

Perfil de formación del posgrado en Medicina Interna en Colombia

Investigación realizada por el Comité de Educación (2004-2006) de la Asociación Colombiana de Medicina Interna

Internal medicine post-graduate training profile in Colombia

Research carried out by the Education Committee (2004-2006) of the Colombian Association of Internal Medicine.

JUAN CARLOS VELÁSQUEZ, ANÁLIDA ELIZABETH PINILLA, ALFREDO PINZÓN, DIEGO SEVERICHE, RODOLFO JOSÉ DENNIS, MARÍA NELLY NIÑO DE ARBOLEDA • Bogotá, D.C.

Resumen

Objetivo: determinar el perfil de formación del residente de Medicina Interna en Colombia.

Método: estudio descriptivo, de corte transversal, desarrollado a partir de encuestas a los programas de posgrado de Medicina Interna activos al año 2005.

Resultados: diecisiete de 21 programas activos respondieron la encuesta. La duración del posgrado de Medicina Interna en Colombia es de tres años. El perfil del internista que se pretende formar es el de un médico con una visión holística, de gran preparación científica, con profundo respeto por el paciente y su familia. La actividad asistencial se dedica en 69% del tiempo al paciente hospitalizado y en 31% al ambulatorio. Especialidades como cardiología, neumología, nefrología, neurología, endocrinología, reumatología y gastroenterología son obligatorias en el 100% de los programas, mientras que dermatología, oncología y geriatría lo son sólo para el 71%, 43% y 29% respectivamente. Entre 2002 y 2005, los programas encuestados graduaron a 203 internistas. Cerca de 50% de ellos hoy en día ejercen la Medicina Interna, mientras que 45% han optado por una subespecialidad. Hasta 2005 habían egresado aproximadamente 1.942 internistas en Colombia.

Conclusiones: la arquitectura de los programas de posgrado de Medicina Interna en Colombia es la tradicional y en su mayoría se desarrolla a la cabecera del paciente, apoyándose además en espacios de revisión temática complementarios. Como vacíos se identifican la baja vinculación de los docentes a la nómina universitaria, la escasa formación pedagógica de los mismos y la baja preparación del residente en temas como el cuidado paliativo, geriátrico y oncológico, entre otros. Se plantean seis recomendaciones generales tendientes a mejorar los programas, y su relación con la ACMI. (*Acta Med Colomb* 2008; 33: 45-57).

Palabras clave: *Medicina Interna, formación, residente, docente, competencias, currículo.*

Abstract

Objective: determining the training profile of the Internal Medicine residents in Colombia.

Method: cross sectional descriptive trial, developed according to surveys about the post-graduate programs in Internal Medicine active up to 2005.

Results: 17 out of 21 of those participating in active programs answered the survey. The time of the post-graduate program in Internal Medicine is three years. The internist to be trained should be a physician with a holistic vision, with an excellent scientific background with profound respect for the patient and the patient's family. 69% of his (or her) activity is dedicated to the patients admitted in the hospital and 31% to day care patients. Specialties such as cardiology, pneumology, nephrology, neurology, endocrinology, rheumatology and gastroenterology are obligatory in 100% of the programs, whereas dermatology, oncology and geriatrics are only for 71%, 43% and 29% respectively. Between

Dr. Juan Carlos Velásquez Velásquez: Especialista en Medicina Interna. Clínica del Country. Ex presidente del Capítulo Central de la Asociación Colombiana de Medicina Interna. Coordinador del Comité de Educación de ACMI Nacional 2004-2006. Correo: jvelasquez_2000@yahoo.com; Dra. Análida Elizabeth Pinilla Roa: Especialista en Medicina Interna. Diabetóloga. MSc. Educación con Énfasis en Docencia Universitaria. Especialista Evaluación y Construcción de Indicadores de Gestión para la Educación Superior. Profesora Asociada. Departamento de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Correo: aepinillar@unal.edu.co; Dr. Alfredo Pinzón Junca: Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario de La Samaritana; Psicoanalista; Profesor de Medicina Interna de la Universidad de la Sabana, de la Universidad de Nuestra Señora del Rosario y de la Pontificia Universidad Javeriana. Correo: apinzonj@urosario.edu.co; Dr. Diego Severiche Hernández: Especialista en Medicina Interna, Neumología. Intensivista. Jefe de Medicina Interna Facultad de Medicina Universidad de la Sabana. Correo: diego.severiche@unisabana.edu.co; Dr. Rodolfo José Dennis Verano: Especialista en Medicina Interna, Neumología. MSc. en Ciencias. Profesor Titular de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana y Universidad del Rosario. Jefe del Departamento de Medicina Interna, Fundación Cardioinfantil Correo: rdennis@cardioinfantil.org; Dra. María Nelly Niño de Arboleda, Médica Internista, Hematóloga, Ex presidenta de la Asociación Colombiana de Medicina Interna. Correo: mnarboleda@hotmail.com. Bogotá, D.C.

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Velásquez, Clínica del Country Tel. (571) 5313615. Bogotá, D.C.

e-mail: jvelasquez_2000@yahoo.com

Recibido: 17/III/08 Aceptado: 16/IV/08

2002 and 2005, 203 internist physicians graduated in the program. Around 50% of them practice internal medicine today, while 45% have chosen a sub-specialty. Until 2005 approximately 1942 internists have been graduated in Colombia.

Conclusions: the Internal Medicine post graduate program's architecture in Colombia is the traditional one and in the majority of cases is carried out at the patient's bedside, with the additional support of complementary thematic revisions. As gaps are identified the low involvement of the teachers with the university payroll, the lack of pedagogic training of the same, and the poor training of residents in palliative, geriatrics and oncology care, among others. There are some general recommendations to improve the programs and the relationship with the ACMI. (Colombian Association of Internal Medicine) (*Acta Med Colomb* 2008; 32: 45-57).

Key words: *internal medicine, training, residents, teachers, competency, curriculum.*

Introducción

Los años de residencia en cualquier especialidad médico-quirúrgica marcan en forma muy importante el desempeño del futuro especialista por medio de su comportamiento, la actitud y los valores que tendrá en su práctica independiente (1). A partir del currículo, la experiencia y la orientación filosófica de sus profesores, el alumno de posgrado construirá la base conceptual que le permitirá desempeñarse en su vida profesional.

Desde años anteriores, la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI) ha venido trabajando sobre el perfil del internista y sobre el papel que éste debe tener dentro del esquema de atención en salud de nuestro país, considerándolo como un experto en el cuidado del adulto, caracterizado por una visión holística, integral, humanística y de alto nivel técnico científico (2).

Sin embargo, aunque la ACMI ha promovido la formación de alta calidad de los internistas, no había profundizado sobre la estructura real y el estado de desarrollo de los programas de posgrado en Medicina Interna actualmente operantes y en consecuencia poca es la información disponible al respecto. De esta forma, ante la necesidad de conocer cuál es la orientación de estos programas, qué perfil pretenden, cuál es su organización curricular y el rumbo que siguen sus egresados más recientes, el Comité de Educación de ACMI se propuso desarrollar un estudio de tipo descriptivo acerca del perfil de formación de posgrado en Medicina Interna en Colombia.

Objetivos del estudio

El objetivo general fue determinar el perfil de formación del residente de Medicina Interna en Colombia, mientras que los específicos incluyeron identificar las instituciones que están desarrollando programas de posgrado de Medicina Interna en el país, conocer un poco acerca de la historia de la formación de estos programas, definir su estructura curricular, las características del recurso físico y humano, el papel de la investigación en la formación del residente, los métodos de evaluación académica más frecuentes e identificar las fortalezas y debilidades más importantes con el objeto de plantear unas recomendaciones generales.

Metodología

Es un estudio observacional de tipo descriptivo, de corte transversal, desarrollado a partir de encuestas a cada uno de los programas de posgrado de Medicina Interna que se encontraban activos durante el año 2005. Para identificar estos programas, se revisó la información disponible en el ICFES y se verificó con los coordinadores de especialización que dichos programas se encontraran activos al momento del estudio, es decir, que estuvieran admitiendo nuevos residentes.

En una primera etapa, la ACMI convocó una serie de reuniones en el ámbito regional entre los presidentes de los diferentes capítulos de la Asociación y los coordinadores de programa de la zona respectiva, presentándoles la iniciativa, explicando sus alcances y poniendo en su conocimiento los formularios de recolección de la información. Dicho formulario fue elaborado y revisado directamente por los miembros del Comité de Educación. Una vez se entregó la encuesta a los coordinadores, éstos lo presentaron a la autoridad académica pertinente de cada una de las universidades que avalan los programas y diligenciaron el cuestionario con su aprobación final. Los presidentes capitulares mantuvieron contacto permanente, personal o telefónico con los coordinadores, estimulando su cooperación con el fin de garantizar la respuesta del mayor número de programas. Finalmente, las encuestas fueron recibidas, tabuladas y analizadas en el seno del comité para producir estos resultados, que se presentaron en el simposio de educación, en el marco del XIX Congreso Colombiano de Medicina Interna en Cartagena en octubre de 2006.

Población en estudio

Se identificaron 21 programas activos de Medicina Interna en el país para el año de 2005. De ellos, 14 correspondieron a universidades privadas y siete a universidades públicas. Se obtuvo información de 17 de los 21 programas denotando una tasa de respuesta de 80,9%.

Resultados

Con la muestra por conveniencia de 17 programas que aportaron la información durante el tiempo estipulado para

la recolección de la información, se procedió al análisis de datos (Tabla 1).

Ubicación de los programas y nivel científico técnico de las instituciones

Como puede apreciarse en la Figura 1, la mayoría de los programas (47%) se ubican en la ciudad de Bogotá, seguidos por Barranquilla y Medellín, si bien hoy en día es posible realizar el entrenamiento en Medicina Interna en siete diferentes ciudades a lo largo del país.

Las instituciones base de estos programas son en su totalidad centros hospitalarios de III o IV nivel de complejidad (siendo este último el más frecuente), con capacidad asistencial variable pero suficiente, permitiendo al residente disponer en la mayoría de los programas (62,5%) de 10 a 20 pacientes hospitalizados por día para su entrenamiento, así como en la misma proporción hasta cinco pacientes de cuidados intensivos.

Año de iniciación de actividades de los programas

La formación de posgrado en Medicina Interna en Colombia se inició en la década de los cincuenta siendo el más antiguo entre los reportados el de la Universidad de Cartagena, que empezó en 1954; le siguieron la Universidad de Antioquia (1957), el Hospital Militar (1958) y la Universidad Nacional de Colombia (1959). Para los años sesenta se sumaron la Pontificia Universidad Javeriana con sus dos programas (uno en el Hospital San Ignacio en 1962 y otro en el Hospital Universitario de La Samaritana en 1968) y la Universidad de Caldas (1968). Este número permaneció estable durante varios años hasta la década de los ochenta,

cuando se aumentó en forma significativa la apertura de nuevos programas de especialización en el área con cuatro más: Universidad Pontificia Bolivariana (1980), Universidad Industrial de Santander (1984), Universidad El Bosque (en el Hospital Santa Clara, 1986) y Universidad Metropolitana (1988), y otros cinco en los años noventa: Universidad El Bosque (en la Fundación Santa Fe de Bogotá, 1990), Universidad del Rosario (en la Fundación Cardioinfantil, 1996), Fundación Universitaria Ciencias de la Salud (1997), Universidad Libre (1998) y Fundación Universitaria San Martín (1999). El crecimiento ha continuado y a la fecha de este estudio el último programa en iniciar actividades fue el Instituto de Ciencias de la Salud en el año de 2000. En síntesis, de los 17 programas reportados, siete (41,7%) fueron fundados antes de 1980, mientras que nueve (52,9%) lo fueron entre 1980 y 1999.

Cabe anotar que existen discrepancias en esta información ya que muchos de los programas se iniciaron directamente en el hospital y sólo años después, incluso décadas en algunos casos, se vinculó oficialmente a la universidad respectiva para avalarlos. Los internistas egresados en esas circunstancias recibieron posteriormente el título universitario por intermedio de Ascofame.

Número de alumnos graduados en Medicina Interna y número de alumnos por promoción

Anualmente cada programa de Medicina Interna recibe un promedio de siete residentes, fluctuando entre tres y 10 según la institución. No es fácil, sin embargo, establecer el número de alumnos que han obtenido el título de internistas durante el funcionamiento de los diferentes programas, debido a que algunos centros no tienen datos precisos desde la época de fundación del programa. Según lo reportado en las encuestas, para diciembre de 2005 se habían formado ya a 1.942 especialistas. Dos instituciones (Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Nacional de Colombia) han

Tabla 1. Programas que respondieron la encuesta.

Programas	
1.	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS)
2.	Fundación Universitaria San Martín (Seccional Barranquilla)
3.	Instituto de Ciencias de la Salud (CES)
4.	Pontificia Universidad Javeriana* (dos programas)
5.	Universidad de Antioquia
6.	Universidad de Caldas
7.	Universidad de Cartagena
8.	Universidad del Rosario
9.	Universidad Industrial de Santander
10.	Universidad El Bosque ** (dos programas)
11.	Universidad Libre de Colombia (Seccional Barranquilla)
12.	Universidad Metropolitana
13.	Universidad Militar Nueva Granada
14.	Universidad Nacional de Colombia
15.	Universidad Pontificia Bolivariana

* Hospital de San Ignacio y Hospital de La Samaritana
 ** Fundación Santa Fe de Bogotá y Hospital Santa Clara

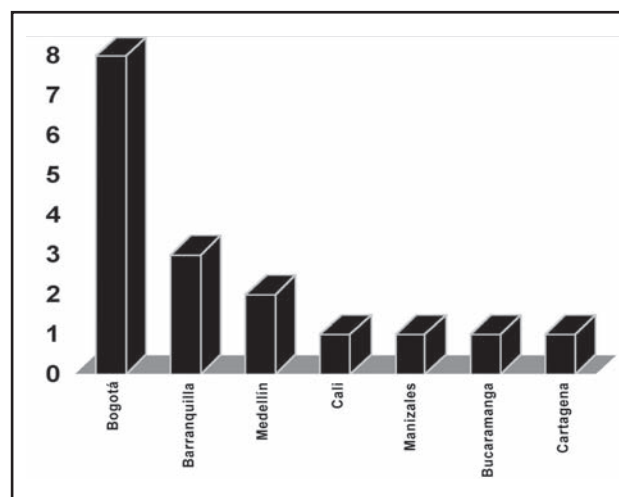


Figura 1. Ubicación geográfica de los programas de especialización en Medicina Interna.

graduado más de 400 internistas, a la vez que el Hospital Militar Central (sólo o con la Universidad Militar Nueva Granada), y Universidad de Antioquia han graduado 324 y 244 respectivamente. Cinco programas más han graduado entre 61 y 112 especialistas y los seis más recientes han otorgado el título a un número menor, entre 14 y 45 egresados (Tabla 2).

El promedio actual de alumnos certificados en cada cohorte anual es de seis. Lo más frecuente es que se otorgue el grado a 3-5 estudiantes por promoción (nueve de los 17 programas gradúan este número de alumnos anualmente) pero el rango fluctúa entre menos de tres hasta 10 residentes por año.

Recurso docente

Los 17 programas reportaron tener un total de 605 docentes incluyendo los de carrera docente, los de docencia-servicio y los *ad honorem*. Solamente 14 de estos 17 programas informaron de manera detallada la distribución de estos docentes por categorías (Tabla 3). Según estos datos puede resaltarse que 24% son instructores, 33% son profesores asistentes, 20% son profesores asociados, 14% son profesores titulares y menos del 1% son eméritos.

En cuanto a las modalidades de vinculación, la información proviene de estos mismos 14 programas: 14% de los docentes están contratados como profesores de cátedra; 22% por convenios docencia-servicio (celebrado entre las universidades y los centros de práctica) o *ad honorem*, y sólo 25% de los educadores son de tiempo completo (Tabla 4).

Finalmente, en referencia a la preparación formal en docencia universitaria del cuerpo profesoral, la información fue suministrada por los 17 programas (605 profesores). De acuerdo con esto, sólo 22,7% de los docentes han efectuado algún entrenamiento formal en docencia universitaria, incluidas las siguientes modalidades: diplomado 10%, especialización 11%, maestría 1% y doctorado 0,3% (Tabla 5). En conclusión el 77% no tiene formación en educación o docencia universitaria a pesar de ser profesores universitarios.

Estructura curricular

La duración del posgrado de Medicina Interna en Colombia es de tres años en todos los programas encuestados. Involucra generalmente 18 rotaciones con una duración promedio de 2,5 meses (algunas son de tres semanas, otras de hasta cuatro meses). El tiempo promedio que se dedica a Medicina Interna propiamente dicha es de ocho meses y el 80% de este tiempo se cumple en el primer año de la residencia. Las rotaciones más comunes por especialidades son cardiología, neumología, neurología, endocrinología, hematología, nefrología, gastroenterología, infectología y reumatología, las cuales están incluidas en todos los programas encuestados. Treinta y seis por ciento (36%) de ellos incluyen una rotación de inducción, que en algunos es un tiempo dedicado al estudio de las ciencias básicas.

Tabla 2. Número de egresados de Medicina Interna en Colombia, por universidad a diciembre de 2005.

Universidad	Hospital y programas	Número de egresados
Pontificia U Javeriana	H. San Ignacio	300
	H. Universitario de La Samaritana	134
U. Nacional de Colombia	H. San Juan de Dios y E.S.E. Luis Carlos Galán	400
U. Militar Nueva Granada	H. Militar Central	324
U. de Antioquia	H. San Vicente de Paul	244
U. El Bosque	Fundación Santa Fe	56
	H. Santa Clara	56
U. Pontificia Bolivariana	H. Pablo Tobón Uribe	87
U. de Cartagena	H. Enrique de la Vega	73
U. Industrial de Santander	H. Universitario de Santander	70
U. de Caldas	H. Santa Sofía	61
	Fundación Universitaria Ciencias de la Salud	45
U. Metropolitana	H. Universitario Metropolitano	33
Instituto de Ciencias de la Salud		16
U. del Rosario	Fundación Cardioinfantil	15
Fundación Universitaria San Martín	Clínica General del Norte	14
Universidad Libre de Colombia	H. General de Barranquilla	14
TOTAL (Diciembre de 2005)		1.942

Tabla 3. Distribución de docentes según la categoría en la carrera docente*.

Categoría docente	Número	Porcentaje (%)
Instructor	96	23,9
Profesor Asistente	132	32,8
Profesor Asociado	81	20,2
Profesor Titular	56	14,0
Profesor Emérito	3	0,7
Otros	34	8,4
Total	402	100
*Información suministrada sólo por 14 de los 17 programas.		

Tabla 4. Modalidades de vinculación de los docentes*.

Modo de vinculación	Número	Porcentaje (%)
Hora cátedra	55	13,6
Medio tiempo	152	37,8
Tiempo completo	97	24,2
Convenio Docencia-Servicio	73	18,1
<i>Ad honorem</i>	16	4,0
No especificado	9	2,3
Total	402	100,0
* Información suministrada sólo por 14 de los 17 programas.		

Tabla 5. Formación en educación universitaria.

Tipo de estudios realizados	Número	Porcentaje (%)
Diplomado	62	10,3
Especialización	65	10,8
Maestría	8	1,3
Doctorado	2	0,3
Ninguna	468	77,3
Total	605	100,0

Ochenta y seis por ciento (86%) tienen una rotación electiva que puede hacerse en la institución base o en una afiliada y puede ser una rotación diferente a las tradicionales o ser un segundo paso por una de las clásicas, según el interés del residente. Curiosamente, especialidades como dermatología y oncología son consideradas obligatorias sólo por el 71% y el 43% de los programas, respectivamente. Solamente 29% y 21% de los programas contemplan un entrenamiento formal por geriatría y por psiquiatría, respectivamente. Veintiuno por ciento (21%) cuenta con una rotación por imágenes diagnósticas (Tablas 6 y 7).

En cuanto al sitio de desarrollo de estas actividades, en promedio, el entrenamiento se cumple en el 79% en la institución de base, mientras que 21% restante se efectúa en instituciones en convenio. La actividad es predominantemente de tipo intrahospitalario (69%) mientras que sólo 31% del tiempo se dedica a la atención de pacientes ambulatorios.

Las actividades académicas habituales se muestran en la Figura 2. Como puede apreciarse, usualmente hay una entrega de turno y una revista de pacientes diaria, con una charla magistral o un seminario o revisión de temas semanal. Un poco más de la mitad de los programas mantienen una reunión clínicopatológica quincenal o mensual.

Tabla 6. Estructura general de los programas de residencia en Medicina Interna en Colombia*.

Variable	Promedio	Moda	Rango
Duración de los programas	3 años	3 años	--
Número de rotaciones en el programa	18,6	18	16 - 21
Duración de las rotaciones (meses)	2,53	2	0,75 - 12,5
Tiempo en medicina interna (meses)	8,6	8	4 - 12,5
Ubicación de las rotaciones por M. Interna			
Primer año	80,6%	100%	-
Segundo año	3,6%	0%	-
Tercer año	15,8%	0%	-
Tiempo en urgencias (meses)	2,2	2	0 - 4
Tiempo en UCI (meses)	3,1	2	2 - 6
* Información a partir de 14 programas.			

Tabla 7. Análisis de las rotaciones especiales de los programas de residencia en Medicina Interna en Colombia.

Rotación	Porcentaje (%)*	Duración y observaciones
Básicas/Inducción	36	1 a 2 meses
Electiva	86	2 meses (rango 0 a 6 m)
Radiología / Imágenes	21	1 mes (rango 0,75 - 1 m)
Infectología	100	1,8 meses (rango 1 a 2 m)
Dermatología	71	1,4 meses (rango 1 a 2 m)
Oncología	43	1 mes; electiva en tres programas más (+21,4%)
Psiquiatría	21	1,5 meses (rango de 1 a 2 m)
Geriatría	29	1,6 meses (rango 1 a 2 m)
* Porcentaje de programas con la rotación; información a partir de 14 programas; m = meses		

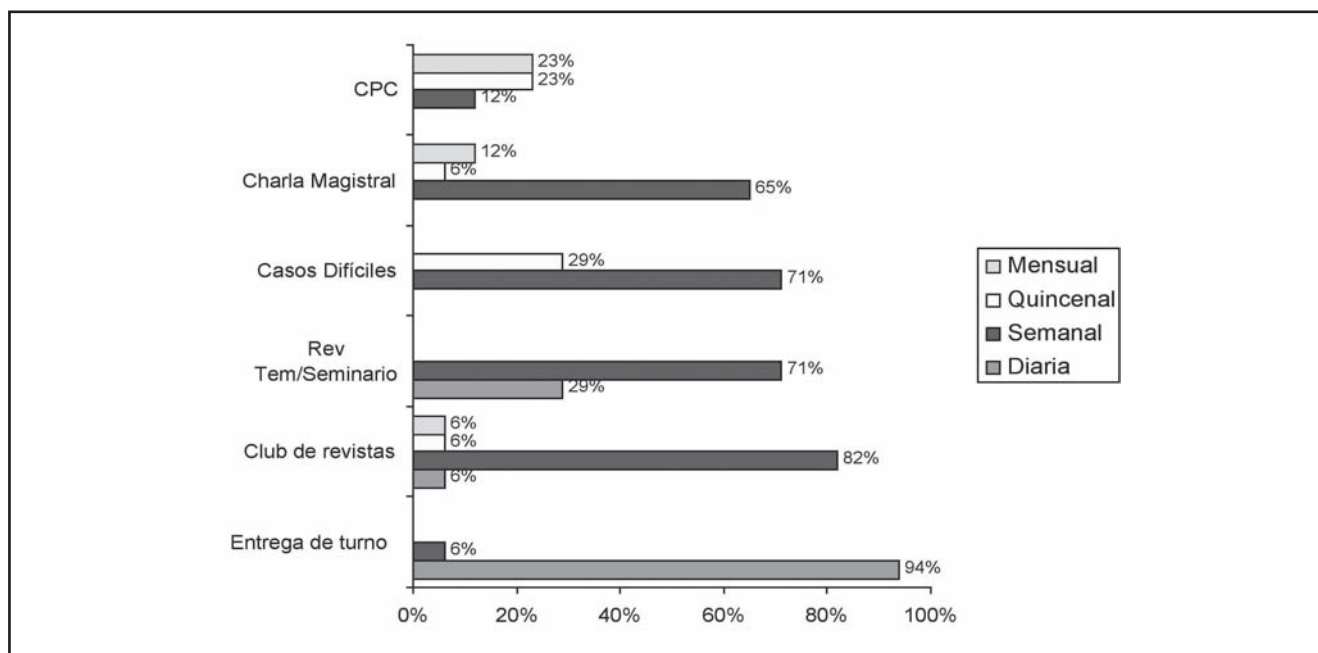


Figura 2. Frecuencia de las diferentes actividades docentes en los programas de residencia de Medicina Interna en Colombia. (CPC: caso clínico patológico).

La encuesta indagó por otras actividades académicas o de tipo cultural y humanístico que se realizaran periódicamente dentro de los programas. En este punto sobresalieron la formación en epidemiología y/o investigación (100%), el entrenamiento en medicina basada en evidencia (81%), en comunicación (62%) y en aspectos legales de la Ley 100 (50%). Tan sólo 12% de los programas mencionaron espontáneamente que trabajaban temas del humanismo, si bien un 69% afirmó efectuar reuniones periódicas para discutir asuntos bioéticos.

Perfil del médico internista que se pretende formar

Diferentes aspectos fueron enfatizados por los programas de Medicina Interna de cada institución, pero en general puede decirse que la orientación gira en torno a los valores centrales del internista, como propender por una mirada integral del paciente, desarrollar una gran habilidad semiológica y una sólida preparación científica, alcanzar un vasto conocimiento de la historia natural de las enfermedades, fisiopatología y tratamiento, así como mantener un profundo respeto por el paciente y su familia. En lo referente al campo de acción del médico internista se considera que debe atender al adolescente, al joven, al adulto y al adulto mayor, en cualquier nivel de atención y complejidad (ambulatorio, hospitalario, unidad de cuidado intensivo y urgencias).

La encuesta también indagó mediante preguntas abiertas y de libre redacción, por las áreas del conocimiento médico en que debía hacerse más énfasis en la preparación de los futuros internistas, así como por las habilidades y las fortalezas profesionales que debían promoverse. Dado que es una mención espontánea por parte de los coordinadores, los porcentajes sólo sirven para ordenar las preferencias y no deben asumirse como la medida de magnitud real con la que se cumple el entrenamiento en cada tópico. A continuación se presentan en forma resumida los diferentes aspectos que los programas pretenden resaltar en la formación de los médicos residentes.

Con respecto al conocimiento médico subrayan el aprendizaje de la terapéutica (65%), prevención y promoción (53%), diagnóstico adecuado y oportuno (35%), rehabilitación (35%), así como el dominio de la fisiopatología (29%), entre otras.

Acerca de las habilidades más importantes para el cuidado del paciente, las más mencionadas fueron la atención integral (82%), seguido por el trabajo interdisciplinario (24%) y actitud investigativa (24%). Otras destrezas menos mencionadas fueron: una excelente semiología, continuidad en el cuidado del paciente, habilidad procedimental y tratamiento integral de enfermedades agudas y crónicas.

Dentro de los procedimientos que el internista debe dominar, los más citados fueron: inserción de catéter venoso central (100%), toracentesis y punción lumbar (73%), entubación orotraqueal y paracentesis (67%), reanimación cardiocerebropulmonar (60%), biopsia de médula ósea (53%), artrocentesis y toma de gases arteriales (40%)

aplicación de catéter venoso periférico (33%), y catéter de hemodiálisis (27%). Por último, los menos mencionados fueron inserción de catéter arterial y Swan Ganz, marcapaso transitorio, toma de electrocardiograma, colocación de sonda vesical y nasogástrica, toma de biopsia de piel y cuidado de transfusiones, entre otros.

Referente al profesionalismo se mencionan diversos aspectos por desarrollar como propender por un enfoque biopsicosocial y humanístico (53% y 24%), adquirir habilidad como interconsultante y generar capacidad de liderazgo (29%), así como una actitud docente o de interés académico (24%). En menor proporción (18%) se citaron: incentivar habilidades para una mejor administración de los recursos, comportamiento ético, alta calidad científica y pensamiento y juicio crítico; por último, con un 12% se mencionaron el enfoque ambiental y antropológico, lograr una excelente relación médico-paciente y generar compromiso con el país.

Adicionalmente, la encuesta quiso conocer las actividades de formación complementarias que se venían desarrollando en los programas. Las más citadas fueron las siguientes: fundamentos de investigación y/o epidemiología clínica (94%), medicina basada en la evidencia (75%), bioética y estrategias de comunicación (escribir, publicar, hablar, sistemas; 69%), aspectos legales (56%), docencia universitaria (44%) y administración (31%).

Papel de la investigación en el posgrado de Medicina Interna

Según los datos obtenidos, 82% de los programas tienen investigación en una gran variedad de temas, entre las cuales las más citadas fueron: riesgo cardiovascular, diabetes, enfermedad coronaria, hipertensión arterial y SIDA.

Los residentes pueden participar como coautores dentro de un grupo de investigación o pueden ser los gestores de sus propios proyectos. Deben presentar informes periódicos de avance y en general estos trabajos son revisados por el Comité de Investigación. Una vez terminados se espera que sean presentados en congresos locales y/o nacionales. Esta investigación formativa tiene impacto en la evaluación periódica de los residentes, puede ser requisito para la promoción de un año al otro y es imprescindible para obtener el título de especialista en Medicina Interna.

Evaluación

Los residentes son evaluados en sus conocimientos, aptitudes y actitudes como se observa en la Figura 3, sin embargo, está identificación de categorías no es denominada explícitamente.

En cuanto a los conocimientos médicos, los programas evalúan fundamentalmente temas clínicos, terapéuticos y algunos incluso de laboratorio, preocupándose también por nivel de actualización y por el trabajo de investigación.

Entre las actitudes examinadas que fueron mencionadas espontáneamente por los coordinadores de programa figuran: responsabilidad y compromiso con el paciente (mencionado

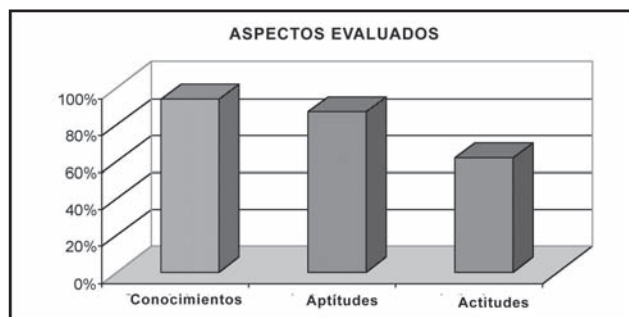


Figura 3. Aspectos evaluados en los programas de posgrado en Medicina Interna en Colombia.

por cuatro programas); participación y actitud docente frente a sus compañeros o a los estudiantes de niveles inferiores (mencionado por tres); puntualidad, ética, colaboración e interacción y trabajo en equipo (señalada por dos) y calidad humanística y ética, relaciones humanas, capacidad de liderazgo, profesionalismo (por un programa).

En relación con las aptitudes, se citaron expresamente: habilidad clínica, solución de problemas y toma de decisiones (seis programas); manejo y abordaje de la historia clínica (cuatro programas); capacidad de instrucción a otros miembros del equipo en entrenamiento (tres programas); profesionalismo (un programa) y auto educación (un programa), entre otras (Figura 3).

Para evaluar la promoción de un nivel de residencia al siguiente los métodos más frecuentemente utilizados son la evaluación de las rotaciones, el examen oral y/o escrito y la calificación de los avances del trabajo de investigación.

La evaluación del residente para su certificación final, generalmente se requiere la aprobación todas las asignaturas, la presentación del trabajo de investigación y en algunos programas se hace un examen final por todos los docentes.

Fortalezas y debilidades identificadas por los programas

La encuesta evidenció heterogeneidad en este tema. Entre los aspectos más mencionados como fortalezas se incluyen el respaldo institucional, la formación integral, la diversidad de docentes participantes en los procesos de formación, la disponibilidad de hospital universitario propio en algunos casos, los convenios interinstitucionales, la flexibilidad e interdisciplinariedad, la disponibilidad de recursos de alta tecnología, el acceso a recursos para consulta bibliográfica y la oportunidad de desarrollar procesos de investigación por parte del residente.

Como fortalezas de los egresados se resaltó la formación humanística, la preparación académica y clínica de alto nivel, la capacidad de actualización, el manejo integral de pacientes con múltiples patologías, la capacidad para la toma de decisiones con recursos mínimos, el conocimiento en los procesos de promoción y prevención de la enfermedad, la realización de programas de atención en salud, la investigación y la preparación en la revisión crítica de la literatura.

Dentro de las debilidades, las más mencionadas fueron: dificultades importantes para llevar a cabo los procesos de investigación, la baja tasa de preparación específica en docencia del cuerpo profesoral y el nivel de desarrollo de los hospitales universitarios.

Ocupación actual de los egresados más recientes de los programas

Entre 2002 y 2005, los programas encuestados graduaron a 203 internistas. Cerca de un 50% de ellos hoy en día ejercen la Medicina Interna, mientras que un 45% han optado por una subespecialidad. En su quehacer diario, el 21% dedica algún tiempo a actividades docentes de pregrado o posgrado.

Relación de los posgrados de Medicina Interna con la ACMI

Catorce programas enviaron la información solicitada respecto a la relación de sus miembros con la ACMI. De los docentes, sólo 21% son miembros de número a la vez que sólo 59 residentes están vinculados. En los últimos años, los programas han participado en diferentes actividades de ACMI como miembros de junta directivas o de diferentes comités, como autores o pares evaluadores en la revista de Acta Médica Colombiana o en los diversos libros publicados por ACMI; así mismo en discusiones de casos clínicos, cursos de actualización, en el Congreso de Medicina Interna o en los Consensos Colombianos como el de Tromboembolismo Venoso.

Con el objetivo de estrechar aún más estos vínculos e incrementar la participación en la ACMI, los coordinadores de programa proponen una serie de actividades por desarrollar, como, por ejemplo: la programación de cursos, la creación de premios a residentes, la divulgación de grupos de investigación, el apoyo para la asistencia de los residentes a los congresos, la formación en docencia universitaria, el fortalecimiento de proyectos de investigación, el incentivo a las publicaciones, la visita de ACMI a los programas, que la ACMI lidere el proceso de recertificación de los internistas y que se promuevan las reuniones de consenso de los distintos programas.

Discusión

Los resultados de esta encuesta fueron obtenidos a partir de 17 de los 21 programas existentes en Colombia, avalados por 15 universidades. Aunque se intentó obtener información del universo de los programas existentes, no creemos que la falta de participación de cuatro programas haya afectado en forma importante nuestros resultados, y por ende creemos que los resultados permiten conocer el perfil, la estructura y el modo de funcionamiento del entrenamiento en Medicina Interna en el país. Los diferentes programas admiten un promedio de siete residentes por año, para una oferta de cupos de 105 posiciones en los 17 programas de los que se obtuvo información. Si los cuatro programas restantes tuvieran un

tamaño similar, en Colombia cada año habría aproximadamente 130 cupos de residencia en Medicina Interna.

Un primer aspecto que llama la atención es la estructura actual de los programas de formación: casi todos parten de un entrenamiento inicial en Medicina Interna general y van llevando luego al residente por un amplio número de especialidades. Esta estructura da respuesta a la necesidad del futuro especialista de adquirir una vasta formación en los problemas de salud del adulto, concordantes con la visión integral del internista, pero es curioso que pasado el primer año, ya se haya cumplido con 4/5 partes del entrenamiento dentro de los servicios de Medicina Interna general. De qué manera esta situación pueda hacer más difícil que el residente conserve, en los años finales de su preparación, el interés y la destreza para visualizar al paciente integralmente o prefiera encaminarse pronto por una subespecialidad, no se conoce; lo que sí se ha establecido, es que la orientación global del programa hacia el generalismo o hacia la subespecialización determina en buen parte el rumbo de sus egresados (3, 4).

Es posible que un contacto menos intermitente y puntual del residente con sus docentes generalistas en el segundo y en el tercer año, o una segunda rotación con mayores responsabilidades por salas de Medicina Interna general, pudiera contribuir a mantener en el alumno una visión más integral del paciente, como corresponde a su preparación como futuro internista.

Este estilo de formación podría beneficiarse también del fortalecimiento de la instrucción en escenarios ambulatorios. De acuerdo con los resultados de nuestra investigación, en el momento sólo 31% del tiempo de preparación del residente se cumple en actividades de consulta externa o de atención de pacientes deshospitalizados. Hoy por hoy muchos internistas dedican una gran parte de su tiempo a la práctica ambulatoria integral y parece existir una discordancia entre las exigencias del ejercicio profesional y la formación que el posgrado brinda al respecto.

La duración de los programas en todos es de tres años. Aunque muchas veces parece poco frente a la amplitud de conocimientos que un internista requiere, la propuesta de extender a un cuarto año es con frecuencia impopular (5).

De cualquier manera, más allá de los años que dure el programa lo verdaderamente importante es la productividad de cada una de las rotaciones. Para su máximo aprovechamiento, cada actividad educativa debe tener unos objetivos y logros claros y su valoración debe estar centrada en si permite o no el cumplimiento de éstos. No necesariamente todos los espacios disponibles o posibles en un hospital o en un centro de práctica son productivos académicamente (6).

Dentro de la estructura curricular, algunos datos llaman la atención: mientras que todos los programas incluyen sin excepción las rotaciones de cardiología, neumología, reumatología, gastroenterología, nefrología, endocrinología y neurología, solamente 43% de ellos establecen la rotación de oncología como obligatoria y apenas 21% más la tiene

como opcional. Esto es preocupante si se tiene en cuenta el crecimiento de la patología neoplásica en Colombia, que para el año de 1960 explicaba menos del 4% de la mortalidad nacional, pero que hoy por hoy es responsable de cerca del 15% de los fallecimientos, y constituye la tercera causa de mortalidad. El 50% de estas muertes se presentan en el grupo comprendido entre los 60 y los 79 años, población objeto de la atención del internista (7, 8).

Si bien el papel más importante de nuestra especialidad en este campo puede ser el diagnóstico temprano, en una alta frecuencia el internista debe proporcionar una guía inicial a los pacientes y a sus familias al respecto de qué camino seguir, en qué casos se justifica hacer estudios adicionales y qué puede esperarse de la enfermedad y de su tratamiento. De otro lado, muchas veces el internista generalista participa en el tratamiento de las enfermedades concomitantes del paciente con cáncer y no en pocas enfrenta las complicaciones de la terapia antineoplásica. Por ello, el Comité de Educación que realizó esta investigación considera que la rotación de oncología debería ser parte fundamental del entrenamiento en todos los programas y alienta a sus coordinadores a incluirla en el currículo como un espacio educativo necesario y fundamental.

Un área relacionada con la anterior es la formación en cuidados paliativos y en el acompañamiento del enfermo en el final de la vida. En nuestro estudio ningún programa hizo mención expresa de un entrenamiento formal a sus residentes en dichos contenidos. En los Estados Unidos, el interés por estos temas ha venido creciendo, pues si bien para el año 2002 sólo el 60% de los programas exigían formación en el manejo del dolor y menos del 30% lo reclamaba para los síntomas no dolorosos (9). La encuesta hecha a directores de programa de Medicina Interna en el año 2005, por Warshaw et al, ubicó a la formación en cuidados paliativos en el tercer lugar dentro de un listado de siete tópicos a enseñar en la formación de los residentes (10).

Si bien la agonía y la muerte son realidades de la práctica cotidiana, con frecuencia el estudiante de medicina y el residente sienten incomodidad a la hora de enfrentar estas situaciones naturales en sus pacientes. Todavía la muerte es vista como un fracaso médico y el cuidado paliativo como un arte y no como una práctica científica (11). Este descuido de la preparación del residente en el tratamiento de los enfermos terminales, dista mucho de la preocupación de quienes enseñaron la especialidad en sus albores e insistían en que una de las habilidades más importantes que el médico debía adquirir era la capacidad para acompañar a sus pacientes en ese trance hacia la muerte (12).

En nuestra época, la enseñanza de esta destreza se ha olvidado y concretamente no hace parte regular del entrenamiento formal entre nosotros. Por fortuna, en los últimos años, diversos autores han señalado la conveniencia de recuperar la formación en esta área (11,13). Para su implementación pueden organizarse seminarios, presentaciones de casos, videos, juegos de roles, etc (11, 12, 14).

Estas metodologías han demostrado mejorar la capacidad de comunicación de los residentes con sus pacientes terminales, el manejo del dolor y el acompañamiento del paciente en su proceso de muerte (11, 15). De tal forma el Comité de Educación recomienda que los directores de programa establezcan espacios académicos de discusión y preparación de los residentes en este tema, con el fin de mejorar sus competencias en la atención de este tipo de situaciones.

No menos importante y mucho más cotidiano, es el tema de la atención del anciano. Desde hace varios años, la estructura poblacional colombiana ha venido cambiando y según el censo del año 2005, en nuestro país hay ya cerca de 3.7 millones de personas mayores de 65 años. Estas modificaciones demográficas afectan el perfil del paciente atendido por el internista, y en países como Estados Unidos, la proporción de visitas al consultorio de personas de 65 años de edad o más se ha duplicado en los últimos años, incrementándose de 32% en 1975 a 57% de todas las consultas en el año 2000 (16).

A pesar de ello, según nuestra encuesta, sólo 29% de los programas contemplan un entrenamiento formal por geriatría, si bien la atención de pacientes adultos mayores es el día a día. En gran parte el problema se debe a la escasez de geriatras en nuestro medio: según el profesor Jorge Hernán López, coordinador del programa de geriatría de la Universidad Nacional de Colombia, y miembro de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, en el país sólo existen 30 geriatras debidamente reconocidos y únicamente hay dos programas de formación de posgrado en esta especialidad (Universidad de Caldas y Universidad Nacional de Colombia). Este déficit de recurso (tan sólo 0.81 geriatras por cada 100.000 ancianos) hace imposible por un lado asegurar la atención de los pacientes por la especialidad y por el otro proveer los docentes de geriatría suficientes para los programas de Medicina Interna.

Ante estas circunstancias ¿cuál podría ser la mejor estrategia para asegurar mayores competencias en el cuidado del anciano en los programas de especialización en Medicina Interna?. Una solución interesante fue la adoptada por Estados Unidos entre los años setenta y mediados de los ochenta a través de la implementación de una Certificación Adicional en Geriatría (CAG), que podían obtener los internistas luego de un entrenamiento puntual en esta disciplina. Este camino fue emprendido por cerca de 10.000 profesionales del ramo y contribuyó de manera importante en la construcción de una fuerza de atención capaz de prestar un mejor servicio a la población adulta mayor. Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos y de contar ya con más de 100 programas de residencia en geriatría, ni siquiera en ese país será posible cumplir con la demanda de especialistas proyectada para el futuro cercano en la creciente población de adultos mayores (17).

Ante esta situación, el interés por la capacitación de los internistas en esta área continúa vigente, y en la encuesta del año 2002 a 390 directores de programa de residencia en Medicina Interna, se evidenció que 93% de los programas

norteamericanos exigía a sus estudiantes una rotación por geriatría (18).

Estos ajustes son también consecuencia de los condicionamientos del Consejo de Acreditación de la Educación Médica para Graduados de ese país, el cual estableció en 1989 los requisitos en esta materia para los programas de residencia en Medicina Interna. Estas disposiciones se hicieron obligatorias en los Estados Unidos a partir de 1995 y fueron actualizadas en 1998 (19).

En caso de querer mejorar esta situación, nuestros programas deben implementar las medidas más exitosas, y de acuerdo con una revisión minuciosa al respecto, éstas parecen ser: implementar una rotación específica de geriatría bien sea hospitalaria (hospitalización geriátrica o grupo interconsultante) o ambulatoria (hogar geriátrico, o visita domiciliaria); fomentar la discusión interdisciplinaria de casos con participación de geriatras en el grupo docente; hacer una selección estructurada de artículos de revisión que incluyan estos tópicos y programar charlas de atención del adulto mayor dentro del calendario académico (20). En cualquier caso, el éxito lo asegura una estructura curricular sólida, un grupo docente interdisciplinario dedicado y el compromiso del director de programa, de la facultad y de los demás especialistas del servicio de Medicina Interna. Cualquier solución deberá enfrentar las barreras presupuestales de los programas, pero sobre todo la falsa creencia bien arraigada de que un entrenamiento adicional en geriatría tendría muy poco que ofrecer a los internistas quienes, desde hace años cuidan pacientes de edad avanzada (21).

Al lado de los contenidos netamente académicos, propios de la profesión, nuestro estudio quiso indagar por un aspecto frecuentemente olvidado en el análisis de la preparación del estudiante de posgrado en Medicina Interna, pero íntimamente vinculado a sus orígenes: desde los albores de la especialidad, el internista se caracterizó por su curiosidad científica, su deseo de conocer la causa íntima de las enfermedades y por comprender los procesos morbosos subyacentes a cada uno de los síntomas (22, 23).

Sin embargo, junto a esta preocupación científica, los grandes expositores se empeñaron en cultivar un especial interés por la filosofía, las artes, la cultura, la música y las humanidades en general: sir Wiliam Osler, de todos el más inspirador, concebía la preparación del internista como un largo proceso que de exposición a la más diversa variedad de pacientes y situaciones clínicas, iluminada por la lectura de los textos y artículos médicos, pero también por la literatura universal, que para él, como humanista, constituía uno de los ejes primordiales de la formación de todo médico. En uno de sus escritos, resumió para sus alumnos una lista de 10 textos universales que sugería a todo estudiante de medicina leer media hora antes de dormir, dentro de los cuales figuran obras de Shakespeare, Montaigne, Plutarco, Marco Aurelio, Epicteto, Miguel de Cervantes, Emerson y Oliver Wendell Holmes, entre otros (24, 25). En contraposición a esta concepción humanista del internista, nuestra encuesta

señala que sólo el 12% de los programas disponen un espacio periódico para la reflexión de estos temas, si bien un 69% hace alguna discusión de asuntos bioéticos, haciendo aún más necesario insistir en el clamor por una formación ilustrada, tan recomendada por distinguidos profesores del ámbito nacional (26-29) e internacional (30); pues como bien lo señala el profesor Barbado Hernández:

“El contacto del médico residente en Medicina Interna con la literatura puede ayudarle a mejorar la obtención de la historia clínica, perfeccionar su comunicación con el paciente y hasta desarrollar una mayor sensibilidad y capacidad para comprender a los enfermos que padecen las distintas afecciones” (30).

De estos comentarios anteriores, podría afirmarse que para que el médico sea un mejor profesional, debe procurar cultivar no sólo su dimensión académica sino también su dimensión humana y de esto ya vienen tomando conciencia los organismos de regulación académica en otros países (31, 32).

Por esta razón, el Comité de Educación de la ACMI recomienda a los programas de Medicina Interna revisar profundamente los espacios y las actividades que cada institución tiene implementados y todos los nuevos que pueda diseñar para reivindicar y fortalecer la formación humanística de sus estudiantes con el fin de obtener un internista más humano, con mayor profesionalismo y destreza en la comunicación, el entendimiento y el trato a sus pacientes.

En forma paralela a estas observaciones conceptuales que se han planteado sobre el currículo, la encuesta ha permitido identificar también algunas dificultades instrumentales cuya solución seguramente contribuiría enormemente a alcanzar una mayor calidad en la formación de nuestros estudiantes.

Por un lado, los programas no ofrecen una contratación estable a sus profesores que les permita dedicarse plenamente a la vida académica, a la investigación, y al mejoramiento continuo de la instrucción. Según los datos reportados, del total de docentes vinculados, solamente el 75.6% tiene una relación laboral con las universidades, mientras que el 22.1% trabaja a través del convenio docencia servicio o lo hace *ad honorem*. Por otro lado, de los que pertenecen a la carrera docente apenas 24,2% tienen dedicación de tiempo completo, mientras que 37,3% tienen una contratación de medio tiempo y 13,6% son docentes de hora cátedra. Esta condición, identificada como una debilidad por los mismos programas encuestados, puede ser una de las barreras más importantes para lograr una mayor calidad en la formación de los residentes en Colombia, pues históricamente ha podido comprobarse cómo, por ejemplo en el caso de la educación norteamericana, el cambio de la enseñanza de la medicina por médicos en práctica a profesores de tiempo completo, pagados por la universidad, con tiempo brindado para la docencia y la investigación, fue uno de los promotores más importantes para elevar la calidad de la educación médica en ese país hace ya más de 100 años (33).

Por otra parte, el escalafón en la carrera docente reportado por 14/17 programas, muestra que un 56.7% son instructores o profesores asistentes, 20,2% son profesores asociados, 14% son titulares y menos del 1% son eméritos. Estas cifras muestran que no es fácil hacer una carrera docente en la medicina y podría especularse que esto esté relacionado con condiciones laborales desfavorables.

No menos dramático es haber establecido que sólo 22,4% de los profesores tiene alguna preparación en docencia universitaria, siendo casi en la mitad de los casos un diplomado. Esta situación de los docentes formadores de Medicina Interna en Colombia puede no ser muy distinta a la de otras áreas del conocimiento, pero si se quiere elevar el nivel de formación de los residentes es indispensable empezar a fomentar y a exigir la preparación específica de los profesores en la disciplina de la docencia universitaria, pues sólo a través de maestros con preparación pedagógica, investigativa y administrativa será posible gestar conocimiento y generar proyectos y líneas de investigación que den solución a los problemas locales, nacionales e internacionales acerca de la salud y la enfermedad (34, 35).

Sumado a lo anterior y en forma complementaria, luego de garantizar docentes con tiempo exclusivo para la enseñanza, será necesario también descargar a los residentes de algunas tareas asistenciales que en muchos casos los hospitales han venido delegándoles, dentro de una incorrecta y mal comprendida relación docente-asistencial, en la cual muchas veces el estudiante de posgrado suple los vacíos de la nómina hospitalaria como forma de compensación a la institución por los costos de la instrucción. Para que esto sea posible, debe replantearse la relación existente entre la universidad y el hospital, en donde éste se sienta copartícipe y corresponsable de la formación de los alumnos y aquélla se preocupe por mejorar el nivel científico de la institución hospitalaria, propicie modelos de investigación productiva a través de los cuales se consigan presupuestos externos, equipos, entrenamientos y capacitación del recurso humano del hospital y se fortalezcan los grupos de trabajo del centro de práctica con personas contratadas por la universidad laborando dentro del hospital en tareas académicas. En algunos casos, los hospitales deberán vincular personal asistencial que no necesariamente esté vinculado a la docencia para que una parte el volumen de pacientes no sobrecargue a los residentes y puedan disponer de tiempo para su entrenamiento (por ejemplo algo similar al modelo de los “Hospitalistas” norteamericanos) (36, 37).

Convendría también dar un giro conceptual al papel de la investigación como estrategia didáctica para el aprendizaje significativo de la mano de la comprensión del concepto renovado de ciencia y conocimiento científico. En este mismo sentido, queda claro que el maestro universitario, y en particular el del área de la salud debe ser un investigador en esta área además de ser un investigador social (35).

Las ideas de investigación, en cabeza de los profesores universitarios deben vincular a los residentes por su interés,

como parte de los equipos de trabajo, en la creación, desarrollo, presentación y publicación como autores o coautores; Así mismo, los trabajos deben seguir siendo parte de la promoción y graduación y debe propenderse por la presentación de sus resultados en los congresos no sólo locales, nacionales sino en internacionales. Para llegar a estas metas, debe considerarse la posibilidad colectiva de generar líneas de investigación interinstitucionales concibiendo el concepto de línea de investigación como un proceso continuado de actividad investigativa, en un periodo sólido de tiempo, sobre un tema determinado que integra a una o más personas en equipos interdisciplinarios e instituciones, con la figura de un coordinador o líder. Todas estas acciones requieren de un recorrido largo de trabajo con disciplina, paciencia y perseverancia, que además se debe entender como una estrategia que liga la docencia con la investigación de profesores al menos de tiempo completo e idealmente de dedicación exclusiva, con el apoyo permanente de las universidades y los entes gubernamentales. La línea de investigación puede generarse desde la modalidad de línea de profundización como componente del currículo flexible (35, 38).

Por último, aunque no se ahondó profundamente en el tema de la evaluación, el comité quiere resaltar que en el escenario ideal, ésta debe entenderse como un instrumento constructivo, de mejoramiento, que debe involucrar a los diferentes actores del proceso educativo, como los profesores, el alumno mismo, sus compañeros, el personal del equipo de salud con el que interactúa, sus personas a cargo, e inclusive idealmente el beneficiario potencial de la atención, el mismo paciente, constituyéndose en un proceso permanente multidireccional y multirreferencial, holístico, y que por supuesto debe incluir no sólo la evaluación del alumno, sino también la del profesor, del programa y de la institución donde se cumple (39, 40).

Recomendaciones finales

De conformidad con los resultados de esta investigación, el Comité de Educación de la ACMI desea dejar planteadas algunas recomendaciones para que sirvan de punto de discusión en el seno de los diferentes programas de posgrado:

1. El tiempo de formación de tres años parece razonable y está de acuerdo con los estándares internacionales. Sin embargo, el comité quiere hacer un llamado a los coordinadores de los programas para que revisen las actividades académicas y en lo posible se depuren aquellas que no hagan aportes académicos o profesionales significativos para la formación del residente. Toda rotación debe tener objetivos y logros claros y una estructura metodológica que los haga alcanzables. No todas las áreas del hospital o de los centros de formación son aptas para el entrenamiento.
2. Los coordinadores y el cuerpo profesoral deben revisar los contenidos de los programas para adecuar las rotaciones y su extensión a las principales causas de morbimortalidad de nuestro país. En especial, el

grupo de investigadores recomienda no dejar de lado los contenidos de oncología, dermatología y cuidados paliativos, así como considerar una mayor capacitación en actividades ambulatorias de prevención primaria de pacientes y de mantenimiento de la salud. Es un reto para los coordinadores de los programas el poder encontrar los espacios y las estrategias necesarias para desarrollar estas competencias.

3. Debe asegurarse la formación de un internista integral, por lo cual se sugiere mantener una formación transcurricular mediante el contacto directo de éstos con sus profesores internistas generales, bien sea a través de una mejor distribución de las rotaciones de Medicina Interna general a lo largo de los tres años o bien mediante actividades periódicas que involucren a todos los residentes con el servicio de Medicina Interna independientemente de su nivel de formación.
4. Es necesario revivir la preocupación por la formación humanística del internista. La programación de actividades que fomenten el conocimiento de la literatura, las artes y la cultura en general y más importante incluso, la adopción de una escala de valores palpable y real en el interior de los programas y de sus docentes, que resalte la importancia de esta dimensión en el educando y que incluso influya en su evaluación, pueden ser estrategias a implementar para lograr estas competencias de profesionalismo.
5. Para lograr muchos de estos presupuestos, es necesario que los programas hagan una modificación de la relación docente-asistencial que vincula a universidades y centros de práctica para que se consiga establecer el profesorado de tiempo completo y dedicación exclusiva y se puedan privilegiar la academia y la investigación de tal forma que se equilibre la sobrecarga asistencial que con frecuencia experimentan los estudiantes de posgrado. Es necesario concebir estrategias inteligentes que reviertan al hospital el costo de la educación de médicos en posgrado, como por ejemplo diseñar procesos de investigación que optimicen la calidad y la relación de costo-efectividad en la atención de los pacientes, y no funcionar a expensas del trabajo desmedido de los residentes.
6. La ACMI debe buscar activamente espacios de cooperación con las universidades en particular en los programas de entrenamiento en Medicina Interna que redunden en beneficios para todos los involucrados. Así puede convertirse en punto de convergencia y coordinación de soluciones a problemas comunes e inquietudes académicas de los programas de posgrado.

Agradecimientos

El Comité de Educación de la ACMI de 2004 a 2006, quiere expresar su agradecimiento a los coordinadores de los diferentes programas de posgrado de Medicina Interna: José Ignacio Hernández (Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud), Rubén Camargo (Fundación Universitaria San

Martín), Carlos Alberto Cañas (Instituto de Ciencias de la Salud), Juan Martín Gutiérrez del Hospital de San Ignacio y Omar O. Velandia del Hospital de La Samaritana (Pontificia Universidad Javeriana), Juan Manuel Toro (Universidad de Antioquia), Gilberto Manjarrés (Universidad de Caldas), Jorge Coronado (Universidad de Cartagena), Pedro Manuel Pacheco del Hospital de Santa Clara y William Kattah de la FSFB (Universidad El Bosque), Francisco Fernando Naranjo (Universidad Industrial de Santander), Carlos Arturo Barrera (Universidad Libre de Colombia), Nazario Hani (Universidad Metropolitana), Constanza Garzón y Robin Rada (Universidad Militar Nueva Granada), Nairo Cano (Universidad Nacional de Colombia) y Fernando Londoño (Universidad Pontificia Bolivariana), Rodolfo Dennis y Mauricio Pardo (Universidad del Rosario), quienes amablemente nos suministraron la información necesaria para adelantar este estudio; igualmente a los presidentes de Capítulo de la ACMI: Juan Manuel Senior (Antioquia-Chocó), Darío Mejía (Caldas), Dereck De la Rosa (Caribe), Ramón Murgueitio (Central), Jazmín Abuabara (Costa Atlántica), Tatiana Espinosa (Morrosquillo), Álvaro Portilla (Nariño), Germán Alberto Muñoz (Norte de Santander), Gregorio Sánchez (Quindío), Harold Miranda (Risaralda), Marcos Casas (Santander) y Roberto Gómez (Valle – Cauca) quienes con su gestión hicieron posible la recolección local de la información; así mismo al doctor Jorge Hernán López, coordinador del programa de geriatría de la Universidad Nacional de Colombia, y miembro de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría, quien nos suministró información valiosa concerniente al estado actual de la geriatría en Colombia; y por último, expresar nuestro agradecimiento a la señora Clara Ramírez, secretaria de ACMI Nacional por toda su colaboración en la elaboración de comunicaciones y en la coordinación de la recepción en Bogotá del material proveniente de los diferentes Capítulos de la ACMI.

Referencias

1. Ludmerer KM, Johns MM. Reforming graduate medical education. *JAMA* 2005; **294**: 1083-87.
2. Asociación Colombiana de Medicina Interna. Taller de Focalización: Perfil profesional del médico internista. Hotel Casa Dann Carlton, Bogotá, Noviembre 22 de 2001.
3. Goldemberg DL, Pozen JT, Cohen AS. The effect of a primary-care pathway on internal medicine residents' career plans. *Ann Intern Med* 1979; **91**: 271-4.
4. Nelson HD, Cooney TG, Kroenke K, Friedman RH. Contributions of general internal medicine teaching units. *J Gen Intern Med* 2000; **15**: 277-83.
5. Salerno SM, Cowl CT. The opinion of current and recent internal medicine residents regarding a fourth year of training and the future of general internal medicine. American College of Physicians National Council of Associates. *Am J Med* 1997; **102**: 143-6.
6. Ludmerer KM, Johns MM. Reforming graduate medical education. *JAMA* 2005; **294**: 1083-7.
7. Instituto Nacional de Cancerología, Congreso Internacional sobre Cáncer, Bogotá, Julio 12 al 15 de 2004. (Consultado de 2007 Nov 21). Disponible en: http://www.presidencia.gov.co/prensa_news/sne/2004/julio/06/06062004.htm.
8. Ochoa FL, Montoya LP. Mortalidad por cáncer en Colombia 2001. *Revista CES MEDICINA* 2004; **18**: 19-36.
9. Mullan PB, Weissman DE, Ambuel B, von Guten C. End-of-life care education in internal medicine residency programs: an interinstitutional study. *J Palliat Med* 2002; **5**: 487-96.
10. Warshaw GA, Bragg EJ, Thomas DC, Mona LHo, Brewer DE. Are Internal Medicine Residency Programs Adequately Preparing Physicians to Care for The Baby Boomers? A National Survey from the Association Of Directors Of Geriatric Academic Programs Status Of Geriatrics Workforce Study. *J Am Geriatr Soc* 2006; **54**: 1603-9.
11. Fins JJ, Nilson EG. An approach to educating residents about palliative care and clinical ethics. *Acad Med* 2000; **75**: 662-5.
12. Peabody FW. Landmark perspective: The care of the patient. Francis Peabody revisited. *JAMA* 1984; **252**: 813-20.
13. Alexander SC, Keitz SA, Sloane R, Tulsy JA. A controlled trial of a short course to improve resident's communication with patients at the end of life. *Acad Med* 2006; **81**: 1008-12.
14. Farber NJ, Urban SY, Collier VU, Metzger M, Weiner J, Boyer EG. Frequency and perceived competence in providing palliative care to terminally ill patients: a survey of primary care physicians. *J Pain Symptom Manage* 2004; **28**: 364-72.
15. McFarland KF, Rhoades DR. End-of-life care: a retreat format for residents. *J Palliat Med* 2006; **9**: 82-9.
16. Von Gunten CF, Twaddle M, Preodor M, Neely KJ, Martínez J, Lyons J. Evidence of improved knowledge and skills after an elective rotation in a hospice and palliative care program for internal medicine residents. *Am J Hosp Palliat Care*. 2005; **22**: 195-203.
17. National Center for Health Statistics, Data Warehouse on Trends in Health and Aging (Consultado 2003 May 14). Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/agingact.htm>.
18. Warshaw GA, Bragg EJ, Shaull RW, Lindsell CJ. Academic geriatric programs in US allopathic and osteopathic medical schools. *JAMA* 2002; **288**: 2313-9.
19. Warshaw GA, Thomas DC, Callahan EH, Bragg EJ, Shaull RW, Lindsell CJ, et al. A national survey on the current status of general internal medicine residency education in geriatric medicine. *J Gen Intern Med* 2003; **18**: 679-84.
20. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Program requirements for residency education in internal medicine. Disponible en: www.acgme.org. Consultado el 20 marzo de 2008.
21. Thomas DC, Leipzig RM, Smith LG, Dunn K, Sullivan G, Callahan E. Improving geriatrics training in internal medicine residency programs: best practices and sustainable solutions. *Ann Intern Med* 2003; **139**: 628-34.
22. Jahnigen D. Geriatric education for internal medicine residents. *Am J Med* 1994; **97**: 43S-5S.
23. Bean WB. Occasional notes. Origin of the term "Internal Medicine". *N Engl J Med* 1982; **306**: 182-3.
24. Golden RL. William Osler at 150: An overview of a life. *JAMA* 1999; **282**: 2252-8.
25. Osler W. Bedside library for medical students. En: Osler W. *Aequanimitas*. 3a. ed. Philadelphia: Blakiston; 1947.
26. Sánchez C. El internista del siglo XXI. *Acta Med Colomb* 1997; **22**: 250-4.
27. Echeverri D, Corzo O. Doctor Pablo Elías Gutiérrez. Internista o humanista. *Acta Med Colomb* 2006; **31**: 48-50.
28. Torres H. ¡Humanicemos al internista! El compromiso es de todos. *Acta Med Colomb* 2006; **31**: 427-32.
29. D'Achiardi R. Futuro del internista en Colombia. En: Hernández CA, Ardila E, Niño de Arboleda MN, editores. *La Medicina Interna en Colombia*. 1a. ed. Bogotá: Asociación Colombiana de Medicina; 2006.p.72.
30. Barbado FJ. Medicina y literatura en la formación del médico residente de Medicina Interna. *An Med Interna* 2007; **24**: 195-200.

31. **Palsson R, Kellett J, Lindgren S, Merino J, Semple C, Sereni D.** Core competencies of the European internist: A discussion paper. *Eur J Intern Med.* 2007; **18**: 104-8.
32. Accreditation Council For Graduate Medical Education. Outcome project, Minimum program requirements language approved by the ACGME. 1999 (Consultado 2007 Oct 20). Disponible en: <http://www.acgme.org/outcome/comp/comp/compMin.asp>.
33. **Ludmerer KM.** Learning to Heal. The development of american medical education. 1a. ed. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1985 p. 207-13.
34. **Pinilla AE.** Perfil del maestro universitario. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb* 1997; **45**: 88- 92.
35. **Moncada LI, Pinilla AE.** Investigación en educación. En: Rojas E, Vera L, Madiedo N, eds. Reflexiones sobre educación universitaria III. 1. ed. Bogotá: Unibiblos; 2007.p.145-164.
36. **Wachter RM.** An introduction to the hospitalist model. *Ann Intern Med* 1999; **130**: 338-42.
37. **Goldman L.** The impact of hospitalists on medical education and the academic health system. *Ann Intern Med*; 1999; **130**: 338-42.
38. **Pinilla AE, López MC.** Líneas de Profundización como semillero de investigadores. En: Hernández G, Vargas FA, eds. Experiencias significativas en innovación pedagógica. Bogotá, Unibiblos; 2006. p.143-155.
39. **Guba, E G, & Lincoln YS.** *Fourth generation evaluation. 1a. ed.* Newbury Park, California: Sage Publications; 1989.
40. **Soto HA, Barrera MP, Pinilla AE, Rojas E, Sáenz ML, Parra MO.** Diagnóstico sobre la evaluación académica en pregrado realizada por los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. En: Madiedo Clavijo N, Pinilla AE, Sánchez J, eds. Reflexiones en educación universitaria II: Evaluación. 1a. ed. Bogotá: El Malpensante S.A.; 2002. p.173 - 197.