

El deber de actualizar el currículo en medicina interna

La necesidad de mantener la cohesión e incluir nuevos escenarios integradores

The duty to update the curriculum in internal medicine

The need to maintain cohesion and to include new integrating scenarios

ÉDGAR CAMILO BARRERA-GARAVITO, CUSTODIO ALBERTO RUIZ-BEDOYA, JUAN CARLOS VILLAR-CENTENO • BOGOTÁ, D.C., BUCARAMANGA (COLOMBIA)

Los cambios sustanciales en los entornos de práctica de las décadas recientes en Colombia han creado la necesidad de un avance en la educación médica. Parte de este llamado se refleja en publicaciones relacionadas, algunas de ellas por fortuna dedicadas al currículo en medicina interna. La reciente reflexión de Pinilla y sus colegas (1), es un nuevo y valioso aporte hacia la definición de un plan de formación, que además desarrolla una formulación previa de competencias para nuestros nuevos internistas (2).

Construyendo sobre esta base, creemos necesario incorporar más de los entornos tradicionales y emergentes, que reafirman el valor presente o potencial del internista. Partimos de que el rol de integrador constituye el deber ser del internista. Ese rol se expresa adquiriendo, interpretando y conectando información demográfica y clínica de diferentes ángulos de sus pacientes con el conocimiento científico y la experiencia acumulada. Pero también estableciendo comunicación entre diferentes actores y articulando diferentes opiniones en las decisiones para el cuidado de la salud de los adultos a su cargo.

Dado este carácter, creemos que el currículo actual aprovecha menos de lo que debiera algunos entornos de práctica que reúnen esta condición integradora. Estos escenarios hoy (V.g. salas de hospitalización, urgencias, consulta externa, cuidado crítico) ocupan en los programas apenas una fracción (menos de la mitad) del tiempo de formación. En el periodo 2004 - 2006 el promedio de tiempo de rotación en pisos de medicina interna fue ocho meses para 14 programas encuestados (3). Allí cabe pensar no sólo en aumentar, sino en diversificar la exposición a nuevos escenarios que mantienen esta condición (V.g. geriatría, medicina preventiva, telemedicina, medicina perioperatoria, hospital de día, atención domiciliaria, entre otros).

A la inversa, un componente que incluso llega a ser mayor en nuestros programas se da en contextos con una visión más fragmentaria, con foco en ciertos órganos o sistemas. Este caso lo representarían las rotaciones por especialidades médicas, que cubren al menos la mitad del tiempo de formación. Cuando se está allí, el residente es invitado a adoptar un rol diferente al de internista, encarnando el *modus operandi* del especialista. En estos escenarios, los problemas clínicos vistos como “secundarios” para la especialidad del caso se trasladan al cuidado de medicina interna. E irónicamente ese otro rol lo termina asumiendo un compañero del mismo programa, quien solicita a su par (que sí actúa en el papel de internista), integrar esa opinión al manejo del paciente.

Nos queda entonces una cronología de formación con un área relativamente menor ocupada por las prácticas integradoras, con la persistencia de varios espacios relativamente separados de esta filosofía de práctica. A la manera de un dipolo eléctrico, se condensan dos periodos de inmersión en medicina interna integral (típicamente al principio y al final),

Dr. Édgar Camilo Barrera Garavito: Internista. Departamento de Medicina Interna, Fundación Cardioinfantil - Instituto de Cardiología; Dr. Custodio Alberto Ruiz-Bedoya: Residente de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga; Dr. Juan Carlos Villar-Centeno: Internista, Especialista en Cardiología Preventiva, PhD en Epidemiología Clínica. Profesor Titular - Departamento de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Investigador Asociado, Departamento de Investigaciones Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología. Bogotá, D.C. (Colombia). Correspondencia: Dr. Juan Carlos Villar Centeno. Bogotá, D.C. (Colombia). E-mail: jvillar@unab.edu.co Recibido: 17/VII/2017 Aprobado: 17/II/2019

con tenues líneas de unión (que representarían las actividades generales como casos clínicos o revisión de tema). Y frente a este dipolo, se ven áreas de actividad fuera del campo magnético (V.g. las especialidades) y un gran espacio potencial para cubrir (con más experiencias integradoras). Tales relaciones se muestran en la Figura 1.

En estos espacios de práctica, distinta es la perspectiva de la comunicación del especialista al dejar sus recomendaciones al internista, que la de éste hacia los especialistas. En este último caso se juega el papel de receptor que busca hacer converger y armonizar esas y otras decisiones. En desarrollo de ese rol primario, Pinilla y sus colegas propusieron algunas competencias caracterizadas como nucleares para el internista. Estas incluyen “integrar los problemas de un paciente; analizar su entorno social, económico y cultural; organizar conceptos de otros especialistas para definir un diagnóstico y un tratamiento individualizado”. Es muy posible (y necesario) que en un desempeño suficientemente amplio en escenarios integradores, el joven internista se impregne precisamente de aquellos contenidos de las especialidades que competen a su desempeño como internista. Es menos probable que esta impregnación ocurra en el sentido contrario, desde las especialidades.

Es en esta concurrencia de roles esencialmente diferentes, pero que se mantienen como parte del mismo programa - que se ha requerido el título de internista para ingresar a una segunda especialidad clínica (que reforzando esa dependencia, se ha llamado subespecialidad). Así, no se concibe hoy la formación de un gastroenterólogo, neumólogo o nefrólogo sin el grado en medicina interna como primera especialidad.

Pero esto supone haber completado un ciclo diseñado para desempeñar un rol, como requisito para realizar luego otro diferente. Es llamativo que algunas especialidades clínicas que también hacen parte del espectro de rotaciones ofrecido a residentes (V.g. neurología y dermatología) hayan escapado a este requisito. También que, a la inversa, algunas áreas, siendo también de naturaleza integradora, se hayan convertido en segundas especialidades (V.g. geriatría, cuidado intensivo o cuidado paliativo) en vez de un énfasis dentro de la especialidad (V.g. los “hospitalistas”, que han surgido recientemente) (4).

Esta situación de dilema termina generando un aumento de costos a nivel personal, social y para el sistema de salud. La formación de la diversidad de clínicos que se requieren implica hoy multiplicar esfuerzos y asumir una diversidad de roles superpuestos, que con frecuencia no logran cubrir las necesidades del paciente y del sistema.

En tanto se continúa en una formación dual y posiblemente ineficiente, los retos en la medicina interna integral crecen. Los cambios en la pirámide poblacional, el cuidado continuado y articulado que requieren las condiciones crónicas (5) y el acceso a tecnologías diversas son algunos factores emergentes que promueven la complejidad y estimulan la integralidad. Estos cambios, algunos dramáticos (como el del sistema de salud a partir de la Ley 100), implican un ejercicio diferente de la medicina en Colombia. Hoy los médicos debemos realizar gestión y gerencia en salud, conocer nuevas tecnologías en salud, usar TICS y enfrentar pacientes con acceso a información disponible públicamente sobre sus condiciones. También

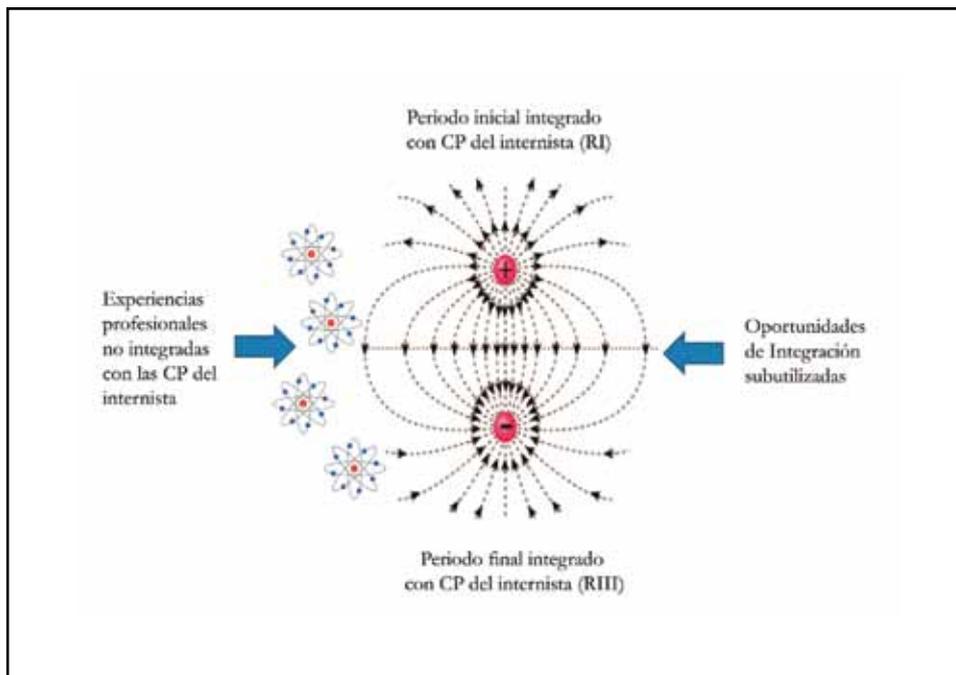


Figura 1. Mapa conceptual de la estructura curricular actual de los programas de medicina interna. Los polos representan escenarios integrados al principio y al final del programa. CP: competencias profesionales.

debemos aliviar las deficiencias en promoción y prevención, tener mayor familiaridad con los métodos de investigación, presentación y uso del conocimiento, etc. En este sentido, Pinilla y sus colegas muy acertadamente proponen unas competencias denominadas transversales. El internista debería adquirir y desarrollar este grupo adicional de competencias (comunes con muchos otros profesionales de salud), que requieren también representación en el currículo.

Pese a todas estas presiones crecientes, tanto en el ámbito de práctica como en sus contenidos mismos, puede decirse que esencialmente los currículos en medicina interna son los mismos hace más de 30 años. Los programas no han respondido a esa evolución, dejando de incorporar nuevos escenarios clínicos donde el internista mantiene su enfoque integral. El residente debería tener nuevas oportunidades de formación en estos escenarios clínicos emergentes, que sumados a los espacios habituales integradores consolidan las competencias nucleares con diversidad de expresiones y énfasis.

Se hace necesario cerrar estas brechas currículo-práctica en la especialidad. Es preciso contar con programas que privilegien y potencien los escenarios de desempeño que más y mejor desarrollen estas competencias. Un nuevo currículo abierto a los escenarios integradores emergentes responderá mejor a las necesidades del entorno de práctica actual. Programas que den mayor importancia a esos espacios deberán también facilitar el desarrollo de esas competencias transversales y permitir énfasis de formación (internistas con ciertos perfiles) si se desean, todos dentro del mismo carácter integrador.

Por supuesto producir estos cambios enfrenta algunas tensiones, dilemas que se deben afrontar en el seno de los programas ¿podrán todas estas nuevas demandas satisfacerse en programas de tres años? ¿Deben todos los programas de medicina interna en Colombia brindar una formación similar y ser intercambiables entre sí? ¿Podría existir en cambio una oferta de programas con énfasis particulares hacia algún(os) aspecto(s) o escenario(s) de práctica clínica que constitu-

yan su(s) fortaleza(s)? ¿Se requeriría toda la extensión del programa de medicina interna para iniciar la formación de los médicos que expresen inclinación por alguna especialidad clínica? ¿Se podrían formar, aquellos médicos con inclinación por la práctica de la medicina interna integral con algún énfasis dentro del espectro de esos escenarios de práctica? ¿Se haría equiparable, mediante programas más robustos y enfocados luego de un tallo común, un título de internista integral y uno de especialista en términos de reconocimiento académico y salarial? ¿Podrían conciliarse la demanda de internistas generales y la de especialistas si no fuere ya necesario el título de medicina interna para iniciar un programa de las especialidades que hoy lo requieren?

Las preguntas anteriores resaltan estos dilemas en la estructura curricular, que no por difíciles o múltiples deberían aplazar el deber de cambio. Es necesario resolverlos flexibilizando, adecuando y particularizando estas tensiones para lograr una formación caracterizada, sólida y funcional de los nuevos internistas. Un muy buen punto de partida será tomar los puntos de esta propuesta curricular y a partir de ellos evaluar las percepciones y deseos actuales de los distintos actores mencionados. La puesta en escena y deliberación en torno a estas opiniones debe facilitar las urgentes definiciones para regenerar un currículo que responda de la mejor manera a lo que los adultos al cuidado de los internistas están esperando.

Referencias

1. Pinilla, A. E., Parra, G. A., & Hernández, H. Propuesta curricular para la formación de médicos internistas en Colombia. *Acta Med Colomb*, 2016; 41:248-258.
2. Pinilla, A. E., & Cárdenas, F. A. Evaluación y construcción de un perfil de competencias profesionales en medicina interna. *Acta Med Colomb*, 2014, 39(2).
3. Velásquez, J. C., Pinilla, A. E., Pinzón, A., Severiche, D., Dennis, R. J., & Niño de Arboleda, M. N. 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. *Acta Med Colomb*, 2008; 33(2), 45-57.
4. Beasley, B. W., McBride, J., & McDonald, F. S. Hospitalist involvement in internal medicine residencies. *Journal of Hospital Medicine*, 2009; 4(8), 471-475.
5. Observatorio Nacional de Salud de Colombia. Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia. Quinto Informe Técnico. 2015.