

Medicina interna

Internal medicine

ROBERTO ESGUERRA • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Coincide la aparición de este número de Acta Médica Colombiana con la realización del XXIV Congreso ACMI/ACP y con la reciente formalización del Capítulo Colombia del American College of Physicians (ACP). Los dos hechos tienen connotaciones importantes para la medicina interna colombiana pues, por una parte, representan la continuidad de una relación estrecha y prolongada de la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI) con el ACP y, por la otra, el inicio de una nueva dimensión de esa relación que coincide con importantes definiciones en el papel del internista.

Como lo ha relatado William Rojas (1) la relación entre la ACMI y el ACP se inició en 1964, cuando Edward C Rosenow, vicepresidente ejecutivo del ACP, propuso a los jefes de los departamentos de medicina interna, que estaban reunidos en Medellín, organizar de manera conjunta un curso bianual, idea que acogieron con entusiasmo y propusieron que se hiciera en asocio con la ACMI. Es así como a partir de 1965, se han realizado de manera ininterrumpida, la mayoría de la veces con el título de “Curso”, otras con el de “Curso de posgrado” y últimamente con el de “Congreso”, siempre con el sello distintivo que no ha variado y que la comunidad médica reconoce ampliamente: “ACMI/ACP”. Esa colaboración se extendió a los congresos colombianos de medicina interna, en los cuales el ACP también ha estado presente la gran mayoría de las veces.

La creación de un Capítulo del ACP se contempló por primera vez durante el X curso ACMI/ACP realizado en la ciudad de Cartagena en 1982, al cual asistió el Dr. Samuel Asper, por entonces ya ex presidente del ACP, quien impresionado por la actividad académica del curso propuso que iniciáramos los pasos para lograr tener un Capítulo del ACP en Colombia. Fue así como unos meses más tarde el ACP constituyó un comité directivo (“Steering Committee”) para trabajar por esa causa, el cual tuvo el honor de presidir. El comité trabajó por varios años tratando de completar el número mínimo de miembros exigidos en esa época; sin embargo, a pesar de los esfuerzos no fue posible alcanzarlo, especialmente porque la cuota era muy onerosa para nuestros internistas.

El sueño no se pudo cumplir entonces y sólo vino a hacerse realidad treinta años más tarde, cuando gracias a la labor realizada en los últimos años por la ACMI, en particular durante la presidencia de los doctores Jairo Roa, Gregorio Sánchez y Juan Manuel Senior, el ACP decidió iniciar la creación del capítulo, para lo que designó un gobernador interino que coordinara las acciones para alcanzar el número requerido de miembros. Afortunadamente los objetivos se alcanzaron muy rápidamente por lo que desde julio de 2013 el capítulo está constituido formalmente y cuenta con su primer gobernador en propiedad.

La existencia de un Capítulo del ACP en Colombia ayudará a la ACMI para lograr objetivos que son comunes a ambas organizaciones, como la difusión científica, la realización de eventos académicos y especialmente la promoción de la medicina interna como especialidad. Precisamente el ACP acaba de hacer pública su nueva definición del internista, que en mi opinión su traducción adecuada podría ser:

“Los médicos internistas son especialistas que aplican el conocimiento científico y la experiencia clínica para el diagnóstico, tratamiento y atención humanitaria de los adultos, a través del espectro desde la salud hasta la enfermedad compleja”, que constituye el corazón de su campaña “Proud to Be an Internist” (orgulloso de ser un internista) creada para fortalecer la identidad de los internistas y para clarificar el valor de la medicina interna (2).

Dr. Roberto Esguerra: FACP. Gobernador, Capítulo Colombia, American College of Physicians. Bogotá, D.C. (Colombia).
E-mail: resguegu@hotmail.com
Recibido: 16/VIII/2013 Aceptado: 17/VIII/2013

Esta nueva definición invita a una reflexión sobre la medicina interna, su evolución y su papel en el entorno actual de los sistemas de salud de comienzos del siglo XXI. El siglo XIX en su primera mitad marcó la historia de la medicina porque se traza la línea que divide la clínica de la cirugía, hecho que ocurre principalmente en Europa, en donde Francia, Alemania e Inglaterra son actores principales.

El comienzo del siglo XIX se caracterizó en Europa por el llamado “dualismo” entre la cirugía y la clínica, donde esta última, especialmente en Alemania, se enseñaba en la universidad y requería un examen en el departamento en medicina, mientras los cirujanos constituían un grupo más heterogéneo en donde muchos no habían estudiado en la universidad, los que sí lo habían hecho debían también presentar un examen en la universidad (3). En la primera mitad del siglo el liderazgo en la clínica lo tuvo Francia pero luego pasó a las islas británicas y finalmente a los países de lengua alemana (4). Fue un siglo en donde florecieron grandes clínicos en todos los países y la medicina clínica creció y se fortaleció de manera importante, hasta que ya para el final del siglo comienza a verse la tendencia a la especialización.

El término “medicina interna” se acuñó en esas épocas y proviene originalmente de Alemania, en donde “Innere Medizin” se popularizó en la década 1880-1890, como un esfuerzo para diferenciarla de la clínica, que se basa en la historia natural de la enfermedad y en la observación al lado de la cama del enfermo, haciendo énfasis en que ésta además incorporaba los aprendizajes del trabajo experimental y el conocimiento científico en fisiología, fisicoquímica y patofisiología (5). Así se recogía la esencia que aún hoy conserva la especialidad que permite entender los mecanismos de la enfermedad con base en el conocimiento científico, lo que hace indispensable que el internista tenga una sólida formación en las ciencias básicas combinada con su conocimiento y destreza clínica.

Con la llegada de William Osler a los Estados Unidos y su actividad en el hospital Johns Hopkins, que se inauguraba en 1889, comienza su gran influjo en la educación médica y en la medicina en general. Para muchos Osler es el padre de la medicina interna, término que finalmente llegó a aceptar, pero con el que evidentemente no se sentía muy cómodo: “*Me gustaría que hubiera otro término para designar el amplio campo de la práctica médica que queda todavía después de desglosar la cirugía, la obstetricia y la ginecología*”, afirmó en 1897 en una conferencia en la Academia de Medicina de Nueva York (6). También dijo: “*No es en sí misma una especialidad (aunque comprende por lo menos media docena) no puede llamarse especialistas a quienes la cultivan, sino que ostentan sin reproche ni vergüenza el viejo y honrado nombre de médico*” (7).

Osler solía recalcar a sus estudiantes que la medicina interna no era una especialidad sino un campo mucho más amplio que de alguna manera las abarcaba a todas, concepto parecido al que enseñaba a sus discípulos uno de los grandes

maestros de la medicina interna colombiana, el Dr. Carlos Trujillo Gutiérrez quien, según relata Roso Alfredo Cala en el primer artículo del primer número de esta revista, les decía “*sobre el manto de la clínica tejamos el manto de la especialidad*” (8). Así fue el proceso inicial de consolidación de la “clínica” a la medicina interna, como concepto amplio que le añadía a la primera el fundamento sólido del conocimiento y la investigación científica, para llegar a entender los mecanismos de la enfermedad.

Así comienza el siglo XX hasta cuando, a mediados de esta centuria, viene el auge de las especialidades y subespecialidades, muy apoyadas en nuevas tecnologías y además premiadas con ingresos muy atractivos para un gran número de médicos. Así muchos vieron su paso por la medicina interna simplemente como la puerta de entrada a las subespecialidades, que se fortalecían y multiplicaban rápidamente a medida que la medicina interna general era menos atractiva y perdía terreno frente a las especialidades.

Mucho se reflexionó sobre este tema, especialmente al final del siglo. En Estados Unidos el número de internistas generales era inferior al de otros países, por lo que se propuso la meta de que 50% de los residentes tomaran el camino de la medicina interna general (9). Sin embargo, estas estrategias no parecen haber funcionado porque estudios posteriores muestran que continuaban ingresando más residentes a las subespecialidades y que aquellos que permanecieron en la medicina interna general abandonaron su práctica en un porcentaje más alto que quienes permanecieron en las especialidades (10).

En nuestro país la preocupación no ha sido menor, por lo cual se ha revisado el perfil de la formación de posgrado (11), la situación y perspectivas de los internistas generales (12) y se hicieron recomendaciones como la de dedicar más tiempo a las rotaciones ambulatorias y de atención primaria (13), así como incrementar el número de internistas generales y darles mayor importancia dentro de los departamentos de medicina interna, para que tengan una mayor influencia en la formación de los nuevos internistas.

El comienzo de este siglo XXI parece haber traído nuevos movimientos y motivos de reflexión, generados especialmente por la escalada de costos que están afectando a todos los sistemas de salud. Comienza a ser evidente que tenemos una gran escasez de internistas generales, que la fragmentación en la atención médica genera sobrecostos innecesarios porque que no siempre benefician a los pacientes, y que internistas generales bien formados estarían en capacidad de ayudar a hacer un uso adecuado de los recursos de los sistemas de salud. Se han sugerido muchas estrategias entre ellas las de lograr que el internista general sea mejor remunerado por los sistemas y la de que en su formación se le proporcionen elementos para que tenga mayor profundidad y amplitud en su conocimiento (14).

Simultáneamente se han iniciado esfuerzos para que la comunidad entienda bien qué es la medicina interna y cuál el

papel del internista. El mismo término es difícil de entender para los pacientes y no es raro que se le confunda con el “interno”. El ACP en 1996 acuñó la frase “médico de los adultos”, para definir al internista, aspirando a que ocurriera en la mente de la gente algo así como todos entienden claramente que el médico de los niños es el pediatra. No ha faltado quienes incluso hayan propuesto que sería mejor que la especialidad se llamara Medicina del Adulto (15).

Es por ello que han surgido iniciativas como la del ACP denominada “*High Value Care*” (16), que busca dos objetivos principales: Ayudar a los médicos a proporcionar la mejor atención posible a sus pacientes y reducir simultáneamente costos innecesarios al sistema de salud. Este punto está basado en que aproximadamente 30% de los costos (más de US\$750000 millones anuales en los Estados Unidos) se gastan en atención innecesaria, que es potencialmente evitable sin que se afecte negativamente la calidad de la atención médica. Por otra parte, representa un compromiso del ACP para hacer todo lo que esté a su alcance para ayudar a quebrar la curva de costos y a reducir la insostenible carga financiera que afecta al sistema de salud.

La nueva definición de medicina interna del ACP va en la misma dirección, pues reafirma el papel del internista en todo el espectro desde la salud, es decir desde la ausencia de enfermedad y la prevención de la misma, hasta el tratamiento de las enfermedades más complejas de los adultos. Agrega además el componente de humanitarismo, que yo había invocado cuando afirmé que ahora vuelve a ser más importante que prolongar la vida “la sagrada misión de procurar siempre el bienestar de los enfermos” (17) y cuando al referirme a la educación de los internistas he insistido en

que tenga un mayor componente humanístico y una sólida formación bioética (18).

Referencias

1. **Rojas W.** Relaciones de la ACMI con otras disciplinas. En: Hernández CA, Ardila E, Niño de Arboleda MN, editores. La Medicina Interna en Colombia. Bogotá: Asociación Colombiana de Medicina interna;2006.p.160-168.
2. **American College of Physicians.** Disponible en: http://www.acponline.org/about_acp/defining_internal_medicine/. Consultado el 13 de agosto de 2013.
3. **Goerke H.** 3.000 años de historia de la Medicina. Traducción Diorki Traductores. Barcelona. Editorial Gustavo Gil; 1986. 144p.
4. **Lyons AS, Petrucelli RJ.** Medicine An Illustrated History. Abradale Press. New York; 1987. P 510-47.
5. **Bean WB.** Origin of the term “Internal Medicine”. *N Eng J Med* 1982;**306**:182-3
6. **Osler W.** La Medicina Interna como Vocación. En: Osler W. Aequanimitas, tercera edición. Philadelphia: The Blakiston Company; 1942. P137-150.
7. **Silverman ME, Murray TJ, Bryan CS.** The Quotable OSLER. Revised Paperback Edition. Philadelphia. American College of Physicians; 2008. P91.
8. **Cala RA.** Medicina Interna. *Acta Med Colomb* 1976; **1**:1-2.
9. **Thomson GE.** General internists and subspecialists. *Ann Intern Med* 1993; **119**: 165-166.
10. **Sox HC.** Leaving Internal medicine. *Ann Intern Med* 2006; **144**:57-58
11. **Velásquez JC, Pinilla AE, Pinzón A, Severiche D, Dennis RJ, Niño de Arboleda MN.** Perfil de formación del pos grado en medicina Interna en Colombia. *Acta Med Colomb* 2009;**34**:175-186
12. **Chalem F.** Presente y Futuro de la Medicina Interna en Colombia. *Acta Med Colomb* 1988; **13**: 167-171.
13. **Roa J.** La Formación en Medicina Interna en Colombia. Editorial. *Acta Med Colomb* 2008;**33**:43-44.
14. **Larson EB.** Health Care System Chaos Should Spur Innovation: Summary of a Report of the Society of General Internal Medicine Task Force on the Domain of General Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2004; **140**: 639-643.
15. **Goldman L.** Adult (not Internal) Medicine. Editorial. *Ann Intern Med* 1997; **127**:835-836.
16. **American College of Physicians.** High Value Care [internet]. Disponible en: <http://hvc.acponline.org/>. Consultado el 14 de agosto de 2013.
17. **Esguerra R.** El médico para el nuevo milenio. *Acta Med Colomb* 1999;**24**:5-14.
18. **Esguerra R.** Cincuentenario de la asociación Colombiana de Medicina Interna. Mi visión Personal. *Acta Med Colomb* 2009; **34**:2(supl)96-100.