

Retos y oportunidades de la medicina interna actual

Challenges and opportunities for the current internal medicine

Oscar G. Pamo-Reyna¹

En las últimas décadas, nuestra especialidad ha venido enfrentando situaciones de cambio en lo referente a la docencia, ejercicio e investigación. Estos nuevos escenarios que enfrenta la medicina interna son a la vez retos en la medida que suponen acciones para enfrentarlos y, también, son oportunidades toda vez que el vencerlo nos permitirá crecer y mejorar como especialidad.

Definición de Medicina Interna ¿solo medicina para los adultos?

En 1997, el *American College of Physicians* inició una campaña para dar a entender al gran público lo que significa la especialidad de Medicina Interna con el lema “Los médicos de Medicina Interna, los médicos para los adultos”, como un simplismo de definición, para presentarnos como los especialistas en la salud de los adultos. Los internistas hemos venido trabajando con dicho marco pero nunca nos hemos sentido satisfechos por cuanto en la práctica solemos atender púberes y adolescentes como también a los llamados pacientes de la Tercera Edad. Entonces, tenemos que preguntarnos si tenemos que replantear la definición. Sin ánimo de caer en el intrusismo, el internista tiene como objeto de atención a la gran masa de adultos pero también puede hacerlo a los jóvenes mayores de 12 años y a los ancianos.

Nuevas tecnologías

Con la informática médica, el ejercicio de la medicina, en general, ha cambiado muchísimo. El avance de la tecnología nos permite ahora disponer de una serie de

instrumentos y equipos electrónicos que nos facilitan el diagnóstico y el tratamiento, que en complejidad pueden ir desde un ecógrafo hasta un resonador de última generación, pasando por algunos aditamentos como el estetoscopio electrónico, el pulso oxímetro digital y el ecógrafo portátil o manual, que es una herramienta de reciente introducción como parte del examen.⁽²⁾

Por otro lado, se viene generalizando el uso de la Historia Clínica Electrónica que permite acceder a diversas páginas, vía Internet, tal que la atención de los pacientes es rápida y segura, y de la receta electrónica que permite a los pacientes adquirir sus medicamentos en las farmacias previa verificación de su tarjeta sanitaria y documento de identidad. De esta manera, los pacientes, en especial los que padecen de enfermedades crónicas, tienen visitas más rápidas en las farmacias, acuden a menos visitas en los consultorios médicos y significa un gran ahorro de papel.

Feminización de la medicina

En las últimas décadas se ha reconocido el incremento de la población universitaria femenina, especialmente en las ciencias de la salud; así, las mujeres han sobrepasado el 50% de la proporción de estudiantes de medicina. En nuestro medio, las estudiantes alcanzan entre 40% y 50% de las promociones, proporción que será igual en los médicos dentro de unos 20 años.⁽³⁾

Este proceso de feminización se acompaña de ciertas situaciones que tendrán que ser resueltas en un futuro cercano, como son: El histórico rol secundario, la conciliación de su biología con sus aspiraciones personales y con las exigencias profesionales, el acoso de género y sexual y la escasa consejería de médicas para médicas.

1. Expresidente de la Sociedad Peruana de Medicina Interna



La bioética moderna

En su cotidiano accionar, el internista enfrenta nuevas situaciones éticas en la medicina moderna, como la de prolongar la vida con el empleo de la moderna tecnología, la de atender en los momentos postreros de la vida, la de dar consejería valiéndose de los conocimientos de la genómica humana, la de intervenir en la concepción como en la anticoncepción de vida, mediar en la donación de órganos y en los trasplantes de órganos y tejidos, participar en la investigación con seres humanos y con animales, etcétera, por lo que se espera que actúe con un gran sentido de responsabilidad teniendo como prioridad a la persona del paciente y su entorno natural.⁽⁴⁾

Nuevas orientaciones en la docencia: competencias

El término competencia se refiere a “saber hacer algo con determinadas actitudes”. Es una medida de lo que una persona puede hacer bien como resultado de la integración de sus conocimientos, habilidades, actitudes y cualidades personales.

Para saber si alguien es competente es indispensable observarlo haciendo, actuando; es decir, no se es competente cuando solo se sabe, ni cuando se sabe cómo se debe hacer sino cuando se hace efectivamente y de manera correcta o adecuada. Ese algo sobre el que se sabe hacer es el contenido de la competencia. Por último, no basta saber que se hace ese algo sino que es muy importante la manera o la actitud con la que se actúa.⁽⁵⁾

Esta metodología de la enseñanza basada en competencias se viene desarrollando en algunas facultades de medicina tanto para el pregrado como para el posgrado. El Colegio Médico del Perú ha recogido esta tendencia y ha establecido un sistema que pondrá en práctica en un futuro cercano, cual es la recertificación por competencias.

Metodología actualizada en la toma de decisiones: MBE

La medicina basada en la evidencia (MBE) es un proceso cuyo objetivo es la selección de los mejores argumentos científicos para la resolución de los problemas que la práctica médica cotidiana plantea. Es un nuevo paradigma que se ha extendido a todas las ramas de la medicina y que se ha visto favorecido y apoyado por la informática médica.

El paciente que acude a nuestra consulta busca en nosotros el calor humano inherente a la profesión médica pero también busca una respuesta científica o racional a

sus problemas. Para la solución de estos problemas, la MBE es un instrumento apropiado para el médico que debe adoptarlo como algo natural o consustancial a su profesión.⁽⁶⁾

El internista debe adquirir la capacidad de aplicar este conocimiento basado en evidencias de acuerdo a su realidad, al medio donde vive y ejerce.

Acreditación de las Facultades de Medicina y de los hospitales

En las últimas décadas hemos venido asistiendo a un rápido desarrollo de las leyes del mercado. Esto ha obligado a que se exija calidad –esto es, excelencia– en los productos o servicios que ofrece una empresa. Las facultades de medicina (FM) y los hospitales están inmersos dentro de esta nueva tendencia. Es de esperar que los médicos y los especialistas egresados de las FM tengan una formación que garantice las necesidades de la población. Lo mismo sucede con los hospitales donde no solo se ofrece servicios de salud sino también allí se forman los médicos y los especialistas.

La acreditación es un proceso voluntario, periódico y reservado que evalúa los recursos, la organización y sus resultados. Recoge información sistematizada sobre la estructura, los procesos y los resultados de cada servicio para garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente definidos. El objetivo es garantizar la formación de profesionales competentes en el caso de las FM y una adecuada y segura atención médica de parte de los hospitales. En ambos casos, el beneficiario es la población.

En Perú, en 1996 el Minsa aprobó el Manual de Acreditación de Hospitales y el proceso se halla en curso. En 2001 se aprobó los estándares mínimos para la acreditación de facultades de medicina y, recientemente, algunas FM han alcanzado una acreditación internacional.⁽⁷⁾

Investigación y difusión del conocimiento

El objetivo de la investigación clínica es la generación de conocimiento que responda a las interrogantes que surgen durante el ejercicio médico cotidiano con el propósito de beneficiar de manera directa o indirecta a los pacientes.⁽⁸⁾

La investigación clínica debe ser una práctica que los médicos internistas adquieran tempranamente durante su formación como estudiantes y médicos residentes y que lo desarrollen durante el ejercicio de la profesión.

No es fácil, es un proceso que una vez iniciado va a ir evolucionando gradualmente hacia una mayor complejidad. Recordar que la investigación clínica moderna por lo general exige un equipo de trabajo.

Investigación clínica no supone necesariamente un complejo laboratorio ni costosos equipos para la investigación. Se puede hacer investigación en un consultorio externo. La idea es responder a nuestras propias interrogantes en nuestro medio.

Medicinas alternativas y complementarias (MAC)

Se trata de un conjunto de prácticas médicas ejercidas por individuos o grupos de individuos muy heterogéneos que promueven creencias y acciones dispares que varían considerablemente de un grupo social a otro conformando una masa inconsistente de conocimientos.

Se conoce que de 40% a 60% de la población adulta ha recurrido a la MAC en el último año; que especialmente las mujeres, adultos con mayores ingresos, pacientes con enfermedades crónicas recurren cada vez más a la MAC; que billones de dólares se consumen en MAC anualmente en el mundo; y que es común que el paciente no refiera a su médico que está utilizando alguna forma de MAC.

La medicina integral implica la incorporación de las terapias de MAC en el continuo mejoramiento de la salud de las personas. Los médicos deben realizar un esfuerzo activo y permanente para evaluar dichas terapias dentro de los estándares de la práctica médica y para su potencial aplicación apropiada en el cuidado de los pacientes.

La OMS apoya el uso de las MAC cuando estas han demostrado su utilidad para el paciente y representan un riesgo mínimo. Pero, a medida que aumenta el número de personas que utiliza esas medicinas, los gobiernos deben contar con instrumentos para garantizar que todos los interesados dispongan de la mejor información sobre sus beneficios y riesgos.⁽⁹⁾

Existen pruebas empíricas y científicas que avalan los beneficios de las MAC especialmente para las enfermedades crónicas debido a su gran efecto placebo, muchas veces mejor que el que también empleamos junto con nuestra medicina científica.

En 2004, la OMS publicó una nueva serie de directrices destinadas a las autoridades sanitarias nacionales con el fin de que puedan preparar información fiable y adaptable a contextos específicos relativa al uso de las MAC.

Recordar que entre las MAC y la charlatanería solo existe una sutil separación.

Hospitalismo

El hospitalismo es la disciplina nacida en EE UU y que se ocupa de la atención médica de los pacientes gravemente enfermos hospitalizados, y es una práctica que se viene generalizando.

El médico cuyo principal objetivo profesional es la medicina de hospital se denomina hospitalista, quien debe actuar como un coordinador de la transición consultorio-hospital-consultorio y es el encargado del paciente en el hospital debido al enorme crecimiento del conocimiento médico y del número de médicos especialistas.

El término hospitalista fue acuñado por Robert Wachter y Lee Goldman en un artículo del *New England Journal of Medicine* de 1996. Las actividades del hospitalista incluyen el cuidado del paciente, docencia, investigación y liderazgo relacionados a la atención hospitalaria.⁽¹⁰⁾

Mercantilismo de la medicina

El avance tecnológico ha tenido como consecuencia que la parte humanística del ejercicio médico se haya descuidado. En las últimas décadas, el espíritu mercantilista y materialista de la época trastoca valores y alcanza todos los ámbitos de la vida tal que se ha observado una tendencia hacia el desapego a los principios éticos y al compromiso de la profesión.

Muchas veces el paciente es considerado un cliente, un consumidor o un número o pieza de experimentación. Se deja de servir a los intereses de los pacientes para privilegiar los intereses de mercado. Por ejemplo, se habla de productividad, de atender (en realidad de solo 'ver') la mayor cantidad de pacientes en el menor tiempo posible.

En la tendencia mercantilista algunos médicos se convierten en instrumento de los inversionistas que conciben al paciente como mercancía potencial de lucro y al médico como al actor que incrementará su capital. En este juego intervienen las compañías aseguradoras y los laboratorios farmacéuticos.

Estamos formando profesionales cuyo objetivo es salir a trabajar para triunfar económicamente. La mercadotecnia considera el acto médico como un producto, los médicos son proveedores y los pacientes consumidores.



Es muy probable que el origen del mercantilismo médico radique en serias deficiencias en la formación de los médicos y, también, se debe considerar las adversas condiciones de trabajo que enfrentan: salarios bajos y pesadas cargas laborales.

En la relación del médico con el mercado, se debe alcanzar términos medios en donde los beneficios que se reciben no excedan a los que se dan; es decir, se debe privilegiar al paciente.

Frente a este panorama, apareció una tendencia hacia el retorno del sentido humano en la medicina, que es la medicina centrada en el paciente (MCP), término que fue acuñado por Balint, en Gran Bretaña, en 1950, pero que ha sido actualizado con la medicina centrada en la persona, que nace para responder a las deficiencias producidas por un enfoque médico demasiado reduccionista,

En la MCP se da mucha importancia a la relación médico-paciente, a la inclusión en la entrevista de aspectos psicosociales que puedan influir en la salud del sujeto, se comparte la responsabilidad en ciertas decisiones y se fomenta una alianza que favorezca la salud.⁽¹¹⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fryhofer SA. The Internist of Today campaign: educating patients-and helping you. From the April 2000 ACP-ASIM Observer, by the American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. URL disponible en: <http://www.acpinternist.org/archives/2000/04/prescol.htm>
2. Fitzgerald S. Handheld ultrasound puts diagnostics within reach. From the May ACP Observer, copyright © 2007 by the American College of Physicians. URL disponible en: <http://www.acpinternist.org/archives/2007/05/ultrasound.htm>
3. Pamo-Reyna OG. Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2007; 20(3):109-122.
4. Yadavendu VK, Kumar D. Bioethics, medicine and society - a philosophical inquiry. *Current Science*. 2009;97(8):1128-1136.
5. Weinberger SE, Pereira AG, Iobst WF, Mechaber AJ, Bronze MS. Competency-based education and training in Internal Medicine. *Ann Intern Med*. 2010;153:751-756.
6. Junquera LM, Baladrón J, Albertos JM, Olay S. Medicina basada en la evidencia (MBE). Ventajas. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2003;25:265-272.
7. López Soria JI. La acreditación universitaria en el Perú. *Revista Iberoamericana de Educación*. N.º 30, 2004. URL disponible en: <http://www.rieoei.org/rie35a06.htm>
8. Fuentes NA, Diego H, Giunta DH, Pazo V, Elizondo CM, Figar S, González F, De Quirós B. Proyecto institucional para la educación médica continua en investigación clínica. *Medicina (Buenos Aires)*. 2010;70:240-246.
9. Peña A, Paco O. Medicina alternativa: intento de análisis. *An Fac Med Lima*. 2007;68(1):87-96.
10. Flanders SA, Bob Centor, Weber V, McGinn T, DeSalvo K, Auerbach A. Challenges and opportunities in academic hospital medicine: Report from the Academic Hospital Medicine Summit. *J Hosp Med*. 2009;4(4): 240-246.
11. Ambrosiana University of Milan, 2000. Person centered medicine: An epistemological manifesto. URL disponible en: <http://www.unambro.it/html/manifesto.htm>