responsabilidad a autores franceses, y Federspil, Ann Ital Med Int, 1994, que amplía el período de tiempo a todo el siglo XIX, y no solo a su último cuarto". Más allá de la ubicación histórica precisa, el término "medicina interna" nace en un proceso revolucionario en la concepción del cuerpo, en lo anatómico y en lo fisiológico, asociado a una nueva forma de proceder en la búsqueda de la verdad, que permite interpretar los hechos a través del razonamiento y aplicar un método sistemático en la terapéutica. La medicina interna por otra parte se basaba y se basa en el concepto de que las enfermedades de los órganos no se desarrollan aisladas sino interrelacionadas con la totalidad del organismo; abarca la totalidad del individuo que incluye su inserción cultural.

Si Francia la conoció en su inicio como Patología Interna y España como Medicina Clínica, poco importa.

Entrado el siglo XX, EE.UU. participó en la expansión de la Medicina Interna que se desarrolló gracias a los inmigrantes europeos, sobre todo alemanes y a la Revista "Archives of Internal Medicine" que se fundó en 1908.

Hacia 1897 el término medicina interna ya está afianzado, cuando William Osler, clínico ejemplar que enseñaba la profesión junto a la cama del enfermo, dio una conferencia titulada "La Medicina Interna como vocación". En su conferencia define la Medicina Interna por omisión; según él es el "amplio campo de la práctica médica" que queda luego de la separación de la cirugía, de la ginecología y de la pediatría.

A partir de 1910 se expandió por todo el mundo universitario la creación de Departamentos y Cátedras de Medicina Interna gracias a las recomendaciones para la enseñanza de la medicina del informe de Abraham Flexner (pedagogo que no era médico) de la Escuela de Medicina de la Johns Hopkins, sobre todo como el tronco principal para la enseñanza de la clínica. En la primera mitad del siglo XX es el período de apogeo de la Medicina Interna.

La medicina clínica sirve así como la gran plataforma de lanzamiento desde donde se abrirán luego las distintas especialidades médicas, y que influye también decisivamente en las bases de una nueva cirugía.

La medicina de nuestro país, recoge la influencia europea a través de los médicos uruguayos de distintas disciplinas que se formaron en París. La influencia norteamericana es más tardía. Las calles de Montevideo recogen los nombres de gran parte de aquellos; algunos ejemplos son: Alfredo Navarro, Francisco Soca, Pedro Visca, Enrique Pouey, Joaquín de Salterain. Ellos recibieron formación en clínica médica directamente de Georges Dieulafoy (1839-1911). Para mostrar la importancia de este maestro francés baste recordar que entre otras cosas propuso la solución quirúrgica de la apendicitis y de la perforación intestinal de la tifoidea⁸. En 1852 se creó en Montevideo una de las primeras sociedades médicas, la Sociedad de Medicina Montevideana, impulsada por Fermín Ferreira con la intención de favorecer el progreso de la ciencia médica, impregnada en el espíritu europeo de la época. En 1893 José Scosería y Joaquín de Salterain fundan la Socie-

dad de Medicina de Montevideo, como alejada continuación de aquella primera. Se reunía en el edificio del Ateneo en la Plaza Cagancha y publicó la Revista Médica del Uruguay en 1898. Esta sociedad, que estaba integrada por disciplinas médicas y quirúrgicas, proyectaba el espíritu universitario naciente y buscaba un camino propio independizándose del eurocentrismo. En 1886 Americo Ricaldoni propuso realizar un primer Congreso de Medicina del Uruguay. No se realizó por el levantamiento de Aparicio Saravia. (Pou Ferrari. R. El profesor Enrique Pouey y su época. Plus Ultra Ed. Montevideo. 2011.)

En 1915 se crea la Sociedad de Pediatría de Montevideo, impulsada por Luis Morquio y en 1920 la Sociedad de Cirugía de Montevideo, lo que marca la división definitiva y el comienzo de las grandes especialidades. En la primera mitad del siglo XX el “clínico” se convirtió en Uruguay y en gran parte del Mundo Occidental, en un prestigioso profesional cuyo perfil más reconocido tal vez sea, el “encargado del diagnóstico de las enfermedades del adulto” y el “encargado de las enfermedades complejas”, difíciles, raras. Poco a poco su accionar fue quedando restringido al Hospital, aún cuando se tratase de casos de la comunidad.

A continuación cito correo de Daniel Bordes de la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la UDELAR, respondiendo a mi solicitud de cuando se inicia el Postgrado la Medicina Interna en el Uruguay:

“La especialidad de Medicina Interna fue creada en el Decanato de José Crottogini el 3 de diciembre de 1959. Fue una creación muy discutida; habian muchos prohombres de la época que estaban en contra de la misma, incluso diciendo que la Medicina Interna no era una especialidad.

La instrumentación del postgrado en si fue dificultosa; no se pudieron hacer inscripciones hasta el año 1961.

De esa generación es que se graduó como Internista por curso la Dra María Selva Aguerre Zanatta el 11 de agosto de 1965 (el primer título entregado) realizado en la Clínica de Herrera Ramos.(...).

Recién en setiembre de 1973 lo obtienen por Competencia Notoria y los que lo hicieron fueron (todos juntos, el mismo día):

Fernando Herrera Ramos, José Pedro Migliaro, Pablo Purriel, Jorge Bouton, Manlio Ferrari, Atilio Morquio, Carlos Oehninger, Abel Proto, Carlos Sanguinetti, Gonzalo Fernández, Eduardo Canabal, Omar Castro Banchino, Roberto Delbene, Julio Di Bello, Jorge Dighiero, Eva Fogel, José Gomensoro, Carlos Gómez Haedo, Juan González Lepreat, Gonzalo Lapido, Hugo Malosetti, Mario Medina, Olga Muras Portas, Fernando Muxi, Dante Petrucelli, José Scherschener, Dante Tomalino, Víctor Canetti, Adolfo Fabius.”

Con el desarrollo vertiginoso de la Ciencia y la Técnica, a partir del tronco principal de la Medicina Interna se fueron desgajando múltiples ramas: las llamadas “subespecialidades médicas”: la nefrología, la endocrinología la cardiología, la neumología, la gastroenterología, la hematología, la oncología, la reumatología, la gerontología, la infectología. Pero a diferencia de lo que ocurrió con las subespecialidades quirúrgicas, que tenían una base común en el trabajo con las manos, en el caso de las subespecialidades médicas, se perdió la base sólida de la medicina interna que permitía la visión del conjunto y en muchas de estas subespecialidades ocurrió que la práctica clínica quedó sometida a una tecnología apabullante. Así surgen por ejemplo, médicos radioterapeutas, imagenólogos, endoscopistas, laboratoristas, médicos nucleares, etc.: la especialidad ya no lleva el nombre de un órgano corporal o de un período de la vida como la pediatría, sino de una técnica terapéutica o exploratoria.

En nuestro país la Sociedad de Medicina de Montevideo se transforma bajo la presidencia de Liliana Gherzi en la Sociedad de Medicina Interna del Uruguay recién en 1994 y su primer presidente fue el Dr. Juan Miguel Cat. En abril de 1996 se funda la Sociedad Latinoamericana de Medicina Interna (SOLAMI) con asiento en México, del cual, Juan Miguel Cat fue miembro fundador.

Con el nacimiento de las ramas de las especialidades los límites del tronco de la medicina interna perdieron nitidez. En las últimas décadas del siglo XX estas “subespecialidades médicas” desplazaron al internista en muchos sectores de su trabajo, y lamentablemente el cargo de internista se fue transformando en algunos casos en un “varita de tránsito”. El internista perdió pie; su prestigio disminuyó progresivamente mientras creció el prestigio de los especialistas, y en igual medida ocurrió con su salario. El “internismo” sucumbió al “especialismo” y el humanismo esencial al tecnicismo. En paralelo surge lo que se denomina “medicina altamente especializada” (como por ejemplo la cardiología intervencionista, o la transplanteología), por lo general vinculada al uso tecnología sofisticada. Muchas veces en estas disciplinas, médicos con relativa poca experiencia tienen un salario muy superior a un internista de larga trayectoria.

Entrado este siglo XXI, en muchas partes del planeta resurge la figura del internista impulsada fundamentalmente por razones económicas, ante la necesidad de disminuir los costos asistenciales provocados por la confluencia de múltiples especialistas y el uso desmedido e irracional de la paraclínica. Lamentablemente por ahora esto no ocurre en nuestro país y son pocos los administradores de salud que han advertido que un buen internista puede mejorar sustancialmente la calidad asistencial y al mismo tiempo ahorrarles mucho dinero.

La actividad de los internistas es heterogénea dependiendo de las circunstancias en las que se desempeña. No es homogénea en diversos países, y tampoco es homogénea dentro de un mismo país o sistema asistencial. Los intentos por definir sus competencias en forma universal han tropezado por ello con múltiples dificultades, pero sin embargo hoy ya no se duda que se trata de una especialidad, pero con una característica que la hace única: su enorme amplitud. Por ello el internista es un médico siempre inacabado, que requiere de formación permanente, por lo que no debería abandonar el vínculo con instituciones académicas, y sus horarios de trabajo deberían contemplar especialmente esta necesidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Cuevas El. Rev Méd Chile 2008; 136: 1496-1496.
2. Espinosa Brito A. Medicina interna ¿Qué fuiste, Qué eres, Qué serás? Rev Cubana Med 1999;38(1):79-90.
3. Young P. ¿Cuándo nació la Medicina Interna? Rev Med Chile 2013; 141: 126-127.
4. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI: México, 1966.
5. Marongiu FA. Historia de la medicina interna. Buenos Aires:Edimed, 2012. p. 287-97.
6. Medrano González F. Un apunte a la Historia de la Medicina Interna: ni en Alemania ni por Strumpell[en línea]. Medicina Interna: Bitácora de Francisco Medrano González. Alicante, 2013. [acceso:12/5/2014]. Disponible en: <http://fmedranogmedicinainterna.wordpress.com/2013/01/07/un-apunte-a-la-historia-de-la-medicina-interna-ni-en-alemania-ni-por-strumpell/>
7. Porcel JM, Casademont J, Conthec P, Pinillac B, Pujol R, García-Alegría J. Competencias básicas de la medicina interna Rev Clin Esp. 2011; 211: 307-311
8. Pou Ferrari R. El Profesor Enrique Pouey y su época. Montevideo: Plus-Ultra Ediciones, 2011.