

Medicina Interna Pasado, Presente y futuro

JAVIER MOLINA • MEDELLÍN

Un célebre escritor decía: “Vive el presente, olvida el pasado y aborrece el porvenir”. Este pensamiento fue quizás pertinente en su época, pero ciertamente no lo es en la actual; vivimos el presente con gran intensidad, no podemos olvidar nuestro pasado y es menester hacer planes para el futuro. Tomamos situaciones del pasado para incorporarlas al presente y probablemente deberemos hacerlo hacia el futuro.

La medicina interna surge, como tal, en nuestro medio al finalizar la década de los 50 y en los albores de 1960. Los recién llegados internistas son los llamados a formar los servicios de medicina interna y posteriormente a estructurar los clásicos departamentos. Esto ocurre casi simultáneamente en Cali, Medellín y Bogotá.

Estos distinguidos internistas reemplazan entonces al célebre médico clínico de antaño, aquel que todos añoramos; tal vez muchos de nosotros infortunadamente no los conocimos en toda su dimensión ni tuvimos la fortuna de recibir sus enseñanzas pero oímos y seguimos oyendo acerca de su sabiduría y excelsas bondades. Era una época de transición y había lucha de generaciones. Existía en nuestro medio el programa piramidal donde se ascendía por antigüedad, pero aparecían jóvenes fogosos con deseos de superación permanente. Sin embargo, curiosamente, los jefes de clínica endosaban sus cheques para nombrar profesores de medio tiempo que ya aparecían en el panorama de nuestras escuelas de medicina y aceptaban en buena forma y sin egoísmo el ingreso de internistas jóvenes.

Fueron los jefes de clínica los pioneros de la medicina interna en nuestro país. Muchas ciudades de Colombia tienen sus ejemplos e injustamente omitiré muchos nombres. Vale la pena recordar a Miguel María Calle, David Velásquez, Eugenio Villa, Rafael J. Mejía y otros tantos en Medellín. También a Alfonso Uribe, Pablo Elías Gutiérrez, Rafael Carrizosa y Roberto Franco en Bogotá.

Este puñado de ilustres colegas que fueron los maestros de nuestros maestros, al parecer tenían un común denominador que los identificaba, la mística y la escala de valores. Eran caballeros en el más alto grado, colegas intachables, éticos al extremo con gran conocimiento de la sensibilidad humana; eran en fin cultos y humanistas. Colocaban los intereses del paciente en primer lugar, sacrificando sus propios beneficios; el aspecto económico pasaba a segundo término. Eran poseedores de acendrada pulcritud, gran imaginación y brillante inteligencia. Recetaban por igual a pobre y ricos y expresaban que también los pobres tenían derecho a ver un buen médico. Estudiaban en la noche con intensidad para resolver los problemas del paciente en las rondas matinales que se convertían en un manantial de disquisiciones diagnósticas. Eran hombres cultos y probos; conocían la literatura, la filosofía y las artes, pero ante todo eran verdaderos médicos. Obvio que no fueron perfectos, tenían grandes cualidades pero también defectos porque al igual que nosotros eran humanos y la perfección no es cualidad humana. Esos fueron los clínicos de antaño, que sembraron las raíces de nuestra medicina interna.

En los inicios de la década de los setenta surgen con ímpetu las subespecialidades de la medicina interna y durante 10 o más años este fenómeno, si bien productivo para la medicina y también en parte para los pacientes, hiere de muerte a la medicina interna general; ésta se mira ya como una agrupación de subespecialidades y no como una disciplina integral. El diagnóstico clínico que durante más de 20 años se hacía en las salas, se hace entonces en el salón de procedimientos o en el centro de imágenes. La estadía de los pacientes se acortó, pero paradójicamente debido a los avances tecnológicos los costos se incrementaron. Cuando el subespecialista se hizo reconocer, la enseñanza empezó a manejarse a este nivel.

Conferencia Lombana Barreneche, presentada durante el XII Congreso Colombiano de Medicina Interna. Bogotá, agosto-septiembre de 1992.

Dr. Javier Molina López: Profesor Honorario Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Acta Med Colomb 1993; 18: 2-7.

Los subespecialistas ganan fuerza y poder; las cátedras de nuestras universidades son llenadas por ellos. Probablemente los estudiantes tanto de pregrado y en mayor proporción de postgrado se identifican mejor con el subespecialista y es a éste a quien desean imitar, dejando de lado al internista integral. Las posiciones de avanzada, los cargos directivos de las sociedades científicas, también son ocupados por subespecialistas. Este fenómeno se acrecienta cada vez más hasta el extremo que en la actualidad la mayoría de los residentes de medicina interna no desean ser internistas integrales, quieren convertirse en cardiólogos, gastroenterólogos, reumatólogos, etc.

¿Qué ha ocurrido entonces y qué podemos hacer?

La medicina interna general está en crisis, algunos hasta llegan a afirmar que no existe, se deformó por la hipertrofia de las subespecialidades. Sin embargo, el problema más serio es la pérdida de liderazgo efectivo sin el cual no se puede llevar a cabo una acción productiva. Se deben identificar los problemas para solucionarlos adecuadamente, allí radica el liderazgo. El público en general no sabe qué es un internista, cuando en el pasado se conocía a cabalidad el significado del médico clínico, es decir, el médico de familia, centro de atención en todos los aspectos de la salud, que cuidaba y orientaba a sus pacientes en todo sentido, estableciéndose por consiguiente una estrecha e íntima relación médico paciente, aspecto trascendental y fundamental en todo acto médico. Los pacientes no los distinguen de otros médicos, todos saben qué hace el cirujano, pero ignoran la posición del internista. En la época actual el enfermo busca directamente al cardiólogo, al nefrólogo, etc., y sólo por insinuación de alguien acude al internista cuando no sabe qué lo aqueja.

Debemos aceptar que muchas virtudes del pasado se han deteriorado o perdido con el tiempo. Somos el producto de una sociedad contaminada por múltiples factores donde privan los aspectos económicos y la satisfacción personal.

Creemos que estudiar medicina nos hace acreedores al título de médico; su estudio no es difícil, pero ser verdadero médico es algo bien distinto. Para lograrlo tenemos que ser humanistas para encontrar y explorar las necesidades de nuestros pacientes, debemos tener vastos conocimientos médicos para convertirlos en destrezas; también debemos poseer aptitudes especiales y valores, elementos de compasión y altruismo porque los pacientes consultan a los médicos en busca de ayuda para resolver los problemas de salud de su cuerpo y su alma. Es menester hacer lo correcto en sacrificio de lo rentable.

Nuestras aptitudes dependen de la escala de valores y no se concibe un médico carente de éstos. Así como la madre se sacrifica por sus hijos, el médico debe hacerlo por sus pacientes. Es evidente y también lamentable observar que los valores y las aptitudes eran más claras en el pasado. Los conocimientos y las destrezas son y deben ser cambiantes; es destreza saber manejar adecuadamente la angustia de los

enfermos, también conocer por qué un paciente tiene o no determinada enfermedad; para lograrlo debemos tener un gran acopio de conocimientos que debemos incrementar todos los días y en todo instante.

Los internistas del presente tenemos mayor información, y ésta es de más fácil adquisición; también disfrutamos de los grandes avances tecnológicos que debemos aprovechar utilizándolos de una manera racional y justa, porque su advenimiento ha encarecido nuestra medicina. Si bien estos logros nos permiten hacer diagnósticos más sofisticados y utilizar tratamientos más racionales, nos ha lesionado también, la medicina se ha deshumanizado, y los médicos nos hemos desculturizado, resulta muy difícil tomar tiempo de nuestras actividades profesionales para dedicarnos a los aspectos culturales. Sin embargo, algo debemos hacer, porque es aplicable aquella frase que dice: "El médico que sólo de medicina sabe, ni medicina sabe". Es necesario recobrar el amor por la profesión; recordemos que somos médicos por devoción, quizás tenemos elementos de compasión altruista y respeto por la persona humana. Es desagradable escuchar "lamento ser médico, no quisiera que mi hijo fuera médico y haré lo posible para que cambie de opinión". Por el contrario es gratificante oír "si naciera de nuevo volvería a ser médico".

Definitivamente la medicina interna está en crisis, los cambios socioeconómicos han sido letales para muchos médicos y también para el internista integral. La aparición de la medicina prepagada, realidad incontenible, ha deteriorado la relación médico-paciente y también los intereses de los médicos. Sin embargo, lamentablemente el surgimiento de las compañías de asistencia médica fue producto de nuestra apatía y pasividad. Por años fuimos contemplativos e indiferentes y sólo ahora levantamos nuestra protesta cuando la esperanza de obtener resultados favorables parece lejana. Perdimos el sentido del colegaje y nos dejamos llevar por el menosprecio y la envidia; sentimos rabia y fastidio por quien sobresale y hace las cosas mejor que nosotros. No somos respetuosos con los profesores y denigramos de ellos; bien pronto olvidamos que fueron ellos quienes nos abrieron el camino y facilitaron los medios para nuestro bienestar académico y económico. Tampoco somos leales porque traicionamos, lastimamos y despreciamos a los colegas.

El urgente resurgimiento de las cátedras de ética parece indicar que algo no funciona bien y que existen anomalías en el comportamiento moral de los médicos, nuestros cimientos espirituales se han deteriorado al extremo; es necesario salir del abismo y del caos en que nos encontramos para que podamos expresar de nuevo, con satisfacción y altura que somos médicos, dignos representante de la más noble de las profesiones.

El presente siglo se ha caracterizado por un proceso dinámico de cambio permanente en medicina interna fundamentalmente por el descubrimiento de nuevas entidades, mejor enfoque terapéutico y el asombroso surgimiento de nuevas tecnologías.

La crisis de nuestra medicina se acentúa cada día y nosotros somos protagonistas de primera línea; es necesario el cambio y ese cambio nos compete a todos. Una reestructuración sustancial con modificación de los programas de educación se hace necesaria; no podemos quedarnos estáticos y perplejos; tenemos que luchar en forma obsesiva y contundente.

Los estudiantes de medicina no se sienten atraídos por la Medicina Interna. Por primera vez en Estados Unidos la cantidad y calidad de los estudiantes que desean ingresar a ella ha declinado significativamente; en 1987, el número de aspirantes empezó a disminuir drásticamente. Probablemente se debe a lo frecuente de las enfermedades terminales, al surgimiento del SIDA, a la complejidad de las enfermedades en el anciano, a los costos de hospitalización, la poca probabilidad de observar la evolución de las enfermedades y la incapacidad de emplear intervenciones terapéuticas en ancianos y pacientes terminales. La experiencia queda reducida a la atención y manejo de pacientes ancianos o con problemas médicos muy complejos. Esto sugiere que algo funciona mal y que es necesario encontrar soluciones.

Recientemente, se ha recomendado que los individuos y las organizaciones con liderazgo en medicina interna se aglutinen para estudiar y discutir los cambios necesarios que requieren la medicina, los pacientes y los médicos en el futuro. Con estos cambios se abrirán las puertas a los internistas del siglo XXI y podremos mirar con optimismo ese futuro que ya aparece ante nuestros ojos. Todo cambio debe estar dirigido a favorecer la producción de internistas integrales, porque deben ser ellos los verdaderos conductores y orientadores de la salud de los pacientes. El internista integral es el eje, el director de la atención primaria; es el viejo clínico del pasado.

Cualquier cambio debe pretender el incremento de la medicina ambulatoria, puesto que la mayoría de los problemas del internista ocurren allí, por lo tanto, a este sitio se deben desplazar buenos docentes y por todos los medios hacer la consulta ambulatoria más atractiva y deseada. Actualmente, los residentes se expresan bien de las rondas hospitalarias pero mal de la consulta, cuando quizás debería ser lo opuesto; erróneamente se cree que el consultorio es enemigo de la buena medicina. Se mira al médico de consulta externa como inferior y mediocre, y lo peor es que nosotros lo propiciamos por error de formación. Es necesario reestructurar los programas de medicina interna para preparar a los internistas del futuro en la práctica clínica. Los cambios curriculares deben favorecer a los pacientes, a los médicos y en general a la práctica de la medicina interna.

La medicina interna ha sido una disciplina dinámica porque el internista está siempre dispuesto a aprender nuevos métodos, terapias o tecnologías. Sin embargo, el internista integral de hoy se encuentra insatisfecho con su ejercicio profesional, ha sido desplazado por el subespecialista y sus ingresos no son los deseados. Ahora no estamos tan orgullosos de nuestra profesión como hace 20 años; la mayoría

de los internistas integrales con 10 ó 20 años de práctica no escogerían medicina interna de nuevo. Si bien el reconocimiento de una paciente agradecida o de un colega cirujano es satisfactorio y constituye una recompensa real, nosotros como médicos necesitamos más que compensaciones espirituales por el tiempo y energía que en la actualidad requiere la práctica de la medicina interna.

El programa actual de tres años de entrenamiento en medicina interna general y dos más para el subespecialista no establece diferencias en los profesionales en relación a la medicina interna; tan internista es el uno como el otro, pero el subespecialista al estar mejor capacitado en otra área, con frecuencia desplaza al internista integral de posiciones realmente establecidas para este último. El subespecialista es identificado más fácilmente y adquiere mayor prestigio dentro de la comunidad médica y el público en general. Se requiere en consecuencia otro cambio para que el internista integral equipare su capacidad intelectual a la del subespecialista. Vale la pena entonces reconsiderar el programa de dos y dos, en algunos casos, a mi juicio, es preferible un tercer año adicional y voluntario en la subespecialidad para hacer que este profesional sea aún más idóneo y competente. Muchos estudiosos y conocedores de la situación recomiendan aumentar el programa de residencia de medicina interna a cuatro años con el fin de preparar al internista del futuro en disciplinas necesarias para la atención adecuada de pacientes en el siglo venidero. Las enfermedades crónicas han reemplazado a las agudas en la consulta médica y el aumento en la supervivencia garantiza esta situación. Por lo tanto, tenemos que aprender el manejo de las enfermedades crónicas incrementando los conocimientos en geriatría; el internista también debe tener nociones básicas de inmunología, biología molecular, ginecología, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, epidemiología, salud pública, economía y administración. Sólo con un año adicional se pueden lograr estos objetivos. De esta manera el internista integral podría recuperar el liderazgo que perdió hace varios años, tendría mayor campo de acción con horizontes más amplios, más oportunidades de trabajo, mejores ingresos, mayor respetabilidad y más satisfacción por el ejercicio de su profesión en la práctica diaria.

Se han insinuado otros cambios revolucionarios en la preparación del internista; reemplazar los servicios de medicina interna por tres grandes departamentos: medicina subespecializada, cirugía y atención primaria; éste último debe estar orientado a la atención en medicina interna, pediatría y medicina familiar. Otros piensan que las diferentes disciplinas deben aglutinarse y constituir grandes bloques para la atención de pacientes con determinadas entidades; quizás sería mejor la unión de cardiólogos, cirujanos cardiovasculares, intensivistas, inmunólogos, etc. También la de reumatólogos, ortopedistas y fisiatras.

Es evidente que el trabajo en bloque mejora la atención del paciente y favorece la investigación. Este último aspecto preocupa a las sociedades médicas y centros universitarios;

si bien la investigación básica ha mejorado en los últimos años, la clínica es pobre y adolece de muchos problemas. Los profesores, en general, no tienen la formación adecuada y, por lo tanto, no pueden transmitir sus inquietudes a los estudiantes; es indispensable la creación de unidades de epidemiología con metodologías de investigación.

Pienso que la medicina y las subespecialidades no tienen fronteras y tanto los internistas integrales como los subespecialistas necesitamos en el futuro construir disciplinas más amplias, quizás más gratificantes que satisfagan también nuestros intereses. Por qué no pensar en la posibilidad de que estos profesionales, con entrenamiento adicional si fuese necesario, puedan efectuar ciertos procedimientos especiales, aún cirugías menores. De lograrlo, necesariamente se disminuirían los costos de la atención médica, se fortalecería la relación médico paciente y probablemente retomaríamos la imagen del médico clínico de nuestros antepasados. El internista del futuro debe aprender a coordinar sabiamente el equipo de salud, sólo así saldrá de la periferia donde se encuentra y se convertirá en el centro de todo problema médico. Debe estar capacitado en informática, conocer otro idioma, preferentemente inglés porque los conocimientos médicos y la información se encuentran en ese idioma. Tiene que poseer suficientes criterios y fundamentos para referir oportunamente sus pacientes a los diferentes subespecialistas, cirujanos, etc. No podemos ser egoístas y cicateros y referir los enfermos cuando se han deteriorado por nuestra culpa, y sólo al final, con problemas ya irreversibles pretendemos que los colegas nos solucionen los errores y asuman la responsabilidad. Si para los seres más cercanos preferimos la mejor atención, es apenas lógico y justo que de igual manera debe ser el comportamiento con nuestros similares.

Se presume que de no producirse estos cambios, las subespecialidades seguirán su ascenso, pero ellas también al menos en nuestro medio, están llegando a la cima y probablemente exceden las necesidades del país. Este es otro aspecto que debemos observar con detenimiento para no caer en el subempleo y la subutilización.

Los cambios son casi siempre necesarios, los son en la medicina, porque es una ciencia cambiante que exige estructuraciones y modificaciones permanentes. De hacerlos, sólo el tiempo nos dará la respuesta y comparando estas nuevas medidas con los programas de tradicionales, podemos encontrar diferencias en el futuro. Tenemos que incorporar al futuro las buenas obras y realizaciones del pasado, desechando las malas e inoperantes. Con estas bases y con nuevas ideas construiremos una época brillante y florida, entonces la medicina será mejor para bien de los pacientes, de nosotros mismos y de la propia medicina. Así la vida de nuestros hijos será más amplia, clara y abierta. Nosotros sembramos las ideas, ustedes los médicos del futuro tienen la obligación de organizarlas y hacerlas vitales. Ese es su compromiso, con nosotros, con su patria y con ustedes mismos.

El internista del futuro debe ejercer su profesión con dignidad y decoro ceñido a los cánones de la más rigurosa

y estricta ética médica. Tiene que velar por la salud de sus pacientes anteponiendo cualquier principio y circunstancia., Debe otorgar a sus maestros el respeto y gratitud que merecen, tener consideración por los colegas y mantener incólume el honor y las nobles tradiciones de nuestra profesión; debe también poseer elegancia intelectual, dedicación y humanismo.

Si bien el panorama parece más sombrío cada vez, no debemos claudicar, y como personas, pero principalmente como médicos, no podemos pretender que con el menor esfuerzo todo se nos dé y aceptar que el dinero se convierta en el centro de todos los acontecimientos de nuestra vida. Estamos en un tránsito generacional; es menester cambiar rápido sin dilaciones y no permitir que el proceso de transformación se torne interminable.

El internista del futuro debe ser dinámico, creativo e innovador; no puede aceptar aquello, que los viejos se murieron y que los esfuerzos los hicieron las generaciones del pasado. No se pueden cerrar las esperanzas a las nuevas generaciones, y éstas deben luchar y crear, no limitarse a mirar con pasividad lo que otros hicieron. Agradecemos, eso, sí, que nuestros maestros nos abrieron el camino y forjaron su grandeza en medio de grandes dificultades.

Hemos perdido el liderazgo, se esfumó con el tiempo y no parece haber uno claramente establecido, ahora quizás más que antes es necesario tenerlo y, si bien esta cualidad humana no se forja, simplemente se tiene o se carece de ellas, se debe por todos los medios rehabilitarla para que esa fuerza se proyecte a distancia y aglutine a nuestros profesionales para tornarlos más dinámicos, nobles, creativos y, sobre todo, mas humanos. Sólo así habremos recuperado la imagen de aquel viejo clínico, ejemplo de generaciones.

Tenemos que incrementar los conocimientos y convertirlos en destrezas para que con el tiempo se adquiera la mejor experiencia, porque el conocimiento previo es fundamental, no se puede pensar y racionalizar sobre algo que no conocemos. El aprendizaje clínico es el examen de la experiencia y con el buen seguimiento de nuestros enfermos aprenderemos, porque las lecciones más importantes las recibimos de ellos.

Estuvimos ayer, estamos ahora y estaremos siempre buscando lo mejor en la ruta del progreso. Con el tiempo, con constancia y consagración llegaremos a ser buenos pero no perfectos, porque la perfección no existe, pero sí nos podemos acercar a ella a través de nuestras buenas y ejemplares acciones.

No quisiera terminar sin mencionar el bello pensamiento del médico y filósofo Maimonides, aplicable a todos los médicos del mundo en todas las épocas “haz que yo sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la ciencia. Dadme el valor de reconocer mis errores diarios para que mañana pueda ver con nueva claridad lo que no podía contemplar en la débil luz de ayer”.

Colegas, ahora es necesario partir y decir adiós, serena la mirada y fija la voz.