

De los asuntos más profundos de la profesión médica*

On the deepest issues of the medical profession*

MARÍA NELLY NIÑO DE ARBOLEDA • BOGOTÁ, D.C. (COLOMBIA)

Volvemos hoy a Barranquilla para “[...] encontrar amigos y cariños del ayer, recuerdos de un tiempo ya pasado, imágenes que se han quedado escritas con amor aquí muy dentro de mi corazón [...]”, como dice Esthercita Forero en su canción a la vieja ciudad Barranquilla, a “Curramba la bella”, con tantos y tan queridos amigos del alma (1).

La última ocasión fue hace 32 años, cuando el 31 de octubre de 1984 se realizó el VIII Congreso Colombiano de Medicina Interna y, luego, obligados por el gran número de participantes, se decidió hacerlo alternando la sede entre Bogotá y Cartagena, las únicas ciudades con capacidad para alojar a los asistentes. En 2008 se rompió esta alternancia y se llevó a cabo en Medellín, con el Centro de Convenciones Plaza Mayor como sede y la decidida colaboración de las autoridades locales de la ciudad para contar con el alojamiento suficiente para los cerca de 3.500 participantes. El siguiente congreso se celebró en Cali en el Centro de Eventos Valle del Pacífico.

En esta hermosa ciudad asistimos hoy al XXIV Congreso Colombiano de Medicina Interna, por primera vez organizado por los internistas generales de la Asociación Colombiana de Medicina (ACMI®), como una expresión de la importancia y el crecimiento de la especialidad que generosamente acogió desde sus primeros congresos a las demás especialidades de la Medicina Interna, siendo un ejemplo de ello el que se celebró en 1996, con la participación de 18 asociaciones de subespecialidades. Posteriormente, algunas sociedades tomaron la decisión de organizar sus propios congresos en los años alternos a los del congreso nacional. Finalmente, y ante el crecimiento de los congresos propios de cada sociedad, la ACMI® decidió celebrar éste, como el primer congreso exclusivamente de medicina interna.

En el periodo de 2004 al 2006, durante mi presidencia de la Asociación Colombiana de Medicina Interna, ACMI®, tuve la fortuna de trabajar con una Junta Directiva y un Comité Ejecutivo de lujo, acompañada también por los comités de educación, asuntos profesionales, ex presidentes de la ACMI® y ética, la Asociación ProCongreso y la revista *Acta Médica Colombiana*, desarrollando una actividad intensa para recuperar las finanzas, posicionar al médico internista en el panorama laboral del país y participar en la solución de los problemas de la sociedad colombiana.

Y hoy, en nombre de todas las personas que estuvieron en la junta, tenemos el inmenso honor de participar en la Conferencia Lombana Barreneche, que recuerda desde hace varios congresos al maestro y al profesional que todos quisiéramos ser en la práctica de la medicina interna.

Hubiera sido más fácil para mí si contara con una mínima parte de los atributos de Gabriel García Márquez, nuestro primer nobel, o de Efraím Otero, miembro querido de la ACMI® que se distinguió por su interés en la literatura y en la poesía; fue un excelente poeta y, también, traductor con gran precisión de poemas del idioma inglés, haciendo gala de sus conocimientos en poesía y en los idiomas.

Trataré de compartir con ustedes algunos aspectos de la medicina y la medicina interna que a la fecha tienen especial importancia por los momentos en que trascurren nuestras vidas en el país y por la gran esperanza, en muchos campos de la práctica y de la investigación, de lograr –mediante la ciencia y la tecnología– un avance espectacular

*Conferencia Lombana Barreneche dictada durante el XXIV Congreso de Medicina Interna. Barranquilla, 13-16 de octubre de 2016. Barranquilla (Colombia).

Dra. María Nelly Niño de Arboleda: Especialista en Medicina Interna y Hematología. Expresidenta ACMI® 2004-2006.

Correspondencia: Dra. María Nelly Niño de Arboleda. Bogotá, D.C. (Colombia).

E-mail: mmarboleda@hotmail.com, mmarboleda@gmail.com.

Recibido: 28/XI/2016 Aceptado: 29/XI/2016

en el control de las enfermedades, en la conservación de la salud y del estilo de vida, y en el logro de ser más felices.

Inicio estas reflexiones con testimonios reales que marcaron mi corazón y me llevaron a reflexionar sobre los motivos que tenemos cuando, siendo casi adolescentes, escogemos el camino de la medicina. Comparto esta noche con ustedes las palabras de un estudiante de sexto semestre, el de medicina interna, quien se acercó a mi oficina para pedir una rotación por oncología. Al preguntarle por qué deseaba pasar por allí, me contestó: “Por la compasión que me produjo en mi rotación por urgencias atender a los pacientes que sufren de cáncer y yo sin saber hacer nada”. Le contesté que esa compasión no la perdiera nunca.

Y, en otro momento, recuerdo gratamente las palabras del hijo de un colega cuando, en el almuerzo de celebración por su grado, en respuesta a las emocionadas palabras de su padre, nos dijo: “Gracias por estar aquí y ahora a servir”. O la motivación de un estudiante de medicina de una universidad en California que manifiesta su interés en viajar y conocer “porque me gusta la gente y deseo conocer la humanidad a través de otras culturas”.

Estas manifestaciones son hechas con la sinceridad de quien escoge dedicarse a una profesión por vocación de servicio al ser humano y que piensa en las necesidades de las personas enfermas a quienes desea aliviar o consolar, antes que en el éxito económico o lucrativo de la profesión; son atributos fundamentales de la medicina interna.

Y surge el otro atributo importante para el ejercicio médico y su proyección en la comunidad, que ha despertado interés actual en algunos programas de medicina interna en todo el mundo: el médico debe ser culto, debe conocer de literatura, de arte, debe saber transmitir conocimiento de la vida, de la preservación del entorno amable y del respeto por el ambiente. La literatura, en la enseñanza de la medicina, hace más transparentes los valores, la cultura y la ideología de la profesión (2, 3).

La perspectiva social del médico debe ser amplia, y la posibilidad de interactuar con pacientes y colegas se logra mediante una vasta cultura que ayude a ampliar las posibilidades de colaboración. La medicina social exige equidad, que casos similares sean tratados de modo semejante, con derecho a un tratamiento igual independientemente de la situación económica o de cualquier otro factor social.

Al profesor Rudolph Virchow se le atribuye el concepto de justicia social en salud, cuando dijo en el siglo XIX: “[...] El médico es un defensor natural de los pobres, la medicina nos pone en el campo social y nos permite una posición para enfrentar los grandes retos de nuestro tiempo[...]”, situación que en el siglo XXI no ha cambiado (4, 5).

La comunidad ha confiado por décadas en la honestidad y en la ética de los médicos, y sigue confiando, a diferencia de lo que sucede con otros profesionales, miembros públicos o banqueros, que han minado la confianza del público (6).

En la educación médica globalizada se ha hecho un análisis profundo sobre diversos aspectos importantes desde la

última década del siglo pasado, dejando de lado el mercadeo de la profesión, para lograr y mantener el liderazgo verdadero, dando más importancia a la formación del estudiante en competencias y habilidades que sean reconocidas y valoradas, en primer lugar, por los pacientes y por la sociedad (7). Se debe enseñar con base en el humanismo, el altruismo, la ética, la responsabilidad profesional, la honestidad, el servicio, la integridad y el respeto por los demás, aspectos fundamentales en la formación del médico general y, especialmente, del internista (2,8). Los pilares de la medicina interna se basan en tres aspectos fundamentales: la ciencia, la educación y la investigación; es necesario, desde el primer año, estructurar la ética de la investigación dentro de los programas, para disminuir el riesgo de los conflictos de intereses(8).

Hay que luchar contra la arrogancia, la codicia y los conflictos de intereses que desvían el verdadero sentido humano de la profesión (2).

Los sistemas de salud se han transformado por las presiones sociales y económicas, y por las políticas públicas en salud de cada país. Se constituye en un gran reto la formación de médicos capaces de influir en el sistema actual y proponer cambios basados en la evidencia, con una visión y metas más amplias –no sólo manejo de las enfermedades– que es lo que predomina ahora e incrementa el costo y lo hace de difícil sostenibilidad (9).

Hoy asistimos al sinsabor y la angustia crecientes por las constantes reformas del sistema de salud en nuestro país, con cambios que históricamente no benefician el quehacer médico ni beneficia a los pacientes y que, por el contrario, incrementan el gasto médico. La rendición de cuentas y el trabajo con indeseable intermediación económica, que incide en la relación médico-paciente, pueden disminuir la autonomía de los médicos y de los pacientes, mientras se aumentan los costos en salud y se disminuyen los ingresos de los que trabajamos en este campo.

Y esa es la reflexión que debemos hacer esta noche, en el seno de nuestra asociación tan querida: ¿por qué elegimos estudiar medicina y ejercer una profesión que tanto esfuerzo, dedicación y estudio nos ha costado, en unas circunstancias en las que se le da más importancia al tratamiento de las enfermedades, muchas de alto costo, y a su manejo económico, y no a una verdadera salud para nuestro país centrada en los ciudadanos y con respeto por nuestra profesión? Y nos reclaman a los profesionales de la salud por la falta de confianza en el sistema y por una aparente deshumanización, cuando el centro de nuestra profesión son los pacientes.

Los sistemas de salud se han encargado de la prestación de servicios sin ofrecer un verdadero sistema de salud, lo cual lleva, a lo mejor sin intención, a brindar tratamientos para enfermedades de alta complejidad, con olvido de las políticas saludables para todos los colombianos, como amplia prevención y vacunación, educación en estilos de vida, y nutrición y asistencia, que eviten enfermedades tan avanzadas que incrementan el costo; además, con ánimo de lucro

sobre un modelo económico y financiero de intermediación. Y con este modelo se arriesga la confianza y la transparencia por las cuales la profesión ha trabajado tan duro.

Necesitamos nuevos modelos de salud, con mayor transparencia y responsabilidad de pagadores y prestadores, y que sean más personales, más coordinados y, sobre todo, centrados en el paciente, es decir, que brinden mayor satisfacción a todos. Los médicos generales y los especialistas en medicina interna tienen una labor más amplia con intervenciones de menor costo, en modelos de salud que contemplen a los ciudadanos para mejorar sus condiciones, su educación y su productividad; y, de esta manera, impulsar el desarrollo de una sociedad saludable en todo el territorio de Colombia, país que tiene un gran desequilibrio entre los servicios de salud rurales y los urbanos.

Medicina interna

La medicina interna surgió a finales del siglo XIX con médicos generales “consultantes” que se distinguieron por el conocimiento, la docencia y el enfoque terapéutico, como lo hizo en su época, a principios del siglo pasado, el doctor Lombana Barreneche. La conferencia de Roberto de Zubiría, uno de los fundadores de la ACMI®, refleja la fuerza y el amplio conocimiento de las enfermedades de la época del doctor Lombana Barreneche, como el iniciador de la medicina interna en Colombia (10). Es una de las figuras representativas de la especialidad por su dedicación de toda la vida a la educación de los estudiantes, que tuvieron el privilegio de recibir sus enseñanzas de patología clínica, como se llamaba en ese entonces, al lado de la cama del paciente y en disertaciones de un reconocido conocimiento de la fisiopatología. Esta trayectoria motivó a los primeros profesores de la Asociación Colombiana de Medicina interna para dedicar a su memoria, en los congresos de medicina interna, esta conferencia que lleva su nombre y es un homenaje a su temple y carácter inspiradores. Además fue figura pública y candidato a la presidencia del país.

La práctica clínica al lado del paciente y la educación son los pilares, junto con la investigación, de la medicina interna, que surgió en la medida que se avanzaba en el conocimiento de las enfermedades. Hacia mediados del siglo pasado, se creó la especialidad de medicina interna, con un enfoque científico de los diagnósticos y las técnicas de examen clínico (11). Luego, la complejidad de la medicina moderna dio lugar a las demás especialidades, para limitar el trabajo a campos relativamente más pequeños que permiten obtener un saber y una investigación más profundos y se estructuraron los departamentos de medicina interna y las asociaciones científicas.

La especialidad de medicina interna general se encarga de la atención primaria del paciente y brinda una atención continua e integral a pacientes hospitalizados y ambulatorios, con las competencias para prevenir, hacer diagnósticos tempranos, coordinar el curso de las especialidades médicas según sea del caso, teniendo en cuenta el entorno

familiar, emocional y social del paciente, con una práctica compasiva, respetuosa y de confianza. El internista es un experto cuando el paciente presenta problemas de difícil diagnóstico que afectan varios órganos en enfermedades agudas y crónicas, con capacidad de atender urgencias y unidades de cuidados intensivos.

Las fortalezas de la medicina interna son el manejo integral de los pacientes con varias dolencias, la interrelación con las demás especialidades y la habilidad de trabajar con los especialistas, también internistas, con beneficios reales para los pacientes. Hace falta la formación en discusión clínica como parte de la comunicación entre las diferentes especialidades que tratan al paciente; el debate y la sustentación de diagnósticos enriquecen la controversia cuando es necesario (12-14).

Aparte del conocimiento médico, el internista debe saber de informática, manejo de problemas y liderazgo de grupo; la geriatría y el cuidado paliativo son muy afines al desempeño en su práctica clínica. No se puede desestimar la importancia de la relación médico-paciente, para el paciente y para el buen ejercicio médico, con una efectiva comunicación con el enfermo y con otros colegas, la cual es imposible lograr en consultas cortas, lo cual lleva con frecuencia a insatisfacción y a falta de conexión personal.

A pesar del conocimiento molecular y genético y del avance terapéutico, que nos diferencian de la práctica de la época osleriana o de Lombana a principios del siglo pasado, persisten los principios éticos y consideraciones que no distan mucho de los conocidos desde Hipócrates y que se repiten en el juramento de grado; además, el compromiso de seguir brindando calidad en la atención, respeto por el paciente y su familia, y a disminuir el riesgo como base de la prestación de servicio actual (15). Trascendemos por el amor a nuestras familias, a la profesión, a los pacientes, y por el respeto a nuestros colegas. El conocimiento es variable con el tiempo.

La tecnología actual y el conocimiento en biología molecular permiten la manipulación genética para obtener tratamientos menos dañinos, como los factores de coagulación recombinantes a partir de *Escherichia coli*, para modular las reacciones inmunológicas y corregir enfermedades, para avanzar en la medicina reparativa con biomateriales, cultivos celulares, cirugía robótica de alta precisión y, más adelante, órganos obtenidos con tecnología 3D o para aplicar la nanotecnología en una farmacoterapia personalizada (16,17). El uso de la medicina robótica ya está en el país y avanza. Los cambios nos abocan a una medicina innovadora y a actualizarnos en una época de avance tecnológico, para no perder nuestra capacidad maravillosa de servicio y ayuda, que tanta satisfacción nos da en esta profesión, la más hermosa de todas.

Atendiendo las recomendaciones que hizo el Comité de Educación en el periodo 2004-2006, liderado por Juan Carlos Velásquez y con participación de Análida Pinilla, Alfredo Pinzón, Diego Severiche y Rodolfo Dennis, y con la colabo-

ración de los directores de departamento de medicina interna con programas de posgrado, una vez analizada la mayoría de los programas existentes a nivel nacional, se publicó el resultado en *Acta Médica Colombiana* con el título “Formación de posgrado en medicina interna en Colombia”, en el cual se sugería la formación de un internista integral bajo la tutoría de profesores de tiempo completo y con competencias en docencia, y que fueran, en su mayoría, internistas generales. Se vio la necesidad de integrar contenidos en cuidados paliativos, oncología y dermatología, y se habló de insistir en la formación humanística del internista con fomento de actividades en las artes, la literatura y la cultura general como parte del profesionalismo, tan de moda en muchos países. Se hizo énfasis en la necesidad de un mayor acompañamiento en la parte docente asistencial, con tiempo exclusivo, y de aumentar la calidad y la cantidad de la investigación, que aún hoy sigue siendo deficiente en recursos e impulso por parte del Estado, a pesar de los esfuerzos individuales. Se resaltó la importancia de una práctica con óptima calidad y tener responsablemente en cuenta, la relación costo-efectividad de la atención y no recargar de trabajo a los residentes.

Finalmente, era una recomendación y un deseo de la ACMI® buscar espacios de cooperación con las universidades y sus programas de entrenamiento en medicina interna, para encontrar convergencias y coordinar soluciones para problemas comunes e inquietudes académicas de los programas de posgrado, en la formación de recurso humano acorde con las necesidades cambiantes del país y sus comunidades (18).

Y debemos seguir adelante en la búsqueda de soluciones para mejorar la salud del país en concertación, todos juntos, sin perder la emoción y el servicio al paciente. El verdadero liderazgo del médico se logra con esta identidad de conciencia para preservar un trabajo noble, independiente con la meta de hacer el bien a los pacientes y contribuir a una sociedad más equitativa y sobre todo saludable. Como toda profesión la medicina es ciencia, arte y sobre todo amor de acuerdo con el sentido Hipocrático: “donde hay amor por el hombre hay amor por el arte”.

Salus populi suprema est lex

Bibliografía

1. Esther Forero. <http://youtube.com> Mi vieja Barranquilla.
2. Handelman W, Byszewski A. Formation of medical student professional identity: categorizing lapses of professionalism and the learning environment *BMC Med Educ* 2014; 139-152
3. Shapiro J, Nixon LL, Wear SF, Doukas DJ. Medical professionalism: what the study of literatura can contribute to the conversation. *Philos Ethics Humanit Med* 2015; 10:10
4. Ryle JA. Social Medicine: It's meaning and it's scope. *BMJ* 1943; 634-636
5. Wirchow R. Report of typhus epidemic in upper Silesia. *Social Med* 2006 feb; 1(1):11-27 (cited 2013 oct 11) www.socialmedicine.info/inedx/socialmedicine
6. Levely NN. Medical professionalism and the future of public trust in physicians. *JAMA* 2015 may 12; 313(18): 1827-1828
7. Ghali WA, Greenberg PB, Mejia R, Otaki J, Cornuz J. International

Aquí. Hoy. (soneto inédito o apócrifo de Borges)

Ya somos el olvido que seremos.
El polvo elemental que nos ignora
y que fue el rojo Adán y que es ahora
todos los hombres y que no veremos.

Ya somos en la tumba las dos fechas
del principio y del término, la caja,
la obscena corrupción y la mortaja,
los ritos de la muerte y las endechas.

No soy el Insensato que se aferra
al mágico sonido de su nombre,
pienso con esperanza en aquel hombre
que no sabrá que fui sobre la tierra.

Bajo el indiferente azul del cielo
esta meditación es un consuelo.



Mueller PS, Barrier PA. Views of new internal medicine faculty of their preparedness and competence in physician-patient communication. *BMC Med Educ* 2006

- perspectives on general internal medicine and the case for globalization of a discipline. *J Gen Intern Med* 2006 feb; 21(2):197-200
8. Huddle TS, Centor R, Heudebert GR. American internal medicine in the 21 century.: Can an Oslerin generalism survive. *J Gen Med* 2003; sept 18(9):764-767
 9. Wharam JF et al. High quality care and ethical pay-for-performance:a society of general internal medicine policy analysis. *J Gen Intern Med* 2009 jul;24(7):854-859
 10. De Zubiria R. La formación de la Asociación Colombiana de Medicina Interna. *Act Med Colomb* 1998 nov-dic; 23(6): 315-322
 11. Melderis S, Gutowski J-P, Harendza S. Overspecialized and undertrained? *BMC Med Educ* 2015; 15-62
 12. Lorenzo F, Pistoria M, Auerbach AD, Nardino R, Holmboe E. Internal medicine training in the impatient setting. *J Gen Intern Med* 2005; 20(12):1173-1180
 13. Bernard AN, Malone M, Kman NE. Medical professionalism narratives: a thematic analysis and interdisciplinary comparative investigation. *BMC Emerg Med* 2011; 11: 11
 14. Carrese A et al. The essential role of medical ethics education in achieving professionalism. The Romanell Report. *Acad Med* 2015; 90: 744-752
 15. Kirk LM. Professionalism in medicine definitions and considerations for teaching. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2007 jan; 20(1): 13-16.
 16. Calvert FC, Kaye J, Carlson N. Technology use by rural and urban oldest old. *Technol Health Care*. 2009; 17(1): 1-11
 17. OU K-I, Hosseinkhani H. Development of 3D *in vitro* technology for medical applications. *Ints Mol Sci* 2014; 15(10): 17938-17962
 18. Velasquez et al. Formación de posgrado en Medicina Interna en Colombia. *Act Med Colomb* 2008; 33: 45-57.