

Recuperando la identidad del médico internista

Al visualizar las competencias profesionales

Recovering the identity of the internist by visualizing professional dexterities

ANÁLIDA ELIZABETH PINILLA • BOGOTÁ, D.C.

Resumen

Objetivo: realizar una revisión de la literatura nacional e internacional sobre la medicina interna y la identidad del médico internista con el fin de caracterizar la identidad de este profesional en medicina clínica.

Fuente de datos: se inició la búsqueda sistemática de la literatura científica publicada en español y en inglés de los artículos de mayor relevancia, en diferentes bases de datos como Medline, SciELO y otras bases de la biblioteca de la Universidad Nacional de Colombia y páginas de asociaciones médicas, además de la revisión de libros sobre el tema. Para tal fin se emplearon los términos médico internista, internista, medicina interna, competencias médico internista.

Selección de estudios: se revisaron los títulos y resúmenes para seleccionar las publicaciones originales y las más representativas para el tema de este artículo. Los artículos de revistas se analizaron mediante el programa para análisis cualitativo Atlas. ti (5.0), el cual se utilizó para hacer la lectura interpretativa, con la creación de códigos y familias. Luego en el proceso de elaboración se articularon los aportes de los libros.

Conclusión: este artículo recapitula el surgimiento de la medicina interna hacia finales del siglo XIX en Europa, Latinoamérica y Colombia, se construye el concepto de medicina interna como ciencia y arte, las denominaciones que ha recibido el médico internista, las características para llegar a ubicarlas en el contexto de las competencias profesionales, para lo cual se explica el concepto de competencia en educación y competencia profesional. Luego se esbozan las competencias profesionales que han sido estandarizadas por diferentes asociaciones y autores internacionales, los escenarios o ambientes de desempeño y se culmina con algunas reflexiones sobre las exigencias para el siglo XXI, en las que se resalta el profesionalismo (*Acta Med Colomb 2010; 35: 143-153*).

Palabras clave: *medicina interna, médico internista, competencias profesionales, profesionalismo.*

Abstract

Objective: to carry out a review of local and international literature about internal medicine and the identity of the internist, with the aim of characterizing the identity of this professional within clinical medicine.

Sources of data: a systematic search of relevant scientific literature in Spanish and English was done. Relevant articles were searched in databases such as Medline, SciELO, the library of the National University of Colombia, and websites of medical associations. Books on the subject were also reviewed. The following terms were used: internist, specialist in internal medicine, internal medicine, dexterities of the internist.

Selection of studies: titles and abstracts were reviewed in order to select original publications relevant to the subject. Journal articles were analyzed by way of the Atlas. ti (5.0) qualitative analysis program in order to carry out interpretative reading, creating codes and families. Contributions from books were incorporated during the writing process.

Conclusion: this article summarizes the development of internal medicine at the end of the 19th century in Europe, Latin America, and Colombia. The concept of internal medicine as science and art is construed, as well as the denominations given to the internist and his characteristics, in order

Dra. Análida Elizabeth Pinilla Roa: Especialista en Medicina Interna. Diabetóloga. MSc. en Educación con Énfasis en docencia universitaria. Especialista en Evaluación y construcción de indicadores de gestión para la Educación Superior. Estudiante de Doctorado en Educación. Profesora Asociada, Departamento de Medicina Interna, Miembro Fundador del Grupo de Apoyo Pedagógico y Formación Docente de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C.
E-mail: aepinillar@bt.unal.edu.co
Recibido: 14/VI/10 Aceptado: 02/VII/10

to place them in the context of professional dexterities. The concept of educational and professional dexterity is therefore explained. The professional dexterities that have been standardized by associations and international authors are then outlined, as well as the environments suitable for their development. The paper ends with some reflections on the challenges posed by the 21st century, with an emphasis on professionalism (*Acta Med Colomb* 2010; 35: 143-153).

Keywords: *internal medicine, internist, professional dexterities, professionalism.*

Introducción

Dado que no existe un referente teórico preciso en Colombia, se inicia esta construcción partiendo de la revisión de la literatura local, nacional e internacional, para describir qué significa ser médico internista. Es necesario indagar sobre las competencias esperadas de un médico internista para Colombia.

En el contexto anterior, se planea elaborar el marco conceptual de las competencias profesionales, en particular las que debe alcanzar un residente que va a titularse como especialista de medicina interna. Por tanto, se busca construir un referente conceptual de las diferentes competencias de un internista para Colombia, partiendo del análisis de lo que han planteado, en otros países, autores como Palsson et al (2007), Larson et al (2004), y Epstein y Hundert (2002), y asociaciones como la Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) (1999) (1-4). Estas competencias, que le imprimen una caracterización particular, se pueden resumir en clínicas o de cuidado del paciente, de conocimiento práctico, de comunicación e interpersonales, profesionalismo, actividades académicas de educación e investigación y administrativas.

Historia

Para comenzar, es sensato revisar el surgimiento de la medicina interna para llegar a comprender el concepto actual y, entonces, reconocer y llegar a vislumbrar quién es un médico internista.

Se esboza el surgimiento de la especialidad de medicina interna como lo han recopilado diversos autores.

Gómez (2004) y Reyes (2006) afirman que la medicina interna inició su andadura en Alemania en 1882, cuando una reunión realizada en Wiesbaden, se denominó Primer Congreso de Medicina Interna (5, 6). Es decir, en el ambiente médico germánico nacieron los términos “medicina interna” e “internista”. Además, nació con el desarrollo de la medicina hospitalaria, muy ligada a las clínicas universitarias (Espinosa, 1999) (7). En Estados Unidos, el nombre *Internal Medicine* fue introducido en la década de los treinta; en Bélgica, alrededor de 1943; en España, en 1950, de la mano de los grandes maestros.

Pamo (1999) complementa:

“El término *Innere Medizin* fue introducido para corregir el falso concepto de que los médicos estuvieran ejerciendo una práctica puramente clínica y para referirse a aquella basada en los novísimos conocimientos de la época en fisiología, bioquímica, bacteriología y patología, donde no se recurría a la cirugía como tratamiento (p. 2) (8)”.

William Osler (1849-1919) definió el internista como un “generalista privado y distinguido”, para diferenciarlo del médico general; desde ese momento, el médico internista ha sido considerado el clínico por excelencia. En 1895, como presidente de la Association of American Physicians, hizo un llamado a los jóvenes estudiantes para que se entrenaran en medicina interna como especialidad. Estos nuevos especialistas serían los médicos clínicos (*clinicians* o *physicians*), cuyo trabajo estaría basado en la anatomopatología y pasarían de los laboratorios a las salas de hospitalización, aplicando directamente los conocimientos de los exámenes auxiliares a la práctica clínica. En 1897 dictó una conferencia titulada “Medicina interna como una vocación”, en la que planteó que esta especialidad comprendía un vasto campo diferente de la cirugía, la obstetricia y la ginecología, y cuyos cultores serían denominados médicos clínicos (*physicians*) (8). Por lo anterior, Espinosa (1999) aclara que la medicina interna es una de las cuatro especialidades básicas, junto a la cirugía, la pediatría y la ginecoobstetricia (7).

La situación en España fue similar, según lo relata Gómez (2004). A mitad del siglo XX aparece una figura de gran relieve en la medicina interna de ese país, Letamendi, quien se dedicó a analizar al enfermo como un conjunto unitario de cuerpo y alma. De esa forma, se constituyó en el primer internista generalista, sobre el cual se esbozaría posteriormente la moderna medicina interna como ciencia y arte, ya que, además, era músico, escritor y pintor. En ese sentido, decía Gregorio Marañón: “el médico que sólo sabe medicina, ni medicina sabe” (5).

En Latinoamérica, en el desarrollo de la medicina interna, la situación ha sido diversa. En algunos países, las subespecialidades de la medicina interna surgieron en las primeras décadas del siglo XX, según Reyes (2006) (6).

Esta necesidad fue más obvia cuando apareció una tecnología de alta complejidad que sólo puede dominarse dedicándole mucho tiempo. Nadie concebiría en el siglo XXI un médico capaz de manejar la endoscopia digestiva, la cardiología intervencionista, la ecocardiografía, la diálisis extracorpórea, los laboratorios de inmunología, entre otras. Una gran proporción de internistas se incorporó a este fraccionamiento progresivo del quehacer profesional. Esta proporción ha variado según la época histórica, en países y regiones de un país, debido a las necesidades de la población, la disponibilidad local de tecnología compleja y otros factores económicos y sociales.

En Colombia la medicina interna nació hacia los años sesenta; las especialidades, en los años setenta y ochenta. Velásquez, Pinilla, Pinzón, Severiche, Dennis y de Arboleda

(2008), en la investigación Perfil de formación del posgrado en Medicina Interna en Colombia, recopilaron la situación durante la segunda mitad del siglo XX, de los 17 programas reportados, 7 (41.7%) fueron fundados antes de 1980, y 9 (52.9%) lo fueron entre 1980 y 1999 (9).

Para resumir, la medicina interna surgió hace más de 120 años en el viejo mundo, pero en Latinoamérica es mucho más reciente, y en Colombia apenas está completando cincuenta años. Hoy el médico especialista en medicina interna representa un papel esencial en la atención del paciente adulto. En palabras de Duclos (2006), “el internista... sigue vivo y su vida se extinguirá sólo cuando el hombre deje de existir” (10).

Concepto de medicina interna

Se recopilan diferentes aspectos que la caracterizan, para construir el concepto de esta especialidad en los inicios del siglo XXI.

Espinosa (1999) recuerda cómo surgió esta especialidad: “... esta especialidad se perfiló, lo hizo con una concepción experimental diferente a la esencialmente descriptiva y anatómica que durante siglos caracterizara a la medicina general... Los internistas trabajarían tanto en lo que hoy conocemos como atención primaria de salud como en los hospitales... fue la única especialidad que acogió la tradición clínica más pura... cuyo objeto es el hombre adulto, individual y colectivamente, sano y enfermo (7)”.

Este autor evoca palabras del profesor José Jordán: “... en el frondoso árbol de las ciencias médicas, la medicina interna es el tronco de donde se nutre el resto de las especialidades, que son las ramas”, y llamaba a “conservar fuerte el tronco, para que todas las ramas crecieran frondosas...”

En este sentido, se recalcan diferentes características: las habilidades técnicas son importantes, pero limitadas; el humanismo es una parte intrínseca de la profesión; los internistas son capaces de cubrir un amplio espectro asistencial, desde la atención primaria hasta la terciaria; el internista es el árbitro y el negociador entre el paciente y los restantes especialistas.

Gómez (2004) responde a la pregunta ¿qué es la medicina interna?, apoyado en la American Board of Internal Medicine: “la Medicina Interna es una ciencia clínica, central a las especialidades de la medicina y la cirugía que se ocupa de la salud y enfermedad en adolescentes y adultos”. Y complementa las características del médico internista:

“Con frecuencia obligado a tener en cuenta en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico y, por consiguiente, una serie de consideraciones sociales y familiares que nada tienen que ver con la ciencia, pero sí con el arte de la medicina... Ser médico, en contra de lo esperable, es cada vez más un arte, un equilibrar las expectativas acerca de la salud de los pacientes con la realidad científica (5)”.

Pamo (1999) reafirma que la medicina interna es la que ejercen médicos para los adultos, y enfatiza que el internista

es un especialista con un entrenamiento de tres años en el posgrado de la escuela académica para la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a los adultos. Además, aclara una situación frecuente en la identidad de este especialista: “más de la mitad del público norteamericano no sabía qué era un internista y confundían al internista con el interno o con alguien entendido en órganos internos”. La noción de que “el internista es el especialista encargado del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades que comprometen a los órganos internos del cuerpo humano” siempre fue incompleta e insegura (8).

Para Reyes (2006), la medicina interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención (6).

Para la Sociedad Médica de Chile (2006), es una especialidad médica que se ocupa de la atención integral de la salud del adulto, caracterizada por su forma de actuación clínica humanizada, no quirúrgica, que abarca desde la atención primaria a la atención terciaria (11).

Medicina interna: ciencia y arte

La polémica entre arte y ciencia ha permeado el pensamiento médico por más de 25 siglos y aún perdura. Para comenzar a discernir este debate, Hipócrates consideró que la medicina más que una ciencia, era un arte, un oficio, una práctica.

A través de la historia, diversos autores han fortalecido esta premisa. Reyes afirma (2006):

“La naturaleza de la Medicina Interna y su rol en el progreso de la ciencia y el arte médicos son los mismos desde que se conformó esta especialidad. Pero en las últimas décadas hemos vivido cambios en el ejercicio de la Medicina Interna y sus subespecialidades, en los recursos tecnológicos y la forma en que los médicos adaptamos nuestro quehacer profesional (6)”.

Por tanto, el médico internista debe aprender y comprender que es muy importante el conocimiento científico, la tecnología y la técnica, tanto como el conocimiento de los problemas de salud del paciente de acuerdo con su contexto cultural, social y económico. Debe tener la virtud de saber analizar las bases científicas de la medicina con el arte de la interacción con la persona sana y enferma por medio de la semiología. Espinosa (1999) afirma que se enfrenta al reto de “encontrar un equilibrio entre la formación científica y el desarrollo de las destrezas necesarias para atender y resolver los problemas concretos de salud y, por ende, de la clínica” (7).

Además, la medicina, y por tanto la medicina interna en los principios del siglo XXI, está orientada a conseguir el mayor beneficio de las personas saludables o enfermas con el menor costo posible. La medicina ha virado desde la atención terciaria, paliativa, hacia la atención primaria para la promoción y prevención. En esa secuencia de metas, se

busca hacer un diagnóstico temprano, lograr curaciones de las enfermedades tratables de la forma más sencilla posible y sin exploraciones innecesarias, propender a una buena calidad de vida aunque sea limitada, evitar el sufrimiento dentro de lo posible y éticamente aceptable, tener una muerte digna y, de ser posible, en casa (Gómez, 2004) (5).

Por tanto, es necesario y fundamental que los médicos tengan una formación científica y humana, y el dominio del arte de conducir los conocimientos científicos para lograr el objetivo de recuperar la salud del enfermo sin perjudicarlo. Así mismo, se espera que el médico tenga simpatía y comprensión, porque el ser humano, cuando adquiere la categoría de paciente, es un ser débil, temeroso y esperanzado, que busca apoyo, ayuda y confianza para llegar a ser aliviado. Por lo anterior, Gómez (2004) recuerda lo expuesto por la American Board of Internal Medicine que postula: “el médico debe ser íntegro, respetuoso y compasivo, ya que el secreto del cuidado del paciente es interesarse por él”.

En resumen, Gómez (2004) afirma que el médico internista “se distinguirá por el arte de conducir los conocimientos científicos a la curación del enfermo, con la mejor calidad clínica, menos ensañamiento tecnológico y mayor dosis de humanismo” (5).

Otras denominaciones del médico internista

Dada la confusión que el público tiene sobre quién es un médico internista, es necesario recopilar los diversos nombres con los cuales se le ha denominado: médico internista generalista (Ochoa, 2006) (12), médico internista general, médico clínico (*clinician* o *physician*), internista puro o simplemente internista (Pamo, 1999) (8) y médico internista integral.

Sin embargo, se sabe que el público no distingue este especialista clínico del médico general e, incluso, lo confunde con el médico interno, que está en el último periodo de formación práctica para graduarse. Actualmente, se ha incrementado aún más esta confusión con el especialista en medicina familiar que, como su nombre lo indica, atiende todo el núcleo familiar, con especial énfasis en la atención y la prevención primarias (D’Achiardi, 2006) (13).

Dada la identidad del médico internista con la persona adulta, Pamo (1999) propone: “De manera práctica, el internista pasaría a llamarse médico de adultos, lo cual le facilitaría algo para que el público lo entienda y no nos considere como médico general” (8). Otra forma clara de explicar al público quién es el médico internista es compararlo con el pediatra, pues el primero se encarga de la atención de la persona mayor de 15 años y el segundo del grupo complementario.

Muchas veces, pacientes, amigos o familiares y colegas jóvenes preguntan a qué se dedica la medicina interna. Encuestas realizadas en Estados Unidos han mostrado que más de la mitad del público no sabe qué es un internista. De los que dicen saberlo, muchos están equivocados y sólo 25% lo identifica como especialista en medicina interna (14). Esto ha

provocado que la organización de internistas más numerosa del planeta, el American College of Physicians-American Society of Internal Medicine (ACP-ASIM) haya emprendido una millonaria campaña educativa, bajo el lema “Medicina interna: doctores para adultos”, para comunicar al público las ventajas de ser atendido por un internista. Así mismo, ha iniciado un debate aún no resuelto acerca de si cambiar el nombre de “internista” por otro (consultante diagnóstico, médico de adultos) que describa mejor y explique más claramente, tanto al paciente como a los administradores y prestadores de salud, la actividad propia de un internista (Sánchez, 2003) (15).

Cómo se ha caracterizado el médico internista

Para comenzar, es necesario plantear quién es este profesional de la medicina: es el médico especializado en la salud y la enfermedad de diversos grupos etarios, desde los 15 años hasta la tercera edad: el adolescente, el joven, el adulto joven y el adulto mayor.

Para D’Achiardi (2006), ser médico internista implica brindar atención integral al paciente adulto (13). Autores como Reyes (2006) insisten en contemplar a la persona adulta como ser humano biopsicosocial que cuando le surge algún problema de salud recibe la denominación de paciente; en ese momento cualquier médico, todos los miembros del equipo de salud, en especial el internista, deben reconocerlo como paciente en su integridad como ser biológico, psíquico y social (6). Por consiguiente, el estudiante de posgrado, residente en formación, debe aprender y apropiarse de las herramientas de las ciencias biológicas junto a las de las ciencias sociales que contribuyen al propósito integrador y, más aún, cultivar los conocimientos, las habilidades y las actitudes éticas (6, 16). La realidad impone que el médico internista formado en las diferentes universidades colombianas o extranjeras tenga una serie de competencias comunes que le permitan responder a las necesidades de un paciente que lo consulta en búsqueda de ayuda, ya sea para preservar su salud o para frenar el desarrollo de diversos procesos patológicos.

El médico internista, médico clínico *per se*, clásicamente ha trabajado sobre el conjunto de síntomas que aquejan al paciente, los cuales trata de hacer objetivos en los signos hallados en el examen físico; en otras palabras, los hechos clínicos son base para el proceso de la toma de decisiones. Sin embargo, Gracia (2004) precisa que esto ha cambiado:

“Hoy consideramos que los valores pueden y deben jugar un importantísimo papel en la medicina. Por tanto, deben ser tenidos en cuenta por el profesional, ya que, en caso contrario, su medicina podrá ser técnicamente correcta, pero no merece el calificativo de humana. Humanizar la medicina es introducir en ella el mundo de los valores, tenerlos en cuenta (17)”.

Por consiguiente, es ineludible explicitar la importancia de los valores o las virtudes particulares del médico espe-

cialista en medicina interna, los cuales debe tener el futuro egresado de la mano del aprendizaje de conocimientos conceptuales y procedimentales. En otros términos, se requiere una formación integral por competencias de este profesional del área de la salud.

El internista ha sido considerado como el médico de cabecera ideal que busca integrar todo el cuidado del paciente, debe reunir los conceptos emitidos por diversos especialistas acerca de la problemática de un paciente. D'Achiardi afirma (2006):

“El internista es el eje alrededor del cual se mueve todo el equipo de salud; asesor, consultante e integrador de otros especialistas, quien dirige y centraliza el acto médico evitando la atomización en el cuidado del enfermo, brinda un cuidado integral a adolescentes, adultos y ancianos, con base en una formación científica y humanística y, finalmente, quien tiene alta precisión diagnóstica, se mantiene siempre actualizado y maneja con criterio estricto y gran prudencia los medios diagnósticos de los cuales dispone en la actualidad (13)”.

La Real Academia de la Lengua Española (2008) define el término internista como un adjetivo: “Dicho de un médico: que se dedica especialmente al estudio y tratamiento de enfermedades que afectan a los órganos internos” (18).

Con el surgimiento de las subespecialidades de la medicina interna, como la cardiología, la neumología, la nefrología y la reumatología, entre otras, se ha desdibujado la función del médico internista general, al creer que un médico subespecialista dedicado a un órgano determinado y la suma de varios subespecialistas, de acuerdo con los problemas de cada paciente, podrá dar una atención óptima. No obstante, en esta situación particular precisamente la persona, transformada en paciente, requiere del médico internista general que organice e integre el análisis para concluir qué es lo esencial por estudiar y tratar.

Dado lo anterior, Reyes (2006) propone:

“La Medicina Interna es una especialidad médica que se dedica a la atención integral del adulto enfermo, enfocada al diagnóstico y el tratamiento no quirúrgico de las enfermedades que afectan a sus órganos y sistemas internos, y a su prevención ... (6)”.

El “subespecialista” tiende a concentrarse en solucionar un problema atinente a su subespecialidad y deriva el paciente a otros médicos para resolver los problemas clínicos que considere ajenos a su área de experiencia. En cambio, el internista atiende integralmente al paciente y solicita la ayuda de otros especialistas cuando algún problema clínico alcanza una complejidad diagnóstica o terapéutica que hagan razonable contar con su mayor experiencia, o requiera una tecnología de su dominio.

Es vital recalcar que la condición esencial de un médico internista general es prestar una atención global o integral al paciente. Este especialista tiene la capacidad de integración; por tanto, se preocupa del problema por el cual consulta pero, de igual forma, por los demás que el paciente tiene

conciencia de presentar e, incluso, de aquellos que surjan al realizar una historia clínica completa.

Gómez (2004) expone que el médico internista hace “... la constante correlación de la ciencia clínica con las ciencias básicas y la conducta. El internista ha de comprender la variabilidad de los procesos vitales y sus anomalías, que provocan la disfunción y la enfermedad. Este proceso inacabable es una parte integral de la competencia clínica del internista”.

Este autor plantea la integración que hace el médico internista de los conceptos de las ciencias básicas (por ejemplo, fisiología y anatomopatología) con los hallazgos semiológicos, para poder organizar una impresión diagnóstica.

En palabras de Gómez (2004), la atención integral está relacionada con la acción del médico internista, quien “sacrifica un conocimiento profundo de determinadas áreas por tener una visión global de las entidades morbosas y del hombre enfermo, proporcionándoles a todos sus pacientes una asistencia integral” (5).

Al respecto, otros autores se expresan de diversas formas. Por ejemplo, Pamo (1999) lo expone como “enfoque integral” (8); Sánchez (2003), como “visión global y una menor especialización” (15). Así, de ser el médico que diagnostica por excelencia, el internista ha pasado a ser el que brinda una visión holística e integral al paciente adulto, desde la prevención hasta la resolución de las situaciones más complejas.

Duclos (2006) amplía esta característica así:

“El internista está capacitado para una atención integral del paciente, lo que no significa que deba saber ejecutar todas las instrumentalizaciones que existen en medicina. Es el que estará presente desde el inicio de la enfermedad hasta la curación o muerte, por horas o años ... (10)”.

Reyes (2006) explicita que:

“... la atención del enfermo es integral (en inglés, *comprehensive*), lo cual distingue la acción del internista de quienes ejercen las subespecialidades o especialidades derivadas de la Medicina Interna... Atiende integralmente al paciente y solicita la ayuda de otros especialistas cuando algún problema clínico alcanza una complejidad diagnóstica o terapéutica que hagan razonable contar con su mayor experiencia, o requiera una tecnología de su dominio... a las ciencias biológicas se suman los avances en psicología y en ciencias sociales que contribuyen al propósito integrador (6)”.

En síntesis, al especialista en medicina interna se le suele llamar médico internista en nuestro medio, pero también se le ha llamado médico internista generalista o general, médico clínico, médico de adultos, médico internista integral o simplemente internista. Es el profesional que brinda una atención integral a personas a partir de los 15 años hasta la tercera edad (el adolescente, el joven, el adulto joven y el adulto mayor); tiene diferentes cualidades; las habilidades técnicas son importantes, pero limitadas, el humanismo es una parte intrínseca de la profesión. Los internistas son

capaces de cubrir un amplio espectro asistencial, desde la atención primaria hasta la terciaria; el internista es el árbitro y el negociador entre el paciente y los restantes especialistas.

Entendido así, el médico internista debe ser un profesional competente para responder a las situaciones diversas y complejas a las que debe dar solución, no siempre solo, sino buscando el apoyo de equipo interdisciplinario y transdisciplinario en los contextos social, económico y, más importante aún, de la historia clínica de cada paciente.

Competencias profesionales del médico internista

Para continuar esta caracterización, es necesario exponer el concepto de competencia; en primer lugar, en educación general y, luego, en el contexto del área de la salud y de la medicina interna.

Concepto de competencia en educación

Para aclarar este concepto en educación, es necesario clarificar el término desde el significado en español y sus diferentes acepciones de acuerdo con el contexto en que lo usa cotidianamente cualquier persona. La Real Academia Española lo asume en dos miradas. La primera, como *competir*: como la disputa o contienda entre dos o más personas sobre algo, que aspiran a obtener la misma cosa, como en la competición deportiva. La segunda, *competente*: como la pericia, aptitud o idoneidad para hacer algo o intervenir en un asunto determinado (18).

Por tanto, es vital diferenciar el enfoque del término competencia en educación frente al del mundo empresarial, como proponen diversos autores. En 1957, Noam Chomsky, desde la lingüística, propuso la *competencia* como el acervo cognoscitivo que de una lengua posee el hablante como ese oyente ideal que comprende su lenguaje nativo, por lo cual puede actuar. Planteó una hipótesis de homogeneidad de la competencia como común e idéntica en todos los hablantes de una misma comunidad lingüística: la persona aprende su lengua nativa (19, 20). Así estableció dos dimensiones de la competencia: un aprendizaje inconsciente que un hablante “posee de su lengua y la actuación como la acción completa del habla” (Martín-Barbero) (21).

La teoría denominada “aprendiendo para dominar” (*learning for mastery*), de Benjamin Bloom (1968-1976), sirvió de base a White quien, en 1979, postuló estrategias para enseñar y aprender, en cualquier sociedad, como base para la competencia:

1. **El logro:** adquisición inicial de conocimiento verbal o habilidades intelectuales.
2. **El dominio o maestría:** el integrar y tener la capacidad de establecer relaciones entre conocimiento verbal, diversas habilidades, imágenes y episodios en la memoria de largo plazo. Refleja la capacidad de establecer relaciones entre conceptos de un campo de conocimiento e incluso más allá.

3. **La proficiencia:** proceso para alcanzar una acción cada vez mejor, más pulida y automática.

De esta forma, se deriva el concepto de competencia como la apropiación de habilidades para ser capaz de funcionar efectivamente en un grupo social que requiere como prerrequisito para desarrollar el logro, la maestría o dominio y la proficiencia (22, 23).

Para concluir, considero que la competencia en educación hace referencia a la formación integral del ciudadano. Es la capacidad que desarrolla una persona para desempeñarse y evidenciar que puede resolver un problema particular dado en un contexto específico y cambiante. En consecuencia, es necesario movilizar, al mismo tiempo y de manera interrelacionada, actitudes (saber ser), estructuras cognoscitivas (saber) y aptitudes (saber hacer, habilidades, procedimientos). Por tanto, asume un papel consciente y específico mediante acciones para resolver efectivamente problemas de la vida real en los ámbitos académico, cultural, laboral, político, social, entre otros. En este sentido, la competencia no puede reducirse al simple desempeño laboral ni a la sola apropiación de conocimientos para saber hacer (24-26).

Además, para caracterizarlo como profesional, es médico internista porque posee competencias profesionales. El concepto de competencia profesional, relacionado con la educación universitaria, emergió desde la Organización Internacional del Trabajo para relacionar el sistema educativo con el productivo y la sociedad (Mertens, 1996) (27). Son las capacidades profesionales que abarcan el conjunto de conocimientos (saber), aptitudes (saber hacer, habilidades, procedimientos) y actitudes (saber ser) para el desempeño efectivo en situaciones problemáticas específicas cambiantes, vinculadas a determinada profesión; por tanto, no son soluciones modelo ni fórmulas, sino que permiten al profesional ejercer la profesión para resolver los problemas de forma autónoma y flexible, colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo (28-30).

Según la literatura, las competencias del médico internista son: clínicas o del cuidado del paciente, conocimiento médico, de comunicación, profesionalismo, administrativas, docentes y de investigación (1).

Competencias clínicas

Éstas comprenden las diversas acciones que realiza el médico internista en la relación con el paciente y su familia, para construir una historia clínica adecuada que le permita adoptar un enfoque de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Gómez (2004) caracteriza al internista con las siguientes competencias (5):

- Habilidad para conseguir la información clínica precisa en la anamnesis o interrogatorio y en la exploración física para orientar el diagnóstico.
- Capacidad de síntesis de la información para estructurar un diagnóstico primero como un síndrome y, después, específico.

- Aptitud para determinar la secuencia más apropiada de exploraciones complementarias.
- Capacidad para orientar o establecer el tratamiento más adecuado.

Estas características –que son difíciles de conseguir– requieren un aprendizaje prolongado y un esfuerzo continuo para incorporar los avances médicos que se producen día a día. El médico internista sacrifica un conocimiento profundo de determinadas áreas por tener una visión global de las entidades morbosas y del hombre enfermo, proporcionándoles a todos sus pacientes una asistencia integral.

Sobre las competencias más importantes para el cuidado del paciente, en el estudio realizado en Colombia, los coordinadores de los programas mencionaron la atención integral (82%), seguida por el trabajo interdisciplinario (24%) y la actitud de investigación (24%). Otras menos mencionadas fueron una excelente semiología para elaborar una historia clínica, continuidad en el cuidado del paciente, habilidad procedimental y tratamiento integral de enfermedades agudas y crónicas (9).

Competencias de conocimiento médico

El internista necesita aprehender una amplia gama de conocimientos de medicina interna, información tecnológica, tratamiento médico y ciencias sociales. Este especialista debe comprender la fisiología, la fisiopatología y la farmacología, para darles aplicabilidad en la práctica clínica; así mismo, debe conocer los fundamentos de la epidemiología clínica, la medicina basada en la evidencia y las guías clínicas para el enfoque de diagnóstico y tratamiento, además leer la literatura médica en forma crítica (1).

Competencias de comunicación

Al médico internista se le considera un líder del grupo del área de la salud para la atención, el diagnóstico y el tratamiento del paciente adulto. En consecuencia, se le atribuye una serie de rasgos: tener visión de futuro, motivar el uso adecuado de la innovación, conducir el proceso de cambio y tomar decisiones oportunas en forma participativa. Por tanto, este especialista debe tener la capacidad de interactuar con el paciente, su familia y diversos especialistas que aportan sus competencias para avanzar en el enfoque de diagnóstico y tratamiento del paciente.

En otras palabras, debe establecer una relación entre médico y paciente basada en la comunicación y el respeto, teniendo la virtud de saber escuchar, aceptar a las personas tal como son y confiar en los demás.

Para ampliar lo anterior, Gómez (2004) expone:

“La relación entre médico y enfermo ha evolucionado con el tiempo. Los grandes avances de la información y el rechazo a la tradicional actitud autoritaria de los doctores, ha impulsado el concepto de *decisión médica compartida* en la que el médico aporta su saber y experiencia y, el enfermo, sus valores y sus deseos (5)”.

Hoy en día el paciente tiene libertad para elegir; por

consiguiente, el médico internista debe explicar al paciente el consentimiento informado para diversos procedimientos y plantearle las alternativas de tratamiento farmacológico con relación a beneficios y posibles efectos adversos.

Dados los avances de la informática médica, ahora es posible mejorar la búsqueda de información científica; perfeccionar los registros de nuestros pacientes, las bases de datos, estadísticas y transferencias de información; brindar y recibir asistencia en situaciones difíciles, y facilitar la relación con los colegas para organizar equipos de trabajo interdisciplinario. En este sentido, el internista debe desarrollar competencias de comunicación, como escribir, publicar y hablar con el paciente, para tener excelente relación médico-paciente, aprender a hablar en público y disfrutar más el ejercicio de la profesión (9, 15).

Competencia ética, profesionalismo

El profesionalismo se entiende como un conjunto de valores inherentes y actitudes humanas: adherencia a los principios de confidencialidad e integridad académica científica, altruismo, autonomía, prudencia, responsabilidad con los pacientes, sensibilidad con todo paciente (sin importar género, cultura, religión, preferencia sexual, estrato socioeconómico, discapacidad); así mismo, ejercer la medicina de acuerdo con los métodos de la mejor práctica de guías clínicas; conciencia del aprendizaje para toda la vida; respetar a los colegas y estar dispuesto a consultarlos cuando sea necesario, entre otros. Como lo expone Ochoa (2006), este médico internista debe tener “valores profesionales, actitudes y comportamientos éticos... como responsabilidad directa” (12).

Gómez (2004) aclara que:

“Cada día es mayor el número de personas que se queja de la ausencia de humanidad en el médico. El sentir popular es que el médico del pasado era más humano, comprensivo y más considerado y consciente de las necesidades afectivas y espirituales del paciente... En medicina el humanismo es un componente muy necesario en la relación médico-enfermo, un arte de palabras, sentimientos y actitudes. El médico lo expresa con tacto, compasión, comprensión, lo que a su vez evoca en el paciente, optimismo, confianza, seguridad y esperanza... No existe situación que ponga más a prueba el humanismo en el médico que el paciente terminal. Resulta trágico ver a tantos hombres y mujeres que mueren lentamente en las camas de los hospitales y en las unidades de cuidados intensivos conectados a respiración asistida y privándolos de una muerte digna... La sociedad cree que la tecnología solucionará todos los problemas de salud... Lo técnicamente posible tiene que subordinarse a lo éticamente aceptable (5)”.

En consecuencia, es oportuno acoger la propuesta de Sánchez (2003), quien concreta el profesionalismo como:

“Cultivar la habilidad para actuar dentro de un marco de respeto, compasión e integridad con los pacientes,

su familia y los colegas; para demostrar respeto frente a la diversidad sexual, cultural o religiosa; para adherirse a los principios de confidencialidad y consentimiento informado, y para reconocer e identificar deficiencias en nuestros pares, siempre anteponiendo los intereses del paciente a los del médico e intentando mejorar la relación entre ellos y nosotros (15)”.

Velásquez et al. (2008) recopilaron las opiniones de diferentes programas de medicina interna en Colombia:

“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 (9)”.

Virtudes o valores del internista

Para analizar la importancia de las virtudes de un internista, es necesario exaltar su relación con el paciente y la familia, en la cual se convierte en el médico tratante de cabecera. Según la Real Academia Española, “cualidad que poseen algunas realidades, consideradas bienes, por lo cual son estimables. Los valores tienen polaridad en cuanto son positivos o negativos, y jerarquía en cuanto son superiores o inferiores” (18). Por tanto, este profesional debe poseer gran capacidad de comunicación, respeto por el dolor del otro, saber escuchar, tener prudencia para aclarar el diagnóstico y el pronóstico, entre otras virtudes. Además, al ser el líder del equipo de salud que incluye diversos especialistas, debe tener la certeza de aglutinar y coordinar los conceptos de las evaluaciones dadas sobre su paciente para que, en diálogo con los unos y los otros, pueda discernir la mejor conducta diagnóstica y terapéutica.

La medicina y la medicina interna, como profesiones, poseen un código ético que incluye un conjunto de valores que el internista ha de profesar. Además, la profesión implica un colectivo o conjunto de “colegas” (*collegium*) con su propio *ethos*, que los lleva a constituir una comunidad con identidad y función social específica –en este caso, con el paciente adulto– para preservar la salud y frenar la enfermedad (Horwitz, 2006) (31).

Dados los cambios de normatividad en salud (Ley 100 de 1993) y el desarrollo de las subespecialidades de la medicina interna, de la mano de la tecnología, es urgente reconstruir la identidad del médico internista fundamentada en sus cualidades como ser humano que, además, ha aprendido un conjunto de conocimientos teóricos y prácticos, habilidades y destrezas que le dan competencias profesionales. La competencia no se puede reducir al simple desempeño

laboral ni a la sola apropiación de conocimientos para saber hacer, sino que implica un conjunto de capacidades que se desarrollan mediante procesos que conducen a la persona responsable a ser competente para ejecutar múltiples acciones (sociales, cognitivas, culturales, afectivas, laborales, productivas) por las cuales proyecta y evidencia su capacidad de resolver un problema dado dentro de un contexto específico y cambiante (Pinilla, 2008) (25).

El precisar el profesionalismo de esta especialidad sirve para reestructurar y recuperar la imagen frente al paciente, su familia y la sociedad; el caracterizar el profesionalismo del internista permite no sólo reafirmar sus valores sino, más importante aún, promoverlos, fomentarlos y ejercerlos (31). En el momento actual, es necesario ratificar los principios y valores fundamentales y universales del profesionalismo médico; Cortina (32) plantea que los valores “son cualidades que cualifican a las personas, acciones, situaciones, sistemas, sociedades”; por esto se mencionan como adjetivos calificativos.

Es preciso recordar que existen diversos valores: estéticos (la belleza, la elegancia), de salud (la agilidad, el estilo de vida saludable), intelectuales (el conocimiento, la evidencia), de utilidad (lo útil, lo eficaz) y morales, que se han titulado como la educación en valores (responsabilidad, honestidad, prudencia). Cortina (2000) justifica la relevancia de los valores morales porque considera que subordinan e integran a los demás valores. Por eso, la educación en valores morales se debe poner en práctica en la educación formal, la escuela, sumada a la que se da en la familia, en la calle y en los medios de comunicación (20, 25, 33).

El sentido de la conciencia moral del internista se alcanza en la medida en que su educación se base en procesos pedagógicos que le faciliten el tránsito como sujeto social de un estado de heteronomía y heteroestructuración a uno de interestructuración y autoestructuración, y hacia un estado de autonomía para ser capaz de tomar sus propias decisiones, interrelacionado con la sociedad y consciente de las implicaciones y repercusiones de cada uno de sus actos (Meza y Suárez, 2003; Pinilla, 2002). Esta autonomía le permite autogobernarse, autodeterminarse y autorregularse, respondiendo al contexto cultural donde se desempeña y a las necesidades del paciente y su familia.

En otras palabras, como afirma Cortina (2000), se enfatiza la autonomía como libertad para darse sus propias leyes, lo que significa determinarse a sí mismo y en relación con los demás, a diferencia del libertinaje, es decir, autodefinir cuáles de las acciones propias nos humanizan y cuáles nos deshumanizan, para tener conciencia clara de discernir el porqué. Esto permite actuar de una forma determinada no porque sea prohibido u ordenado por norma (34). Para el desarrollo de la autonomía, se enfoca el concepto de valor como lo expone Raths: “... las creencias, propósitos y actividades que son elegidos libre y cuidadosamente y que se aprecian con sinceridad y que se usan para orientar la conducta...” (Meza, 2008) (35).

Competencias administrativas

Frente a los limitados fondos disponibles hay una creciente presión para ejercer la medicina eficientemente. El uso apropiado de los recursos es la “próxima frontera” en medicina. La meta es obtener el máximo rendimiento al menor costo, trabajando de manera integrada con los demás miembros del equipo de salud (15). Velásquez et al (2008) precisan que se deben incentivar habilidades con el fin de que el futuro internista tenga la competencia para administrar mejor los recursos (5).

Competencias pedagógicas

Puesto que el internista debe tener competencias como educador para explicar al paciente y a su familia las actividades para mejorar el estilo de vida (hábitos de actividad física, alimentación, evitar consumo de cigarrillo, entre otros aspectos), es decir, debe guiar el aprendizaje del tratamiento no farmacológico y farmacológico; además, para la prevención y promoción de la salud en cada uno de los tres niveles de atención.

Autores como Ochoa (2006) lo ubican como el instructor de semiología por excelencia, que apoya la formación de las nuevas generaciones, porque

“... enseña al estudiante de medicina la adquisición del comportamiento (por la vía de la enseñanza directa o por el modelaje, los conocimientos, destrezas y habilidades clínicas que lo diferenciarán de otros estudiantes universitarios convirtiéndolo en miembro de la profesión médica. No es igual un estudiante de 2º año a uno de 4º año, quien ya recibió formación en semiología. Se debe formar un médico general integral y no un médico precozmente orientado hacia la especialización y subespecialización (12)”.

Además de lo asistencial, en cada uno de los tres niveles de atención (primario, secundario y terciario) el internista puede, y debe, participar en actividades docentes y de investigación, de una complejidad relacionada con el nivel de atención (15). Estas competencias del internista como maestro implican que se entregue al paciente, su familia y al estudiante; está interacción humana, como educador, es parte de la formación holística del futuro internista.

El internista posee un conocimiento profesional como profesor que incluye no sólo los conocimientos de medicina interna, sino también conocimientos de didáctica, para preservar la salud y tratar la enfermedad; de investigación, es decir desarrolla el conocimiento científico necesario para el ejercicio de la profesión, ese conocimiento poco tangible que se ve en la actuación, que no es exactamente lo que se aprendió en forma teórica. Así, este conocimiento tiene una fundamentación teórica y científica; implica un metaconocimiento de la asignatura y refleja una postura epistemológica entre el conocimiento científico y el práctico (36, 37).

Competencias en investigación

Dado que el internista es consciente de la necesidad de actualización permanente y de la evolución permanente del

conocimiento científico debe estar atento a la reflexión que lo conduzca a generar preguntas de investigación que deben partir de su práctica profesional, en la cual se preocupa por brindar la mejor atención al paciente. Cuando se cuestiona sobre el enfoque de diagnóstico y tratamiento podrá dar rienda suelta como investigador desde la presentación de un caso clínico didáctico o por el contrario difícil, una serie de casos o ir más allá en equipo interdisciplinario con otras metodologías de la medicina basada en la evidencia y ojalá hacia investigación alternativa (38).

Escenarios o ambientes de desempeño

La acción del médico internista es variada. A continuación se resumen los escenarios planteados por diferentes autores.

Pamo, Perú (1999): “El ámbito de trabajo del internista no se circunscribió exclusivamente al hospital, sino se extendió también a otras locaciones, como el consultorio para los pacientes ambulatorios, incluyendo el privado, el servicio de emergencias, etc.” (8).

Espinosa, Cuba (1999): “En las salas de los hospitales, la asistencia a un altísimo porcentaje de pacientes ingresados en las unidades de cuidados progresivos (intensivos e intermedios) y la labor de atención ambulatoria en diferentes niveles y modelos” (7).

Sánchez, Chile (2003): “El internista puede ofrecer sus conocimientos y habilidades en cualesquiera de los tres niveles de atención” (15).

Velásquez et al, Colombia (2008): el internista puede brindar sus servicios “en cualquier nivel de atención y complejidad (ambulatorio, hospitalario, unidad de cuidado intensivo y urgencias)” (9).

Por tanto, este especialista debe tener la capacidad de actuar en los diferentes niveles de atención primaria, secundaria y terciaria. En palabras de Sánchez (2003): “¿Dónde debe estar el médico internista? Pues allí, donde está el enfermo adulto” (15).

Se entiende por primer nivel de atención aquel de baja complejidad porque realiza actividades de prevención y promoción de la salud, atención básica de medicina, laboratorio y radiología. En el segundo nivel se presta al paciente atención en: consulta médica, hospitalización y urgencias de las especialidades básicas (cirugía, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología), algunas subespecialidades, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas de mediana complejidad. Y, en el tercer nivel de atención se suministra atención al paciente en las mismas actividades que el anterior nivel pero se suman más subespecialidades de medicina interna como cardiología, dermatología, neumología, nefrología, reumatología, etc.; igualmente, se presta servicios en subespecialidades quirúrgicas, laboratorio clínico e imágenes diagnósticas de alta complejidad, unidad de cuidado intensivo y servicio especializado de rehabilitación (Secretaría de Salud de Bogotá) (39, 40).

Atención en el primer nivel

Es necesario precisar por qué un internista sí debe actuar en este nivel. La explicación que plantea Sánchez (2003) es contundente:

“Lejos de cualquier polémica, en la atención primaria el adulto debe estar en manos del internista, no del médico familiar o subespecialista, porque el primero no tiene un entrenamiento tan extenso en el diagnóstico y tratamiento de problemas médicos complejos asociados a la edad y enfermedades crónicas”.

Este mismo autor amplía la explicación de las acciones:

“En la atención primaria, además de la asistencia directa del paciente adulto, ofrece acciones de asesoría y supervisión del sistema y coordina acciones de enlace con los otros niveles de atención; conjuntamente con los médicos generales y familiares, se dedica a servicios de promoción, prevención y rehabilitación de la salud (15)”.

Atención de segundo nivel

Para Gómez (2004): “En los hospitales de 2º nivel, la presencia del internista generalista es fundamental, debiendo de completarse con internistas especializados como consultores” (5).

Sánchez (2003) precisa:

“En la atención secundaria el internista, aunque sirve fundamentalmente como un enlace entre la asistencia comunitaria y el hospital, puede optimizar la atención y los recursos; después de la atención del internista, 30% de pacientes es devuelto a la atención primaria, 25% se transfiere a un especialista terciario, 10% es hospitalizado directamente y 35% es diagnosticado y tratado por el internista en el lapso de unos pocos días; en la atención secundaria el internista continúa ofreciendo acciones preventivas y de rehabilitación y aporta con recursos diagnósticos y terapéuticos de mayor envergadura (15)”.

Atención de tercer nivel

En la medida en que la medicina ha avanzado con apoyo de la tecnología, ha sido necesario el desarrollo de las subespecialidades de la medicina interna. Esta acción se realiza en el tercer nivel con pacientes de mayor complejidad que requieren estudios de mayor profundidad. Por esto, Gómez (2004) afirma: “... fundamentalmente en el tercer nivel, es necesario ante el desbordamiento de los conocimientos médicos, el manejo del paciente por equipos médicos de internistas especializados, para lograr así la mayor eficiencia” (5).

Los internistas generales en los hospitales de tercer nivel, donde las subespecialidades médicas tienen su principal campo de actuación, seguirán teniendo un papel importante en determinadas áreas. Vale la pena aclarar que, en este ámbito, también el médico internista general es importante como eje integrador con una mirada holística que, a su vez, debe dar el apoyo y comunicación al paciente y su familia.

En este sentido, Sánchez (2003) argumenta:

“En la atención terciaria, generalmente hospitalaria, el internista interviene como coordinador entre las diferentes especialidades; tiene a su cargo el diagnóstico y tratamiento de casos críticos o complejos, de enfermedades multiorgánicas, de enfermedades interdisciplinarias e indiferenciadas que rebasan el ámbito de una sola especialidad médica... las atenciones en emergencia y unidades de cuidados intensivos, áreas que requieren formación integral y amplias destrezas, y aporta con su juicio clínico para uso racional de tecnología (15)”.

En síntesis, el médico internista tiene las competencias para brindar atención al paciente y su familia en los tres niveles de atención.

Reflexiones finales

Gran parte de estas características de la profesión de internista las resume Sánchez (2003) así:

“Es una especialidad dinámica que se ha mostrado extremadamente versátil para actuar con éxito en cualquier nivel de atención, sobreponerse a los retos y adaptarse a las nuevas exigencias asistenciales. Hoy, al iniciar el siglo XXI, es necesario incluir nuevas áreas curriculares, reforzar la campaña de concienciación comunitaria y fortalecer los conceptos de profesionalismo, con optimismo y la firme convicción de ser testigos de un verdadero renacer de la especialidad (15)”.

Por tanto, el desarrollo del estudiante de medicina interna va más allá de la transmisión de conocimientos, puesto que la persona enferma es ese ser humano que, en primer lugar, debe ser escuchado, a quien le debe realizar un examen físico a cabalidad y brindarle la mejor opción para lograr el diagnóstico y precisar un tratamiento. Se debe ofrecer a cada paciente lo mejor sin importar su condición social, económica, intelectual, política, religiosa o cultural. En este sentido, “para favorecer la formación de valores en la universidad se debe contemplar el tiempo en el currículo explícito y aterrizar en la importancia del currículo oculto, puesto que la mejor, cátedra de valores que da el profesor es su propio ejemplo de vida” (Pinilla, 2008) (25).

Por todo lo anterior, para optimizar la formación de los futuros internistas, es preciso que los docentes y los directivos de programas nacionales e internacionales de medicina interna se concienticen de la formación de estos médicos residentes. En consecuencia, se debe hacer un análisis crítico para recrear el currículo que brinde la oportunidad a cada estudiante de asegurar las competencias que le permitan superar los desafíos de esta profesión en el comienzo del siglo XXI. Las competencias que debe desarrollar el médico internista van desde el cuidado del paciente; el conocimiento médico que abarca el de las ciencias básicas, el conocimiento práctico y aplicado de la especialidad, las habilidades procedimentales; comunicación; profesionalismo, ética y aspectos legales; administrativas, en investigación, y las de educador con el paciente y su familia en la prevención primaria, secundaria y terciaria (1, 4, 9).

Para concluir, al médico internista se le denomina también médico internista generalista o general, médico clínico, médico de adultos, médico internista integral o simplemente internista. Brinda una atención integral a personas a partir de los 15 años hasta la tercera edad (adolescente, joven, adulto y adulto mayor); posee diferentes valores, conocimiento teórico y práctico; las habilidades procedimentales son importantes pero limitadas, el humanismo es una parte intrínseca de esta profesión; es versátil y capaz de cubrir un amplio espectro asistencial, desde la atención primaria hasta la terciaria con complejidad progresiva del paciente (domiciliario, consulta externa, hospitalizado en pisos, urgencias, unidades de cuidado intermedio o intensivo); como médico de cabecera es el árbitro y el negociador entre el paciente y su familia con los demás especialistas, por lo tanto, organiza e integra las decisiones para proveer una atención efectiva al paciente enfocada a la preservación de la salud, así como a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad (8, 10, 13).

Referencias

1. **Palsson R, Kellett J, Lindgren S, Merino J, Semple C, Sereni D.** Core competencies of the European internist: A discussion paper. *Eur J Int Med* 2007; **18**: 104-8.
2. **Larson EB, Fihn SD, Kirk LM, Levinson W, Loge R.V, Reynolds E, et al.** The future of general Internal Medicine. Report and recommendations from the Society of General Internal Medicine (SGIM) Task Force on the Domain of General Internal Medicine. *JCIM* 2004; **19**: 69-77.
3. **Epstein RM, Hundert EM.** Defining and assessing professional competence. *JAMA* 2002; **287**: 226-31.
4. Accreditation Council for Graduate Medical Education. Outcome project, minimum program requirements language approved by the ACGME, 1999. [citado 2009 dic.10] Disponible en: <http://www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp>
5. **Gómez J.** La medicina interna: situación actual y nuevos horizontes. *An Med Interna (Madrid)*. [periódico en la Internet], 2004; **21**: 51-5. [citado 2009 mayo 26] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992004000600010&lng=es&nrm=iso
6. **Reyes H.** ¿Qué es medicina interna? *Rev Méd Chile* 2006; **134**: 1338-44.
7. **Espinosa A.** Medicina interna: ¿qué fuiste, qué eres, qué serás?. *Rev Cubana Med* 1999; **38**: 79-90.
8. **Pamo O.** Medicina Interna: medicina para los adultos. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 1999; **12**(2). [citado 2008 sep 26] Disponible en: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v12n2/opinion.htm>
9. **Velásquez JC, Pinilla AE, Pinzón A, Severiche D, Dennis, RJ, de Arboleda MN.** Perfil de formación del posgrado de Medicina Interna en Colombia. *Act Méd Colomb* 2008; **33**: 45-57.
10. **Duclos J.** El internista: ¿una filosofía de vida?. *Rev Méd Chile* 2006; **134**: 1219-20.
11. Sociedad Médica de Santiago. **Definiciones de medicina interna, internista, misión y visión de la Sociedad Médica de Santiago.** *Rev Méd Chile* 2006; **134**: 1320-1.
12. **Ochoa R.** El internista en la enseñanza médica de pregrado. *Medicina Interna (Caracas)* 2006; **22**: 107-9.
13. **D'Achiardi R.** Futuro del internista en Colombia. En: Hernández CA, Ardila E, Niño de Arboleda MN. (Eds.). *La Medicina Interna en Colombia*. Bogotá: Asociación Colombiana de Medicina Interna. 2006.p.137-46.
14. **Gesenway D.** What is internal medicine's future? *ACP Observer. Eur J Internal Medicine* 1998; **13**: 4-8.
15. **Sánchez P.** La medicina interna: retos y oportunidades al inicio de un nuevo siglo. *Rev Méd Chile* 2003; **131**: 679-84.
16. **Gracia D.** La enseñanza de la ética médica. En: *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: Editorial El Búho Ltda; 1998.p.175-84.
17. **Gracia D.** Por una asistencia médica más humana. En: *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*. Bogotá, D.C.: Editorial El Búho Ltda; 2004.p.89-98.
18. Real Academia Española. [citado 2008 enero 24] Disponible en: www.rae.es
19. **Torrado MC.** Educar para el desarrollo de las competencias: una propuesta para reflexionar. En: Bogoya, D. et al. (Eds.). *Competencias y proyecto pedagógico*. Santafé de Bogotá, D.C.: Unibiblos. 2000.p.31-54
20. **Pinilla AE.** Las competencias en educación superior. En: Madiedo, N., Pinilla, A. E. y Sánchez, J. eds. *Reflexiones en educación universitaria. II: Evaluación*. Bogotá: El Malpensante S.A. 2002.p.101-35.
21. **Martín-Barbero J.** Saberes hoy: diseminaciones, competencias y transversalidades. *Revista Iberoamericana de Educación* 2003; **32**: 17-34.
22. **White RT.** Achievement, mastery, proficiency, competence. *Studies in Science Education* 1979; **6**: 1-22.
23. **López E.** El mastery learning a la luz de la investigación educativa. *Revista de Educación* 2006; **340**: 625-65.
24. **Denyer, M., Furnemont, J., Poulain, R. y Vanlobbeek, G.** Las competencias en la educación. Un balance. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 2004.
25. **Pinilla A E.** Las competencias en la educación superior. En: Madiedo, N., Pinilla, A. E., Sánchez, J. eds. *Reflexiones en educación universitaria. II: Evaluación*. Segunda edición. Bogotá: Editorial Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2008.p.97-129.
26. **Zabala A, Arnau L.** Cómo aprender y enseñar competencias. 11 Colección Ideas Clave (segunda edición). Barcelona: Editorial GRAÓ, de IRIF, S.L.; 2008.
27. **Mertens L.** Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos. Montevideo: Cinterfor. 1996; . [citado 2009 enero 26] Disponible en: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/mertens/index.htm>
28. **Belloto ML.** Las Competencias profesionales del nutricionista deportivo. 2006; [citado 2008 enero 10] Disponible en: http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UdL/AVAILABLE/TDX-1119106-180209//Tmb1de1.pdf
29. **Bunk GP.** La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista Europea de Formación Profesional* 1994; **1**: 8-14.
30. **Santos, J.** Modelo pedagógico para el mejoramiento del desempeño pedagógico profesional de los profesores de Agronomía de los Institutos Politécnicos Agropecuarios. Tesis en opción de grado de Doctorado en Ciencias Pedagógicas. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona. 2005. [citado 2008 enero 18] Disponible en: <http://www.bibliociencias.cu/gsd/collect/tesis/index/assoc/HASH6d4f0bd46fab.dir/doc.pdf>
31. **Horwitz N.** El sentido social del profesionalismo médico. *Revista Médica de Chile*, 2006; **134**: 520-4.
32. **Cortina A.** ¿Qué son los valores? En *El mundo de los valores. Ética mínima y educación*. 2a. edición. Bogotá, D.C.: Editorial El Búho Ltda; 2000.p.27-38.
33. **Meza JL, Suárez G.** Una propuesta de ambiente ético en la maestría en docencia de la Universidad de La Salle. *Revista Actualidades Pedagógicas*, 2003; **43**: 39-55.
34. **Cortina A.** Tomando el pulso a nuestros valores. En: *El mundo de los valores. Ética mínima y educación*. 2a. edición. Santa Fe de Bogotá, D. C.: Editorial El Búho Ltda; 2000.p.73-91.
35. **Meza JL.** Modelos para el aprendizaje en valores. Seminario Generación de Ambientes Éticos en la Escuela. Doctorado en Educación. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 2008.p.1-11.
36. **Bromme, R.** Conocimientos profesionales de los profesores. *Enseñanza de las ciencias* 1998; **6**: 19-29.
37. **Porlan R y Rivero A.** Naturaleza, fuentes y organización del conocimiento profesional deseable. En: Porlán, R. (Ed.). *El conocimiento de los profesores*. Sevilla: Diada Editora S.L; 1988.p.59-96.
38. **Páramo, P. y Otálvaro, G.** Investigación alternativa: por una distinción entre posturas epistemológicas y no entre métodos. Cinta de Moebio. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales* 2006; **25**: 1-8.
39. Secretaría de Salud de Bogotá. [citado 2009 sep 5] Disponible en: http://www.sdp.gov.co/www/resources/No%2021_calidad_serviciosdesalud.pdf
40. **Molina, D.J.** Sistema General de Seguridad Social en Salud y ubicación laboral de los médicos internistas en Colombia. En Hernández, C. A., Ardila, E. y Niño de Arboleda, M. N. eds.). *La medicina interna en Colombia*. Bogotá: Asociación Colombiana de Medicina Interna; 2006.p.46-70.