

**DISCURSO DEL DR. RICARDO CHEESMAN**

Para aquellos que contemplan hoy con admiración a la pujante Sociedad Peruana de Medicina Interna, la del reciente VIII Congreso Nacional y XVI Curso Internacional de Medicina Interna, con sus extraordinarios logros y su enorme prestigio a nivel nacional que ya rebasa los linderos de la patria, les puede parecer muy natural y fácil el camino recorrido. Hoy celebramos el XXX aniversario de la fundación de esta nuestra querida sociedad y quisiéramos echar una breve mirada retrospectiva a sus orígenes, resaltar aquello que representó un avance positivo y aprender de lo poco que pueda considerarse errado. Gracias a Dios, el balance global es abrumadoramente favorable.

Hace poco más de un año, mi hermana de promoción, Eva de Baer hizo en la precedente celebración del día del Médico Internista y de nuestro XIX aniversario, una magistral revisión de los hechos memorables que han llevado a nuestra institución al envidiable sitio que en la actualidad ocupa en el consenso de las sociedades científicas de nuestro país. Y, no podía ser de otra manera si consideramos la importancia de la especialidad como ente aglutinador y cohesionador de innumerables subespecialidades, devolviendo así a la medicina y al médico la importante función de entender al paciente como un todo armoniosamente conformado y funcionante en el que la interacción de los diferentes órganos y sistemas debe ser comprendida y enfocada en forma global.

En lo referente al aspecto histórico del origen y desarrollo de nuestra Sociedad es muy poco lo que puedo añadir y me remito al excelente recuento que, hace un

año, hizo Evita y que está publicado en el volumen 6, N° 4 de octubre-diciembre 1993 del Boletín de la Sociedad.

Sería largo enumerar a los distinguidos colegas que han participado en una u otra forma en los distintos cargos de las sucesivas Juntas Directivas y estoy seguro que al intentarlo cometería la injusticia de omitir a algunos. Me limitaré, pues, a la enumeración de algunos de los logros que considero más saltantes en estos 30 años de infatigable y silenciosa labor de muchas personas.

- Adquisición del local propio.
- Aprobación de estatutos modernos y funcionantes.
- Afiliación a la International Society of Internal Medicine (ISIM).
- Regularidad de las sesiones científicas y reuniones de la Junta Directiva.
- Creación de filiales en las provincias.
- Organización de actividades científicas en diferentes distritos de la capital y en provincias.
- Congresos científicos con nutrida participación de distinguidos oradores y maestros del país y del extranjero.
- Cursos de Postgrado aislados o en correlación con los congresos.
- Reuniones conjuntas con otras sociedades científicas.
- Participación de internistas peruanos en eventos de sociedades afines de otros países y en los congresos de la ISIM.
- Publicación regular del Boletín de la Sociedad.
- Celebración anual del Día del Médico Internista.
- Mantenimiento de la solidaridad, camaradería y concordia entre todos los miembros de la Sociedad.
- Relaciones armoniosas con los Laboratorios Farmacéuticos, auspiciadores de las reuniones científicas y actos sociales, etc.

Tal vez, como único hecho negativo y aislado que sirvió de experiencia para que no volviera a repetirse podríamos señalar el prolongado período de inactividad que tuvo la Sociedad en sus inicios y que casi motiva que se le extienda un certificado de defunción y del cual tuvimos alguna responsabilidad los que iniciamos esta institución; pero, afortunadamente pudimos corregir el rumbo y así llegar a las jóvenes generaciones, que hoy tienen la posta, una Sociedad Peruana de Medicina Interna en excelente estado de salud, casi digo física y mental.

**DISCURSO DEL DR. AGUSTIN IZA STOLL**

La medicina es un bien social y las escuelas de medicina y las sociedades científicas tienen responsabilidades sociales. Existe una especie de acuerdo no escrito, un contrato social que gobierna las relaciones recíprocas y las obligaciones mutuas entre las profesiones, las instituciones y las personas de quienes estos grupos derivan su poder y autoridad. De acuerdo con esto, ha existido desde hace tiempo un contrato social implícito entre la clase médica y la sociedad que ella sirve.

En reciprocidad a los recursos materiales y financieros y al status médico, la sociedad espera que la clase médica responda apropiadamente a sus problemas de salud individuales y colectivos. La sociedad espera de sus médicos el desarrollo de intervenciones efectivas para la solución de los problemas médicos y la expansión de las fronteras del conocimiento acerca de la salud y de la enfermedad. Este contrato social de la medicina está basado realmente en aspectos morales y se mantiene por argumentos que devienen de los conceptos de justicia social e

\* Celebrado el 14 de diciembre en el Hotel Sheraton de Lima

igualdad de la distribución. Sin embargo, continúan ocurriendo cambios en muchos aspectos del cuidado de la salud, especialmente en la tecnología, que no necesariamente concuerdan con las necesidades de una sociedad en vías de desarrollo. Existe, entonces, insatisfacción por los costos elevados de las atenciones, la distribución desigual y, sobre todo, de la falta de acceso a los servicios apropiados.

En nuestro país, los gastos sociales en salud han ido disminuyendo. Así, tenemos que mientras en 1988 el gasto social representó el 20.7 % del gasto total del gobierno, en 1993 se redujo a 16.6 %. En el caso de salud para 1994 el presupuesto asignado fue 2.7%, el más bajo desde 1986; en tanto que, en relación a 1992 hay una disminución equivalente al 3.06% del presupuesto general de la república, vale decir de 494 millones de nuevos soles. Las implicancias de esta reducción son la marginalidad, el centralismo, la inequidad, la dependencia y la multiplicidad que caracterizan al sector salud y que no han cambiado significativamente en estos años.

El Banco Mundial, en su informe sobre el desarrollo mundial de 1993, «Invertir en salud», ha sintetizado las estrategias para corregir las fallas en la atención de la salud de las poblaciones, planteando favorecer la participación del sector privado en el financiamiento y la provisión de servicios de salud; restringir la labor del estado a medidas de salud pública y servicios clínicos esenciales con los recortes presupuestales que esto implica; focalizar el gasto en los más pobres y favorecer que parte del financiamiento deba recaer en los usuarios a condición de que sean administrados localmente. Cualquiera de nosotros podría discrepar de estas estrategias: sin embargo, es prudente que, como internistas, tratemos de desarrollar nuestra atención de salud en las mejores condiciones posibles para nuestros pacientes.

La calidad de la atención médica debe mejorar. Los médicos debemos estar comprometidos en generar un nuevo conocimiento acerca de lo que funciona y no funciona en la práctica médica. Los médicos podríamos, por ejemplo, participar en construir bases de datos nacionales sobre enfermedades agudas y crónicas con el propósito de establecer estándares o lineamientos que pudieran ser usados por los pacientes y por los médicos como parte de alcanzar una calidad de atención adecuada. Nosotros deberíamos poner atención a los tres componentes de la calidad: lo apropiado de la atención, la competencia técnica con que se lleva a cabo un procedimiento y la dignidad humana. Cuando un paciente visite al médico debería estar seguro que recibirá los servicios que necesita y que no recibirá los servicios que no necesita; es decir, recibirá algo apropiado. Cuando sea sometido a un procedimiento, el paciente debería estar seguro que conseguirá el mejor resultado y ser informado acerca de lo que se le está haciendo y obviamente ser tratado con dignidad. Estos tres componentes de la calidad pueden actualmente ser medidos. Cada individuo valorará estas dimensiones de calidad de una manera diferente. Sin embargo, y a pesar de lo anteriormente mencionado, es posible el mejoramiento de estos tres aspectos de la calidad.

En nuestro país, muchos pacientes reciben muy pocos servicios y otros demasiado. Los resultados varían ampliamente y aceptamos adicionalmente que no siempre tratamos a los pacientes con dignidad. Necesitamos hacer un esfuerzo serio para definir los estándares de la medicina. Los datos sobre variaciones, propiedad y resultados que influyen en los efectos en la calidad de la vida deben ser conocimiento de los médicos y los pacientes para que, constructivamente, mejoremos la calidad de la atención médica.

En los últimos años, y siguiendo la moda norteamericana,

ha existido en nuestro país una tendencia hacia la subespecialización. Sin embargo, si esta tendencia continuara se objetivarían las siguientes dificultades:

-los cuidados de atención primaria de salud serían provistos cada vez más por subespecialistas en aspectos en los que no tienen entrenamiento especial.

-los cuidados de salud costarían más, debido a que tendrían que consultar a más especialistas ya que su especialización es cada vez más estrecha. Se duplicarían esfuerzos y costos.

-la abundancia de subespecialistas sería más costosa que la abundancia de internistas, ya que los primeros usan más procedimientos y más hospitalizaciones.

-los subespecialistas tienden a permanecer en grandes núcleos urbanos propiciando indirectamente la inadecuada distribución de los recursos médicos.

-los subespecialistas atenderían a más problemas clínicos generales dedicando menos tiempo a su propia especialidad.

Debemos, pues, insistir en la necesidad de internistas bien formados que sean más productivos, de hecho más realistas y que, en sus programas de especialización, hayan adquirido las competencias esenciales de hacer una historia de salud de sus pacientes que sea confiable y reproducible, de realizar un examen físico sofisticado, que sean capaces de asignar peso apropiado a los datos clínicos en una secuencia lógica, que sean capaces de evaluar críticamente la literatura y de integrar los conocimientos en relación con la experiencia clínica.

Debemos propender al mejoramiento de los tres aspectos fundamentales de la Medicina Interna: al de la investigación, al de la docencia y al cuidado directo de los pacientes.

En los últimos años, hemos visto disminuir la intensidad de la investigación, los esfuerzos se han atrofiado. En cuanto a la enseñanza, se ha desviado del paciente y se ha focalizado en la

enfermedad; el cuidado del paciente ha sido marcado con el juego de los procedimientos, de la intensidad tecnológica, por la fragmentación de la responsabilidad clínica en varios médicos de distintas especialidades y por el

alto costo.

Debemos revivir los conceptos de atención personal del paciente y mirarlo como un todo y no sólo como portador de una enfermedad. De esa manera lo estare-

mos ayudando más y contribuiremos a que los estándares de atención en Medicina Interna sean los que proveen no sólo una mayor calidad de atención sino una mejor calidad de vida en nuestros pacientes.

## **SOCIEDAD PERUANA DE MEDICINA INTERNA**

### **JUNTA DIRECTIVA 1995 - 1996**

**PRESIDENTE**

**DR. RICARDO LOSNO GARCIA**

**VICE PRESIDENTE**

**DR. RAUL SALAZAR CASTRO**

**SECRETARIO GENERAL**

**DR. EDUARDO PENNY MONTENEGRO**

**SECRETARIO DE ACCION**

**CIENTIFICA**

**DR. OSCAR PAMO REYNA**

**SECRETARIO DE FILIALES**

**DR. LUIS VIDAL NEIRA**

**TESORERO**

**DRA. CECILIA SOLIS ROSAS GARCIA**

**VOCALES**

**DR. EDULFO ROMERO LINO**

**DR. JORGE CASAS CASTAÑEDA**

**PAST-PRESIDENTE**

**DR. AGUSTIN IZA STOLL**

**COMITE DE ETICA Y**

**CALIFICACION PROFESIONAL**

**DR. AMADOR CARCELEN BUSTAMANTE**

**DR. RAFAEL JARA PALACIOS**

**DR. LUIS DEZA BRINGAS**

**DRA. MARIA PILAR BANDRES SANCHEZ**

**DRA. NILIDA HUAMAN LOPEZ**

**DR. JAIME PEREZ ILLESCAS**

**COMITE DE PUBLICACIONES**

**DR. OSCAR FRISANCHO VELARDE**

**DR. MIGUEL CAMPOS CASTRO**

**DRA. DENISSE CHAMPIN MICHELENA**