

EDUCACION DE POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA

CONSIDERACIONES GENERALES

J. CAMPOS, J. ALVARADO, D. MALDONADO, J.M. MORA, R. PAREDES, H. TORRES

La presente administración de la ACMI diseñó dentro de sus prioridades el acercamiento a los diferentes Departamentos Universitarios de Medicina Interna. En la visita oficial hecha al Hospital Militar Central, el Dr. Hernán Torres, Director del Departamento de Medicina Interna expuso la necesidad de establecer un Grupo Asesor dependiente de la ACMI. Con tal fin la Junta Directiva creó el Grupo de Estudio Curricular en Post-grado constituido por los Doctores José María Mora Ramírez (Coordinador); Raúl Paredes Manrique, Director del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Nacional; Darío Maldonado Gómez, Director del Departamento de Medicina Interna de la Universidad Javeriana; Hernán Torres Iregui, Director del Departamento de Medicina Interna del Hospital Militar Central; Jaime Campos Garrido, Presidente de la ACMI y por el Dr. Jaime Alvarado Bestene, Secretario Ejecutivo. Este grupo de trabajo en ningún momento pretende proponer normas a las Facultades de Medicina, sino presentar ángulos adicionales del Internista que deben influir en su formación. Por ello hemos decidido desarrollar un trabajo tendiente a definir el perfil del Internista, dentro de una formación que consulte las realidades del país y que eventualmente sirva como aglutinante y como propuesta para desarrollar un programa cooperativo inter-institucional complementario.

El perfil del Internista definido por la ACMI tiene caracteres adicionales a los generados en las Facultades de Medicina en forma individual o asociada (Ascofame), porque incluye elementos de la práctica y del comportamiento real del Internista en los diferentes medios del territorio colombiano, lo que le permite dar una definición probablemente más acorde con la realidad.

IDENTIFICACION EDUCACION Y CUALIDADES GENERALES DEL INTERNISTA

El componente de Medicina Interna aporta al médico las siguientes cualidades: enfoque del paciente como ente biopsicosocial, conocimientos específicos de los mecanismos fisiopatológicos y de las características clínicas de numerosas entidades nosológicas de

alta prevalencia; capacidad para utilizar o dominar ciertas técnicas de diagnóstico y tratamiento. Estas cualidades incluyen conceptos claros sobre la validez de los conocimientos médicos y capacidad para renovarlos continuamente. La intensificación de estas cualidades, más la práctica en investigación científica caracterizan al especialista en Medicina Interna, obligado por su liderazgo a dar ejemplo de veracidad, precisión, síntesis y eficacia, teniendo en cuenta que la Medicina Interna es un lugar de diálogo y comunicación.

EDUCACION DE POSTGRADO

La formación de especialistas en Medicina Interna depende de la definición corriente de esta especialidad y de los caracteres dados a ella en cada país por la Organización de Servicios de Salud y las modalidades de la práctica profesional. Para el American Board of Internal Medicine, es el "área principal de la ciencia clínica, que atiende la salud y la enfermedad de adolescentes y adultos. El Internista debe atender la salud y la enfermedad en relación con la totalidad de la patología, la fisiología y el comportamiento humano". En términos similares se expresa un comité de educación médica de la Organización Panamericana de la Salud. En los servicios de salud colombianos el Internista aparece como médico de referencia en niveles secundarios y terciarios; en la práctica privada como consultor o como médico de atención primaria de adolescentes y adultos. En esta última categoría se le considera en los Estados Unidos, donde comparte este nivel de atención con pediatras y médicos de familia, particularmente desde que el médico general perdió importancia. El ejercicio hospitalario de la Medicina Interna responde al conjunto de servicios y de equipos dedicados a resolver problemas de salud en su conjunto y debe estar dispuesto a una concertación permanente con las otras especialidades para mejorar el diagnóstico y la terapéutica. Los atributos de un Internista general se resumen en los siguientes puntos:

1. Capacidad para enfocar el paciente como un ente biopsicosocial, dentro de su medio familiar y social. Esto implica comprender la diferencia entre enfermedades y enfermos y dar a éstos un papel principal en la relación que establece el acto médico.
2. Capacidad para diagnosticar y tratar la mayor parte de los problemas clínicos, con pleno conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos afectados

Drs. Jaime Campos, Jaime Alvarado, Darío Maldonado, José María Mora, Raúl Paredes y Hernán Torres: Grupo Curricular - ACMI.

y de las indicaciones y limitaciones terapéuticas. El cumplimiento de esta función incluye la obtención de historia y examen clínico completos, la selección de las pruebas de laboratorio y demás exámenes paraclínicos requeridos, el análisis de la información obtenida y la formulación de una hipótesis de trabajo (diagnóstico preliminar) que sea sometida a las comprobaciones y rectificaciones que indique el seguimiento del caso.

3. Capacidad para seguir de cerca los desarrollos de la ciencia médica y aplicar nuevos conocimientos y técnicas. Esto implica hábito de lectura en no menos de dos idiomas, juicio sobre la validez y utilidad de lo leído, incorporación de nuevo material a los hábitos profesionales.

4. Capacidad para conducir investigaciones científicas, particularmente sobre epidemiología clínica, validez de métodos de diagnóstico y tratamiento y calidad de la atención médica. Se requiere, pues, adecuado manejo del método científico y actitud positiva hacia la investigación.

5. Capacidad para trabajar en equipo y colaborar activamente en las tareas de asistencia médica y docencia a personal paramédico y a estudiantes de medicina.

Los atributos mencionados se desarrollan mediante una serie de actividades del programa de residencia en hospitales universitarios durante un período aproximado de tres años. Durante este tiempo el residente hace parte del personal asistencial del hospital y adquiere responsabilidad progresiva, supervisada por personal docente de Internistas en la atención de pacientes y en la práctica de diversos procedimientos y técnicas relacionadas con dicha atención.

EXPERIENCIA CLINICA

El residente debe pasar períodos de tiempo en servicios que den cubrimiento a un número significativo de pacientes con la patología representativa de las subespecialidades de la Medicina Interna incluyendo obviamente aquellas que tienen trabajo conjunto con los servicios quirúrgicos. También es deseable trabajo conjunto con los grupos de psiquiatría y con el servicio de Cuidado Intensivo.

De acuerdo a los recursos y características de cada complejo hospitalario se puede dar entrenamiento, paralelo, simultáneo, intermitente o permanente en áreas tales como: Infectología, Inmunología, Genética, Medicina Tropical, Patología, Hemato-oncología, Nutrición y Metabolismo, Geriátrica, que comprometen el conjunto del organismo.

Se deben diseñar períodos de trabajo en servicios que además de otorgar la experiencia clínica, transmi-

tan una experiencia administrativa que representa los diferentes niveles de complejidad de la atención en salud, vgr Urgencias, Cuidado Intensivo, Hospital Regional.

La metodología del adiestramiento de Internistas se basa en un grupo de actividades que conforman la mayoría de los programas:

1. Atención de pacientes hospitalizados. Esta experiencia permite estudiar el paciente en profundidad, refinar las técnicas de historia y examen físico, indicar los procedimientos paraclínicos requeridos, utilizar la consulta con profesionales de otros campos, indicar y evaluar bajo control la terapia, y finalmente someter todo el proceso diagnóstico y terapéutico a discusión y confirmación. Obviamente, esta parte del programa exige que el hospital tenga el grado de complejidad de servicios y actividades de un centro universitario, que debe girar alrededor del Departamento de Medicina Interna.

2. Atención de pacientes ambulatorios. Ofrece la oportunidad de estudiar la historia natural de las enfermedades en pacientes que actúan dentro de su medio familiar, social y de trabajo, así como la de aplicar actividades de prevención. Es claro que esta parte del programa debe ser de tipo horizontal, extendido en el tiempo y sin recargo de casos que obliguen a estudiarlos superficialmente.

3. Planeación y ejecución de proyectos de investigación, de preferencia en el campo de la epidemiología clínica.

4. Ejercicios de lectura crítica, cuyo instrumento pueden ser los clubes de revistas con participación de epidemiólogos y estadísticos.

5. Adiestramiento en procedimientos especiales de diagnóstico entre otros: toma de biopsias, endoscopia, pruebas funcionales, ecografía, medicina nuclear, interpretación radiológica. En algunos casos este adiestramiento se cumple mediante rotaciones o programas específicos en servicios de subespecialidades, que se escogen de acuerdo con las características de cada hospital. Es necesario evitar que estas actividades se conviertan en un mecanismo de subespecialización precoz, con la consiguiente restricción de las capacidades del Internista.

6. Programas especiales en patología, bioquímica, fisiología, farmacología, genética, inmunología e informática destinados a refrescar y poner al día conocimientos estrechamente relacionados con los problemas clínicos. En algunos países, especialmente en aquellos donde el internista actúa en la atención primaria, se hacen breves períodos de adiestramiento en ginecología, psiquiatría, ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología.

EDUCACION CONTINUA

La condición necesaria de este programa esencial para la sobrevivencia científica de todo médico es la capacidad para adquirir y asimilar información de manera continua a lo largo de los años de vida profesional. Sin la participación activa, de autoeducación de los médicos, los programas de educación continua son poco eficaces. Se puede cumplir esta condición si se ponen a disposición de los profesionales los medios de información —bibliotecas, grabaciones, películas, etc.— y si se les motiva adecuadamente. En este orden de ideas, los cursillos, seminarios, conferencias, etc., han de buscar estimular el estudio y abrir nuevos horizontes. Mejores efectos, aunque de cobertura menor, se obtienen con los programas de observación participante en departamentos de medicina de nivel universitario.

FUNCIONES DEL INTERNISTA

Dependen de los diferentes niveles de atención médica, debiendo intervenir en todos ellos: primario, regional y terciario, en los cuales prestará atención a individuos o comunidades mayores de 15 años.

Funciones especiales: el Internista debe poseer la preparación indispensable para el ejercicio de su especialidad en cualquier sitio del país y con los medios que puedan estar a su alcance. Esto presupone un conocimiento de las condiciones geográficas, sanitarias, económicas y educacionales de las distintas regiones de la nación que le permitan una integración con sus pacientes y la sociedad, para estar en capacidad de prestar un servicio profesional de incuestionable calidad, racionalizando las investigaciones y las prescripciones terapéuticas ya que el establecer una estrategia diagnóstica y terapéutica coherente es económicamente rentable.

Siendo tan diferentes las condiciones y necesidades médicas regionales, en ciertas ocasiones tendrá que, no solamente, asesorar al médico general, sino también en consultas de primera instancia, tomar decisiones sobre seguimiento, delegación o referencia.

Ya en un nivel más avanzado, en el nivel regional, donde tendrá el ámbito más amplio y concreto de su actividad, será de su cargo el plantear el diagnóstico "preliminar" de las patologías médicas y quirúrgicas y llevar bajo su dirección y responsabilidad la atención total del paciente.

Dadas sus condiciones de formación integral, estará en situación muy propicia para coordinar las actividades y relaciones profesionales entre las diferentes especialidades y con los médicos generales, en su sede o en localidades regionales dependientes de su hospital.

FUNCIONES ESPECIALES EN LOS NIVELES SECUNDARIO Y TERCARIO

Asistencia: además de las funciones referentes a su especialidad, coordinará la atención de los enfermos no enviados a un servicio en particular y la atención de las urgencias médicas especialmente en el cuidado intensivo.

Investigación: es indispensable incluir en los programas de formación de Internistas el desarrollo de actividades de investigación como la práctica del método científico y la consiguiente capacidad para evaluar la literatura médica. El Internista al coordinar las investigaciones pluridisciplinarias, contribuye en forma importante al conocimiento de los problemas de salud, del país. Dentro de estas orientaciones las investigaciones epidemiológicas aportan los mayores rendimientos.

Docencia: el Internista como componente del equipo de salud debe conocer los mecanismos de la comunicación y así entender la importancia de la transmisión de los conocimientos en su grupo y adquirir la actitud mental y las habilidades para cumplir estos propósitos.

Administración: debe conocer la organización de los servicios de salud del país en sus diferentes niveles e identificar las características y la complejidad de la atención médica, haciendo énfasis en las prioridades para llevar a cabo este programa. Lo anterior debe capacitarlo para una eventual administración a nivel regional y para asumir la coordinación del equipo de salud.

Consultoría: el Internista como profesional consultado debe limitar su papel a esta función sin adquirir responsabilidades adicionales a no ser que le sean previa y expresamente solicitadas.

OBJETIVOS DE LAS INTERCONSULTAS

1. poner en contacto al Residente con las peculiaridades de la medicina de "Interfase" con otras especialidades;
2. desarrollar las habilidades profesionales y sociales necesarias para la comunicación interdisciplinaria y el cuidado global efectivo del paciente;
3. educar al residente en los procesos de identificación, evaluación y correlación de los factores de riesgo;
4. desarrollar una actitud de perfeccionamiento profesional y personal;
5. desarrollar un enfoque que haga énfasis en la eficiencia y especificidad de la interconsulta orientada hacia la búsqueda del bienestar del paciente;

6. enfatizar y promover la atención a los múltiples detalles del diagnóstico y tratamiento multidisciplinario y unitario;

7. promover el conocimiento y comprensión por parte del internista de las características de las diferentes especialidades clínicas.

DIAGNOSTICO

a) Evaluación clínica completa y b) indicación e interpretación de métodos y tecnologías auxiliares (laboratorio clínico, pruebas funcionales, imagenología, electrodiagnóstico, endoscopias, etc.).

PROCEDIMIENTOS

Debe conocer su valor diagnóstico (sensibilidad, especificidad), sus complicaciones y contraindicaciones y el costo beneficio que cada uno de ellos representa.

Debe actuar como observador participante en los siguientes: fibro-esófago-gastro-duodenoscopia, colonoscopia, laparoscopia, broncoscopia, artroscopia, medicina nuclear, radiología, electrodiagnóstico.

Debe adquirir la destreza que le permita ejecutarlos sin supervisión, en los siguientes: rectosigmoidoscopia, fibrosigmoidoscopia, laringoscopia directa e indirecta.

Punciones a saber: arteriales y venosas periféricas, esternal y de cresta aliaca; suprapúbica, lumbar, articular.

Toracentesis, paracentesis, pericardiocentesis.

Diálisis peritoneal.

Cateterismo: vasculares (yugular, subclavio, femoral, etc.).

Intubaciones nasogastroduodenal y endotraqueal.

Biopsias: piel, músculo, ganglio, pleura, hígado, recto.

Electrodiagnóstico: electrocardiograma, doppler, Ecografía.

Tratamientos: indicación de tratamientos en subespecialidades médicas y de procedimientos quirúrgicos.

Control y supervisión de algunos tratamientos: dietéticos: oral, enteral y parenteral; oncológicos: (nivel regional) y psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- AMERICAN BOARD OF INTERNAL MEDICINE. Clinical Competence in Internal Medicine. Ann Int Med 1979; 90: 402-411.
- 2.- BARROWS HS, TAMBLYN RM. Problem-Based Learning. Springer Publishing Company. New York 1980.
- 3.- BRYANT J. Health and the developing world. Cornell University Press. Ithaca 1969.
- 4.- FEDERATED COUNCIL FOR INTERNAL MEDICINE. Enhancing Standards of Excellence in Internal Medicine Training. Ann Int Med. 1987; 107: 775-778.
- 5.- JOHN ME. Sociologic Influences on Decision-Making by Clinicians. Ann Int Med 1979; 90: 957-964.
- 6.- PAREDES R. Educación. En CHALEM F, ESCANDON J, CAMPOS J, ESGUERRA R. Medicina Interna. Bogotá: Editorial Norma: 1986: 1-3.
- 7.- PLACE DE LA MEDICINE INTERNE DANS LE SYSTEME DE SANTE FRANCAIS. Numéro Spécial du Bulletin de la Société Nationale Française de Médecine Interne. 1987.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA IDENTIDAD DEL INTERNISTA

J. M. MORA

Vienen sucediéndose grandes avances en las áreas médicas, en particular en inmunología, medicina molecular, bioquímica, genética, infectología, tecnología diagnóstica (medicina nuclear, sustracción digital, tomografía computarizada, resonancia magnética, métodos endoscópicos que permiten el acceso a sitios considerados hasta hace poco como inaccesibles), etc.

El internista en la práctica clínica y en los conocimientos biomédicos precisa convivir en un conjunto de conceptos mutantes, con negativización de algunos tenidos como ciertos y revitalización de otros desechados como obsoletos. Debe adaptarse, convivir y seleccionar cuidadosa y juiciosamente las nuevas experiencias y con criterio sedimentado, evitar el precipitarse en la aceptación o negación de los recientemente conocidos aun a través de medios de información calificados. Basta recordar el caso de trabajos "científicos" fraudulentamente presentados al New England Journal of Medicine, que pasaron el filtro de su Comité Editorial, quien posteriormente tuvo que reconocer públi-

Dr. José María Mora Ramírez: Profesor Asociado, Escuela Colombiana de Medicina. Internista Hospital Santa Clara, Bogotá.

camente en la misma revista el engaño a que fue sometida. ¿Qué no se publicará en tantas revistas médicas o paramédicas con información equivocada, mal interpretada o indebidamente conducida, de buena o mala fe?

Hay pues que comprometerse entre la duda impuesta por la complejidad de las consideraciones teóricas y la acción decisiva impuesta por el sentido común y la experiencia.

El tratamiento médico ha sido reemplazado con éxito por la cirugía en diversos campos, como en los trasplantes de órganos, prótesis valvulares cardíacas, revascularización miocárdica, etc. Igualmente la cirugía ha tenido que ceder dominios a la terapéutica médica y ya pertenecen al pasado las toracoplastias y frenicectomías como tratamiento de la TBC, la simpactomía dorsolumbar para la hipertensión arterial, la tiroidectomía para la enfermedad de Basedow-Graves, etc. Esto sin mencionar los procedimientos endoscópicos que han desalojado múltiples tratamientos quirúrgicos.

En la actualidad uno de los escollos del internista es su ubicación dentro del conglomerado médico, tanto a nivel del público como aun dentro de sus mismos colegas de diferentes disciplinas. Es posible que su correcta ubicación e identificación sea la misma que tuvo entre nosotros hace varias décadas, cuando el médico internista se reconocía como un consultante y experto diagnosticador, "clínico" se le llamaba, y a él acudían en busca de concepto y ayuda tanto los pacientes como los médicos generales y los cirujanos. Estos últimos cuando atendían enfermos cuyo diagnóstico era oscuro, los aún llamados casos difíciles o complicados.

No es clara la identidad del internista dentro de los médicos en entrenamiento al observar que en los Departamentos de Medicina Interna solamente hay uno o dos internistas y un número muy superior de subespecialistas que magnifican la docencia a sus propias limitaciones. Es más, cuando alguno de ellos encuentra problemas fuera del campo de sus actividades, trata de resolverlos acudiendo a otros subespecialistas antes de que el internista tenga la oportunidad de evaluar el caso y decidir con criterio ponderado la conducta indicada.

Es interesante considerar que entidades como el ISS, sin proponérselo, tuvieron un papel importante en la definición y agrupación de las especialidades, entre ellas la de la Medicina Interna. Cuando en el año de 1946 inició sus servicios el ISS estableció alguna diferencia remunerativa entre el médico general y los especialistas. En tales años no existían los estudios formales de postgrado y ninguna universidad u hospital expedía títulos de especialidad. Para entonces quienes por sus actividades académicas, docentes universitarias y hospitalarias trabajaban en las "Clínicas Médicas" y fueron llamados o buscaban la vinculación con el ISS, se pusieron en comunicación y funda-

ron la "Sociedad Colombiana de Medicina Interna". Esta Sociedad a la que también pertenecieron profesionales sin relaciones laborales con el Seguro, aunque de vida efímera, tuvo entre sus objetivos alentar la educación de postgrado y fue así como se invitó y logró la asistencia del doctor Benjamín Castleman, Director de las ya conocidas conferencias anatomoclínicas del Massachusetts General Hospital y del Doctor Rayinon D. Adams eminente neurólogo autor del capítulo de enfermedades del sistema nervioso en el texto de Medicina de Harrison.

Hace 30 años se fundó la Asociación Colombiana de Medicina Interna, con cobertura verdaderamente nacional, que aglutina a los Internistas del país y por intermedio de sus Congresos Nacionales, Cursos de Actualización y ahora con la programación y desarrollo del presente Foro y Taller mantiene, promueve, identifica y enaltece el ejercicio de la especialidad, origen y baluarte de todas las subespecialidades médicas.

En Francia, mucho más reciente, en 1979, sucedió algo parecido al fundarse la Sociedad Nacional Francesa de Medicina Interna para "estudiar y determinar el puesto de la medicina interna en el sistema francés de salud". La Sociedad Americana de Medicina Interna se fundó no hace mucho, con el objeto específico de representar los intereses de sus miembros, al aprobarse las leyes del Medicare y Medicaid.

Podría pensarse que la iniciación de las sociedades fue simplemente motivada por intereses económicos. No es así. Tenían los internistas y con mayor razón tienen en el presente, el derecho de reivindicar la propiedad de síntesis y análisis inherentes a su especialidad y que su reflejo intelectual merezca una remuneración correspondiente y no menospreciada en comparación con procedimientos manuales o instrumentales.

Hoy el internista debe acogerse a esquemas de actividades polifacéticas, sin limitarse, como aún sucede en Inglaterra, a ejercer la profesión exclusivamente a nivel hospitalario. Además de consultante de primera instancia y de atender en su consultorio buen número de casos de medicina primaria, debe tener conocimientos de materias relacionadas e indispensables para el desarrollo de sus funciones, como psicología, sociología, antropología, administración y aún economía. También debe conocer las condiciones ambientales, control de las enfermedades infecciosas, parasitarias y de atención nutricional que le permitan coordinar los equipos de salud.

Como está consignado en el protocolo de trabajo del Grupo Curricular de la ACMI, el internista de y para nuestro país, debe "poseer la preparación indispensable para el ejercicio de su especialidad en cualquier sitio del país y con los medios que puedan estar a su alcance".

Indudablemente dentro de un cúmulo común de conocimientos se requieren internistas con distintas

cualidades y destrezas según el sitio y ámbito de sus actividades. En los centros universitarios priman las necesidades docentes, administrativas e investigativas. A nivel regional es de su responsabilidad el control y asesoría en la atención primaria y en particular el diagnóstico de la patología médica y de buen número de la patología quirúrgica. De él depende el destino de los pacientes, bien sea porque quedan bajo su responsabilidad o porque se envían a especialidades quirúrgicas o menos frecuentemente a subespecialidades médicas.

El internista debe permanecer en estrecha relación médico-paciente y mantener ese nexo tan importante para el éxito de su misión, que desgraciadamente viene desapareciendo. El internista, además de representar el arte y la ciencia de la medicina, es el guardián de los valores humanísticos indispensables e invaluable en esta relación médico-paciente. El internista a todo nivel es el custodio, transmisor e impulsor de los conocimientos adquiridos mediante su continuo estudio y experiencia.

Existen muchos interrogantes respecto al futuro del internista o quizá mejor respecto al internista del futuro.

Indudablemente se han producido cambios importantes en el contenido de la medicina interna. Desde épocas remotas hasta tiempos no lejanos las principales causas de mortalidad estaban constituidas por enfermedades infecciosas como la fiebre puerperal, la sífilis, la tuberculosis, los procesos supurativos agudos y crónicos, el paludismo, etc. Estas enfermedades han disminuido muy considerablemente especialmente en los países desarrollados y han repercutido en el aumento progresivo y constante del promedio de vida que en tales países, del principio del siglo a la actualidad, ha subido de 45 a 75 años.

Entre nosotros a pesar de persistir gran parte de estas enfermedades, es común atender en los hospitales estatales un número creciente de pacientes mayores de 70 años, edad alcanzada no obstante vivir y trabajar en condiciones socio-económicas muy precarias. Hoy la mayor carga de enfermos está dada por enfermedades crónicas degenerativas (según datos de Europa y de los Estados Unidos más de la mitad de las camas hospitalarias están ocupadas por pacientes mayores de 65 años) y por aquellas que constituyen un riesgo inmediato de muerte, que han llevado a la creación de unidades de atención crítica o cuidado intensivo.

Se ha hecho referencia repetida a las necesidades instrumentales o procedimentales, diagnósticas o terapéuticas, que en parte han sido relegadas al dominio de las subespecialidades. En el Proyecto del Programa de Postgrado del Grupo Curricular de la ACMI está debidamente consignado que el internista debe "conocer su valor diagnóstico (sensibilidad, especificidad), sus complicaciones y contraindicaciones y el costo beneficio que cada uno de ellos representa". La enumeración de procedimientos en los cuales debe

tener la destreza para ejecutarlos se elaboró teniendo en cuenta no solamente la preparación y capacitación del internista, sino las necesidades y posibilidad del país.

En los departamentos médicos para la formación de internistas deben existir muy buenos programas que contemplen los cambios tan importantes que se producen en los factores científicos, ambientales, económicos, y sociales, manteniendo primordialmente la imagen del internista, reflejo de sus directivas, como la del clínico, comprometido diariamente en la atención cuidadosa y constante de los pacientes. Es preciso evitar que por limitaciones de tiempo, por la premura de llegar a un diagnóstico y a veces por falta de un análisis clínico, se llegue a la sobreutilización de la tecnología, simple reflejo de la forma de atenuar ansiedades que se conllevan. El internista debe permanecer en estudio de información activa actualizada, modificando sus habilidades y conocimientos durante todo el ejercicio de su especialidad.

La medicina del futuro debe enfocarse en las necesidades y requerimientos de los pacientes y los internistas deben crear conciencia tanto entre sus colegas como entre el público, del campo de acción de sus actividades profesionales para que se pueda aprovechar y solicitar sus servicios.

El *Annals of Internal Medicine* publica las siguientes seis cualidades que la Junta para acreditación de Medicina (Board of Internal Medicine) considera indispensable para otorgar la certificación de la especialidad. Es oportuno reproducirlas y observar que las cualidades, aptitudes y habilidades que el Grupo Curricular de la ACMI propone como esenciales y propias al internista, comprende todas ellas y otras más, que definen más apropiadamente sus características y requerimientos.

1. Profundo juicio clínico.
2. Extenso conocimiento médico.
3. Buenas cualidades diagnósticas que incluyen una buena historia clínica, con examen físico metódico y capacidad para ejecutar los procedimientos técnicos del pasado.
4. Integridad personal, respeto por su paciente, compasión de él y de sus familiares, cualidades entendidas como humanísticas.
5. Comportamiento y actitudes que incluyen valores morales y éticos sobresalientes y aptitudes comunicadoras.
6. Habilidad para proveer atención médica de altísima calidad, receptividad a las necesidades y deseos de los pacientes, junto con la utilización juiciosa de las pruebas de laboratorio y de los procedimientos diagnósticos.

Las ambigüedades relacionadas con el campo de acción del internista provienen de la subespecialización médica, y no se oculta que la especialización en la práctica profesional y en la investigación es desde hace varios decenios un hecho irrevocable. Sin embargo no es posible lograr una verdadera competencia en

el ejercicio de una subespecialidad sin un conocimiento profundo de la medicina interna y el éxito de la práctica especializada requiere la integración con el internista. Esta integración y relación se explica y justifica plenamente pues la medicina interna es una disciplina intelectual que permite ver cualquier enfermedad como el compromiso del todo psicoorgánico en que se realiza la persona humana y que la capacita para enseñar a los especialistas tal modo de entender la enfermedad.

La forma más idónea de la extensa zona del arte de curar sigue y seguirá siendo la llamada MEDICINA INTERNA. "

Estas son consideraciones apenas esbozadas que seguramente darán pie para que el Foro y Taller que

estamos iniciando se presenten aspectos y discusiones más profundas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Board of Internal Medicine: The Future Internist. Ann Int Med 1988; 108; 139-141.
- 2.- ENGEL GE: Physician-scientist and scientific physicians. Am J Med 1987; 82: 107.
- 3.- Grupo Curricular ACMI: Educación de Postgrado en Medicina Interna. Acta Médica Colombiana 1988; Suplemento.
- 4.- LAIN: Historia Universal de la Medicina. 1a Ed (Reimpresión 1976) Barcelona: Salvat Editores.
- 5.- ROGERS DE. Internist: More Specialists or More Generalists. Ann Int Med 1985; 102: 702-703.
- 6.- WYNGAARDEN JB: The Future of Clinical Investigation. Cleve Clin Q 1984; 51: 567-574.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA

D. MALDONADO

Todo plan de estudios, o curriculum, debe ser el producto de un proceso que cumple las siguientes etapas (Figura 1): reconocimiento de los factores determinantes del curriculum, fijación de objetivos, planeación y decisiones académicas y administrativas que culminan con la elaboración del plan de estudios. Este no debe considerarse un producto final sino que debe convertirse en un nuevo factor determinante de tal manera que el proceso adquiere vitalidad y puede

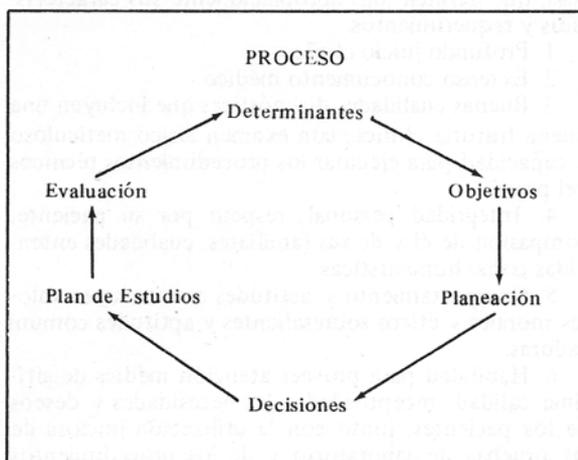


Figura 1. Plan de estudios en Medicina Interna.

Dr. Darío Maldonado Gómez: Profesor Titular y Director del Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana.

conservar su vigencia. Esta renovación continua requiere de un proceso de evaluación permanente.

DETERMINANTES

1. **Académicos:** los determinantes académicos son con frecuencia el único factor reconocido. Los determinantes académicos más frecuentes son la presión que hacen los especialistas en un área para incorporar los conocimientos de su especialidad en el plan de estudios que se estructura alrededor de una lista de contenidos, que para satisfacer las exigencias de cada grupo se puede hacer muy extensa, obligando a extender la duración de los estudios, y la solicitud igualmente enérgica de otro grupo que hace énfasis en las condiciones particulares de cada estudiante presionando por la adopción de un plan de estudios flexible. El manejo apropiado de estos estímulos, igualmente válidos, requiere un manejo cuidadoso de parte de quienes tengan la responsabilidad de la elaboración del curriculum.

2. **Sociales:** el nivel de desarrollo y las características socioculturales de la población que van a servir los graduados del programa debe ser una consideración importante en la fijación de objetivos del programa que debe preparar un internista útil para el medio donde vaya a ejercer su especialidad.

3. **Económicos:** un plan de estudios idealizado y demasiado ambicioso, que no tenga en cuenta los recursos del país y de la institución docente puede conducir a la frustración de sus docentes y estudiantes y anular o retrasar la elaboración de un plan realista y por lo tanto más eficiente.

4. **Políticos:** la creación de instituciones asistenciales y docentes que siguen el modelo de las instituciones más prestigiosas de los países desarrollados es con

frecuencia motivo de orgullo nacional y promoción política, pero pueden conducir al fracaso cuando pierden el apoyo político inicial y ser motivo de frustración intelectual y de pérdida para el país por cuanto sus egresados tienden a la emigración buscando ejercer en un medio más acorde con su preparación. Tienen además el inconveniente de absorber una proporción muy grande de los recursos que estarían mejor empleados apoyando instituciones y proyectos más realistas, sin que esta decisión, desde luego, signifique compromiso de la calidad académica intrínseca de la institución docente.

MODELO DEL PROGRAMA

Atendiendo los determinantes ya discutidos proponemos un núcleo básico de tres años de duración dirigidos a la formación de un internista general capacitado para el ejercicio de la especialidad en cualquier institución o región del país o para tomar un camino diferente según sean sus posibilidades o aspiraciones (Figura 2).

Algunos internistas generales, y ojalá su número fuera grande, pueden optar por una extensión en tiempo y profundidad de sus estudios, propósito que debería ser apoyado con decisión por las instituciones docentes y asistenciales de atención secundaria y terciaria, por cuanto este tipo de especialistas constituye el núcleo fundamental para el desarrollo de servicios de medicina capacitados para desarrollar y aplicar estrategias diagnósticas y terapéuticas coherentes, mucho más eficientes que las que se siguen en la mayoría de nuestros hospitales. Este internista sería además el componente fundamental de la docencia integral de la medicina a nivel de pregrado.

El estudio de una subespecialidad de la medicina interna debe tener como requisito básico tres años de preparación en medicina interna general. La subespecialización prematura, con uno o dos años de medicina interna, no es recomendable y desde luego no permite calificar como internista a quien la siga. La formación de un número excesivo de subespecialistas satura el mercado y los lleva a ejercer simultáneamente la medicina interna general y la subespecialidad. Mucho mejor hubiera sido dedicar su tiempo y sus esfuerzos a una mejor preparación como internista general. Este puede prepararse en algunos aspectos o técnicas de una subespecialidad destinando un tiempo adicional a este propósito. Como ejemplo ilustrativo podría citar el internista que se capacita en electrocardiografía y ecocardiografía, capacitación que no lo convierte en cardiólogo pero sí le permite atender las necesidades particulares de una región donde no hay, ni se necesitan cardiólogos superespecializados. El estudio completo de la cardiología implica entrenamiento en hemodinamia y otras técnicas invasivas que no va a practicar nunca en su medio habitual por lo cual sería una pérdida de tiempo y de esfuerzo prepararse en ellas.

Uno o dos años de medicina interna pueden ser requisito básico para el estudio de ciertas especialidades, neurología, dermatología, medicina familiar entre otras, y ya hemos dicho no debe calificar a la persona como internista.

OBJETIVOS DEL PROGRAMA

1. Idoneidad clínica. Es el objetivo fundamental del programa de medicina interna general. Los com-

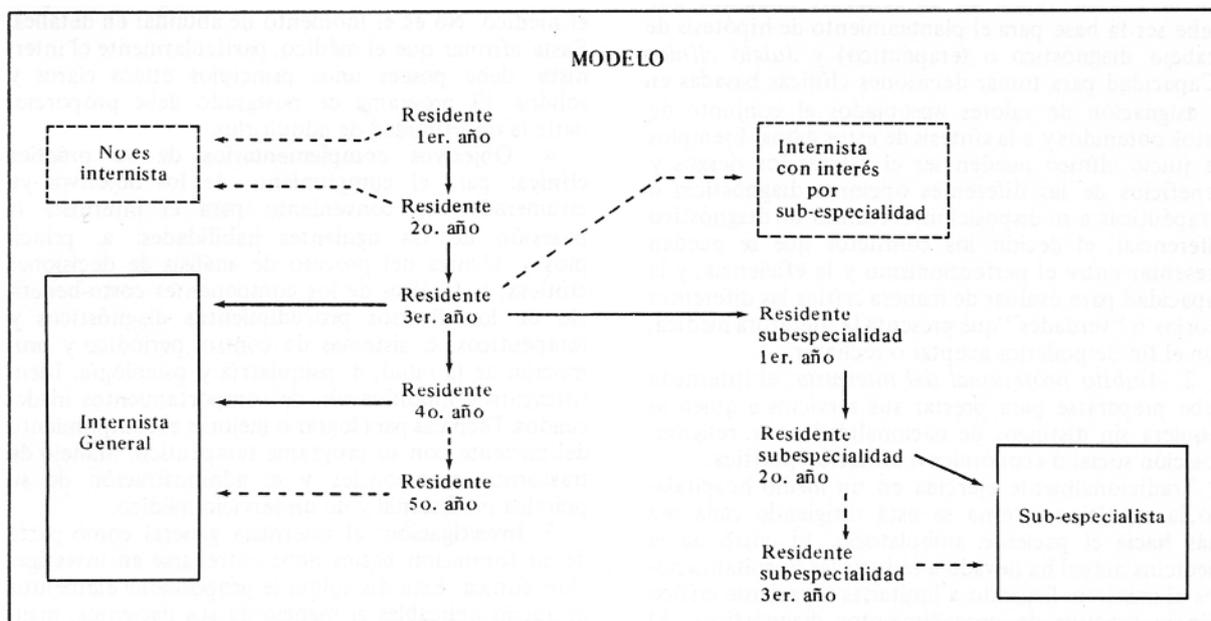


Figura 2. Educación de postgrado en Medicina Interna.

ponentes de la misma han sido muy bien descritos por el Board Americano de Medicina Interna: a. *Actitudes y hábitos*: se refieren al patrón de comportamiento del internista y se describen en términos de integridad y ética de su comportamiento, compromiso con la atención integral del paciente que debe ser minuciosa y completa, simpatía por su situación e interés por el estudio; b. *Relaciones personales*: se define en términos de su capacitación en las técnicas de comunicación verbal y no verbal que requiere su interacción con el paciente, su familia y sus colaboradores, comunicación que se caracteriza por la habilidad y tacto con que los desarrolla; c. *Habilidad motora y técnica*: describe la habilidad manual y psicomotora que requiere el examen físico y la práctica de los procedimientos instrumentales diagnósticos y terapéuticos que pueda realizar; d. *Capacidad intelectual*: debe dominar el complejo proceso intelectual que requiere la solución de los problemas médicos, personales e inclusive familiares y sociales del paciente. Aceptando la dificultad que tiene una definición precisa puede considerarse está compuesta por los siguientes elementos: *Conocimientos generales y humanísticos* (la amplitud de sus conocimientos de orden general y humanístico definen al internista frente al técnico y le permiten entender la relación que puede existir entre la situación de su paciente y su contexto social). *Conocimientos de fisiopatología y clínica* (son el componente fundamental de su idoneidad clínica. Se pueden definir como objetivos específicos del programa). *Organización* (capacidad para ordenar de manera lógica sus conocimientos y los datos del paciente). *Síntesis*. (proceso por el cual se resumen y combinan los componentes de la información obtenida de tal manera que se puedan reunir en un concepto integrado que debe ser la base para el planteamiento de hipótesis de trabajo diagnóstico o terapéutico) y *Juicio clínico* (Capacidad para tomar decisiones clínicas basadas en la asignación de valores apropiados al conjunto de datos obtenidos y a la síntesis de estos datos. Ejemplos de juicio clínico pueden ser el valorar los riesgos y beneficios de las diferentes opciones diagnósticas o terapéuticas a su disposición, el realizar un diagnóstico diferencial, el decidir los conflictos que se puedan presentar entre el perfeccionismo y la eficiencia, y la capacidad para evaluar de manera crítica las diferentes teorías o "verdades" que presenta la literatura médica, con el fin de poderlos aceptar o rechazar.

2. Ambito profesional del internista: el internista debe prepararse para prestar sus servicios a quien lo requiera sin distinciones de nacionalidad, raza, religión, posición social o económica o afiliación política.

Tradicionalmente ejercida en un medio hospitalario, la medicina interna se está dirigiendo cada vez más hacia el paciente ambulatorio. El costo de la medicina actual ha llevado a reducir las hospitalizaciones al máximo, llegando a limitarlas al paciente crítico o a la práctica de procedimientos diagnósticos. El limitarse a estas áreas lleva a una formación incomple-

ta y no lo capacita para la formulación del diagnóstico inicial, que es la razón de ser de la especialidad, o la atención continuada del paciente. La atención del paciente crítico es uno de los mayores avances de la medicina contemporánea, pero brindarle como un acto independiente, sin relación con los antecedentes de la situación y el seguimiento a largo plazo del paciente puede ser una forma sofisticada y atractiva (y muy costosa) de medicina sintomática, muy diferente de la verdadera medicina interna. Es muy frecuente en medicina crítica considerar que los procedimientos son más importantes que el diagnóstico diferencial y la atención personalizada del paciente.

La especialización exagerada de la medicina actual ha creado un grupo de pacientes muy numerosos y sin especialista propio como es el caso de los adolescentes, los enfermos crónicos, los ancianos y los enfermos terminales. La formación integral del internista lo capacita como ningún otro especialista para la responsabilidad de su manejo.

Así como la práctica médica actual ha desplazado el ejercicio de la medicina interna hacia los servicios ambulatorios, la complejidad de los problemas que presentan los pacientes hospitalizados en otros servicios ha destacado la necesidad de preparar al internista como consultante. Creemos que el internista es la persona más apropiada para el cumplimiento de esta función, que incluye la coordinación de los subespecialistas que contribuyen de manera muy importante al cuidado del paciente hospitalizado pero que por su entrenamiento y visión limitada no pueden aportar la visión de conjunto del internista.

3. Ética: la sofisticación de la investigación contemporánea y el desarrollo tecnológico de la medicina han creado una serie de situaciones muy difíciles para el médico. No es el momento de abundar en detalles. Basta afirmar que el médico, particularmente el internista, debe poseer unos principios éticos claros y sólidos. El programa de postgrado debe proporcionar la oportunidad de adquirirlos.

4. Objetivos complementarios de su práctica clínica: para el cumplimiento de los objetivos ya enumerados es conveniente para el internista la posesión de las siguientes habilidades: a. principios y técnica del proceso de análisis de decisiones clínicas; b. análisis de los componentes costo-beneficio de los diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos; c. sistemas de control periódico y promoción de la salud, d. psiquiatría y psicología. Identificación y modificación de comportamientos inadecuados. Técnicas para lograr o mejorar el cumplimiento del paciente con su programa terapéutico. Manejo de trastornos emocionales y e. administración de su práctica profesional y de un servicio médico.

5. Investigación: el internista general como parte de su formación básica debe entrenarse en investigación clínica. Esta disciplina le proporciona elementos de juicio aplicables al manejo de sus pacientes, mantiene y promueve su idoneidad clínica y puede contri-

buir al mejoramiento del sistema de salud y de la docencia. El entrenamiento en investigación implica familiaridad con los principios del método científico aplicados a la investigación clínica, evaluación crítica de la literatura y dominio de los sistemas de cómputo y análisis estadístico.

6. Auto-crítica: el internista debe adquirir un sentido muy agudo de la autoeducación y estar capacitado y dispuesto a solicitar el concurso de otros profesionales cuando las circunstancias del caso lo requieran.

7. Objetivos específicos: con el fin de seleccionar de manera objetiva los conocimientos clínicos que debe adquirir el estudiante de postgrado en medicina interna, presento a ustedes un listado de problemas, que puede ser ampliado desde luego, clasificados en los grupos de importancia clínica de acuerdo con los siguientes criterios: a) *Prevalencia:* problema o condición que el internista va a encontrar con mucha frecuencia; b) *Lógica diagnóstica (Clínica):* problema o condición que tiene importancia como modelo para la práctica en la solución de problemas de diagnóstico clínico, diagnóstico diferencial o manejo; c. *Valor como prototipo:* condiciones o problemas que pueden ser poco frecuentes pero constituyen un modelo de estudio excelente; d. *Urgencia:* problemas que requieren un manejo inmediato en el momento en que se presenten. Su atención inadecuada o la falta de atención pueden comprometer la vida del paciente y e. *Posibilidad de manejo:* condiciones en las cuales una intervención preventiva terapéutica o de rehabilitación tiene un valor demostrado.

8. Grupos de importancia clínica: a) *Conocimiento obligatorio:* problemas o condiciones en las cuales debe familiarizarse el estudiante en profundidad. El programa debe facilitar de manera explícita la adquisición de este conocimiento.

b) *Conocimiento necesario:* problemas o condiciones con las cuales debe procurar familiarizarse buscando y aprovechando la oportunidad de hacerlo.

c) *Conocimiento deseable:* problemas o condiciones que puede conocer y manejar si se presenta la oportunidad pero que no son obligatorias.

La selección de objetivos que les he presentado, parafraseando a Bishop, profesor de la Universidad de California en San Francisco, busca la información integral de un internista competente dotado de una mente inquisitiva, que lleve al paciente una curiosidad intensa y el deseo de entender y solucionar sus problemas dentro de un contexto familiar y social. No pretende, y quisiera evitar, la formación de un médico rutinario, que dotado de una serie de reflejos condicionados que lo llevan a practicar una serie de exámenes y procedimientos indiscriminados frente a cualquier problema, con los cuales puede llegar a resolver las necesidades de su paciente pero con frecuencia a un costo muy alto que sólo beneficia los ingresos de los profesionales o instituciones que los practiquen.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Board of Internal Medicine. Clinical Competence in Internal Medicine. *Ann Int Med* 1979; 90: 402-411.
- 2.- BOK DEREK. Needed: A new way to train doctors. *Harvard Magazine*. May-June; 32-71, 1984.
- 3.- CHONG JP, KERIGAN AT, OATES MJ et al. The Selection of Priority Problems and Conditions in Internal Medicine: An Innovative Approach to Curriculum Design in Medical Education. McMaster University.
- 4.- Federated Council for Internal Medicine. Enhancing Standards of Excellence in Internal Medicine Training. *Ann Int Med*, 1987; 107: 775-778.
- 5.- KLETKE PR, SCHLEITER MK, TARLOV AR. Changes in the Supply in Internists The Internal Medicine Population from 1978 to 1998. *Ann Int Med*, 1987; 107: 93-100.
- 6.- Médicos para el siglo XXI. Informe del Grupo de Estudio de la A.A.M.C. sobre la Educación Profesional General de Médico y la Preparación Universitaria Pre-médica. Fondo Editorial Fepafem. Caracas, Venezuela; 1985.
- 7.- PAREDES R. Educación. En CHALEM F, ESCANDON J, CAMPOS J y ESGUERRA R. *Medicina Interna*. Ed. Norma. Bogotá; 1-3, 1986.
- 8.- Place de la Médecine Interne dans le Système de Santé Français. Numéro Spécial du Bulletin de la Société Nationale Française de Médecine Interne; 1987.
- 9.- SCHROEDER SA, SHOWSTACK JA, GERBERT B. Residency Training in Internal Medicine. Time for a change? *Ann Int Med*, 1986; 554-561.

EL CONTENIDO DE LOS PROGRAMAS DE POSTGRADO EN MEDICINA INTERNA

H. TORRES

Con el fin de facilitar la formación del "Internista Ideal", o mejor dicho, del internista que necesita en la

Dr. Hernán Torres Iregui: Profesor Titular de Medicina, Jefe, Depto. Médico, Escuela Militar de Medicina, Hospital Militar Central, Bogotá.

actualidad nuestra comunidad, los programas de educación postgraduada en medicina interna deben incluir los contenidos y emplear la metodología que les permita desarrollar e inculcar las actitudes esenciales del Internista y, a la vez, prepararlo para enfrentar sus responsabilidades competitivamente.

ACTITUD DE SERVICIO A LA COMUNIDAD Y AL SER HUMANO

Esta actitud debe inculcarse mediante el ejemplo dado por los docentes y, también, haciendo énfasis permanente en la necesidad de resolver los problemas de salud de las personas y de la comunidad, evitando el cientificismo y empleando las herramientas frecuentemente olvidadas de la epidemiología, la sociología, la medicina preventiva, etc.

En la formación de esta actitud debe tenerse en cuenta el aspecto sobresaliente, en la actualidad, de los costos de los servicios médicos hospitalarios; hacerse el debido énfasis en la importancia de la atención ambulatoria y de los tratamientos en el hogar y, en caso de pacientes que justifiquen su hospitalización, en la necesidad de emplear preferencialmente los métodos diagnósticos y los tratamientos más precisos, rápidos, eficaces y económicos. Este internista debe ser experto en establecer la estrategia diagnóstica y terapéutica que sea más favorable al paciente y, a la vez, más rentable económicamente a las instituciones.

Estos aspectos esenciales en la formación del internista deben ser responsabilidad primordial de los propios internistas docentes del programa, quienes tendrán que haber sido seleccionados, precisamente, por poseer esta actitud y poderla inculcar en todo momento a sus alumnos y compañeros. Podrán facilitarse con rotaciones de medicina comunitaria, con la participación en programas de medicina preventiva y en investigaciones clínico-epidemiológicas, etc.

ACTITUD DE INVESTIGADOR

El programa de Medicina Interna debe contener los elementos necesarios para formar en el estudiante la capacidad de deducción y de síntesis a partir del empleo sistemático de la observación clínica suspicaz, del ejercicio de la duda razonable, y del permanente afán en busca de la verdad científica. Es decir que, el Programa de Medicina Interna debe favorecer el empleo del método científico en todos los actos profesionales, desde la simple consulta médica hasta la investigación más elaborada.

El programa debe girar alrededor de un servicio de medicina interna integral que en forma multidisciplinaria cubra el estudio y tratamiento de las enfermedades más complejas, polipatologías graves, enfermedades raras y multisistémicas. Todo lo cual, en conjunto, hace de estos servicios de medicina interna un campo ideal para la realización y enseñanza de la investigación médica. Sin olvidar el énfasis necesario en la investigación clínico-epidemiológica y en aquella llamada "investigación acción" con la cual se obtiene un resultado de beneficio inmediato para la comunidad, aun desde las primeras fases del proceso investigativo.

Los programas de postgrado en Medicina Interna deberán iniciarse con cursos sobre metodología de la investigación, políticas de investigación en salud.

patologías prevalentes, etc. Los directores del programa asesorarán y guiarán al estudiante en la escogencia de las áreas más apropiadas para la investigación, en un momento dado, teniendo en cuenta las necesidades predominantes de nuestro medio y la obligación de resolver primero nuestros problemas más prominentes.

La investigación en el curriculum de Medicina Interna debe ser una actividad obligatoria pero incentivada y dirigida para que pueda conducir no solamente a la formación del Internista, sino también al logro de resultados y mecanismos que permitan una modificación real y tangible de la salud de la comunidad. Es decir, que se debe enseñar a investigar y se debe realizar investigación no solamente como ejercicio formativo sino como medio para mejorar las condiciones de salud, lo cual, en esencia, es el objetivo prioritario del Servicio de Medicina Interna y de sus profesionales.

ACTITUD DE PERFECCIONAMIENTO

El Programa de Medicina Interna debe emplear todos los estímulos apropiados para despertar e inculcar en el estudiante el hábito de lectura y el afán por la actualización constante de sus conocimientos. El Programa podrá no incluir todos los aspectos de la medicina, pero sí deberá enseñar la metodología del autoaprendizaje, deberá estimular la capacidad de deducción y el logro de información sobre nuevos aspectos que emerjan durante el período de estudios. Todo esto le permitirá en el futuro a ese internista enfrentar nuevas situaciones y participar del proceso del desarrollo de nuevos conocimientos. En este aspecto se debe hacer énfasis en su formación pluridisciplinaria pero enmarcada siempre en un gran espíritu de síntesis para obtener una sólida formación general y humanística que le permita, de un lado, desempeñar el papel de consejero y responsabilizarse de tareas no especializadas y, a la vez, ser suficientemente ágil, efectivo, moderno y decidido para resolver los principales problemas de sus pacientes con las armas clínicas y terapéuticas más eficaces.

Los hospitales y servicios en donde se enseñe la Medicina Interna deben poseer bibliotecas completas y, de ser posible, sistemas modernos de consecución de bibliografía e información actualizada. Deberán realizar clubes de revistas y libros en donde se analice la información —siempre dentro de un contexto de objetividad y de aplicabilidad de las nuevas tecnologías en nuestro medio— haciendo énfasis en la evaluación racional y cautelosa de la gran cantidad de información que puede obtenerse en la actualidad.

De ser posible, el Programa debe contar con publicaciones periódicas que faciliten el aprendizaje de los alumnos y, a la vez, divulguen los criterios, los métodos y las características —en una palabra, la Escuela— de la institución que conduce el programa de Medicina Interna.

Esta responsabilidad educativa e informativa no se limita al contenido del programa de postgrado en sí, sino que ha de extenderse para facilitar la educación continuada de los egresados con cursos de actualización y refrescamiento, publicaciones, períodos de reentrenamiento para antiguos alumnos, etc. Todo esto con el objeto de mantener lo que podría llamarse el *nivel de excelencia* característico del internista.

ACTITUD DE LIDERAZGO

Mediante la influencia de los docentes y con las mismas estrategias empleadas durante el adiestramiento, se deberá estimular en el estudiante el desarrollo de aptitudes directivas y de coordinación de equipos de trabajo, lo mismo que de capacidad de síntesis, que le permitan identificar las prioridades y hacer uso racional de los recursos.

Con este fin, el estudiante deberá tener la oportunidad de organizar eventos, reuniones, juntas de decisiones, etc., participar en algunos aspectos administrativos de docencia o investigación y en planeación de estrategias de salud, etc. Debe ser el pivote esencial que coordine las acciones del médico general —a quien no debe sustituir sino ayudar y complementar— y del subespecialista que realiza procedimientos.

METODOLOGIA Y CONTENIDOS

El ejemplo y la enseñanza directa de docentes internistas integrales bien capacitados o, en algunos casos, internistas subespecialistas, será la mejor forma y estrategia para la formación del estudiante de postgrado en Medicina Interna.

Por esta razón, los directores del programa y los docentes principales deberán poseer las cualidades, atributos y actitudes que se han subrayado anteriormente. Asimismo, se exige que las instituciones que ofrezcan entrenamiento en Medicina Interna tengan un servicio individualizado de Medicina Interna General, dirigido por internistas idóneos, independiente de los servicios de las subespecialidades.

CURRICULUM

Se considera necesario un mínimo de tres años de entrenamiento de los que el estudiante empleará el total o la mayor parte del primer año en el servicio de medicina interna general, en pabellones de atención integral e interdisciplinaria, lo mismo que en rotaciones por unidades o servicios de control epidemiológico (hipertensión, diabetes, epilepsia, obesidad, etc.), consulta externa y urgencias. Durante este período el estudiante aprenderá a identificar los problemas de sus pacientes y a definir un plan de trabajo racional para resolverlos. Aprenderá la presentación de historias clínicas y de casos para discusión ejercitando la capacidad de síntesis. Estudiará metodología del aprendizaje y de la investigación. Elaborará proyectos de investigación y participará activamente en investigación clínica con compañeros y profesores.

Durante el segundo año, el estudiante deberá recibir información acerca de los aspectos más generales y prácticos de las subespecialidades, participando en la atención de pacientes hospitalizados y ambulatorios y aprenderá a ejecutar los procedimientos que se consideran necesarios al Internista General: biopsias hepáticas, pleurales, ganglionares, proctoscopias y sigmoidoscopias, cateterismos subclavios, femorales, de arteria pulmonar, diálisis peritoneal, mielogramas, infusiones especiales para control de emergencias hipertensivas o en el tratamiento quimioterápico. Asimismo, deberá adquirir experiencia en la interpretación de ECG, EEG, pruebas de esfuerzo, Holter, ecocardiografía, doppler, extendidos de sangre, médula ósea, sedimento urinario, pruebas funcionales, imágenes diagnósticas (medicina nuclear, ecografías, tomografías, etc...).

Deberá adquirir conciencia del costo de todos estos estudios y en la necesidad de conocer a la perfección la indicación precisa y racional de los métodos diagnósticos y de las alternativas eventuales que pudieran ser útiles en condiciones de ejercicio profesional menos favorable.

Durante el tercer año, el estudiante regresará como jefe de grupo y coordinador docente, asistencial e investigativo, a los mismos pabellones de medicina interna con el fin de implementar los contenidos finales y de perfeccionamiento del programa.

Debido a las características actuales y del inmediato futuro en la prevalencia de las enfermedades, es necesario hacer énfasis, por lo menos asegurar un buen grado de entrenamiento en reumatología e inmunología, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades de la vejez, cáncer y cuidado de enfermos críticos, particularmente en lo relacionado con el manejo del trauma complicado.

En diferentes oportunidades se ha identificado la necesidad de que el Internista General esté capacitado para conducir programas de salud pública o medicina preventiva, investigaciones clínico-epidemiológicas y, también, de administrar instituciones o servicios de salud. Por esta razón, se considera apropiado ofrecer oportunidades en la captación en estos aspectos.

EL INTERNISTA MODERNO: COMPETITIVO

Como consecuencia de la incorporación en los programas de toda esta serie adicional de aspectos nuevos que demanda la comunidad tales como el manejo de las enfermedades de la vejez, el cáncer, las reumatopatologías, así como de la modernización de la medicina con la inmunología y la biología molecular, etc., y de la necesidad de que el Internista general realice sin ayuda una serie de procedimientos en instituciones regionales a fin de evitar la referencia de pacientes, frecuentemente difícil de lograr, a veces imposible y siempre incómoda y costosa, se ha propuesto por algunas personalidades la extensión a 4 años de los programas de Medicina Interna

General con el objeto de preparar a este especialista para desempeñarse más competitivamente. En este período adicional se entrenaría en la práctica de esófago-gastroscofia, rectosigmoidoscopia, diálisis peritoneal, ultrasonido de hígado y vías biliares, ecocardiografía, procedimientos quimioterápicos, laboratorio de hematología fundamental y microbiología, etc.

INTERNISTA COMUNITARIO E INTERNISTA ACADEMICO

Un punto controvertido es el de la diferenciación entre Internistas Comunitarios (asistenciales) e Internistas Académicos (docentes e investigadores). Es natural que todos los programas deben incluir, sobre la base asistencial, una serie de estrategias conducentes al desarrollo de experiencia en investigación y docencia como condiciones ineludibles e inherentes de un buen internista general; sin embargo, en el caso del internista que se oriente hacia la docencia o hacia la investigación, o ambas, quizás sería importante adicionar uno o dos años al programa anterior (de tres años), con el fin de profundizar en ciencias básicas, patología, laboratorio clínico, biología molecular, etc.

Vale la pena recordar que, por lo menos en algunas instituciones, este entrenamiento adicional y com-

plementario, se está realizando en períodos de instructoría o cargos similares, que representan usualmente el primer escalón en el escalafón docente, y que permiten desarrollar esta fase del entrenamiento con menores sacrificios económicos empleando un sistema simultáneo que une al ejercicio profesional, el aprendizaje y perfeccionamiento de estos tópicos complementarios e indispensables, cuando se desea continuar vinculado a una institución universitaria.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Enhancing Standards of Excellence in Internal Medicine Training, Fed Council for Internal Medicine, Ann Int Med. 107: 775-778, 1987.
- 2.- Enhancing Standards of Excellence in Internal Medicine Training, Fed. Council for Internal Medicine, Ann Int Med 107: 775-778, 1987.
- 3.- GUTIERREZ J. La creación de Actitudes Clínicas. Una fuente primordial para formular objetivos educacionales en el entrenamiento médico. Colombia Médica. Colombia Médica; 14: 55-58, 1983.
- 4.- MOSER, RH. The future of American Medicine. Cleve Clin J. Med. 54: 67-75, 1987.
- 5.- Place de la Medicine Interne dans le systeme de Santé Français. Número especial del Boletín de la Sociedad Francesa de Medicina Interna. 1987, Tomo IX — Número 18.

EL PROGRAMA DE MEDICINA INTERNA VISTO POR LOS RESIDENTES

D. ARTETA, C. BETANCUR, N.M. CURE, E. A. GOMEZ, E. MATIJASEVIC, D. PAREDES

"Los atributos que definen al médico ideal no son universales ni permanentes sino que cambian con las culturas y la historia; la educación médica debe por tanto sufrir continuas transformaciones para que refleje los valores imperantes y colme las expectativas de la sociedad que el médico sirva".

H. Sigerist.

INTRODUCCION

Desde comienzos de la década de los sesenta, época en la que empezaron a surgir en el país los programas de postgrado en Medicina Interna tal como los

conocemos en la actualidad, no ha cesado la controversia sobre la formación del Internista. Tanto los defensores como los detractores de ciertas metodologías o de determinados objetivos de la Educación en Medicina Interna han creado verdaderas corrientes ideológicas cuya polarización, conflicto y posterior resolución han constituido de manera indudable una excelente fuerza motriz para el desarrollo de los programas de Educación Médica en Colombia.

El presente foro "Antonio Luis Baena Sallas", en homenaje al ilustre Maestro Cartagenero, es parte integral de ese clima saludable de libre opinión y discusión abierta que siempre ha caracterizado las controversias que en éste y en otras aspectos de la especialidad ha fomentado y guiado la Asociación Colombiana de Medicina Interna. Queremos destacar el hecho de que es ésta la primera vez que se invita a los residentes a participar de manera directa en la controversia sobre sus programas educativos; agradecemos el gesto a los organizadores del foro y esperamos enriquecer la discusión en la medida de nuestras posibilidades.

Drs. Donald Arteta, Hospital Universitario de Cartagena; Cartagena. Carlos Betancur, Hospital Militar Central; Bogotá. Nancy María Cure, Hospital Ramón González Valencia; Bucaramanga, Efraín A. Gómez, Hospital San Vicente de Paúl; Medellín. Eugenio Matijasevic, Hospital San Juan de Dios; Bogotá. David Paredes, Hospital San Ignacio; Bogotá.

Durante los intercambios de ideas que constituyeron el origen de la presente ponencia, consideramos fundamental conocer las opiniones de los residentes de cada uno de nuestros Departamentos con respecto a las expectativas que tenían sobre la formación del Internista al iniciar sus programas, lo obtenido durante el tiempo transcurrido, el influjo de todo lo alcanzado sobre su enfoque de la medicina y las modificaciones que establecerían en los programas. Juzgamos además que cualquier análisis debería partir de un modelo "ideal" de Programa de Educación en Medicina Interna y para el efecto revisamos la literatura nacional sobre el tema, casi toda publicada en Acta Médica Colombiana, revisamos también artículos de opinión sobre Educación Médica de revistas internacionales dirigidas especialmente a internistas y, finalmente, analizamos dos fuentes invaluable de información: los programas de postgrado en Medicina Interna de cada uno de nuestros departamentos y las conclusiones del Seminario Taller sobre Enseñanza de la Medicina Interna en Colombia que se reunió en Paipa en septiembre de 1984. En dicha revisión tratamos de abarcar los aspectos más generales de la Educación en Medicina Interna, como la duración, los recursos físicos y los recursos humanos; al igual que aspectos tanto o más importantes, como las cualidades filosóficas, éticas, humanísticas, sociales y académicas que caracterizan nuestra especialidad.

Con todo este bagaje de ideas, pero con más interrogantes, inquietudes y dudas que certezas, sometemos a discusión la presente ponencia que hemos subdividido en tres secciones: en la primera se delimita el problema, en la segunda se lleva a cabo un análisis del programa de Medicina Interna con base en la definición del internista "ideal" a partir de la cual se establecen los objetivos generales contenidos y metodología de un programa también ideal y, finalmente, establecemos algunas conclusiones que proponemos para discusión.

Queremos dejar constancia de que la responsabilidad sobre las opiniones expresadas compromete exclusivamente a sus autores, un grupo de Residentes de Medicina Interna interesados al igual que los demás Residentes del país, en la evaluación y desarrollo de sus programas educativos.

DELIMITACION DEL PROBLEMA

El análisis de la formación en Medicina Interna no puede limitarse exclusivamente al plano educativo dado que, en última instancia, dicha formación está condicionada por la situación socioeconómica, política y cultural del país. Entre las necesidades de la comunidad y los médicos encargados de brindarle atención en salud mediante diversas fases de un proceso dinámico que incluye la sociedad, el Estado, las políticas y los programas en salud, en educación médica y las facultades de Medicina. Esta secuencia cuenta con métodos de autoevaluación y control que funcionan a la manera de los mecanismos de retroalimentación

(Figura 1) como un sistema cerrado que se establece cuando el médico graduado regresa con sus conocimientos y habilidades al seno de la comunidad.

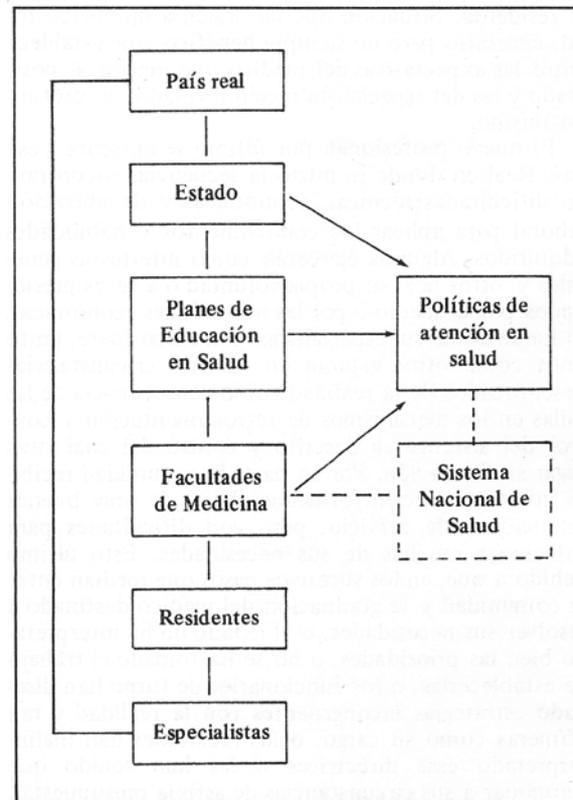


Figura 1.

En la base del problema educativo se encuentra el País Real, Colombia en vía de desarrollo, dependiente científica, técnica y económicamente, con problemas de salud propios y con una infraestructura en la actualidad insuficiente para establecer soluciones acordes con sus necesidades. El Estado como regente define estrategias en salud y en educación médica con base en el análisis de la información sobre la situación del país, obtenida de datos a veces mal recolectados o mal interpretados y diseña y ejecuta planes y programas irregulares según el buen saber y entender del funcionario de turno.

Las estrategias de atención en salud y la forma en que éstas son desarrolladas por intermedio del Sistema Nacional de Salud son fundamentales en la determinación de los planes de educación y en la formación del internista, pero su análisis escapa a los límites de esta ponencia. Las directrices emanadas de los organismos gubernamentales sobre Educación en salud son retomadas e interpretadas por las facultades de medicina y éstas elaboran los programas de postgrado dependiendo de los recursos humanos, técnicos

y económicos con que cuenten. Estos programas, si bien algunos perfectamente elaborados desde el punto de vista teórico, terminan muchas veces quedándose en el papel al tratar de ser llevados a la práctica por el residente. Situación que da origen a un vuelco total, necesario pero no siempre benéfico, que establece entre las expectativas del médico que ingresa al postgrado y las del especialista recién formado, un profundo abismo.

El nuevo profesional, por último se enfrenta a ese País Real en donde se inició la secuencia, encontrando dificultades técnicas, económicas y de ubicación laboral para aplicar los conocimientos y habilidades adquiridos. Algunos ejercerán como internistas generales y otros por su propia voluntad o a veces presionados por el medio o por las necesidades económicas, lo harán como subespecialistas. Sea como fuere, tanto unos como otros estarán en muchas circunstancias desenfocados de la realidad como consecuencia de las fallas en los mecanismos de retroalimentación y control del sistema ya descrito y dentro del cual tuvo lugar su formación. Por su parte la comunidad recibirá internistas recién formados, llenos de muy buenas intenciones de servicio, pero con dificultades para solucionar muchas de sus necesidades. Esto último debido a que, en los sucesivos pasos que median entre la comunidad y la graduación del médico destinado a resolver sus necesidades, o el Estado no ha interpretado bien las prioridades, o no se ha tomado el trabajo de establecerlas, o los funcionarios de turno han diseñado estrategias incongruentes con la realidad y tan efímeras como su cargo, o las facultades han malinterpretado esas directrices o las han tenido que acomodar a sus circunstancias de asfixia presupuestal, o, finalmente, los programas de postgrado no han podido ser llevados a la práctica debido a múltiples obstáculos entre los que prima con ventaja la difícil situación económica.

Como puede deducirse del panorama hasta el momento planteado, y como seguramente sabrán por su propia experiencia como estudiantes de postgrado o como docentes, no es fácil formar un internista y aún así, esta formación, como proceso, resulta sencilla frente a la dificultad primordial: formar un internista realmente útil a la comunidad. Es éste, y no otro, el verdadero desafío. Sin embargo es necesario situarnos en la realidad: no estamos en condiciones de modificar desde un Foro sobre Educación Médica, ni al Estado, ni la forma en que el Estado pretende detectar las necesidades comunitarias y tampoco podemos establecer directrices ni programas en salud ni en educación en salud; mucho menos depende de nuestro criterio definir cuáles son los problemas sociales, de salud y educativos que merecen prioridad en las asignaciones presupuestales. Querámoslo o no, nuestro papel debe limitarse a analizar el único aspecto de la formación del Internista en el que realmente podemos, de una u otra forma, tener alguna influencia y esto solamente en cuanto es el aspecto que más directa-

mente nos toca: el programa de postgrado, los demás aspectos: la comunidad, las políticas de salud y las estrategias educativas, debemos dejarlas al posterior desarrollo de las dinámicas sociales que las determinan.

EL PROGRAMA DE MEDICINA INTERNA

Para hablar del programa educativo con el que se busca formar especialistas en Medicina Interna es necesario ante todo definir qué es un internista. Es un médico capacitado por la profundidad y extensión de sus conocimientos, y la amplitud de su experiencia clínica, para ser el eje alrededor del cual se movilice todo el equipo de salud multidisciplinario frente a un paciente; es el asesor y consultante para otros especialistas, es el hombre que dirige y centraliza la acción médica evitando la atomización del cuidado del enfermo. Ejerce su actividad médica con una personalidad propia que le permita pensar, dirigir y actuar de manera integral, teniendo como fundamento un compromiso personal con el enfermo, su familia y su comunidad que se caracteriza por la estabilidad a través del tiempo, la amplitud y solidez de los servicios prestados, la disponibilidad permanente, la utilización razonable y económica de los diversos métodos tecnológicos a su disposición y la importancia que concede a los componentes humanos y éticos de la relación médico-paciente. El acto médico del Internista busca, como objetivo final, devolver al paciente a su entorno social de una manera productiva o, de no ser factible, integrarlo a su grupo familiar de la forma menos dependiente posible y, en el caso del paciente terminal, evitar el sufrimiento dentro de lo posible y siempre consolar.

a) Objetivos generales: el análisis de los objetivos generales de los diferentes programas pone de manifiesto que todos propenden por la formación de un médico lo más cercano posible a la definición de Internista Ideal. En este aspecto no existe prácticamente ninguna controversia, como sí se puede observar en aspectos más prácticos de los programas como los contenidos y la metodología.

b) Contenidos: los contenidos de un programa de Educación en Medicina Interna comprenden las actitudes, conocimientos y habilidades que es necesario inculcar y desarrollar en el futuro internista con el fin de que, una vez en su práctica, se encuentre capacitado para satisfacer las necesidades en salud de su comunidad, objetivo para el que fue formado. En sus aspectos generales el contenido de los programas analizados es congruente con los objetivos postulados. Por tanto sólo mencionaremos algunos aspectos que consideramos no reciben igual atención en todos los departamentos.

En la mayoría de los programas se da más énfasis a lo relacionado con la adquisición de habilidades y conocimientos científicos y técnicos, descuidando los aspectos humanísticos que permitirán el desarrollo de las actitudes indispensables para manejar situaciones tan importantes como el tratamiento del paciente en

estado terminal, el del paciente con cáncer y el del paciente cuyo proceso compromete emocionalmente al médico. Esta circunstancia ha conducido al desvanecimiento del interés por los aspectos emocionales, sociales y culturales del enfermo, en detrimento de las relaciones del internista con su paciente, con la familia de éste, con la comunidad e incluso con el personal de salud que trabaja a su lado. Además, se ha dejado de lado el análisis de los dilemas éticos que se presentan en muchas situaciones clínicas. Además, el aumento del costo de la atención en salud, debido al incremento en las tecnologías de diagnóstico y tratamiento, a veces no conlleva un mayor beneficio para el paciente, porque no siempre los residentes y profesores las emplean con base en un adecuado análisis de la relación costo-beneficio del procedimiento.

La marcada tendencia a la subespecialización ha generado en algunos lugares una exagerada injerencia del subespecialista en el enfoque y tratamiento de los pacientes hospitalizados en salas generales, situación que de un lado fragmenta el cuidado del enfermo y del otro deforma la visión del Residente con respecto a la importancia de la atención integral que puede brindar como Internista General, muchas veces minimizándola. Esto hace que al Residente le sea difícil ubicar su papel y el del subespecialista como interconsultante en su justo lugar y, además, fomenta la tendencia a la subespecialización precoz.

La formación integral que requiere el Internista no es siempre completa debido a que en muchos programas no se están brindando los medios para crear habilidades, conocimientos y actitudes en algunas áreas, tan básicas incluso para nuestro medio como la Medicina Tropical, la Infectología y la Oncología. En la base de este problema se encuentra obviamente la ausencia de recursos humanos y físicos suficientes y eficientes en muchas de nuestras facultades. Sin embargo, en otros casos, independientemente de los recursos, se permite que el Residente se dedique de manera casi exclusiva a algunas subespecialidades, en detrimento de su capacitación en otras áreas favoreciendo tempranamente la subespecialización, en contra de la formación integral que se tiene como meta.

Si bien se le exige al residente que brinde docencia a estudiantes, internos y personal paramédico y que asuma el liderazgo del equipo de salud que se moviliza alrededor del paciente, los programas carecen de los contenidos (y por tanto de las metodologías) tendientes a alcanzar ese objetivo.

c) Metodología: los mecanismos y actividades que establecen los programas para el desarrollo de los contenidos muestran algunas diferencias entre los Departamentos de Medicina Interna del país, debidas a que los recursos humanos, académicos y de infraestructura son distintos en cada región. Resultaría muy extenso enumerar todas estas diferencias saludables para la formación del Internista que requiere cada región. Nos limitaremos por tanto a analizar los aspectos

metodológicos más relevantes con énfasis especial en los puntos neurálgicos.

A nivel nacional no existe uniformidad de criterios con respecto a la duración de las rotaciones por salas generales y por subespecialidades, al orden en que deben efectuarse y al número y tipo de rotaciones básicas, ya que estas decisiones se dejan al criterio de cada Facultad de acuerdo con las posibilidades y las necesidades asistenciales de los Hospitales Universitarios. Por otra parte no existen, muchas veces, objetivos específicos para el Residente de Medicina Interna General en las diferentes rotaciones por subespecialidades teniendo que adaptarse al programa diseñado para los residentes de la subespecialidad respectiva durante el lapso que dure la rotación. En los casos en los que no existe programa de subespecialización el Residente de Medicina Interna que rote por la subespecialidad puede verse abocado a dos situaciones: si cuenta con un docente consciente de su papel obtendrá en esa área los conocimientos y habilidades suficientes para enriquecer el posterior ejercicio de su profesión, pero en el caso contrario se verá obligado a sobrellevar una pesada carga asistencial sin adecuada supervisión y a asumir prematuramente en ese terreno una autoformación, tal vez condenada al fracaso, ante la ausencia de una tutoría eficaz.

El desarrollo de los contenidos académicos del programa se lleva a cabo en los diferentes Departamentos con base en mecanismos similares: revistas docentes, revistas asistenciales, clubes de revistas, clubes de libros, seminarios e incluso clases magistrales. Esta diversidad de metodologías que aprovecha de manera óptima los recursos disponibles, obteniendo el máximo beneficio de las situaciones clínicas y de la interrelación docentes-residentes, se ve, sin embargo, ensombrecida por el abandono de la libertad de discusión y la posibilidad de disenso en algunos sitios, en donde, lamentablemente, se ha vuelto por los fueros del espíritu dogmático, tan impropio de un ambiente pretendidamente universitario.

En cuanto al desarrollo de las habilidades clínicas no siempre se recalca la importancia de la historia clínica como instrumento de diagnóstico, material de enseñanza, medio de comunicación con el equipo de salud y documento legal. En algunos casos se ha permitido que la historia se convierta en una sucesión interminable de datos sin propósitos definidos, en lugar de constituir la formulación de hipótesis diagnósticas y terapéuticas producto del análisis lógico de los datos obtenidos del paciente.

Los turnos y el trabajo en salas se han convertido en algunos casos en la prestación de servicios asistenciales con poca o ninguna asesoría, circunstancia que los inutiliza como instrumento formativo y que da pie a situaciones claramente aberrantes en las que el residente es duramente criticado por decisiones tomadas bajo su cuenta y riesgo sin la tutoría adecuada.

Con respecto a la investigación el acuerdo ha sido siempre unánime: el futuro internista debe capacitarse

en la planeación de investigaciones clínicas y básicas y en la búsqueda, selección, lectura y análisis de la abundante literatura médica que satura el medio. Sin embargo, ante la ausencia de directrices claras en investigación en algunas instituciones universitarias, ante la escasa formación en metodología de la investigación durante el pregrado y ante el déficit de docentes capacitados para la enseñanza del método científico en el postgrado, se ha llegado muchas veces al extremo de considerar los trabajos de investigación simplemente como un requisito incómodo y de última hora para la promoción del residente. Si a lo anterior agregamos la escasez de recursos económicos destinados a la investigación podremos formarnos una idea más realista del lugar que ésta ocupa en el panorama universitario del país.

El mejor de los mecanismos de retroalimentación de cualquier programa educativo es, indudablemente, la evaluación. En Medicina Interna, sin embargo, dicha evaluación va dirigida casi exclusivamente al residente y son muy pocos los casos en los que realmente se evalúan de manera periódica los programas mismos, los recursos humanos (incluidos los docentes) y se fomenta en los residentes una actitud razonablemente autocrítica que los capacite, para autoevaluar sus deficiencias y sus necesidades tanto en conocimientos como en habilidades y en actitudes.

Finalmente, queremos llamar la atención sobre las circunstancias económicas que rodean al residente y su familia durante el período de entrenamiento. Somos conscientes de que en un sentido estricto el tema no tiene relación directa con el programa de educación pero resulta incuestionable que forma parte de lo que podríamos llamar la "Metodología" de la vida cotidiana del residente. Aunque estas circunstancias son conocidas por todos, no han recibido la atención que merecen ni han sido objeto de un análisis sincero que permita proponer soluciones justas para el residente y acordes con la realidad del país.

CONCLUSIONES

Aunque se encuentra implícito en los objetivos generales de todos los programas, insistimos en que la meta última de nuestra educación en Medicina Interna es formar Internistas en Colombia y para Colombia. La formación del Internista no debe limitarse exclusivamente al desarrollo de conocimientos y habilidades científicas y técnicas: debe crear y enriquecer una concepción humanística de la medicina que permita enfocar al paciente de manera global, sin separaciones arbitrarias entre los aspectos somáticos y los psíquicos, ni entre éstos y el ámbito sociocultural en que se desenvuelve el paciente, y debe también capacitar al internista en un sistema de discernimiento ético que tenga como valor supremo al hombre. Para lograrlo es necesario brindarle nociones de ética, psicopatología, antropología y sociología y estimular con el ejemplo el desarrollo de las actitudes concernientes.

Dentro de este contexto debe buscarse que la Medicina Interna conserve al hombre como foco de su atención y evite que el deslumbramiento por la tecnología haga del paciente simplemente el objeto de ésta, en lugar de un instrumento para su beneficio. Es necesario evitar que una excesiva tecnificación del ejercicio lleve a su deshumanización transformando la actividad del médico en una ingeniería del cuerpo humano.

Las condiciones de salud del país exigen que se promueva la formación de Internistas Generales capacitados para brindar un enfoque integral del paciente. Para el efecto debe fortalecerse su papel en salas generales como médico tratante con la cooperación de los subespecialistas como interconsultantes y, además, establecer como tiempo mínimo un año de rotación por dichas salas distribuido en un semestre al comienzo y otro al final de su entrenamiento. Esta rotación al final buscaría que el residente regrese a salas generales como Jefe de cubículo o de grupo para que pueda integrar lo ya adquirido. Sería recomendable que durante el año de salas generales hubiese un contacto directo con hospitales de segundo nivel y que la rotación de consulta externa se hiciese en forma horizontal para garantizar un adecuado seguimiento de sus propios pacientes.

Para que la formación del Internista sea verdaderamente integral se le debe dar una visión lo más completa posible de todas las subespecialidades médicas. Consideramos básicas: Medicina Infectotropical, Hemato-oncología, Neurología, Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Nefrología, Reumatología, Endocrinología, Dermatología, Urgencias y Unidad de Cuidado Intensivo. Las dos últimas deberían tener lugar al final del segundo año o durante el tercero y, además, el entrenamiento en Urgencias debería tener una integración horizontal a lo largo de toda la residencia. Es indudable que la posibilidad de realizar todas las rotaciones dependerá de los medios y de las necesidades de cada región, esta situación podría obviarse fomentando el intercambio de residentes a nivel nacional. Además, deberían limitarse las rotaciones opcionales como mecanismo para evitar la subespecialización precoz y, en este mismo sentido, exigir el diseño de objetivos específicos para el Internista General que rota por las diferentes subespecialidades.

Todas las actividades del residente deben contar con una adecuada tutoría y supervisión. Para el efecto deben quedar claramente establecidas las tareas y responsabilidades de los docentes Jefes de sala y de los Profesores de turno y deben crearse mecanismos que eviten descargar en el residente labores asistenciales y docentes sin asesoría apropiada. Esta asesoría debería basarse en la libertad de opinión y disenso, estimulando la discusión abierta en el transcurso de las revistas de urgencias y de salas y en la consulta externa.

El Internista debe estar capacitado para asumir la docencia y el liderazgo en el equipo de salud. Para

lograrlo debe recibir entrenamiento en la fijación de objetivos, técnicas pedagógicas y evaluación de resultados del aprendizaje. Para que el despegue de la investigación nacional sea útil a la comunidad y a la formación de los residentes y acorde con las necesidades y posibilidades del país, cada Departamento debería establecer líneas directrices de investigación de tal manera que los trabajos de promoción de los residentes se lleven a cabo a lo largo de todo su proceso formativo y tenga nexos de continuidad con las áreas de investigación que los docentes y los residentes anteriores han establecido.

La evaluación de los residentes debe tener en cuenta no sólo la adquisición de conocimientos sino también el desarrollo de las habilidades y de las actitudes indispensables para su formación integral. Deben crearse los mecanismos de evaluación periódica de los docentes y de los programas, necesarios para evitar su anquilosamiento.

Por último, consideramos indispensable que se continúe estimulando la discusión y el análisis de los problemas concernientes a la formación de especialistas en Medicina Interna y que se ideen los mecanismos para que las conclusiones en Foros como el presente cuenten con una amplia divulgación y que, cuando sea del caso y para lo que pueda servir, se lleven formalmente como solicitudes ante los organismos estatales encargados de formular las políticas de salud y los planes educativos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- American Board of Internal Medicine. Clinical Competence in Internal Medicine. *Ann Intern Med* 1979; 90: 402-411.
- 2.- BARONDESS JA. The training of the Internist With some messages from practice. *Ann Intern Med* 1979; 90: 412-417.
- 3.- CALA RA. Medicina Interna. *Acta Med Colomb* 1976; 1: 1-2.
- 4.- CEDIEL R. Las Sociedades Científicas y la Educación Médica. *Acta Med Colomb* 1976; 1: 219-221.
- 5.- Conclusiones del Seminario Taller sobre Enseñanza de la Medicina Interna en Colombia. *Acta Med Colomb* 1984; 9: 316-318.
- 6.- Departamento de Medicina Interna. Hospital San Vicente de Paúl. Universidad de Antioquia. Programa de Postgrado en Medicina Interna, Medellín 1986.
- 7.- Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario de Cartagena. Programa de Postgrado en Medicina Interna, Cartagena 1986.
- 8.- Departamento de Medicina Interna. Hospital Ramón González Valencia. Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga 1987.
- 9.- Departamento de Medicina Interna. Hospital San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Programa de Postgrado en Medicina Interna, Bogotá 1987.
- 10.- Departamento de Medicina Interna. Hospital San Juan de Dios. Universidad Nacional. Programa de Postgrado en Medicina Interna, Bogotá 1986.
- 11.- Departamento de Medicina Interna. Hospital Militar Central. Universidad Militar Nueva Granada. Programa de Postgrado en Medicina Interna, Bogotá 1986.
- 12.- EISENBERG JM. Sculpture of a New Academic Discipline. Four faces of Academic General Internal Medicine. *Am J Med* 1985; 78: 283-192.
- 13.- EISENBERG JM. The Internist as Gatekeeper. Preparing the General Internist for a New Role. *Ann Int Med* 1985; 102: 537-543.
- 14.- Federated Council for Internal Medicine. Enhancing Standards of Excellence in Internal Medicine Training. *Ann Int Med* 1987; 107: 775-778.
- 15.- GLICKMAN RM. House-Staff Training- The Need for Careful Reform. *N Engl J Med* 1988; 318: 780-782.
- 16.- LA PUMA J, SCHIEDERMAYER DL, TOULMIN S, et al. The Standard of Care: A Case Report and Ethical Analysis. *Ann Intern Med* 1988; 108: 121-124.
- 17.- MCCALL TB. The Impact of Long Working Hours on Resident Physicians. *N Engl J. Med* 1988; 318: 775-778.
- 18.- MCCUE JD. The effects of stress on physicians and their medical practice *N Engl J Med* 1982; 306 (8): 458-463.
- 19.- MEJIA A. Educación Continua. *Acta Med Colomb* 1985; 10: 85-101.
- 20.- SARASTI H. ¿Qué es una Internista? *Acta Med Colomb* 1980; 5: 415-422.
- 21.- SHANKEL SW, MAZZAFERRI EL. Teaching the resident in Internal Medicine. Present practices and suggestions for the future *JAMA* 1986; 256: 725-729.
- 22.- Subcommittee on Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist. American Board of Internal Medicine. Evaluation of Humanistic Qualities in the Internist. *Ann Intern Med* 1983; 99: 720-724.
- 23.- SUCKMAN AL, MATTHEWS DA. What makes the Patient- Doctor Relationship therapeutic? Exploring the connexional dimension of Medical Care. *Ann Intern Med* 1988; 108: 125-130.
- 24.- The Task Forcé on the Future Internist. American Board of Internal Medicine. *Ann Internal Medicine*. *Ann Intern Med* 1988; 108: 145-147.

LINEAMIENTOS BASICOS PARA UN PROGRAMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA

J. LEYVA

Luego de la Segunda Guerra Mundial, en los países industrializados, y por su tradicional dependencia

técnico-cultural en los nuestros, tomó auge el florecimiento y desarrollo de especialidades y subespecialidades médicas.

Una de las especialidades más afectadas fue la Medicina Interna General, para la cual se presentó un período crítico en la década del 70, al punto que en

Dr. Jaime Leyva T.: Profesor de Medicina Interna. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín.

E.U. llegó casi a plantearse su obsolescencia al ser opacada por las subespecialidades y la Medicina Familiar. Ello causó distorsión en la formación de pregrado y en la práctica médica, tanto general como especializada.

A partir de 1975 se ha emprendido un proceso de revisión sobre políticas de especialización, subespecialización y sus respectivos programas, se ha nivelado nuevamente la proporción entre Internistas Generales y subespecialistas. En nuestro medio, en forma más acentuada luego de 1980, se ha sentido el impacto producido por el incremento de especialistas y subespecialistas y ha despertado el interés por adecuar la formación médica general y especializada de una manera más armónica y ajustada a nuestra realidad y necesidades de salud, como tarea prioritaria actual de nuestras Facultades de Medicina.

La Medicina Interna ha recuperado, y mantiene por su valor intrínseco, su rol de hilo conductor de la enseñanza de las ciencias clínicas y de modelo de atención integral del individuo para la práctica médica.

Actualmente en nuestro país, los Internistas Generales se están formando con programas de nuestras propias universidades. Dado el poco número de programas de subespecialización en sus diferentes ramas, los subespecialistas en su mayor proporción lo están haciendo en el exterior.

A pesar de la real preocupación que existe para unificar criterios y requisitos en los programas de especialización, existe mayor rigidez en las exigencias para la validación de títulos, de quienes adelantaron programas formales de especialización en nuestro medio, que para quienes los realizan en el exterior o quienes como autodidactas en instituciones universitarias o asistenciales son fácilmente certificados como especialistas y subespecialistas por derecho adquirido, en virtud de una pretendida validez que confiere el uso y la costumbre.

Creemos que deben existir programas definidos y diferenciados para especialistas y subespecialistas; que la subespecialización supone una especialización previa y el haber obtenido el título correspondiente a ella; por lo tanto los programas de subespecialización no deben involucrarse en los de especialización, ni deben ofrecerse a quienes no son especialistas con título reconocido, se hayan formado en el país o en el exterior, porque las condiciones históricas actuales así lo exigen.

La permanencia y la validez de la especialidad en Medicina Interna General no eximen del análisis de sus condiciones actuales y de la conveniencia de introducir los cambios que algunos factores de diversa índole tales como los cambios demográficos, el desarrollo científico y tecnológico, las condiciones econó-

micas, políticas y socioculturales, las variables epidemiológicas, están determinando en las necesidades de salud, en la práctica médica y por ende en la formación de médicos generales, especialistas y subespecialistas.

En el momento actual y con tendencia a acentuarse en el futuro, son relevantes los siguientes factores en relación con la Medicina Interna:

1. La organización de los hospitales del tercer nivel como centros de referencia, predominantemente quirúrgicos para la atención multidisciplinaria y compleja de trauma, cirugía cardiovascular, trasplantes, ingeniería biomédica, etc.

2. Cambios en las indicaciones de hospitalización para problemas médicos de la especialidad: La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos bien definidos con antelación, particularmente de carácter invasivo, con hospitalización corta y realizadas por subespecialistas o especialistas de otras áreas. El manejo de complicaciones y estados terminales de enfermedades crónicas, pacientes en estado crítico, inmunosuprimidos, pacientes con cáncer.

3. La resolución ambulatoria de un mayor número de problemas gracias a una mejor y más oportuna disponibilidad de recursos diagnósticos y terapéuticos poco o no invasivos.

4. El aumento de la prevalencia e incidencia de problemas propios de la vejez, o relacionados, enfermedades degenerativas, neoplasias, drogadicción, trastornos metabólicos.

5. Una mayor demanda de consultoría para evaluación pre y posquirúrgica ambulatoria.

6. Una menor oportunidad de prestar cuidado primario por la organización en la prestación de servicios de salud a cargo de agencias del Estado, seguros privados de salud y grupos multidisciplinarios de trabajo.

7. Por la misma causa, una restricción en el ejercicio netamente privado de la especialidad.

8. Condiciones desfavorables de empleo, por la saturación de la población médica general, de especialistas y subespecialistas.

La práctica del Internista General y algunas subespecialistas será predominantemente ambulatoria, en tanto que la de los subespecialistas en las áreas de hospitalización y en relación directa con el intervencionismo de sus procedimientos. Los Internistas Generales interactuarán en grupos multidisciplinarios y en actividades propias de subespecialistas más por una afición determinada que como disciplina. Para los subespecialistas es previsible una limitación del campo de actividad si continúa en aumento la oferta no planificada, por lo cual en razón de la saturación profesional y la competencia de mercado ejercerán simultáneamente la Medicina Interna General.

El Internista debe estar motivado y preparado para asumir el manejo de un volumen cada día mayor de los problemas del paciente geriátrico.

Si el contacto médico-paciente será menor en los servicios de hospitalización, deberá proveerse al médico en entrenamiento, de la oportunidad de una mayor experiencia con el paciente ambulatorio, so pena de limitarlo de incorporar a su formación una amplia gama de problemas que posterior y necesariamente deberá enfrentar como Internista.

Existe una falencia de contenidos en los programas actuales que repercuten en el ejercicio de la especialidad, puesto que se asume que como especialista los incorporará en su práctica personal; son aquellos relacionados con problemas de áreas que si bien no son de su estricto dominio, se interrelacionan con la especialidad y hacen parte de la visión y manejo integral de problemas, tales como trastornos emocionales (ansiedad, depresión, stress y sexualidad), algunos problemas de ginecología, urología, dermatología, órganos de los sentidos y rehabilitación. Puede ser subsanada con una apropiada programación de experiencias en la consulta externa de las respectivas especialidades.

Un programa de especialización en Medicina Interna puede diseñarse dentro de unos lineamientos básicos, con modelos flexibles que permitan variaciones locales, posibilidades de ajuste de acuerdo a mecanismos evaluativos tanto de los programas como de las instituciones que los ofrecen, en el marco de normas que rigen la Educación Superior en el país, de manera específica las que regulan las modalidades de formación avanzada. Dentro de éstas merecen comentario las relacionadas con la programación por ULAS, que no han podido ser entendidas en su connotación académica. La exigencia legal de la investigación sólo para programas de Maestría, Doctorado, se ha constituido en desestímulo de aquella, cuando debe ser un eje de la formación en especialidades clínicas. Hacemos referencia específica a los lineamientos generales del programa en Medicina Interna.

PROPOSITO DEL PROGRAMA

El programa busca la formación de un especialista idóneo para desempeñarse como clínico, científico y humanista, dispuesto a prestar cuidado integral y permanente para la resolución de los problemas de salud del paciente en su contexto biológico, psicológico y social; competente para aplicar conocimientos, utilizar tecnología y asesorías adecuadas en la solución de esos problemas; proyectar a la comunidad y al individuo la influencia de su formación humanística, docente y científica.

OBJETIVOS

Su formulación requiere de la definición de perfiles del Internista: Profesional (rasgos o características distintivas); ocupacional (qué hace).

Perfil profesional: 1. brinda cuidado integral y es sensible para detectar las necesidades físicas y emocionales del paciente; las valora en el contexto del problema clínico de éste.

2. se comunica fácilmente con el paciente, su entorno familiar y social, con los grupos de trabajo a los cuales se integra y con ellos ejercita una labor educativa constante.

3. enfrenta los problemas clínicos de una manera totalizante y discrimina si éstos se constituyen en enfermedad, padecimiento o son la manifestación de determinantes sicosociales que perturban al paciente.

4. tiene un profundo conocimiento de los factores etiológicos-fisiopatológicos-epidemiológicos, la historia natural, manifestaciones, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades de la especialidad y problemas conexos con ella en el adulto y de sus repercusiones sicosociales, familiares y laborales.

5. ejercita el hábito de la revisión permanente y crítica de los avances del conocimiento y de la tecnología médica e incorpora los que considera científica y éticamente válidos para su desempeño profesional.

6. aplica el método científico al ejercicio de su actividad y es capaz de emprender investigaciones clínicas o epidemiológicas derivadas de ese ejercicio como aporte al conocimiento de nuestros problemas de salud.

7. es un experto en la utilización de la semiología clínica y en su adaptación a circunstancias especiales; en la definición y organización de la información relevante que permita formular lógicamente los planes de diagnóstico y manejo e introducir las variaciones que la evolución demanda.

8. tiene un excelente juicio clínico para jerarquizar los problemas, aplicar los distintos recursos tecnológicos y terapéuticos y valorar el impacto de su beneficio, riesgo y costos.

9. solicita con un estricto sentido crítico de su competencia profesional la adecuada y oportuna asesoría o remite sus pacientes cuando las circunstancias lo indiquen.

10. en situaciones de especial complejidad que requieren la intervención de otros profesionales de la salud, toma las decisiones pertinentes y dirige las acciones médicas de acuerdo con su prioridad.

Perfil ocupacional: 1. atiende pacientes de la especialidad en servicios de hospitalización de segundo y

tercer nivel de las agencias estatales y los de su práctica privada.

2. brinda cuidado primario, secundario o terciario ambulatorio en servicios de su práctica institucional y/o privada.

3. actúa como consultor para problemas específicos de medicina general y de otras especialidades.

4. se integra a grupos de trabajo multidisciplinario o de subespecialidades de la Medicina Interna.

5. ejerce la docencia en programas académicos de pre, posgrado y educación continuada.

6. realiza labores educativas a grupos de pacientes y personal paramédico.

7. participa en programas preventivos y de terapia para enfermedades de alta prevalencia que afectan la salud pública.

8. desempeña labores de administración académica o asistencial en el sector universitario o en el sector salud.

9. desarrolla investigación sobre problemas relacionados con su práctica médica.

Definir objetivos generales, por niveles de complejidad y especificar para los distintos contenidos de aprendizaje, permite organizar la estructura y las estrategias de enseñanza-aprendizaje y aplicar instrumentos de evaluación respecto al producto que se espera obtener.

CRITERIOS DE ADMISION

El posgrado no debe mirarse como una situación remedial de deficiencias de la formación del médico general. Actualmente se busca la revisión de los currícula de pregrado con miras a formar un médico general capaz de desempeñarse como tal en su nivel de competencia. Si el aprendizaje busca un cambio de conductas y a la edad de ingreso a un programa de posgrado, como profesional que es el aspirante a Internista tiene aptitudes intelectuales, hábitos y destrezas que pueden ser evaluadas como predictores de cambios conductuales en su desempeño estudiantil como residente, el sistema de selección de aspirantes debe constar de varias pruebas que permitan detectar esas características que constituyen las conductas de entrada al programa.

Esa combinación de pruebas considera: valores ético-sociales; actitudes frente a la salud y la enfermedad; la vida y la muerte; hábitos; estabilidad emocional y adaptabilidad a los cambios, conocimientos, destreza intelectual, desempeño profesional y académico previos.

CUPOS

Dos criterios fundamentales deben orientar la racionalización de cupos para residencia: 1. estudios

locales y nacionales sobre oferta y demanda de especialistas y subespecialistas y

2. recursos generales para programas de posgrado y particulares expresados en índices tales como número de profesores de tiempo completo o equivalente /residente, No. de camas/residente, No de consultas/residente, No. de procedimientos/residente.

Debe eliminarse el criterio de necesidades asistenciales como guía para fijar cupos de residencia.

DURACION DEL PROGRAMA

El programa de Medicina Interna General tiene una duración de 3 años con dedicación de tiempo completo y tiempo requerido para la práctica en servicios de urgencia. No ha sido presentado ningún argumento académicamente válido que justifique el aumento de su duración.

Título a que conduce: Especialista en Medicina Interna.

ESTRUCTURA DEL CURRICULO

Se diseña en tres niveles, cada uno con sus respectivos módulos o cursos integrados a actividades docente asistenciales-académicas e investigativas orientadas al logro de los objetivos instruccionales. (Ver Anexo).

Nivel I - Formación general: el residente obtiene formación general en servicios generales de hospitalización, turnos de urgencias y consulta externa de Medicina Interna en instituciones de segundo y tercer nivel. Participa en las actividades académicas y docente-asistenciales programadas en esos servicios. Recibe capacitación en metodología de la investigación, tecnología pedagógica e idealmente debe diseñar un protocolo de investigación.

Nivel II - Intensificación: el residente profundiza en áreas específicas (subespecialidades de Medicina Interna); Cardiología, Neumología, Gastroenterología, Hematología, Nefrología, Reumatología y Cuidados Intensivos, rotando por servicios oficialmente reconocidos con respaldo universitario por períodos de 2 o 3 meses, participando en las actividades académicas, asistenciales e investigativas programadas por esos servicios como módulos o cursos. Adelante individualmente o asociado a un grupo, una investigación.

Nivel III - Integración formativa: el residente integra y aplica con autonomía y funciones administrativas en la actividad asistencial, los conocimientos adquiridos, hábitos y destrezas desarrolladas en los niveles previos, rotando nuevamente en los servicios

generales de hospitalización, consulta externa y urgencias de Medicina Interna. Además complementa con rotaciones programadas preferiblemente en servicios ambulatorios de otras especialidades afines o en otras subespecialidades de Medicina Interna. (Dermatología - Neurología - Endocrinología - Siquiatría - Organos de los Sentidos - Ginecología). Atiende interconsultas de otros servicios; participa en la docencia de pregrado y personal paramédico; termina y presenta su investigación.

La rotación por servicios generales de hospitalización, incluidos los de urgencias, no debe ser inferior a un 50% de la duración del programa y la dedicación a la atención ambulatoria y a turnos de urgencias, deben ser actividades permanentes durante el mismo.

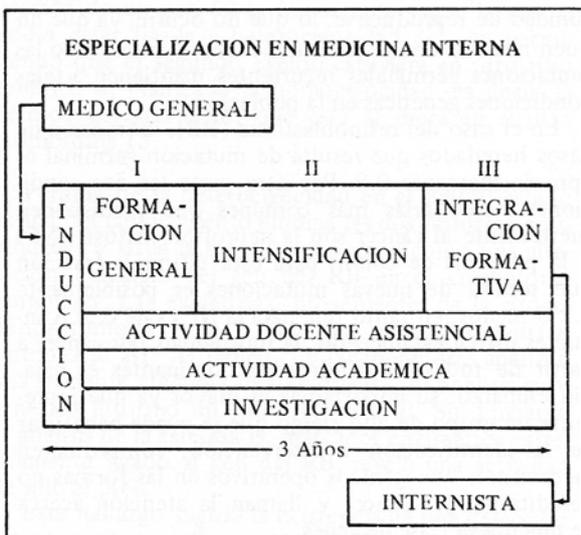
ACTIVIDADES ACADEMICAS

El programa debe garantizar y evaluar la participación del residente en actividades como: Revisión bibliográfica (Club de Revistas), correlación clinicopatológica, presentación y discusión de casos clínicos, seminarios, reunión de clínicas médicas (RCM) y reunión de imagenología médica.

ACTIVIDADES DOCENTE-ASISTENCIALES

Rondas clínicas en salas de hospitalización y urgencias, rondas terapéuticas, consulta externa de Medicina Interna y subespecialidades de ella; turnos de urgencias, interconsultas para Medicina Interna y subespecialidades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos de la especialidad y reuniones de altas.

Investigación: Protocolo y desarrollo de una investigación.



EVALUACION

Dentro de la autonomía que tienen las instituciones formadoras para establecer sus criterios de evaluación y dado que no existe un modelo ideal de ella, parece más apropiado y tal vez innovador, la aplicación de un sistema de evaluación formativa y de autoevaluación con instrumentos aplicables a la medición de logros en las áreas del conocimiento, las destrezas y las actitudes de acuerdo a los objetivos formulados para los cursos o módulos y niveles y dentro de ellas todas las actividades que hacen parte del proceso instruccional. De modo similar debe ser evaluado el programa

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Asociación Colombiana de Medicina Interna y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Seminario Taller sobre Enseñanza de la Medicina Interna en Colombia. Paipa, Col. Conclusions, 1984.
- 2.- BARONDESS JA, The training of the Internist. With some messages from practice. Ann Intern Med 90: 412, 1979.
- 3.- BURNSIDE JW. What the general Interst does. Arch Intern Med. 137: 1286, 1977.
- 4.- BYYNY RL, SIEGLER M, TARLOV AR. Development of an academic section of general internal medicine. Am J Med 63: 493, 1977.
- 5.- Council of the association of program directors in internal medicine. Program Directors in Internal medicine: A Survey of Residency Programs. Ann Intern Med 1983; 99: 840.
- 6.- GARCIA JC. Medicina y Sociedad. Las corrientes del pensamiento en el campo de la salud. Educ Med. Salud 1983; 17 (4); 363.
- 7.- HILDRETH EA. The general internist. A perspective. Arch Intern Med 1977; 137: 1283.
- 8.- LEYVA J. Programa para optar al título de Especialista en Medicina Interna. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 1978, 1984.
- 9.- LEYVA J. Comité de Educación en Medicina Interna. Ascofame. Requisitos mínimos para un programa de Postgrado en Medicina Interna General. Documento, 1987.
- 10.- LIPKIN M Jr, QUILL TE and NAPODANO RJ. The medical interview: A core curriculum for residencies in internal medicine, Ann Intern Med 1984; 100: 277.
- 11.- PETERSDORF RG, ALVARO GREGG. Memorial Lecture: managing the revolution in medical care. J Med Educ 1984; 59: 70.
- 12.- RESTREPO J. Comité de Educación en Medicina Interna. ASCOFAME. Programa mínimo de educación para graduados en Medicina Interna. Documento, 1987.
- 13.- RODRIGUEZ MI y VILLARREAL R. La administración del conocimiento. Lo biológico y lo social en la formación del personal de salud en América Latina. Educ Med Salud 1986;20(4): 424.
- 14.- SCHELEITER MK, and TARLOV AR. National study of Internal Medicine. Manpower: VIII. Internal Medicine Residency and Fellowship Training: 1983 Update. Ann Intern Med 1983; 99: 380.
- 15.- SCHROEDER, SHOWASTACK, GERBERT. Residency training in Internal Medicine: Time for change? Ann Intern Med 1986; 104: 554.
- 16.- VINIEGRA L. Lineamientos básicos de un plan general para cursos de especialización médica en disciplinas clínicas Rev Invest Clín (Mex) 1981, 33: 75.
- 17.- WILLIAMS HE. Training of the general internist. Report of Discussion Groups. Arch Intern Med 1977; 137: 1303.