

## La Medicina Interna: situación actual y nuevos horizontes

J. GÓMEZ

*Servicio de Medicina Interna-Infeciosas. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Departamento de Medicina Interna. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia*

INTERNAL MEDICINE: PRESENT AND FUTURE

Gómez J. *La Medicina Interna: situación actual y nuevos horizontes. An Med Interna (Madrid) 2004; 21: 301-305.*

### DEDICATORIA

*Al Profesor Dr. D. Manuel Valdés Ruiz (†), maestro de maestros, como sincero homenaje a su dilatada, sentida e histórica trayectoria científica y humana*

### INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia el hombre ha buscado siempre con ahínco la curación de sus males.

La Medicina, de acuerdo con el Diccionario de la Lengua, es la ciencia y el arte que se encarga de prevenir y curar las enfermedades del cuerpo humano.

En su perspectiva histórica la Medicina se inicia por primera vez, cuando un hombre observa que uno de sus semejantes sufre y necesita ayuda. Entonces trata de aliviar sus males, sin que por supuesto, exista ningún testimonio de ello. Los datos más antiguos proceden de las civilizaciones sumeria, egipcia y minoica, pudiendo recordar el código de Hammurabi y el papiro de Ebers.

Los comienzos de la ciencia médica se remontan a Hipócrates, quien realizó cuidadosas observaciones sobre la historia clínica de las enfermedades y liberó a la Medicina de las cadenas de la superstición.

Sin embargo, el médico más brillante de la antigüedad fue Galeno, fundador de la fisiología experimental y que además creó y desarrolló un sistema farmacéutico complejo. A diferencia de Hipócrates sus escritos no siempre están en consonancia con los hechos observados.

En el Renacimiento destacaron Paracelso, Vesalio y Paré.

Paracelso, fue un médico competente que apreció el papel de la herencia en las enfermedades, añadió nuevas sustancias como el opio y los mercuriales a la farmacopea e introdujo los baños minerales en los tratamientos de diversas enfermedades.

Vesalio, estableció los cimientos de la moderna anatomía.

Ambrosio Paré, era cirujano e investigador que acabó con la cauterización de las heridas con aceite hirviendo, realizando grandes estudios sobre la cirugía en la guerra (traumatismos abdominales, heridas por arma blanca, etc.).

En el siglo XVII, Harvey descubrió la circulación de la sangre, pero fue en el siglo XIX donde se inicia el progreso organizado en Medicina. Destacan los grandes descubrimientos en microbiología, de la mano de los grandes investigadores Luis Pasteur y Koch, creadores de los postulados sobre los que asientan las enfermedades infecciosas, tras sus estudios pormenorizados sobre la etiología de diversas enfermedades infecciosas, su tratamiento y prevención. En neurofisiología, nuestro insigne maestro D. Santiago Ramón y Cajal dio un paso de gigante en el conocimiento de la estructura celular, a partir de sus estudios sobre el sistema neuronal. A mitad de siglo aparece una figura de gran relieve en la Medicina Interna de España, Letamendi, que se dedica a analizar al enfermo como un conjunto unitario de cuerpo y alma. De esa forma se constituyó como el primer internista generalista, sobre el cual se esbozara posteriormente la moderna Medicina Interna como ciencia y arte, ya que además era músico, escritor y pintor. En ese sentido, decía D. Gregorio Marañón: "el médico que sólo sabe Medicina, ni Medicina sabe" (1).

### ¿CUÁNDO SURGE LA MEDICINA INTERNA?

Su origen reside en las nuevas directrices científicas del siglo XIX y de acuerdo con D. Pedro Laín Entralgo (2), las siguientes líneas son las que han definido el pensamiento de la Medicina Interna actual:

1. *Pensamiento anatomo-clínico*, creado por Laennec, quien estudió la relación entre la lesión orgánica y los signos clínicos.

2. *Métodos de medida de las funciones orgánicas* y su expresión clínica, del cual Wunderlich, fue su iniciador con la termometría.

3. *Metodología causal*, cuyos pioneros fueron Pasteur y Koch, con la demostración de las etiologías de diversas enfermedades infecciosas.

4. *Metodología experimental*, que fue introducida por Claude Bernard y que constituye el pilar más sólido de los avances de la medicina moderna, sustentando los cuerpos doctrinales de la patología y clínica médica.

5. *Métodos evaluativos de aproximación estadística*, introducidos en la última década y que están representando una auténtica revolución tanto en el campo de la investigación como en la toma de decisiones clínicas.

6. *Métodos de gestión clínica*, buscando la mejor calidad asistencial merced a un apropiado uso de los recursos disponibles que son limitados y con un costo adecuado. La accesibilidad a los mismos y su equidad permiten posibilitar el reparto adecuado de los recursos sanitarios. Entre sus pioneros cabe citar a Avedis-Donabedian y Juran.

7. *Métodos bioéticos*, que son el conjunto de actitudes y normas de conducta que cualquier miembro de un equipo sanitario debe aplicar en su quehacer diario. Mediante la autodeterminación y la beneficencia se asegura el respeto a las decisiones individuales y a sus derechos humanos básicos.

#### ¿QUÉ ES LA MEDICINA INTERNA?

De acuerdo con la American Board of Internal Medicine, la Medicina Interna es una ciencia clínica, central a las especialidades de la medicina y la cirugía que se ocupa de la salud y enfermedad en adolescentes y adultos (3).

#### ¿CÓMO Y POR QUÉ SURGE?

De acuerdo con Rosen (3), existen dos tipos de factores esenciales que influyeron de forma significativa en su nacimiento: a) intrínsecos o científicos propiamente dichos, que está asociados a la enorme amplitud de los conocimientos acumulados en Medicina Interna, así como a los avances tecnológicos; y b) extrínsecos que son de tipo sociológico. Los primeros justifican la existencia de la especialidad y los segundos favorecen su desarrollo.

#### ¿CUÁNDO APARECE?

La Medicina Interna inició su andadura en Alemania en 1882 cuando se celebró el primer congreso de Medicina en Wiesbaden. En Estados Unidos el término Internal Medicine fue introducido en la década de 1930, en Bélgica sobre 1943 y en España en 1950 de la mano de los grandes maestros Dr. D. Carlos Jiménez Díaz en Madrid y Dr. D. Agustín Pedro Pons en Barcelona (4).

#### CARACTERÍSTICAS DE LA MEDICINA INTERNA Y DEL INTERNISTA

William Osler, el gran maestro de la Medicina Interna estadounidense y mundial, predijo en 1897 que durante el

siglo XX, la Medicina Interna sería la especialidad médica más completa, más solicitada y más gratificante. Esta predicción fue válida para los dos tercios iniciales del siglo XX, durante los cuales el internista ocupó los cargos de máximo rango tanto en los hospitales como en la Universidad. Sin embargo en el último tercio del siglo que acaba de finalizar, la Medicina Interna ha experimentado crecientes dificultades para perfilar su identidad y sus límites, con el desarrollo de las especialidades médicas.

La Medicina Interna requiere la constante correlación de la ciencia clínica con las ciencias básicas y la conducta. El internista ha de comprender la variabilidad de los procesos vitales y sus anomalías, que provocan la disfunción y la enfermedad. Este proceso inacabable es una parte integral de la competencia clínica del internista.

El internista fue definido por Osler (4), como un médico generalista, plural y distinguido, que se ha formado en el desarrollo de determinadas aptitudes necesarias para el diagnóstico y tratamiento del hombre enfermo.

Se caracteriza por:

1. Habilidad en conseguir la información clínica precisa en la anamnesis y exploración física para orientar el diagnóstico.
2. Capacidad de síntesis de la información para estructurar un diagnóstico primero sindrómico y después específico.
3. Aptitud para determinar la secuencia más apropiada de exploraciones complementarias.
4. Capacidad para orientar o establecer el tratamiento más adecuado.

Estas características que son difíciles de conseguir, requieren un aprendizaje prolongado y esfuerzo continuo para incorporar los avances médicos que se producen día a día. El médico internista sacrifica un conocimiento profundo de determinadas áreas por tener una visión global de las entidades morbosas y del hombre enfermo, proporcionándole a todos sus pacientes una asistencia integral. Los internistas generales constituyen el pilar básico de los hospitales comarcales que tiene la finalidad de atender a los pacientes que no requieran medidas diagnósticas o terapéuticas sofisticadas. En los hospitales de tercer nivel, donde las subespecialidades médicas tienen su principal campo de actuación, los internistas generales seguirán teniendo un papel importante en determinadas áreas:

1. Enfermedades multisistémicas o con patologías multiorgánicas.
2. Medicina de Urgencias.
3. Unidades de formación para internistas generales y educación básica en Medicina Interna para los futuros subespecialistas, que tienen capacidad asistencial y pueden absorber con eficacia parte de la patología especializada que requiere hospitalización.

#### Nacimiento de la especialidades médicas:

Varios hechos han sido determinantes de este fenómeno:

1. El espectacular avance de la Medicina Interna en los últimos 50 años, asistiéndose a una progresiva sofisticación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, cada vez más eficaces, complejos y costosos.
2. La creación del Sistema Nacional de Salud, con la planificación de la actividad médica que alcanza a los complejos servicios de Medicina Interna de los grandes hospitales.
3. La generalización de la actividad investigadora, con el uso de medios sofisticados, ha comportando la evaluación crítica de los trabajos científicos y la asignación de recursos según el rendimiento científico, determinando que la activi-

dad investigadora de cada médico tenga que circunscribirse a determinadas áreas.

4. La sociedad ha asumido que el proceso diagnóstico y terapéutico desborda con frecuencia la capacidad asistencial individual y demanda servicios especializados y con tecnología avanzada.

El internista especializado, debe dominar áreas concretas en su perspectiva diagnóstica y terapéutica, pero compartiendo con el internista generalista la visión holística del hombre, con diferencias en matices de orden práctico y logístico. Por eso el internista especializado a partir de la Medicina Interna, ocupa, de forma paulatina en cada una de las especialidades médicas, el papel consultor en cardiología, neumología, oncología, infecciosas, etc.

#### MEDICINA INTERNA: SITUACIÓN ACTUAL

Los principales rasgos que otorgan peculiaridad a la Medicina Interna de nuestro tiempo, son los siguientes (1):

1. *Clara conciencia de la ilimitación de las posibilidades de la técnica.* La medicina actual está movida por este principio: "Lo que no es posible hoy, será posible mañana". Por ejemplo las enfermedades determinadas por defectos constitucionales del plasma germinal parecían inevitables; hoy, el conocimiento y gobierno de la estructura bioquímica de los cromosomas (fármacos, radiaciones etc.), permiten esperar una pronta conquista de técnicas que posibiliten su prevención.

2. *El proyecto de abolir definitivamente la tradicional diferencia entre "una medicina para ricos" y una "medicina para pobres".* A partir el impulso social de la reivindicaciones obreras y reformas iniciadas en Alemania en la época de Bismarck, los hombres se han propuesto acabar con esa diferencia y aunque todavía no haya sido abolida de hecho, nuestra conciencia social la rechaza con toda energía.

3. *La deliberada introducción del sujeto en Medicina.* En buena parte, el pensamiento médico actual, es el compromiso más o menos conflictivo entre una concepción científico-natural y otra científico-personal de la medicina. El médico se ve con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamiento eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico y por consiguiente una serie de consideraciones sociales y familiares que nada tienen que ver con la ciencia pero sí con el arte de la medicina.

4. *Tecnificación del consuelo.* La práctica de la medicina era hasta el siglo XX, la combinación más o menos hábil y armoniosa de dos sumandos heterogéneos: la técnica y el consuelo. "Curar a veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre" era un aforismo médico del siglo XIX de Berard y Gubler. Pero ese consuelo no pasaba de ser una cosa sobreañadida a las técnicas de curación y de alivio. La compleja y paulatina elaboración de la psicoterapia moderna, es una técnica más que debe conocer y aplicar el médico, con el intento de convertir el consuelo en técnica y aprovechar al máximo su indudable influencia terapéutica. La doctrina de la transferencia no podía entenderse sin tener en cuenta lo señalado anteriormente.

5. *Descubrimiento innovador de la condición coexistencial del enfermo mientras es enfermo.* D. Pedro Laín Entralgo, señala, que frente a la concepción individualista de la práctica médica, la medicina actual ha descubierto que el conocimiento de la condición social del enfermo es rigurosamente inexcusable para entender su enfermedad y para establecer el tratamiento. "Soy un hombre que vive en sociedad y atiendo

médicamente a otro hombre que también vive en sociedad", dice con más acierto el médico de hoy. El auge arrollador de una nueva disciplina, la sociología médica, lo demuestra con irrefutable evidencia.

#### PROBLEMAS ACTUALES QUE PLANTEA LA MEDICINA INTERNA MODERNA

La práctica médica está experimentando numerosos cambios a los que debe adaptarse cualquier profesional del ámbito sanitario. El siglo XX pasará a la historia de la medicina como el siglo de la tecnificación, por lo que se ha venido a llamar "era de la revolución tecnológica e informática". La tecnificación junto con el progreso social ha supuesto una mejora en las condiciones de vida, así como un incremento sustancial de la calidad y de la expectativa de vida de los seres humanos (4).

Por otra parte a diferencia de épocas anteriores, donde dominaba la medicina terapéutica o saneadora, en la actualidad se hace cada vez más énfasis en los aspectos médicos de tipo epidemiológico o preventivo. Está surgiendo numerosas modalidades sanitarias apenas conocidas anteriormente, como la Medicina Familiar y Comunitaria de gran interés para los centros de Atención Primaria y que están desarrollando una gran función en gran medida a su formación dentro de un Servicio de Medicina Interna con rotaciones por las diversas especialidades que le confieren unos conocimientos amplios de las partes más importantes de la Medicina General. Por otra parte, tenemos la cirugía mayor ambulatoria, la hospitalización a domicilio y las unidades de cuidados paliativos al paciente oncológico avanzado. Finalmente, un gran capítulo considerado antes como medicina heroica, la transplantología, se ha consolidado como algo normal. Se está haciendo énfasis en la calidad de vida, y en consecuencia sobre el tratamiento del dolor. Cada vez más adquieren mayor importancia numerosas vertientes de la bioética, así como la intervención de la justicia en relación con la práctica médica. Asimismo la insuficiencia de recursos obliga a su utilización racional, lo cual ha generado nuevos modelos de gestión sanitaria y la creciente intervención de los factores económicos en nuestra práctica. De igual forma, parece conveniente que las actuaciones médicas se fundamenten en datos objetivos, lo cual ha generado un interesante, aunque controvertido y debatido movimiento de "medicina basada en la evidencia". Por último hay que considerar que la actividad asistencial no puede estar de espaldas a los progresos que se obtienen de la investigación, tanto básica como clínica en la medida de lo posible. Las fuentes bibliográficas son fundamentales para la adquisición de conocimientos y los medios de comunicación para la difusión de los progresos en todas las áreas.

Pero, además de señalar estas grandes tendencias de la práctica médica actual, quisiera exponer una serie de reflexiones, sobre los problemas más acuciantes que vive la medicina de comienzo del nuevo siglo, con objeto de estructurar unas directrices que nos permitan su superación.

#### PÉRDIDA DEL HUMANISMO

En la sociedad del siglo XXI, el culto al dinero y al consumo, la atracción por la alta tecnología y el énfasis en el aquí y ahora, en lo inmediato y eficaz, hacen que la relación médico-

enfermo con demasiada frecuencia sea una transacción mercantil, un intercambio distante y frío.

Cada día es mayor el número de personas que se queja de la ausencia de humanidad en el médico. El sentir popular es que el médico del pasado era más humano, comprensivo y más considerado y consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente. De hecho casi todo el mundo está de acuerdo con el dicho: “ahora vivimos mejor pero nos sentimos peor”. Pese a todos los cambios, en medicina el humanismo es un componente muy necesario en la relación médico-enfermo, un arte de palabras, sentimientos y actitudes. El médico lo expresa con tacto, compasión, comprensión, lo que a su vez evoca en el paciente, optimismo, confianza, seguridad y esperanza.

La relación entre médico y enfermo ha evolucionado con el tiempo. Los grandes avances de la información y el rechazo a la tradicional actitud autoritaria de los doctores, ha impulsado el concepto de “decisión médica compartida”, en la que el médico aporta su saber y experiencia y el enfermo sus valores y sus deseos. Aunque esta nueva perspectiva no se ha consolidado en nuestra sociedad, se considera constituye un paso irreversible, de acuerdo con la continua subida del nivel cultural, la creciente importancia que le damos a la libertad de elección y al consentimiento informado de los pacientes.

A estos factores distanciantes entre el médico y el enfermo hay que añadir la influencia deshumanizante de la cultura del trabajo en el sistema sanitario saturado y agobiante de muchas sociedades de Occidente. Demasiados doctores y enfermos se sienten maltratados por el sistema y desconfían de las actitudes y motivos del otro. Otro hecho indisputable es que la dignidad del paciente recibe poca atención en la mayoría de instituciones públicas. La estructura burocrática del hospital está organizada para satisfacer la mecánica interna de la institución y la conveniencia del personal y no para el bienestar y beneficio del enfermo. Los aspectos humanos de la medicina se arrinconan. Uno de los factores determinantes del fracaso de humanismo de la medicina actual radica en la perversión de los esquemas económicos. A los médicos se les recompensa por atender el mayor número de enfermos en el menor tiempo posible.

No existe situación que ponga más a prueba el humanismo en el médico que el paciente terminal. Casi todos los profesionales, en nuestro empeño por protegernos del miedo a morir, nos hemos distanciado alguna vez de un compañero de vida que se enfrentaba a su fin y precisaba apoyo o consuelo. Resulta trágico ver a tantos hombres y mujeres que mueren lentamente en las camas de los hospitales y en las unidades de cuidados intensivos conectados a respiración asistida y privándolos de una muerte digna.

Finalmente quisiera reseñar que el ingrediente del humanismo más importante es ilusionar con la fe en la esperanza (6).

#### *EFEECTO CASCADA*

La medicina puede estar considerada como una ciencia estadística, ya que siempre se trabaja con la probabilidad de enfermar y con la oportunidad incierta del diagnóstico y del tratamiento. Ante ello debe adecuar su conocimiento científico y tecnológico a la situación clínica personal y social del paciente del que se ocupa en ese momento, porque no existen enfermedades sino enfermos.

Sin embargo sucede que, a mejores niveles de salud se responde con mayor preocupación y ansiedad respecto a enfermar y

en ese momento ante cualquier mínimo síntoma, el clínico inicia una serie de instrumentaciones médicas, dejándose llevar por los algoritmos y protocolos, así como por las reclamaciones judiciales, con objeto de justificar ante la sociedad una conducta agresiva respecto al proceso diagnóstico y terapéutico. Es decir se “cura en salud”. Esta serie de intervenciones clínicas, a veces necesarias pero muchas innecesarias, reciben el nombre de “efecto cascada”, siendo difíciles de parar y en ocasiones peligrosas.

Ser médico, en contra de lo esperable, es cada vez más un arte, un equilibrar las expectativas acerca de la salud de los pacientes con la realidad científica.

Existen dos tipos de errores en términos epidemiológicos: tipo 1, los de omisión, que son los que rechazan la hipótesis que es cierta; tipo 2, los de comisión, que aceptan la hipótesis falsa. A los médicos se les enseña que es intolerable el tipo 1 y es tolerable el tipo 2. De esta forma, la actitud intervencionista que favorece la aceptación preferente de los errores tipo 2, nada inocente, conduce, por ejemplo, a que millones de pacientes sean etiquetados en falso y tratados como hipertensos, con la morbilidad y mortalidad que ello puede conducir. Lo mismo se ha demostrado cuando se analizan el uso y la frecuencia de distintas pruebas diagnósticas, como mamografías, electrocardiograma de esfuerzo, cateterismo cardiaco, que provocan inexorablemente actividad terapéutica muchas veces innecesarias. Por otra parte la mayor demanda de pruebas diagnósticas no quiere decir una mejor calidad de la asistencia, se asocia con un mayor trabajo no rentable en gran número de casos y una mayor número de revisiones de los pacientes, con lo cual se eleva el costo sanitario.

La búsqueda heroica de enfermedades infrecuentes, suele ser reflejo de una práctica médica de baja calidad; la realización de pruebas sistemáticas y el cumplimiento ciego de algoritmos y protocolos es signo de pereza y poco interés clínico.

Los médicos deberían compartir su ignorancia con los pacientes y con la sociedad, lo cual facilitaría que se disminuyeran la expectativas sociales y médicas, ya que finalmente no se puede evitar ni el sufrimiento ni la muerte, aunque podamos aliviar el sufrimiento y retrasar la muerte (7).

#### *TECNOLOGÍA MÉDICA MODERNA*

La tecnología médica, según la definición de la Oficina de Valoración de EE.UU., es el conjunto de medicamentos, aparatos, procedimientos médicos y quirúrgicos y sistemas organizativos con los que se presta la atención sanitaria. No solo comprende las máquinas o medicamentos, sino también la propia práctica clínica y el modo en que esta se organiza.

La tecnología es un producto de la sociedad de consumo y por tanto nos estimulan a utilizarla, persuadiendo a la gente de su necesidad. La tecnología es un medio y nunca un fin, por tanto es éticamente neutra, no residiendo su problemática en la misma técnica, sino en las personas que la utilizan. Se hace creer al enfermo y a la familia, que la prueba hace el diagnóstico y no el médico. La inclusión de la misma en el sistema sanitario, ha hecho que la práctica médica sea más arriesgada y en muchos casos impersonal y deshumanizada. Por otra parte el acceso de los pacientes a las nuevas redes de información (Internet), facilita que el paciente consulte su sintomatología y vuelva a la consulta indicándole al médico la exploración que necesita según lo que ha visto o leído, lo que condiciona al médico influyendo en un posible cambio de la relación médico-enfermo.

## ¿CÓMO SE HA DESARROLLADO?

Los avances tecnológicos se inician después de la Segunda Guerra Mundial, en la segunda mitad del siglo XX. La penicilina y los antibióticos reducen la mortalidad en enfermedades infecciosas. En 1960, aparece la diálisis renal y el trasplante de riñón. En 1970, nace el soporte respiratorio, los desfibriladores y las técnicas de resucitación cardiopulmonar. Se desarrollan unidades de cuidados intensivos que revierten una muerte segura, ya que se ve la muerte como una consecuencia de la enfermedad y no como un hecho natural. La consecuencia es que los profesionales sanitarios ven la muerte como un fracaso y la sociedad la ha eliminado de su agenda diaria. Hemos llegado a un punto en que la medicina está considerada como una fuerza poderosa capaz de controlar la naturaleza. Los aparatos son útiles pero no hacen milagros. La moderna tecnología ha creado unas "criaturas" que antes nunca existieron, que podríamos denominar "muertos vivientes". Hay enfermos críticos, terminales, irreversibles, pero no enfermos desahuciados. El santo y seña de la medicina actual es hacer siempre todo lo posible para salvar la vida del enfermo. La sociedad cree que la tecnología solucionara todos los problemas de salud. La sanidad no es un mercado en el que el cliente siempre tiene la razón. Tiene más relevancia realizar un trasplante de pulmón y corazón que asistir y acompañar a un paciente en la fase terminal de su vida. Lo técnicamente posible tiene que subordinarse a lo éticamente aceptable. Hipócrates (340 años antes de Cristo), aconsejaba a los médicos el no intervenir en los casos en que la enfermedad no tuviera esperanza de curación. "Nunca hagas que el tratamiento sea más insufrible que la propia enfermedad" (8).

La actitud más adecuada es compaginar la técnica con la afectividad. El pilar fundamental sobre el que tiene que apoyarse el proceso de toma de decisiones, asienta en la mutua confianza existente entre médico y enfermo (9).

## FUTURO

## ¿A DÓNDE VAMOS?

La medicina en los albores del nuevo siglo, está orientada a conseguir el mayor beneficio al enfermo con el menor costo posible. Es un objetivo fundamentalmente de tipo económico y de gestión del gasto sanitario.

## ¿QUÉ QUEREMOS?

Lograr curaciones de las enfermedades tratables de la forma más sencilla posible y sin necesidad de exploraciones que no sean necesarias.

—Tener una buena calidad de vida aunque sea limitada.

—Evitar el sufrimiento dentro de lo posible y éticamente aceptable.

—Tener una buena muerte y a ser posible en casa.

## ¿CÓMO LO PODEMOS CONSEGUIR?

Para ello es necesario y fundamental, la existencia de médicos bien formados científica y humanamente, que dominen el arte de conducir los conocimientos científicos para lograr el objetivo de recuperar la salud del enfermo sin perjudicar (10).

Del *médico* se espera simpatía y comprensión, porque el paciente es un ser humano temeroso y esperanzado, que busca alivio, ayuda y confianza. Para la American Board, *el médico, debe ser íntegro, respetuoso y compasivo, ya que el secreto del cuidado del paciente es interesarse por él.*

Por otra parte y en el medio hospitalario, fundamentalmente en el tercer nivel, es necesario ante el desbordamiento de los conocimientos médicos, el manejo del paciente por equipos médicos de internistas especializados, para lograr así la mayor eficiencia.

En los hospitales de 2º nivel, la presencia del internista generalista es fundamental, debiendo de completarse con internistas especializados como consultores.

## CONCLUSIONES

*La Medicina Interna del futuro en los hospitales va a residir en la organización y desarrollo de equipos de internistas especializados, integrados en un Departamento de Medicina Interna con un responsable directo y así obtener el máximo beneficio científico y humanístico para el enfermo con la mayor eficiencia.*

*El médico del futuro, se distinguirá por el arte de conducir los conocimientos científicos a la curación del enfermo, con la mejor calidad clínica, menos ensañamiento tecnológico y mayor dosis de humanismo cristiano.*

## Bibliografía

- Lain Entralgo P. Medicina. En: Rodríguez Martínez L, ed. Enciclopedia Universal Ilustrada. Editorial Cantabria 1985; 13: 6387-6392.
- Vázquez Mata G. Memoria Funcional del Servicio de Medicina Interna y Urgencia. Universidad Autónoma de Barcelona, 2001.
- Gudiol F. Memoria para la Cátedra de Medicina Interna-Infecciosas y Organización y Funciones del Servicio de Enfermedades Infecciosas en el Hospital de Belvitge. Universidad Central de Barcelona, 1996.
- Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. La práctica de la medicina. En: Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison- Principios de la Medicina Interna. McGrawHil Co. Madrid 2001- XV Edición en español. p. 1-5.
- Rozman C. Medicina Interna en el siglo XXI. En: Farreras Rozman Eds. Medicina Interna Año, 2000 pp: 3-7.
- Rojas Marcos L. Humanización de la Medicina y calidad de vida. En Diario Médico. Com. 2001
- Pérez-Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. Med Clin 2002; 118: 65-67.
- Sanz Ortiz J. Tecnología y beneficiencia del enfermo. Med Clin 1999; 112: 380-383.
- Jovell AJ. Medicina basada en la afectividad. Med Clin 1999; 113: 173-175.
- Marck DB. Toma de decisiones. En: Braunwald E, Fauci A, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL. Harrison- Principios de la Medicina Interna. McGrawHil Co. Madrid 2001- XV Edición en español. p. 10-16.