

2

Quiénes somos los médicos clínicos y cuál es nuestro rol en la medicina actual

Somos una especie en extinción? Esperemos que no, por el bien de las personas-pacientes.

Existe mucha confusión en la comunidad respecto a saber qué o quiénes somos; si somos médicos clínicos o internistas, si somos generalistas o no, y cual es claramente nuestro rol. Existe un concepto generalizado en la población: “se es clínico o se es especialista”. Hasta los mismos médicos presentan algún nivel de desorientación.

Intentare exponer algunas ideas en relación con estos temas.

Nos llamamos clínicos? o internistas?. Los nombres “Medicina Interna” y ”Clínica Médica” tienen significado poco claro para el público general. Lo mismo ocurre al calificar como “clínicos” ó “internistas” a los médicos que la practicamos. Algunos de nuestros colegas tienen asimismo la misma confusión.

Debemos tener nosotros claros estos conceptos, para poder luego transmitirlos a la Sociedad.

Muchos médicos nos consideran profesionales que asistimos problemas de baja complejidad, y cuando el problema fuera complejo, actuaríamos como simples derivadores a un médico especialista..

Pero, por otra parte y en sentido contrario, el comentario no expresado, muchas veces pensado, y a veces explicitado por nuestros pacientes es: “vine a buscar un clínico y veo un certificado que dice que Ud. es Especialista en Medicina Interna y/o en Clínica Médica, certificado y recertificado. “Estoy confundido/a”.

La primera respuesta es que ***los médicos clínicos somos fundamentalmente médicos asistenciales***, aunque realicemos tareas en distintos lugares y niveles de atención y podamos desarrollar o no, actividades en docencia y/o investigación.

Un poco de historia

Coincidente con el desarrollo de los hospitales, surgen alrededor de los años 1880 en el ambiente médico germánico, los términos “Medicina Interna” e “Internista”, del alemán *Innere Medizin*.

Fueron utilizados por primera vez en el año 1882 en un Congreso médico como sinónimo de Clínica Médica o Medicina General, que era su denominación previa.

En el año 1894 la revista *Zentralblatt fur Klinische Medizin* cambia su nombre a *Zentralblatt fur Inneren Medizin*. Esto se relacionó con la división del estudio en Medicina Interna (referido a los órganos y sistemas internos) y Medicina Externa, siendo del dominio de los cirujanos la Medicina Externa y de los clínicos, la Medicina Interna.

Otra interpretación es que los clínicos tratábamos las enfermedades desde adentro y los cirujanos desde afuera. En mis años de estudiante en la Universidad Nacional de Buenos Aires (1956/61), teníamos como materias de la Carrera de Medicina, Patología Externa y Patología Interna.

En referencia a qué somos y cual es nuestro rol, en el año 1986, el Dr. Paul Beeson director-editor del libro “Cecil-Loeb Textbook of Medicine”, planteó muy claramente que la *“Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención”*.

Esta definición resalta dos características fundamentales:

1. separa el campo de acción del internista de las otras especialidades clínicas básicas: cirugía, obstetricia-ginecología y pediatría, porque atendemos solamente adultos y no realizamos tratamientos quirúrgicos.
2. explicita que la atención del enfermo es integral (en inglés comprehensive), lo cual distingue la acción del internista de quienes ejercen las subespecialidades de la Medicina Interna.

Para cumplir con el concepto de atención integral, debemos incorporar a los conocimientos de las ciencias biológicas, conocimientos en ciencias humanas y sociales que contribuyen al propósito integrador.

Reflexión: Prefiero adoptar la *denominación de médico clínico*, que significa poder abordar todos los problemas de salud que presenta una persona adulta a lo largo de su vida. No “cerrarnos a los órganos o sistemas internos”. Compartir su atención con los especialistas cuando corresponda, sin abandonar el seguimiento.

¿Qué significa ser médico clínico?

Para ser médico clínico primero hay que ser médico, lo que significa mucho más que finalizar la Carrera de Medicina, o aún mucho más que finalizar la Residencia.

En el reciente Congreso Internacional de Medicina Interna realizado en Rosario, el Prof. Jorge Manera a quien conozco y aprecio desde hace muchas décadas en su conferencia “Ser Clínico hoy : Desafíos y Dificultades” entre otros conceptos importantes, hizo referencia a la diferencia entre SER y TENER. Yo venía escribiendo acerca del SER médico clínico y tengo total acuerdo con el Dr. Manera en su apreciación.

No es lo mismo *SER* un buen médico clínico, que *TENER* un título de Especialista en Medicina Interna o en Clínica Médica. Para *TENER* el título de Especialista es necesario cumplir requerimientos de conocimientos y destrezas técnicas, quizás de competencias. Estos requerimientos son muy importantes, pero no suficientes para *SER* un buen médico clínico.

Esta diferenciación es de suma importancia conceptual y la escribo en el sentido utilizado por Erich Fromm en su libro “*¿tener o ser?*”, quien lo relaciona con el egoísmo y el altruismo, haciendo un análisis profundo. Lo plantea como dos orientaciones básicas del carácter humano.

Reflexión: *El sólo conocimiento teórico no alcanza para ser un médico o mejor dicho, un buen médico.*

El conocimiento de la ciencia biomédica es importante para entender los procesos patológicos, realizar diagnósticos, aplicar distintos tipos de tecnologías y realizar terapéuticas adecuadas. Es fundamental incluir también conocimientos en ciencias humanísticas: antropológicos, psicológicos, sociológicos, para poder comprender en su totalidad los problemas que nos pueden plantear nuestros pacientes.

Para ser médico hay que poseer además, destrezas técnicas y buena comprensión del ser humano.

Entonces... ¿Quién es el médico clínico?

- El que dispone de todos los elementos a los que nos referimos en párrafos anteriores
- El encargado de “guiar” a la persona adulta en el cuidado de su salud y durante su enfermedad.
- Es un médico que debe sentir respeto por el paciente y que la ética con la persona “le brote o le salga del alma”, y no, que se trate de una declamación o de un hecho teórico del estudio de la bioética.
- El que debe mantener una educación profesional continuada a lo largo de toda la vida profesional.
- El que debe estar comprometido con su paciente y comprometido con la profesión, que llega a ser una forma de vida.
- Nos “**recibimos de médico clínico**” cuando alguien nos reconoce como “*mi médico*”. Se trata de la misma persona a la que uno reconoce y siente como “*mi paciente*”.

Tenemos un compromiso que significa, estar “del lado” del paciente y no solamente “al lado” del mismo. Así lo diferencié en múltiples ocasiones y muy claramente el Profesor Mario Cámara, médico clínico argentino (Hospital Italiano de Buenos Aires – Sociedad Argentina de Medicina), inteligente y crítico pensador de los problemas que nos atañen a los médicos clínicos. Hemos compartido y discutido todos éstos temas en reuniones formales e informales a lo largo de varias décadas.

¿Cual es nuestro rol?

Habiendo definido qué o quienes somos, intentaremos definir nuestro rol.

Esta definición que debiera ser fácil, no parece serlo en el seno de la sociedad a la que pertenecemos en la cual están incluidos nuestros colegas y nuestros pacientes.

El rol del médico clínico ha sido estudiado por un grupo de docentes de la Universidad de San Marcos Lima, Perú. Concluyen luego de la realización de encuestas, que los pacientes no logran definir en forma clara la medicina interna ni el rol del internista.

Reflexión: *Es difícil definir nuestro rol si tenemos dificultades en la definición de nuestra identidad.*

Los Sistemas de Salud y nosotros mismos, somos responsables de éste hecho.

En una conferencia durante el 1er. Congreso Nacional de Medicina Ambulatoria hace ya más de 20 años, “Reflexiones para Rol del Medico Clínico Siglo XXI” (Buenos Aires, 1996) decía que debíamos:

- a) ser expertos en el cuidado integral y continuado de la salud de los adultos, incluyendo todos los niveles de atención.
- b) ser expertos en Medicina Ambulatoria, pilar fundamental de la asistencia clínica.
- c) ser expertos en la utilización del método clínico centrado en el paciente con absoluto criterio científico, pensamiento epidemiológico y consideración del entorno psicológico, familiar y social.
- d) tener clara la necesidad de regresar a la Semiología a la que considero el arte de observar, palpar, auscultar... de **descubrir** con todos los sentidos.
- e) saber diagnosticar teniendo en cuenta los factores biológicos, sin olvidar los emocionales, el contexto familiar, social y del medio ambiente.
- f) ser responsables del seguimiento, de la coordinación y del uso conveniente de los distintos métodos diagnósticos, además de la realización de las interconsultas necesarias.
- g) realizar tratamientos luego de evaluadas las evidencias científicas, considerando los riesgos y beneficios de su utilización.
- h) desarrollar tareas de prevención en todos sus niveles.
- i) acompañar y brindar alivio, cuando no tengamos la posibilidad de curar.

Reflexión: *En el año 2017 sigo pensando lo mismo acerca de nuestro rol.*

Somos los que para poder cumplir nuestro rol, debemos conocer la biografía del paciente donde incluimos su problema actual –**una película**–. Lo contrario pero no infrecuente, es atender el problema actual sin contexto ni biografía –**una fotografía**. Esto último, es adecuado solamente durante el manejo en guardias o en emergencias. La diferencia entre una foto y una película en relación con nuestra tarea, la reitero en diferentes momentos del libro.

Reflexión: *En síntesis, somos el médico de cabecera de los adultos.*

Función de Acompañamiento

Es una de las tareas más importantes y difíciles de nuestra profesión médica, que no hemos aprendido durante nuestra carrera ni en los libros de texto. Muchas veces no podemos curar, pero debemos siempre intentar aliviar y acompañar al paciente y a su entorno. Este acompañamiento incluye las etapas y momentos finales de la vida.

Debemos incluir a la familia durante este acompañamiento, mientras lo necesiten. Esto, que parece tan simple, es difícil y no ocurre en forma habitual. Cuando se logra, puede proporcionar un importante reconocimiento y gratitud.

Medicina Ambulatoria

Decía previamente que el médico clínico debe ser un experto en Medicina Ambulatoria, como lugar privilegiado de nuestra tarea médica.

La Medicina Ambulatoria, no es sinónimo de medicina simple o de baja complejidad como muchas veces se ha creído, sino que en éste ámbito podemos y hacemos, estudios y tratamientos de pacientes muy complejos.

La **atención médica primaria** está incluida en nuestras incumbencias y práctica profesional, pero no debemos circunscribirnos solamente a la misma, pues aunque es parte fundamental de nuestra tarea, no es sinónimo de ser médico clínico, y corremos el riesgo de restringir nuestro campo de acción.

Certeza; los distintos niveles de prevención se entremezclan en la buena consulta.

Ejemplo: nos consulta un paciente adulto portador de Diabetes Tipo 2. Tiene 4 hijos, de los cuales 3 presentan obesidad. Al analizar la situación y asesorarlo estamos realizando acciones de prevención primaria con los hijos. Realizamos acciones de prevención secundaria y/o terciaria en nuestro paciente de forma simultánea.

Es útil aclarar que las actividades de práctica ambulatoria no son exclusivas de los médicos clínicos, sino que incluyen a todas las especialidades médicas asistenciales, quizás con la excepción de los médicos dedicados a Medicina Crítica y los Cirujanos durante su trabajo en el quirófano.

Donde desarrollamos nuestra tarea asistencial?

Podemos desarrollarla en distintos ámbitos; hospitalarios o extrahospitalarios, en internación, en consultorio, en guardia y/o en el domicilio del paciente.

Asimismo los médicos clínicos estamos capacitados y podemos actuar en distintos niveles de complejidad.

El consultorio como sitio privilegiado de nuestra tarea es un ámbito especial y difícil, sobretodo porque estamos solos con el paciente, con poca posibilidad de intercambio con pares, **en la soledad del consultorio**. Esto es una diferencia con el escenario del paciente internado donde en general estamos acompañados.

En el año 2014, durante una conferencia en las Jornadas del Hospital Heller de Neuquén (Unidad docente-asistencial de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Comahue) expresé, reiterando pensamientos previos, que el médico clínico es un *“Experto en el cuidado integral y continuado de la salud de los adultos, que comprende todos los niveles de atención”* y que actúa en:

- Tareas de prevención
- Diagnóstico oportuno
- Tratamiento adecuado
- Responsable del seguimiento, de la coordinación y de las decisiones.
- Como segunda opinión en pacientes complejos

Durante la conferencia de esa Jornada propuse un esquema acerca de los lugares de trabajo que nos competen, no siendo excluyentes entre sí. Para cumplir con este propósito es conveniente contar con médicos de asistencia prolongada y/o dedicación exclusiva, como sucede en la mayoría de los Hospitales del Sistema de Salud de la Provincia de Neuquén (Gráfico 1).



Gráfico 1.-

Medicina Hospitalaria - El médico hospitalista

Es llamativo el desarrollo que ha tenido ésta nueva especialidad en los sistemas de salud de Inglaterra, Canadá, con un explosivo crecimiento desde hace poco más de dos décadas en USA y en la última década en nuestro país.

Este tema en el cual no soy experto, *me genera más dudas que certezas*, más preguntas que respuestas. Me domina una sensación de incertidumbre con preocupación, por pensar que hemos asistido y seguimos asistiendo a una nueva fragmentación de nuestra especialidad, a una nueva fragmentación de nuestro rol.

Seguramente es una propuesta bien intencionada pensada para mejorar la seguridad de los pacientes durante la internación y realizar una adecuada utilización de los recursos, ocupándose del gerenciamiento de los mismos.

En el transcurso de la historia, los médicos nos fuimos diferenciando en especialidades por distintos factores; edad del paciente (pediatría y geriatría), sistemas anatómicos y fisiológicos que nos involucran (oftalmología, cardiología, gastroenterología), el tipo de práctica y/o instrumental que utilizamos (radiología y cirugía), etc. La **medicina hospitalaria**, por el contrario, es definida por la ubicación del escenario en el que se realiza la atención.

Los médicos hospitalistas han sido incorporados en instituciones que cuentan con servicios para internación de adultos, sectorizados por especialidades y/o subespecialidades (atención atomizada). La incorporación de un internista al staff de los servicios quirúrgicos representa una mejor calidad de atención, de lo cual no tengo dudas y existe bibliografía que así lo demuestra. Los médicos internistas-hospitalistas ejercen la coordinación general del área. Esto proporciona una visión más integral de los problemas que pudieran surgir durante la internación, que muchas veces están relacionados con las comorbilidades y no, con el motivo que llevó a la internación de ese momento. Ejemplo: paciente ingresado en Servicio de Cirugía por un episodio de colecistitis aguda, con antecedentes de diabetes, hipertensión arterial y de un episodio de isquemia cerebral recuperado. Es muy importante la participación del médico clínico coordinando la asistencia de éste complicado y riesgoso paciente.

Las actividades del médico hospitalista incluye el gerenciamiento de los costos durante la estadía hospitalaria, entre otras muchas tareas: asistenciales, docentes, de investigación.

Es probable que sea una buena herramienta si es utilizada adecuada y racionalmente, pero riesgosa ante la posibilidad de una malintencionada instrumentación.

¿Como hemos respondido los médicos clínicos?

Los programas fueron incorporados con mucha fuerza y rápidamente surgieron defensores y detractores. Los médicos que ejercíamos la clínica médica en internación y en ambulatorio planteamos dudas y críticas, pero en “voz baja” y sin ningún tipo de organicidad temiendo ser criticados por conservadores y por dificultar la incorporación de modelos innovadores.

Más allá del acuerdo o desacuerdo con la inserción de ésta figura, hemos visto una vez más que los médicos hemos opinado poco y nos hemos adaptado con el fin de cumplir las estrategias que se nos propusieron o impusieron.

La Medicina Hospitalaria con su nuevo rol y significado, fue avalada por nuevas Sociedades Científicas creadas al efecto, que rápidamente organizaron planes de capacitación de los internistas a fin de lograr una pronta y mejor implementación del modelo propuesto.

En la reunión de la Sociedad Médica de Massachusetts realizada con motivo del “*20th Anniversary of the Hospitalist*”, el Dr. Richard Gunderman del Departamento de Medicina de la Universidad de California, dicta una conferencia muy interesante “Hospitalists and the Decline of Comprehensive Care” publicada en *New England Journal of Medicine* en 2016. *Plantea que la especialidad “médico hospitalista” es una nueva fragmentación de la clínica y del rol de los clínicos.*

Han observado que éste modelo ha producido resultados positivos en la reducción de la duración de la internación y de los costos de hospitalización aunque sin gran significación. Agregan que no se conoce bien el impacto en el estado general de salud, en los costos totales y tampoco el impacto sobre el bienestar de los pacientes y de los médicos.

Publicaciones previas de estudios observacionales, observaron leves disminuciones en la duración de la estadía y de los costos, sin modificaciones en las tasas de mortalidad ni en la de reinternaciones.

Queda claro que el beneficio mayor es observado en servicios quirúrgicos de alta complejidad con el comanejo entre el especialista y el médico hospitalista: servicios de neurocirugía y de cirugía cardiovascular.

Cuando analizamos el impacto en la mortalidad y en la satisfacción de los pacientes nos sorprende el hecho de la relativa falta de datos concretos. En Pubmed encontramos 15 citas en los últimos 5 años ante la búsqueda relacionada con mortalidad y 13 citas en la relacionada con satisfacción de los pacientes.

Reflexión: *No se deberían analizar solamente los resultados en medidas de eficiencia y eficacia con una mirada cuyo centro principal sea el funcionamiento de las instituciones.*

La asistencia médica realizada en forma de equipos, o sea, varios médicos que atienden simultáneamente al paciente internado puede crear confusión y dificultar la identificación del médico responsable. La profundidad de la relación entre el paciente y el/los médicos tiende a disminuir, fenómeno que preocupa a los que consideramos *la relación médico-paciente como el núcleo de una buena atención médica*.

Reflexión: *Los beneficios de las instituciones no siempre están alineados con los mejores intereses de los pacientes y de las comunidades.*

Desde el punto de vista de la educación médica, se corre el riesgo que ésta nueva fragmentación suprima los modelos de atención ambulatoria, para los alumnos y/o los médicos residentes.

Reflexión: *En la educación se pierden los modelos de atención integral !!!*

Certeza: La incorporación del médico hospitalista, internista capacitado, representa un importante avance en la calidad de asistencia sobretodo en servicios quirúrgicos, especialmente en los de alta complejidad como neurocirugía y cirugía cardiovascular.

El médico clínico de cabecera durante la internación

Es un área de mucha confusión. Puede ser desconcertante para el paciente y sus familiares descubrir que su médico clínico no lo verá en un momento de gran necesidad, mientras enfrenta a una enfermedad o una lesión grave que justifica la internación. Este médico es el que mejor lo conoce y al que mejor conocen el paciente y sus familiares; figura de referencia para ellos.

En los sistemas actuales de atención médica el médico de cabecera no tiene rol alguno ni presencia durante la internación. Este hecho tiene varias explicaciones; falta de tiempo del médico para concurrir al lugar de internación, falta de reconocimiento de honorarios.

La asistencia general del paciente internado *es responsabilidad del equipo de internación* que debería estar coordinado por un médico clínico-internista

capacitado. La presencia del médico de cabecera puede colaborar para una mejor aceptación de las prescripciones por el paciente y sus familiares. Se produciría una mejor sensación de seguridad del paciente y de sus familiares lo que favorece el accionar de los médicos responsables, y quizás, mejorar el curso de la enfermedad.

Reflexión: *Es probable que lo mejor sea la participación del médico de cabecera, durante la internación de sus pacientes trabajando en forma conjunta con el equipo de internación y no solamente como visita ocasional y voluntaria.*

Soluciones posibles: 1. Los médicos deberían tener dedicación exclusiva o permanecer un horario suficientemente prolongado que permita realizar tareas en áreas de internación y de medicina ambulatoria.

2. Los médicos de cabecera que desarrollen tareas solamente en áreas ambulatorias (intra o extramuros), deberían tener tiempos asignados para visitas a sus pacientes internados o recibir honorarios por esta actividad. Estos tiempos pueden ser utilizados para poder intercambiar opiniones con los equipos de internación y para apoyo al paciente y a sus familiares.

***Algunos grupos de Especialistas tienen más claro
nuestro rol que nosotros mismos!!!!.***

Me ha llamado la atención el alto reconocimiento a nuestra especialidad por parte del **Hospital Universitario Fundación Favaloro de Buenos Aires**, Centro de Alta Complejidad que en su página web dice lo siguiente:

“La Medicina Interna es la especialidad médica que se encarga del cuidado integral de la salud del paciente adulto, que abarca desde el paciente internado grave hasta el ambulatorio.

Forma la columna vertebral dentro de la estructura de un Hospital Universitario.

Ningún problema clínico del adulto es ajeno a su incumbencia y responsabilidad.

Su competencia profesional no sólo se limita al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, sino que desempeña un papel protagónico en la enseñanza universitaria de la Medicina.

El papel principal del especialista en Medicina Interna es convertirse en el médico de cabecera de los pacientes.

La correcta toma de decisiones requiere, además de un adecuado nivel de formación científica, un cabal conocimiento del ser humano, su situación social, cultural, económica y familiar.

La atención brindada por diversos especialistas altamente calificados requiere de la presencia integradora de un médico internista”.

Reflexión-pregunta: *Esta opinión es más clara que la vertida en muchas conferencias dictadas por médicos clínicos en distintas Jornadas o Congresos!!*

Cuando nos perdimos?. *Cuando hemos dejado de SER?*

En el libro “La Consulta Médica” el Dr. Norbert Bensaid inicia el prefacio de la siguiente manera: **“Este libro responde a una necesidad urgente: la medicina general corre peligro de desaparecer”**. Bensaid era un médico francés que hace más de 40 años llamaba la atención acerca de los riesgos que corría la atención de pacientes con los cambios que comenzaban a producirse en los sistemas de salud.

El desarrollo abrumador de la tecnología en métodos diagnósticos y terapéuticos, la aparición de nuevos escenarios donde se desarrollan nuestras tareas, los diferentes sistemas de contratación y la subespecialización de la medicina con fragmentación de la atención, han llevado a una asistencia deshumanizada.

Estas situaciones y la fragmentación de nuestra especialidad colaboraron para la confusión acerca del rol del médico clínico, del médico general, rol que estuvo claro y presente desde la antigüedad. ***Se ha perdido el rumbo.***

Reflexión - Certeza: **Los pacientes necesitan que los médicos, seamos médicos.** *Parece una verdad de Perogrullo, pero estoy seguro de la validez de ésta premisa.*

Los médicos clínicos somos un “rara avis” con tareas tan amplias que el techo de las mismas sólo es puesto por nuestra capacidad de capacitarnos, nuestra posibilidad de hacerlo, nuestra capacidad de autocrítica. Los que realizamos asistencia y docencia en forma integrada podemos abarcar muchos temas en forma casi simultánea: desde los efectos nocivos de la obesidad y las citoquinas de los adipocitos; discutir algunas guías clínicas de hipertensión o dislipidemias, estudiar los autoanticuerpos y los marcadores tumorales, etc, y además intentar definir cual es nuestro rol y filosofar alrededor de ello.

Me pregunto si los médicos clínicos integrales y capacitados, por ser “rara avis” y las dificultades en SER, estamos en riesgo de desaparecer. Espero que no, por el bien de nuestros pacientes.

Desde hace años, pienso y digo, que es importante **conocer “la cresta de la ola”, pero no colocar a nuestro paciente en la misma hasta que “el mar se calme”**, o sea, hasta que la información sea confirmada y transformada en conocimiento, evidencia.

Para finalizar; deseo que los médicos clínicos podamos cumplir con lo que decía Sir William Osler hace más de un siglo: **“Los médicos buenos tratan bien las enfermedades; los médicos excelentes tratan a los pacientes que presentan las enfermedades”**.

Bibliografía utilizada y recomendada

1. Beeson PB. One hundred years of American Internal Medicine. A view from the inside. *Ann Intern Med* 1986; 105: 436-44.
2. Romani F. y Atencia F. Nivel de conocimiento sobre la especialidad de medicina interna y percepción de los usuarios sobre el rol y capacidades del médico internista. *An. Fac. med* 2009; 70: 33-40.
3. Fromm Erich. En ¿Tener o Ser?. 1978. Edit. Fondo de Cultura Económica. Mejico.
4. Maglio Francisco (Paco). En Los pacientes me enseñan. Puentes entre el interrogatorio y el escuchatorio. 2011. Libros del Zorzal. Buenos Aires.
5. Kremer Armando. En Avances en Medicina Ambulatoria 1999. Cap. El médico clínico a fines del Siglo XX (algunas reflexiones). 1999. Edit. Sociedad Argentina de Medicina. Buenos Aires.
6. Flichtentrei D. El juicio clínico y la cola de los dinosaurios. *IntraMed Journal*, Vol IV, N° 3 pag 1-2. 2015. <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=88257>
7. Golden RL. William Osler at 150: an overview of a life. *JAMA* 1999; 282(23):2252-2258.
8. Reyes Humberto B. ¿Qué es Medicina Interna? *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1338-1344
9. Bensaïd Robert. La consulta médica. Siglo XXI editores. Mexico, 1976
10. Fundación Favaloro Hospital Universitario: Servicio de Medicina Interna 2014. www.fundacionfavaloro.org/medicina_interna.html. 25/11/2015
11. Richard Sunderman. Hospitalists and the Decline of Comprehensive Care. *N Engl J Med* 2016; 375:1011-1013
12. Peter K. Lindenauer y col. Outcomes of Care by Hospitalists, General Internists, and Family Physicians *N Engl J Med* 2007; 357:2589-2600
13. Robert M. Wachter, M.D., and Lee Goldman, M.D. The Emerging Role of “Hospitalists” in the American Health Care System. *N Engl J Med* 1996; 335:514-51
14. Bunge Mario. Filosofía para médicos. Gedisa editorial. España, 2012.