

El orgullo de ser internistas

The pride of being internists

HELÍ HERNÁNDEZ • CARTAGENA DE INDIAS (COLOMBIA)

“Si la medicina debe ser renovada, a los médicos les corresponde hacerlo, para riesgo y honor suyos” (1).

La medicina desde sus remotos orígenes ha ejercido su función gracias a dos pilares: la comunicación entre el enfermo y quien es reconocido de antemano como su sanador, antes el chamán, el brujo, el sacerdote, hoy el médico y el reconocimiento social de la trascendencia de su arte, y sobre ellos dos, se sustenta toda la historia social de la medicina, es decir, la historia que ha soportado a la historia, entendida como el devenir de la vida humana a través del tiempo. Son al menos, algo más de 190 000 años en manos de un sanador; esa es la historia de la humanidad y es la historia de su sanador, el médico.

La comunicación entre el enfermo y su sanador fue desequilibrada desde el principio, -asimétrica- de alguien aquejado por una enfermedad, alguien necesitado de ayuda; hacia alguien capaz de atenderlo y brindarle alguna solución. Todavía más, de alguien profano a uno sabedor; de la ignorancia al conocimiento. Así se mantuvo por 20 siglos.

La asimetría comprende varios elementos: el saber, la confianza, la confidencialidad, el servicio, la autoridad, la compasión, en sumo: la entrega del enfermo a su sanador y de éste a su paciente en pos de su cura o alivio. Las diferentes sociedades reconocieron y aceptaron esta relación desigual.

Con esta concepción sobre el médico y la medicina fuimos formados todas las generaciones de médicos hasta este milenio, baste citar la descripción que en 1950, hacía del ejercicio de la medicina, Tinsley R. Harrison en el primer capítulo de su hoy archifamoso tratado de medicina interna: *Principles of Internal Medicine*:

“No cabe mayor suerte, responsabilidad u obligación en el destino del hombre que convertirse en médico. Tiene que poseer conocimiento científico, habilidades técnicas y comprensión humana para atender a los que sufren. Si esas cualidades las administra con coraje, humildad y sabiduría, prestará un servicio único a sus semejantes y formará dentro de sí mismo un carácter firme. Del médico siempre se esperan conocimiento, tacto, buen hacer, simpatía y comprensión, porque el paciente no sólo es un conjunto de síntomas, signos, funciones alteradas, órganos dañados y emociones trastornadas. Es un ser humano que busca curación, ayuda, alivio y confianza. El médico no ha de pedir más a su destino, pero tampoco ha de contentarse con menos” (2).

Hoy nos encontramos con una relación médico-paciente muy distinta; antagónica las más de las veces y en ocasiones francamente hostil; impersonal, no escogida voluntariamente, interesada más allá de la enfermedad y la salud, poco sincera; simétrica en cuanto que el enfermo se enfrenta al médico en calidad de deliberante y determinante. Podríamos decir entonces que en realidad la relación médico-paciente se ha perdido.

Pero también la preeminencia social del médico ha desaparecido. El liderazgo, la relevancia, la condición de orientador social, le ha sido desconocida. La investidura de autoridad civil en salud le ha sido arrebatada.

Dr. Helí Hernández Ayazo: PhD. FACP
 Presidente ACMI® 2014-2016. Cartagena
 de Indias (Colombia)
 E-mail: helihernandezayazo@gmail.com
 Recibido 27/IX/2014 Aceptado 30/IX/2014

¿Qué ha pasado?

Definitivamente estamos ante una ruptura en la Historia de la medicina. La relación médico-paciente posmoderna rompe de modo terminante con el pasado; expertos en sociología y psicología social nos dicen que la sociedad actual ha agotado el sentido de convivencia y se ha tornado intolerante, facilista, consumista y demandante de respuestas a sus deseos, por absurdos que nos parezcan. Existe una contracultura y en ella se inserta una visión del médico como empresario o negociante, preocupado por el dinero, dejando a un lado nuestra vocación de servicio y el altruismo de nuestra misión. La impaciencia, la desconfianza, la intransigencia, la exigencia, el cuestionamiento sin argumentos a las decisiones del médico, caracterizan al paciente de hoy.

Nuestro sistema de salud por aseguramiento, si bien ha mejorado sustancialmente la cobertura y la accesibilidad a la atención, ha privilegiado intermediarios como las EPS, que no muestran de manera tangible la obligada preocupación por el enfermo, como principio misional, sino que por el contrario, lo han convertido en usuario obligado a padecer las conveniencias –esas sí– empresariales, soslayando o mal interpretando disposiciones legales para objetar o contener sus demandas legítimas, de medios diagnósticos o terapéuticos, debidamente prescritos por el médico en ejercicio de su autonomía y sustentadas en el conocimiento científico o en la *Lex Artis*; pretendiendo así dejar en cabeza del médico las responsabilidades de lo que se hace y no se hace.

De modo que la práctica médica en nuestro país se desarrolla en escenarios donde prima lo administrativo y financiero, sobre la atención de calidad. El profesional de la medicina está constreñido a dispensar menos tiempo a la atención del paciente, prescribir menos pruebas de diagnóstico y proponer menos terapias. Con inusitada frecuencia las empresas de salud rescinden contratos con los centros de atención o con los médicos, afectando gravemente la relación médico-paciente tanto por la falta de continuidad como de atención integral al enfermo.

¿Qué hacer?

Las principales organizaciones médicas en el mundo como el *American Board of Internal Medicine*, el *American College of Physicians*, *American Society of Internal Medicine* y la *European Federation of Internal Medicine*, proclaman:

“Para mantener la fidelidad del contrato social de medicina durante este tiempo turbulento, creemos que los médicos deben reafirmar su dedicación activa a los principios de profesionalidad, que implica no sólo su compromiso personal al bienestar de sus pacientes, sino también los esfuerzos colectivos para mejorar el sistema de salud para el bienestar de la sociedad” (3).

Donde los principios de profesionalidad son:

“la prioridad del bienestar de los pacientes, su autonomía y la justicia social. Los compromisos que asume son: la competencia profesional, la honestidad, la confidencialidad y el establecimiento de relaciones apropiadas con los pacientes, el mejoramiento de la calidad asistencial, el acceso a los recursos médicos, la justa distribución de los recursos finitos, el conocimiento científico, el mantenimiento de confianza en el manejo de conflictos de intereses y la responsabilidad profesional. La actividad de las sociedades científicas médicas es una de las formas concretas de efectivizar este contrato entre la medicina y la sociedad” (3).

Es clara y categórica la formulación del profesionalismo, como el aporte indispensable del médico a un nuevo contrato social, pero donde está la persona del profesional: ¿la del médico?

He aquí el problema. En nuestra opinión, la medicina interna colombiana posee todo el profesionalismo y una alta calidad; los internistas lo somos, por una gran vocación de servicio, con honestidad, confidencialidad y responsabilidad y siempre hemos estado en la vanguardia del progreso médico, científico y académico del país; pero pese a ello hemos sido despojados abruptamente de los merecimientos consustanciales con el oficio. El diagnóstico y la toma de decisiones clínicas han pasado a ser unos renglones más en los presupuestos económicos; la labor asistencial del médico se concreta en variadas formas de contratación que compiten en esguinces a la normatividad laboral, forzando a los profesionales a dedicar mayor proporción de tiempo a la práctica profesional, en desmedro del cuidado de la familia. Frustración e insatisfacción permean todos los niveles de la práctica médica.

Ante este panorama tan oscuro y hostil, los médicos debemos volver nuestra mirada a los principios generales de nuestro oficio; recordar como lo hizo la doctora Sierra Merlano, en su tesis doctoral, lo que González Leandri, Bourdieu, Burrage M, Jarauh K y Siegirst H dijeron en su momento acerca de nosotros:

“Los médicos, como profesionales formamos un grupo humano que comparte una determinada ocupación u oficio y que a través de un proceso histórico más o menos largo, ha logrado controlarse y autorregularse institucionalmente y permanecer en el tiempo. Para alcanzar las propuestas que claman como propias y defender su capital científico, político, social y económicas en un campo buscando estrategias, históricamente reconocidas, una de ellas las asociaciones médicas de carácter científico y las academias” (4).

La medicina interna, ante la honda fragmentación en parcelas de ese todo, único e indivisible que es el ser humano, hoy más que nunca, debe erigirse y representar

la unidad de la medicina. Ya lo había expresado proféticamente Ricardo Cediel en 1976, en esta misma revista, cuando escribió:

“Tenemos entonces que volver los ojos a nuestras asociaciones, pero al analizar cuáles de ellas reúnen las condiciones de liderazgo, vitalidad y mística que les permita llevar adelante el cometido (...) Dada la vitalidad que ha venido demostrando, y al ver cómo a sus cuadros directivos van llegando médicos y docentes con imaginación y capacidad de innovación, podría pensarse que fuera la Asociación Colombiana de Medicina Interna y algunas sociedades científicas afines las entidades llamadas a llenar el vacío de que venimos hablando” (5).

Y ese es precisamente el papel que debe representar la ACMI® en estos tiempos. Pero necesariamente tiene que ser un papel protagónico. Nuestra asociación congrega en este momento a 1594 internistas, de los 2000, que se estiman hay en el país; es decir, poseemos el conocimiento, la profesionalidad y la fuerza que ellos deparan. La ACMI® es sin duda la representación natural del gremio de internistas.

Se entiende entonces, el porqué hemos puesto el énfasis de nuestra gestión presidencial, en lo gremial. Entendido esto como el conjunto de estrategias y acciones necesarias para defender nuestro capital científico, político, social y económico; se trata en suma de rescatar nuestra dignidad, nuestra preeminencia debida y los derechos que nos corresponden como personas, como ciudadanos y como servidores sociales de primer orden.

De reconstruir la relación médico-paciente, teniendo presente que *“la pretendida simetría en la relación médico-paciente no existe más que en el deseo iconoclastico pos-moderno. El médico siempre es poderoso ante la debilidad del enfermo”* (6).

Y esta cruzada por la recuperación de la medicina interna en particular y de la medicina en general, debe empezar por nosotros mismos, debemos ser conscientes de nuestra propia valía, elevar nuestra autoestima y darnos la mano con nuestros colegas y compañeros, por eso es que tenemos que sentirnos orgullosos de ser internistas y tenemos que

“Promover el Orgullo de Ser Internistas”

*Dr. Helí Hernández Ayazo MD. PhD. FACP
Presidente ACMI® 2014-2016*

Referencias

1. **Canguilhem G.** Lo normal y lo patológico. Octava edición. México: Siglo XXI editores; 2005: p. 12.
2. **Harrison TR.** Principles of Internal Medicine. First Edition. New York: McGraw-Hill; 1958.
3. ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the new millenium: a physician charter. *Ann Intern Med* 2002; **136** (3): 243-246.
4. **Sierra-Merlano RM.** La formación de profesionales médicos en Cartagena 1908-1962: un modelo estatal, centralizado, anatomoclínico e individual [Tesis Doctoral]. [Cartagena]: Red de Universidades Estatales de RUDECOLOMBIA; 2009.
5. **Cediel R.** Las sociedades científicas y la educación médica. *Acta Med Colomb* 1976; **1** (4): 219-221.
6. **Díaz-Berenguer A.** ¿Por qué la medicina sigue siendo un arte? *Arch Med Int* 2012; **34** (1): 33-35.