

Perfil Profesional del Médico Internista Taller itinerante de la Asociación colombiana de Medicina Interna

Interrogantes acerca de nuestra profesión

Carlos E. Sánchez David • Bogotá, D.C.

Medicina interna: una especialidad médica científica, humana y humanística con impacto social

Medicina interna, concepto y definición

El doctor Roso Alfredo Cala, expresidente de la Asociación Colombiana de medicina interna en uno de sus excelentes escritos planteó los siguientes interrogantes: ¿Qué es la medicina interna? ¿Qué es ser Internista? Respuestas aún no totalmente esclarecidas, tal vez, porque en ellas se encuentran siempre diversas posiciones y significados filosóficos no compartidos por todos. Sin embargo, existen tópicos y conceptos que unen, más que separar, las interpretaciones.

- La medicina interna es el núcleo de la formación de cualquier especialidad, puesto que es la madre de la clínica.
- La medicina interna debe guardar siempre su carácter de integralidad.
- El Internista debe ser el eje alrededor del cual se movilice todo el equipo de salud frente a un paciente.

Pero ¿Qué es la medicina interna? ¿Cómo nació?

La medicina interna, nace al tiempo que la medicina. Por ello, conocer la historia de la medicina no es sólo asunto de cultura general sino es también un saber útil. El camino recorrido permite comprender mejor la medicina en un futuro. “No se conoce bien una ciencia mientras no se analice bien su historia” (Auguste Comte).

La historia de la medicina es inseparable con la de la humanidad puesto que el hombre se preocupó desde siempre por dar cura a sus males, o por lo menos, alivio.

La medicina fue al inicio un arte sagrado y mágico. El hombre primitivo proyectó en el Universo lo que sentía dentro de sí. Tuvo conciencia de su pensamiento, de su voluntad, de su fuerza, creyó y aceptó que las manifestaciones exteriores que observaba eran debidas a pensamientos, a voluntades, a fuerzas superiores a la suya, invisibles, difíciles de retener y que encarnaban espíritus sobrenaturales a los cuales elevó al rango de divinidades. Primero se dirigió a los dioses o a sus representantes para protegerse contra los peligros que le amenazaban: el huracán, las fuertes lluvias, los animales salvajes, los accidentes, el dolor, la enfermedad y la muerte. En medio de un mundo regido por fuerzas arbitrarias y caprichosas, no buscó “el cómo”, es decir el mecanismo, pero ensayó a descubrir “el por qué” y supuso que todas estas amenazas eran el castigo por una falta cometida.

El conocimiento del cuerpo humano, durante mucho tiempo, se limitó al esqueleto: diversas intervenciones para corregir fracturas y trepanaciones craneanas fueron practicadas desde el tiempo neolítico. Posiblemente no tuvieron estas operaciones un fin terapéutico, sino más bien, fueron parte de un rito místico destinado a permitir al demonio responsable de una enfermedad escaparse por el orificio hecho en la cabeza de la víctima.

Durante un primer periodo mítico, la Grecia antigua (1.000 años antes de Cristo), heredera de los conocimientos adquiridos por los babilonios y los egipcios, divinizó todo. Su mitología fue compleja. Los dioses se comportaban como humanos hasta el punto que la medicina no se separó de la religión. Apolo, hijo de Zeus y Lato, era el dios de la medici-

Dr. Carlos E. Sánchez David: Profesor Asociado Facultad de Medicina y Odontología, Universidad El Bosque, Bogotá, D.C.
Acta Méd Colomb 2002; 27: 289-294

na, las artes y la poesía. Asclepios, su hijo, el sanador más importante, tuvo dos hijas: la diosa Higea protectora de la salud (medicina preventiva), y Panacea, quien curaba las enfermedades (medicina curativa).

El caduceo de Asclepios representa una serpiente alrededor de un bastón rematado por un espejo o una copa. La serpiente es el símbolo del renacimiento perpetuo de la juventud en razón de sus mudas periódicas, el bastón es el arma del dios, el espejo, por sus reflejos, pretende adivinar el futuro, el pronóstico y la copa representa la farmacopea. Hermes, dios del comercio separó un día a dos serpientes que peleaban por un bastón; el caduceo de Hermes (Mercurio para los romanos) es el emblema de la concordia, la prudencia y la astucia.

En el siglo VI a. C. nació la racionalidad científica y por primera vez el hombre se preocupó más del “cómo” que por el “por qué”. Los filósofos griegos como Tales, Pitágoras y Heráclito aplicaron a los fenómenos naturales medidas cuantitativas y se pensó en las predisposiciones individuales para ciertas enfermedades.

El siglo V a de C. llamado “siglo de Pericles” fue la edad de oro de la edad antigua. El genio griego resplandeció: Eurípides y Sófocles escribieron las tragedias, Aristófanes las comedias, Heródoto creó la historia, Fidias esculpió las estatuas inmortales y Sócrates y Platón instalaron los cimientos de la filosofía occidental. Hipócrates, denominado el padre de la medicina, proclamó que la enfermedad es un fenómeno natural y no divino y, separó la medicina de la mitología y la religión. Hipócrates se dedicó a observar y describir la enfermedad (cómo lo hace un buen internista) y estudió el entorno. “El médico debe recibir sus lecciones de la naturaleza... es decir, al lado del lecho del enfermo, procediendo luego a una profunda meditación”, afirmaba el sabio. Anunció el principio de los cuatro humores que estuvieron aún vigentes en la mente de los médicos del tiempo de Molière; clasificó las enfermedades y prescribió consejos y órdenes muy precisas.

Desde el punto de vista terapéutico, formuló los principios de sabiduría que presiden la medicina curativa. “*Primum non nocere*”, “*Natura medicatrix*” y las reglas de higiene, frecuentemente olvidadas: “La moderación se impone en la alimentación, la bebida, el trabajo y el sueño”.

A Hipócrates se le deben los preceptos de deontología escritos en el juramento: deberes para con el enfermo, los colegas y los alumnos. A él también se le adeudan muchas reflexiones filosóficas, una de las cuales es: “La vida es corta, el arte duradero, la ocasión fácil de perderse, la experiencia tramposa y el juicio difícil”.

Los hijos de Hipócrates, Tesalio y Dracon y su yerno Polibo hicieron de su enseñanza un dogma exclusivo y dejaron para la posteridad sus escritos. La influencia de Hipócrates perduró por muchos siglos.

Los principios médicos tienen origen helénico. Por eso se explica el porqué muchas palabras médicas tienen origen griego y latino.

Galeno (131-201), griego de nacimiento, quien vivió

muchos años en Roma después de haber estudiado en Alejandría, continuó con la obra de Hipócrates, pero observador y pensador imprimió a la ciencia una tendencia más analítica, menos sintética y menos especulativa.

Años más tarde, con la caída del imperio romano, el emperador de oriente se consideró el sucesor de la latinidad. La nueva Roma, Bizancio, se convirtió en el centro intelectual y religioso para tomar luego el nombre de Constantinopla. Allí el legado hipocrático fue recogido por los médicos de Constantinopla, los judíos y especialmente los arabo-islámicos. Estos últimos tuvieron su apogeo entre los siglos X y XII. El “Canon de la Medicina” fue enseñado en todas las facultades médicas hasta el siglo XVII. Uno de los grandes aportes de la medicina árabe fue el concepto de “hospital”, a la vez lugar de cuidados para el enfermo y centro de enseñanza para los alumnos.

En siglo XVI trajo, con el Renacimiento, una renovación en los conocimientos y en la forma de adquirirlos. Una de las características fue la afirmación del espíritu crítico frente a lo desconocido y de lo presunto conocido: sabios, artistas y médicos reemplazaron el dogmatismo por la observación de los hechos, el empirismo y el análisis.

Por su parte, el siglo XVII no fue solamente un “gran siglo” político, artístico y literario sino también científico. El médico se interrogó acerca de los fenómenos y, por primera vez, se preocupó en medirlos y cuantificarlos. Los filósofos matemáticos Galileo, Descartes, Pascal, Leibnitz, Kepler, Newton y los químicos Boyle y Van Helmont inventaron instrumentos para medir el tiempo, la temperatura, aumentar las imágenes y analizar la realidad para encontrar la verdad. El cuerpo, asimilado a una máquina, fue materializado y despojado del alma.

Al llegar el siglo XVIII triunfó la razón. Los métodos de racionamiento científico penetraron la medicina. La educación, las reformas sociales, las medidas higiénicas y la prevención progresaron notablemente. La anatomía, la fisiología y la patología florecieron dando frutos importantes. Gracias al microscopio, se conocieron mejor los tejidos y la célula y se dieron los primeros pasos para las correlaciones anatómicas. La idea de confrontar las lesiones anatómicas encontradas en el cadáver con los síntomas observados en vida representó un gran avance para la medicina. Jean-Baptiste Morgagni (1682-1771) fue el gran iniciador de esta metodología de estudio e investigación; Françoise Xavier Bichat (1771-1802) murió muy joven después de escribir las obras fundamentales: *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte* y *Anatomía general aplicada a la fisiología y la medicina*.

Entrado el siglo XIX, R. Virchow (1821-1902) y Ranvier (1835-1922) mejoraron las técnicas de coloración y corte de los especímenes, lo que permitió un mejor estudio histológico y por ende, de las enfermedades.

Fue así como las correlaciones anatomoclínicas fueron demostraciones brillantes a nivel de los órganos, luego a nivel de los tejidos y finalmente, a nivel de las células. La

clasificación de las enfermedades fundamentada en la anatomía patológica sufrió un vuelco total para profundizar en las entidades nosológicas: neumonía, fiebre tifoidea, cirrosis, tumores benignos. Los grandes clínicos de la época fueron también brillantes anatómicos: Broussais, Laennec, Trousseau, Charcot y Babinski, entre otros.

La medicina interna

El concepto de medicina interna, aunque de aparición reciente, hace referencia a la patología interna, individualizada desde la antigüedad. Pero su separación de la cirugía sólo se llevó a cabo en el siglo XVII.

En el siglo XVIII y aún más en el XIX, el nacimiento de la medicina clínica, después anatomoclínica, aportaría a los futuros internistas, desprovistos de técnicas e instrumentos, los medios para su ejercicio. Su esplendor e importancia se acompañaron de nuevos conceptos filosóficos como la heurística general al servicio de una medicina integral enriquecida de humanismo.

En Alemania, la medicina interna surgió como especialidad en 1882. Este país, cuna del romanticismo, vio fortalecer la tendencia a la objetivación y la experimentación hecho que impregnó toda la patología clínica. La nueva actitud de los clínicos fue conocer mejor el organismo humano para averiguar las causas de las enfermedades. Un típico representante de esa mentalidad, Rudolf Virchow, luchó por mejorar la salud pública de su país, pues entendió que las deficientes condiciones sociales eran las responsables de muchas enfermedades.

Los fisiopatólogos alemanes, en quienes predominó cierta huella del pensamiento romántico, entendieron la enfermedad como un hecho dinámico, un proceso energético que podía ser analizado objetivamente en sus variaciones por medio de los recursos técnicos.

En los Estados Unidos, la Association of American Physicians fue fundada en 1886 y los Annals of Internal Medicine aparecieron por primera vez en 1926. En el país americano coexistieron la anatomoclínica, la fisiopatología y la etiopatología con sus correspondientes disciplinas fundamentadas. Estos tres tipos de mentalidades hicieron del internista un profesional ecléctico en la tarea de entender y diagnosticar patogénicamente la realidad del enfermo.

En la primera mitad del siglo XX el diagnóstico de una afección morbosa individual se convirtió en la primera actitud del internista, aunque su eclecticismo lo empujó con fuerza hacia las ciencias básicas como la bioquímica, la biología molecular y la inmunología. Más adelante, comprendió que el diagnóstico debe ser integral en el cual la enfermedad se conceptualiza como una situación de la existencia humana en donde se incluyen unitariamente una alteración del organismo de quien la padece y un modo de haber vivido y estar viviendo del enfermo. Sólo entendida así la enfermedad es posible instaurar un tratamiento, lo cual quiere decir que en la estructura de éste deben articularse:

- Un juicio diagnóstico integral, esto es un conocimiento de la enfermedad que va a tratarse, en donde se incluyen los aspectos somáticos, psíquicos, hereditarios y ambientales.
- La posesión de recursos diagnósticos (laboratorio clínico y radiológico por ejemplo)
- La posibilidad de instaurar un programa terapéutico eficaz y actualizado.

La correcta combinación de todos estos recursos, acompañada de una información suficiente acerca de los efectos consecutivos a su interacción, facilitará la recuperación del paciente.

Una de las principales consecuencias del progreso científico acontecida en el siglo XX fue que, tanto en el estudio del hombre como en el del universo, se llegó a conclusiones parecidas a las suscitadas por el pensamiento mitológico inicialmente y luego por la filosofía hace cientos de años. Esto ocurrió al intentar explicar el origen del universo, producido, según los científicos, como consecuencia de una explosión inicial, con semejanza a una teoría no muy diferente a las filosóficas que hablan de un caos original, pudiéndose decir lo mismo en el caso del átomo y desde luego, al estudiar al hombre, cuyo entendimiento es imposible sin un acercamiento entre ciencia y filosofía. Todo ello hace necesario, a pesar de la superespecialización inevitable por el aumento de conocimiento, el regreso al reencuentro con la figura del humanista que no olvida el marco general de referencia sobre el que se realizan unos determinados estudios concretos.

En el futuro, los permanentes descubrimientos e innovaciones continuarán su camino sin detenerse. Nuevos métodos exploratorios, fármacos más eficaces, técnicas de tratamiento más apropiado, un conocimiento cada vez mejor del cuerpo humano son los principales objetivos que se propone la investigación científica médica para ayudar al hombre a conservar y restaurar la salud. Los computadores, la informática, la bioingeniería, la robótica progresará variando la vida de las gentes pero, se producirá un cambio en los servicios médicos sanitarios, hasta ahora dedicados principalmente al tratamiento de las enfermedades en vez de a su prevención. Es cuándo se replanteará la necesidad de recuperar el sentido de los escritos hipocráticos, que consideraban a la salud como el principal bien que posee el hombre, de acuerdo con una concepción higienista de la vida que entendía a la salud como un equilibrio del hombre consigo mismo, con su medio ambiente y a la enfermedad como una ruptura de dicho equilibrio. Inteligentemente, los hipocráticos consideraron que, al ser el hombre parte de la naturaleza, todo lo que hicieran contra ella, tendría como consecuencia el castigo de la enfermedad, el dolor, la muerte.

De esta forma, se llegó a entender a la medicina como una especie de filosofía, cuyo principal fin era conocer las razones que pueden alterar el equilibrio natural. Al señalar esto se aclara que para Hipócrates y sus seguidores, el

hombre era naturaleza, no sólo en sentido físico, sino también psíquico. De esto se encargaron Sócrates y Platón de recordarlo, porque la salud humana no consistía únicamente en una buena alimentación, dormir el tiempo necesario, hacer deporte, vivir en un ambiente agradable sino estar de acuerdo consigo mismo, buscar la felicidad. Por eso la salud se refiere a los valores del cuerpo y del alma.

Medicina interna: una tarea científica y humanística

Los internistas son especialistas en el cuerpo humano, en sus enfermedades, en su diagnóstico. Es allí cuando confrontamos una ambigüedad fundamental: el cuerpo humano enfermo es vivenciado como un objeto separado al que se somete a la ciencia, pero, al mismo tiempo el cuerpo se relaciona con la mente, el ambiente y sufre. No puede ser reducido a un simple objeto. Es aquí, en ese momento, cuando la medicina se convierte en el cruce entre las ciencias exactas y las ciencias humanas. Las primeras hacen parte esencial del *curriculum* de nuestras facultades de medicina. Queremos ahora rehabilitar las segundas como indispensables en la formación de los internistas.

Antropólogos, sociólogos, psicólogos, filósofos e historiadores de la medicina son también especialistas del hombre, por supuesto con otras metodologías, bajo otros prismas. Por vías diferentes son facilitadores de la tarea de captar al hombre en su integralidad y ayudarlo a la medicina. Un hombre enfermo en relación con sus médicos tratantes, en un sistema de seguridad social perteneciente a una cultura en particular.

La medicina interna ¿es la aplicación de una filosofía del hombre?

Muchos interrogantes acerca del hombre acompañan al internista durante su quehacer diario. ¿qué es el hombre? ¿cuál es el sentido de la existencia humana? Preguntas muchas veces sin respuesta que se plantean con mayor afán a la conciencia de todo médico que quiere ejercer su profesión de un modo verdaderamente humano. En el conjunto de la reflexión filosófica, estos cuestionamientos tienden a ocupar un lugar de preeminencia.

En los momentos actuales, parece ser que la sociedad médica está más madura para dar respuesta a estas demandas. En efecto, nunca ha sido tan amplio y tan especializado como hoy el desarrollo de las ciencias del hombre: biología, filosofía, inmunología, psicología, sociología, antropología, etc., que intentan aclarar la enorme complejidad del comportamiento humano y proporcionar los instrumentos necesarios y utilizables para regular la vida del hombre. Cada uno de estos sectores científicos organiza un vasto panorama de conocimientos concretos y precisos sobre el hombre, para los que los tres o cuatro años de especialidad en medicina interna constituyen, apenas, una primera iniciación.

En concomitancia con el desarrollo técnico y científico de la humanidad surge la necesidad de fortalecer el humanismo

en todas sus expresiones. Muchos creen que el progreso científico y técnico asegurará automáticamente una existencia mejor y una solución definitiva para todas las miserias del hombre. Sin embargo, un mundo dominado únicamente por la ciencia y por la técnica podría revelarse como inhabitable, y esto no sólo desde el punto de vista biológico, sino sobre todo desde el punto de vista cultural y espiritual.

Martín Heidegger, apoyándose en la filosofía de Kant, escribió: “Ninguna época ha sabido conquistar tantos y tan variados conocimientos sobre el hombre como la nuestra.... sin embargo, ninguna época ha conocido al hombre tan poco como la nuestra. En ninguna época el hombre se ha hecho tan problemático como en la nuestra”.

En términos parecidos, Gabriel Marcel asevera que “el hombre contemporáneo no sabe ya quien es y para qué existe (*L'homme problematique*, 1955).

En este contexto de incertidumbre y desconcierto respecto a la imagen del hombre, es que la reflexión filosófica, crítica y sistemática sobre el ser y sobre el significado del hombre se convierte en una de las tareas del médico internista para poderlo asir en su integridad física, psicológica y espiritual. La reflexión antropológica y el análisis sobre la existencia humana constituirían, entonces, el verdadero servicio al hombre.

La medicina contemporánea propicia una distorsión con respecto a lo que es el hombre; tal distorsión podría originarse por la posición que aquél (el médico) ocupa dentro de la división del trabajo. Su sitio de observación se centra esencialmente en la especialidad que cultiva (esto es más grave en los subespecialistas), lo que le hace caer en un enfoque limitado de la realidad como consecuencia de su preparación para el dominio de diversas técnicas (de diagnóstico y tratamiento) que tienen utilidad potencial para un determinado paciente, siempre y cuando esté aquejado de alguna enfermedad circunscrita al área especializada a la que se dedica el médico en cuestión.

De lo expuesto se desprende que la deformación profesional del médico le hace más difícil una visión del hombre en su integridad y en relación con su entorno. Por lo mismo, sus intereses de conocimiento pierden de vista que la razón de ser de la medicina es proporcionar una mejor calidad de vida de los pacientes y no sólo la normalización de ciertas alteraciones funcionales de un órgano o la nivelización de algunos exámenes de laboratorio.

Tal vez, esta deformación se debe a que al médico se le enseña a valorar la salud en función de la ausencia de enfermedad. Durante su formación se dedica a entender, identificar y tratar enfermedades y todo aquello que no cae dentro este ámbito supone que carece de interés. Aprende, igualmente, a valorar la vida desde la perspectiva de la enfermedad y, por lo tanto, tiene poco que aportar en la comprensión de lo que es la vida cuando la enfermedad no está presente. Por ello, es escaso lo que aporta a su paciente en instrucciones o consejos cuando se trata de orientarle en cómo disfrutar mejor la vida, enriquecer la existencia y promover la salud.

Existe un gran vacío en el conocimiento para entender lo que es la vida, vacío que no es colmado sólo por el hecho de reconocer su necesidad y trascendencia.

Por ello, la medicina interna, entendida como la especialidad que intenta integrar al hombre para ayudarlo, asistirlo y curarle, adquiere una vital importancia. Si la medicina interna ayuda al profesional a adquirir una perspectiva integral del hombre y le enseña a observarlo no sólo como un todo, sino comprenderlo en las circunstancias particulares de su existencia, habrá cumplido con su misión. Es preciso que el internista avance hacia una concepción más apropiada del hombre donde sus intervenciones encuentran una adecuada jerarquización.

La medicina interna ¿ciencia o arte?

Auguste Comte clasificó a las ciencias de acuerdo a ciertos grados de complejidad: matemática, física, química, biología, psicología, sociología, etc. La matemática es la decana de las ciencias y la sociología la más joven. Cada una de las ciencias es tributaria de aquella que la precede. La medicina hace parte y necesita de todas. La biología, la sociología y la psicología son tan útiles para el internista como lo son la matemática, la física y la química. Las definiciones estrictas de la ciencia no se aplican a la medicina.

La ciencia según todos, está hecha de leyes que se aplican en todos los casos. La medicina, por el contrario, está controlada por lo individual: “No hay enfermedades, sino enfermos”, lo que quiere decir que no todo es para todos.

La ciencia es un conjunto de juicios cualitativos... “un conjunto de recetas que no se equivocan jamás”, decía Paul Valery. A pesar de que la investigación médica tenga la pre-ocupación y el objetivo de medir los fenómenos observados, que las exploraciones paraclínicas sean métodos de medida muy precisa en cifras, la medicina no es una ciencia absoluta puesto que cada signo funcional, cada síntoma, se acompaña, por lo general, de expresiones afectivas y psicológicas (angustia, miedo, depresión, esperanza) que no se pueden cuantificar sino simplemente interpretar. De hecho, la medicina interna se fundamenta en el acercamiento que tiene el profesional con el hombre, el enfermo, el expectante, lo que constituye “la clínica”, ese ejercicio de raciocinio y de interpretación, de hermenéutica acompañada de elementos científicos.

La medicina no será jamás una ciencia absoluta y definitiva, puesto que, como muchas ciencias del saber, conlleva incertidumbres e hipótesis. Entrar en el mundo de la enfermedad, es dejar el mundo lógico de la salud.

Es imprudente tener una concepción puramente mecanicista de la medicina. El razonamiento del médico y especialmente del internista que trabaja con seres vivos, afectivos en medio de un entorno particular, es muy diferente al del matemático, el ingeniero con sus leyes y cálculos. Cada parte del organismo, incluso la más pequeña, tejido, célula, organelo, está dotada de vida propia mientras que las máquinas no.

La medicina no es una ciencia, pero utiliza las ciencias. Entonces, ¿es un arte?

El arte es la manera de hacer algo de acuerdo con ciertas reglas técnicas y normas estéticas. La medicina es un arte puesto que no sólo es necesario saber hacerlo, sino también ser y saber decirlo, según ciertas técnicas.

Trousseau, maestro de la clínica de finales del siglo XIX, decía a sus estudiantes: “Cuando conozcan los hechos científicos, no se sientan todavía médicos. Eso pertenece al futuro de los artistas”.

El arte de curar comprende el arte de diagnosticar y el arte de prescribir.

El arte de diagnosticar a su vez incluye dos tiempos:

- El tiempo de la documentación consistente en buscar, ordenar, analizar e interpretar los signos y los síntomas. No se es buen internista, si no se es buen semiólogo. El médico internista escucha o interroga. Período este importante por cuanto fortalece el conflicto interpersonal.
- El tiempo de razonar es el estudio crítico de la documentación recogida. Momento difícil durante el cual la inteligencia y la facultad para establecer las correlaciones realizan un papel esencial. Se enriquecen con la experiencia. El arte de prescribir tiene sus fortalezas en la escogencia y la explicación esta de las diferentes alternativas terapéuticas. No es solamente la búsqueda de la mayor eficacia, lo son también la seguridad, la tolerabilidad y el costo.

La ética

El internista jamás podrá olvidar los principios éticos que rigen su quehacer.

El objetivo filosófico de tal proceder es el de preservar la dimensión ética de la medicina en su acercamiento con el hombre. En efecto, las nuevas técnicas y los nuevos saberes (reanimación, trasplantes, imágenes, predicción genética, psicofarmacología), las presiones de la investigación científica (experimentación), las solicitudes del mercado (industria farmacéutica, instituciones prestadoras de salud) y en fin, las exigencias de la sociedad frente a la medicina colocan, a veces, al médico frente a situaciones moralmente confusas. A estos cuestionamientos recientes se agregan los dilemas, más clásicos pero no menos difíciles, ligados a la situación médica. ¿Debo decirle toda la verdad al enfermo? ¿Cómo acompañar al moribundo? ¿Hasta dónde respetar la libertad de los enfermos? ¿Cómo conciliar el secreto médico y el peligro para un tercero?

La ética no es una ciencia ni un sistema institucional de normas, ni un saber hacer. La filosofía occidental, desde Sócrates, afirma la imposibilidad de enseñarla. Sin embargo, se supone que ella, objeto de un saber y parte de un trabajo nacional sobre “lo que se debe hacer” es, a la vez, posible y necesaria. En efecto, negarlo sería suponer que sólo existe el conocimiento científico y la intervención técnica. Sería tomar una posición filosófica contra la posibilidad humana de razonar, pensar, sentir, adquirir valores y defender la autonomía de cada persona.

Es entonces sobre el postulado de una reflexión racional posible en el campo de los valores que se fundamenta y fortalece la ética.

Si vivimos en una sociedad laica, democrática y pluralista es allí donde el internista debe actuar moralmente: la ética se vive siempre en una comunidad de hombres y muy particularmente en aquélla que se sustenta en el respeto por la libertad, la igualdad y la solidaridad en un estado de derecho.

La esfera privada se distingue de la esfera pública, lo moral de lo legal, lo religioso de lo profano, pero todas siendo dimensiones constitutivas del hombre ciudadano.

De allí que el internista debe tener los medios conceptuales y la información necesaria para construir un verdadero juicio moral. Toda reflexión moral, desde Aristóteles, duda entre la búsqueda de los principios generales y el estudio de casos concretos particulares. Es cuando se detecta y se hace necesaria la distinción entre lo moral de los principios y la ética aplicada. De hecho, la dialéctica de estos dos acercamientos es parte constitutiva de lo moral. Ambos son necesarios y complementarios. No existe, ni podrá existir, vida moral sin vida compartida con otros hombres, bajo diferentes circunstancias que obliguen a plantearse diversas preguntas. ¿Qué se debe hacer? ¿Qué es lo que está bien? Esquemáticamente, se puede decir que el médico trabaja y decide a partir del estudio de casos, mientras que el abogado, el filósofo, el sociólogo se inclinan a interrogarse basándose en los principios generales. A partir de la colaboración entre unos y otros debería nacer la verdadera reflexión moral.

¿Por qué son necesarias las ciencias humanas? La medicina interna labora con el *hombre* y para el *hombre* para ayudar a conservar y restaurar la salud. Para ello, necesita adquirir ciertas características:

- Adquirir una actitud de comprensión profunda por su paciente.
- Aprender a respetar la intimidad de los pacientes.
- Evaluar las influencias culturales y sociales que reciben sus pacientes.
- Cumplir con los preceptos éticos y morales de la medicina.
- Adquirir las bases científicas más sólidas que aseguran idoneidad y eficacia en el ejercicio de la medicina.
- Estar permanentemente actualizado.

¿Cómo lograrlo?

A través del estudio y la profundización de diversos tópicos bajo la modalidad de seminario taller. Como por ejemplo “Aspectos psicológicos de la relación médico-paciente”. Se tratarían ciertos aspectos psicológicos de la relación intersubjetiva entre los cuales se incluirían la conciencia, el inconsciente, la comunicación, la inteligencia y la motivación.

Parte muy importante la ocuparían la lingüística y la comunicación. El lenguaje, facultad humana, característica

universal e inmutable del hombre le permite simbolizar y comunicarse. Cada ser humano experimenta sentimientos y emociones; toda palabra, todo gesto, todo pensamiento tiene tintes de afectividad. La identificación, el control de las reacciones afectivas no es fácil de traducir con palabras. Las emociones pueden ser expresadas a través de respuestas motrices (temblor, agitación, huida) y neurovegetativas (transpiración, taquicardia, etc.). Las experiencias emocionales vividas en toda relación interpersonal conlleva a una parte de repetición inconsciente de experiencias afectivas anteriores que pueden influir en las enfermedades psicopatológicas.

Otro taller seminario podría denominarse “Aspectos sociales: el internista y la sociedad” que comprenderían tópicos como los sistemas de salud en los países occidentales. Los sistemas centralizados, los descentralizados y los mixtos; la construcción del sistema de salud colombiano y un sistema social en crisis.

En este taller podría profundizarse en la “salud y legislación” con apartes acerca de la economía de la salud y la ética médica.

Un tercer seminario comprendería “Aspectos culturales y medicina” un énfasis en la antropología e historia. Téngase en cuenta que la pretensión de la Medicina Interna de curar o conservar la salud se apoya en dos principios universales:

- Cada organismo es una parte de un conjunto más grande, pero representa una entidad relativamente autónoma.
- La enfermedad se concibe como un desequilibrio del organismo en relación con su entorno. Curar o prevenir la enfermedad es buscar en el entorno la causa del trastorno o del desequilibrio con relación al uno y al otro.

¿Cómo definir el entorno? Hipócrates se adhirió a la hipótesis ambientalista de la enfermedad; Pasteur a la infecciosa. Cualquiera que sea la identidad del agente causal (microbio, polución, alteración metabólica) se acepta que este desequilibrio con el entorno es producto del mismo hombre como consecuencia de lo que los antropólogos llaman cultura.

Del taller anterior surge otro “Historia y sociología de la enfermedad” en el cual se haría énfasis en la convergencia de la sociología y la medicina. Además, se trataría como tema central “la enfermedad y el enfermo” en el cual se buscaría claridad en los sistemas de creencias y prácticas médicas.

Conclusión

Los médicos internistas somos privilegiados, no solamente porque luchamos contra el sufrimiento y la muerte con nuestra inteligencia, nuestra sensibilidad y conocimientos en un mundo donde reina la máquina y en el cual son raras las personas que encuentran satisfacciones intelectuales en su trabajo. Además, porque estamos entre las personas capacitadas para reflexionar sobre los misterios de la vida, los progresos y consecuencias de la ciencia y las técnicas modernas. Con los años comprendemos que la vida y la muerte se complementan mutuamente y que no puede existir la una sin la otra, que no son útiles los sistemas de aprendizaje memorísticos

basados en recetas o fórmulas o técnicas diagnósticas y que un fondo sólido de conocimientos científicos humanísticos, y filosóficos nos permite valorar acertadamente los progresos incesantes de la actualización. Comprenderemos así que en todo interrogante, sea anatómico, fisiológico, biológico o terapéutico se deben asociar otros elementos como son los datos históricos y las reflexiones filosóficas generales o sociológicas que forman un todo.

Por ello, si la medicina interna quiere mantener vivas su vigencia e importancia debe promulgar rápidamente ciertas reformas: a nivel universitario, luchar por conservar su papel de tronco común de las especialidades médicas y enriquecer

su estructura con la sociología, la antropología médica, la psicología; a nivel hospitalario convertirse en un departamento líder y orientador de las otras especialidades y a nivel administrativo y operativo convertirse en el paso obligado entre la medicina general y las subespecialidades médicas.

Habitualmente desconocida por los pacientes, la medicina interna debe hacer prueba, hoy más que nunca, de apertura, de curiosidad e iniciativa para desarrollarse aún más. Es el precio que debemos pagar los internistas por ejercer la última y más trascendental virtud del arte médico y que muchas veces se olvida: la asistencia y la docencia.

Historia de la Asociación Colombiana de Medicina Interna

DORA INÉS MOLINA DE SALAZAR • MANIZALES

Con gran placer recibí la delegación de la Junta Directiva Nacional de la ACMI de presentar a la comunidad médica colombiana y muy especialmente a nuestros colegas internistas y miembros en las diferentes categorías de la ACMI, la historia de la medicina interna en Colombia y de la especialidad a nivel mundial.

Medicina especializada

Desde la perspectiva contemporánea, la más importante división de la medicina se produjo en la Edad Media. A partir del Concilio de Tours, en el año 1163, y de manera tajante luego del Cuarto Concilio de Letrán, en 1215, se separó la que hoy denominaríamos medicina quirúrgica de la medicina clínica.

La verdadera consolidación de las múltiples divisiones de la medicina viene a verse tan sólo en el siglo XIX y puede atribuirse a factores tanto científicos como sociales y económicos. Se requirieron, en primer lugar, adelantos en el conocimiento médico, principalmente en anatomía y patología y avances en las técnicas de terapia y de diagnóstico. Pero para llegar al verdadero florecimiento de la medicina especializada también fueron necesarias las expectativas crecientes de los pacientes ante unos resultados cada vez más espectaculares. La medicina se convirtió así en una profesión reconocida y hasta cierto punto lucrativa.

Tal vez la más empleada de las clasificaciones del recurso humano médico subdivide a estos profesionales por un lado en médicos de atención primaria, a veces también denominados médicos “generalistas”, y por otro lado en médicos especializados en campos distintos a la atención primaria, generalmente designados simplemente como “especialistas”. Como médicos “generalistas” figuran, además de los médicos generales, los especialistas en medicina familiar, los internistas generales y los pediatras generales. En los Estados Unidos tan sólo 30% de los médicos caen en la categoría de médicos generalistas. En Inglaterra los médicos generales pueden ser “General Practitioners” (GP’s), encargados mediante el método de capitación de un cierto número de personas, o son médicos hospitalarios. Los especialistas pueden clasificarse en siete categorías:

1. Las subespecialidades de medicina interna (cardiología, endocrinología, gastroenterología, neumología, reumatología, etc.)
2. Otras especialidades médicas (dermatología, medicina física y rehabilitación, medicina

Dra. Dora Inés Molina de Salazar: Docente Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Presidenta ACMI, Manizales.

Acta Méd Colomb 2002; 27: 295- 298

de urgencias, neurología, oncología clínica, etc.)

3. Ginecología y obstetricia
4. Pediatría
5. Especialidades quirúrgicas (cirugía general, cirugía plástica, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, urología, etc.)
6. Especialidades de apoyo hospitalario (la triada de anestesiología, imaginología y patología)
7. Psiquiatría.

A lo largo del siglo el proceso de especialización progresiva de la medicina colombiana siguió, con algunos años de diferencia, los pasos de lo que estaba ocurriendo en Francia e Inglaterra. Al comienzo del siglo XX se diferenciaban ya los médicos que tendían hacia un trabajo clínico y aquellos con una visión quirúrgica.

Según José Félix Patiño Restrepo, médico cirujano e historiador y ex presidente de la Academia Nacional de Medicina, los años treinta fueron esenciales para el desarrollo de la medicina especializada en Colombia. El Dr. Patiño dice: “En la década de los años treinta comienzan a formarse los especialistas que se preocupan por estudiar campos de la medicina en sus aspectos generales de diagnóstico y de tratamiento, quienes vienen a desplazar al médico general. Con esto comienza a irrumpir la ciencia como componente cada vez más importante de la medicina y el arte comienza a disminuir. Este año de 1930 posiblemente marca la época en que la medicina tomó una orientación como ciencia y no como arte”.

Unos años más tarde, en 1953, visitó a Colombia una nueva e influyente misión norteamericana encabezada por Maxwell E. Lapham, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Tulane. Como una de las recomendaciones surgió la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), muy influyente en sus primeros años de existencia. La Misión de Tulane reforzó la tendencia a la departamentalización y a la especialización. Es así como hacia finales de los años cincuenta, de manera casi simultánea y con clara influencia norteamericana, se crearon los primeros programas de posgrado en el Hospital de La Samaritana y en el Hospital San Juan de Dios en Bogotá, así como en el Hospital Evaristo García en Cali y el Hospital San Vicente de Paúl en Medellín. El primer programa formal de especialización, que fue el de anestesia, se implementó en la Universidad del Valle en 1956, en el recién inaugurado Hospital Departamental.

En los años 50 había cinco universidades con programas de postgrado: Valle, Antioquia, Nacional, Javeriana y Caldas. En los años 60 se les unieron el Hospital Militar y la Universidad del Rosario, con algunos de sus programas compartidos. La década de los 70 veía los primeros egresados de posgrados primero de la Universidad de Cartagena y luego del Cauca, más tarde de la Universidad Industrial de Santander, la Metropolitana de Barranquilla y la Escuela Colombiana de Medicina, en Bogotá. En la actualidad son 26 las instituciones universitarias, algunas con más de un

programa, que forman especialistas en las 12 disciplinas de este estudio.

El censo de población de junio de 1964 reveló que Colombia tenía 17.484.508 habitantes. El estudio encontró que había 8.000 médicos en actividad, lo cual representaba una tasa de 4.3 médicos por 10.000 habitantes, o un médico por cada 2.200 habitantes. En esa época las tasas comparativas eran 5.8 en América Latina, 14.9 en Estados Unidos y 22.2 en la antigua Unión Soviética.

Ascofame presentó recientemente los primeros resultados de su estudio sobre el recurso humano médico en Colombia, que muestra cifras globales del número y la distribución de los médicos colombianos (Ascofame, 2000). El número total de médicos en Colombia es 43.166 para una población de 41.658.452 habitantes.

Esto da una tasa de un médico por cada 965 habitantes, frente a un médico por cada 2.200 en 1960. Hoy la tasa por 10.000 habitantes es de 10.36, frente a 4.3 en 1960. 26.4% de los médicos y 41% de los especialistas se encuentran ubicados en Bogotá.

Medicina interna como especialidad

Con frecuencia muchas personas desconocen qué es la medicina interna y se debe despejar esta frecuente duda o confusión por parte del público. La medicina interna nació a finales del siglo pasado en Alemania, Francia y Estados Unidos en momentos en que se producía un verdadero renacimiento de conocimientos bacteriológicos, bioquímicos, filosóficos, radiológicos y anatomopatológicos.

Desde el nacimiento de la medicina interna como una disciplina médica independiente, durante el Primer Congreso Internacional de Medicina realizado en Wiesbaden en 1882, la esencia filosófica de la especialidad no ha tenido cambios. Tan sólo el advenimiento de nueva tecnología le ha permitido al internista complementar el ejercicio clínico de la especialidad y comprobar el diagnóstico que ya estableció con un buen juicio clínico.

Es claro que han cambiado en forma dramática las circunstancias del ejercicio de la medicina interna con base en el crecimiento desmesurado que han tomado las diversas subespecialidades médicas.

Durante el siglo XIX, más exactamente en 1.897, Sir William Osler predijo que la medicina interna sería la especialidad más completa, solicitada y gratificante durante el siglo XX, predicción que tan sólo fue válida hasta los años 60, cuando se inició la crisis de la especialidad, la cual para comienzos del siglo XXI no ha concluido.

En EE.UU. la medicina interna que nació como especialidad en 1882, para los años 60 y en contra de las predicciones de Osler, empezó a decaer con base en la iniciación del auge de las subespecialidades.

La medicina interna en Colombia

Se remonta al siglo XVIII con la llegada al país del sabio José Celestino Mutis, pasando por el siglo XIX cuando

dentro de un ejercicio combinado de las ciencias clínicas y quirúrgicas, sobresalieron Antonio Vargas Reyes, Liborio Zerda y el general Santos Acosta, para terminar definiéndose como especialidad por el profesor José María Lombana Barreneche (1854-1928) a finales del siglo XIX, encargado de la cátedra de patología interna del Hospital San Juan de Dios de Bogotá. Dentro de sus alumnos se contaron los reconocidos internistas Carlos Trujillo Gutiérrez, Alfonso Uribe Uribe y Pablo Elías Gutiérrez.

La medicina interna como especialidad con identidad propia, sólo tomó vigencia hacia los años 60, lo cual fue precedido por la creación de la Sociedad Colombiana de medicina interna en 1949 que tuvo una duración efímera y en forma casi simultánea con el nacimiento de la Asociación Colombiana de medicina interna (ACMI) el 28 de noviembre de 1958, por un pequeño grupo de eminentes internistas de Bogotá, por iniciativa de los doctores Rafael Carrizosa Argáez y Roberto de Zubiría Consuegra, quienes fueron elegidos como su primer presidente y secretario respectivamente, y definida entonces estatutariamente como “una entidad de carácter científico y gremial, cuya función debe ser la agrupación de los médicos que actualmente ejerzan la medicina interna en Colombia.

Funciones de la ACMI

La Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), es una organización profesional de médicos especialistas en medicina interna, cuyo objetivo es propender y apoyar el progreso de la especialidad en Colombia, buscando la excelencia en su ejercicio para beneficio de la salud de los colombianos.

La ACMI trabaja para mejorar y mantener un alto nivel de calidad en los programas de entrenamiento y en la investigación en medicina interna en el país, y para ofrecer a sus asociados y al cuerpo médico colombiano múltiples oportunidades de educación médica continuada de alta calidad. La ACMI trabaja también en la defensa de los intereses profesionales de sus asociados, dentro de los principios de la ética y teniendo como objetivo el mantenimiento de las condiciones en el ejercicio de la especialidad necesarias y suficientes para brindarle al paciente la mejor atención posible.

La ACMI cuenta actualmente con 998 miembros distribuidos en 12 capítulos que comprenden el Distrito Capital y 22 departamentos y es hoy una de las más grandes y más prestigiosas organizaciones científicas médicas de Colombia. Ya desde la segunda asamblea general celebrada en Manizales en 1959, nació la idea de darle a la ACMI carácter verdaderamente nacional y se inició el proceso de descentralización mediante la creación de los capítulos regionales, con el liderazgo de Eugenio Villa en Antioquia, E. Flores en Bolívar, Ferry Aranzazu en Caldas, Marco H. Camargo en el Atlántico, Marco T. Kimel en el Cauca y Jorge Araújo Grau en el Valle. Hoy la ACMI está integrada por los capítulos de Antioquia-Chocó con sede en Medellín, Caldas con sede en Manizales, Caribe con sede en Barranquilla, que comprende

además del Atlántico a los departamentos de La Guajira, Magdalena y Cesar, Central con sede en Bogotá que comprende además del Distrito Capital a Boyacá, Meta, Tolima, Huila y Caquetá; Costa Atlántica con sede en Cartagena, Morrosquillo con sede en Sincelejo y que además de Sucre comprende el departamento de Córdoba, Norte de Santander con sede en Cúcuta, Quindío con sede en Armenia, Risaralda con sede en Pereira, Santander con sede en Bucaramanga, Valle -Cauca con sede en Cali y Nariño el “benjamín” de los capítulos con sede en Pasto, y que comprende además el departamento del Putumayo.

Uno de los hechos más importantes en la vida del departamento y que influyó en la técnica de la enseñanza fue la organización del Seminario Interamericano para la Enseñanza de la medicina interna que tuvo lugar en Manizales en 1959, con la participación de 187 facultades de medicina existentes en América por esa fecha, la que estableció un derrotero en el aspecto docente de la medicina interna en el hemisferio

Desde su fundación y hasta 1968, la ACMI realizó anualmente la Convención Nacional de medicina interna en diferentes ciudades del país, con creciente calidad científica, participación de conferencistas nacionales y extranjeros y cada vez más numerosa asistencia. Por iniciativa de los doctores William Rojas y Hernando Sarasti presentaron en la Convención Nacional, celebrada en Popayán en 1968, con el fin de darle mayor solidez y convocatoria, la ACMI decidió invitar a otras sociedades científicas a participar en la organización y realización de la Convención Nacional. El resultado fue el I Congreso Colombiano de medicina interna, que se celebró en Bogotá en 1970. Tres años más tarde, se creó en Medellín a la Asociación Procongreso de Medicina Interna que reunió a la ACMI y a 11 sociedades de subespecialidades médicas, en el propósito común de la realización bienal del Congreso Colombiano de medicina interna, que llegó a su XVII edición en octubre del 2002 en Cartagena de Indias, y que hoy está integrada por 19 sociedades científicas del área de la medicina interna.

Uno de los pilares fundamentales y más importantes de la ACMI, es su revista *Acta Médica Colombiana*, fundada en 1976 por el doctor Fernando Chalem, quien la dirigió hasta 1996, dirigida por el Dr. Jorge Escandón de 1996 a 1998, y desde diciembre de 1998 bajo la dirección del Dr. Paulo Emilio Archila, ha llevado actualización y los mejores trabajos de investigación sobre la especialidad a todos sus asociados y a buena parte del cuerpo médico de Colombia, posicionándose como la revista de mayor prestigio en el país.

Desde sus albores y hasta la fecha, la ACMI ha establecido una amplia presencia y un reconocido prestigio en toda la nación con sus actividades y publicaciones científicas, empezando por su participación en el Congreso de medicina interna, la realización del curso bienal de Postgrado ACMI - ACP, con la colaboración de American College Of Physicians; el Curso Bienal de Renovación de Conocimientos en medicina interna, los cursos de posgrado itinerantes,

los múltiples simposios y cursos realizados anualmente en todos los capítulos, Acta Médica Colombiana, el Manual de Terapéutica del Capítulo Central y las memorias de cursos nacionales y de las múltiples actividades de los Capítulos, el taller “Redefinición del perfil del médico internista” llevado a cabo con la participación de los integrantes de los doce capítulos de la ACMI, liderado por los doctores Dora Inés Molina de Salazar, Carlos Sánchez D. y Camilo Torres con el apoyo incondicional de la Fundación Amigos de la Medicina y el Laboratorio Sanofi Synthelabo. Así mismo la Junta Directiva Nacional 2000-2002 con sus Comités de Ética y de Farmacia coordinados por los doctores Jaime Alvarado, Manuel Chávez y Orlando Sarmiento, presentaron a la comunidad médica colombiana y a los diferentes actores del sistema de salud el documento “Consideraciones éticas, relación cuerpo médico ACMI-industria farmacéutica”.

Recientemente ha abanderado la formación de comités nacionales conjuntos sobre enfermedades de alta prevalencia con otras sociedades científicas, para la elaboración de guías clínicas nacionales, de las cuales ya se han publicado las de Hipertensión Arterial, Vacunación en el Adulto, Asma, el Primer Consenso Colombiano para la Prevención del Tromboembolismo Venoso en el Paciente Médico y el Consenso Colombiano sobre Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II (ARA II).

Aunque sus estatutos iniciales lo contemplaban entre sus objetivos, de manera similar a las demás sociedades científicas, la ACMI se dedicaba hasta hace ocho años a actividades exclusivamente de tipo académico y no se interesaba de asuntos gremiales, que se consideraban de competencia de la Federación Médica Colombiana y de Asmedas. La ampliación de la cobertura del ISS y las cajas de compensación así como la proliferación de Empresas de medicina prepagada, crearon el ambiente propicio para llevar a la ACMI, durante la presidencia del Dr. Javier Molina (1990-1992), a asumir una posición cada vez más comprometida en los asuntos gremiales, que ha sido mantenida y ampliada desde entonces por todos sus sucesores. La ACMI desempeñó un papel fundamental en el Consejo Nacional de Especialidades Médico-Quirúrgicas (CNEMQ), en el Consejo Nacional de Instituciones Médicas (CONSIMED) y en la creación de la Asociación Médica Colombiana (AMC), con la que trabaja hoy estrechamente en la vigilancia y en la defensa de los intereses profesionales de sus asociados y

de todo el cuerpo médico de Colombia.

La actual Junta Directiva período 2000-2002 estructuró un plan de desarrollo por dos años y planes de acción por cada Capítulo, los cuales son el derrotero para el cumplimiento de los objetivos propuestos mediante indicadores de gestión en las áreas administrativas, académicas y gremiales. Se lograron generar alianzas estratégicas con la Sociedad Colombiana de Cardiología y la Federación Diabetológica Colombiana para realizar actividades de educación médica continuada en el área de factores de riesgo cardiovascular direccionadas a sus miembros y a médicos generales.

La ACMI está integrada por cinco categorías de miembros: de Número, Asociados, Adherentes, Honorarios y Eméritos. Estas categorías son de carácter nacional y quiere con los talleres de “Redefinición del Perfil del Internista” generar un plan estratégico que le permita a los internistas del país ejercer su especialidad dignamente, de acuerdo con las circunstancias que vive el sector salud.

Bibliografía

1. **Asociación Colombiana de medicina interna.** Directorio de Miembros 2001. Breve Historia de la Asociación Colombiana de medicina interna. Bogotá. P.199
2. **Able C.** Health care in Colombia. University of London, Institute of Latin American Studies, London. 1994.
3. **Cooper RA.** Seeking a balanced physician workforce for the 21 st century. *JAMA* 1994; **272**: 680-687.
4. **Cunliffe W.J.** “Dermatology in England”. En: *Archives of Dermatology* 1994; **130**: 1305-1307.
5. **D’Achiardi R.** Historia de la Asociación Colombiana de medicina interna. Documento no publicado.
6. **Goerke H.** Médicos, cirujanos, barberos y especialistas. En: 3.000 años de Historia de la Medicina. De Hipócrates a la medicina bioquímica. Barcelona. 1986:137-151.
7. **Goodman D, et al.** Benchmarking the US Physician workforce. An alternative to needs-based or demand-based planning. *JAMA* 1996; **276**: 1811-1817.
8. **Guzmán F, et al.** Medicina e historia en el siglo XIII. En: La práctica de la medicina y la ley. Medellín 1996: 355-378.
9. **Herrera J.** Historia de la anestesiología en Colombia. Sociedad Colombiana de Anestesiología. Bogotá 1999.
10. **Inlis B.** Historia de la medicina. México 1968.
11. **Lyons AS, et al.** Historia de la medicina. Barcelona 1991.
12. **Patño JF.** Prólogo En: Rosselli DA, Otero F, Heller D, Calderón CP, Moreno I, Pérez A. La Medicina Especializada en Colombia. Una aproximación diagnóstica. Bogotá 2000. p.224
13. **Rosselli DA, Otero A, Heller D, Calderón CP, Moreno I, Pérez A.** La Medicina Especializada en Colombia. Una aproximación diagnóstica. Bogotá 2000.
14. **Singer C, et al.** Breve Historia de la Medicina. Madrid 1966.
15. **Universidad de Caldas.** Apuntes históricos, Facultad de Medicina. Manizales, Colombia 1994; p.179.

Misión del médico internista

DORA INÉS MOLINA DE SALAZAR • MANIZALES

Misión

Brindar a los pacientes jóvenes, adultos y ancianos los servicios médicos clínicos de atención integral en salud del más alto nivel científico tecnológico y humanístico, enmarcado en la ética y el respeto por el ser humano, interactuando cuando sea necesario, con otras especialidades, para asegurar calidad, eficacia, eficiencia y efectividad.

*DEFINICIÓN TOMADA DE LAS DIFERENTES ENCUESTAS
REALIZADAS A NIVEL NACIONAL.*

No tenemos ninguna duda en recomendar como especialista idóneo para la atención integral de primera línea a toda persona adulta, desde la adolescencia hasta la vejez, a un médico internista. No hay un médico mejor preparado para la atención integral de las personas a partir de la segunda década de la vida, utilizando como plataforma de trabajo la evaluación médica experta del paciente, que comienza con la realización de una cuidadosa historia clínica. Principal instrumento diagnóstico inventado por la ciencia y el arte de la medicina, desde Hipócrates hasta nuestros días.

En el pasado siglo de la gran tecnología y en el promisorio que acaba de comenzar, es el médico internista el principal heredero de la tradición clínica, en establecer un diagnóstico y tratamiento basado en evidencias obtenidas por un diálogo médico-paciente bien orientado y un examen físico exhaustivo, corroborado luego por una experta selección del mínimo de exámenes complementarios indispensables para confirmar dichas impresiones clínicas y guiar objetivamente la mejor terapéutica posible.

La forma más sencilla de definir al médico internista es la de reconocerlo como “el médico del adulto”, experto en la atención primaria y continuada desde el adolescente hasta el anciano. Su campo de acción es amplio excluyendo la infancia, pues la atención especializada del niño corresponde al médico pediatra. No es función del internista la realización de procedimientos quirúrgicos, aunque sí participa en el diagnóstico de situaciones quirúrgicas y en la evaluación general y cardiovascular preoperatoria, así como en la atención postoperatoria en especial de personas complicadas o con enfermedades crónicas. Tampoco atiende embarazos o partos, excepto cuando la embarazada presenta complicaciones o afecciones médicas agudas o crónicas y entonces participa en su atención en estrecha colaboración con el médico obstetra.

El médico internista se forma en residencias de postgrado universitarias en su gran mayoría, durante tres exigentes años de estudio y trabajo. Durante su formación hospitalaria el internista adquiere los hábitos profesionales que caracterizan su diario ejercicio médico, atendiendo con destreza las múltiples y variables quejas y motivos de consulta que se realizan en el hospital, desde los aparentemente más sencillos hasta los más complejos que amenazan o comprometen la vida del paciente.

Las consultas externas, la orientación del *triage*, las salas de urgencia, de cuidados intensivos y de hospitalización son los territorios donde el internista desarrolla su diaria actividad. El médico internista sabe enmarcar la queja del paciente, la enfermedad aguda o crónica que padece en cada uno de los planos que conforman el concepto de salud biológica, mental o social. Considera al hombre sano o enfermo como una pieza valiosa en el tablero de ajedrez que es la comunidad donde discurre su entorno social, familiar y laboral. Es característica la curiosidad científica y permanente actualización de este especialista a través de libros, revistas científicas periódicas, jornadas, cursillos y congresos científicos y en los últimos años por Internet.

Dra. Dora Ines Molina de Salazar: Docente Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas, Presidenta ACMI, Manizales.

Acta Med Colomb 2002; 27: 299-301

Participa activamente en la docencia médica, haciendo parte de la gran mayoría de los profesores universitarios que enseñan a las jóvenes generaciones que cursan estudios de medicina, en pre y posgrado de Medicina Interna, cómo se diagnostican las enfermedades (clínica médica), como se previenen y cómo se tratan (terapéutica). Su función docente se extiende más allá de las aulas de clase y de la enseñanza a la cabecera del paciente para integrar equipos de educación terapéutica a los pacientes crónicos y a la comunidad con riesgo de padecerlas. Además, realizan investigación médica en estos aspectos, así como también en temas de epidemiología y salud pública. La preparación humanista y ética del internista es sólida y está dirigida a comprender el entorno sociocultural de sus pacientes, debe poder comprender y hacerse comprender por todo tipo de enfermos o personas sanas que en los llamados “chequeos” preventivos solicitan preservar su salud.

El hombre es un átomo social que merece suficiente atención individual y a la vez debe ser considerado parte de un todo comunitario. Prevenir enfermedades actuando sobre el hombre sano a nivel de cada consulta y sobre la comunidad a través de la divulgación y educación sanitaria es un firme propósito que se debe imponer la Asociación de Medicina Interna de Colombia con sus asociados.

La Medicina Interna es considerada en los tiempos modernos como una práctica profesional fundamental, prioritaria en los sistemas de atención de la salud a todos los niveles.

La utilización del internista como recurso médico fundamental en los sistemas de atención integral médica en países como Inglaterra, Francia, Estados Unidos, Cuba son pruebas evidentes de que se aprecia su invaluable papel en la eficiencia de los servicios que se presta a los usuarios.

No hay duda de que el internista ha sido mejor comprendido ahora por los demás especialistas.

La labor docente e investigativa del internista, le han dado, además, la oportunidad de intervenir de manera activa, no sólo en el progreso de la medicina asistencial, sino también en la educación médica y en la generación de conocimientos, lo cual le ha hecho apreciar pero falta difundir más sus actividades y el conocimiento por parte de las EPS (empresas promotoras de salud) y las ARS (administradoras del régimen subsidiado) y las IPS (instituciones prestadoras de salud), de la importancia de vincular al médico internista en sus instituciones en programas de promoción de la salud de prevención de la enfermedad, en la actividad asistencial y en la relación interdependiente con el resto de especialidades médicas.

El internista fue definido por Osler como un “generalista privado y distinguido”, para establecer su distinción con el médico general. El conocimiento y respeto por el internista, tan claro por esos años, se ha venido desdibujando hasta llegar un momento en que el paciente no logra distinguir entre un médico general y un internista y lo que es más, lo puede confundir abiertamente con el médico interno, quien

aún debe superar esta etapa de su vida académica para poder graduarse, o con el médico familiar, de diversos perfiles según la estructura de la especialidad en cada país, pero cuya función es atender la familia con énfasis en atención y prevención primarias.

Son múltiples y generosas las definiciones y atributos del internista. Se considera la medicina interna como el núcleo de formación de cualquier especialista, que evita la fragmentación en el ejercicio de la medicina clínica.

Sumando varias definiciones, el internista es el eje alrededor del cual se mueve todo el equipo de salud; asesor, consultante e integrador de otros especialistas, quien dirige y centraliza el acto médico evitando la atomización en el cuidado del enfermo, quien brinda un cuidado integral a adolescentes, adultos y ancianos, con base en una formación científica y humanística, quien tiene una alta precisión diagnóstica y se mantiene siempre actualizado,

Los médicos internistas lidian diariamente con la enfermedad y muchos pueden lidiar con la muerte y morir regularmente. Infortunadamente muchos no están preparados para los efectos personales de estos retos, que pueden terminar en frustración o depresión. Los médicos pueden tener una sensación de fracaso si perciben su función como exclusivamente reparadores o sanadores, esto puede ocasionar una lucha constante por mantener sus límites personales y profesionales mientras prestan atención compasiva, ésta debería ser una recomendación para el cambio en los currículos de medicina interna en donde se haga más énfasis en las áreas sociales, humanísticas y de administración.

Las actividades y compartimientos que pueden indicar agotamiento profesional incluyen insatisfacción con el trabajo, cinismo, abandono de pacientes específicos y de sus familias y sobre involucramiento con algunos pacientes y sus familias. Tomar tiempo para la autorreflexión e identificar los métodos para renovarse son críticos para el personal y profesionales de la salud y muy especialmente para el médico internista, por esta razón la actual Junta Directiva de la ACMI 2000-2002, ha impulsado el programa de Redefinición del Perfil Profesional del Médico Internista a nivel nacional con el fin de lograr estrategias para una mejor formación, y un mayor conocimiento de la comunidad médica y no médica de las funciones que desempeña el médico de esta especialidad.

Los médicos, los sacerdotes, los educadores y los jueces han sido siempre considerados como interlocutores particulares en la medida que son censados como poseedores de un conocimiento íntimo del alma humana, probablemente en razón de los poderes que se les atribuye sobre el cuerpo, el espíritu, el desarrollo corporal y el respeto a la libertad. A pesar de ser interlocutores válidos el ejercicio profesional del médico internista a partir de la aplicación de la ley de seguridad social en salud en 1993, ha cambiado en menoscabo de la calidad y de la empatía necesaria en una relación médico-paciente o usuario de los servicios de salud.

Incluso si las condiciones de la práctica médica han

cambiado en el transcurso de las últimas décadas, al menos en el mundo occidental y los conocimientos avanzan a pasos agigantados, la profesión médica permanece comprometida tanto con el artesano como con el sacerdote, utilizando de manera variable, de acuerdo con las disciplinas metodológicas y técnico-científicas, la sociología y el empirismo. Por lo tanto, es urgente clarificar las ambigüedades ligadas al ejercicio profesional y a la medicina, una abstracción con fronteras poco precisas.

El propósito es buscar las respuestas a ciertos interrogantes que todos los médicos y en este caso los internistas especialmente, deben plantearse: ¿Cuál es la misión del internista? ¿Cuáles son sus objetivos? ¿Cuál es la naturaleza de su poder como médico, sus límites y responsabilidades?

Es preciso recalcar que los lazos estrechos entre la asistencia, la investigación, la economía y la ética hacen que el ejercicio médico de hoy día sea bastante diferente al de hace unos años. El factor financiero predomina muchas veces; el intermediario (EPS, ARS e IPS) terminó con la relación directa médico-paciente para instaurar el sistema cliente-empresa-enfermo-médico y hacer prevalecer el concepto de cliente o consumidor. La imagen del médico cambió también para el enfermo; ahora es un prestador de servicio, un mecánico de órganos, un técnico de la salud, a veces con una connotación algo peyorativa. Las decisiones médicas son fuente de gastos, laboratorios, hospitalizaciones, interconsultas, que en la inmensa mayoría son sufragados por las compañías privadas o el Estado. Según algunos, los médicos causan gastos, no evitan gastos. De allí el por qué de las auditorías. Se crea una confusión: ya no es el enfermo el objetivo principal, lo es la productividad del sistema.

Las metas se derivan de la misión, es decir, en lo que desea convertirse la Medicina Interna. ¿Qué es nuestra profesión? ¿Qué debe ser nuestra especialidad?. Aunque estas preguntas parecen muy simples, de hecho son dos preguntas muy difíciles de responder. La creación o revisión de una declaración de la misión es muy compleja debido a las variables que deben examinarse. Sin embargo, el hecho de concretar una declaración de la misión podría beneficiar mucho el ejercicio y el futuro de la medicina interna, por lo menos de varias maneras:

- La declaración de la misión aclara el propósito y la dirección de nuestra especialidad.
- De este modo, ayudará a tomar un sendero con metas definidas.
- Las metas permitirán diferenciar la medicina interna de la medicina general y la medicina familiar.
- La declaración de la misión mantendrá la medicina interna en el propósito de centrarse en las necesidades de los pacientes que la consultan.
- La declaración de la misión suministrará orientación y pautas específicas para seleccionar cursos de acción alternos.
- La declaración de la misión suministrará dirección a los internistas, en consecuencia, actuarán como enlace

para mantener unidos a los miembros de la Asociación Colombiana de Medicina Interna.

Objetivos del médico internista

El objetivo principal del médico internista, como el de todo médico, es aliviar el sufrimiento y proteger la calidad de vida. Osler decía a sus discípulos: “El médico pocas veces cura, algunas alivia, pero siempre debe consolar y acompañar”.

Para algunos el objetivo esencial sería prolongar la vida, pero esto es discutible. Si en el último siglo se incrementó la esperanza de vida no fue por obra exclusiva de la medicina, muchas otras profesiones contribuyeron a ello. El urbanismo, la ingeniería sanitaria y las comunicaciones cumplieron y siguen cumpliendo, con una labor importante. El médico integral no es aquél que prolonga caprichosamente la vida del paciente, sino por el contrario, el que a su paciente “añade vida a sus años”, es decir, calidad, autoestima y hasta cierto punto, felicidad.

El objetivo del internista no es evitar la muerte a toda costa, más bien es tratar de aliviar su dolor, mejorar su calidad de vida y cuando llegue el momento facilitarle una muerte digna, rodeada de sus parientes y amigos más queridos. Es de nuevo acompañar y consolar.

El objetivo principal, cual es aliviar, se fundamenta en conocimientos sólidos de la medicina y en una actitud humana y humanística. No debe ser para él la única meta acertar con el diagnóstico, sino más bien aportar esperanza y vitalidad a sus enfermos.

El futuro de la medicina interna en el país depende del ejemplo y de los conocimientos transmitidos de los docentes a los discípulos, pero también de la modificación de los currículos acordes a las nuevas legislaciones en salud, del entusiasmo y ocasión impartido en el ejercicio de la profesión pues el campo de acción de esta especialidad es bien grande.

Al tener una MISIÓN del médico internista, definida, internalizada en el sector salud y la comunidad en general y apropiada por los miembros de la ACMI y de las diferentes Facultades de Medicina, esto permitirá el posicionamiento que requiere y merece esta especialidad y por supuesto la ACMI.

Bibliografía

1. **Asociación Colombiana de Medicina Interna.** Misión. En: Perfil profesional del Médico Internista. Interrogantes acerca de nuestra profesión. Taller de Focalización. 2001; p.24
2. **American College of Physicians.** Position Paper. The rate of the future internist defined. *Ann Intern Med* 1974; **80**: 121-616.
3. Conferencia de Alma-Ata: OMS / UNICEF. 1978.
4. **Chacín LF, Cechine MO.** El médico internista es el médico del adulto. Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Caracas 2000; p.411
5. **López LE.** Papel del Médico Internista en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Med Interna* 1965; **1**: 230-231.
6. **Montes de Oca I.** La Medicina Interna, una especialidad impredecible de los diferentes cuidados médicos en salud pública. *Med Interna* 1989; **5**: 113-124.
7. **Organización Panamericana de la Salud.** Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington D.C. 1989. Documento C.D. 33 / 14

Visión del médico internista

CARLOS E. SÁNCHEZ-DAVID • BOGOTÁ, D.C.

Visión

El médico internista, es el médico imprescindible para cualquier gestión de salud y por tener una formación y enfoque multifacético, estimular el espíritu, el sentimiento y el compromiso de las gentes, conservar su salud y prevenir la enfermedad. El médico internista debe ser un líder con visión y capacidad de comunicación para con sus pacientes; además de ser el diseñador de las estrategias para hacer de ese sueño una realidad

Visión qué podría ser realidad

El panorama científico, social y económico en el cual se practica la medicina interna en Colombia está cambiando a un ritmo acelerado. Los pacientes, las instituciones científicas y académicas están modificando sus expectativas y los estándares de calidad por los cuales se rigen. Esto es válido, tanto para prestadores como usuarios de la salud, quienes investigan las decisiones e invaden la autonomía y el modo tradicional de hacer las cosas. Todo lo acontecido debe convertirse en un motivo para que los médicos internistas adopten nuevas estrategias que les permitan adaptarse a estos cambios sociales y económicos que afectan la profesión y buscar formas de hacer más eficaz la manera como se toman decisiones y se plantean el tratamiento y la información a los pacientes.

Es claro que son notorias las limitaciones del modelo tradicional de educación y práctica de la medicina interna. Se plantea, entonces, la necesidad de buscar nuevos caminos, nuevos perfiles que ayuden a enfrentar directamente la incertidumbre y retrasos en la interiorización de la problemática de la medicina clínica tradicional, para así contribuir en la construcción de las bases de una mejor educación en las nuevas generaciones de médicos y hacer más sólidas y eficientes la formación médica continua y como resultado de lo anterior, asegurar a las gentes una atención médica de calidad óptima fundamentada por el respeto del ser humano.

Formación de más internistas generales: ¿para qué?

Colombia, como muchos países latinoamericanos, tiene un perfil epidemiológico de salud-enfermedad que lo caracteriza. Se distingue, por unas notorias diferencias en el campo de la salud, de los países desarrollados, debido principalmente a su pobreza, a su pobre planeación en el área de la salud y la pérdida de valores. Estos procesos, condicionados por la grave crisis económica, comprometieron severamente a los sectores sociales (salud y educación) y con ello, se profundizaron las grandes diferencias sociales que ya de por sí eran bastante significativas.

Los procesos macroeconómicos se reflejaron y continúan haciéndolo, en la salud de la población de diversas formas. De una parte se incrementó la pobreza crítica y por otra, los índices de desnutrición se elevaron trayendo consigo diversas enfermedades como la diarrea y la tuberculosis. Además, se observó el resurgimiento de un grupo de patologías ya controladas como la malaria, el cólera, el sarampión, indicadores indiscutibles de un deterioro de la calidad de vida. Para complicar el panorama, se agudizó la violencia social, resultado de la pobreza, la ignorancia y la ausencia de expectativas de superación, atentando no sólo contra la vida orgánica de la gente sino, lo más grave; mermando y debilitando su bienestar psicológico y espiritual. Hoy en día, nos matamos entre nosotros, tal vez en la búsqueda de una ilusión falsa de supervivencia.

Pero estos procesos se dan simultáneamente con el incremento de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes de tránsito y tabaquismo, a pesar de todo, la esperanza de vida ha aumentado y se espera que en los próximos años, la población adulta y

Dr. Carlos E. Sánchez David: Profesor Asociado Facultad de Medicina y Odontología, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C.
Acta Méd Colomb 2002; 27: 302-305

anciana sea cada vez más numerosa y demande los programas de salud pertinentes.

Cabe preguntarse, entonces, si es necesario replantear hacia dónde debe ir dirigida la educación de los internistas.

Este proceso, sin duda, debe traducirse en programas y servicios que respondan a las necesidades del individuo y los grupos sociales.

La *praxis* médica no es sólo la realización individual sino que tiene un carácter fuerte de responsabilidad colectiva, sobre todo en este momento para la salud de nuestro país. Por ello, adquieren importancias ciertas actividades como el uso racional de las tecnologías de diagnóstico y terapéutica y la de las intervenciones en el momento de la organización para la prevención de la salud.

Una sólida formación científica y humanística

El formar internistas generales es una estrategia sabia, prudente y quizá muy productiva. Pero es indispensable asegurar que los futuros clínicos:

1. Comprendan científicamente la dimensión biológica y social del proceso salud-enfermedad. Sólo así se podrán generar acciones diagnósticas y terapéuticas eficientes, eficaces y seguras.
2. Utilicen racionalmente las tecnologías o las apliquen apropiadamente, lo que exige una visión analítica y crítica que sólo un sólido conocimiento puede lograr.

Lo anteriormente descrito va incorporado obligatoriamente a unas bases sólidas adquiridas con el estudio disciplinado, y una metodología de aprendizaje activo y continuo que les permitan incorporar en forma coherente y no anárquica y desorganizada y por lo tanto improductiva, los avances que día a día se dan en el área de la medicina interna.

Aprendizaje permanente

El internista se encuentra ante el deber de estar preparado metodológicamente para el aprendizaje activo, continuo y, en gran parte, autónomo. Es su responsabilidad mantenerse actualizado en consecuencia con el desarrollo científico-tecnológico y conservar la capacidad para realizarlo eficazmente. La aptitud y actitud del internista debe fortalecerse a través de un proceso educativo formal e investigativo, evitando siempre caer en la incoherencia y la rutina.

Las habilidades y destrezas para abordar los problemas de salud individuales y colectivos, identificándolos, delimitarlos y resolverlos estarán siempre en un continuo perfeccionamiento. Para ello, se requiere de disciplina, perseverancia y mente abierta para aceptar las innovaciones. También se le hace obligatorio el entrenamiento en métodos y técnicas (epidemiológicas, estadísticas, educativas y generales), que le faciliten la conceptualización, descripción y explicación del proceso salud-enfermedad, como fenómeno colectivo y el diseño y aplicación de acciones resolutivas.

Los criterios de efectividad, eficacia y costo-beneficio de los diferentes tratamientos y procedimientos deben sustentarse en forma crítica como único método de abordar

la desmitificación de la tecnología, haciéndola accesible a quien esté en capacidad de manejarla. En este sentido el concepto de tecnología no se reduce a la disponibilidad y utilización de equipos, pruebas diagnósticas sofisticadas o medicamentos costosos, sino a la utilización metódica y analítica del conocimiento científico en la resolución de problemas.

Diversas funciones por cumplir

Las formas como aborde el internista sus misiones socio-políticas, científicas y éticas, dependen de su formación académica y filosófica. Las funciones de asistencia, docencia, investigación deberán estar correlacionadas con las necesidades sentidas de la población y en relación con la meta de ofrecer un servicio de alta calidad fundamentado en principios éticos. La estrategia no perderá de vista el concepto de integralidad y el principio de coherencia.

La formación de este internista exige, por lo tanto, un lineamiento curricular muy bien establecido cuyos componentes principales serían:

- Interdisciplinariedad
- La integralidad tanto de la persona (paciente) como de la atención de salud
- La resolución de problemas como centro de la estrategia
- Aprendizaje activo
- Trabajo en grupo
- Conductas éticas

Perfil profesional del médico internista Interrogantes acerca de nuestra profesión

VISIÓN: El ser internista

Sería interesante preguntar a aquéllos que inician el ciclo de especialización en medicina interna, si tienen una visión clara de lo que será su vida de internista, fuente de alegrías, rica en conocimientos, pero difícil y en pleno y continuo cambio ¿Perciben la gran diversidad de actividades profesionales que podrán escoger? (asistencia, investigación, administración, docencia, etc.) ¿Cómo preservar el sentido de integridad?

Los futuros internistas se animan, cuando tienen real conciencia, por tres motivos diferentes: 1) la vocación, 2) la curiosidad científica y 3) la ambición. Pero muchos se orientan “pasivamente” en esta formación.

La vocación

La medicina puede proporcionar un ideal gratificante a aquel que le nace y desea ayudar al prójimo. La medicina interna goza de una imagen altruista a través de la cual el médico puede aliviar, acompañar y a veces curar. Esta figura de medio filántropo, benefactor, servicial y desinteresado se fortalece con el recuerdo y ejemplo del Dr. Schweitzer explotado muchas veces por la pantalla cinematográfica, o por los personajes de novelas tan conocidas como “Cuerpos y almas”.

La curiosidad científica

Son numerosos los médicos que desean conocer profundamente o descubrir el mecanismo de las enfermedades. Esta curiosidad científica loable y fuente de progreso, puede, en ocasiones, virar hacia un cientificismo peligroso con el fantasma o ilusión de dominar al hombre. Comprender, explicar, ha sido el objetivo de muchos. Sin embargo, a veces se aparta del aspecto clínico, base fundamental del internista. El clínico se sirve de los conocimientos científicos para intentar la identificación correcta del problema y dedicarse a resolverlo racionalmente. En esto se diferencia del investigador puro de las ciencias médicas, quien está en una actividad más marcada por la preocupación de la teoría. Podría decirse, esquemáticamente, que el internista se apoya en los conocimientos científicos que adquiere para descubrir los problemas particulares de los pacientes. El investigador, por el contrario, procede a la inversa: se apoya en conjunto de casos particulares y trata de establecer la forma general.

El investigador, por lo general, considera al ser humano como un objeto de conocimiento, mientras que el clínico (léase internista) lo considera en principio por lo menos como un sujeto. Es decir, como ser humano en su existencia, en su particularidad, en su unicidad y en su propio tiempo. Cada quien es único por su herencia, por su existencia singular, por su arraigo en una tradición. El ser humano en su historia, en la historia de las enfermedades que ha podido tener o no, en la historia de su salud. El peligro reside en convertir el sujeto en objeto, reducir la persona a objeto orgánico.

Descartes viendo pasar la gente bajo su ventana, se preguntaba si eran personas como él o si no serían simplemente especies mecánicas perfectamente imitadas, accionadas por un resorte suficientemente templado que los movía como a seres humanos y Descartes, preguntándose esto, estableció la ruptura epistemológica entre el cuerpo que somos y el cuerpo que tenemos.

La ambición

La búsqueda de un logro social suele empujar a algunos a inscribirse en la especialidad de medicina interna. La imagen del especialista era, ya no tanto, valorizado por el público.

El estatus social del especialista médico es un objetivo por sí mismo. Los médicos son particularmente amantes de los honores y los títulos. Otros, aspiran a altos cargos en la administración pública de la salud.

Las características del internista

El médico que se interese por la medicina interna debe tener ciertas características y aptitudes que le permitan sobresalir: capacidad de estudio, capacidad de trabajo, actitud de servicio, altos valores morales (éticos) y perfil de liderazgo.

Capacidad de estudio. La conceptualización, la asistencia, la docencia e investigación, componen una tetralogía esencial en la evolución y comportamiento del internista.

El ser humano al nacer investiga su nuevo mundo, gracias a un don que nunca debe perder: la curiosidad. El estudio tiene como objetivo lograr que se desarrolle la capacidad para adquirir información, clasificarla, conceptualizarla y comunicarla bajo un contexto social y científico. La investigación como método de aprendizaje logra la integración, el entrenamiento mental y una mejor formación médica. Con la investigación se aprende a planificar a manejar las técnicas, a fortalecer habilidades y a utilizar los medios de comunicación. La investigación enseña la síntesis, el buscar lo fundamental frente a lo accesorio, definir lo que es conclusión, frente a la presunción o deducción. Obliga, dentro de este concepto, a conocer el lenguaje científico oral y escrito.

Capacidad de trabajo. El internista habiendo entendido la misión de su profesión tendrá siempre una actitud de servicio para con sus pacientes, asegurándose que el acto médico siempre sea oportuno, fiable, pertinente, viable, ético y de calidad.

Actitud de servicio. Un servicio es un producto intangible que comprende una acción, una ejecución o un esfuerzo que no puede poseerse físicamente. Una amplia variedad de servicios, como el cuidado de la salud, incluye esfuerzos tanto humanos como mecánicos. Las industrias de servicios que comprenden el comercio, las comunicaciones, la salud, la educación representan un porcentaje alto en el producto interno bruto del país y el empleo. Los productos intangibles, y que predominantemente son servicios, abarcan organizaciones con características especiales. Téngase en cuenta que un servicio es intangible, lo cual significa que no puede verse, tocarse, saborearse u olerse. Por ejemplo, es imposible tocar o saborear la salud.

Además, el consumidor no puede poseer físicamente el servicio de la manera como se tiene un bien. El éxito de un buen servicio depende de crear y mantener relaciones con el consumidor. En el caso de la salud, es conservar una adecuada relación médico-paciente. El proceso de crear y mantener estas relaciones se reconoce en el mundo del mercadeo como “marketing de relaciones” y su objetivo es satisfacer a los consumidores de modo que se conviertan en personas muy leales y no haya probabilidades de que cambien de médico. El internista debe valorar estos principios al prestar sus servicios y dimensionar la calidad de los mismos.

Ética. Algunas reglas muy simples se sugieren para abordar los cuestionamientos éticos de la medicina:

Aquello que es científicamente falso no es habitualmente ético, pero, aquello que es científicamente cierto no es obligatoriamente y siempre ético.

Los problemas discutidos en el campo ético médico son complejos, incluso en su formulación y los expertos consultados, también científicamente competentes, no siempre son capaces de resolverlos.

Las respuestas aportadas por personas de “buena fe”, con criterios y visiones diferentes, pueden ser inconciliables en el plano de los principios.

En lo anterior es útil recalcar lo difícil que es ponerse de acuerdo con el concepto de ética. Desde la época hipocrática hasta la muestra, se ha esperado que los médicos aprendan a ser buenos, involucrándose en una sociedad médica e imitando al modelo de sus profesores. ¿Cómo aprende el médico joven la ética requerida en su práctica profesional? Observando el modo de comportarse de sus profesores e imitando su ejemplo. Este sistema ha permanecido invariable a pesar de que la medicina ha cambiado de muy diversas maneras durante 2.500 años desde que se inició la tradición hipocrática. No obstante, en el transcurso de la última década cada vez más Facultades de Medicina añaden cursos de ética médica a sus programas de enseñanza.

Dentro y fuera de la medicina, los ideales y modelos de comportamiento son importantes porque llegan a ser pautas para los otros. La sociedad no sólo brinda a los individuos

como paradigmas morales, unas actitudes y unas oportunidades, sino una conciencia moral individual, que sólo se desarrolla gradualmente a partir de una moralidad social dominante. La ética como moralidad de la conciencia tiene en cuenta el desarrollo de un tribunal interno individualizado, pero incluye los intereses de otros y de la comunidad.

Bibliografía

1. **López Pinero JM, Terrado ML.** Introducción a la Medicina. Biblioteca de Bolsillo, Editorial Critica, Barcelona, 2000.
2. **Abel C.** Ensayos de Historia de la Salud en Colombia. Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional CEREC, Bogotá, 1996.
3. **Vilas CM.** La Salud: ¿De derecho a mercancía? En: ¿Equidad? El problema de la Equidad Financiera en salud. Memoria Del Seminario Internacional “El Derecho a la Salud y la Equidad en los Servicios de Salud”. Bogotá abril de 2001.
4. **Drane JF.** Cómo ser un buen Médico. San Pablo Ed. Bogotá. 1993.
5. **Tehodroutsky G.** Le metier de Medecin. Colección Quesais – je. Presse Universitaire de France, Paris, 1993 .

Hacia un plan de mercadeo para el médico internista

CAMILO TORRES • CALI

El concepto de mercado

El mercadeo (marketing) parte de la investigación de las necesidades de una persona (por ejemplo: sed) y los satisfactores existentes (agua); con base en ellos se prepara un producto alternativo (jugo, cerveza, café), se le da un valor (precio), se pone a disposición de las personas (en la “plaza”, en el mercado), se comunica a la gente que existe (¡promocionarlo!) y finalmente se evalúan los resultados (¿es agradable el sabor? ¿es el producto muy caro?, ¿muy costoso? ¿difícil de obtener? ¿se están cumpliendo los objetivos?, etc.). Gráficamente me gusta encadenar este proceso así:



Dr. Camilo Torres Serna: Profesor Titular y Director de Programas de Postgrado en Ciencias Clínicas de la Escuela de Medicina de la Universidad del Valle. Profesor Titular, U. Libre de Cali. Miembro Asociado Asociación Colombiana de Medicina Interna. Miembro Asociado Sociedad Colombiana de Cardiología.
Acta Méd Colomb 2002; 27: 306-308

En épocas pasadas las organizaciones se esforzaban poco en el mercadeo porque la competencia era poca, si para calmar la sed aparte del agua sólo existía el jugo de naranja, no sería muy difícil promover el jugo de naranja. Hoy en día la situación es más compleja y se debe ofrecer un producto con factores que generen diferenciación, diferenciación que no es clara para el usuario en el caso del médico internista.

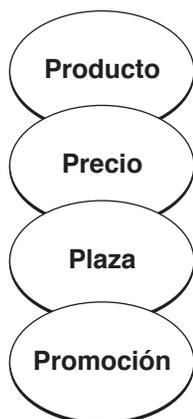
Es importante destacar aquí que el mercadeo se diferencia de las ventas en el origen de la necesidad, el mercadeo se esfuerza por satisfacer necesidades del usuario, cliente, paciente, las ventas satisfacen necesidades del vendedor que está buscando un comprador.

La mezcla de mercadeo se conoce en algunos textos como el “mix-marketing” y más recientemente como compuesto de mercadotecnia. Es la integración de instrumentos y variables controlables del mercadeo a través de los cuales la organización intercambia comunicación con el mercado objetivo.

Existen varios modelos para la mezcla de mercadotecnia, prácticamente cada autor tiene su propio modelo. El primero más conocido y tradicional fue descrito por Jerome McCarthy y parte de una investigación del entorno o de un análisis estratégico para concentrar la mezcla de mercadeo en las famosas 4P:

- **Producto** y sus características: calidad, diseño, denominación, etc.
- **Precio** (valor)
- **Posición o plaza**: más utilizada en español como distribución
- **Promoción**: hoy en día conocida como la variable comunicaciones y que incluye otras p como propaganda, publicidad, etc.

El esquema de las 4P no plantea de manera directa las variables entorno y evaluación, por lo cual la cadena de la mercadotecnia sería:



Este esquema de las 4P se ha quedado débil con desarrollo pleno de las teorías del mercadeo y recientemente se han planteado nuevos esquemas para la mezcla de mercadeo, especialmente para la mercadotecnia de servicios, por ejemplo

el conocido como el compuesto de mercadotecnia de las 4A o 4 Ases y descrito por Raimer Richers.

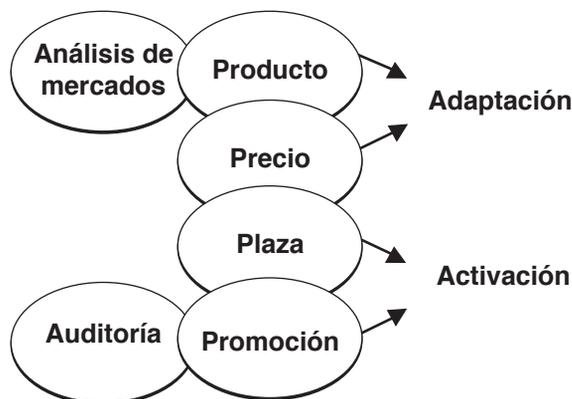
Análisis: o compuesto de información, incluye el análisis del medio ambiente externo (excluido del esquema de las 4 P), la investigación de mercados para detectar demandas (necesidades) no satisfechas del usuario y posibilidades de mercados.

Adaptación: o compuesto de servicios, incluye los factores internos a la organización que basados en el análisis externo determinan las características (perfil) que deberá tener el especialista en Medicina Interna, el precio y los servicios que ofrecerá. Es decir, recoge dos P: Producto y Precio y agrega la variable servicio al cliente.

Activación: o compuesto de comunicación. Es el establecimiento de relaciones con el medio externo por lo tanto incluye la ubicación (una de las 4P) y la tramitología que se requiere para acceder a los servicios (vía física y vía burocrática para llegar al internista). Se incluye aquí: la oferta propiamente dicha, el mercadeo directo, la publicidad, la propaganda, la promoción (la otra P), la mercadotecnia puerta a puerta, merchandising, el telemarketing, la visita domiciliaria, las relaciones públicas y todas aquellas estrategias que puedan utilizarse para dar a conocer el servicio ofrecido.

Auditoría o compuesto de evaluación y control: es el análisis interno del cumplimiento y ejecución de estrategias. El control es operativo cuando va dirigido a que se hagan las cosas o estratégico cuando evalúa el cumplimiento de metas para rediseñar la estrategia.

La cadena quedaría:



Mezcla de mercadeo para el médico internista

Definida la misión, la visión y el perfil de liderazgo que debe tener un médico internista se propone desarrollar un plan de mercadeo dirigido a posicionar el papel del internista en el mercado de la ciencia, de la asistencia y del liderazgo.

- En el contexto universitario, luchar por conservar su papel de tronco común de las especialidades médicas y

enriquecer su estructura con la sociología, la antropología médica, la psicología y en general las ciencias sociales y del comportamiento humano.

- En el contexto hospitalario convertirse en un especialista líder y orientador de las otras especialidades.
- En el contexto administrativo y operativo convertirse en el paso obligado entre la medicina general y las subespecialidades médicas.

La aplicación del modelo de mezcla o compuesto de mercadotecnia de las 4A será:

Análisis

El análisis del mercadeo del profesional internista deberá incluir la evaluación del nivel de satisfacción de las necesidades de los usuarios del servicio: pacientes, otros médicos, personal de enfermería, paramédicos, etc. Las preguntas por responder, entre otras, serían:

- ¿Qué servicios ofrece actualmente el médico internista?
- ¿Qué servicios tienen mayor demanda?
- ¿Cuál es la ubicación del servicio en la cadena o red de la salud?
- ¿Qué quejas tienen los usuarios del internista actual?
- ¿Qué competidores existen?
- ¿Qué conocimiento existe de la labor del internista?

Adaptación

Se requiere adaptar un internista a las necesidades de los pacientes, un internista que genere confiabilidad y credibilidad, esto implicará plantear cambios en la formación académica del especialista.

Pero igualmente se requiere definir los parámetros que hacen que los pacientes deban ser evaluados y controlados por un internista y no por un médico general pero tampoco por un subespecialista.

En este proceso de adaptación del internista a las necesidades de los pacientes (lo que el paciente padece y lo que el paciente requiere) es fundamental crear la diferenciación con el interno, con el médico general, con el médico familiar y con el subespecialista.

La variable precio no se refiere sólo al dinero efectivo que se paga por un servicio, el valor de algo puede ser material, funcional o emocional. Por ejemplo, el precio de un servicio de salud tiene ocho componentes divididos en beneficios y costos:

Beneficios

- La importancia diagnóstica o terapéutica del producto. Por ejemplo, la información que suministra una angiografía.
- El servicio que ofrece quien lo realiza. Por ejemplo, la comodidad de la sala.
- La imagen (“good will”) de quien ofrece el producto. Por ejemplo, realizarse la angiografía en la Clínica Mayo

- Otros beneficios accesorios por los cuales “se paga”. Por ejemplo, poder estar acompañado por la mamá.

Costos

- El dinero que se desembolsa.
- El tiempo que se “pierde” realizándose el examen.
- El costo físico: dolor, cicatriz, etc.
- El costo psíquico que representa pensar en los riesgos.

Una estrategia de precios debe ser un consolidado de estos beneficios y costos y de acuerdo con ello ser estratificada por zonas territoriales y por segmentos de la población.

Activación

Se requiere establecer canales, físicos y burocráticos, para que las personas puedan lograr una consulta con un internista. ¿Cuál debe ser la vía de acceso? ¿El médico general? ¿el personal de enfermería? ¿otro especialista? ¿directa?

Debe el especialista cumplir funciones en cual(es) nivel(es) de la cadena de la salud, ¿nivel? ¿Nivel 2? ¿Nivel 3?

Por otro lado, no basta tener un buen servicio, ¡hay que divulgarlo! Se deben desarrollar estrategias para comunicar lo que hace un internista y cómo lo hace. Se deben comunicar los servicios que presta, la importancia de ellos, así como la economía que puede significar el uso de un internista desde la óptica de los ocho componentes de la variable precio ya descritos.

¿De qué sirve ser el mejor internista si nadie sabe que lo es? ¿Si incluso pocas personas saben qué es un internista?

El establecimiento de una imagen corporativa para un internista puede exigir:

- Elementos de identificación de la especialidad: logotipos, lemas, colores, escudos, etc.
- Publicidad: utilización de formas de comunicación no personal que con altura profesional comunican la importancia de la especialidad.
- Propaganda: difundir o “propagar” información positiva para la organización se logra prestando buen servicio.
- Relaciones públicas: oficina de servicio al usuario para dar información sobre la especialidad y sus especialistas.
- Correo directo a los usuarios de las empresas de salud comunicando los aspectos diferenciales de la especialidad.
- Boletines informativos dirigidos a los médicos generales y otras especialidades.
- Realización de eventos científicos, congresos, simposios, discusión de casos, etc.: dirigidos a médicos generales y a usuarios de empresas de salud. Estos eventos permiten resaltar la imagen del recurso humano y la participación en ellos es importante para la promoción del profesional. Los eventos de la ACMI en los últimos años prácticamente han estado dirigidos a los especialistas.

Auditoría

El trabajo de mercadeo será estéril si no es controlado y evaluado simultáneamente. En todas las áreas mencionadas se debe realizar una auditoría constante: características del servicio, impacto de una publicidad, resultados de una promoción, opinión del usuario, etc.

Deben establecerse niveles de cumplimiento, realizar encuestas entre el personal y entre los usuarios, evaluar las actitudes y las respuestas de usuarios, pacientes y médicos.

Es necesario, sobre todo evaluar el nivel de compromiso de los internistas, la participación en el programa debe ser masiva.

Bibliografía

1. **Ballesteros H, Vitancurt A, Sánchez D.** Bases científicas de la administración, McGraw Hill, 1997.
2. **Cobra M, Zwarg F.** Marketing de Servicios. Colombia: McGraw-Hill 1991.
3. **Conrad J.** Tácticas de guerrilla aplicadas al mercadeo. 1989.
4. **Duailibi R, Simonsen H.** Creatividad y Marketing. McGrawHill. 1992.
5. **Hulbert J.** Mercadotecnia, una perspectiva estratégica. McGrawHill. 1994.
6. **Johnson G, Scholes K.** Dirección Estratégica. Prentice Hall, 1996.
7. **Juran JM, Grym FM.** Análisis y planeación de la calidad. Mc Graw Hill, 1995.
8. **Kotler P, Bloom P.** Mercadeo de Servicios Profesionales. Colombia: Legis Editores, 1988.
9. **Leebov W, Ersoz CJ.** Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo. Centro de Gestión Hospitalaria, 1993.
10. **Martínez JM, Jiménez E.** Cómo dominar el marketing. Colombia: Norma 1990.
11. **Munro Faure L.** La calidad total en acción. FT. Folio, 1996.
12. **Pérez Fernández de Velasco JA.** Gestión de la calidad empresarial. Calidad en los servicios y atención al cliente. Calidad total. Ed. ESIC, 1994.
13. **Rodríguez W.** Salud, ¿Cómo garantizar la calidad? ISS. 1997.
14. **Seglin J.** Curso de Mercadotecnia McGrawHill. 1992.
15. **Torres C.** Administración para la salud aplicando teoría de sistemas, Centro Editorial de Catorse. 1998.
16. **Torres C.** Conceptos mogollos de administración aplicados al mercadeo de instituciones de salud, Centro Editorial de Catorse. 1998.
17. **Torres C.** Mercadeo aplicado a servicios de Salud, Centro Editorial de Catorse. 1996.
18. **Torres C.** Mercadeo en Salud. *Revista Megamarketing* 1991; 6:15.
19. **Torres C, Suárez MF.** Estrategia gerencial para la Salud, Centro Editorial de Catorse. 1997.
20. **Torres C, Zúñiga E.** Conceptos Básicos en Medicina Preventiva. Centro Editorial de Catorse, 2001.
21. **Trout J, Ries Al.** La guerra de la mercadotecnia. McGrawHill.1986.
22. **Trout J, Ries Al.** Las 22 leyes inmutables del marketing. McGrawHill.1993.
23. **Trout J, Ries Al.** Marketing de abajo hacia arriba. McGrawHill.1992.
24. **Trout J, Ries Al.** Posicionamiento. McGrawHill.1986.
25. **Trout J, Rivkin S.** El nuevo posicionamiento. McGraw-Hill.1996.
26. **Zeithaml VA.** Parauraman A. Berry LL. Calidad total en la gestión de servicios. Ed. Diaz de Santos, 1993.