«FORMACION DEL INTERNISTA»

«De la Medicina Interna a las Especialidades» *

Prof. A. PEDRO PONS
(Académico Numerario)

Durante unos decenios, la Medicina Interna declinaba a medida que las especialidades derivadas de ella adquirían mayor auge. Hace poco más de 10 años que el Internismo, como actividad médica, parecía abocada a su total desaparición, tras una época en que veíamos decrecer su primitivo esplendor.

No estaban faltos de justificación y buen sentido los agoreros que predecían su extinción. Las especialidades internas iban cobrando mayor importancia, y su contenido doctrinal y técnico eran tan vastos que ellos solos consumían el interés y la actividad del profesional. Las especialidades se declaraban autónomas y pretendían aislarse del viejo tronco del Internismo común a todas ellas. No era posible que un solo hombre abarcara el amplio campo de la Medicina Interna; esto era un despropósito que el buen sentido condenaba de antemano.

Llegó un momento en que los especialistas miraban con desdén al médico internista, condenado casi a la impotencia y estéril actividad en aras de un sueño irrealizable por la vastedad excesiva de su contenido.

Poco tiempo ha bastado para que del seno de la Medicina Interna surgieran tantas especialidades como capítulos en que se divide aquella; pero cada una de éstas se ha subdividido y se ha visto disgregada, a su vez, por el impulso creciente de las nuevas técnicas que exigen una dedicación a la que no puede acceder el profesional de una actividad concreta.

El peligro que supone una tal diáspora de actividades ha producido un fenómeno inesperado: el retorno al Internismo. Pero no de la forma en que se conocía antes, sino bajo módulos que la separan de aquella.

El especialista intuye el riesgo que encierra esta disgregación de activi-

(*) Discurso, preceptivo, leído en la Sesión inaugural del Curso: 26 enero de 1969.

dades, que conduciría inevitablemente a la incomprensión y al desentendimiento entre los distintos cultivadores de una misma profesión.

En evitación de ello se ha vuelto la atención hacia el Internismo como poder supremo y moderador a la vez, y fuerza de unión entre las distintas actividades médicas.

Los comentarios que siguen sirven para situar el problema de la relación entre Internistas y especialistas y la formación de unos y otros.

CONCEPTO ACTUAL DEL MEDICO INTERNISTA. DE LA MEDICINA INTERNA A LA ESPECIALIZACION

Repetidas veces hemos aclarado que no existe oposición entre la práctica de la Medicina Interna y las Especialidades. La especialización nace como una rama del tronco común de la Medicina. Debemos refutar como perniciosa la especialización prematura sin una formación previa de Internista.

Un especialista necesita formarse en un Servicio de Medicina General; sólo cuando la experiencia y el tiempo lo aconsejen podrá dedicarse de manera exclusiva al cultivo de una actividad determinada.

Por carecer de una adecuada formación, hemos visto a Reumatólogos pasar inadvertidamente, ante una fractura espontánea del fémur; calificar como reumáticos a enfermos con plasmocitoma o tratar como una ciática trivial a una metástasis lumbo-pelviana de un cáncer mamario; y ejemplos parecidos nos podrían proporcionar otras especialidades.

El mejor especialista es el que procede de un Servicio de Medicina Interna; y esto vale asimismo para los radiólogos que se encierran en un gabinete central, a los que conviene aconsejar el trato directo y cotidiano con los problemas de la Clínica.

En cualquier actividad médica debe procurarse el trabajo con otros colegas de distinta dedicación, pues un problema clínico tiene siempre distintos ángulos de enfoque, diferentes del camino exclusivo que sigue un especialista para resolverlo.

Las fronteras de la especialización han de ser abiertas y es provechoso el contacto sostenido con los colegas de los servicios complementarios (biólogos, radiólogos).

Si las fronteras del especialista no deben ser cerradas, asimismo diremos que para el Médico Internista debe ser prevista su preferente dedicación a temas concretos. Habitualmente el Internista que desea seguir siéndolo, no adopta una especialidad de forma exclusiva, pues en él existen afinidades que le llevan al estudio de determinados problemas o enfermedades. Todos nosotros estamos marcados por estas preferencias.

No es posible realizar una obra fecunda, repartiendo por igual nues-

tra 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.

Es superfluo insistir más en el aserto de que no existe oposición entre Internista y especialista, cuando esta última posición se alcanza partiendo de la Medicina Interna; esta es el centro de donde irradían las demás especialidades. Hay que identificar como Internistas a todos los que cultivan con preferencia una de sus ramas.

Las especialidades estrictas continúan siendo las clásicas, las tradicionales, la oftalmología, la otorrinolaringología, toco-ginecología, etc. y así y todo como encontramos a faltar, en grandes maestros de la oftalmología, de la dermatología, —obligados a mantener una limitación demasiado restringida de sus actividades—, una formación médica que les sería útil para la comprensión de múltiples problemas que escapan a la cerrada órbita en que se han confinado.

REVALORIZACION Y RESURGIMIENTO ACTUAL DEL INTERNISMO

En las primeras décadas de este siglo asistíamos con la aparicón de las especialidades, a una etapa de subestimación del Internismo como labor encargada a una solo hombre. En el curso de aquellos años el ejercicio de una especialidad era un sello de distinción para sus cultivadores; todo parecía indicar que con ello se iniciaba el desmembramiento del Internismo. De manera paradójica y hasta cierto punto inesperada, a medida que han ido proliferando el número de especialidades y creciendo el volumen de conocimientos, el interés se ha proyectado otra vez a la raíz y esencia de donde proceden todas ellas: La Medicina Interna.

La Medicina Interna no es sólo un compendio o suma de conocimientos difícilmente abarcables, sino que esencialmente es un estilo y representa una actitud en la Medicina de hoy. El estilo está comprendido en esta definición procedente de Unión Europea de Médicos Especialistas (U. E. M. S.) «La Medicina Interna comprende el conjunto de sistemas

anatómicos y fisiológicos del hombre, con propósitos diagnósticos y terapéuticos; a ella compite el estudio del conjunto de la personalidad y organismo del enfermo. Se trata de la Medicina del Individuo y no del órgano».

El aumento de la especialización lleva consigo un peligro: la desunión en el ámbito de la técnica y de los conocimientos, del cuerpo médico, la de sentirse extraños unos a otros, la de seguir por caminos no coherentes con el inconveniente de la incompresión del vocabulario y de las técnicas que requiere cada especialidad. Para evitar esta confusión y la falta de un criterio sintético que comprenda sino en el detalle, si las líneas generales y el contorno de cada especialidad, el papel del Internista constituye una misión plena de sentido y de eficacia. No solamente ello es una verdad admitida, sino que los especialistas de la hora presente hacen de su formación de internista su mejor gala.

Las especialidades médicas, lo hemos repetido, no son cotos cerrados, sino amplias acotaciones abiertas y conectadas con el ámbito médico general. Hallamos ejemplo de ello en las especialidades más recientes, en los Isotopistas que cultivan la Medicina nuclear; su labor está integrada en todas las ramas del Internismo, para lo cual requieren una adecuada formación.

«Resurge et ambula», la Medicina Interna, conoce en la actualidad una de sus etapas más activas y florecientes.

ERUDICION Y CULTURA

Hay que conseguir médicos cultos, antes que eruditos. La cultura es un conocimiento profundo y consciente formado de viviencias; la erudición —que es también una forma de la cultura— constituye un saber de información, de raíz superficial, falto del control de la experiencia y del hecho aprendido que se ofrece diariamente durante toda una existencia. Son los eruditos, aquellos que por falta de experiencia personal, se amparan en la de los demás, recogida en la literatura y están siempre prestos a rectificar, a los que desconocen el texto de las últimas revistas y el avance —muchas veces prematuro y abocado a una pronta caducidad— de una nueva técnica biológica.

La erudición es una facultad propia de los jóvenes y como tal brillante y a veces deslumbradora y engañosa; es el saber que reluce y se cotiza en los concursos y en las Oposiciones. Esconde muchas veces una falta de base y de experiencia; por ello no pocas veces hemos asistido a los más sensibles errores en la práctica corriente, en médicos eruditos; entre ellos los hay realmente peligrosos para el enfermo. La audacia y la fatuidad son a veces aliados de la erudición.

La verdadera cultura del médico,

consiste no tanto en la profusión de los conocimientos, como en su profundidad y perfecto asentamiento. La cultura requiere años para formarse y consolidarse; su base es la experiencia de cada día y el libro; las revistas profesionales, el artículo y las novedades de última hora no son más que el revestimiento a veces incierto y falaz, que impiden que nuestros conocimientos queden limitados y nuestra formación devenga precaria y envejecida. En el equilibrio entre la formación clásica y la información de cada día, reside la esencia del saber médico.

La formación del Internista, contrariamente a lo que puede suponer la extensión de los conocimientos exigidos, tiene una raíz profunda, procedente de la medicina tradicional hipocrática.

El saber del Internista se basa en las cuatro verdades fundamentales que son la esencia del conocimiento de cada especialidad.

Importa menos el detalle que el conjunto; la Medicina Interna es la síntesis —cuando más prieta y densa, mejor— de los acordes fundamentales que son la expresión de los disturbios de las vísceras y sistemas enfermos.

El lenguaje con que expresan los órganos sus dolencias, se reduce a síntomas y signos, fáciles de captar por su rutinaria repetición, constituyendo lo que llamamos «los grandes síndromes». Al médico informado y conocedor de sus modalidades, le es fácil a través de ellos elevarse a superiores perspectivas que le conduzcan al diagnóstico etiológico.

Estar en posesión de los conocimientos de las distintas dolencias que pueden estar implicadas ante un cuadro sindrómico, facilita su diagnóstico diferencial. Una vez más, comprobamos que síndromes con expresión clínica semejante, las ictericias, las hemorragias digestivas, esconden un problema polietiológico, que se ofrecen con más claridad al juicio discriminativo del Internista.

Su formación le facilita la orientación ante un caso determinado; el criterio de síntesis le abre el camino que le lleva a conclusiones prácticas y concretas.

MEDICINA INTERNA Y TRABAJO DE EQUIPO

Los avances médicos han limitado al médico de cabecera a una labor de clasificación y orientación de los enfermos. El profesional que se contrae a la práctica de la visita domiciliaria —el médico de familia— o a ejercitarla en su consultorio, no puede resolver sino las pequeñas dolencias que se ofrecen en la práctica corriente. Apenas asoma uno de estos problemas cotidianos —una fiebre criptogenética y duradera, una adenopatía insólita, la presencia de una tumoración abdominal, la hipertensión juvenil de naturaleza indefinida, un adelgazamiento e inape-

tencia progresiva, una anemia cuya causa escapa a una primera exploración, etc., el médico experimenta el sentido de responsabilidad e incapacidad para resolver él solo este problema.

Pocas enfermedades escapan a la necesidad de una colaboración profesional y no se sabe ciertamente en qué sector del quehacer médico hallaremos la solución del problema.

Ello motiva el ingreso del paciente en un Servicio de Medicina Interna. Qué cosa es un servicio de Medicina Interna? Este consiste en la agrupación de distintas especialidades bajo la dirección del Internista. El Internismo no es pues función de el Médico de este nombre, sino que significa la cooperación de las distintas actividades médicas reunidas en un servicio común. El papel del Internista será de ordenador y orientador, el de consejero y el nexo de unión entre las distintas especialidades.

Internismo es ante todo colaboración y reunión de las especialidades evitando el peligro de dispersión que supone la práctica aislada, fomentando la integración en una labor de conjunto.

Puede parecer la negación de la Medicina Interna de nuestros días, la exigencia de distintas colaboraciones para lograr un diagnóstico. Pero ello no es exclusivo del Internismo; las especialidades tienden asimismo a subdividirse y pocas veces un hombre solo basta para resolver los problemas, acudiendo asimismo a colaboraciones que le son imprescindibles; en Neurología debe solicitarse el concurso del electroencefalografista y la del Neuroradiólogo para investigar la existencia de un proceso expansivo, de una atrofia cerebral o de la permeabilidad de los espacios subaracnoideos encéfalo-medulares.

El Médico no puede encastillarse en una especialidad; los problemas que debe resolver —el Reumatólogo ante una decalcificación ósea— abren un anchuroso cauce de posibilidades que acaban abocando en el campo de la Medicina Interna.

Muchos problemas médicos son de límites imprecisos y alcanzan a un amplio sector de la Patología. Son pocas las funciones exclusivas de un órgano, son más frecuentes las vías funcionales que alcanzan y comprenden distintos órganos y aparatos.

Cualquier problema que estudiemos —el metabolismo del calcio, del agua y los electrolitos— es vasto y los factores que convergen en él, proceden de órganos distintos cuyo conocimiento y exploración desafían cualquier tendencia demasiado exclusiva a la especialización.

Cuando interesa desentrañar el diagnóstico y el mecanismo fisiopatológico de un síndrome, es inevitable la hospitalización. Esto es una prueba de la unidad de la medicina de nuestro tiempo; si el médico, el internista no se siente capacitado

para llevar a cabo una investigación debe intervenir el equipo, que representa la suma de conocimientos y técnicas que desbordan la labor de un solo hombre.

Si la Medicina Interna no puede ser ejercida en los confines de nuestra consulta médica, el internamiento en la Clínica significa, que su misma variedad, exige la colaboración de otros colegas. Este conjunto o equipo diagnosticador, es la genuina representación de la Medicina Interna de nuestros días, en su más alta y eficaz acepción.

El sentimiento de la incapacidad personal para resolver determinados problemas no es exclusivo del Internista, sino que afecta a cualquier médico especialista. Unos y otros vivimos una época de avance y transformación en el ejercicio profesional, que nos obliga a integrarnos en una labor de conjunto. Estas instituciones que acojen en su seno a las distintas modalidades de la profesión, claman contra el trabajo independiente y solitario del médico sea cual fuere su dedicación.

ENFERMEDADES QUE RESISTEN A LA ESPECIALIZACION

Si la especialización es factible y lógica en gran número de afecciones del tubo digestivo, del hígado, del sistema nervioso, no es menos cierto que existen grandes zonas de la Patología Interna que se resisten a la especialización; y esta dificultad a integrarse en una víscera o aparato la hallamos incluso en muchas dolencias adcritas a una determindo sistema orgánico. Cuando en el capítulo de las enfermedades vasculares, los angiólogos se ocupan de la arteritis de la temporal, se encuentran que en el contexto de esta dolencia, existen localizaciones oculares, accidentes neurológicos, concomitancia con enfermedad de las arterias coronarias, que ponen a prueba la formación del médico.

En el grupo de las conectivitis, el proceso puede comenzar y desarrollarse de forma inesperada y 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 a especialistas de toda índole. A excepción de los pequeños procesos, infecciosos localizados, el resto de la patología infecciosa, rompe las vallas de cualquier intento de especialización; y aún aquellas que en su comienzo están localizadas, no po-

cas veces saltan la barrera cutáneo-mucosa convirtiéndose en focos de sepsis, que exigen por parte del médico un conocimiento general de la patología de los órganos, para descubrir, un absceso renal o una perinefritis, la presencia de endocarditis vegetante, de osteomielitis, tromboflebitis o una meningitis purulenta.

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

EL PATOLOGO FRENTE A LA MEDICINA INTERNA

En muchas naciones europeas y concretamente en España, el Patólogo cumple su misión en el Laboratorio, aislado y separado por completo de los Servicios de Medicina y Cirugía. Los dictámenes elaborados en un ambiente desconectado de la clínica son a pesar de ello regularmente coincidentes con el diagnóstico médico.

Pero con frecuencia existen discordancias y limitaciones en el juicio del Patólogo; en esta circunstancia su dictamen se limita a una descripción analítica y morfológica de la preparación sin atreverse a sentar un diagnóstico concreto.

Recientemente en el Departamento de Anatomía Patológica de nuestro Servicio, acaba de celebrarse un curso de diagnóstico histopatológico, en el cual han intervenido largamente dos profesores —los Profesores Arean y Galindo— que ejercen en Universidades norteamericanas. La aportación de estos patólogos, ha puesto de manifiesto una vez más la importancia del Patólogo en las Universidades de Norteamérica.

Las aportaciones de estos profesores consistieron en la exposición detallada del caso clínico con las pruebas biológicas concernientes a a la presentación de documentos radiográficos, que fueron ampliamente discutidos; sólo al final de la exposición se presentaba el documento anatomopatológico.

Como se comprende para alcanzar este resultado es imprescindible estar al corriente de los métodos clínicos, de la interpretación radiográfica. En nada se distingue esta labor de la que realiza el Internista. En conclusión se trata de una visión amplia del diagnóstico, realizada desde el ángulo de enfoque de las lesiones.

No se diferencian estos Patólogos del Internista, del que poseen la misma vastedad de conocimientos, sino en que el eje de la discusión se centra en las lesiones halladas en la necropsia o por medio de una captación biópsica.

Los Patólogos que concurren habitualmente a las Clínicas, a los Quirófanos, deben ser considerados asimismo como Internistas; de estos poseen la amplia cultura y conoci-

mientos no limitados a un órgano o sistema determinado. La Medicina Interna tiene así dos vertientes distintas aunque estrechamente vinculadas; la Clínica, en la que el interrogatorio, el síntoma y el signo físico, son el punto de partida para la diagnosis; y el Patólogo, en que el eje del juicio diagnóstico consiste en la lesión, pero no juzgada como un dato aislado, sino confrontado con los datos que ofrece la Clínica.

Estos Patólogos que así conviven en las Clínicas, deben ser considerados como una variedad del Internismo, cuyos límites y formación por lo extensa y matizada se identifican con las del profesional de Clínica Médica.

FORMACION DEL INTERNISTA

Es obvio que en la etapa universitaria, las asignaturas básicas de la carrera de Medicina han de ser las mismas para todo el alumnado. Pero si desde esta época cabe, en un caso determinado, hacer alguna distinción —cuando el alumno demuestra desde un comienzo su preferencia para actividades de índole médica o bien quirúrgica— entonces debe aconsejarse a los primeros una especial dedicación a preparar tres asignaturas fundamentales: La Fisiología y Química biológica, la Anatomía Patológica y Bacteriología e Inmunología.

Durante los primeros cursos no es aconsejable el ingreso en las Clínicas, sino dirigir la atención a la enseñanza práctica en los laboratorios de Bioquímica, Anatomía patológica y Bacteriología, especialmente a las dos primeras.

Al comenzar el período clínico de la Licenciatura es el momento oportuno para el internado en una Clínica de Medicina. Hay estudiantes a los que atrae desde su formación escolar el cultivo de una determinada especialidad médica; hay que evitar esta dedicación prematura, para ello hay que aguardar haber terminado la carrera. Superada esta etapa es cuando debe modelarse el futuro Internista.

No existe oposición alguna —sino cohesión concordante— entre el cultivo de la Medicina Interna o el de una especialidad médica. La diferencia entre internistas y especialistas no existe; ambos deben ser considerados médicos internistas, unos destinados al cultivo de la profesión con una visión más amplia y hasta cierto punto homogénea y los especialistas dedicados a las enfermedades de un órgano o de un sistema, pero con una formación pantiátrica que evita la visión fragmentaria del problema clínico.

Internistas y especialistas sólo en sus polos más distanciados se diferencian; en la zona intermedia se confunden unos y otros. Porque es evidente que no hay Internista que posea una formación equilibrada en sus conocimientos; es natural la interese más un factor de la Patología

que otros. De los mejores internistas que yo conocí hacia el año 1920, decía un colega tan irónico como agudo; «la patología del tórax la conocen bien, la del diafragma hacia abajo, mucho menos y de sistema nervioso casi nada.» Manera tan pintoresca como justificada, de expresar que en las mejores épocas del Internismo, el saber del profesional no se extendía por igual, a todos los órganos, sino que guardaba importantes limitaciones.

Hay que identificar como Internistas a los que cultivan con preferencia alguna de sus ramas, de aquí surge la justificada denominación de Internista, con el aditamiento aclaratorio de hematólogo, reumatólogo, cardiólogo, etc.

La manera de llevar a cabo la formación del Internista, es convencional y depende de la forma de ejercer la profesión en cada país. Pero es evidente que en líneas generales, los planes de estudio tendrán grandes semejanzas para lograr el título de Médico Internista, cuando éste sea exigido por la legislación del Estado, cosa lejos de estar vigente en la mayoría de países.

Pero sea para conseguir el diploma oficial o, lo que es más importante, con el deseo de poseer una formación adecuada, se puede cifrar en un mínimo de tres años aproximadamente la etapa formativa.

Estos tres años se dividirán en 6 cursos de 4 a 6 meses cada uno de ellos. En nuestra opinión es aconsejable que los cursos se dispongan de la siguiente manera: 1.º Enfermedades cardiovasculares con prácticas de Electrocardiografía. 2.º Aparato digestivo. 3.º Enfermedades del aparato respiratorio y técnicas de reanimación. 4.º Enfermedades endocrinas y del Metabolismo. 5.º Neurología y 6.º Infecciones y Hematología. En conjunto los estudios se realizarán en régimen de Internado ejercitándose en las técnicas exploratorias y diagnósticas en los correspondientes servicios del Departamento. Este conjunto de distintos equipos por los que pasará el aspirante, es la genuina representación de la Medicina Interna de nuestros días, rehuyendo la práctica médica unipersonal y amparándose en todo caso en una labor colectiva de grupo.

El título de Médico Internista tiene en la actualidad estado oficial en cinco países de Europa: Alemania, Bélgica, Italia, Luxemburgo, Países Bajos; en Francia está aún en estudio el plan de enseñanza adecuado.

La duración de los estudios o estancia en clínicas oficialmente designadas para conseguir el título de Internista es de 5 años en Alemania Países Bajos y Bélgica, en Italia de 4 a 5 años y en Luxemburgo de 4 ½ años.

En Alemania se desarrollan estos cursos en los servicios universitarios u otros científicamente asimilados, cuya designación corre a cargo de los Colegios de Médicos; el as-

pirante que asiste a las Clínicas cumple servicios de guardia y eventualmente concurre a los laboratorios de diagnósticos biológicos. El certificado del título es otorgado por una comisión de médicos internistas.

El trabajo del aspirante en el servicio a que ha sido destinado consiste en la revisión de la casuística de las múltiples especialidades que forman el cuerpo de la Medicina Interna. La revisión de los casos se acompaña de una conclusión o síntesis comentada acerca las peculiaridades del caso observado.

Anexo al Servicio o independiente pero en estrecha conexión con el mismo debe existir un laboratorio de biología médica, en el que se realicen los trabajos concernientes a bioquímica, serología, bacteriología clínica, hematología y donde el aspirante puede realizar algunas de estas técnicas.

Asimismo es indispensable frecuentar el departamento de Anatomía patológica, desde la asistencia a las autopsias, hasta la lectura de los documentos histológicos.

Hay que disponer en todo caso de un departamento de Radiodiagnóstico, a cuyo servicio concurren además del jefe del mismo, los auxiliares que se precisen para determinadas técnicas como son la angiografía, neuro-radiología, entre otras.

Debe existir una biblioteca de textos y revistas con posibilidades de información acerca literatura médica, para orientar las investigaciones de un caso determinado o para iniciar estudios especiales.

Finalmente la Escuela de Medicina Interna cuidará de organizar sesiones semanales anatomo-clínicas, en las que participarán todos cuantos colaboradores integren el servicio para discutir ampliamente los casos presentados antes de dar por terminado el proceso anatomo-clínico y ser definitivamente archivado.

Para el logro de estas distintas actividades se impone que el postgraduado dedique todo el día a la comisión de sus distintos trabajos. Se le encargarán como hemos indicado ocupaciones de índole diversa con el fin de evitar la limitación a un orden demasiado concreto de actividades. Para realizar este programa es imprescindible el trabajo «full time», lo que trae como natural consecuencia que durante este tiempo el médico aspirante haga vida en el hospital, el cual se encargará de proporcionarle un alojamiento digno, de su manutención y asignarle un sueldo, cuya cuantía le permita subvenir a sus necesidades. Los Estados del mundo actual tan poderosos y tan fáciles y dispuestos a imponer cargos tributarios, deben asimismo cuidar adecuadamente de la enseñanza, de promocionar médicos aptos y es a ellos a los que deben dirigirse las Instituciones hospitalarias y universitarias en petición de un apoyo económico eficaz. Actualmente en los países de la comunidad eu-

ropea, la unión de médicos especialistas, tiene prevista la disposición de que algunos de los años de esta enseñanza, se puedan cumplir en clínicas de otros países, con la previa exigencia que supone el conocimiento de la lengua del país extranjero a que va destinado el aspirante.

LA PALABRA DEL MEDICO Y EL TECNICISMO

Los métodos exploratorios son cada vez más numerosos; ellos explican en gran parte, la formación de nuevas esepecialidades. La técnica, más que una determinada base doctrinal es el origen de las recientes especialidades: la Electroencefalografía, la Electromiografía, la Neuroradiología, la Medicina Nuclear, entre otras.

No siempre son inofensivas las técnicas; la Angiografía cerebral, pongo por caso, ha dado y sigue ofreciendo serios contratiempos.

En todo progreso no todo es ganancia; las nuevas técnicas desplazan a las antiguas, con peligro para éstas de ser subestimadas u olvidadas.

Hemos observado cómo el médico practica con precipitación y superficialidad el interrogatorio del paciente y sus familiares; dirige atolondradamente su atención a las pruebas radiográficas y a los resultados del laboratorio; la interpretación de estos documentos, no siempre facilita y aclara el diagnóstico, y a veces lo complica.

Un análisis clínico, un protocolo radiográfico, no tienen valor absoluto, sino el que resulta del contraste con el juicio del médico; si este enjuiciamiento previo no existe, todas las pruebas aportadas pierden significado y eficacia.

El médico debe dirigir su atención a las pruebas auxiliares cuando está previamente informado y orientado a través de la anamnesis, que sigue siendo la pieza fundamental del arte clínico.

Nada es tan eficaz y rico en sugerencias como el interrogatorio del enfermo, que por contraste, no pocas veces se deja en manos de un interno o estudiante poco formado. En tal circunstancia, el médico debe llevar a cabo personalmente y corregir las lagunas de la anamnesis y no descuidar la encuesta de los familiares o más próximos allegados, pues éstos son una importante fuente de información. Estos diálogos ofrecen datos orientadores que ningún otro método exploratorio puede ofrecer. De este proceso verbal, llevado a término con el discernimiento que sólo con experiencia puede llevarse a buen término, el médico debe formarse un juicio, un prediagnóstico, una hipótesis de trabajo que le servirá para el mejor razonamiento diagnóstico; cuando el médico al terminar un interrogatorio no ha orientado el camino a seguir en la ulterior investigación, ésta será, con

frecuencia, poco expresiva e inoperante.

* * *

Cuando se ha obtenido un diagnóstico, no debe confiarse a un auxiliar, la revelación al paciente de la enfermedad que sufre y el tratamiento a seguir. No hay que olvidar que los consejos acerca los cuidados higiénicos tienen en ciertas dolencias más valor curativo que los fármacos.

El médico debe explicar al paciente en forma sencilla y comprensible cuál ha sido el diagnóstico obtenido, la probable evolución del proceso y las líneas generales del tratamiento a seguir.

En ningún momento el arte médico se demuestra tan eficaz y humano como en esta relación verbal. En el amplio capítulo de las dolencias funcionales —que es numéricamente el más importante que acude a consultar— la palabra del médico es orientadora, sedante, y sin lugar a dudas, curativa. No son pocas las dolencias que se alivian con sólo ser oportunamente explicadas.

La palabra del médico obra como ensalmo, que desangustia y tranquiliza al paciente que acude a la consulta presumiendo padecer una enfermedad grave o incurable.

El saber aconsejar y orientar a los pacientes, es cuestión que no explican los libros, como tampoco hay tratado que pueda enseñar cómo manejar los pinceles para crear una obra pictórica.

El saber convencer a los enfermos y abrirles el camino a la esperanza de su curación es condición que no todos los médicos saben practicar; en esto es precisamente donde reside el arte de ejercer la profesión. No hay que confundir esta noble cualidad, con el charlatanismo y el fraude; la palabra del médico es mágica cuando la pronuncia un profesional culto y probo.

Con frecuencia el fármaco aconsejado, no es más que un placebo, que continúa la eficacia de la palabra del médico en ausencia de éste. La curación en no pocos casos es un acto de fe.

La calma y el ambiente sedante en que se desarrolla la relación verbal entre médico y enfermo, es indispensable para una mejor eficacia. El médico no debe dar nunca la impresión de superficialidad, de que está demasiado atareado y que con rápidas y breves palabras procura sacarse al enfermo de encima.

En esta época actual, en que se corre el peligro de convertir al médico en un funcionario, estas reglas de trato y de convivencia con el enfermo merecen ser recordadas y no descuidadas en la práctica diaria.

Es cosa sabida que un paciente que no cura tratado por un determinado profesional lo es por otro con independencia del medicamento prescrito. Lo medicamentos curan según quien los prescribe; el fárma-

co es símbolo de la fe y confianza del médico. Es obvio que este aserto se aplica a los enfermos con afecciones funcionales y psicosomáticas; otro capítulo distinto es el de los que sufren una enfermedad orgánica grave; pero aun en tales casos la palabra del médico, si no cura, alivia y abre perspectivas a la esperanza.