

MEDICINA INTERNA, CIENCIA Y TECNOLOGÍAS ACTUALES

La Medicina Interna es actualmente influenciada por la innovación y el desarrollo, los progresos en genética, epigenética, nanotecnología, biotecnología, informática, ciencias cognitivas, robótica e inteligencia artificial (IA), entre otras disciplinas, situación que complejiza cada vez más el conocimiento y la praxis de nuestra especialidad. Por su parte, **el internista debe seguir coordinando la tarea del equipo médico**, viendo al paciente como un todo, de allí la difícil tarea de percibir, contener y comprender al ser enfermo, y a su vez evaluar de manera correcta los diferentes cruces de las especialidades en el contexto del paciente en cuestión, a menudo un enfermo complejo y difícil. **El modelo actual de la medicina es el de la “complejidad clínica”, y la Medicina Interna es la especialidad médica que más y mejor responde a este modelo.**

La Medicina Interna no se remonta a la medicina alemana de finales del siglo XIX, ni al tratado de Adolf von Strumpell (1874), como erróneamente se creía, porque con anterioridad se editaron otros tratados. Es necesario remontarse a la Europa mediterránea, especialmente a Francia durante el Siglo XVIII y la primera mitad del siglo XIX, época en que fueron surgiendo los conocimientos científicos de la especialidad, y reconocer a Gabriel Andral, en París (1836), y Joseph Frank, en Vilna (1837), entre otros (*Medicina Interna. Bitácora del Dr. Francisco Medrano González, en nuestra plataforma worldconference-internalmedicine.com*). Tampoco se utilizó por primera vez el término Medicina Interna en el I Congreso de Medicina Interna de Wiesbaden (1882), aunque es probable que fuera el primer congreso de la especialidad, como se reafirmó en 2018,

en el Congreso de Medicina Interna de Wiesbaden, del cual participamos.

En lo que atañe a la investigación, el empleo de seres humanos altamente vulnerables ha sido una constante en toda la historia de la investigación médica, pese a la normativa internacional que pretende regir estas investigaciones con sentido ético. No es casual que en los países menos desarrollados se reclute a personas de bajos ingresos y deficiente nivel educativo para participar de protocolos de investigación cuyas drogas son irrelevantes para la región pero útiles para el mundo desarrollado, perpetuando la brecha 90:10. Muchos de estos protocolos no tienen por objetivo proteger a quienes participan sino asegurar patentes, prolongar su vigencia, razón por la que en este “negocio de la salud”, los seres humanos no suelen ser fines como pretendía Kant, sino medios. Asimismo, existen enfermedades que no tienen interés económico para las empresas de salud ni para la industria farmacéutica.

Los internistas ocasionalmente participamos de investigaciones, de un fármaco, esquema terapéutico o dispositivo médico, porque la tarea fundamental del internista es asistencial, no la investigación clínica, propia de quienes se dedican con exclusividad a la misma.

El progreso científico y tecnológico alcanzado fue posible en gran medida por escoger a individuos vulnerables y ya vulnerados, cuya autonomía estaba interdicta, acotada o disminuida, y el hospital público ha sido el epicentro de este desarrollo a lo largo de la historia de la medicina. Un papel fundamental lo han representado las guerras, que actúan como catalizador para desarrollar nuevas técnicas y experiencias (cirugía y emergentología).

El intervencionismo médico ha cambiado sustancialmente, al punto que hoy en el diagnóstico y la terapéutica se privilegian las “técnicas mínimamente invasivas”, proceder que más allá de lo meramente técnico, es ético, porque contempla el bienestar del paciente.

En el devenir histórico, primero fue el mago, después apareció el sacerdote, y finalmente surgió el médico, bajo la égida de los comentaristas y luego de la ciencia. Durante el Siglo XVII con la fundación del “método científico”, se procuró sustituir la fe por la crítica, la fantasía por el rigor de pensamiento, y la memoria por el razonamiento. En el Siglo XVIII la Ilustración apeló a la dialéctica de los derechos humanos y, a partir de entonces la vulnerabilidad es considerada como un rasgo del hombre que es arrojado en el mundo.

La medicina adquirió confiabilidad con el método científico, donde la experimentación, la rigurosidad de los procedimientos y la verificación de los resultados son fundamentales, pero además, el conocimiento científico es autocorrectivo, más allá del permanente aluvión de nuevos conocimientos (la ley le exige al médico actuar bajo el conocimiento médico actual), de allí la necesidad de la educación médica permanente, que es un imperativo deontológico. De todas maneras, el pensamiento científico jamás desterró al pensamiento mágico, tampoco a la espiritualidad, que forman parte de la condición humana.

En la relación médico-paciente, a lo largo de la historia funcionó el modelo “paternalista” (el médico actuaba como un buen padre frente a su hijo menor), modelo que se consideró autosuficiente para encarar los problemas cotidianos asistenciales, aunque descuidando otros aspectos que hoy son centrales. Este modelo continúa vigente, pero eclipsado, ya que en la segunda mitad del Siglo XX, con el avance de la autonomía como principio bioético, comenzó a dominar el modelo “autonomista”, y ahora el paciente decide sobre su cuerpo, asume una responsabilidad que no tenía, tornando esta relación más madura, a la vez que ha generado

una mayor conflictividad, y paralelamente es notoria la actual pérdida del poder médico.

La Medicina Interna es individual, clínica, holística, de la persona o antropológica, pero tiene una proyección en lo social o la comunidad, y está ligada a políticas sanitarias, severamente cuestionadas. El concepto de vulnerabilidad siempre ha primado desde la problemática hospitalaria, actuando el médico frente a sus consecuencias, o sea la enfermedad. La prevención es un concepto más declamado que ejercido. Bástenos el hecho que en la última pandemia, el mundo reveló no estar preparado sanitariamente ni tampoco en otros aspectos, para enfrentar una contingencia de esa magnitud, pese a que ya había señales de alarma.

La Medicina en general, y la Medicina interna en particular, deben participar del debate sobre el cambio climático (origen antropogénico) y la contaminación ambiental. La crisis climática de nuestros días afecta al ser humano en todas sus expresiones, por eso se trata de una cuestión de derechos humanos. El cambio climático es la mayor amenaza para la salud mundial del siglo XXI (OMS), y junto con la contaminación ambiental, representa un serio problema de salud pública, la que depende de un medio ambiente limpio y del control de las zoonosis. Más de la mitad de las enfermedades infecciosas que afectan a los seres humanos son zoonosis (Covid-19, entre muchas otras). El enfoque actual es: “una sola salud” (*One health*): salud humana, sanidad animal y salud del medio ambiente, las tres son interdependientes. Esto plantea una tarea interdisciplinaria e integradora, sin cabida para la “medicina hegemónica”.

Desde la pandemia, psicólogos y psiquiatras incrementaron las consultas por ansiedad, depresión y crisis de pánico, situación que llega también a la consulta del internista, al igual que el aumento de las patologías psicosomáticas, el mayor consumo de fármacos y drogas. Hoy debemos hacer frente a la desinformación en las redes (*fake news*), los antivacunas, ciertas medicinas alternativas, la publicidad engañosa de

muchos fármacos de venta libre, las afirmaciones anticientíficas de líderes políticos, entre un abanico de dislates que interfieren con nuestra tarea, perjudican a los pacientes, y revelan la falta del control específico.

Un tema puntual es el de la formación de los médicos y el déficit que se verifica en muchos profesionales, que motiva, entre otras cosas, el inocultable malestar actual con la asistencia médica, sin caer en improcedentes generalizaciones que afecten a los colegas bien formados y que actúan con “conciencia moral”. Como formador de médicos desde hace décadas, tanto en el pregrado (semiología y medicina interna) como en el postgrado (director de varias residencias médicas hospitalarias), vengo abordando el tema desde hace tiempo. En mi libro *“Hacia una nueva Educación Médica”* (1993), ya hacía referencia a problemas formativos que entonces advertía y que hoy son motivo de discusión con el nuevo panorama globalizado. En su momento, con el Prof. Ciril Rozman (del *Tratado Medicina Interna*, Farreras-Rozman), hemos procurado delimitar los aspectos fundamentales de la especialidad en diferentes publicaciones, y he enfatizado el papel de la educación médica en un libro que él me prologó: *“Educación Médica: ciencia, técnica & arte”* (2008), así como en publicaciones posteriores.

El avance tecnológico y los deseos de la gente han creado nuevos escenarios, complejos para la profesión. Como ser, cada vez más personas tienen tecnología implantada en su

cuerpo (*Ciborg*) o la propensión a superar los límites biológicos y naturales, exigiendo tecnologías que aumenten capacidades físicas, intelectuales y psicológicas (movimiento trans-humanista). ¿Medicina para tratamiento o para mejoramiento de las capacidades? La tecnología para mejoramiento solo es para algunos (desigualdad social). Asimismo, la pretensión de que la vida llegue a los 150 años o los que apuestan al “inmortalismo”. Daría la impresión de que no se advierte que en la vida todo tiene límites. Lo cierto es que el progreso de punta, cada vez costoso, tiene un nicho de consumidores y contrasta con los millones y millones de seres humanos que tienen vidas precarias, enfermedades desatendidas, ligadas a las carencias vitales básicas, y la pobreza resulta ser la enfermedad más mortal (OMS).

La IA (producto de la inteligencia humana) es la tecnología que más expectativas hoy despierta, y existen avances significativos en el ámbito de la salud, pero la prudencia se antepone al mercado. Y la mente humana es mucho más compleja e impredecible que cualquier máquina, la que puede ser una gran aliada en la colaboración, no en el reemplazo del factor humano... No sabemos con certeza cómo será el futuro de la especialidad en las próximas décadas; todo hace prever que habrá cambios sustanciales, sin embargo, más allá del desarrollo tecnológico y científico que se alcance, el arte médico prevalecerá.

PROF. DR. ROBERTO M. CATALDI AMATRIAIN

- Doctor en Medicina por la UNLP y la Universidad Complutense de Madrid
- Profesor Consulto de Medicina Interna (USAL)
- Director de la Escuela Iberoamericana de Medicina Interna
- Presidente de la Academia Argentina de Ética en Medicina
- Presidente de la Fundación Internacional Cataldi Amatriain