

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA



**ASAMBLEA GENERAL
MISIÓN COLOMBO-BRITÁNICA DE EDUCACIÓN MÉDICA**

**CURRÍCULO NUCLEAR
PARA LAS FACULTADES DE MEDICINA DE
COLOMBIA**

Preparado por:
Doctor RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, MD.
Jefe División de Salud y Educación
ASCOFAME

Bucaramanga, Marzo 23, 24 y 25 de 2003

Este documento responde a varias situaciones que son complementarias:

En primer lugar la solicitud hecha en el Consejo Directivo de ASCOFAME de abril de 2001 que le encargó a ASCOFAME el definir el currículo nuclear de pregrado para las facultades de medicina de Colombia; y, posteriormente en noviembre de 2001, de definir a las facultades de medicina las áreas de conocimiento que serán objeto de evaluación por parte de los Exámenes de Estado de la Calidad de la Educación Superior, ECAES en Medicina ICFES-ASCOFAME.

Por otra parte a la necesidad de las facultades de medicina de trabajar a su interior un todas las implicaciones que sobre el currículo tiene la organización basada en un Sistema de Créditos, relacionada estrechamente con la concepción de un currículo nuclear y uno flexible.

PARTE I

BASES PARA LA DEFINICIÓN DE UN CURRÍCULO NUCLEAR DE PREGRADO EN LAS FACULTADES DE MEDICINA DE COLOMBIA

INTRODUCCIÓN.

En la búsqueda de la formación de médicos de calidad se ha planteado la posibilidad de llevar a cabo una propuesta en torno a cuáles son los enfoques, las estructuras organizativas, los contenidos y las metodologías y didácticas que deben orientar esa formación en los campos personal, académico, científico y profesional de tal manera que la misma pueda responder a las necesidades relacionadas con la salud de los colombianos y con una visión de la salud acorde con una creciente interacción en el ámbito mundial. Dicha búsqueda debe tener en cuenta que el proceso debe estar enmarcado dentro de una columna filosófica que guíe la formación del Médico alrededor del compromiso y la pertinencia social, la excelencia científica y el enfoque humanístico.

Los procesos de formación se relacionan directamente con propuestas curriculares. Éstas manifiestan las intenciones, conceptuales y metodológicas, que orientan las acciones educativas. Sin embargo, los enfoques de estas propuestas curriculares pueden ser muy variados: desde una visión comprehensiva en la cual se integra un amplio proyecto de formación hasta una visión en la cual lo curricular se expresa en un listado de asignaturas que debe ser cursado por los futuros profesionales, que en el caso de la medicina, requieren de un núcleo básico de organización que garantice una adecuada formación de los estudiantes que en el futuro se desempeñarán de manera autónoma en ese campo.

En general esa organización se expresa a través de propuestas curriculares elaboradas por los centros de formación profesional (facultades, escuelas, programas, etc.) con el propósito de orientar (por ejemplo, con base en perfiles deseados o en competencias) las acciones formativas concretas. A través de un currículum la entidad educativa plantea para sí y para la sociedad su visión y su concepción de lo que considera debe ser el profesional de la medicina. Por lo tanto trabajar alrededor de lo curricular implica acercarse a las intencionalidades de los programas educativos.

Esto implica que una propuesta curricular no se debe a sí misma, no es un fin en sí, sino que debe mirar y responder a situaciones de significado y relevancia académica y social vinculadas con un campo de formación. Desde esta perspectiva, el currículum médico para Colombia debe contener un currículum nuclear que garantice la pertinencia de la formación del egresado de pregrado para dar respuesta a las situaciones del contexto inmediato de prestación de servicios del país. Esto no es un esfuerzo de poca monta, ni de carácter reduccionista. El perfil de formación de nuestro médico, dado nuestro perfil

sociodemográfico y epidemiológico es altamente complejo y responde a los que podríamos denominar un perfil *globalizado*, debe dar respuesta a los problemas derivados de la pobreza (carenciales y transmisibles), a los del desarrollo económico y el mejoramiento de las condiciones de vida y la esperanza de vida al nacer, (crónicas, degenerativas y cáncer) y a las del trauma y la violencia. El contexto, que nos define las necesidades sociales que debemos abordar nos define nuestro currículo nuclear.

EL CONTEXTO DE LA SALUD EN COLOMBIA¹

Colombia es un país ubicado en el extremo noroccidental de América del Sur. Su extensión es de algo más de un millón doscientos mil kilómetros cuadrados y una población, según el DANE, estimada para el año 2003 de 43.7 millones de habitantes, de los cuales el 71.8% hacen parte de la población urbana del país. La relación por sexos es casi 1:1, y el tamaño promedio de los hogares es de 4.2 personas. La pirámide poblacional, proporcionalmente, se ha venido ensanchando en el centro y en el vértice en los últimos 50 años, y ha aumentado menos en la base, lo que significa que la población en edad productiva es la franja más importante, y que en 20 años y más la franja de la tercera edad tendrá una gran importancia desde el punto de vista socioeconómico y en el perfil de salud del país. La esperanza de vida al nacer, no obstante las deplorables condiciones socioeconómicas, ha mejorado sustancialmente en los últimos cien años y hoy se ubica en promedio en los 72.2 años.

La situación de violencia por la que atraviesa el país, y que responde a una guerra no declarada de más de 40 años, que ha llegado a su máxima expresión en los últimos 4 años genera situaciones que se pueden deducir de las siguientes cifras: la población desplazada por el conflicto armado se estima que es de tres millones de habitantes, y cada año, con tendencia al incremento se desplazan cerca de 340 mil colombianos. La mortalidad por causas violentas nos otorga un poco honroso primer o segundo puesto en el mundo, con una tasa por 100 mil habitantes de 105.8. El impacto que esto genera sobre el sistema de salud es altamente costoso.

La situación de pobreza es alarmante. El país cuenta con 28 millones de pobres (menos de 2 dólares diarios) y 10 millones de colombianos en pobreza extrema (menos de 1 dólar diario), lo cual nos ubica en la situación que teníamos hace 15 años. De la población urbana el 55% y el 14% respectivamente se encuentran en pobreza y pobreza extrema; mientras en la población rural las cifras, en el mismo orden corresponden al 79% y 37%. El país se disputa el primer lugar en inequidad en el mundo con un coeficiente de Gini de 0.57.

En cuanto a los niveles de desempleo se trata, según los resultados de la Encuesta Continua de Hogares del DANE, para el total del país la tasa de desempleo para el mes de abril de 2002 fue de 16.1%, lo cual equivale a 3.175.000 de desempleados. Por su

¹ La mayoría de datos estadísticos han sido tomados de SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA: Indicadores Básicos 2002. Ministerio de Salud, INS, OPS; Bogotá, D.C., 2002.

parte, la tasa de ocupación fue de 52,0% y la de subempleo 33,6%, cifras que equivalen a 16.558.000 ocupados y 6.629.000 subempleados respectivamente.

Respecto a la vivienda, el déficit cuantitativo de esta en el país se estima en 1.260.500 unidades habitacionales (17.6% del total de hogares), concentrándose más del 80% en hogares con ingresos inferiores a cuatro salarios mínimos, de acuerdo con los datos obtenidos de la Dirección General de Vivienda del Ministerio de Desarrollo Económico. Entre quienes tienen vivienda, los principales problemas son una estructura de vivienda inadecuada y el hacinamiento, en más del 40% de los casos, y los problemas de servicios públicos, otro 20%.

Sobre el tema de los servicios públicos, sigue existiendo un déficit en la cobertura especialmente en las áreas rurales. Por ejemplo, la cobertura urbana de acueducto es de 94% y alcantarillado de 80%, y la cobertura rural es de 42% y 17%, respectivamente.

En cuanto a la escolaridad, las estadísticas del Ministerio de Educación Nacional muestran que en el año 2000 había una tasa de analfabetismo global de 9,9%, siendo mucho más marcada en áreas rurales (21,0%) mientras que en las cabeceras municipales era de 5,9%.

El perfil epidemiológico nacional muestra lo que se ha denominado un perfil de convergencia epidemiológica, no de transición como ocurre en otros países en vías de desarrollo. En Colombia confluyen las enfermedades de la pobreza, infecciosas y carenciales, con las de los países más ricos como el cáncer, las enfermedades crónicas y degenerativas, y adicionalmente el drama del trauma y la violencia. Dentro de las primeras, las infecciones respiratorias y las neumonías, las enfermedades infecciosas intestinales, y la meningitis, acompañadas de la desnutrición cobran el mayor número de vidas entre los niños. Las enfermedades cardiovasculares y las muertes violentas se disputan el primer lugar en causas de mortalidad general, mientras el cáncer mantiene un tercer puesto. La mortalidad materna, un indicador altamente sensible a la eficiencia de los servicios de salud es todavía muy alta, con una tasa de 71 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, no obstante que la cobertura de atención prenatal y del parto institucionales es alta, 91% y 87.7% respectivamente. El impacto de la violencia sobre la patología mental todavía no se refleja en las cifras pero constituye un reto para los servicios y las facultades de medicina; una cifra que alerta sin embargo es la tasa de suicidios de 5.1 por 100 mil habitantes, y la clara percepción del aumento de éste en adolescentes y niños.

Por otra parte, el perfil del riesgo de enfermar y morir, sobre el cual deben incidir todas las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (prevención primaria) es alarmante. Algunos datos que ilustran la anterior afirmación son los siguientes: la prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años (aguda y crónica) es de 6.7%; la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses es de solo el 11.6%, mientras la duración media de la misma es de 1.7 meses. En relación con cáncer la prevalencia de mujeres entre los 25 y 69 años que se han hecho una citología vaginal en los últimos tres años es de 68.4%, mientras que las mujeres mayores de 35 años que se han hecho un examen clínico de la mama en los últimos 5 años no superan el 25.7%. El

riesgo cardiovascular se expresa en que el porcentaje de personas que nunca hacen actividad física aeróbica es el 52.7%, los que tienen un colesterol total mayor de 240 mg/dl son el 12.7% y los adultos que tienen una relación colesterol total/HDL mayor de 5 son el 41.1%. Por otra parte la cobertura en vacunación ha disminuido en los últimos cinco años y hoy el país enfrenta una amenaza con enfermedades que estaban en vía de erradicación como el sarampión.

Finalmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud tiene un desarrollo incipiente, irregular e inestable, tanto como la economía del país que lo sustenta; aunque el gasto público en salud ronda el 3.7% del PIB (Producto Interno Bruto) y el gasto total el 10% del PIB, la cobertura del régimen subsidiado (régimen dirigido a aquellos individuos y familias cuyo pago de cotización es subsidiado parcial y totalmente con recursos fiscales), los más pobres, solo alcanza el 25.7% y la del régimen contributivo (régimen que vincula a aquellos individuos y familias a través del pago de una cotización) el 30.9% (los dos han bajado frente a los datos del 2001), con una población descubierta del 43.4%, y un sistema que tambalea frente a la crisis económica del país.

Este panorama constituye el contexto en el cual debe desempeñarse el médico en Colombia, agravado por condiciones originadas por una violencia en el cual los grupos armados atacan a la misión médica y la han convertido en objetivo militar, y un Sistema General de Seguridad Social en Salud que los ha colocado en la situación de servir intereses particulares.

BASES PARA LA FORMULACIÓN DE UNA POLÍTICA SOBRE CURRÍCULO NUCLEAR

Sobre la formación de pregrado²:

El Consejo Directivo de ASCOFAME ha hecho una serie de definiciones previas que son importantes en cuanto a la definición de los alcances que se le quiere dar a la formación del médico en Colombia durante su formación de pregrado. Las siguientes son las Conclusiones y Recomendaciones (pertinentes para los efectos de este documento) adoptadas por el Consejo Directivo en abril de 2001, a partir de los talleres regionales que sobre Educación Médica en Pregrado e Internado realizó la División de Salud y Educación con todas las facultades de medicina vinculadas a ASCOFAME:

CONCLUSIONES SOBRE PREGRADO:

1. Se acepta que el pregrado debe conducir a la formación de un médico general integral con alta capacidad resolutive y de desempeño en el contexto nacional, con capacidad de adaptación a cambios en el contexto local y nacional, así como a las condiciones de desempeño y formación a nivel internacional.

2. Por lo anterior, no puede constituir el pregrado una plataforma de formación especializada temprana, lo cual no significa que no pueda existir un componente flexible

² Consejo Directivo de ASCOFAME, Abril de 2001.

que permita orientar y fortalecer vocacionalmente al estudiante hacia su futuro desempeño profesional.

3. Se considera por lo tanto importante contar con un currículum nuclear, o contenidos temáticos nucleares que le den identidad al médico general que estamos formando y faciliten los aspectos relacionados con intercambios nacionales e internacionales. Este núcleo curricular podría ser definido por ASCOFAME en correspondencia con los estándares internacionales.

4. Es necesario y deseable que cada facultad de medicina imprima su sello particular en sus egresados a través del componente flexible o complementario de sus planes de estudio, lo cual no es limitado por lo concluido en los tres primeros puntos.

CONCLUSIONES SOBRE INTERNADO:

5. El internado es y debe seguir considerándose la etapa culminante de la formación de pregrado de un médico general integral. Por lo tanto no puede considerarse como algo aparte del pregrado, sino la parte final del mismo y por lo tanto debe estar armonizado curricularmente con toda la carrera. Es igualmente la etapa en la cual la universidad concreta la formación del médico que pretende de acuerdo con el perfil que ella ha definido.

6. De acuerdo con lo anterior la tendencia más clara identificada apunta a que el internado no puede tener un carácter especializante.

7. Para casos especiales sería posible dar una formación especializada durante este último año de carrera. Requisitos necesarios para esto deben ser la clara identificación de intereses y capacidades del estudiante y las fortalezas que la universidad tenga para responder de manera adecuada a la solicitud. Se considera estos casos como excepciones posibles y no como un componente regular de la oferta de la universidad a los estudiantes.

8. Deben ser muy claras las responsabilidades de las universidades y de las entidades asistenciales con relación a los objetivos del internado y estas deben reflejarse de manera explícita en los convenios docente asistenciales.

RECOMENDACIONES

1. ASCOFAME debe definir un núcleo curricular actualizando los programas mínimos disponibles en forma de núcleos temáticos básicos, el cual será considerado por el Consejo Directivo para constituir todos los programas de medicina que hacen parte de la Asociación.

2. En relación con las responsabilidades de las universidades y las entidades asistenciales en la cualificación de los programas de internado, los convenios docente asistenciales deben hacer explícitos las siguientes responsabilidades así:

Para las universidades:

- *Vincular más estrechamente el trabajo académico del internado a la propuesta curricular de formación de pregrado.*
- *Garantizar la ubicación de los estudiantes en hospitales que permitan desarrollar rotaciones de calidad. Las universidades deben establecer unas condiciones mínimas para desarrollar el trabajo con los internos.*
- *Garantizar, en coordinación con la entidad asistencial, el desarrollo de un programa que cubra los aspectos académicos y humanísticos con los recursos docentes y de infraestructura necesarios.*
- *Debe haber claridad en cuanto al sistema de evaluación del trabajo de los internos.*

Para las entidades asistenciales:

- *Contar con un comité docente asistencial que trabaje en concordancia con los planes curriculares de la respectiva universidad.*
- *Hacer al interno una inducción administrativa al sitio de práctica.*
- *Brindar condiciones adecuadas de bienestar al interno.*

3. ASCOFAME, por mandato de su Consejo Directivo, debe acreditar las condiciones docentes de tales escenarios de práctica, estableciendo recomendaciones sobre el desarrollo de tales prácticas que deberán ser acogidas por las facultades vinculadas a la Asociación.

4. Teniendo en cuenta que el internado constituye el año en el cual tanto el estudiante, como la institución, concretan la formación de un médico general, se recomienda que el internado sea más tradicional y se mantenga bajo un mayor control de cada facultad, en la medida en que los programas son más nuevos. Sólo la evaluación permanente del médico que está formando cada facultad, debe permitir la introducción de componentes más flexibles y el desarrollo de programas de intercambio o en convenio bajo el control de otras facultades.

Sobre el Currículo Nuclear³

De igual forma el Consejo Directivo reunido nuevamente en octubre de 2002, establece las siguientes orientaciones sobre el particular:

Las ciencias médicas han tenido a través del tiempo admirables adelantos en lo relacionado con el descubrimiento de las causas de muchas enfermedades antes ignoradas, de los agentes productores y transmisores, del tratamiento eficaz y muy especialmente de la manera de evitarlas a través de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, haciendo énfasis en los factores de riesgo, las vacunaciones preventivas contra un sin número de enfermedades infecciosas y su

³ Conclusiones Consejo Directivo de ASCOFAME, Octubre 10 y 11 de 2002.

tratamiento con antibióticos cada vez más efectivos contra ellas. Los adelantos en las técnicas quirúrgicas como la cirugía de trasplantes de órganos, la cirugía endoscópica, la imagenología diagnóstica cada vez más sofisticada y precisa, los avances en biología molecular y en los últimos días la revolución que está causando el descubrimiento del genoma humano y la incidencia que tendrá en el diagnóstico, prevención y tratamiento de múltiples enfermedades plantean importantes retos para la educación médica.

Lo anterior nos indica que la educación médica cada día se hace más compleja y difícil sobretodo si se tiene la idea que todo debe ser aprendido por el estudiante lo cual a la luz de los conocimientos actuales es imposible. La universidad no puede enseñarlo todo; la universidad, según Venturelli, debe aprovechar la oportunidad de formar a un individuo capaz de formularse preguntas y encontrar respuestas.

Es necesario que las escuelas de medicina determinen por consenso, cuáles son los fundamentos básicos y esenciales que deben los estudiantes aprender y asimilar durante su permanencia en el programa. El desarrollo de la biología molecular ha permeado todas las ciencias básicas tradicionales y se constituye en la base fundamental de la comprensión del funcionamiento normal y patológico del organismo, así como de su interacción con agentes externos, sean estos biológicos, físicos o químicos. La fundamentación básica científica sustenta el quehacer del médico.

Uno de los principales problemas que tenemos hoy en día los educadores médicos es que hemos debilitado, olvidado o menospreciado la clínica, entendida esta como la capacidad de abordar al paciente desde una perspectiva integral con base en una sólida formación semiológica, la que es indispensable en la formación del médico independientemente del progreso de la ciencia y tecnología.

Los elementos integradores entre las ciencias básicas y clínicas se constituyen en un eje central de la formación: en este sentido vemos de principal relevancia el papel que juegan la semiología y la epidemiología clínica (incluida la Medicina Basada en la Evidencia).

La semiología nos obliga a pensar, a analizar, a discurrir y a sintetizar. Sin embargo, esta parte de la formación está siendo cada día más postergada y con la tendencia a buscar el camino más fácil en presencia del enfermo, enviándolo rápidamente un sin número de exámenes de laboratorio o de imágenes, sometiéndolo a múltiples idas y venidas que lo asustan, lo fatigan y lo impresionan, además de ocasionarle significativos gastos, que muchas veces no puede afrontar, terminando por tenerle miedo al médico, no utilizar más sus servicios, dejar avanzar la enfermedad o recurrir a las medicinas alternativas, las que han tomado un auge impresionante en nuestros días. El desarrollo de un juicio clínico es indispensable para determinar un diagnóstico y definir la conducta a seguir.

La epidemiología clínica, por su parte, nos permite desarrollar un dominio del método científico aplicado a la actividad clínica, tanto en la prestación de servicios personales de salud, como en la investigación para permitirle al médico evaluar de forma independiente la evidencia científica e incorporarla a su práctica, y producir investigación científica relevante y valedera. Igualmente una actitud científica (sanamente crítica) frente a la

evidencia con base en la cual se toman decisiones en salud lo cual le permitirá evaluar de manera más adecuada la información clínica, lo que a su vez deberá reflejarse en tomas de decisiones informadas y empleo racional de los recursos de salud.

La enseñanza de las ciencias clínicas deberá centrarse en aquellas competencias fundamentales que requiere un médico general y que deben ser construidas con base en el perfil epidemiológico y demográfico del país, así como en la capacidad del médico de abordar integralmente al ser humano desde las perspectivas de protección (promoción y prevención), y recuperación (diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) de la salud, desde una aproximación nosológica, por sistemas o por resolución de problemas, pero centrada en lo que el médico general debe y puede hacer.

Finalmente todo el proyecto educativo debe estar cimentado en sólidas base éticas y bioéticas.

En resumen la propuesta de currículo nuclear se concreta en:

Dos ejes transversales y permanentes de la formación del médico:

- Ética y bioética como base de la fundamentación humanística.*
- Biología Molecular como base de la fundamentación científica.*

Y en dos bloques integradores:

- Semiología*
- Epidemiología clínica*

Y en las ciencias clínicas aplicadas con base en el perfil epidemiológico y demográfico del país, y en las competencias esperadas para el médico con base en lo que debe y puede hacer.

CONFLUENCIA DE UNA POLÍTICA DE ASCOFAME CON LOS DESARROLLOS GUBERNAMENTALES.

En concordancia con los anteriores aspectos desarrollados por iniciativa de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, se fueron dando igualmente una serie de desarrollos en la normatividad de la educación superior en Colombia en los cuales ASCOFAME tuvo una participación directa, especialmente los relacionados con la expedición del Decreto 917 de 2001, que incorpora el concepto de créditos académicos, el posterior Decreto 808 de 2002 de Créditos Académicos, y los Exámenes de Estado para la Calidad de la Educación Superior, desarrollados por ASCOFAME, como examen nacional de internos desde doce años antes. Estos desarrollos tienen en común con la política desarrollada en ASCOFAME los siguientes puntos:

- La necesidad de trabajar sobre la definición de un currículo nuclear.
- La comprensión del componente flexible como parte de la formación integral del médico sin detrimento de su formación nuclear.
- La necesidad de comprender los procesos de evaluación, sean estos a nivel institucional, de los programas o de los estudiantes, dentro de una perspectiva de reflexión académica en relación con la pertinencia social de nuestra labor, y en función de la calidad.

La confluencia de estos procesos, condujo entonces a generar mayores desarrollos sobre currículo nuclear en la medida de hacer cada vez más explícita la propuesta con el fin de alcanzar las competencias necesarias para dar respuesta al perfil de desempeño del médico en Colombia.

Dentro de la perspectiva planteada se inició un proceso de revisión los planteamientos políticos y filosóficos de ASCOFAME durante los últimos años, tales como FIN Y PRINCIPIO DE UN MILENIO, EDUCACIÓN Y PRÁCTICA MÉDICA (Ospina, J.E; ASCOFAME, 1994) y las reuniones que sobre currículo nuclear se han venido adelantando con las facultades de medicina en el año 2001 (Talleres regionales donde se trató la formación en Pregrado, Internado y el tema de Servicio Social Obligatorio, Consejo Directivo, abril de 2001) y las posteriores con el Consejo Directivo de ASCOFAME, así como en la revisión de los planes de estudio de 30 facultades de medicina del país afiliadas y no afiliadas a ASCOFAME, así como en lineamientos políticos más recientes, emanados del Consejo Directivo de Octubre de 2002, en el marco del desarrollo de la Misión Colombo-Británica. Igualmente se tuvo en cuenta un documento desarrollado por ASCOFAME sobre las funciones del médico general, que se realizó en 1980, así como documentos del Ministerio de Salud o de otras instituciones de salud relacionadas con las funciones que el médico general debe desarrollar dentro del Sistema de salud, y se produjo el documento ÁREAS DE DESEMPEÑO DEL MÉDICO GENERAL EN COLOMBIA QUE DEFINEN SU PERFIL DE COMPETENCIA PROFESIONAL, que fue sometido a ajustes después de ser consultado con todas las facultades de medicina.

Este documento permitió definir las bases de las competencias para el desempeño esperado de los médicos generales del país en respuesta a las condiciones socioeconómicas, epidemiológicas y demográficas de nuestro contexto, local, nacional e internacional, con base en las áreas en las cuales le corresponde desempeñarse, sean estas clínicas, administrativas, investigativas, comunitarias o docentes, las cuales se abordan las áreas de desempeño más frecuentes del médico general, es decir la clínica y administrativa.

Con base en tal documento, y en desarrollos subsecuentes relacionado con la asesoría a las facultades sobre Créditos Académicos y su comprensión a partir de la definición de *Competencias* se ha avanzado a delimitar los aspectos fundamentales del currículo nuclear de las facultades de medicina. Si bien varias definiciones de *competencias* (Dell Hymes, Chomsky) están sustentadas fundamentalmente en el *saber hacer*, y sin entrar a discrepar de fondo con esta acepción, se ha preferido para este documento, buscando la

definición más integral de un currículo nuclear abordar las competencias tal como las plantea Epstein y Hunter⁴, es decir en *el ser, el saber, el hacer, el comunicar*, con una ligera variación: *el ser, el saber, saber hacer y el comunicar*⁵. Por lo tanto el documento propuesto aborda el currículo nuclear desde estas competencias. Es necesario señalar que sin embargo esta taxonomía que aparentemente fragmenta el desarrollo de las competencias integra al final *el ser, el saber y el comunicar* en el *saber hacer*, que finalmente se refiere a la acción fundamentada del médico como ser humano y como científico.

⁴ Epstein R, Hunter E.; Defining and Assessing Profesional Competente. JAMA 2002;287 (2):226-235

⁵ Esta definición parte específicamente de las discusiones académicas que sobre el particular se han tenido con un grupo de trabajo de ASCOFAME y de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Sabana.

PARTE II

CURRÍCULO NUCLEAR DE PREGRADO PARA LAS FACULTADES DE MEDICINA DE COLOMBIA

Durante la formación médica de pregrado las facultades de medicina de Colombia velarán para que sus futuros egresados, a través del desarrollo curricular de sus programas, adquieran las siguientes competencias, enmarcadas en el desarrollo de su proyecto educativo institucional y del programa.

COMPETENCIAS EN *EL SER*.

El médico debe *ser*:

- Un ser humano comprometido en procurar el mantenimiento y la recuperación de la salud de sus pacientes, sin distingo de sexo, raza, condición económica o social, política o religiosa.
- Respetuoso de los principios de la ética médica: beneficencia no maleficencia, autonomía, justicia.
- Respetuoso de los derechos humanos.
- Respetuoso de la vida y la dignidad humana.
- Respetuoso de la libertad del enfermo.
- Consciente de sus capacidades y responsable por sus actos.
- Fundamentado científicamente de manera permanente.
- Competente en su acción individual y en el trabajo en equipo.

COMPETENCIAS EN *EL SABER*.

La acción del médico debe estar fundamentada en sus conocimientos científicos y técnicos, sean estos en el campo biológico, psicológico o social, pues son estos conocimientos los que sustentan la práctica y diferencian al médico del empírico. Por lo tanto para su adecuado desempeño el médico debe *saber (conocer)*:

- La estructura y funcionamiento normal del ser humano, bio-psico-social, desde sus interacciones moleculares, biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.
- La estructura y funcionamiento patológico del ser humano, bio-psico-social, desde sus interacciones moleculares, biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.

- La relación del ser humano, bio-psico-social con el medio ambiente, en sus interacciones moleculares, biológicas, bioquímicas, biofísicas, a nivel subcelular, celular, orgánico, sistémico y total del cuerpo humano, en todas las fases de su ciclo vital, desde su desarrollo embriológico, hasta la senectud.
- Reconocer las áreas de conocimiento complementarias que le permitan interpretar los procesos de la salud y la enfermedad desde el punto de vista de su comportamiento social.
- El impacto de la acción del medio ambiente y del hombre sobre la salud.
- La estructura y funcionamiento de los servicios de salud.
- El impacto de la enfermedad individual sobre la salud pública.

COMPETENCIAS EN *EL SABER HACER*

Las facultades de medicina garantizarán que el egresado, con base en una sólida fundamentación básica y clínica, esté en capacidad de *saber hacer*:

- Una historia clínica completa, que incluya la anamnesis, el examen físico, y la impresión diagnóstica.
- Solicitar e interpretar adecuadamente las pruebas de laboratorio, imágenes diagnósticas adecuadas al nivel de complejidad en el cual se desempeña.
- Establecer un diagnóstico de manejo adecuado.
- Establecer una conducta terapéutica adecuada, identificando con claridad el nivel de atención en el cual debe ser atendido el paciente.

En consonancia con los dos puntos anteriores, se espera que el médico egresado de las facultades de medicina de Colombia pueda abordar de manera adecuada las siguientes situaciones:

I. COMPETENCIAS EN EL CAMPO DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

1. ACCIONES ORIENTADAS A LAS PERSONAS POR CICLO VITAL INDIVIDUAL:

1.1 Control y atención del embarazo, parto y puerperio normales e identificación de pacientes de alto riesgo.

1.1.1 Cambios fisiológicos del embarazo en sus distintas etapas.

1.1.2 Detección de riesgo psicosocial y biológico:

- 1.1.2.1 Embarazo no deseado.
- 1.1.2.2 Embarazo en adolescente.
- 1.1.2.3 Violencia intrafamiliar.
- 1.1.2.4 Infecciones y embarazo.
- 1.1.2.5 Hemorragias del primer trimestre.
- 1.1.2.6 Hemorragias de tercer trimestre.
- 1.1.2.7 Enfermedad hipertensiva del embarazo.
- 1.1.2.8 Diabetes gestacional.
- 1.1.2.9 Amenaza de parto prematuro.
- 1.1.2.10 Embarazo prolongado.
- 1.1.2.11 Isoinmunizaciones.
- 1.1.2.12 Infecciones.
- 1.1.2.13 Enfermedades asociadas al embarazo.
- 1.1.2.14 Valoración del riesgo anteparto del recién nacido:
 - 1.1.2.14.1 Malformaciones.
 - 1.1.2.14.2 Retardo de crecimiento intrauterino.
 - 1.1.2.14.3 Hipoxia perinatal.
 - 1.1.2.14.4 Infección perinatal.
- 1.1.2.15 Riesgo de parto distócico.
- 1.1.2.16 Riesgo de problemas puerperales.
 - 1.1.2.16.1 Hemorragias.
 - 1.1.2.16.2 Infección.
- 1.1.2.17 Atención del puerperio, cambios fisiológicos durante el puerperio, planificación familiar.

1.1.3 Valoración de la salud del recién nacido.

- 1.1.3.1 APGAR.
- 1.1.3.2 Inmunizaciones.
- 1.1.3.3 Alimentación.
- 1.1.3.4 Manejo adecuado del área umbilical.
- 1.1.3.5 Crecimiento y Desarrollo, madurez fetal.

1.2 Fomento de la salud, crecimiento y desarrollo del lactante y el preescolar.

- 1.2.1 Valoración y Detección del riesgo nutricional.
- 1.2.2 Riesgo psicoafectivo.
- 1.2.3 Lactancia materna y alimentación infantil.
- 1.2.4 Prevención de enfermedades transmisibles en el lactante y el preescolar.
 - 1.2.4.1 Esquema oficial de inmunizaciones.
 - 1.2.4.2 Inmunoglobulinas específicas.
 - 1.2.4.3 Quimioprofilaxis en casos especiales.
- 1.2.5 Educación a los padres sobre Crecimiento y desarrollo y pautas de crianza.
- 1.2.6 Prevención de accidentes.

1.3 Fomento de la salud y el desarrollo físico y psicosocial del escolar.

- 1.3.1 Valoración y Detección del riesgo nutricional.
 - 1.3.2 Riesgo psicoafectivo.
 - 1.3.3 Alimentación infantil.
 - 1.3.4 Prevención de enfermedades transmisibles.
 - 1.3.4.1 Esquema oficial de inmunizaciones.
 - 1.3.4.2 Inmunoglobulinas específicas.
 - 1.3.4.3 Quimioprofilaxis en casos especiales.
 - 1.3.5 Detección de patología congénita o adquirida, relacionada especialmente con el desarrollo neurosensorial, visión y audición y motor.
 - 1.3.6 Educación a los padres y maestros sobre crecimiento y desarrollo y aspectos relacionados con la salud de los escolares.
 - 1.3.7 Prevención de accidentes.
- 1.4 Fomento de la salud y el desarrollo físico y psicosocial del adolescente.
- 1.4.1 Educación y orientación a adolescentes sobre:
 - 1.4.1.1 Salud sexual y reproductiva: prevención de ETS, VIH-SIDA; planificación familiar, embarazo en adolescentes.
 - 1.4.1.2 Autoexamen de mama, piel y testículo.
 - 1.4.1.3 Citología vaginal.
 - 1.4.1.4 Utilización del tiempo libre; uso de sustancias psicoactivas, pandillas.
 - 1.4.1.5 Estilos de vida saludables.
 - 1.4.1.6 Prevención de accidentes.
 - 1.4.1.7 Violencia intrafamiliar.
 - 1.4.2 Refuerzo de vacunas según esquemas.
- 1.5 Fomento de la salud y el desarrollo psicosocial del adulto.
- 1.5.1 Educación y orientación sobre:
 - 1.5.1.1 Salud sexual y reproductiva, disfunción sexual.
 - 1.5.1.2 Utilización del tiempo libre, uso de sustancias psicoactivas, automedicación.
 - 1.5.1.3 Estilos de vida saludables.
 - 1.5.1.4 Violencia intrafamiliar.
 - 1.5.1.5 Prevención de accidentes.
 - 1.5.1.6 Riesgos laborales.
 - 1.5.1.7 Autoexamen de mama, testículos, piel.
 - 1.5.1.8 Citología vaginal.
 - 1.5.1.9 Cáncer de próstata.
 - 1.5.2 Refuerzo de vacunas según esquemas.
- 1.6 Fomento de la salud y el desarrollo psicosocial del adulto mayor.
- 1.6.1 Educación y orientación sobre:
 - 1.6.1.1 Salud sexual, disfunción sexual.
 - 1.6.1.2 Utilización del tiempo libre, preparación para el retiro.
 - 1.6.1.3 Estilos de vida saludables, prevención de accidentes.

- 1.6.1.4 Tamizaje de cáncer.
- 1.6.1.5 Polifarmacia y automedicación
- 1.6.1.6 Violencia intrafamiliar.
- 1.6.2 Refuerzo de vacunas según esquemas.

2. ACCIONES ORIENTADAS A LA FAMILIA

- 2.1 Diagnóstico de la función familiar.
- 2.2 Manejo de guías anticipatorias por ciclo vital familiar.
- 2.3 Promoción de estilos de vida saludables.
- 2.4 Prevención de factores de riesgo biopsicosocial.

3. ACCIONES ORIENTADAS AL MEDIO AMBIENTE Y A PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA, Y RELACIONADAS CON EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD.

3.1 Identificar los problemas y orientar programas dirigidos a las comunidades y entidades territoriales en relación con:

- 3.1.1 Contaminación de aguas.
- 3.1.2 Polución y contaminación de aire.
- 3.1.3 Eliminación de excretas.
- 3.1.4 Eliminación de basuras.
- 3.1.5 Control de alimentos (leche, carne, etc.).
- 3.1.6 Control de pesticidas, herbicidas y matamalezas.

3.2 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades de origen hídrico o contaminación alimentaria.

3.3 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades de transmisión por vía aérea.

3.4 Vigilancia y control de enfermedades transmitidas por contacto directo con líquidos orgánicos y/o mucosas.

3.5 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades transmitidas por vectores.

3.6 Vigilancia epidemiológica y control de zoonosis.

3.7 Prevención de accidentes y de enfermedades causadas por agentes físicos o químicos.

3.8 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades mentales.

3.9 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades relacionadas con estilos de vida no saludables, incluye vigilancia, control y campañas contra el tabaquismo, la drogadicción y farmacodependencia.

3.10 Vigilancia epidemiológica y control de Emergencias y desastres de origen natural o humano, incluido desplazamiento.

3.11 Vigilancia epidemiológica y control de enfermedades relacionadas con la violencia, incluido desplazamiento.

3.12 Aspectos relacionadas con el Derecho Internacional Humanitarios y protección a la Misión Médica

II. COMPETENCIAS EN DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN (DE ACUERDO CON EL NIVEL DE COMPLEJIDAD QUE LE CORRESPONDE AL MÉDICO GENERAL):

1. Por ciclo vital individual.

1. SALUD DE LOS NIÑOS.

- 1.1 Recién nacido pretérmino y post-término.
- 1.2 Hipoglicemia neonatal
- 1.3 Hipotermia
- 1.4 Trauma obstétrico.
- 1.5 Enfermedades congénitas, infecciosas y no infecciosas, incluye tamizaje metabólico para hipotiroidismo congénito.
- 1.6 Patología congénita o adquirida, relacionada especialmente con el desarrollo neurosensorial y motor.
- 1.7 Onfalitis, conjuntivitis del recién nacido, sífilis congénita.
- 1.8 Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido.
- 1.8 Ictericias.
- 1.9 Anemias.
- 1.10 Síndromes convulsivos.
- 1.11 Cefaleas
- 1.12 Estrategia AIEPI.
- 1.13 Problemas de crecimiento y desarrollo:
 - 1.13.1 Desnutrición y estados carenciales.
 - 1.13.2 Retraso psicomotor.
 - 1.13.3 Trastornos de refracción y ambliopía.
 - 1.13.4 Sordera.
 - 1.13.5 Displasia congénita del desarrollo de la cadera.
 - 1.13.6 Pié equino.
 - 1.13.7 Malformaciones anorrectales.
- 1.14 Enfermedades transmisibles de la infancia.
 - 1.14.1 Tuberculosis.
 - 1.14.2 Difteria.
 - 1.14.3 Tosferina.
 - 1.14.4 Tétanos.
 - 1.14.5 Sarampión.
 - 1.14.6 Hepatitis infecciosas.
 - 1.14.7 Otras exantemáticas.
- 1.15 Violencia intrafamiliar.
- 1.16 Maltrato infantil.
- 1.17 Abuso Sexual.
- 1.18 Deprivación psicoafectiva.
- 1.19 Enfermedades diarreicas.
- 1.20 Trastornos hidroelectrolíticos.
- 1.21 Deshidratación.
- 1.22 Shock.

- 1.23 Enfermedades parasitarias intestinales.
- 1.24 ETS, en especial sífilis congénita, VIH-SIDA.
- 1.25 Lepra.
- 1.26 Malaria.
- 1.27 Accidente rábico.
- 1.28 Toxoplasmosis congénita y adquirida.
- 1.29 Enfermedad de Chagas.
- 1.30 Leishmaniosis.
- 1.31 Reflujo gastroesofágico, enfermedad ácido péptica, úlcera gastroduodenal, gastritis, esofagitis, colitis.
- 1.32 Enfermedades respiratorias agudas como neumonías, bronquitis, laringitis, sinusitis, otitis, bronquiolitis, etc.
- 1.33 Síndromes de hiperreactividad bronquial. Asma bronquial.
- 1.34 Cardiopatías congénitas y reumáticas.
- 1.35 Enfermedades reumatológicas.
- 1.36 Infecciones urinaria, glomerulonefritis, síndrome nefrítico y nefrótico.
- 1.37 Insuficiencia renal aguda y crónica.
- 1.38 Diabetes.
- 1.39 Hipo e hipertiroidismo.
- 1.40 Tumores frecuentes en la infancia.
- 1.41 Coma.
- 1.42 Meningoencefalitis.
- 1.43 Parálisis flácidas.
- 1.44 Hipertensión endocraneana.
- 1.45 Obesidad.
- 1.46 Afecciones dermatológicas más frecuentes como acné, erisipela, escabiosis, pediculosis, piodermatitis, micosis superficiales, urticaria, dermatitis atópicas, prúrigos.
- 1.47 Intoxicaciones.
- 1.48 Heridas y traumatismos.
- 1.49 Luxaciones y fracturas.
- 1.50 Infecciones osteoarticulares
- 1.51 Presencia de cuerpos extraños.
- 1.52 Mordeduras y picaduras de animales.
- 1.53 Afecciones quirúrgicas más frecuentes:
 - 1.53.1 Hernias de la pared abdominal.
 - 1.53.2 Obstrucción intestinal.
 - 1.53.3 Abdomen agudo.
 - 1.53.4 Dolor abdominal agudo y recurrente.
 - 1.53.5 Quemaduras.
 - 1.53.6 Abscesos.
 - 1.53.7 Trauma cráneo encefálico.
 - 1.53.8 Trauma de Tórax.
 - 1.53.9 Trauma de Abdomen.
 - 1.53.10 Politraumatismo.

2. SALUD DE LA MUJER

- 2.1 Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
- 2.2 Bartholinitis, vaginitis, flujos vaginales, cervicitis, pólipos cervicales.
- 2.3 Dolor pélvico, dismenorrea.
- 2.4 Hemorragia Uterina Anormal: metrorragias, amenorreas, oligomenorreas.
- 2.5 Síndrome de tensión premenstrual.
- 2.6 Menopausia.
- 2.7 Fisuras del pezón, mastitis.
- 2.8 Masas mamarias.
- 2.9 Cáncer de mama.
- 2.10 Cáncer de cérvix.
- 2.11 Cáncer de endometrio.
- 2.12 Masas pélvicas.
- 2.13 Miomatosis uterina.
- 2.14 Esterilidad e infertilidad.
- 2.15 Prolapso genital.
- 2.16 Incontinencia urinaria de esfuerzo.
- 2.17 Embarazo, parto y puerperio.
 - 2.17.1 Hemorragias del primer trimestre.
 - 2.17.2 Amenaza de aborto y aborto.
 - 2.17.3 Hemorragias del tercer trimestre.
 - 2.17.4 Enfermedad hipertensiva del embarazo.
 - 2.17.5 Diabetes gestacional.
 - 2.17.6 Amenaza de parto prematuro.
 - 2.17.7 Retardo de crecimiento intrauterino.
 - 2.17.8 Parto distócico.
 - 2.17.9 Hemorragia postparto.
 - 2.17.10 Infección puerperal.
 - 2.17.11 Enfermedades concomitantes con el embarazo.

3. SALUD DEL ADULTO

- 3.1 Desnutrición y estados carenciales.
- 3.2 Violencia intrafamiliar.
- 3.3 Maltrato infantil.
- 3.4 Enfermedades parasitarias intestinales.
- 3.5 Síndrome icterico.
- 3.6 Hepatitis, cirrosis.
- 3.7 Tuberculosis.
- 3.8 ETS, VIH-SIDA.
- 3.9 Lepra.
- 3.10 Malaria.
- 3.11 Accidente rábico.
- 3.12 Toxoplasmosis.
- 3.13 Enfermedad de Chagas.
- 3.14 Leishmaniosis.
- 3.15 Enfermedad ácido péptica, úlcera gastroduodenal, gastritis, esofagitis, colitis.

- 3.16 Cáncer de esófago, cáncer gástrico, cáncer de colon.
- 3.17 Pancreatitis.
- 3.18 Hemorragias del tracto gastrointestinal.
- 3.19 Enfermedades respiratorias agudas como neumonías (adquirida en la comunidad, e intrahospitalaria), bronquitis, laringitis, sinusitis, etc.
- 3.20 Asma bronquial; EPOC.
- 3.21 Síndrome de dificultad respiratoria.
- 3.22 Sepsis.
- 3.23 Cáncer de pulmón.
- 3.24 Cefaleas.
- 3.25 Hipertensión arterial, arterioesclerosis.
- 3.26 Enfermedad Isquémica del Miocardio.
- 3.27 Insuficiencia cardiaca.
- 3.28 Arritmias más frecuentes, taquicardias, extrasístoles.
- 3.29 Tromboembolismo pulmonar agudo.
- 3.30 Endocarditis bacteriana, pericarditis, valvulopatías reumáticas, cardiopatías congénitas, cardiomiopatías, edema pulmonar agudo.
- 3.31 Tromboflebitis.
- 3.32 Shock.
- 3.33 Enfermedades reumatológicas.
- 3.34 Infecciones urinaria, glomerulonefritis, síndrome nefrítico y nefrótico.
- 3.35 Insuficiencia renal aguda y crónica, obstrucción urinaria.
- 3.36 Diabetes.
- 3.37 Hipo e hipertiroidismo.
- 3.38 Obesidad.
- 3.39 Afecciones dermatológicas más frecuentes como acné, erisipela, escabiosis, pediculosis, piodermis, micosis superficiales, urticaria, herpes, dermatitis atópicas, prurigos, enfermedades premalignas de piel y mucosas, cáncer de piel.
- 3.40 Cánceres, leucosis, leucemias y anemias aplásticas.
- 3.41 Cuadros convulsivos.
- 3.42 Accidentes cerebrovasculares.
- 3.43 Coma.
- 3.44 Meningoencefalitis.
- 3.45 Hipertensión endocraneana.
- 3.46 Polineuropatías.
- 3.47 Parálisis flácidas.
- 3.48 Tumores del sistema nervioso central.
- 3.49 Intoxicaciones.
- 3.50 Heridas y traumatismos.
- 3.51 Luxaciones y fracturas.
- 3.52 Dolor musculoesquelético.
- 3.53 Infecciones osteoarticulares.
- 3.54 Presencia de cuerpos extraños.
- 3.55 Afecciones quirúrgicas más frecuentes:
 - 3.55.1 Hernias de la pared abdominal.
 - 3.55.2 Abdomen agudo.

- 3.55.3 Quemaduras.
- 3.55.4 Abscesos.
- 3.55.5 Trauma cráneo encefálico.
- 3.55.6 Trauma de Tórax.
- 3.55.7 Trauma de Abdomen.
- 3.55.8 Politraumatismo.
- 3.55.9 Enfermedades de la vía biliar.
- 3.55.10 Neumotórax, hemotórax, empiema y derrame pleural.
- 3.56 Trastornos psiquiátricos:
 - 3.56.1 Reacciones psicóticas agudas.
 - 3.56.2 Crisis neuróticas agudas.
 - 3.56.3 Trastornos de personalidad.
 - 3.56.4 Trastorno de ansiedad.
 - 3.56.5 Trastornos del afecto.
 - 3.56.6 Depresión e intento de suicidio.
 - 3.56.7 Control de enfermos mentales crónicos.
 - 3.56.8 Demencia senil.
- 3.57 Mordeduras y picaduras de animales.

4. REALIZACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS SIGUIENTES PROCEDIMIENTOS:

- 4.1 Rinoscopia
- 4.2 Otoscopia
- 4.3 Oftalmoscopia
- 4.4 Laringoscopia indirecta
- 4.5 Anoscopia
- 4.6 Tacto rectal
- 4.7 Glicemias por micrométodo
- 4.8 Toma e interpretación de electrocardiogramas
- 4.9 Curaciones
- 4.10 Venopunción
- 4.11 Venodisección
- 4.12 Colocación de sonda nasogástrica
- 4.13 Cateterismo vesical
- 4.14 Lavado gástrico
- 4.15 Control de hemorragias externas
- 4.16 Masaje cardiaco externo: adultos
- 4.17 Masaje cardiaco externo: niños
- 4.18 Masaje cardiaco externo: recién nacidos
- 4.19 Manejo de hidroelectrolítico: adultos
- 4.20 Manejo de hidroelectrolítico: niños
- 4.21 Respiración artificial adultos
- 4.22 Respiración artificial niños
- 4.23 Intubación endotraqueal adultos
- 4.24 Intubación endotraqueal niños
- 4.25 Intubación endotraqueal recién nacidos

- 4.26 Paso de un tubo de tórax
- 4.27 Cricotirotomía
- 4.28 Disección de venas
- 4.29 Catéter de PVC, a través de vena periférica.
- 4.30 Toma de muestras para laboratorio clínico
- 4.31 Necropsia médicolegal.
- 4.32 Peritazgos médicolegales.
- 4.33 Toma y remisión de muestras para Citología Vaginal
- 4.34 Toma y remisión de biopsias superficiales para anatomía patológica
- 4.35 Anestesia local
- 4.36 Drenaje de abscesos
- 4.37 Suturas de heridas
- 4.38 Manejo inicial de quemados
- 4.39 Extracción de lipomas
- 4.40 Atención cuerpo extraño en Ojo
- 4.41 Atención cuerpo extraño en Nariz
- 4.42 Taponamiento nasal.
- 4.43 Atención cuerpo extraño en Oído
- 4.44 Extirpación parcial y total de Uña
- 4.45 Punción Lumbar
- 4.46 Toracentesis
- 4.47 Paracentesis abdominal
- 4.48 Reducción e inmovilización de fracturas no complicadas.
- 4.49 Reducción de luxaciones no complicadas.
- 4.50 Tratamiento inicial de fracturas abiertas
- 4.51 Atención del parto normal
- 4.52 Episiotomía y episiorrafia.
- 4.53 Corrección de desgarros vaginales.
- 4.54 Reducción de parafimosis.
- 4.55 Legrado ginecológico
- 4.56 Legrado obstétrico
- 4.57 Aplicación de DIU
- 4.58 Amniotomía
- 4.59 Monitoría clínica anteparto o intraparto
- 4.60 Curaciones postoperatorias
- 4.61 Ayudantías quirúrgicas
- 4.62 Manejo de incubadoras
- 4.63 Radiografías de huesos y simples de tórax y abdomen.
- 4.64 Culdocentesis.
- 4.65 Tacto vagino-rectal.

NOTA: La competencia del médico general en la realización de apendicectomías y cesáreas fue en general descartada por las facultades, sin embargo, teniendo en cuenta que las situaciones de la práctica con frecuencia no son las adecuadas para una remisión oportuna, creemos que hacen que el tema amerite mayor discusión.

5. INTERPRETACIÓN DEL RESTO DE EXÁMENES DE LABORATORIO CLÍNICO Y DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS, de acuerdo con su nivel de competencia.

- 5.1 Interpretación de coprológicos y frotis rectal
- 5.2 Interpretación de cuadro hemático
- 5.3 Frotis uretral y vaginal
- 5.4 Gota gruesa
- 5.5 Citología vaginal
- 5.6 BK en esputo y PPD.
- 5.7 Pruebas de coagulación
- 5.8 Inmuno-Química sanguínea
 - 5.8.1 Glicemia.
 - 5.8.2 Perfil lipídico.
 - 5.8.3 Creatinina, BUN.
 - 5.8.4 ANAS.
 - 5.8.5 Hemoglobina glicosilada.
 - 5.8.6 Serología para VIH y carga viral, CD4.
 - 5.8.7 Aminotransferasas.
 - 5.8.8 Bilirrubinas.
 - 5.8.9 Fosfatasas.
 - 5.8.10 VDRL.
 - 5.8.11 Pruebas para hepatitis, toxoplasma, citomegalovirus
- 5.9 Interpretación de parcial de Orina
- 5.10 Interpretación de placa simple de tórax
- 5.11 Interpretación de placa simple de abdomen
- 5.12 Interpretación de placa simple de extremidades
- 5.13 Ecografía ginecológica y obstétrica.
- 5.14 Ecografía abdominal.
- 5.15 TAC
- 5.16 RNM

6. REALIZACIÓN DE RECONOCIMIENTOS Y PERITAZGOS MÉDICO-LEGALES TALES COMO:

- 6.1 Incapacidades.
- 6.2 Lesiones personales.
- 6.3 Violaciones.
- 6.4 Autopsias.

7. ACCIONES ORIENTADAS A LA ATENCIÓN DE LAS FAMILIAS.

- 7.1 Aplicación de instrumentos para el diagnóstico de la función familiar:
 - 7.1.1 HISTORIA CLÍNICA FAMILIAR
 - 7.1.2 FAMILIOGRAMA.
 - 7.1.3 APGAR FAMILIAR.
 - 7.1.4 ECOMAPA.
- 7.2 Detección y manejo de riesgo biopsicosocial a través de guías anticipatorias.

7.3 Diagnóstico e intervención en crisis normativas y no normativas.

III. ÁREA DE DESEMPEÑO ADMINISTRATIVO.

COMPETENCIAS DE LIDERAZGO, DIRECCIÓN, COORDINACIÓN, TRABAJO EN EQUIPO, PLANEACIÓN, EVALUACIÓN.

En el área administrativa se espera que el médico general cuente con las competencias necesarias que le permitan asumir diferentes funciones directivas, administrativas o de coordinación en ámbitos que van desde diversos tipos de programas, o instituciones de salud tales como centros de salud rurales o urbanos, hospitales de primer nivel de atención y direcciones locales de salud, que permitan el desarrollo coordinado de los programas de atención a las personas, al medio ambiente y de infraestructura administrativa y el logro de metas previamente establecidas.

1. ACCIONES ESPERADAS EN EL ÁREA ADMINISTRATIVA.

1.1 Dirigir el funcionamiento de una IPS de primer nivel de atención o una dirección local de salud, teniendo en cuenta una adecuada planeación, programación, supervisión y control de las actividades a fin de lograr una eficiente prestación de servicios.

1.2 Establecer el diagnóstico y pronóstico de la situación de salud de su área de influencia.

1.3 Elaborar el Plan de Atención de emergencias y desastres, incluido el desplazamiento: establecer los principales riesgos; diseñar una guía para que cada servicio elabore su proyecto.

1.4 Propiciar y desarrollar investigaciones de tipo aplicado, tendientes a esclarecer las causas y soluciones a los problemas de salud de la comunidad e informar al nivel superior sobre sus resultados.

1.5 Concertar las políticas de salud del área de influencia con el gobierno municipal y la comunidad, en armonía con las políticas, planes y programas nacionales, o de la entidad territorial seccional, correspondiente.

1.6 Dirigir o coordinar aspectos relacionados con la remisión y contra-remisión de pacientes.

1.7 Coordinar la asignación y racional utilización de los recursos de la IPS o la dirección local de salud; velar por su consecución oportuna.

1.8 Realizar acciones de primeros auxilios, programas preventivos y de promoción de la salud y saneamiento básico a la comunidad, programas especiales de salud pública, de orden nacional, regional o local.

1.9 Aplicar, de acuerdo con la reglamentación, la referencia y contrarreferencia de pacientes.

1.10 Propiciar la participación de la comunidad en acciones de prevención y solución los problemas de salud de la población del área de influencia, a través de acciones tales como:

- 1.10.1 Identificar las características de la región asignada (población, ubicación, composición, etc.) para adecuar el Programa de Participación Comunitaria a sus condiciones socio-culturales y necesidades prioritarias.
- 1.10.2 Identificar grupos y líderes de la comunidad que puedan participar en acciones de prevención y rehabilitación de salud.
- 1.10.3 Promover la participación de la comunidad en las diferentes etapas de la prestación de los servicios de salud.
- 1.10.4 Organizar y orientar los Comités de participación comunitaria en su área de influencia.
- 1.10.5 Dar a conocer a la comunidad los Programas y Servicios de Salud disponibles a fin de lograr una mayor utilización de los mismos y una imagen positiva de la institución.
- 1.10.6 Programar y ejecutar con el equipo de salud actividades de educación en salud de acuerdo a las necesidades identificadas en la comunidad.
- 1.10.7 Promover una comunicación eficiente entre el equipo de salud y la comunidad.
- 1.10.8 Promover la integración real del personal de salud a través de la participación en actividades sociales, culturales, cívicas, etc. que pretendan impulsar el desarrollo y bienestar de la comunidad.
- 1.10.9 Supervisar la coordinación de las promotoras, con la de los colaboradores de salud.

- 1.11 Dictar charlas de educación a la comunidad, en aspectos nutricionales, hábitos higiénicos y de saneamiento básico, a fin de mejorar el estado de salud de la comunidad.
- 1.12 Establecer y mantener las relaciones de coordinación necesarias para el adecuado desarrollo de los programas de la IPS o la dirección local de salud.
- 1.13 Representar legalmente a la institución cuando le corresponda.
- 1.14 Someter a la aprobación de la autoridad competente, el proyecto anual de presupuesto de las instituciones del área de influencia y dirigir su ejecución mediante la ordenación de gastos.
- 1.15 Promover la adaptación y adopción de normas técnicas y modelos orientados a mejorar la prestación de los servicios de salud y velar por la validez científica de las técnicas y procedimientos utilizados en el diagnóstico y tratamiento.
- 1.16 Administrar el fondo local de salud, de acuerdo con las normas vigentes cuando esta función le sea delegada.
- 1.17 Representar legalmente al hospital en todos los actos técnicos y administrativos.
- 1.18 Fomentar el trabajo interdisciplinario y la coordinación intra e intersectorial.
- 1.19 Presidir y/o participar en los diferentes comités del hospital o la dirección local de salud, a fin de lograr la unificación de criterios para compatibilizar los programas en los aspectos científicos, técnicos y administrativos.

COMPETENCIAS EN *EL COMUNICAR*

La acción del médico se basa en gran medida en su capacidad para desarrollar una adecuada interlocución con los pacientes, sus familias, los colegas, entre otros. El programa de medicina debe generar las oportunidades para que el médico recién egresado desarrolle las siguientes competencias en *el comunicar*:

- Desarrollar una comunicación empática con el paciente y sus familiares.
- Generar las condiciones personales y ambientales necesarias para que se de esta comunicación.
- Transmitir de manera clara las indicaciones al paciente y la familiar, tanto escritas como verbales.
- Educar al paciente, la familia, la comunidad, y a otros miembros del equipo de salud en aspectos pertinentes a su práctica profesional.
- Respetar y ejercer el consentimiento informado con sus pacientes y familiares.

REFLEXIONES FINALES

El presente documento constituye una declaración de las bases sobre las cuales las facultades de medicina de Colombia pueden desarrollar la formación de pregrado de sus estudiantes con el fin de dar respuesta a las necesidades sociales que en salud tiene el país. Esta propuesta debe estar inmersa en un contexto más amplio que es el de orden institucional, establecido por las autoridades universitarias, quienes le darán a la formación de sus médicos el sello propio de las mismas. El desarrollo integral del médico por lo tanto supera su formación profesionalizante. En este documento se abordan aspectos centrales de la formación ética, social y humanística del médico, que deberán recibir gran énfasis por parte de la universidad y el programa, con aportes provenientes de campos distintos a la medicina.

De manera intencional, no se habla de materias o asignaturas. La definición del *cómo* está en manos de cada institución. Es necesario, sin embargo, repensar sobre la formación de los médicos y el papel que esta formación juegan las instituciones, los docentes y los estudiantes. Generar espacios que potencien esta formación es responsabilidad de todos, y trascender métodos, de acuerdo con los desarrollos modernos, es indispensable para hacer una formación más humana, ética, y flexible, sin detrimento de la calidad.

Necesariamente este documento debe ser objeto de permanente revisión y ajuste por la cual la comunidad académica médica está invitada a participar en su desarrollo.