REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

# ESPECIALIZACION E INTEGRACION EN MEDICINA

# VIGENCIA DE LA MEDICINA INTERNA

DISCURSO

leído por el Académico Electo

DR. ALFONSO BALCELLS GORINA

el día 31 de marzo de 1974

en el acto de su recepción

DISCURSO

de contestación del Académico Numerario

DR. LUIS TRIAS DE BES GIRO

BARCELONA

1974

# ESPECIALIZACION E INTEGRACION EN MEDICINA
# VIGENCIA DE LA MEDICINA INTERNA

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

# ESPECIALIZACION E INTEGRACION EN MEDICINA
# VIGENCIA DE LA MEDICINA INTERNA

DISCURSO
leído por el Académico Electo
DR. ALFONSO BALCELLS GORINA
el día 31 de marzo de 1974
en el acto de su recepción

DISCURSO
de contestación del Académico Numerario
DR. LUIS TRIAS DE BES GIRO

BARCELONA
1974

Industria Gráfica Ferrer Coll, S. A. Dep. Legal: B. 11.008-1974

Excmo. Sr. Presidente,
Muy Ilustres Sres. Académicos:
Señoras, Señores:

Cuando en estos momentos miro en torno y veo a los miembros de la Corporación que me acoge, tengo una impresión parecida a la que sentí al ser recibido, hace unos años, por el Claustro universitario: la extraña y feliz emoción, temerosa y atrevida a la vez, de sentarme en los mismos bancos que mis maestros.

Como entonces la *venia docendi* permitía el salto desde el estamento discente a la cátedra de los profesores, ahora el benevolente espaldarazo académico que habéis otorgado a mi nombre me asimila a vuestra propia condición en este senado de la Medicina barcelonesa.

Anima y resulta confortador, en este trance, contemplar, por otra parte, caras tan conocidas, las de los propios maestros y las de colegas académicos que también, de una forma u otra, han ejercido un magisterio sobre mí o han fortalecido mi vocación médica desde una entrañable amistad y consideración personal.

Permitidme, señor Presidente, que en primer lugar os agradezca públicamente las excelentes lecciones en Bacteriología, cuando en vuestra calidad de Profesor Agregado de la 1.ª Universidad Autónoma de Barcelona dejábais un memorable recuerdo en nuestra generación escolar. Casi simultáneamente, dos insignes académicos, profesores de Anatomía, Don Salvador Gil Vernet y su entonces Auxiliar el Dr. Taure y en el mismo año promovido a Catedrático, dejaron en nosotros la huella de una didáctica clarísima en las Ciencias morfológicas.

Fue poco después y gracias a la genial diáspora de profesorado que estableció aquella histórica Universidad Autónoma, como pude conocer al Dr. Rocha que enseñaba, junto al «profesor libre» de Patología Médica Don Francisco Esquerdo, en el Hospital de San Pablo, ambos con un sentido clínico práctico que complementó, con otros matices, la visión adquirida en el Hospital Clínico, en otras escuelas médicas.

Citar al profesor Soriano, al que he dedicado recientemente la presentación del número extraordinario, en homenaje a su dilatada docen-

cia, de «Medicina Clínica», significa señalar al guía personal en los estudios de Licenciatura y Post-graduado, del que no me he separado más que físicamente desde mis años universitarios. Sólo diré que él despertó inicialmente mi ilusión por la Fisiopatología General y por la enseñanza, marcando de modo definitivo mi futuro profesional.

También fue profesor de nuestra promoción el académico Dr. Mercadal, junto al inolvidable Peyrí y de aquel «Auxiliar» aprenderíamos, aparte de la ciencia dermatológica, trato humano y el valor de la amistad.

Pruebas reiteradas —que se remontan igualmente a mis tiempos de estudiante— de amistad y lecciones de buen sentido en la organización hospitalaria y en la convocatoria de grupos de investigación, como los que consiguió llamando a figuras tan eminentes como los actuales académicos Gras y Foz, he recibido a lo largo de los años, de Don Luis Trías de Bes, Director que fue del Hospital de Nuestra Señora del Mar.

Dos médicos de Guardia en Urgencias de Cirugía, los actuales académicos, prof. Piulachs y Broggi, encontré en mi camino universitario, al principio de nuestra guerra, que además de una ayuda humana impagable, influyeron muy directamente en mi formación quirúrgica, yo que nada tendría que ver luego con la Cirugía.

A ellos y a todos los académicos que me distinguieron con su generosa elección, quiero manifestar nuevamente mi gratitud y mi reconocimiento.

* * *

Ocupo, señores Académicos —con sincera y comprensible emoción lo digo— la vacante de otro profesor mío, el Dr. D. Agustín Pedro y Pons, maestro de tantas promociones médicas, clínico extraordinario, exponente de la voluntad de trabajo y del genio creador de los hombres de nuestra tierra. Todos hemos aprendido de él y soy perfectamente consciente de cuanto me obliga ocupar el lugar que él dejó en esta Real Academia. Aunque ponga todo mi empeño en no desmerecer demasiado en vuestras esperanzas de sucederle dignamente, recabo desde ahora —y la necesitaré— una indulgencia de magnitud semejante a la comprensión que habéis demostrado al elegirme.

Como escribí, con motivo de su fallecimiento, en «La Vanguardia», «el Dr. Pedro y Pons deja un vacío, es verdad, difícil de llenar en la Medicina barcelonesa y española. A las pocas horas me decía un amigo médico: «Es el último "grande"» y, seguramente, tiene razón. Como Marañón, como Jiménez Díaz, como Farreras, representaba la figura del médico «pantiatra» —expresión que él mismo usaba— del internista o generalista, en contraste con el creciente número de especialistas y sub-

especialistas. Pero, como aquellos, llevaba con dignidad y enorme competencia este difícil oficio de integrar los conocimientos y correlacionar aspectos y puntos de vista diferentes. Cada vez resulta más inabarcable, para una sola persona, el conjunto de la Medicina, aun de la Medicina Interna, por lo que serán excepcionales, en el futuro, personalidades como la de Pedro Pons, cuya desaparición marca una etapa. «Final de etapa», fue su discurso en la Real Academia de Madrid, cuando ingresó en ella no hace mucho, pero no se daba cuenta de que, más que a la universitaria, a la que aludía por su jubilación, puede aplicarse a la que él cierra en la historia de la Medicina catalana y española.

Deja un vacío, pero yo diría que, como los grandes, los verdaderos maestros, deja también un legado, de valor incalculable, y una escuela, muy extensa, de discípulos íntimos y de promociones numerosas de antiguos alumnos.

El legado son sus libros y sus escritos, la fundación con Sarró de la prestigiosa revista «Medicina Clínica», sus aportaciones científicas. Las hubo en todos los capítulos de la Medicina Interna: cultivó, como un gran clínico, el estudio de las enfermedades infecciosas, desbrozó el camino de la Reumatología, como pionero en España, constituyéndola en verdadera especialidad. Se interesó por las enfermedades carenciales, en nuestra post-guerra, y por la endocarditis lenta y la fiebre de Malta... ¿Quién no recuerda sus magistrales presentaciones clínicas?

Pero, sobre todo, quedará este pléyade de colaboradores y discípulos —que somos muchos los que tuvimos la suerte de serlo— a la que él formó, con su estilo clínico y universitario, en la observación directa del enfermo, en la objetividad y rigor de la valoración de los datos, en el criterio, en suma, como médicos humanos en el trato del paciente. El se marcha, su incitación y su ejemplo nos animarán a seguir la ruta que nos señaló.»

## TEMA

Esta es la cuestión que yo quería plantear a Vds., hoy: asistimos a una verdadera explosión de especialidades y subespecialidades en Medicina y concretamente en el seno de la Medicina Interna, fenómeno ante el que cabe preguntarse por el devenir de la unidad de pensamiento y acción en nuestra ciencia y en nuestro quehacer profesional, amenazados de babelismo, y sobre el futuro, e incluso la pervivencia actual del tronco común. Resulta inevitable intentar un juicio de valor sobre las ventajas e inconvenientes de tales hechos y la posibilidad de rectificar el rumbo de los acontecimientos, si el balance lo requiere, para una mejor Medicina al servicio de la comunidad. Me propongo, pues, analizar el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna y desde luego aventuraré mis propias opiniones como lo que son: puntos de vista, personales, opinables —valga la redundancia— y como tales, discutibles.

## INTRODUCCIÓN

## CONCEPTO DE «MEDICINA INTERNA»

El primer paso, obligado, consistirá en ponernos de acuerdo sobre el alcance y cometido de lo que llamamos Medicina Interna. No resulta fácil definir y circunscribir el ámbito de este concepto en Medicina, tanto desde el punto de vista científico como profesional.

Una delimitación de carácter negativo y vista desde el ángulo terapéutico, le ofrecería el contraste con la Cirugía: la Clínica Médica, esto es la Medicina Interna, sería el ejercicio profesional *no quirúrgico* de la Medicina. Según esta versión, Medicina Interna se identificaría con «Medicina» en sentido estricto y contrapuesto a «Cirugía». De hecho, en muchas clínicas universitarias americanas y de otros países, existe el «Departamento de Medicina», con este nombre, incluyendo a menudo, además de las especialidades médicas, la Dermatología, precedente este que, por cierto me llevó a propugnar —¡nunca lo hubiera hecho!— también en España, la inclusión de esa especialidad en el seno del Departamento universitario de Medicina, provocando la inmediata repulsa de los titulares de aquellas Cátedras.

En realidad, hay que reconocer que en el aspecto fenomenológico la Dermatología es pura y literal «*Medicina externa*», precisamente el polo diametralmente opuesto a la «Medicina Interna». Ha sido *Laín*, quien con su peculiar agudeza y galanura, señaló en la VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna tenida en Madrid hace tres años, los orígenes históricos de esta diferenciación en Medicina y su base semiológica y terapéutica. No se trataría de distinguir procesos radicados causalmente o en su localización lesional en la profundidad o en la superficie del organismo, es decir, de una «Patología externa» frente a una «Patología interna», como suelen designarse en los sinonimias respectivas, sino de que aquellas se manifiesten o no al exterior de una forma directamente perceptible. Nada mejor que reproducir sus propias palabras para captar el pensamiento de *Laín*:

> «La Medicina comenzó a ser técnica, a ser científica, con una unidad total, tanto en la concepción de la enfermedad como en la práctica de las determinaciones terapéuticas que ella exigía. La Medicina hipocrática era una Medicina de cirujanos e internistas a la vez, de tal manera que acaso los escritos tal vez más valiosos hoy

desde el punto de vista médico sean quizá los escritos quirúrgicos del "Corpus hipocraticus".

»La distinción entre Medicina interna y Medicina externa comenzó por no existir; ahora bien, a partir de la Edad Media esta distinci5n va a producirse...

»*Medicina externa* es, claro está, la Cirugía, está definida por dos notas, llamémoslas esenciales: primera, Medicina externa es aquella en que la enfermedad se ve; por tanto, está en la parte externa del cuerpo, cosa muy obvia, muy elemental, pero muy real; en segundo lugar, Medicina externa es aquella que porque la enfermedad se ve es necesario poner las manos para tratarla; las manos de manera inmediata o mediata, instrumental, pero en cualquier caso la Medicina externa es aquella en que parece en principio necesario poner las manos sobre el enfermo.

»Frente a ella, la *Medicina interna,* que tiene dos notas completamente contrapuestas y correspondientes con las anteriores: primera, es aquella en que en principio la enfermedad no se ve; esto crea una situación aporética, conflictiva, al médico que trata de resolverla; la vieron ya los médicos hipocráticos; en un escrito de la colección hipocrática, "Sobre el arte", se nos dice: "Cuando la enfermedad no puede verse ni tocarse, se la conoce por la inteligencia, por el entendimiento". Al decir esto esá naciendo germinalmente el concepto de Medicina interna; esto es importante porque el médico va a considerar que hay unas determinadas enfermedades en las cuales porque no ve, necesita pensar; en segundo lugar, es aquella en la cual el médico en un principio no puede o no debe poner las manos, digamos más bien no debe poner las manos. Por tanto, tiene que tratarla con los recursos de intervención en el seno del organismo de procederes, que no son la intervención manual; por tanto, el fármaco y la dieta. Desde el punto de vista, pues, diagnóstico, el *médico diagnostica no viendo;* desde el punto de vista terapéutico, el *médico trata no tocando,* es decir, mediante fármacos y mediante dieta.

»Este es el esquema tradicional que, por otra parte, comporta una distinción de carácter profesional social, en el sentido de que los cultivadores de la Medicina interna en esta forma esbozada, la Medicina doctoral, la Medicina latina de la baja Edad Media, del Renacimiento, y todavía hasta bien entrado el siglo XX, son los médicos intelectuales, los médicos en los que la necesidad de tener que pensar —el tener que pensar es porque no se ve— les obliga a educar su inteligencia por todos los procedimientos mediante los que el médico se siente intelectualmente superior y socialmente

también superior; al propio tiempo el médico no se mancha las manos, puede actuar sin hacerlo, lo que le da también una condición social y estéticamente superior; es el médico que no necesita quitarse los guantes, que vemos en las estampas, en parte irónicas y en parte venerativas, de fin de la Edad Media y de comienzos del mundo moderno.»

Esta confrontación entre Medicina Interna y Externa, entendidas semiológicamente, podría llevarnos a trasladarla al plano topográfico-lesional y definir a la primera como Medicina de la Patología profunda, *visceral*, frente a la de las estructuras parietales y del aparato locomotor. Pero es notorio que ni cabe una correlación simplista entre situación del proceso morboso y manifestación exterior del mismo, ni de hecho escapan la piel y el sistema osteo-articular y muscular a la localización de lesiones y signos clínicos tributarios de enfermedades que el internista estudia y cuida. Ahora bien, dejando aparte la imposibilidad de equiparar semiología y topografía patológica, queda en pie que la Patología visceral es el contenido preferente de la Medicina Interna.

Si la divisoria entre «internismo» y «externismo» literalmente entendidos, peca de imprecisión y hasta de impropiedad, tanto desde el lado semiológico como del nosológico, otro criterio topográfico, no en situación sino en *extensión* del proceso morboso, apunta a diferenciar la Medicina Interna de otras ramas de la Medicina: las enfermedades «generales» y no las puramente «locales», constituirían el problema científico y la ocupación profesional de los internistas. También aquí tropezamos con serias dificultades de demarcación, ya que muy pocas —para algunos ninguna— enfermedades pueden considerarse estrictamente locales; en realidad, toda afección presenta un síndrome local y otro general más o menos aparente y las llamadas enfermedades generales suelen tener una localización original —sea con un foco de sepsis o de trombosis, o de una neoplasia primitiva o un proceso de otra naturaleza— desde donde parten las metástasis de generalización o la repercusión general que presenciamos.

Con estas salvedades es obvio, sin embargo, que existe un capítulo importante de procesos difusos o de sistema, tanto de naturaleza metabólica o degenerativa —aterosclerosis y dislipemias, para citar un ejemplo— como de tipo inflamatorio, más o menos generalizado: las diversas colagenosis y muchas enfermedades infecciosas clásicas.

Una vez más el equívoco viene a trastornar la identificación posible entre Medicina Interna y *Medicina General*, entre internista y generalista. Porque «general» puede y de hecho se entiende como abarcando *todo*, sin nada «especial». Médico general es sinónimo de médico, de médico

de cabecera o de familia, incluido el médico rural, es decir, aquel que se ve obligado a reconocer y tratar toda clase de afecciones, locales o generales, agudas o crónicas, de la infancia o de la vejez, también los procesos cutáneos, oftalmológicos u otológicos en sus primeras manifestaciones, ejerce la tocología y tomar las medidas sanitarias de tipo preventivo.

La OMS define a la *Medicina General* como «la primera línea de la asistencia médica y en una forma u otra existe en todas partes» y al *médico general* como el que se consagra al ejercicio no especializado en la Medicina, es decir, que por lo común no limita su actividad profesional a ciertos procesos patológicos ni a ciertos grupos de edad. Los pacientes recurren directamente a él y sobre él recae la responsabilidad de prestar o de organizar la prestación de una asistencia médica continua y completa, tanto preventiva como curativa».

Parece evidente que si el médico general no es todavía un internista, éste puede caracterizarse entre otras notas, por ser un «generalista» en otro sentido, no en el de entender y atender a todo, sino en el de tener en cuenta el todo, el conjunto —organismo y persona humana— e incluir todas las partes, órganos o sistemas y todas las causas, factores, circunstancias y aspectos de la enfermedad. Quizá esta visión plenaria y global, equilibrada y completa, sin restricciones ni prelaciones, justifique la calificación de generalista para el internista, aunque aquella denominación se use corrientemente en el alcance que le da la definición de la OMS. Esta acepción del internista como generalista queda puesta de relieve en la definición, propuesta precisamente por la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEME): «La Medicina Interna comprende el conjunto de sistemas anatómicos y fisiológicos del hombre con propósitos diagnósticos y terapéuticos; *a ella compete el estudio del conjunto de la personalidad y organismo del enfermo.* Se trata de la *Medicina del individuo* y no del órgano».

Muy otra es la concepción de la Medicina Interna que en la actualidad aflora en distintos ambientes: ante la realidad de la existencia de una serie de especialidades médicas que han tomado cuerpo sobre la base del desarrollo creciente y a menudo autónomo de capítulos de aquella —Gastroenterología, Cardiología, Neurología, etc.— y de la correlativa aparición de la figura del «especialista» en cada una de ellas, cunde la impresión de que la Medicina Interna no sería más que el ente moral que comprende este mosaico de nuevas ciencias y profesiones nacidas de su seno; la familia o si se quiere la federación de las unidades que son subespecialidades «médicas» ahora en su mayoría de edad y con vida propia. Según esto «internista» sería el común denominador gené-

rico aplicable a cada uno de los especialistas «médicos», es decir, no quirúrgicos .

Con lo dicho se echa de ver la disparidad de opiniones sobre, no ya el nombre, sino sobre el devenir del internismo. Mientras que un sector considera internistas sólo a los generalistas, otro extiende aquella designación a los especialistas en alguna de sus áreas, un tercer modo de pensar estima periclitada y obsoleta la figura del internista-generalista y por fin otro grupo de opinión señala la necesidad y urgencia de conciliar internista-generalista y especialistas médicos, logrando además que éstos tengan previamente una formación internista general.

Esto nos lleva a distinguir la Medicina Interna como *oficio* y como *mentalidad.* Lo decíamos con motivo de la aludida Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna:

> «Difícilmente puede negarse categoría de internista a aquel que, tras una etapa de formación de internista, después concentra y polariza su actividad en un sector determinado, porque digamos ahora, *hay que distinguir entre el internista como mentalidad e internista como oficio.* Se puede tener un oficio limitado después a una especialidad o subespecialidad (oficio médico) y en cambio tener mentalidad, visión, espíritu de internista.
>
> Por aquí hay una solución que vemos todos los días: ¿qué son si no algunos nefrólogos, hepatólogos, etc.?, a la par que se han concentrado en una visión no ya de sistema o de aparato, sino de órgano, a la par conservan toda la soltura, toda la profundidad de su formación comprensiva y general: han sido y siguen siendo internistas.»

Existe, pues, un concepto *metodológico* de la Medicina Interna, es decir, entenderla como un modo de pensar y hacer en Medicina. Así la ve *Gruber* cuando dice: «No es injusticia llamar a la Medicina Interna reina en el círculo de la profesión médica. Lo que ella, en tan rica variedad de puntos de vista y en la necesidad de exploraciones y valoración del enfermo, nos enseña a reconocer, vale para todas las ramas del oficio y arte de curar, cualquiera que sea su designación. Sin el fundamento *médico-internístico* no podrá nunca pretender el llamado "especialista" en otros campos el dominio de un poder completo».

En un sentido parecido se expresa *Siebeck* cuando dice: «La "Medicina Interna" —o también la *"Medicina" en su sentido estricto y primitivo*— se ocupa, en primer término, de las *tareas médicas generales.* Trata de los síntomas, de su patogenia e importancia, así como

del diagnóstico y tratamiento de los enfermos; constituye el fundamento de la ciencia médica y es, sobre todo, la *doctrina de la práctica médica general*».

En suma, el «internista» sería el médico que se ve obligado a discurrir y razonar, porque examina enfermedades encubiertas, no visibles, frente al «externista» que las ve y las palpa; a diferencia del cirujano, etimológicamente quiropráctico, es decir, que trata manualmente, hasta de modo cruento, las enfermedades accesibles, el internista utiliza medios indirectos incruentos, drogas y prescripciones dietéticas o de régimen de vida. Y ello, porque, además de profundos, «internos», los procesos que estudia no son claramente *localizados* sino, a menudo difusos, extensos o sistémicos. El internista sería, sobre todo, a diferencia del especialista puro, un generalista, que procura tener en cuenta todos los aspectos y matices de la enfermedad humana, sin descuidar el sujeto paciente en su unidad y en su individualidad, en el hecho de ser un organismo y una persona humana con su peculiar constitución y personalidad psicológica. Al lado de éstos, se siente también internistas determinados especialistas, ya no generalistas en su ejercicio profesional pero con formación de tales y que conservan aquella mentalidad y estilo en el quehacer médico.

## El hecho de la especialización en Medicina y su historia

Pero antes de seguir adelante es preciso dirigir nuestra mirada al proceso de la especialización médica a lo largo de la Historia. Sólo profundizando en el hecho y en sus orígenes podemos comprender su justificación y beneficio.

Será forzoso que recurramos a los historiadores de la Medicina para conocer con rigor y certeza el desarrollo de los hechos.

Es curioso que ya antes de la disociación entre Medicina Interna y Externa que *Laín* sitúa en la Edad Media, apunte la diversificación profesional en nuestro arte. Así, aludiendo a la *Medicina romana* y concretamente al ámbito español, afirma *Granjel*:

> «Como venía siendo natural en Roma, también en la provincia hispánica el ejercicio de la Medicina se fragmenta en *especialidades*. Era tajante la distinción entre médicos y cirujanos, y poseyeron asimismo personalidad social propia oculistas, dentistas y comadronas. En Mérida ha sido hallado un rico arsenal quirúrgico, que da testimonio del desarrollo logrado por la Cirugía; numerosos instrumentos de bronce, de uso médico, se han encontrado asimismo en Numancia. La práctica de la Oftalmología está confirmada por el descubrimiento de algunas piedras «sigilarias» y «sellos de oculista».

Y si nos remontamos a tiempos más remotos, puede decirse que, además de unificada, como la veía Lain en la época hipocrática, *la Medicina empezó siendo más Cirugía que Medicina* propiamente dicha: está demostrado que en todos los pueblos primitivos, antes que existieran tratamientos médicos ya se practicaban maniobras e intervenciones manuales o instrumentales, es decir, quirúrgicas. Esto parece indicar que al hombre no culturizado, no razonador, ya le era dado, en cierta medida, aplicar la mano y prestar ayuda allá donde percibía una amenaza a la vida corporal, una herida abierta, sangre que fluía (*Gruber*).

En la *medicina árabe* vemos aparecer una actitud que perdurará a lo largo de la Edad Media y aún después de ella: el desprecio y la

menor consideración social atribuida a las actividades médicas de carácter manual o quirúrgico. Expresión de ello sea probablemente el hecho, referido por *Granjel,* de que la Cirugía fue escasamente cultivada por los médicos hispano-árabes: Era indigna para un hombre honrado ejercer la Cirugía cruenta en la Medicina arábiga y así lo recoge *Baas*: «No resulta apropiado para un médico respetable y considerado realizar operaciones con las manos; sólo a los auxiliares de los médicos corresponde practicar sangrías, cauterizaciones, incisiones en las arterias».

A pesar de ello, también en la Medicina árabe alcanzan atención especial algunos aspectos de la profesión médica. Basten estos ejemplos que Granjel cita aludiendo a los *médicos hispano-árabes*:

> «De *Urología,* como de los procesos ginecológicos y las más comunes nociones de *Tocología,* tratan concretos capítulos de las obras de Abulcasis, Avenzoar y Averroes. La *Oftalmología,* rama del saber médico muy cultivada por la ciencia árabe, cuenta en la Medicina hispanomusulmana con la labor de los hermanos Ah'mad y 'Umar, los importantes escritos de Ibn Wàfid y al-Gàfiqi, con varios capítulos de la obra de Abulcasis y la obra de Alcoatim, médico cristiano, acaso de origen musulmán, que vivió en Toledo, donde redacta, hacia el año 1159, un tratado sobre afectos oftálmicos, del que se conserva su versión latina, fraccionada en cinco libros que exponen un saber basado, de preferencia, en la autoridad de Galeno, Hunain ibn Ishàq y Abulcasis.»

Parecidas materias destacan, además del ejercicio profesional general entre los *médicos judíos* españoles de la Edad Media. He aquí unas muestras, a vuela pluma, sacadas de la misma obra del discípulo de *Lain*: «A finales de la XII centuria el judío barcelonés Shested Benveniste redacta en árabe un importante tratado ginecológico, pronto traducido al hebreo. Samuel Esperial escribió un tratado quirúrgico, redactado en catalán o castellano, del que sólo se conserva su versión hebrea. En el año 1468 fue un cirujano judío quien curó de su afección oftálmica al rey de Aragón Juan II...»

A medida que se va acusando, a lo largo de la baja Edad Media y en le Renacimiento, la diferenciación profesional y social de los cirujanos respecto de los médicos, nace una tensión entre ellos, que ya hemos visto esbozada en la etapa árabe, y que tiene interés detenerse en ello porque es ilustrativa, quizá de otras tensiones ulteriores en nuestro gremio. Así lo describe *Laín*:

> «El conflicto en los titulares de los dos ideales en que consiste

la acción del médico: aquel que consiste en ver para diagnosticar y aquel que consiste en poner las manos para tratar; de estos dos ideales era titular el médico menos estimable, el médico intelectual y socilamente menos considerado, es decir, el cirujano.

»Este conflicto interno aparece clarísimamente cuando se examina la historia con su estructura; y aparece muy claro también cuando se lee en los textos: socialmente el cirujano tiene menos importancia. Quien no recuerda aquel graciosísimo episodio fingido, pero en parte basado en la realidad, que nos cuenta Cervantes en el "Juez de los divorcios" cuando una mujer va allí y quiere divorciarse porque "su marido se casó con ella diciendo que era médico y no era más que cirujano" (1). Hubo error de persona por simulación de jerarquía social que no tenía el contrayente. Pero, por otra parte sin la conciencia soterrada y cada vez más eficaz, más operante, del cirujano, de ser él quien hace las cosas más eficaces, no se entendería la obra de Ambrosio Paré, no se entendería la obra de Daza Chacón, por nombrar a dos hombres del siglo XVI; no se entendería la actitud anímica, el "ethos" con que está escrita esta obra si no se viese en ella la conciencia de que el cirujano está en ella en una situación, por lo menos, de la tendencia hacia el cumplimiento de los dos ideales del médico desde los tiempos hipocráticos.»

Otros factores influirían en esta tensión entre internistas y externistas, por lo menos en algunos países. Por lo que respecta a Francia, *Gracia Guillén y Peret* señalan la interferencia de las circunstancias políticas y sociales, entre ellas del nacionalismo, urbanización creciente y la secularización de la sociedad civil:

«*Médicos* y *cirujanos*, nacen en fuerte oposición. Este curioso hecho sociológico se deriva en buena parte de la conversión de la medicina en "metier...". "Pero la oposición entre medicina especulativa y práctica parece no justificar suficientemente esta rivalidad, claro resultado de los importantes cambios sociales que aparecieron en estos siglos. Se asistió al pujante nacimiento del nacionalismo y a un importante fenómeno de urbanización y secularización. Y en

(1) Es curioso el texto literal de Cervantes: «...fui engañada cuando con él me casé, porque él dijo que era médico de pulso y remaneció cirujano y hombre que hace ligaduras y cura otras enfermedades, que va a decir de esto a médico la mitad del justo precio»... (cap. «Salen uno vestido a lo médico y es cirujano y Aldonza de Mijaca, su mujer»). ¡Qué lejos estamos del merecido prestigio actual de los cirujanos!

estas novedades se apoya esta oposición entre los *médicos,* respaldados por el canciller de Notre Dame y los *cirujanos,* apoyados por los prefectos municipales, en último término basados en la confrontación entre mitra y corona. En España, por el contrario, hasta el siglo XVIII, el estamento quirúrgico carecerá de suficiente fuerza para oponerse al poderosísimo gremio escolástico."»

Pero entre los mismos externistas surgió pronto una división en grados, según la calidad e importancia de sus intervenciones. Los *cirujanos, barberos* y *sangradores,* o en otras palabras, la Cirugía mayor y la menor, aparecen unas veces confundidas y otras claramente distinguidas. En 1260 se funda la Cofradía de San Cosme como asociación de los cirujanos de «robe longue», y aparte de ello, un siglo después nace la Cofradía del Santo Sepulcro que agrupa a los *cirujanos menores* o de «robe courte». «Estos barberos y sangradores se acogieron alternativamente a la protección de los médicos y los cirujanos, hasta 1667 en que se unieron definitivamente a éstos.»

«En *Inglaterra* los *barberos* se reunieron en 1462 y treinta años después los *cirujanos,* y ya en 1540 bajo el todopoderoso Enrique VIII se fundieron en la Compañía Unida de Barberos y Cirujanos.»

La *urbanización,* por otra parte, con la aparición de las epidemias provoca la aparición de un nuevo especialista, el *higienista* incipiente que cuida de la sanidad pública en forma de *médicos municipales* y se organizan los hospitales y lazaretos.

Los *ejércitos* determinan la figura del *médico militar,* mejor dicho *cirujano castrense,* esbozo de lo que será el futuro traumatólogo.

También en la España del *Renacimiento* se plantea la distinción entre cirujanos de una u otra categoría profesional y social y aparecen los técnicos en algunas especialidades quirúrgicas ya reconocidas en la práctica, aunque en el nivel menos científico. Volvamos a *Granjel*:

«El gremio de quienes tenían por misión solventar los problemas individuales o colectivos, que el evento de la enfermedad planteaba, lo componen, durante el Renacimiento, médicos y cirujanos con título universitario y, con personalidad científica y social mucho más modesta, cirujanos carentes de formación doctrinal, meros empíricos, barberos, "bizmadores" o "algebristas", prácticos especializados en la cura manual de procesos urológicos, "batidores de cataratas" y comadronas. Licencias especiales cuya concesión auto-

rizó Felipe II en 1570 y 1578, permitían la actividad de estos *profesionales no formados en las Universidades.*»

En el devenir ulterior de la Medicina se va dibujando cada vez más recortadamente la figura de los futuros especialistas en determinadas materias, las mismas que ya ulteriormente iniciaban su caracterización. Así en la *Medicina española del barroco*:

> «Aún no constituyendo en su consideración científica y menos en el ejercicio profesional verdaderas especialidades, no puede negarse que algunos capítulos de la Patología mantienen la individualidad que ya se hacía notar en la literatura renacentista. Son tales parcelas del saber médico la Neuropsiquiatría y la Pediatría, la Obstetricia, la Ginecología y la Oftalmología.»

Pero tenemos que llegar hasta finales del pasado siglo para que adquieran carta de naturaleza, bien definidas, un número progresivo de especialidades y especialistas, tal como hoy las entendemos y al compás del progreso científico y técnico conseguido en la sociedad industrial, y de las nuevas necesidades de la comunidad. Destaca un primer grupo, del que se ha hecho reiterada mención al relatar épocas precedentes, de *especialidades* que podemos llamar *clásicas* y que luego se incorporan como tales en los planes de estudio de las Facultades de Medicina. Nos referiremos a la Obstetricia y Ginecología, la Oftalmología, la Pediatría, la Dermatología y Oto-rrino-laringología. Mirando hacia atrás podemos recapitular que primera se desgajó la Cirugía, mejor dicho, primero «fué» la Cirugía, anticipándose la especialización quirúrgica a la misma Medicina como tal, y luego se adelantaron también las subespecialidades quirúrgicas a las médicas, comenzando por las más requeridas por el volumen casuístico o por la exigencia de una habilidad peculiar en cuanto a las técnicas empleadas o a la localización concreta de la enfermedad. La Cirugía general por su parte conoce en España un desarrollo notable y una especial diversificación profesional, ya en el Setecientos, a raíz de la creación de los Reales Colegios de Cirugía de Cádiz (1748), dedicado a la preparación de cirujanos de la Armada, de Barcelona (1764) para cirujanos militares y el de San Carlos de Madrid (1787) para cirujanos civiles.

Es notable que por lo que hace a la Urología, una de las primeras especialidades quirúrgicas que luego se reconocen, ya en 1588 se publica en España un Tratado de «Enfermedades de los riñones, de la verga y carnosidades de la vejiga», escrita por Francisco Díaz, Doctor en Medicina, maestro en Filosofía y cirujano del Rey, libro recientemente reproducido en facsímil por el Académico Dr. Puigvert.

Es curioso observar, por lo que hace al reconocimiento oficial y reglamentado por las especialidades, que en Estados Unidos la primera que establece un «Board» nacional organizado por los propios especialistas es la Oftalmología, en 1916.

Digamos, por fin, que entre las especialidades médicas, la Neurología logra un desarrollo y una emancipación antes que otras ramas, a partir de finales del pasado siglo, en Francia y Alemania especialmente, hasta constituir Cátedra y disciplina aparte de la Medicina Interna en muchas escuelas de Medicina.

## Panorama actual de la especialización médica

En lo que va de siglo y de modo casi explosivo en los últimos años, asistimos a un espléndido despliegue de ramas y nuevas ramas en el ejercicio asistencial de la Medicina y también en el campo de la investigación básica y aplicada.

En muchos países ello ha llevado consigo el reconocimiento oficial del título de especialista, a la codificación de los derechos y condiciones para este ejercicio profesional y al establecimiento de unas enseñanzas idóneas, sea en régimen de «residencia» o a través de Escuelas de especialidad en las Facultades de Medicina o en Hospitales acreditados.

En España se publica con fecha 20 de julio de 1955 la «Ley sobre Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas» y se reconocen en ella las siguientes:

Análisis clínicos.
Anestesiología.
Aparato circulatorio.
Aparato digestivo.
Aparato respiratorio.
Cirugía del aparato digestivo.
Cirugía cardiovascular.
Cirugía pulmonar.
Cirugía reparadora.
Dermatovenerología.
Electrorradiología.
Endocrinología y nutrición.
Estomatología.
Hematología.
Hidrología.
Higiene y Sanidad.
Histopatología.
Medicina Aeronáutica.
Medicina legal y forense.
Medicina del Trabajo.
Microbiología.
Neurocirugía.
Neurología.
Obstetricia y Ginecología.
Oftalmología.
Otorrinolaringología.
Puericultura y Pediatría.
Psiquiatría.
Reumatología.
Tisiología.
Traumatología y Ortopedia.
Urología.

Pero en realidad el repertorio de posibilidades de dedicación profesional tal como lo vemos en el ejercicio libre o socializado de la Medicina

y en los centros hospitalarios, es mucho más amplio. Recogiendo las especialidades médicas reconocidas en unos u otros países, según las publicaciones de la O.M.S., hemos podido reunir la siguiente nómina de titularidades:

1. Acupuntura.
2. Alergología.
3. Análisis clínicos.
4. Anestesiología.
5. Angiología.
6. Aparato circulatorio.
7. Bacteriología.
8. Bioquímica clínica.
9. Cancerología u Oncología.
10. Cardiología.
11. Cirugía estética y plástica o Cirugía reparadora.
12. Cirugía general.
13. Cirugía infantil.
14. Cirugía maxilo-facial.
15. Cirugía torácica.
16. Dermatología.
17. Dietética.
18. Electroencefalografía.
19. Electrocardiografía.
20. Electromiografía.
21. Electroradiología.
22. Endocrinología.
23. Endoscopia.
24. Enfermedades infecciosas o transmisibles.
25. Epidemiología.
26. Estomatología.
27. Farmacología clínica.
28. Fisioterapia.
29. Foniatría o Logopedia.
30. Gastro-enterología y aparato digestivo.
31. Gerontología y Geriatría.
32. Ginecología.
33. Hematología
34. Hepatología.
25. Hidrología, Termalismo, Crenoterapia o Balneología.
36. Higiene o Sanidad.
37. Inmunología clínica.
38. Medicina aeronáutica y espacial.
39. Medicina del Trabajo.
40. Medicina deportiva y educación física.
41. Medicina exótica o Enfermedades Tropicales.
42. Medicina Interna.
43. Medicina Legal.
44. Medicina nuclear.
45. Metabolismo y nutrición.
46. Nefrología.
47. Neurocirugía.
48. Neumología o aparato respiratorio.
49. Neurología.
50. Obstetricia.
51. Oftalmología.
52. Ortopedia.
53. Otorrinolaringología.
54. Parasitología.
55. Patología.
56. Patología clínica.
57. Pediatría.
58. Podología.
59. Proctología.
60. Psiquiatría.
61. Puericultura.
62. Radio-diagnóstico.
63. Radiología.
64. Radioterapia.
65. Reanimación y Regulación humoral.

66. Rehabilitación, Reeducación o recuperación funcional.
67. Reumatología.
68. Tisiología.
69. Toxicología.
70. Transfusión sanguínea
71. Traumatología.
72. Urología.
73. Venerelogía.

Ni siquiera, con ser tan numeroso, cabe considerar completo este catálogo ,no sólo porque hemos dejado de incluir especialidades que sólo en un determinado y exclusivo país aparecen —como «Medicina de la adolescencia» en Checoslovaquia—, sino porque todos los días se desglosan nuevas subespecialidades y así, por ejemplo, van siendo reconocidos en diversos estados del Este europeo ramas con personalidad propia de la Higiene: Higiene comunitaria, Higiene escolar, Higiene alimentaria, Higiene del trabajo, Higiene de las gentes del mar, etc. Nuevas especialidades son también la Andrología y la Sofrología.

Si ahora intentamos reagrupar, en esa larga lista, las ramas secundarias correspondientes a ramas principales previas, destacan en seguida dos como familias de especialidades: las del *grupo de la Medicina Interna* o simplemente Medicina (Cardiología o Aparato circulatorio, Neumología o Aparato respiratorio, Endocrinología y Nutrición, Gastroenterología o Aparato digestivo, Reumatología, Neurología, Hematología, Gerontología y más recientemente Nefrología y Hepatología, entre otras) y las del *grupo de la Cirugía* (además de la General, la Ortopedia, Urología, Neurocirugía, Cirugía cardíaca o del Tórax, Cirugía digestiva plástica o reparadora, vascular, máxilo-facial, Traumatología, etc.).

Así han sido reconocidas varias de ellas, como derivadas de las Cátedras de Patología Médica y Patología Quirúrgica en la Ley Española antes citada y como tales especialidades pueden ser enseñadas y certificadas en dichas Cátedras universitarias.

Al establecerse posteriormente la «Ordenación en Departamentos de las Facultades de Medicina» (Decreto de 1 de junio de 1967), en cuya Comisión de estudios tuve el honor de participar, se atribuyen a cada uno de ellas un grupo de materias a enseñar, en realidad especialidades actuales o futuras. Limitándonos a las que tienen proyección clínica, encontramos las siguientes:

1. *Departamento de Fisiología y Bioquímica:* Fisiología del Deporte, Fisiología del Trabajo y Exámenes Funcionales, pudiendo incluir además la Genética.

2. *Departamento de Farmacología y Terapéutica:* Farmacología clí-

nica, Neuropsicofarmacología y «con carácter opcional» Anestesiología y Hemoterapia.

3. *Departamento de Patología:* Histopatología, Prosección, Bacteriología médica, Virología, Parasitología, Inmunología, «pudiendo agruparse además la Exploración funcional, así como la Genética».

4. *Departamento de Medicina Interna:* Con la Medicina Interna y las especialidades de Digestivo, Circulatorio, Respiratorio, Nervioso, Nefrología, Infecciones, Nutrición, Hematología, Endocrinología, Aparato locomotor, Geriatría y otras afines.

5. *Departamento de Cirugía:* «Agrupará la Patología Quirúrgica y Cirugía General y las especialidades de Cirugía torácica, Neurocirugía, Traumatología y Ortopedia, Cirugía del Digestivo, Cirugía vascular, Cirugía máxilo-facial, Cirugía plástica, Cirugía neonatal, Urología y otras afines, así como, con carácter opcional, Anestesiología y Reanimación.

6. *Departamento de Obstetricia y Ginecología:* «Agrupará Obstetricia con Maternología y Ginecología con Endocrinología Ginecológica».

7. *Departamento de Pediatría:* «Agrupará Pediatría, incluyendo Pediatría preventiva y social, Puericultura (con Puericultura perinatal) y otras disciplinas afines».

8. *Departamento de Radiología y Fisioterapia:* «Agrupará Radioterapia, Radiodiagnóstico, Fisioterapia, Hidroterapia y Climatoterapia, Rehabilitación y otras disciplinas afines».

9. *Departamento de Medicina Preventiva, Social y Forense:* «Agrupará Medicina Legal, Toxicología, Medicina Social (que podrá incluir Bioestadística), Medicina Preventiva y otras disciplinas afines».

10. *Departamento de Psiquiatría:* «Agrupará Psiquiatría, Psicología y Psiquiatría infantil, Psicología médica, Psicoterapia, Psicosomática, Higiene mental y Sociopsiquiatría y otras disciplinas afines».

11. *Departamento de Disciplinas médico-quirúrgicas:* Comprende la *Dermatología,* médico-quirúrgica y Venereología, *Oftalmología* y *Otorrinolagingología,* que también pueden constituirse en Departamentos independientes.

Como puede observarse, la agrupación de las especialidades que se hace en los Departamentos universitarios no obedece a un criterio único

ni éstos presentan homogeneidad, ni se evitan las reiteraciones u opciones.

Si analizamos los *criterios* bajo los cuales puede reconocerse un denominador común entre las diversas especializaciones en Medicina, podríamos agrupar éstas en los siguientes *tipos de especialistas:*

1. *Especialistas sectoriales,* es decir, dedicados a un campo topográficamente limitado del organismo humano. Puede tratarse de un *sistema o aparato:* digestivo, circulatorio, respiratorio, endocrino, etc. O bien ser incluso *especialistas de un órgano:* nefrólogos, hepatólogos, proctólogos, tiroidólogos, etc. Un lugar semejante ocupan los podólogos.

2. *Especialistas en técnicas,* es decir, expertos en alguna área de la metodología instrumental aplicada al diagnóstico o al tratamiento, o en la realización de intervenciones directas, cruentas, en el enfermo. Estos últimos están especializados, podríamos decir, en destreza y habilidad manual —que ponen a prueba en cada caso, siempre singular y diferente— aparte de la ciencia y del criterio clínico indispensables: son los cirujanos y los especialistas quirúrgicos. Los otros, los de las técnicas auxiliares, determinan o registran hallazgos referentes a la composición del organismo o a alguna de sus funciones y muchas veces sin tener contacto directo con el enfermo y su maestría estriba en el rigor y exactitud en la realización de métodos estandarizados o en la madurez de interpretación de los resultados. Son los hombres de laboratorio, bioquímicos o bacteriólogos, los radiólogos, endoscopistas, etc.

Existen incluso *especialistas de una sola técnica:* anestesiólogos, electroencefalografistas, hemodinamistas, especialistas en electrocardiografía o en electromiografía, hemoterapia (transfusiones), broncoscopistas, etc.

Estas especialidades técnicas pueden ser cultivadas en una vertiente única —*diagnóstica o terapéutica*— como sucede en los que se dedican a los métodos auxiliares de laboratorio clínico o sólo al radiodiagnóstico o sólo a la radioterapia en sus diversas formas, a la rehabilitación, etc., o bien practican intervenciones *tanto exploratorias como terapéuticas* y este es el caso de la mayoría de las especialidades quirúrgicas y también de los nacientes «intensivistas», especialistas de las «unidades de cuidados intensivos».

3. *Especialistas de una fase biológica.* Son en realidad *generalistas* que polarizan sus conocimientos y experiencia a una etapa determinada de la vida, con su especial patología: neonatólogos, puericultores y pediatras, especialistas en Medicina de la adolescencia y geriatras.

4. *Especialistas de una sola enfermedad.* Existen, efectivamente,

afecciones que, por su frecuencia o por su duración y cúmulo de complicaciones a que pueden dar lugar, han ocasionado el nacimiento de este tipo de especialización en enfermedad única: los tisiólogos en una época no lejana, los diabetólogos, los leprólogos y paludólogos (o malariólogos), constituyen ejemplo de esta suerte de dedicación profesional, aparentemente monográfica.

5. *Especialistas en una sola función.* En los últimos años algunos médicos limitan su actividad a la corrección terapéutica de los trastornos o defectos que afectan a una función biológica determinada: especialistas en regulación humoral, en reeducación respiratoria y ventiloterapia, o en Foniatría, por ejemplo.

Apuntan también dedicaciones parecidas, casi en exclusiva, a problemas de esterilidad o de crecimiento.

6. *Especialistas en procesos con unidad patogenética.* A este grupo pertenecen los modernos y ya veteranos alergólogos, en parte suplantados por los recientes inmunólogos clínicos, los oncólogos y en otro campo los psicosomatólogos, aunque estos últimos rara vez aparecen diferenciados como tales y en realidad se trata de psiquiatras o internistas con un dominio especial de este tipo de procesos.

7. *Especialistas definidos por la comunidad etiológica* de las afecciones que tratan. Nos referimos a los traumatólogos, a los toxicólogos, a los especialistas en Genética clínica o en malformaciones congénitas y a los clínicos especializados en enfermedades infecciosas.

8. *Especialistas «completos» o «médico-quirúrgicos».* Un intento, que por lo general no ha prosperado, es la asociación en una misma persona de una especialidad médica y la paralela quirúrgica. Así hemos visto presentarse digestólogos médico-quirúrgicos, neurólogos a la vez neurocirujanos, ortopedas que ejercen la reumatología médica, urólogos-nefrólogos, cardio-cirujanos que operan a sus propios cardiópatas, etcétera. Este ensayo, que en algún momento se consideró feliz, suele fracasar porque la especialización «dominante», médica o quirúrgica, por la idoneidad y preferencia personales, suele sacrificar el cultivo de la otra faceta.

9. *Especialistas «mixtos» o de doble competencia.* En muchos países se admite la posibilidad de especializarse a la vez en materias complementarias. Así, aparte de la clásica y quizás indisociable unión de la Obstetricia y la Ginecología y la tradicional acumulación de la Venereología a la Dermatología, vemos, con relativa frecuencia, unidas la Neurología y la Psiquiatría, la Traumatología y la Ortopedia, la Radio-

logía y la Fisioterapia, Metabolismo y Dietética, etc., y actualmente suele encomendarse a los anestesiólogos la reanimación y aún la dirección de unidades de cuidados intensivos. Menos clara parece la especialización en enfermedades del tórax, es decir, la duplicidad cardiólogo-neumólogo u otras parecidas. La asociación de la Andrología a la Urología o de ésta y la Venerología, ocurren también.

Heterogénea en otro sentido es la combinación de una especialidad de sistema u órgano, con la de un síndrome inespecífico que lo desborda: Tal la que se anuncia actualmente en algunos medios como «Nefrología, regulación humoral e hipertensión», en la que además se incorpora una técnica especializada.

Sucede, además, que muy naturalmente se solapan e imbrican materias comprendidas en distintas combinaciones de especialidades. Así vemos la Oncología uncida a la Radiología en unos casos, con un claro prejuicio terapéutico, y en otros cultivada aisladamente o en otras formas de asociación. La hemoterapia aparejada con la Hematología o bien ejercida junto al laboratorio de análisis clínicos. La Cirugía máxilo-facial como sección de la Cirugía o atribuida a un estomatólogo especializado.

10. *Generalistas especializados.* En Francia se reconoce como «competentes» en determinada materia a aquellos médicos generales que, sin renunciar al ejercicio profesional de cabecera, han hecho los estudios de especialización en un área concreta.

También es posible en muchos países combinar una «especialización» amplia —Medicina Interna o Cirugía general— con una subespecialidad dentro de ella. Así se reconocen títulos de internista —cardiólogo o internista-neumólogo o bien de especialista en Cirugía general y además en Ortopedia, Urología u otra rama secundaria.

## ELOGIO Y CRITICA DE LA ESPECIALIZACION

*«El peligro no está en la especialización, sino en la falta de integración.»*

(HIMSWORTH)

Es innegable, a la vista del panorama expuesto, que la especialización es una realidad en Medicina, no sólo imparable e irreversible, sino también creciente, y creo que nadie dudará en considerarla imprescindible ahora y en el futuro, esperanzadora e indicadora del progreso médico.

Efectivamente, aparte de los condicionamientos derivados de la demanda —volumen casuístico singular— una especialidad nace cuando madura y se enriquece un campo determinado con el volumen de conocimientos acumulados y las variadas perspectivas que abre el descubrimiento de nuevas técnicas; y sucesivamente aparece en su seno una sub-especialidad en el momento en que adquiere notoria diferenciación y se desarrolla un área concreta, más profundamente estudiada.

Por otra parte la extensión global de los conocimientos, incrementada aceleradamente, se hace inabarcable para la capacidad de uno o incluso varios expertos e impera una división progresiva del trabajo, como en cualquier otra esfera científica o profesional.

Pero la razón de ser y el motivo principal de que una parcela médica requiera la dedicación total o exclusiva de un tipo de profesionales y surja la figura del especialista es eminentemente *técnica:* la necesidad de adquirir habilidades especiales, de acumular experiencia personal, para dominar una determinada, nueva, metodología.

La necesidad y los valores positivos de la especialización en Medicina no hacen falta ponderarlos, ya que se confunden con el avance de las ciencias y de la asistencia médicas y son expresión del triunfo humano sobre su propia limitación.

La peligrosidad de la especialización no está en ella misma, sino en la carencia de integración que puede llevar consigo, como decía *Himsworth* según la frase que encabeza este capítulo y que *Stahl* citaba hace

pocos años, en su discurso al Congreso Internacional de Medicina Interna (Amsterdam 1968). Falta de integración por defecto de intercomunicación de unos especialistas con otros, asomados cada cual a su campo y a sus problemas, con técnicas y lenguaje propios, hermética y como «en clave», a menudo la terminología para los otros posibles interlocutores. Así distanciados, divorciados entre sí los expertos en tantas tareas distintas, el riesgo de atomización de la Medicina es evidente.

La *unidad de la Medicina,* reflejo de la unidad del organismo humano no es conciliable con la idea del mosaico de estructuras y actividades simplemente yuxtapuestas, adosadas; ni en el ser vivo son disecables sus órganos y sus funciones en la normalidad o en la enfermedad, inextricablemente dependientes como son entre sí, más que cuando ha dejado de existir o por necesidades didácticas.

La unidad del organismo es tan íntima, tan indisociable, que *Boerhave,* hace años y sacándolo de los escritos hipocráticos, repetía: «Yo, por mi parte, entiendo que en el cuerpo no hay ningún preciso comienzo, sino que todas las partes son a la vez comienzo y terminación. De la misma forma que si trazo un círculo no puedo encontrar ningún principio». Las regulaciones, desde los centros y la contra-regulación con los servo-mecanismos de «feed-back» desde la periferia que hoy conocemos, estaban ya barruntados en época tan remota de la historia de la Medicina y con ellos demostrada una vez más la estrechísima interdependencia y unidad en la biología del organismo.

Es por ello por lo que *Siebeck* insiste en la tremenda dificultad de analizar aisladamente y poner a prueba —con las llamadas «pruebas funcionales»— un órgano determinado, corazón, pulmón o riñón, y conocer sus «reservas» funcionales. Pues es evidente que una sobrecarga imaginada para aquel órgano y función lo es también para todo el organismo, que comparte en su conjunto la mayor exigencia funcional y quizá compensa, enmascara, el defecto del mismo o lo exagera en virtud de otras deficiencias en el sistema o en otros sistemas orgánicos. *No tener en cuenta al organismo entero,* he aquí uno de los riesgos que corre el especialista.

Las especialidades son ramas de la Medicina y postulan por tanto, si no quieren desvitalizarse, la unión con el tronco común. Pero éste, la Medicina misma, se encuentra entonces también gravemente amenazado. Es en este sentido, quizá, que Jores cita la frase de Teilhard de Chardin referida a las consecuencias de la especialización en el reino animal: «La especialización paraliza, la superespecialización mata».

La peligrosidad, en el plano social, de la especialización a ultranza y sin correctivos, consiste en la *deshumanización de la Medicina* como quehacer profesional. Si antes decía que desaparece el organismo cuan-

do se piensa únicamente en la fisiología y la patología del órgano, ahora deberíamos admitir el riesgo de que desaparezca el «hombre» en el «caso clínico» para el frío, objetivo y analítico actuar asistencial de una serie sucesiva o simultánea de especialistas sectoriales o técnicos.

Junto a los peligros y riesgos que entraña la especialización, conviene insistir en sus *limitaciones*. Las enfermedades no se dejan encasillar arbitrariamente y desbordan las especialidades. Decía no hace mucho en nuestra Escuela de Reumatología el Profesor *Katona* del Instituto Nacional de Cardiología de México, que prefería sustituir la designación «artritis reumatoide» por la de «enfermedad reumatoide», por la politopia y casi universalidad de manifestaciones de este proceso; si esto sucede con una afección tan típicamente reumatológica, ¿cómo podrá pretenderse estudiar y atender aisladamente y en exclusiva —como a veces desean algunos especialistas— enfermos del supuesto campo propio de una determinada especialidad médica?

También los especialistas, por otra parte, sufren la tensión interior que supone el dilema «extensión o profundidad» y de hecho tienen que decidirse por una u otra limitación: o bien se quedan en «*generalistas*» *de aquella especialidad* —cardiólogos clínicos o generales, etc.— o *se especializan en un subsector o técnica* y se convierten en expertos de aquella área o tarea —congénitas o coronariopatías; hemodinámica, fono-mecano o electrocardiografía, etc., para el caso aludido— con descuido de otras áreas y con lagunas parecidas a las que en ellas tiene el internista general. Ya no hay sólo hematólogos, sino también «subespecialistas» en trastornos de la coagulación o en inmuno-hematología que desconocen prácticamente otros problemas y avances en el resto de la especialización. Hay que darse cuenta, en efecto, que la *especialización es un proceso interminable* y que prosigue indefinidamente, saltando los distintos niveles de estudio —sistemas, órganos, segmentos, tejidos, células, moléculas, iones— y los cambiantes medios de indagación y enfoque de los problemas.

El especialista, sin darse cuenta, puede *apartarse de la realidad clínica*. *Jores* llama la atención sobre el hecho de que el especialista y a veces también el médico de Hospital en general, al recibir una *casuística seleccionada* —según el criterio de estricta correspondencia al ámbito propio o del «caso interesante» científicamente— va perdiendo contacto más y más con el real y habitual enfermar humano, a menudo confuso, no típico, o con un fuerte componente psicógeno que el experto organicista suele despreciar.

Llegamos con ello a un aspecto del problema que consideramos importante. Existen facetas, factores patogenéticos, no especializables o mejor dicho no relegables exclusivamente a la competencia de un deter-

minado especialista: la psicología es el trasfondo profundo de toda patología y por tanto de la Medicina y de cualquier especialidad médica. Esto en cuanto al sujeto de estudio y por lo que respecta al médico pueden especializarse las manos, limitarse a un campo y a unas técnicas y conseguir una perfección ejecutoria de virtuoso en aquel acto, pero *no debe especializarse la cabeza,* comentaba hace años mi maestro el profesor *Soriano,* en el sentido de mutilar los conocimientos de la realidad, inadvertir la totalidad, sacrificar el criterio, el buen sentido clínico.

No resisto a la tentación de reproducir, para terminar este capítulo, el texto literal del juicio sobre los riesgos de la especialización emitido por mi maestro en Heidelberg, *Richard Siebeck,* en su obra póstuma «Medizin in Bewegung»:

> «Quiero decir algo todavía respecto al *médico especialista.* El volumen cada día mayor de los conocimientos y de las experiencias necesarias, el creciente desarrollo de los métodos con técnicas instrumentales, ha traído consigo la división del trabajo, la especialización. Sin embargo, es absolutamente necesario poner un límite a esta partición en especialidades limitadas. Los peligros no son despreciables: la *unilateralidad* y la *sobrevaloración* del propio campo llevan fácilmente a la presunción; ante todo existe la amenaza de una estrechez de criterio y la poca ductilidad de una menguada "Medicina de órgano". Por valiosa e imprescindible que sea la labor del médico especialista, ésta no puede alcanzar su plena utilidad si no queda encajada acertadamente dentro de la Medicina General y dentro de una misión médica comprensiva y completa.»

## CRISIS Y VIGENCIA DE LA MEDICINA INTERNA

*«El destino inevitable de la Medicina moderna es la especialización; sus peligros se evitarán, de preferencia, procurando que la Medicina Interna conserve su posición central.»*

(SIEBECK)

Inútil empeño, vana postura, sería negar el clima de crisis que se respira en torno a la misión actual de la Medicina Interna, no sólo entre los especialistas, sino incluso entre bastantes internistas.

Lo demuestra, entre otras cosas, la *fuga hacia la especialización* entre las últimas promociones de médicos. En Estados Unidos se ha triplicado el número de especialistas en la década de los años cuarenta y en 1954, de un total de 155.000 médicos, 65.000 eran especialistas y 20.000 más estaban interesados en una especialidad. Parecidas apreciaciones podrían hacerse entre la juventud médica de nuestro país, que prefiere mayoritariamente una Medicina hospitalaria y en ella la dedicación a una especialidad.

Podría decirse que las motivaciones son a menudo económicas —una de las tres causas señaladas por *Rawlison*— ya que la sociedad retribuye mejor las habilidades especiales, o bien que concurre la comodidad de limitarse a un «número limitado de actos médicos» y dominarles más fácilmente, casi rutinariamente. Pienso, sin embargo, que en el fondo late un pesimismo, muy razonable, sobre la capacidad humana para abarcar el volumen de conocimientos que exponencialmente siguen creciendo en todos los campos de la Medicina y sobre todo adaptarse al ritmo paralelo de revisión y rectificación de conceptos antiguos y de adquisiciones supuestamente definitivas. Y sigo creyendo, por otra parte —permítaseme la insistencia—, que más allá de esta sensación de *impotencia cognoscitiva,* mueve hacia la especialización la necesidad de entrenamiento polarizado para adquirir destreza y habilidad seguras en cualquier técnica, es decir, la *insuficiencia operativa,* práctica, que el médico actual experimenta. Con palabras de *Todd*: «The main justifi-

cation for specialization among clinicians is the necessity for mastering difficult techniques».

La crítica que se hace al internismo es que el generalista se queda forzosamente en generalidades (1). Es decir, que al igual que el enciclopedismo en cualquier esfera está condenado a la superficialidad y a los conocimientos elementales. Desgraciadamente la historia y la realidad actual se encargan de mostrarnos personajes en los que aquel enciclopedismo superficial se intentaba abrillantar con la especulación gratuita y la retórica pedante. Un serio perjuicio para el prestigio de la Medicina Interna, como en otras ocasiones lo señalé para la Patología general, le han infligido algunos de sus representantes, con sus escritos y sus palabras, cuando en lugar de un trabajo riguroso y científico, han basado sus asertos en elucubraciones infundadas, en deducciones no comprobadas experimentalmente o han extrapolado su propio campo con excursiones seudofilosóficas, imaginación y logomaquias.

Pero reconocidas estas desfiguraciones hay que decir que existe una Medicina Interna auténtica, con una misión concreta, actual, irreemplazable. Ciertamente no para retornar anacrónicamente a la época del pantriatra solitario y además polígrafo y prescindir del frondoso y ubérrimo árbol de las especializaciones médicas, sino empezando por una confesión de modestia en el alcance del propio papel, en la servidumbre que supone la renuncia a muchos saberes y pericias que otros colegas dominan y a los cuales tendrá que hacer apelación.

No puedo, por ello, estar de acuerdo con el prof. *Rof Carballo* cuando dice, hablando del internista «en cierto sentido es, pues, un *superespecialista* o un *poliespecialista*, un especialista de muchas cosas; aparato digestivo, corazón, riñón, endocrinología, etc.». Probablemente el mismo profesor rectificaría hoy estas afirmaciones escritas en 1952. Nadie puede pretender actualmente ser experto en múltiples especialidades.

A mi modo de ver, esta misión de la Medicina Interna, postulable si no existiera, vigente todavía, más diría, acuciante cara al futuro y al compás de la especialización, estriba en afianzar lo troncal y medular en el cuerpo doctrinal y en el quehacer profesional de la Medicina. Pre-

(1) Un eximio especialista de los que rodeaban al profesor Jiménez Díaz, me decía no hace mucho que Don Carlos hubiera podido ser por su genialidad un Premio Nobel, si se hubiera limitado a profundizar en cualquiera de los temas que ocasionalmente estudió —el asma, la alergia en general, la jaqueca, etc.—, pero «que le perdió» su curiosidad e interés universales, tan apasionados y desbordantes. Es posible que se haya frustrado un especialista, pero quizá, pienso yo, su destino era precisamente su capacidad de convocatoria y organización, que culminó en la pléyade de discípulos, todos aventajados, en la obra piloto que representó la Clínica de la Concepción y la Fundación que lleva su nombre y en la siembra de inquietudes y vocaciones para la investigación clínica en España.

cisamente al mismo ritmo que brotan ramas y nuevas ramas, con tendencia dispersiva y centrífuga, hace falta el correctivo compensador de una trabazón centrípeta que garantice la unidad del conjunto y evite la atomización y el babelismo en Medicina.

Efectivamente, la unidad de la Medicina requiere una ardua tarea de *coordinación de* los conocimientos y de los conceptos nuevos y antiguos, depurando éstos de la ganga de errores, simplismos o visiones parciales, asimilando selectivamente aquellos, con talante crítico, en medio de la avalancha de aportaciones novedosas que todos los días arroja la bibliografía médica. En esta tarea son los especialistas los llamados a realizarla en su propio campo, pero corresponde a otros expertos, a los internistas generales, la coordinación y conjugación de las adquisiciones definitivas en los distintos campos, situándolas en sus reales proporciones entre sí y en su verdadera trascendencia dentro del marco global de la Medicina.

El generalista genuino no se queda en generalidades, si como tales se entienden «vaguedad, indeterminación« (1), es decir, falta de precisión y conocimientos muy someros y rudimentarios, pero tampoco aspira a dominar todas y cada una de las subespecialidades de la Medicina Interna. Como dijo *Pedro Pons* (1969): «El saber del internista se basa en las cuatro verdades *fundamentales* —el subrayado es mío— que son la *esencia* del conocimiento de cada especialidad: importa menos el detalle que el conjunto. La Medicina Interna es la síntesis, cuanto más prieta y densa mejor, de los acordes fundamentales, que son la expresión de los disturbios de las vísceras y sistemas enfermos». Adviértase la reiteración en la nota de «fundamentales», que no elementales y su referencia a lo esencial, frente a lo descriptivo y analítico.

> «No se trata —decía *Stahl* ponente en el Congreso de Amsterdam— de estar a favor o en contra de la especialización. Tenemos necesidad de los especialistas. Nuestros enfermos tienen necesidad de su saber técnico y profundo. Sería desconocer la evidencia, sería querer frenar el progreso, oponer resistencia a una evolución deseable, que en los años venideros no hará más que acentuarse. Sabemos también de cuantos beneficios somos deudores a las especializaciones bien entendidas. No se trata de eso.
>
> »Se trata de asignar a los especialistas el *lugar* que les corresponde en el *momento* oportuno, en esta obra compleja que es la investigación en la Medicina y el examen y tratamiento de un enfermo. Lo que nos preocupa en el caso particular es el recurso

(1) Del Diccionario de la Real Academia.

inconsiderado a *exámenes fragmentarios* antes de que por el examen profundo del enfermo, no se hayan establecido todas las incidencias del problema humano que nos toca elucidar. Se trata, en nombre de la Medicina de todos los tiempos, de la *integración* armónica y lógica en un cuadro de conjunto, de las aportaciones de todas las competencias destinadas a completarse mutuamente.»

Y en otro momento, *Stahl* concluye que: «Siendo así que la Medicina Interna por su mismo objetivo exige esta capacidad de síntesis, ella se impone como *"la especialidad de la coordinación"*».

Los internistas con vocación generalista sienten en su propia carne, como los que escogen la especialización, aquella impotencia cognoscitiva y la personal insuficiencia operativa y experimentan como todos la tensión dolorosa, el *desafío* que plantea la disyuntiva «*extensión o profundidad*». Este es justamente el problema:

«¿Extensión o profundidad? —dije en la Reunión de Madrid—. Este dilema que suelen sufrir como drama íntimo todos los internistas, a diario, se resuelve, o no se resuelve acaso, de muy diversos modos. Cabe, aparentemente, superarlo y pretender *sumar extensión y profundidad*. Es lo que escogería el supuesto pantiatra, el superespecialista omnisciente, figura hoy inviable. No, hoy la magnitud de los conocimientos, el gran número de técnicas hace imposible perseguir ambos objetivos a la vez. Por ahí no hay solución. Pero quizá la disyuntiva se pueda resolver por el lado de la *extensión, renunciando a la profundidad* y entonces nos encontramos con el dilettantismo que, unido al mariposeo de un campo a otro, supone una especie de frivolidad intelectual. Nadie considera hoy estable, digna, la posición de este enciclopedista, que pretende ampliar más y más la extensión de sus conocimientos sin dominar ninguno.

También puede pensarse que tal vez sea mejor resolver el dilema renunciando a la extensión y *afincándose en la profundiad*, pero entonces estamos ante el que ha escogido la especialización, un conocimiento cada vez más pormenorizado en un sector más y más limitado; justamente lo contrario de lo que pretende el internista. Son los especialistas puros, no internistas.

Cabe ciertamente otra solución al problema: *profundidad tras extensión*, es decir, una dislocación en el tiempo en virtud del que estos términos del dilema se sucedan y así la formación sería general, básica, completa y luego vendrá la fase de especialización. Son los internistas que, sin dejar de ser en su espíritu generalistas,

se dedican después a una área bien acotada —una especialidad— o preferentemente a varios capítulos de diversas especialidades médicas en las que hayan conseguido mayor experiencia.

Por fin, queda otra postura en la que se entiende la «extensión» y la «profundidad» con otro carácter, de modo que sin renunciar luego tampoco a la generalidad, a la totalidad, su profundización y «especialización» tengan un significado diferente. Quiero decir que concentren la profundidad no tanto en la acumulación de un saber práctico, analítico, descriptivo minucioso, de lupa, hondura de conocimiento en el sentido cuantitativo, sino de «especializarse» si cabe —esta palabra hay que colocarla entre comillas— en algo que es, a mi parecer lo característico y electivo del internista, el «*criterio*» el sentido clínico y la madurez del criterio en general.»

Es con este *criterio*, si lo consiguen, como están autorizados para realizar la coordinación antes aludida, que exige ponderación y aquella ecuanimidad tan estimada por *Osler*. *Soriano* lo ha expresado de otra forma, señalando la altura de visión, la base no más amplia sino más alta, en que debe situarse el internista para cumplir su misión de síntesis. Estas son sus palabras:

«Se ha dicho que es fundamental la formación de un "*médico de base*". Este médico de base es lo que podríamos llamar el médico general. ¿Entonces el médico internista qué sería? ¿Un médico con más amplia base? No. Esto de ninguna manera. El médico internista, aunque es cierto que ha de tener una base más amplia que el médico general, no es eso con todo lo que le define en lo que se concibe que debe ser el médico internista, *no es la más amplia base, sino la más alta;* es decir, la *visión sintética* del problema clínico que plantea aquel enfermo y que es un problema compuesto de múltiples sintomatologías físicas y psíquicas, como tanto se ha repetido, y que es preciso que sean concebidas de una manera sintética, como una síntesis clínica. Esta es la misión del internista y por esto es necesario que esté dispuesto para realizar esta síntesis total.»

Si la unidad de la Medicina exige actualmente la coordinación de las especialidades, la *unidad del organismo humano* postula, hoy como ayer, la imperiosa necesidad de *integrar* los hallazgos y datos parcelares recogidos por unos y otros en el todo que es el organismo enfermo. No basta la coordinación; en este sentido, al internista se le pide, como clínico, mucho más, lo que está significado en el *concepto* de integración

que no es mera suma de partes, sino una como fusión e interpenetración de las componentes, sin dejar ninguna, en la entera totalidad del único ser considerado. Tampoco es afortunada, ahora por demasía, la palabra fusión para traducir lo que queremos decir con integración en el ser vivo, ya que ésta supone organización y estructuras, distintos niveles subordinados, quedando regulados y modulados los inferiores por los jerárquicamente superiores y éstos por los supremos o centrales —según el esquema de *Jackson* para el sistema nervioso—, pero a su vez los niveles que parecen más altos influidos por la retro-acción y todos ellos modificados por interacciones y «trans-acciones» recíprocas.

Me parece acertado, por ello, el punto de vista de *Rof Carballo* cuando dice refiriéndose a la Medicina Interna:

> ...«los que la profesamos, tenemos la interior evidencia de su profunda razón de ser en la Medicina actual. El internista se opone a la disgregación de la Medicina en especialidades; por consiguiente, su motivo de existir radica en la unidad del ser humano. En él procuran conciliarse las ventajas de la especialización con las de la visión del hombre enfermo como una totalidad, por entero».

*Stahl* alude a la exigencia biológica que hace paralelas los procesos de especialización e integración y lo aplican a la Medicina: «La integración debe marchar aparejada con la diferenciación, la de todo organismo en crecimiento. ¿Por qué la Medicina habría de sustraerse a esta ley fundamental de la biología?

Adviértase que la recomposición de la unidad que define a la operación de integrar lleva implícita también el respeto de la «integridad», es decir a que sea *completo* el número y la entidad de las partes involucradas; una razón más para postular la existencia del internista. Efectivamente, el *enfermo, además de «uno», es complejo*: plural es siempre, la etiología de su padecimiento, politópica y cualitativamente diversa la patología —basta leer un protocolo de necropsia bien realizada— y la semiología del proceso, y equívoca, ambigua tantas veces, esta última. Tener en cuenta cada uno de los factores y valorarlos en función del conjunto es tarea que exige *capacidad crítica* y *visión unitaria* y total. Con palabras certeras lo ha expresado *Rof Carballo*:

> «Yo veo la misión del internista del futuro más bien en lo que llamo *integración crítica*, es decir, como la aptitud para ver en forma sencilla y clara lo que se nos presenta aparentemente confuso y complejo... Pero ahora la labor crítica ha de ejercerse en el in-

terior del propio médico, en sus mecanismos psicológicos. El internista ha de saber dar ese paso atrás que, por ejemplo, permite darse cuenta con un golpe de vista de cómo marcha ese cuadro que está tratando. El internista ha de ser no sólo muy competente en las diversas técnicas, no sólo ha de disponer de una amplia información, sino que ha de ser singularmente crítico para llevar a cabo su movimiento de simplificación y de integración de la información recibida de otros sectores auxiliares de su trabajo dentro de un campo incesante de autocrítica, en el que está reexaminando en todo momento los involuntarios escotomas que acompañan siempre a nuestra labor.»

Más allá de la unidad del organismo, cuando de Medicina se trata, es decir de terapéutica del enfermar humano, la *unidad de la persona humana* impone mayores motivos y nuevos elementos en la necesidad de integración. Todo un nuevo mundo, el de las relaciones inter-personales y el sociológico, de las diversas comunidades en que está inmerso el hombre, viene a sumarse al conjunto de influencias exógenas que para cualquier organismo supone el medio ambiente y otro mundo interior, el de la individual personalidad, con la peculiar repercusión de las vivencias, se agrega al patrimonio endógeno de potencial de adaptación y supervivencia, con que están dotados todos los seres vivos. Naturalmente, el médico, cualquiera que sea su dedicación, va a tener en cuenta este complejidad psico-somática y la específica unidad personal del hombre enfermo, pero corresponde, a nuestro entender, una mayor responsabilidad, inexcusable en este terreno, al generalista de cabecera y al internista general, que han hecho profesión de velar por la totalidad y la integración en el individuo y no sólo por algunos de sus órganos, sistemas o aparatos.

*Hominizar*, «introducir» lo que de singular tiene la patología en el hombre y *humanizar* la asistencia médica, he aquí una tarea necesaria y urgente de la Medicina actual y de todos los tiempos que el internista debe afrontar de modo indeclinable como encargo especial. Me parece que *Soriano* quiere aludir a ello cuando dice:

«Mientras la Medicina sea un Arte, y esto lo será siempre; mientras la Medicina no pueda definirse como una ciencia natural, el médico internista será absolutamente necesario para *comprender*, y ésta es la palabra «comprender» el trastorno que tiene aquella persona enferma. De manera que es absolutamente preciso que exista este médico internista.»

Por su parte *Stahl* insiste en la vocación humanista propia del internista y afirma:

> «Estos médicos formados científicamente han permanecido humanistas en el sentido más verdadero del término, sin dejarse embriagar ni dominar por las reglas de un determinismo imperioso, incluso en una época en la que se pierde el gusto por las ideas generales. Por el contrario, ellos han aprendido a valorar mejor los límites de sus posibilidades. Cesando de abstraer de la persona total un órgano reducido al automatismo de sus funciones, el internista ha dado derecho de ciudadanía a las nuevas disciplinas, cuyo campo es precisamente la *interacción de lo fisiológico, lo psíquico y lo social.* La Medicina psicosomática y la psicoterapia en sus varias formas se integran más y más con la Medicina Interna.»

De forma parecida se expresó *London* (1966) al recordar que en el intento de comprender la enfermedad humana el interés del internista debe abarcar niveles tan distantes como los que van desde la biología molecular a la antropología social y que por ello está llamado a integrar las ciencias médicas básicas, las disciplinas científicas de tipo social y la Medicina clínica.

Este último designio de fidelidad antropológica, sin olvidar los constituyentes físicos, hasta los más elementales, que la ciencia analítica aporta, conforma la mentalidad del internista de tal modo que hace inmutable el «contenido» esencial de su misión a pesar de los avatares que en las peripecias históricas sufran capítulos enteros del «índice de materias» en la Medicina Interna académica; podrá desgajarse la Neurología, como ha ocurrido pronto en diversos países, pero aunque ésta y otras subespecialidades se desgajen y se emancipen, el internista-generalista no prescindirá de sus contenidos, ni podría renunciar a conocerlas a su «manera» y en su insobornable tarea de integración de todos los saberes, por cualitativamente diferentes que sean, que dicen relación a la unidad de la persona humana, en la eclosión y en el curso de una enfermedad determinada.

> «En este punto es en el que —dice *Rof Carballo*— con evidencia, hace crisis el concepto trivial que se profesa de la Patología médica como conjunto de estudios monográficos sobre las diversas enfermedades: esclerosis en placas, tuberculosis renal o cáncer de pulmón. Si la Patología médica sólo fuera este agregado, este mosaico, su existencia, en efecto, cambiaría con los tiempos, unas veces tendría más, otras menos enfermedades. Pero nada hay más

falso: lo que mantiene la unidad de la Patología médica es una realidad que está más allá de las opiniones transitorias de los clínicos, por encima de tesis y teorías, la *realidad de la unidad de la persona humana.* La concepción ingenua que ve en el hombre un conjunto de mecanismos, a la fuerza deja disgregarse a la Patología médica en especialidades...

»La actitud contraria, la de que el hombre es, en todo momento, una unidad, es la que exige que el médico estructure su saber, su diganóstico y su terapéutica sobre esta realidad inalienable: *su enfermo no es un conjunto de mecanismos, sino una persona.*»

Alguien ha considerado ofensivo para los especialistas el que los internistas se atribuyan la capacidad de «*integradores*». Todo médico, dicen, busca y practica una visión integral del enfermo. A ello podría argüirse, que unos más y otros menos, y que sin embargo no es ofensivo, sino una realidad humana y una vocación y misión distintas la *personalidad analizadora* y la *personalidad de síntesis,* el que está dotado para escrutar los detalles mínimos y el que gusta de la ojeada generalizadora. La historia del árbol y el bosque, a veces vistos en exclusiva, con sus ventajas e inconvenientes. Nadie se escandalizó con la distinción célebre de *Pascal* entre «l'esprit de finesse» y «l'esprit de geometrie», diferentemente repartido entre los hombres.

Y aparte de la aptitud o formación personal, quizá tiene un *número mayor de elementos de juicio,* para la integración, el generalista, que el que, por oficio, recoge en *visión angular* —aunque sea con gran angular y de fina discriminación— los aspectos forzosamente parcelares desde *una* especialidad de órgano, técnica o sistema.

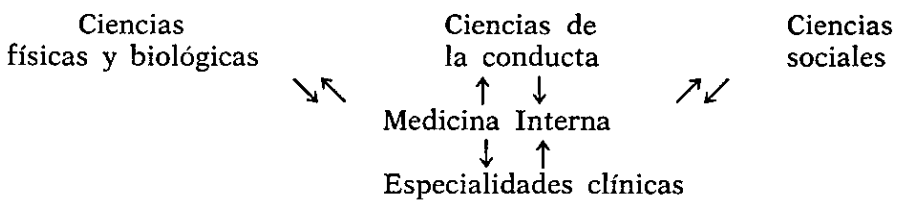
A nuestro malogrado maestro y antecesor en este puesto, el profesor *Pedro y Pons,* le gustaba recordar que, en plena Universidad Autónorma, allá por los años treinta, el Patronato le ofreció a *Gallart,* digestólogo eminente y académico tan recordado en esta Casa, el título de profesor de Medicina Interna, título y encargo que él, muy en su sitio, consciente de su específica misión, declinó. Pero dejemos que sea el mismo *Pedro Pons* quien lo cuente:

«Para ilustrar lo que os digo, lo mejor es que os cuente un pequeño sucedido: Había un hombre de una calidad extraordinaria, que era el profesor *Gallart Monés.* En aquel momento —y el entusiasmo siempre lleva las cosas un poco más allá de lo debido— le pareció a la Junta Universitaria que era de gran importancia que con la mayor celeridad se crearan escuelas especializadas y hasta

diría Facultades de Medicina, con urgencia. Uno de estos cursos de Medicina Interna, de Patología Médica, fue ofrecido al doctor Gallart y le dijeron: "Doctor Gallart, se consideraría la Universidad muy honrada si usted aceptara el título de Profesor de Medicina Interna". Al hombre le pareció que era demasiado, pero le dijeron que no debería explicar los tres cursos de Medicina Interna, sino sólo el segundo, que es donde se explica el aparato digestivo. "¿Y nada más?" —preguntó Gallart—. "Hombre, hay unas lecciones de patología renal que usted puede encargar a cualquiera." "Mire —contestó—, yo no sé más que patología digestiva y como no sé las lecciones de patología renal, yo no puedo aceptar." Este era un hombre que tenía un concepto de sí mismo limitado, pero al mismo tiempo amplio y generoso, ya que no quería ningún nombramiento que le obligara a explicar lo que no sabía, y en cuanto a encargarlo a otro de su escuela tampoco, porque sólo sabían patología digestiva.»

No, la misión y la categoría del internista no deben estimarse como superiores a las de los especialistas por el hecho de ser llamado aquel y casi como su única definitoria razón de ser, a coordinar e integrar hallazgos y conocimientos diversos: se trata, sencillamente, de que alguien debe *centrar* todo el quehacer médico y es natural que sea «generalista» el encargado. «El destino inevitable de la Medicina moderna —ha escrito Siebeck— es la especialización; sus peligros se evitarán, de preferencia, procurando *que la Medicina Interna conserve su posición central.*»

*London* habla también del papel «central» de la Medicina Interna y la expone gráficamente, en un esquema que comprende las distintas ciencias y disciplinas que debe enlazar para cumplir su función integrativa:



## Personificación de la Medicina Interna

Admitida la necesidad del empeño unificador y completivo, es decir, de la integración en Medicina, como misión específica de la que llamamos «interna», todavía es cuestionable si ésta requiere ser personificada en la figura del «internista» o cabe realizarla de otro modo.

Puede plantearse la posibilidad, por ejemplo, de que el *trabajo en equipo* y el intercambio entre especialistas supla el papel del internista y lo haga innecesario. En los últimos tiempos y en diversos países aparecen *agrupaciones de especialistas* en clínicas o consultorios que trabajan solidariamente para beneficio del paciente, el cual no ya se ve obligado a recorrer la ciudad y acudir a unos y otros especialistas dispersos, para completar la exploración. Pero esta ventaja material no compensa los descaminos y perplejidades, amén de los gastos innecesarios, que experimenta el paciente no orientado, cuando va recogiendo dictámenes médicos que vienen a decir «de lo mío no hay nada», por unos y otros especialistas, o lo que es peor, informes contradictorios o ambiguos con «hallazgos que no explican el síndrome» como diría *Walter Alvarez.*

> «Si cada vez que un sujeto está enfermo —decía *Pedro Pons*— tuviera que pasar por todo el equipo diagnóstico de una institución médica, *perdería tiempo y dinero;* y aun muchas veces caerían en otro error, el de ver enfermedades donde no las hay, donde puramente hay cosas triviales y sin importancia.»

No, un equipo «descabezado» no tiene sentido. El grupo, el equipo cada vez más extenso, postula una dirección si no quiere resultar caótico o esteril. No hace falta, desde luego, que esta «dirección» se entiende permanente y *sobre* los especialistas, sino referida al paciente, si aludimos a la Medicina asistencial, es decir, asumiendo el médico de cabecera o el internista consultor, con «plenos poderes», la responsabilidad de las pesquisas y exámenes complementarios, que selectivamente y en función de un interés clínico concreto encomiende a determinados especialistas.

«A medida que la especialización aumenta, crece también la necesidad de coordinación del equipo, que es esencial para cuidar del pa-

ciente»... «Estos hechos exigen del médico que atiende el caso, actúe de "coordinador" o "team leader" de un equipo que colabora más o menos estrechamente para cubrir las necesidades del enfermo». Así se expresó *Coggeshall*, en el «report» que en nombre del Comité especial para el «Planning for Medical Progress through Education» fue sometido en 1965 al Consejo ejecutivo de la «Association of American Medical Colleges».

Además porque, por ensamblado que esté un equipo y por variada que sea la profusión de especialidades médicas, quedan amplios «intersticios» sin cubrir entre ellas y a menudo *el enfermo se queda solo*, si no lo «recoge» el generalista, con sus síntomas todavía muy inespecíficos, inlocalizables —anorexia, astenia, mareos, «fiebre de origen desconocido» (F.U.O. de los americanos), etc.— o con molestias calificadas pronto de «funcionales», disvegetósicas o psicógenas, que ningún especialista de órgano o sistema puede encasillar en su cometido. Todo el mundo sabe cuán numerosa es esta casuística.

Otra corriente de opinión impugna ahora la necesidad del internista, partiendo de la idea según la cual la *formación previa en Medicina Interna basta* en el especialista, para, además de dominar su campo, suplir al antiguo generalista, de cabecera o consultor, en todas las tareas que antes se le atribuían. Desde luego, existe un acuerdo casi unánime en considerar indispensable la formación general en la preparación académica y clínica de cualquier futuro subespecialista médico, pero aun con ella, al cabo de los años, van quedando rezagados —es natural— los conocimientos y las experiencias en las materias ajenas a su disciplina, desdibujados los conceptos generales, perdida la destreza técnica conseguida acaso en los tiempos de internado o residencia en otras clínicas, gabinetes o laboratorios (1). Lo que no se vive todos los días, lo que no se ejercita o actualiza, se olvida o queda «congelado» a niveles muy inferiores (2).

(1) Así ha sucedido recientemente en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona al sustituir el cuerpo de Guardia fijo por una movilización rotatoria de todos los médicos pertenecientes al Departamento de Medicina Interna, incluidos los especialistas de las distintas secciones de la misma. Cuando el neurólogo, endocrinólogo o reumatólogo tenía que atender un proceso agudo de otra naturaleza o sin clasificar sufría lo indecible, por saberse poco preparado para salir del paso, no se atrevía a decidir y recurría a la ayuda de quien fuera.

(2)) Recuerdo haber oído contar en Salamanca una graciosa anécdota ocurrida en una tertulia médica del Casino: afirmaba el malogrado y eminente cirujano Guillermo Marín que los cirujanos eran médicos como los internistas, «podían auscultar un soplo cardíaco»... «será de los que levantan el sombrero» le atajó, rápido, un conocido internista de la ciudad, el Dr. Morán. La risotada general, incluida la del propio Marín, terminó la discusión con pleno entendimiento entre los contertulios.

El internista sabe mucho menos que el especialista en lo que corresponde a su sector o técnica, pero sabe más que él en todos los otros sectores, con los que, sin dominarlos, está familiarizado y sobre todo está acostumbrado a relacionarlos entre sí, a pensar, sin parcialismos, en cada uno de ellos, a considerarlos engarzados en el conjunto unitario del hombre enfermo. Sólo el internista está llamado a personificar eficazmente la Medicina Interna en su sentido estricto, complementario de las especialidades.

Pero, repitámoslo una vez más: *el internista solo no se basta.* Aunque pueda resolver, como cualquier médico, muchos problemas sencillos, tendrá que reclamar el concurso, muy a menudo, de otros colegas, sobre todo en casos obscuros o graves. Por ello, concluimos, aunque resulte evidente la conveniencia de personificar en un generalista la función integradora de la Medicina Interna y que no tiene sentido un trabajo en equipo sin un coordinador, *es absurdo imaginar un coordinador sin equipo.* El internista general es, pues, hoy, tan menesteroso de otras ayudas, como puede serlo el especialista en esferas ajenas a su competencia.

> «¿Es que el internista, por otra parte, puede hacerlo todo? —se pregunta *Pedro Pons*—. No, esto ni siquiera puede hacerlo el especialista. Debemos convivir todos unidos. El internismo no es más que la suma de las especialidades bajo la visión un poco sintética del internista; pero muchas veces el internista se ha de apoyar en el especialista. Y por tanto, internismo es esto: una colaboración de especialistas alrededor de un núcleo fundamental de la Medicina Interna para mejor conocimiento de las especialidades»... «La Medicina Interna es una unidad en la que se acogen todas las especialidades médicas. Esto es internismo. No es un señor, es una forma de trabajo, una forma de ser, una forma de concebir la Medicina.»

## El internista en la Medicina asistencial

Me parece interesante analizar por separado el papel del internista en tres vertientes: en la Medicina asistencial, en la enseñanza y en la investigación.

Primero, el internista como clínico en la asistencia de enfermos. Es lógico y creo que nadie lo discutirá, que lo mismo al generalista de cabecera o médico práctico que al internista, les corresponden el *contacto inicial* con el paciente. Ocupa la avanzadilla en la pesquisa diagnóstica, se trate de la Medicina de urgencia en un cuerpo de guardia de un hospital, de un ambulatorio o de la práctica privada. En su tarea emplea la metodología clínica más clásica y directa: no descuida la anamnesis y realiza una exploración física general —«de base», dice el Dr. Soriano— sistemáticamente de todos los enfermos, tengan lo que tengan. Y a veces es lo único que puede hacer, pero con ello consigue ya una *primera orientación* del caso. Esta lleva implícita una *selección*, tácita o declarada, de los pacientes, según su gravedad, y por tanto requerimientos asistenciales inmediatos o no, y según la necesidad de ulteriores exámenes complementarios y del concurso o remisión a tal o cual especialista, o bien del ingreso en una institución hospitalaria.

Es en este punto donde se plantea la cuestión de si el internista general debe limitarse en *clasificar y distribuir la casuística.* Así opinan algunos especialistas. En verdad y por las razones antes expuestas, del trabajo en equipo y de la necesidad de un coordinador, después de aquella primera visión y selección, él mismo u otro generalista debe seguir haciéndose cargo del paciente a lo largo de la ulterior asistencia, en todo el proceso de su enfermedad. Entre otras cosas porque es probable que sean más de uno los especialistas a los que haya que consultar y éstos van a tener quizás una intervención momentánea, incidental, pero el paciente requiere una *asistencia continuada* y un responsable de ella, que no abandone al enfermo, tampoco en su legítima y humana exigencia de ser escuchado, de ser confortado y acompañado en los sucesivos trances de su padecimiento.

*Un* hombre-enfermo postula *un* hombre-médico. Hace falta, ahora y siempre, una *Medicina personal,* quiero decir «persona a persona», individualizada, cercana, no gregaria, ni por lo que respecta a los pa-

cientes, multitudinarios y anónimos, ni por lo que hace al ejercicio de la Medicina, que debe estar personificada en un médico concreto y no realizado anónimamente por un grupo de expertos, lejanos y desconocidos. Si otras tareas médicos son delegables o pueden ejecutarse sin conocer al enfermo, sin verle ni hablarle, la del internista es personal, intransferible, directa: humanísima. Creo que nadie dudará que se trata de un papel insustituible, que se confunde con la esencia misma de la Medicina, desde el acto asistencial más primitivo, hasta la moderna complejidad de la Medicina de equipo, enriquecida con tantas aportaciones.

El internista no sólo *inicia* la pesquisa diagnóstica, sino que «*centra*» todo el quehacer médico en torno al enfermo, reclamando e incorporando los hallazgos que puedan aportar unos u otros especialistas durante la evolución del proceso.

En la faceta asistencial, si el internista es algo, es por lo pronto el *hombre del diagnóstico.* El consultor general que orienta una primera visita y re-orienta el caso difícil, complejo, con síndromes asociados o modificado por la terapéutica. A él se le pide que ponga orden en lo confuso y busque la claridad, con su criterio, en los casos obscuros.

Para ello el internista general cuenta con una formación equilibrada y con una experiencia viva, polifacética, a la que ya hemos hecho referencia; pero ahora, para hacer el diagnóstico, adopta una actitud mental y una metodología que yo he definido en otra parte como específica suya, más científica, frente a la del «clínico» puro, empírica:

> «Si profundizamos en el proceso mental de elaboración del diagnóstico, observaremos en seguida que entre los clínicos se destacan dos conductas diferentes: unos, los más, trabajan empíricamente, según un método que llamaremos *evocativo,* mientras que otros, unos pocos, trabajan científicamente y llegan al diagnóstico siguiendo un proceder que podríamos llamar *sistematizado.* El primero es el propio de los que por antonomasia puede llamárseles "clínicos", en su mentalidad, o clínicos puros. El segundo lo ejercen los que podrían designarse como "internistas".
>
> »El *diagnóstico evocativo* se basa, consciente o inconscientemente, en buscar y prestar atención a algo que destaca en la enfermedad. Podría decirse que el clínico puro se fija en lo pintoresco, lo cualitativo de aquel cuadro clínico y que inmediatamente evoca la imagen de tal o cual especie morbosa archivada en su memoria. Corresponde al tipo de diagnóstico llamado por *Kartagener* "histórico", porque se parece al método usual en las ciencias históricas. Este proceder empírico basado sobre una experiencia dilatada, acierta rápidamente como en "adivinar" el diagnóstico del enfermo.

Esto es lo que ha dado fama popular al llamado "ojo clínico" y desde luego es cierto que la simple inspección, la experiencia visual de conjunto tiene mucha parte en el proceso mental de este tipo de diagnóstico que abusivamente se ha calificado de intuitivo. El segundo paso consiste en la comprobación en el enfermo presente de otros signos característicos de la especie morbosa cuyo recuerdo evocó, quedando confirmado el diagnóstico si la correspondencia de parecido es notable. De no ser así, el clínico «recuerda» otras afecciones parecidas y procede sucesivamente a confirmarlas o excluirlas en el caso problema.

»Es preciso convenir que la mayoría de los médicos se mueven en Clínica por esta instintiva e inevitable sugerencia que se presenta imperativamente lúcida en su ánimo como una "feliz idea", inesperada en muchas ocasiones y, por tanto, sin mérito propio. Según esta misma línea de conducta, se comprende que los defectos del diagnóstico se imputen generalmente a "no haber pensado" en tal o cual especie morbosa, "haberla olvidado" en el diagnóstico diferencial y respectivamente "caer en la cuenta", reconociendo el error en seguida al traerla otro a colación.

»Por otros caminos discurre la tarea diagnóstica en el *internista.* Este se mueve según un *modo razonado,* pero de base inductiva y desde luego generalmente menos lucido, menos brillante, pero indudablemente más propio de un científico y menos sujeto a errores groseros.

»Su "construcción" diagnóstica sigue un orden escalonado, un orden inverso al que anduvo la enfermedad y según sus sucesivos pasos. Esto es, partiendo del mosaico de síntomas y signos pasa a filiarlos según su parentesco posible, entresacando los síndromes funcionales que los agrupan; con este primer paso en "profundidad", el del entendimiento fisiopatológico del proceso, corona la etapa inicial del diagnóstico: el *diagnóstico funcional.* Procura luego localizar la lesión o el puro trastorno funcional, lo que constituye el momento *topográfico* del diagnóstico o segunda etapa del mismo. Pasa entonces a indagar, ascendiendo, la naturaleza del proceso, es decir, el aspecto *patogenético* del diagnóstico, y se remonta por fin al *diagnóstico etiológico,* última fase del mismo, cabalmente la primera en el determinismo morboso.

»Cierto que esta pauta gradual, verdadera edificación del diagnóstico, parece exclusivamente laboriosa, pero es que su "modus faciendi" es forzosa y pedagógicamente entretenido en los principiantes y mucho más rápido y ligero, casi ya una rutina, en los iniciados.

»Y obsérvese cómo en este proceder sistematizado puede llegarse a imaginar y "redescubrir" una especie morbosa que el autor del diagnóstico desconozca, en forma parecida a como se sitúa un nuevo elemento en la tabla de Mendelejeff.

»Y así como el clínico puro, a base de la innumerable serie de correlaciones establecidas entre los síntomas y la especie morbosa, "quemando las etapas" salta desde el cuadro semiológico a la etiología, a veces sobre la base de los supuestos "signos patognomónicos" o de las "triadas típicas"; el internista, adelantando paso a paso se detiene quizás en etapas intermedias, quedándose en un diagnóstico parcial, meramente sindrómico o topográfico —"insuficiencia pancreática", "miocardiopatía", etc.—, sin acabar de completarlo por falta de datos seguros en lo que a la etiología se refiere, pero sin correr el riesgo del primero, que puede equivocarse o acertar "del todo" el diagnóstico de la enfermedad.»

En este proceso mental del diagnóstico sistematizado, elaborado paso a paso y razonado y sin despreciar la ayuda eventual que la impresión primera y la evocación de otros casos le puedan prestar, el internista «*orienta*» *el diagnóstico* también en el sentido precario de provisional e inacabado, establece un planteamiento del problema en el que van a ser los especialistas sectoriales o técnicos los que permitan un *diagnóstico de precisión* cualitativa, topográfica o cuantitativa y vuelve a ser el internista el que remata el *diagnóstico conclusivo*, con la interpretación y valoración de los datos recogidos, extrayendo lo «útil» clínicamente y dejando de lado hallazgos insignificantes para el diagnóstico o el pronóstico.

Además de *hombre del diagnóstico* el internista es, en la Medicina asistencial, el *árbitro de las indicaciones* terapéuticas. Debe decidir sobre la oportunidad de un tratamiento médico o quirúrgico y sobre otras formas de curación del proceso. Naturalmente, tampoco en esta tarea actuará solo, sino que, por lo general, discutirá con los especialistas respectivos las ventajas e inconvenientes, las contraindicaciones y secuelas posibles de una u otra forma de tratamiento y aunque el enfermo y la familia depositen en él la confianza para tomar la última decisión, ésta saldrá a menudo del acuerdo entre internista y cirujano o fisioterapeuta, u otros expertos (1).

(1) Pero no será tampoco el cirujano sólo el que dicte la indicación terapéutica como sucede todavía en determinados servicios quirúrgicos en que, a través de un ambulatorio propio o porque el cirujano preside el departamento mixto, médico-quirúrgico, el enfermo ulceroso, por ejemplo, pasa directamente a la intervención, cuando quizá se beneficiaría con ventaja de un tratamiento médico.

Para una y otra misión, el internista debe estar especialmente dotado de aquella inapreciable cualidad que se llama «*criterio*». No que los demás médicos lo desposean o puedan dispensarse de ejercitarlo, sino que al internista se le debe exigir por excelencia, como condición esencial, imperdonable, vocacional en su oficio peculiarísimo. El criterio, el buen sentido clínico, no siempre corre parejas con el volumen de conocimientos —a veces extraordinario, hasta la erudición— ni con la experiencia clínica dilatada pero «en bruto», rutinaria, no elaborada, la del «practicón». Tal vez el criterio suponga un don personal, una disposición natural, pero desde luego puede o no madurar con el tiempo si la educación intelectual ha sido más o menos adecuada. Tener criterio es saber enjuiciar, discernir, en una situación nueva, lo importante respecto de lo circunstancial, y accesorio, ponderar la significación de un síntoma o un hallazgo en función del problema actual, evitar la precipitación o la impresionabilidad, distinguir el «post-hoc» del «propter-hoc», lo primitivo de lo secundario, no pensar en lo más raro sin antes descartar la patología más frecuente, ni aceptar dos o más enfermedades cuando tal vez una sola y la misma explica todo el cuadro; el que tiene criterio matiza y valora con cuidado, pero no sobre-estima pequeñas diferencias en una toma de tensión ni en una determinación bioquímica o del hemograma... en una palabra, tener criterio en clínica equivale a vivir crítica y autocríticamente todos los aspectos, fenómenos y episodios de la enfermedad singular de aquella persona concreta en el establecimiento de un diagnóstico y pronóstico unificados, e individualizados.

Cabría preguntarse ahora si existe una *casuística propia del internista:* Si nos atenemos a lo que de hecho ocurre, y prescindimos de una clasificación lógica, podríamos señalar lo siguiente entre los pacientes que acuden de modo espontáneo o sobre los que es consultado el internista:

1) *Enfermos pendientes de diagnóstico:* especialmente procesos febriles persistentes, de origen oscuro, en los que los exámenes serológicos y bacteriológicos resultan negativos, abdomen agudo «médico», es decir, sin una clara indicación quirúrgica, algias atípicas, síndromes vertiginosos, etc., en una palabra, contenido primero de la problemática clínica del internista, es el vasto dominio de los *síndromes mal circunscritos* y de las *asociaciones morbosas complejas.*

2) *Revisiones generales periódicas* («chequeos»), en personas presuntamente sanas, que de modo preventivo, quiera salir al paso de procesos inaparentes —enfermedades pre o asintomáticas— capaces de ser detenidos o evitados. Aquí el internista conjuntará y valorará los

informes de los especialistas a los que haya apelado, aparte de iniciar y conducir todo el examen clínico. Entre otros, *Pedro Pons* ha hecho alusión al abuso y peligrosidad de los «chequeos» (1).

3) *Infecciones «generales» y sepsis.* Aunque estas últimas supongan un foco de sepsis y por tanto una patología local susceptible de ser detectada y curada por el cirujano o el especialista, es frecuente el recurso inicial o eventual al internista. Las enfermedades infecciosas clásicas constituyen un campo de ocupación constante por parte del generalista práctico o consultor.

4) *Enfermedades de sistema,* típicamente las que llamamos hoy «colagenosis», capítulo incierto todavía desde el punto de vista etiopatogénico, pero que engloba una serie de procesos —periarteritis nudosa, lupus eritematoso, artritis reumatoide, dermatomiositis, etc.— cuya frecuencia y ámbito parecen aumentar y que en su polimofa semiología han sido tributarias un día del dermatólogo, en otro momento del reumatólogo o del nefrólogo, pero que reclaman un estudio general coordinado y unitario al tratarse de manifestaciones parciales de afecciones sistemáticas.

5) *Neoplasias malignas viscerales,* reconocidas o sospechadas. El oncólogo clínico, si existe, debe ser un internista completo ulteriormente especializado: no tiene sentido que se entienda como tal un radiólogo dedicado desde su graduación a la radio o cobaltoterapia o a la Medicina nuclear, es decir, con prejuicio terapéutico y unilateral en su formación. Tampoco un cirujano o un especialista quirúrgico. «Cada vez se operan más tumores cerebrales, que resultan metastásicos —me decía un prestigioso profesor madrileño—, en Servicios de Neurocirugía, por precipitación, por no haber contado con los internistas.»

6) *Enfermos funcionales,* es decir, carentes de organicidad demostrable, pero con clínica subjetiva rica. Se trata de dispepsias sin lesión,

(1) «Imaginaros que a cada sujeto que viene quejándose, por ejemplo, de molestias biliares, le mandáramos a *"chequearle"* desde el fondo del ojo hasta los senos frontales, hasta el tacto renal, hasta la próstata, sedimentos urinarios, tensiones arteriales, hemogramas, etc., para una cosa, señores, que casi siempre en tres minutos se puede diagnosticar lo que tiene aquel paciente. Un buen médico, tras un interrogatorio minucioso debe saber orientarse hacia lo que tiene el enfermo; ya le podéis echar análisis después, porque muchas veces éstos nos dan la presencia del diagnóstico, pero muchas veces no. Muchas veces, tras una autopsia, hemos quedado sin diagnóstico. En una palabra, de cada *20 enfermos hay 18 que el buen sentido clínico y la anamnesis hacen que el diagnóstico sea exacto,* y al médico bien orientado le hacen falta pocas cosas más —un pequeño análisis, una radiografía— para sentar diagnóstico.»

astenia etiquetada de «neurocirculatoria» o disnea inexplicada somáticamente, cuadros atribuidos a ptosis viscerales, supuestas hipotonías arteriales tratadas reiteradamente con DOCA u otros corticoides, seudoangor con semiología atípica y ECG normal, febrículas monótonas, adelgazamiento crónico, etc. En el fondo, una parte de los casos corresponden a neurosis de ansiedad o una psicopatía histérica, pero en otros existe, aparte de una génesis original psicosomática, una evidente labilidad y distonía vegetativa o solamente un *trastorno de regulación* central, constitucional, sin el menor influjo psicogenético. Se espera del internista esté sobreaviso de este tipo de patología tan frecuente, pero también en guardia frente a la posibilidad de que la funcional sea sólo una fase inicial de lo que luego los métodos técnicos detectarán como dispepsia para-ulcerosa, emaciación por cáncer o insuficiencia coronaria pauci-sintomática.

7) *Enfermos procedentes del especialista,* sea remitidos por éste o por iniciativa del propio paciente. Unas veces el enfermo vuelve al internista después de consultar a varios especialistas por su cuenta o cansado de que unos lo remitan a otros sin resultado: no le encuentran nada —«escotomas de las especialidades» (*Rof Carballo, López Merino*)— o sigue con las mismas molestias a pesar del tratamiento prescrito. Otros son casos intrincados o cualquiera que sea el motivo, busca el paciente consejo equilibrado y prudente ante una decisión terapéutica propuesta o visión global final ante opiniones contradictorias. El internista sorprende a veces un tumor de Pancoast que el reumatólogo trataba como periartritis escápulo-humoral o descalifica una hernia de hiatus o un divertículo duodenal como origen único de las molestias o advierte que aquellos «picos de loro» de una artrosis cervical tan llamativa, no explican las algias coronarias, irradiadas, que el enfermo sufre (1).

En relación con todo ello, me parece oportuno transcribir las palabras de Pedro Pons cuando aludía a las «*enfermedades que resisten a la especialización*»:

> «Si esta última —se refiere a la especialización— es factible y lógica en un gran número de afecciones, del tubo digestivo, del hígado, del sistema nervioso, no es menos cierto que existen gran-

(1) A condición, naturalmente, de que el internista lo sea por formación y por criterio. Siempre recordaré la indignación del Profesor Joaquín Trías Pujol cuando fue llamado, hace muchos años, a una Sala de Medicina del Hospital Clínico por un supuesto cáncer sacro (!) y se trataba de una vulgar escara profunda de decúbito, desconocido por el «internista», hombre investigador de laboratorio más que de clínica.

des zonas en la Patología interna que se resisten a la especialización, y esa dificultad a integrarse en una víscera o aparato la hallamos, incluso en muchas dolencias adscritas a un determinado sistema orgánico. Cuando en el capítulo de las enfermedades vasculares los angiólogos se ocupan de la arteritis de la temporal, se encuentran con que en el contexto clínico de esa dolencia se encuentran localizaciones vasculares, accidentes neurológicos, concomitancia con enfermedad de las arterias coronarias, que ponen a prueba su formación de médico.

»En el grupo de las conectivitis, el proceso puede comenzar y desarrollarse de forma inesperada, distinta en cada enfermo, y según la variedad de la misma: el lupus eritematoso de forma endocardítica, la poliartritis que precede años antes el comienzo de una dermatomiositis, la fiebre prolongada con que se inicia la periarteritis nodosa, son ejemplos cotidianos que demuestran que si el espíritu humano ha creado la especialización en Medicina, las enfermedades en su realidad de todos los días rehuyen e invalidan esta tendencia.

»Ejemplo último de ello es el extensísimo capítulo de las enfermedades infecciosas que interesa por igual a cirujanos, internistas y especialistas de toda índole. La Medicina es, por tanto, esencialmente unitaria y rehúye doctrinalmente lo que supone desmembramiento, la especialización nace como una necesidad impuesta más por la técnica que por la doctrina.»

Unicamente quisiera añadir que más aún que las *enfermedades* son los *enfermos* los que escapan a la especialización por las ya expresadas razones de su singularidad constitucional y personal, por su complejidad y por su unidad indisociable.

Quisiera ahora dirigir la atención sobre otra cuestión asistencial que se plantea actualmente como tema vidrioso en bastantes lugares: *la estructura del hospital y la competencia respectiva de internistas y especialistas* en la Medicina hospitalaria.

Desde luego, conviene anticipar que no existe, a mi modo de ver, una solución única, rígida, y que el pluralismo y la libertad, con ciertas garantías mínimas, son siempre fecundas.

Si reparamos lo sucedido en España hasta el momento, veremos ejemplos pioneros —Valdecilla en Santander, San Pablo en Barcelona— de instituciones hospitalarias que muy pronto, antes de que tuvieran estatuto jurídico y vigencia real las especialidades médicas en el país, ya organizaron salas o pabellones y servicios no sólo de las especialidades clásicas, quirúrgicas, sino también de subespecialidades médicas:

Tisiología, Neurología sobre todo y Digestivo. En fechas más recientes, una institución modelo, la Clínica de la Concepción, bajo la dirección del profesor Jiménez Díaz, organizó una asistencia mucho más integrada en la que los internistas y los especialistas estaban más compenetrados. Por su parte, la Seguridad Social no ha reconocido, en sus residencias sanitarias, más hospitalización que la quirúrgica, durante muchos años; en los últimos ha organizado también servicios de Medicina Interna, pero conservando plena independencia la Cirugía y las especialidades quirúrgicas o bien estableciendo Departamentos mixtos, médico-quirúrgicos, de subespecialidad, *bajo la dirección del especialista quirúrgico.* Por fin, otro tipo de hospital lo configura el aislado, dedicado a una sola especialidad: así el Centro Quirúrgico San Jorge de Barcelona, dedicado a la Cardiología o el Hospital Oncológico, actualmente en construcción también en nuestra ciudad.

Fijémonos, por lo pronto, en este *hospital uni-especializado.* Es fácil imaginar las dificultades en que se desenvuelve al carecer de colaboración indispensable de otros Servicios y especialidades, a no ser que se multipliquen los consultores eventuales. Por ello la tendencia actual es enmarcarlo, por lo menos, dentro de un grupo hospitalario cohesionado o mejor situar como Servicio aquella *especialidad en el seno de un hospital general.* Así se evita el aislamiento, la falta de comunicación entre expertos y la «endogamía científica» a que pueden propender los centros especializados autónomos, aparte de los defectos asistenciales naturales de una institución polarizada exclusivamente en cuanto a personal médico y casuística.

Así se expresaba Pedro Pons sobre los hospitales especializados:

> «Lo que no es concebible es que haya un señor que en una institución cerrada haga solamente endocrinología; esto no lo concibo. Pero que en un gran hospital, en una Institución, haya juntamente con el internismo y el internista, como en todos cuantos hagan Patología, se cree un Servicio especial de Endocrinología, esto sí. Por eso yo creo que hoy día incluso los permisos para construir *Hospitales especializados,* los conceden cada vez menos y todos los quieren integrar dentro de grandes formaciones donde hayan las restantes especialidades que acuden en un momento determinado. La Medicina interna es la apertura que conduce a este camino. Y de estos conjuntos sale la gran creación; es decir, no algo cerrado, sino una cosa abierta que conduzca a todos los caminos. Precisamente la Medicina Interna evita esto, el aislamiento, y aquello que hacía veinte años creíamos iba a suceder, hoy en día empieza a suceder ya.»

*La convivencia de especialidades y Medicina Interna en un hospital general,* se presta todavía a tensiones cuya raíz interesa abordar.

Las ejemplifica el caso de la última reforma en marcha en el Hospital Clínico y Provincial de Barcelona. Tras la reducción de las subespecialidades médicas —por renuncia espontánea de los propios Catedráticos titulares— antes repartidas todas ellas en las cuatro clínicas de Medicina Interna, a un solo Servicio central de cada una, adscrito a alguna de aquellas Clínicas, hubo un intento de emancipación respecto del Departamento de Medicina Interna. Deseaban algunos que la Medicina Interna quedase relegada a un número pequeño de camas con casos no clasificables y que las antiguas Salas de «Médica» se distribuyeran entre los nuevos Servicios de Cardiología, Nefrología, Hepatología, Hematología, etc., que en adelante serían autónomos. Una tal pretensión, tal vez tolerable, pero no ideal ni exenta de problemas, en un hospital puramente asistencial, significaba un evidente retroceso, inaceptable en un hospital docente y universitario, que la Junta de Clínicas rechazó.

Vale la pena insistir sobre las razones que prevalecieron para descartar la propuesta autonomía de Servicios de Subespecialidad. En primer lugar y muy notablemente por la fidelidad práctica, por fe sincera en la conjunción equilibrada especialización-integración, vivida día a día en un trabajo de equipo formado por internistas-especialistas e internistas generales. Pero también por la dificultad, cuando no imposibilidad, de clasificar una serie de enfermos: un «cor pulmonale» ¿pertenece al Servicio de Neumología o debe ingresar en las camas de Cardiología?, un hipertenso renal, con descompensación cardíaca ¿se remite a los cardiólogos o a los nefrólogos?, un enfermo con cefaleas, ¿ingresará directamente en Neurología?, y el diabético cardioscleroso con molestias artrósicas ¿dónde? Una hemocromatosis con cirrosis ¿debe ir a Hematología, Hepatología o a Enfermedades del metabolismo? De modo muy expresivo planteaba una disyuntiva análoga nuestro maestro *Pedro Pons:*

> ...«*un enfermo con apoplejía cerebral, ¿a quién corresponde?* Veámoslo, discutámoslo: el accidente es neurológico, pero la causa es arterial. ¿A quién corresponde verlo? ¿Al angiólogo? Pero la lesión está en los vasos del cerebro ¿al neurólogo?...»

Y todavía podríamos añadir en este caso: si se trata de una embolia en un mitral, ¿pertenece a Cardiología?

Creo que bastan estos ejemplos, que se podrían multiplicar indefinidamente, para ilustrar lo artificioso que sería crear compartimentos estancos de enfermería y distribuir los casos con una supuesta correspondencia a la subespecialidad, forzosamente arbitraria. Esto sin con-

tar con los problemas administrativos que llevaría consigo la atribución exclusiva de camas: vacías algunas en Neurología, Reumatología o Endocrinología, no podría ingresar el enfermo porque «es de Hematología...».

Hay que reivindicar la *unidad,* tan natural y tan fructífera, de un *Departamento de Medicina Interna,* mucho más en el hospital universitario. Los casos clínicos no «son» de nadie y todos o varios consultores von a ser llamados a documentarlos y aclararlos. De la misma forma que en la calle el médico de familia; otro generalista, el internista no especializado, cuidará del enfermo durante su estancia en el hospital y, si se trata de un enfermo complejo, reclamará el consejo y la ejecución de técnicas exploratorias o terapéuticas a los internistas de tal sección o subespecialidad médica o a otros especialistas quirúrgicos, radiológicos o de laboratorio.

En lugar de camas segregadas para Cardiología, Gastroenterología, Endocrinología, etc., desintegrando la Medicina Interna en un mosaico de pequeños «apartheids» separados, independientes, hace falta que el Departamento de Medicina Interna reciba indistintamente en sus camas enfermos de todo tipo. Sólo tiene sentido que existan camas parte de la respectiva subespecialidad en la casuística grave, de urgencia, en forma de pequeñas «unidades de cuidados intensivos»: coronaria, de diálisis, de enfermos hematológicos o hepáticos en tratamientos especiales, etc., y aun no todos consideran que esta dispersión especializada sea la solución ideal y propugnan unidades comunes generales, de vigilancia intensiva, ya que cualquier enfermo grave puede presentar un problema respiratorio agudo o una complicación cardíaca o cerebral.

De esta forma la división del trabajo se hace más perfecta y eficaz: los generalistas se responsabilizan directamente de los enfermos que van a parar a las camas que tienen asignadas, redactan su historia clínica y el curso y los especialistas acuden para hacerse cargo solamente de lo que entre en su específica competencia, a veces dejando un informe escrito de la consulta, pero en otras ocasiones responsabilizándose personalmente de aquel episodio, complicación o aspecto de la enfermedad. Con lo que se ahorra el dispendio de potencial humano cualificado que supondría entretener a expertos muy especializados en tareas generales rutinarias o ajenas a su campo. Liberados así, de trabajo asistencial inespecífico, pueden, en cambio, más allá del Departamento de Medicina Interna, aportar su pericia como consultores en todos los demás Departamentos del Hospital: en Ginecología, en Pediatría o en Cirugía, donde se presente un problema de su especialidad médica, disponiendo de esta forma de la casuística y la experiencia del hospital entero.

Por todo ello, creo que tiene toda la razón *London* cuando dice:

> «Hemos fomentado el desarrollo científico y clínico de *subespecialidades,* pero dentro del marco de un servicio general y de un departamento unitario.»

Me parece obvio que con una intercomunicación tan estrecha, con un intercambio constante de puntos de vista y experiencias entre generalistas y especialistas, se consigue el máximo beneficio asistencial para el enfermo y una mutua fertilización y potenciación intelectual.

Se preguntaba *Pedro Pons* en la reunión de Madrid ya citada: «¿Qué cosa es un Servicio de Medicina Interna?», y el mismo contestaba:

> «Este consiste en la agrupación de distintas especialidades bajo la dirección del internista. El internismo no es, pues, función del médico de este nombre, sino que significa la cooperación de las distintas actividades médicas reunidas en un servicio común. El papel del internista será el de ordenador, orientador, consejero, el de nexo de unión entre las distintas especialidades. Internismo es, ante todo, colaboración y reunión de las especialidades, evitando el peligro de la dispersión que supone la práctica aislada, fomentando la integración en una labor de conjunto.»

## El internista en la docencia de la Medicina

Existe un acuerdo casi unánime en considerar defectuoso actualmente un sistema didáctico, un plan de estudios, que no esté presidido por el *principio de integración de disciplinas.* Se ponderan las ventajas educativas de esta enseñanza sinóptica, pero la realidad de su ejecución no siempre se encarga de confirmar las esperanzas puestas en tal forma pedagógica.

Con motivo de presentar una obra inglesa de Medicina que obedece a semejante propósito, decíamos en el prólogo de su traducción:

> «Es preciso reconocer que el desiderátum de una enseñanza "integrada" es difícil empeño, y la mayoría de los intentos —laudables y más o menos acertados— distan mucho de haber conseguido los objetivos propuestos.
>
> »A veces se entiende como "integrado" un curso en el que un número variadísimo de especialistas desfilan sucesivamente ante los alumnos para exponer el programa de lecciones. Es fácil imaginar la desorientación y el desencanto de los estudiantes.
>
> »Sólo merece el calificativo de integrada una enseñanza en la que la exposición de las materias persigue una finalidad última determinada y común y, si son distintos los profesores, se ha logrado concordar el temario tratado y su enfoque respectivo.
>
> »Pero una completa integración ofrece dos vertientes complementarias: existe una integración "transversal" que es un paso más allá de la simple "coordinación" de las disciplinas paralelas a lo largo del curso. Más difícil es la integración "longitudinal" que supone actualizar en la mente del alumno los conocimientos básicos anteriores en función de su proyección aplicativa futura; para ello, el alumno de "clínicas" no queda desconectado de los profesores de "fundamentales", que son llamados nuevamente a explicar determinados temas o a exponer su opinión sobre problemas casuísticos de fisiología, bioquímica clínica, microbiología o patología.»

El objetivo de los estudios médicos que conducen a la Licenciatura

no puede ser otro que la formación del médico general y el plan de estudios y su desarrollo, tanto en el período básico como en el clínico, debe adecuarse a aquella finalidad. Pero sólo otro generalista, el profesor de Medicina Interna, está en condiciones de tener la visión conjunta y en función de aquel objetivo profesional común, para orientar y coordinar las distintas materias en la enseñanza. Por esto postulamos hace años que un «director de estudios», internista, se encargase en las Facultades de Medicina de aquel cometido. Decíamos, en 1960, en la Real Academia de Medicina de Madrid:

> «Es preciso, a mi modo de ver, adoptar las siguientes modificaciones en la organización universitaria: en lugar de la autonomía de las Cátedras —que tienen plena razón de ser en la formación de posgraduados, doctores y especialistas—, integración de las mismas en lo que se refiere a la enseñanza de las disciplinas que constituyen la Licenciatura, bajo un "director de estudios", que debe ser uno de los catedráticos "internistas", cuya misión estribaría en coordinar y unificar las distintas materias que el futuro médico debe aprender, señalando a cada uno de los demás catedráticos lo que deben y lo que no deben explicar, y la forma de hacerlo, con objeto de lograr una formación integrada y unitaria.»

Además de lograr la correlación y cohesión, en una misma directriz, de la enseñanza, corresponde, pues, al Director de estudios la difícil tarea de podar lo accesorio y establecer prioridades entre las distintas materias. Así lo expresábamos en 1967:

> «Evitar lagunas y excesivas repeticiones aunando programas, recortar hipertrofias —propias del especialista y no del médico general—, favorecer el engarce y la integración de los conocimientos, he aquí, esbozada, la misión didáctica que le compete, cuya dificultad, en tacto y "relaciones humanas" entre colegas, no necesito encarecer...» «Si, para evitar la atomización y mosaico de la Medicina y de su enseñanza, se reconoce la necesidad de un esfuerzo integrativo —cosa que estoy seguro nadie negará— hay que responsabilizar a alguien de ello y este no puede ser otro que el "generalista" por vocación, sin que esto suponga superioridad de rango o desprecio para nadie.»

Es difícil que el especialista se avenga a recortar su disciplina. Acostumbrado a profundizar y hacer un análisis minucioso de su campo, todo le parece importante y difícilmente renuncia a exponer los detalles y lo

excepcional, lo infrecuente. Teme la simplificación y las afirmaciones categóricas y considera que no debe sacrificarse la verdad en aras de la claridad. Desde luego nadie puede negar que su postura es razonable, pero a la hora de impartir una enseñanza eficaz y profesional, a nivel de Licenciatura, no es posible más que asegurar los conceptos básicos, entrenar la capacidad de observación e interpretación de la realidad, insistir en los grandes síndromes y dar criterio sobre la forma de trabajar ante lo desconocido, sobre la caducidad y provisionalidad de una buena parte del saber médico actual. *Pedro Pons* distingue entre cultura y erudición en la formación del médico:

> «Hay que conseguir médicos cultos antes que eruditos. La *cultura* es un conocimiento profundo y consciente formado de evidencias; la erudición es también una forma de cultura, constituye un saber de información de raíz superficial, falto del control de la experiencia y del hecho aprendido que sucede diariamente durante toda una existencia, son los eruditos los que por falta de experiencia personal se amparan en la de los demás, recogida en la literatura, y están siempre prestos a recriminar a los que desconocen el texto de la última revista, y el avance, muchas veces prematuro y abocado a una pronta caducidad, de una nueva técnica biológica.
>
> »La verdadera cultura del médico consiste no tanto en la profusión de los conocimientos como en la profundidad y perfecto asentamiento. La cultura requiere años para consolidarse y formarse; su base es la experiencia de cada día, y el libro, la revista profesional, el artículo y las novedades de última hora no son más que el revestimiento, en ocasiones incierto y falaz, que impide que nuestros conocimientos queden limitados y nuestra formación devenga precaria y envilecida. En el equilibrio entre la formación clásica y la información de cada día reside la esencia del saber médico.»

En cuanto a la *enseñanza de la Medicina Interna* durante el período clínico de los estudios, se observa ahora en alguna Facultad de Medicina de nuestro país la tendencia a abdicar, el titular y los internistas adjuntos, de su intervención personal en las lecciones teóricas y prácticas, entregando la docencia de los estudiantes a las distintas subespecialidades, según el capítulo de que se trate. De aquí a renunciar a la Cátedra o Departamento de «Medicina Interna» no hay más que un paso y realmente si las cosas se hacen de aquella manera, no tendría razón de ser su subsistencia.

Me parece, sinceramente, que esta no es la orientación deseable ni lo mejor en la enseñanza actual y futura de la Medicina. Desde luego,

yo mismo y mucho antes que estos recentísimos ensayos, vengo llamando a los especialistas para que expliquen determinadas lecciones ya en Patología General y Propedéutica Clínica. Pero, a mi modo de ver, el peso del curso en toda la Medicina Interna lo debe llevar el generalista, precisamente en la etapa previa a la graduación en Medicina. Por el contrario, en el tercer ciclo —doctorado— y en la preparación de futuros especialistas, es el momento para que el clínico o el investigador especializados cojan las riendas de la docencia con un protagonismo paralelo a la madurez de los candidatos.

En efecto, es pedagógicamente esencial la *unidad y continuidad de criterio expositivo y valorativo,* a lo largo de materia tan basilar y troncal como la Medicina Interna para todo médico y, como es lógico, sólo un internista general está en condiciones de poner de relieve, con su visión integrativa, las íntimas relaciones de una y otra patología en la unidad del organismo y hombre enfermo, como creo haber demostrado a lo largo de este discurso. Lo mismo que en la Medicina asistencial recurría a consultas con los especialistas, ahora en la enseñanza solicitará la contribución —la «consulta didáctica» ante los alumnos— del radiólogo, o del bioquímico clínico, en la interpretación de unos hallazgos o del gastroenterólogo, del cardiólogo, etc., en aspectos o problemas concretos que ellos pueden ilustrar mejor que nadie, pero el «leitmotiv» debe seguir conducido por aquel a cuya imagen y semejanza van a salir capacitados los licenciados: el generalista.

Una enseñanza «integrada» a base de una serie de especialistas independientes, vuelve a ser un equipo —ahora docente— «descabezado». Por una parte, los muy expertos en una materia monográfica no saben a menudo enseñarla a nivel, para ellos siempre, elemental y en función de la utilidad final para el estudiante: ser «médico básico»; entre otras cosas porque no saben ponerse a la altura del lego en su ciencia y dan por supuesto conocimientos previos, léxico y argumentos de su oficio que distan mucho de poseer, con lo que hacen intrincada e ininteligible, poco didáctica, la explicación.

Se dirá que toda enseñanza auténtica y formativa debe ser viva y vivida, ligada incluso a la investigación, nunca mera repetición de textos o lecturas consultadas y nadie se atrevería a desmentir la exactitud de tales afirmaciones. Pero hay que ser realista —que significa también ser posibilista— y darse cuenta que tampoco el especialista clínico ni el investigador poseen experiencia directa de todos y cada uno de los temas de su campo, sino que justamente los que más han profundizado en un problema concreto han renunciado, de hecho, al estudio y conocimiento personal de un número mayor de parcelas, incluso adyacentes, a su objetivo de investigación. No, no sería viable una enseñanza profe-

sada sólo por expertos consumados en aquel punto concreto —enfermedad, síndrome o técnica exploratoria o terapéutica— de que se trate. Ni siquiera sería útil, didácticamente, durante los estudios de Licenciatura, pues crecería la desconexión entre exposiciones monográficas y la perplejidad y desorientación de los alumnos, que luego van a ser quizá tocólogos o traumatólogos u oftalmólogos o simplemente médicos prácticos, pero no internistas especializados. Hace falta, eso sí, que el internista docente sea un clínico en la entera acepción del término, habituado a una casuística variada, en íntima y constante relación con los especialistas sectoriales y técnicos, también con el patólogo y con los profesores de las ciencias básicas. Así podrá graduar el interés relativo de las distintas materias en función de la finalidad última de la formación médica y matizar las proporciones de los ingredientes didácticos —y en su caso de las intervenciones personales de los especialistas—, sin ser ajeno a la realidad cotidiana de la problemática clínica y del avance científico y metodológico.

En una palabra, otra vez más se trata del equilibrio, entre especialización e integración. Así lo expresaba *Pedro Pons*:

> «La *enseñanza de la Medicina Interna* no puede tampoco llevarla a cabo una sola persona, no es posible. Debe hacerlo un equipo, y es entonces cuando *este equipo necesita un cerebro, un director,* que encargará ciertas lecciones a determinadas personas que serán internistas-especialistas. Si se tratara de un curso de Medicina Interna muy abreviado lo podría dar una sola persona explicando tan sólo las cuatro cosas fundamentales. Pero cuando ha llegado el momento en que cada cosa deba someterse a profundización, es indispensable la ayuda del especialista y con esta denominación comprende tanto al que es un especialista doctrinal como el que principalmente está técnicamente preparado para hacer determinadas exploraciones.»

Otra cuestión es la *preparación de los subespecialistas* de la Medicina Interna. Parece existir un consenso de opinión, muy firme, en contra de *la especialización precoz.* Todo el mundo está de acuerdo en la necesidad de una formación previa en Medicina Interna general, de dos años, por término medio, como residente y cumplido desde luego el año rotatorio de internado, que debe seguir a la terminación de los estudios de Licenciatura.

Volviendo a *Pedro Pons,* quisiera citar sus propias palabras para hacerlas mías:

«*La especialización precoz no debe existir.* Todos hemos visto personas de gran valía, por otro lado, que en el tercer curso de la carrera dicen: Yo me dedicaré a tal especialidad. Esto es algo que no debe existir, esto es una equivocación. No puede hacerse. Y terminada la carrera, tampoco puede hacerse de inmediato. Se ha de llevar a cabo tras una etapa de madurez y de rotación por los servicios internos, cuando se tenga una visión sintética y amplia de la Medicina, y entonces escoger lo que a cada cual le interese más, ya que tampoco es posible que una sola persona lo sepa todo de todo.»

De forma parecida se expresó en la misma ocasión otro ilustre académico, el Dr. *Alsina Bofill,* al referirse a los subespecialistas puros:

«Concebir a un digestólogo, a un cardiólogo, a un neurólogo, exclusivamente como a tales, sin que tengan los conocimientos básicos, teóricos y prácticos, de internistas, es un absurdo.»

Una vez sentado esto me parece de justicia señalar la deuda que tiene todavía por saldar la Universidad española con los especialistas cuya ciencia no forma parte del «curriculum» literal de asignaturas y no corresponde a Cátedras dotadas ni es probable lo sea en un futuro inmediato. Hace pocos meses tan sólo el Ministerio acaba de reconocer la posibilidad de *agregadurías «a término»*, precisamente para estos especialistas que lo han de ser toda la vida y que no desean acceder a la Cátedra de la disciplina entera —en este caso de Medicina Interna— como tuve ocasión de proponer, infructuosamente, hace unos años en la Junta de Facultad. Postulábamos un estatuto académico para este profesorado espontáneo y prestigioso, representado por especialistas que venían trabajando de hecho con nosotros, como lo escribimos en 1970 al presentar al Boletín de Reumatología y en su primer número, bajo el título «justificación de una Escuela», exponíamos también los motivos que me habían movido a crearla en el marco de una Cátedra perteneciente al Departamento de Medicina Interna:

«Estoy convencido desde hace tiempo que las Clínicas Universitarias, tanto de Medicina Interna como de Cirugía, deben abrir sus puertas, ampliamente, a las respectivas subespecialidades que el progreso científico y técnico ha sido desarrollando en su seno. Otra cosa sería ceguera, inmovilismo y retroceso. Es verdad que tanto los internistas como los cirujanos generales —más aquellos que éstos— se han rodeado espontáneamente y desde hace años, de

especialistas, no sólo «instrumentales» —analistas, radiólogos, etc.— sino también "sectoriales": hematólogos, nefrólogos, digestólogos, neurólogos... o cardio-cirujanos, neuro-cirujanos..., etc. Pero también es cierto que las Escuelas de Especialidad han nacido, por lo general, fuera de la Universidad española: en el Hospital de San Pablo, en Barcelona; en Valdecilla, para dar sólo un par de ejemplos. Hace falta, pues, que la Universidad tenga la apertura, la generosidad y la visión realista y de futuro suficientes, para dar acogida y reconocimiento no sólo a Escuelas de las distintas subespecialidades médicas y quirúrgicas, sino también beligerancia y protagonismo, incluido el estatuto jurídico de su figura universitaria, a los profesores-especialistas de dichas materias.

»Pero veo, además, una singular ventaja en que tales Escuelas se congreguen en torno a las Cátedras de Medicina Interna y de Cirugía; al compás de la imparable y fecunda especialización, la Medicina actual necesita, urgentemente, un proceso equilibrador de integración que evite la desconexión y atomización babélicas a que está amenazada la ciencia moderna: este sentido tiene el que la Cátedra de Patología General de Barcelona haya propiciado el reconocimiento de una de las "recientes" especialidades, la Reumatología.»

Por lo que respecta a la *formación del internista,* estoy convencido de que debería ser larga, tal vez la más larga, comparada con la de los especialistas. Efectivamente, aunque su dedicación vaya a ser la de un generalista y como tal requiere una preparación adecuada, necesita conocer también de cerca los métodos de trabajo, el área y los problemas y conceptos que se manejan en las distintas especializaciones y por ello debería pasar estancias, sucesivamente, en los diferentes equipos de internistas-subespecialistas. Sólo así va a poder luego integrar hallazgos y conocimientos en aquella visión sintética de que se ha hablado reiteradamente.

## El internista en la investigación clínica

Es indudable que si la formación de los internistas y especialistas debe ser general, amplia, el trabajo científico de producción tiene que estar forzosamente polarizado.

Aparentemente ello equivale a identificar *polarización* con dedicación a una «especialidad» profesional concreta, lo cual ya no me parece cierto: mayor «distancia» científica puede existir entre investigar sobre hipertensión, y sobre cardiopatías congénitas o patogenia del infarto de miocardio —aun incluidas todas estas cuestiones en la Cardiología clínica— que estudiar temas aparentemente tributarios de especialidades distintas como el edema o la disnea en enfermos cardíacos, renales y metabólicos.

No puede decirse que exista un campo propio, específico, para la investigación clínica del internista, aunque le correspondan más adecuadamente las enfermedades de sistema y aquellas otras que procuran la casuística más frecuente en su esfera asistencial y de las que antes se ha hablado. Ocurre, en cambio, que la polarización científica puede estrizar en especializaciones que podríamos llamar «transversales», al margen de las especialidades y subespecialidades profesionales reconocidas.

Lo mismo piensa *Ortiz de Landazuri* cuando dice:

> «No concibo un departamento de Medicina Interna que no tenga una inquietud investigadora. No concibo cómo se puede dar vida y futuro a un hospital que no tenga también una proyección investigadora, y qué duda cabe que en esa proyección investigadora la Medicina Interna ocupa un lugar muy importante, pero no para especializarse a su vez, lo cual no quiere decir que no haya alguno que se especialice en Cardiología o en Neurología o lo que crea conveniente. Yo creo que dentro del campo de la Medicina Interna puede realmente haber especialización. La diferencia de la especialización dentro de la Medicina Interna en el futuro, en relación con lo que podrían ser las distintas especialidades, es que es una *especialización en una línea de trabajo* que puede tratar sobre un problema fisiopatológico, o sobre un problema de orden más o menos

bioquímico, o en relación con una libertad de movimientos de las distintas especialidades.»

O bien el internista investiga, sobre temas monográficos durante algún tiempo sostenidos, pero sucesivamente dispares y surgidos al compás de la observación clínica, tal vez sin buscarlos. *Soriano*, entre nosotros, pudo describir la afección ósea que lleva su nombre —la periostitis deformante— profundizando durante varios años y a raíz de casos personalmente vividos, hasta descubrir su etiología e identificarla como fluorosis vínica. ¿Qué duda cabe que el Profesor *Soriano*, internista de una pieza, es un especialista en esta enfermedad? Por esto pudo decir *Pedro Pons*:

«...Si el especialista ha de ser internista, el internista también acaba siendo, poco o mucho, especialista. No hay ningún internista ideal que sepa a partes iguales, en igual proporción, todas las cosas; siempre *en un momento de nuestra existencia hemos tenido preferencias* y hemos sido una temporada nefrólogos y otra, por ejemplo, nos ha interesado la hematología, etc.

»No es posible realizar una obra fecunda, repartiendo por igual nuestra atención a *todos los problemas;* lo que es más característico en el internista es el *cambio a través del tiempo en sus predilecciones;* pero hemos mantenido el interés a un determinado problema en ciertas épocas de nuestra varia labor.

»Cuando revisamos las publicaciones de los Internistas, comprobamos como se suceden fases en su dedicación hacia determinados problemas; épocas en que la investigación se ejerce en sentido de las enfermedades endocrinas, otros hacia los problemas de la reumatología o acerca la clínica de las infecciones; y es con motivo de una de estas detenciones en las que el espíritu ágil del internista puede recalar y elegir el camino de la especialidad; esta es una de las maneras naturales de llegar a la especialización.»

De esta forma *Pedro Pons* pudo describir magistralmente las lesiones vertebrales en la brucelosis y en otro momento interesante por la patología carencial y por el latirismo de la posguerra, o profundizar en el estudio de las «esplenomegalias gastrorragíparas panhemocitopénicas», desbrozando el camino a partir del supuesto síndrome de Banti.

Es interesante recordar que han sido internistas generales los pioneros en la inmensa mayoría de los estudios que luego han cuajado como especialidades o se han incorporado a un campo. Así lo recono-

cían, por ejemplo, *van Bogaert* y *Radermecker* hace unos años, neurólogos, al referirse a la patología muscular (1).

En lo que no existe duda es en la necesidad de que el internista universitario cultive la investigación clínica además de su trabajo asistencial. Así lo expresaba *Soriano* en aquella Mesa Redonda, tantas veces citada:

> «A mi juicio, no es posible que este médico internista completo, capaz de realizar la síntesis clínica personal, sea a su vez un especialista. Pero sí que es necesario que esté educado de una manera especial, a un *estudio de determinados problema* de tal manera que sea, al propio tiempo que un perfecto médico internista que domina desde la altura toda la síntesis diagnóstica ayudado por el equipo de especialistas, *al propio tiempo sea un investigador,* porque si no entonces la Medicina queda paralizada en su marcha ascendente, y uno de los que están mejor dotados para la ascensión de la Medicina es el médico internista: es el médico que concibe al enfermo como un complejo total y que ve los problemas básicos, fundamentales de la Medicina. En Medicina sobran excesivos trabajos analíticos y en cambio faltan trabajos abstractos, trabajos de investigación sobre los temas básicos de la Medicina, y a estos elementos básicos yo creo que es a los que está llamado el médico internista en su necesaria orientación hacia la investigación; es decir, que tiene que ser a la vez un investigador.»

Precisamente en relación con los «temas básicos» de la Medicina a que se refería *Soriano,* aludíamos hace algunos años a la misión y vigencia actual y futura de la llamada «Patología General» entre nosotros y que corresponde en realidad a la *Patofisiología* de otras latitudes. Decíamos entonces, que uno de sus cometidos más propios consistía en desentrañar lo común e inespecífico en la maraña de la abigarrada multiplicidad de procesos que los clínicos presencian y describen:

> «*Escrutinio de lo genérico.* La misión actual y perenne, más propia de la Patología general que preconizamos, estriba en destronar, poco a poco, del rango de especificidad que hasta ahora han disfrutado, tantos cuadros y lesiones que la Clínica y la Anatomía Patológica relacionan inmediatamente con la primera causa con

(1) Hablando de las polimiositis, van Bogaert y Radermecker decían en 1953 que «les neurologistes ignorent la pathologie musculaire. Ils s'en détournent, ils s'en méfient. Ces toutes dernières années, *les internistes les y ramenèrent,* presque malgré eux».

que se presentaron asociados, y que, en realidad, son formas generales, inespecíficas y comunes a muchas especies morbosas. Aquí, como en otros asuntos, *entia non sunt multiplicanda proeter necesitatem.* Por un afán de simplificación inmediata, al fin engañoso, los médicos tienden a buscar causas o mecanismos "específicos", síntomas "cardinales" y signos "patognomónicos" —recuérdese la época de los tratados de "Diagnóstico diferencial"— y la realidad se cuida, a través de repetidos fracasos diagnósticos y terapéuticos, de demostrar lo equivocado e ingenuo que era este fácil camino. No es por ahí que hay que buscar la simplificación, sino por un mayor conocimiento de la Biología orgánica y de la naturaleza de la enfermedad. A medida que este conocimiento progresa, se demuestra que aquella especificidad es insostenible y surge un concepto genérico, un síndrome común, por ejemplo, que engloba una serie de procesos similares y emparentados, antes mirados como dispares. Este desentrañar o hurgar en el falso contenido de las "especies" con ánimo de reconocer la naturaleza genérica de las nociones hasta ahora tenidas como peculiares y diferenciales, constituyen la mejor, la auténtica labor del patólogo general. En este sentido, la definición de la Patología general es metodológica.

»De lo complejo a lo simple, de la investigación y discusión al "sistema", éste es el "desiderátum" de la Patología general.»

Son los internistas generales en su investigación clínica los que pueden lograr una simplificación científica, una sistematización de la Patología humana.

Es *Jores,* entre otros, quien hace pocos años postulaba este necesario empeño de simplificación y expurgación de lo irrelevante en la Medicina actual. También *Page* al prolongar muy recientemente una obra de Patofisiología, compara la situación de la Medicina contemporánea a la de la Química Orgánica de un siglo atrás, en la que la enorme e inumerable variedad variedad de nuevas sustancias, convertía aquella ciencia en una «jungla» —son sus palabras— impenetrable e inabarcable de compuestos y más compuestos heterogéneos, hasta que «los sistemas cíclicos, la valencia y la estereoquímica trajeron *orden,* ayudando a la memoria de asociación y al progreso lógico del pensamiento. Los hechos no deben ser evocados fuera del contexto, sino que —con palabras todavía de Page— entran en un *sistema* en el que cobran *sentido.* Lo mismo puede muy bien suceder en Medicina». Y alude concretamente al conocimiento cimentado en *principios básicos,* con los que se construye una estructura lógica. Pasar del «empirismo caótico —como él propugna— a la síntesis lógica», es no sólo una necesidad didáctica

sino que supone una labor científica de investigación integradora, al compás de la analítica.

Si no cabe acotar un ámbito peculiar, exclusivo, en la tarea investigadora que realice el internista general, vemos, en suma, que son los *grandes síndromes* y los *procesos sistémicos* —el shock, las infecciones, la aterosclerosis, la amiloidosis, el síndrome hidrópico, las «colagenosis» y angeítis necrotizantes, los procesos alérgicos y auto-inmunes, etc., así como los *trastornos centrales de las regulaciones* y los «intersticios» entre las especialidades —«Grenzgebiete» de los alemanes, «border-line» de los anglosajones— los temas que más fácilmente ocuparán su curiosidad intelectual.

Pero junto a este posible contenido científico podemos identificar una metodología mental también más propia del trabajo de investigación por parte del internista generalista: una actitud y un acercamiento «sinópticos», de síntesis en el mejor sentido del término, de reconstrucción de la realidad estudiada mediante los materiales y facetas aportadas por la investigación analítica. Esta, por otra parte, está agotada ya en distintas áreas del conocimiento médico y urge, en cambio, la reconstitución de la unidad funcional del organismo enfermo y el estudio del comportamiento biológico global del hombre ante la incidencia morbosa, el descubrimiento de los mecanismos comunes en el proceso y la fenomenología de la enfermedad y la elaboración de los conceptos generales en Patología y Medicina.

Es sabido, por ejemplo, que existen unos «reactantes de la fase aguda» en el cuadro humoral que acompaña a cualquier inflamación y un comportamiento regular, fásico, caracteriza la respuesta hematológica inespecífica en los síndromes inflamatorios. Más allá de ellos y aun desbordando el esquema de *Selye,* conocemos un *síndrome general a la agresión* que obliga a mirar con recelo una pretendida especificidad de la respuesta biológica en tal o cual enfermedad y asignarle un valor diagnóstico. He aquí una tarea de «des-especificación» en la investigación clínica que se hace imprescindible si no queremos caer en la sobrevaloración de los hallazgos en determinadas alteraciones enzimáticas, proteinémicas o de otras constantes recogidas por nuevas técnicas o de granulomas inespecíficos en la biopsia: se trata de identificar los patrones disfuncionales y lesionales expresivos de los grandes mecanismos de enfermedad, comunes a los procesos patológicos fundamentales.

Señor Presidente, señores académicos: Yo no puedo abusar más de vuestra atención. Si ahora quisiera recapitular mi pensamiento, lo haría con las mismas palabras que escribí al presentar la nueva edición de la obra «Diagnóstico Etiológico», del egregio e inolvidable clínico español *Gregorio Marañón* y que honrosamente me ha tocado continuar:

> «Estoy convencido, por otra parte, que incluso en el mundo que se avecina, cada vez más inclinado al uso de los ordenadores y de las máquinas para una batería de "screening-tests", el papel del hombre-médico seguirá siendo insustituible. Ni se podrá mecanizar, automatizar el diagnóstico, ni cabe prescindir de la razón humana en la recogida y oportuna selección de datos, o en la sucesiva elaboración de los mismos, para —rectificando quizás una y otra vez el rumbo— orientar el reconocimiento de la enfermedad en un enfermo.
>
> »Tampoco creo que se pueda suplantar la labor del generalista —médico de cabecera o consultor— por una serie de especialistas simultáneos o secuenciales. Claro que aquél es ya inimaginable actuando en solitario y, al compás del progreso técnico, requerirá el concurso de un número creciente de colegas, expertos en técnicas exploratorias o terapéuticas especiales, pero siempre un hombre-clínico centrará y personificará la tarea médica, si tiene que seguir siendo humana, frente a un hombre enfermo.»

Y, para terminar, nada mejor que recordar, una vez más, aquella frase del maestro mío y de tantos de vosotros, *Agustín Pedro y Pons,* cuyo sillón inmerecidamente me corresponde ocupar:

> «La Medicina en su esencia es unitaria y rehúye doctrinalmente lo que supone desmembramiento; la especialización nace como una necesidad impuesta más por la técnica que por la doctrina.»

## BIBLIOGRAFIA


BALCELLS GORINA, A.: *Teoría del diagnóstico: «Clínicos» e «Internistas»*. Farmaes, año IV, núm. 26, págs. 174-178.

BALCELLS GORINA, A.: *Justificación de una Escuela*. Boletín de Reumatología. Febrero de 1970. Año I.

BALCELLS GORINA, A.: *Idoneidad de la Patología General en la enseñanza de la Medicina*. Medicamenta, 1961. Tomo XXXV, núm. 363.

BALCELLS GORINA, A.: *Misión de la Patología General y su vigencia actual y futura*. Medicamenta, 1960. Tomo XVIII, 353, 135.

BALCELLS GORINA, A.: *¿Extensión o profundidad?* Mesa Redonda: «El pasado, presente y futuro de la Medicina Interna». VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio 1969.

BALCELLS GORINA, A.: Prólogo en PASSMORE, R., y ROBSON, J. S.: *Tratado de enseñanza integrada en Medicina*. Editorial Científico Médica. Año 1971, vol. II.

BALCELLS GORINA, A., PEDRO PONS, A., GIBERT-QUERALTÓ, J., ALSINA BOFILL, J., SORIANO GIMÉNEZ, M., PUIGDOLLERS, J.: Mesa Redonda sobre: *Actualidad de la Medicina Interna*. Asociación Catalana de Medicina Interna, sesión 24 de marzo de 1969, Barcelona. Anales de Medicina, vol. LV, núm. 4.

COGGESHALL, L. T.: *Planning for medical progress through education*. A Report Submitted to the Executive Council of the Association of American Medical Colleges. April 1965.

GILSANZ, V.: *Medicina Interna y la Medicina de la Seguridad Social*. Mesa Redonda: el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna. VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio 1969.

GRACIA GUILLÉN Y PERET: En Laín Entralgo: *Historia Universal de la Medicina*, Salvat, Barcelona, 1972.

EBERT, R. V.: *Training of the Internist as a Primary Physician*. Annals of Internal Medicina. 76:653-656, 1972.

GRANJEL, L.: *Historia de la Medicina Española*. Sayma Ediciones y Publicaciones. Barcelona ,1962.

GRUBER, GEORG, B.: *Einführung in Geist und Studium der Medizin*. Georg Thieme Verlag. Leipzig, 1934.

JORES, A.: *Die Medizin in der Krise unserer Zeit*. Verlag Hans Huber Bern und Stuttgart, 1961.

LEÍN ENTRALGO, P.: *La actual situación de la Medicina Interna como problema histórico*. Mesa Redonda: el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna. VIII Reunión de la Sociedad Española de la Medicina Interna. Madrid, junio 1969.

LONDON, IM.: *Internal Medicine — change and challenge. Integration in internal Medicine.* Proceeding of the ninth international Congress of Internal Medicine, Amsterdam, 7-10 September, 1966.

MONCADA LORENZO: *Las interrelaciones entre Medicina Interna y las especialidades médicas.* Mesa Redonda: el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna. VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio de 1969.

ORTIZ DE LANDAZURI, E.: *La proyección futura de la Medicina Interna.* Mesa Redonda: el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna. VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio de 1969.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE: *Specialisation Médicale.* Aperçu de legislation Sanitaire Comparée. Geneve, 1958.

PEDRO PONS, A.: *Formación del internista. De la medicina interna a las especialidades.* Anales de Medicina y Cirugía, 1969.

PEDRO PONS, A.: *La integración en Medicina Interna.* Mesa Redonda: el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna. VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio de 1969.

PELÁEZ Y REDONDO, J.: *La formación del internista.* Mesa Redonda: el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna. VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio de 1969.

RAWLINSON, H. E. (1952): Canad. med. Ass. J., 67, 266.

ROF CARBALLO, J.: *El futuro de la Medicina Interna y la orientación psicosomática.* Mesa Redonda: el pasado, presente y futuro de la Medicina Interna. VII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio de 1969.

ROF CARBALLO, J.: *La medicina actual.* Editorial Barna. Barcelona, 1954.

STAHL, J.: *La mision de syntese de la medicine interne. Integration in internal Medicine.* Proceeding of the ninth international Congress of internal medicine, Amsterdam, 7-10 september, 1966.

SIEBECK, R.: *Uber Beurteilung und Behandlung von Kranken.* Berlín Verlag von Julius Springer, 1928.

SIEBECK, R.: *Begriff und Stellung der Medizin.* Fünfte Auflage. Lehrbuch der Inneren Medizin. Berlín. Springer Verlag, 1942.

SIEBECK, R.: *Medizin in Bewegung,* Thieme, Stuttgart 1949.

TODD, J. W. (1951): Lancet, 1, 462.

VAN BOGAERT ET RADERMECKER: En SCHNEIDER, *Problemes diagnostiques des polymyosites et des panartéritis.* Schweizerische Medizinische Wochenschrift. Journal Suisse de Médecine. August, 1973, 103, Nr. 33.

# DISCURSO

de contestación del académico numerario

Dr. LUIS TRIAS DE BES Y GIRO

El ingreso de un nuevo académico constituye siempre un acto de la máxima solemnidad en la vida de nuestra Institución, puesto que reproduce el proceso histórico por el cual se perpetúa su aureola de dignidad y prestigio que al correr de los años será mantenido y aún acrecentado por los que vendrán a llenar el vacío dejado por la desaparición de cuantos les precedieron.

Así pues, en este significativo acto de renovación académica, se conjugan siempre el doloroso recuerdo de una luctuosa ausencia con la animosa esperanza de un prometedor futuro. Esta agridulce coincidencia tiene hoy un singular relieve, toda vez que el sillón que dejó vacante aquel extraordinario maestro de la Medicina catalana y gran Presidente que fue de esta Academia, Dr. A. Pedro y Pons, pasará a ser ocupado por otro notabilísimo internista, también catedrático de nuestra Facultad de Medicina, Profesor Dr. Alfonso Balcells Gorina.

La simultaneidad de ambos hechos se nos antoja premonitorio una actuación del nuevo académico que estará en la línea de continuidad que marcó con trazo firme su antecesor y maestro. La grávida responsabilidad de esta herencia la confirman las comedidas palabras de Balcells cuando en el exordio de su discurso se expresa en estos términos: «Todos hemos aprendido de él y soy perfectamente consciente de cuanto me obliga ocupar el lugar que él dejó en esta Real Academia. Aunque ponga todo mi empeño en no desmerecer demasiado en vuestras esperanzas en sucederle dignamente, recabo desde ahora una indulgencia de magnitud semejante a la que habéis demostrado al elegirme».

A mi juicio, la Real Academia con la elección del Dr. Balcells no ha prejuzgado simplemente una esperanza, sino que afirma una total confianza en su devenir académico. Su elección fue prácticamente unánime, ratificando de este modo un extraordinario historial científico y profesional digno de encomio.

Es un fruto ubérrimo de nuestra Universidad de Barcelona, formado y madurado en nuestra Escuela de Medicina donde cursó brillantemente sus estudios coronados con el Premio Extraordinario de Licenciatura. Sus inquietudes universitarias se manifestaron ya en los años treinta como delegado de los estudiantes de Medicina en la elaboración de la Universidad Autónoma de grato recuerdo.

Al término de su carrera se adscribió a la cátedra de Patología Interna del Profesor Soriano, feliz continuadora de aquella otra gran escuela formadora de excelentes internistas que dirigió el Profesor Ferrer Solervicens de imborrable recordación. Como médico interno por oposición y junto al Profesor Soriano, modeló Balcells su personalidad como internista y alentó su vocación docente, intensificada, si cabe, en sucesiva estancia al lado del Profesor Siebeck.

Su sólida formación clínica tuvo brillante culminación al conquistar en 1955 la Cátedra de Patología General de la Universidad de Salamanca, donde no tardó en dar pruebas fehacientes de su disciplinada y muy eficaz actuación docente, de suerte que al año de ocupar la cátedra se le confió la dirección del Hospital Clínica de aquella Facultad, y a los dos años era nombrado Vicerrector de la Universidad. En aquella época organizó el «Instituto de Investigaciones Clínicas de Salamanca».

La alta personalidad científica y social de Balcells, en incontenible marcha ascensional, le llevó en el año 1960 a ocupar el Rectorado de la Universidad salmantina hasta el año 1968, después de una gestión realmente notable.

Durante sus ocho años de rectorado desarrolló una bien conocida labor, tanto en el campo académico como en el internacional y en el social que resumiremos de este modo. Fueron muy importantes las reformas y ampliaciones de instalaciones y edificios, participó en distintos Congresos y Asambleas de alto nivel internacionales, tales como el de Enseñanza Médica que tuvo lugar en Nueva Delhi, al que asistió como delegado español; la Asamblea Internacional de Universidades, en Tokio, en 1965, donde fue elegido miembro del Consejo Directivo de la Asociación Internacional de Universidades y tomó también parte en la reunión de Expertos de la UNESCO, efectuada en Costa Rica.

En lo que atañe concretamente a Salamanca, señalaremos el acierto de fundar la «Asociación de Antiguos Alumnos y Amigos de la Universidad de Salamanca» y la recuperación para la Universidad del célebre «Colegio de Irlandeses» o del Arzobispo Fonseca, cuya inmediata restauración fue dedicada a Residencia de Profesores y doctorandos. También obtuvo del Ministerio del Ejército la devolución del solar donde radicaba el antiguo «Colegio Mayor del Rey», para edificar allí la nueva Facultad de Ciencias. Finalmente, durante su rectorado se efectuó la investidura como »Doctores Honoris Causa» de los señores Menéndez Pidal, Severo Ochoa, Castroviejo y Rodrigo, y se organizaron los actos conmemorativos del centenario de don Miguel de Unamuno, rector que fue de dicha Universidad.

Pero la tensa e inquieta personalidad del Profesor Balcells no se ha centrado únicamente en la función universitaria, sino que tuvo también

una interesante proyección socio-política de gran relieve durante la etapa que por su calidad de Rector, ejerció el cargo de Procurador en Cortes. En la memoria de todos se conserva el recuerdo de sus notables intervenciones sobre temas, no sólo educativos, sino también de carácter ampliamente nacional y social.

En el año 1968 fue nombrado catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Barcelona, cumpliéndose así su anhelo de reintegrarse algún día como catedrático de la Facultad, donde forjó su formación médica y en su entrañable ciudad de nacimiento. En medio de los turbulentos momentos universitarios de estos últimos años, viene Balcells a ejercer su magisterio entre nosotros con el vehemente deseo de ser útil a la enseñanza y a las noveles promociones médicas. Ha modernizado las instalaciones de su Clínica, creó la primera «Unidad Coronaria» del Hospital Clínico, ha obtenido el reconocimiento de una Escuela Profesional de Reumatología, contribuyó a fundar la de Neumología y ha reorganizado la de Endocrinología adscrita a la Cátedra de Patología General. Ha sido, en fin, Presidente de la Asociación Catalana de Medicina Interna hasta hace pocos meses.

Ahora bien, señores, esta semblanza biográfica de nuestro recipiendario no sería completa si dejase de consignar, aunque sea brevemente, algunas facetas muy destacadas de su ejecutoria científica y docente. En este sentido apuntaré algunas referencias que no puedo silenciar por su importancia.

A partir del año 1942 hasta hoy ha publicado en diversas revistas médicas nacionales y extranjeras, 73 trabajos sobre variados temas de la patología médica que en aras a la brevedad omitiré su enunciado. Importa decir que ningún problema dificultoso de la patología interna fue excluido de su atenta investigación clínica y en su exposición destaca el profundo conocimiento y notable sentido crítico del maestro. Muchos de estos trabajos fueron publicados con la colaboración de sus discípulos durante los años de su función profesoral en Salamanca, estimulándolos a comprobar los hechos clínicos y a valorizarlos en su real importancia. En esta línea de magnífico profesor ha dirigido 16 tesis doctorales de sus posgraduados que merecieron en su totalidad la calificación de sobresaliente y, en su mayoría, el premio *cum laude.*

Con clara conciencia de que la función docente no debe acotarse con exclusividad el ámbito universitario, el Profesor Balcells ha sido conferenciante en muy diversas capitales de Provincias españolas que, al no estar directamente integradas en la vida universitaria, necesitan una indispensable renovación de sus conocimientos médicos al compás de los avances inconcebibles de nuestra profesión. Es así como Balcells ha llevado su autorizada voz de maestro a Alicante, Oviedo, León, Palen-

cia, Badajoz, Pontevedra, Cáceres y en la Universidad Internacional de Santander con motivo de los Cursos organizados por la Casa de Salud Valdecilla, aparte de las que por invitación personal directa desarrolló en algunas universitarias, tales como Madrid, Cádiz, Santiago, Sevilla y Valladolid. En estricto plan profesoral fueron también muy importantes sus aportaciones en algunas reuniones científicas fuera de España, como lo fueron su lección sobre «mixedema hipofisario» dictada en San José de Costa Rica y las desarrolladas en San Juan de Puerto Rico, invitado a participar en la Asamblea Médica anual.

Finalmente, recordaré que Balcells es autor o co-autor de cinco libros de gran valor didáctico en relación con las disciplinas fundamentales de su cátedra, cuales son: «La Clínica y el Laboratorio», del que se han impreso nueve ediciones; «Patología General y Fisiopatología», actualmente agotada; un tratado de Patología General en dos tomos, en conjunta colaboración con otros profesores y del que se han realizado tres ediciones; el manual sobre «Exploración Clínica Práctica», iniciado por el Dr. Noguer Molins y continuado y ampliado por Balcells, y, finalmente, está próximo a publicarse el conocido «Manual de Diagnóstico Etiológico» redactado por Marañón y cuya puesta al día le ha sido confiada por la familia de tan ilustre maestro.

Con este considerable bagaje científico y docente, el Profesor Balcells viene a esta Real Academia enaltecido en su condición de internista integral y presto a defender en su discurso la inalterable vigencia de la Medicina Interna en su unitaria versión.

* * *

En el normal plazo que señalan los Estatutos, el Profesor Balcells ha presentado y leído su discurso de ingreso en este solemne acto académico y también, por el mismo imperativo reglamentario, me alcanza el honor de contestarlo.

No me ha sido tarea fácil este delicado cometido si se considera la elevada calidad científica de nuestro recipiendario y el arduo y actualísimo problema planteado en su discurso, cual es la inquietante disyuntiva que la Medicina moderna establece entre la comprometida supervivencia de la medicina interna *integral* y su posible, aunque lenta, extinción en su sentido unitario ante los embates atomizadores de la creciente especialización.

Es un hecho incontrovertible la progresiva tendencia del médico hacia la especialización, que si universalmente ha sido estimada como forzosa tratándose de la Cirugía en su pluralidad dimensional es, en cam-

bio, materia discutible si nos atenemos a la Medicina interna mantenida inconmovible hasta nuestro siglo.

En realidad, la separación entre la medicina interna y la medicina externa o quirúrgica viene inexorablemente impuesta por la esencial diferencia en el modo de ejercerlas y hasta de diagnosticarlas. En la medicina interna las enfermedades se identifican por el atento razonamiento y sagaz interpretación de sus signos o síntomas más calificados, de acuerdo con un proceso mental muchas veces complicado que el gran internista italiano de comienzos de nuestro siglo, el Profesor Baccelli acertó a definir con esta frase: «La consecución de una diagnóstico difícil partiendo del puro razonamiento clínico constituye una auténtica emoción artística». Inspirada frase que hoy pierde su valor estético bajo el imperio del tecnicismo.

Por el contrario, en la patología externa o quirúrgica, el diagnóstico se establece las más de las veces sensorialmente, por la vista y por el tacto, en tanto la dolencia se hace visible o palpable y su tratamiento es manual, a diferencia de los procesos de índole médica cuyo tratamiento es fundamentalmente farmacológico en la mayoría de casos.

Una vez establecida esta radical diferenciación, cabe señalar una sorprendente paradoja muy en consonancia con la problemática que el profesor Balcells estudia minuciosamente en su discurso. Mientras la cirugía ha reafirmado con el paso de los años su firme personalidad —otrora discutida— merced a los extraordinarios avances científicos como lo fueron en su tiempo la anestesia y la lucha preventiva contra la infección mediante la asepsia y la antisepsia, junto con otros importantes progresos técnicos; en cambio, estos mismos progresos acrecentados en nuestro siglo han hecho de la medicina interna una ciencia cada vez más compleja, casi inasequible a la capacidad de la mente humana y condenándola a una disgregación parcelaria en detrimento de su unidad.

Este sentido tremendamente analítico de la actual medicina interna y la profundidad y más amplio conocimiento de sus problemas patológicos, han sido factores muy decisivos de esta segregación cantonal que hoy contemplamos con manifiesta inquietud. No cabe duda que la admirable y en ocasiones egregia personalidad del pantiatra queda handicapada por las dificultades en obtener unos conocimientos inalcanzables por su extensión, sino también por su profundidad, factores éstos que son, a mi juicio, justificativos de la especialización.

Ante la creciente complejidad de una medicina cada vez más inquisitiva que tiende a desmembrarse en aras a una mayor eficacia en sus objetivos, nos es forzoso —por no decir necesario— aceptar el auge de la especialización, siempre y tanto que este fraccionamiento no suponga

una independización de aquella medicina interna que es expresión soberana de una *unidad biológica integral.* Es la propia Unión Europea de Medicina Interna la que proclama este concepto genuinamente básico cuando defina esta ciencia como: «El conjunto de sistemas anatómicos y fisiológicos del hombre con propósitos diagnósticos y terapéuticos y a ella compete el estudio del conjunto de la personalidad y organismo del enfermo. Se trata de una Medicina del individuo y no del órgano».

De hecho el arquiatra especialista sólo actúa en el terreno acotado en un órgano o sistema y aun, en ocasiones, se minimiza hasta adscribirse *in totum* a una técnica concreta. Es así como han surgido las subespecializaciones que significan un paso más hacia esta forma de atomización que comentamos.

El doctor Balcells, en su documentado discurso contabiliza en 73 las especialidades y subespecialidades médicas afincadas en la práctica médica actual y, pese al considerable volumen de esta cifra, me atrevo a afirmar que existe ya alguna ampliación. Sería pueril considerar que sólo una auténtica motivación científica pueda ser el principal estímulo hacia la oligopraxis de la hora presente. Existen seguramente otros factores a señalar, que se relacionan estrechamente con diversas facetas de nuestro ejercicio profesional. Algunas de ellas son de orden psicológico y acaso sea la más importante el sentimiento de incapacidad para abarcar debidamente la amplia gama de conocimientos que exige la pluridimensionalidad de la actual medicina interna. Otros pueden ser de orden económico dada la mayor facilidad ocupacional y hasta mejor remuneración —por lo menos inmediata— de que gozan aquellos puestos de trabajo sobrevalorados por la posesión de una técnica particularmente complicada, de indudable utilidad profesional, aunque siempre limitada. Esta circunstancia ha sido ya señalada por *Todd* cuando afirma que la principal justificación de algunas especializaciones parte de la necesidad de poseer plenamente ciertas técnicas positivamente dificultosas. Finalmente, es también probable que el «lanzamiento» prematuro hacia una práctica especializada de muchos de nuestros noveles licenciados no se deba a un meditado impulso vocacional —muy difícil de valorar al término de la carrera—, sino más bien a móviles al margen de la sinceridad exigible en el ejercicio de la medicina, como son el afán de notoriedad y una mayor cuantía de sus ingresos supuestamente más asequibles con una práctica médica posiblemente de más relieve y aparentemente menos complicada.

Estos espejismos que sin duda conturban muchas mentes de nuestros posgraduados en perjuicio de su acertada trayectoria profesional futura, han de merecer la atención de los educadores universitarios evitando un falseamiento de su verdadero sentido vocacional. El buen ca-

mino a seguir es el que impone a los estudiantes en sus últimos años de carrera y durante la inmediata fase de posgraduación, la obligatoriedad de su permanencia rotatoria abreviada por los distintos departamentos medico quirúrgicos, sugiriendo de este modo la posibilidad de promover un cabal criterio de estimación de sus reales aptitudes e inclinaciones.

Este racional sistema de formación rotatoria es el adoptado en la mayoría de países donde las Facultades de Medicina adscriben a su función docente la cooperación de Centros hospitalarios suficientemente calificados para desempeñar esta función clínica complementaria. Una vez discernida por el médico su definitiva inclinación médica o quirúrgica habrá llegado el momento de su formación superior hacia el objetivo profesional razonablemente escogido.

Coincidimos plenamente con el Profesor *Balcells* en considerar totalmente repudiable la llamada especialización precoz alegremente anunciada por estudiantes que se hallan en los balbuceos de la fase clínica de sus estudios de Facultad. Es difícil concebir que se pueda ser un buen internista especializado si previamente no se ha fraguado como médico general en el crisol de la medicina interna y no la ha ejercido también como generalista. No debe olvidarse que la medicina interna es una unidad en la que se integran coordinadamente un conjunto de conocimientos sobre los cuales se estructuran las especializaciones según sus específicos parcelamientos.

No se trata, pues, como dice *Stahl*, de «estar en favor o en contra de la especialización». Tenemos necesidad de los especialistas, puesto que nuestros enfermos necesitan de su saber, tal vez más técnico y acaso más profundo. Sería desconocer la evidencia, sería frenar el progreso médico oponiendo una resistencia absurda a una evolución probablemente con tendencia a acentuarse. Lo que importa es asignar a los especialistas el lugar que les corresponde en esta obra compleja que es la investigación en Medicina y el examen y tratamiento de un enfermo.

Como señala muy acertadamente *Balcells*, al internista como clínico le corresponde el contacto inicial con el enfermo y por tal motivo ocupa la avanzadilla de la encuesta diagnóstica, tanto si se trata de una asistencia urgente en una consulta ambulatoria, o bien en la práctica médica. En su tarea —empleando sus palabras— utiliza la metodología clínica más clásica y directa, no descuidando la anamnesis y realizando una exploración física general sistemática en todos los enfermos, tengan lo que tengan. De este modo establece ya una primera orientación del caso que suele ser definitiva. Esta importante actuación médica inicial lleva implícita una selección tácita o declarada de los pacientes que según su gravedad o por la necesidad de ulteriores exámenes complementa-

rios será internado en un centro asistencial o relegado a una atención especializada.

El internista —afirma *Balcells*— es, por lo pronto, el *hombre del diagnóstico* y yo diría también de la primera terapéutica, es el consultor general que orienta, en fin, la primera fase asistencial, reconsidera el caso difícil cuando han aparecido los síndromes asociados que perturban la evolución de la enfermedad o bien sugieren la adopción de nuevas terapéuticas.

En la moderna medicina de equipo es donde adquiere una mayor relevancia esta estrecha colaboración entre el internista general y el especializado y pone, a su vez, de manifiesto, la excepcional importancia del internista en la función de coordinar los mensajes especializados y enjuiciarlos según un mesurado criterio de síntesis capaz de elaborar la verdad fragmentada. Esta superfior función integradora que nadie puede discutir al Jefe rector de un equipo de internistas más o menos especializado, falla ostensiblemente en estas artificiosas agrupaciones de especialistas conjuntados en el ambicioso propósito de descubrir dolencias silenciosas o prever futuras frustraciones de una salud supuestamente decaída.

Por mi parte, tengo fundadas razones para dudar de la eficacia médica de tales agrupaciones jactanciosamente calificadas de medicina preventiva, que Balcells no vacila tampoco en censurar sinceramente y en términos finamente humorísticos de este modo: «En los últimos tiempos y en diversos países surgen agrupaciones de especialistas encuadrados en clínicas y consultorios que trabajan solidariamente para beneficio del paciente, el cual ya no se ve obligado a recorrer la ciudad acudiendo a unos y otros especialistas dispersos para completar la exploración. Pero esta ventaja material no compensa los descaminos y perplejidades, amén de los gastos innecesarios que experimenta el paciente no orientado cuando va recogiendo dictámenes médicos que vienen a decir: de lo *mío no hay nada,* por unos y otros especialistas, o lo que es peor cuando los informes son contradictorios, ambiguos, o faltos de precisión». Y *Pedro Pons* aún era más tajante al afirmar sin eufemismos lo siguiente: «Si cada vez que un sujeto cree estar enfermo tuviera que pasar por todo el equipo de una Institución Médica especializada, perdería tiempo y dinero y aún caería en otro error, cual es el de ver o sospechar enfermedades inexistentes y donde puramente hay cosas triviales y sin importancia».

Poco cabe esperar, pues, de estos grupos médicos de especialistas «integrados» en una pretendida tarea preventiva carente de unidad, que me atrevo a presentar como ejemplo de *medicina motorizada,* tanto por el aparatismo que las distingue, como por la ligereza de sus juicios. No,

la Medicina Interna tal como la concebimos no será nunca eso, será siempre un muy elaborado concepto unitario que se basa en el meditado y sagaz conocimiento de las *fracciones* que integran *el todo.*

Una amplia visión de las formas de enfermar es esencial en el cometido del internista y lo es también en la misión asistencial que compete al internista generalista siempre condicionado a las constantes innovaciones médicas que le exigen una vigilante renovación de los conceptos y dimensiones de su quehacer profesional.

Con ello aludimos a esta tradicional figura del médico general muy merecedor de nuestra admiración. Esta simpática figura del médico de cabecera es, ha sido y será vigente en todos los tiempos y en todas las latitudes, toda vez que su razón de existir radica en el sentido hondamente humano del ejercicio de la medicina fundamentado en la relación médico-enfermo. La verdad de esta relación tan genuina del arte médico sólo se ve adecuadamente con la cálida dedicación del arquiatra hacia el hombre en trance de enfermedad y de este contacto nacido en horas de inquietud surge en el enfermo un sentimiento de cordial efusión y confianza hacia aquel que conoce su dolencia, endereza su salud y le infunde un hálito de esperanza.

Este médico generalista —médico de familia— rehabilitado hoy en toda su amplitud en Norteamérica a través de sus importantes «Academy of Family Physicians», desempeña una función social irreemplazable a partir del momento que se responsabiliza con la corta o larga evolución de la enfermedad, soslayará en lo posible las perturbadoras complicaciones que se susciten y asumirá aquellas indicaciones terapéuticas que las circunstancias impongan, modificando si es preciso aquellas prescripciones inoperantes acordadas en una fugaz consulta con el especialista.

El enfermo y sus familiares sienten y quieren al médico de cabecera porque ven en él *a su médico,* al que creen situado por encima de las peripecias de la técnica y del cual esperan la eficacia de su asistencia y el alivio de la esperanza. No olvidemos, en fin, que el internista de cabecera contrae, además, arduas obligaciones que abocan, a veces, en aquella responsabilidad intrínseca al ejercicio de la medicina y que por principio recae sobre el médico actor. En realidad —y ello sea dicho en honor de este sacrificado profesional— sólo rarísimamente el médico de cabecera o de familia ha sido demandado ante los tribunales por el paciente o sus familiares, en contraste con otras modalidades del arte médico —mayormente el cirujano— ha debido justificar la bondad de su cometido ante la ley.

Muchos y más sobrios comentarios que los que yo pudiera aportar surgen de la lectura atenta y meditada de la profunda lección que el

Profesor *Balcells* nos ha deparado a través de su discurso de ingreso a nuestra Real Academia. Es la lección del maestro que vive y siente intensamente la Medicina interna, compulsa sus avatares y conoce exactamente los riesgos que la acechan en su magna función formativa del médico. El sentido de su discurso es netamente polémico y presto a una discusión que su autor no desecha, antes bien, la sugiere y se adentra en ella sin regateos ni eufemismos dialécticos, sobresaliendo en ella una ponderada objetividad que empequeñece y hasta desvanece la posible objeción.

Después de haberlo oído, todos nos sentimos permanentes deudores de la Medicina Interna al valorar nuestra formación básica y estamos asimismo firmemente persuadidos de su inatacabble pervivencia. Nadie duda del insoslayable destino de la moderna Medicina hacia la especialización, pero igualmente estamos convencidos de que los peligros de una desorbitada fragmentación no se producirán si como dice muy atinadamente *Siebeck* y recoge *Balcells,* la Medicina Interna conserva su firme *posición central* en esta disgregación.

Nuestro recipiendario ha marcado firmemente esta justa e inteligente posición que todos compartimos y estoy seguro que nuestra Academia siente una gran complacencia de que en este solemne acto académico haya sido planteada una actualísima temática, por todos conceptos del más grande interés. Es algo muy importante que hemos de agradecer al Profesor Balcells, quien ha querido dar en esta ceremonia de su ingreso un testimonio de sus caras inquietudes profesionales y una prueba, a la vez, de sus grandes merecimientos para ocupar uno de nuestros sillones académicos.

En razón de tales merecimientos, os ruego señor Presidente que os dignéis dar efectividad a los deseos de esta Real Academia de Medicina imponiendo al Profesor Alfonso Balcells Gorina la medalla que es testimonio de una meritísima ejecutoria profesional y científica y prenda, a la vez, de una fecunda actuación futura en beneficio y honra de nuestra docta Institución.