

Aula Virtual de Educación Médica

Volúmen 2 - Número 2 - Julio - Diciembre de 2012 - Publicación Semestral

ASCOFAME



ISSN: 2077-8403

Reflexiones
sobre la formación de
profesionales de la

Memorias de la Conferencia Internacional de Educación
Médica Ascofame 2012 - El Médico del Siglo XXI

*Conferencia Internacional Ascofame 2012: el médico del
siglo XXI*

Dr. Ricardo H. Rozo

Formación ética y conflicto armado

Dr. Marco Alfonso Nieto García

Reflexiones sobre la enseñanza de la bioética

Dra. Martha J. Negrete

*¿El sistema actual de salud le permite al médico el
desarrollo de las competencias para las que fue
formado?*

Dra. Paula Vásquez Marín

Evaluación de habilidades clínicas

Dr. Adalberto Amaya Afanador



JUNTA DIRECTIVA 2012 - 2013

DR. JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ

Presidente
Decano Facultad de Medicina
Universidad CES

DR. JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO

Vicepresidente
Decano Facultad de Medicina
Universidad Militar Nueva Granada

DRA. LUZ MARINA CORSO MORALES

Secretaria
Decana Facultad de Salud
Universidad Autónoma de Bucaramanga

DR. CAMILO OSORIO BARKER

Vocal
Decano Facultad de Medicina
Universidad de la Sabana

DR. JULIÁN ALBERTO HERRERA MURGUEITIO

Vocal
Decano Facultad de Salud
Universidad del Valle

DRA. ELIZABETH LÓPEZ RIVAS

Vocal
Decana Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena

DR. ROBERTO ESTEFAN CHEHAB

Vocal
Decano Facultad Ciencias de la Salud
Universidad del Quindío

GRUPO EJECUTIVO

Director

DR. RICARDO H. ROZO URIBE
Director Ejecutivo de ASCOFAME

Coordinación Editorial

DR. RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA
Jefe División de Educación e Investigación ASCOFAME

DRA. JULIANA VALLEJO ECHAVARRÍA
Jefe División Salud y Protección Social ASCOFAME

DRA. MARÍA MARTHA MARTÍNEZ LESMES
Gerente Administrativa y Financiera ASCOFAME

Departamento de Sistemas

JORGE LUIS SÁNCHEZ SÁNCHEZ
SANDRA PATRICIA LÓPEZ BULLA



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA RAFAEL NÚÑEZ

Dr. Juan Carlos Lozano Pineda
Decano Facultad Ciencias de la Salud

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DE LAS AMÉRICAS, PEREIRA

Dr. Ricardo Jiménez Mejía
Rector Ejecutivo

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD, FUCS

Dr. Gonzalo López Escobar
Decano Facultad de Medicina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN, BOGOTÁ

Dr. Orlando Rodríguez García
Decano Facultad de Medicina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN, SABANETA

Dr. Luis Javier Giraldo Múnera
Decano Facultad de Medicina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Dr. Juan De Francisco Zambrano
Decano Facultad de Medicina

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Dra. Mary Bermúdez Gómez
Decana Facultad de Medicina

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE, UCEVA

Dr. Wilson Martínez Varela
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Dr. Héctor Gómez Triviño
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA, UNAB

Dra. Luz Marina Corso Morales
Decana Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD CES

Dr. Jorge Julián Osorio Gómez
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Dr. Elmer Gaviria Rivera
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

Dra. Gloria Eugenia Camargo Villalba
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DE CALDAS

Dra. Dolly Magnolia González
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Dra. Elizabeth López Rivas
Decana Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES, UDCA

Dr. Juan Carlos Morales Ruíz
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Dr. Camilo Osorio Barker
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Dr. Luis Andrés Sarmiento Rodríguez
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

Dra. Patricia Toro Duque
Decana Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE SANTANDER, UDES

Dr. William Reyes Serpa
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Dr. José Luis Diago Franco
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL NORTE

Dr. Hernando Baquero Latorre
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

Dr. Roberto Estefan Chehab
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Dr. Leonardo Palacios Sánchez
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DEL SINÚ, CARTAGENA

Dra. Gloria Pérez Trespalacios
Decana Facultad Ciencias de la Salud



UNIVERSIDAD DEL SINÚ, MONTERÍA

Dr. Álvaro Bustos González
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Dra. Betty Sánchez de Parada
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL VALLE

Dr. Julián Alberto Herrera Murgueitio
Decano Facultad de Salud

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

Dr. Cástulo Cisneros Rivera
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Dr. Hugo Cárdenas López
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, UIS

Dra. Clara Inés Vargas Castellanos
Decana Facultad de Salud

UNIVERSIDAD LIBRE, BARRANQUILLA

Dr. Romualdo Fonseca Arrieta
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD LIBRE, CALI

Dr. Luis Edilberto Blandón Palomino
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Dr. Carlos Cuello Mendoza
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

Dr. Juan Miguel Estrada Grueso
Decano Facultad de Medicina

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA
DE COLOMBIA, UPTC**

Dra. Lucía Carlota Rodríguez Barreto
Decana Facultad Ciencias de la Salud

**UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA,
UPB**

Dra. Mónica Uribe Ríos
Decana Escuela de Medicina

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Dr. Héctor Hernán Zamora Caicedo
Decano Facultad de Salud

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

Dr. Juan Carlos Monsalve Botero
Decano Facultad Ciencias de la Salud

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERINA, CALI

Dr. Pedro José Villamizar Beltrán
Decano Facultad Ciencias de la Salud

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON

Dr. Arcadio Maya Elejalde
Decano Escuela de Ciencias de la Salud



<i>Discurso inaugural</i> Conferencia Internacional de Educación Médica, ASCOFAME 2012: El Médico para el siglo XXI <i>Ricardo H. Rozo Uribe, MD.;</i>	21
Formación ética y conflicto armado <i>Marco Alfonso Nieto García, MD</i>	24
Reflexiones sobre la enseñanza de la bioética <i>Dra. Martha J. Negrete</i>	28
"¿El sistema actual de salud le permite al médico el desarrollo de las competencias para las que fue formado?" Conferencia Internacional de educación médica ASCOFAME 2012 <i>Paula Vásquez Marín</i>	32
Evaluación de habilidades clínicas <i>Adalberto Amaya Afanador, MD.</i>	37

Discurso inaugural

Conferencia Internacional de Educación Médica, ASCOFAME 2012: El Médico para el siglo XXI

Doctor Ricardo H Rozo¹

Este escenario, compuesto por las más altas figuras del Gobierno Nacional, directivos y docentes de las facultades de medicina y de salud, representantes de los prestadores de servicios y miembros de la academia y las sociedades científicas, y con invitados de internacionales de prestigiosas instituciones de educación médica, es el más adecuado para plantear la concepción de ASCOFAME respecto a lo que creemos que debe ser el Médico del Siglo XXI para un país que ha ingresado sin reparos a la globalización y a la internacionalización no solo en la economía sino en todos los ámbitos del desarrollo social.

Esta Conferencia Internacional aborda cuatro ejes centrales, que nos acercan al mundo y nos relacionan con nuestros problemas, que no son solo nuestros:

1. El Profesionalismo Médico: la ética, el humanismo, la autonomía y la calidad del acto médico.
2. La práctica de la medicina dentro de un Modelo de APS, y la consideración central sobre la capacidad resolutive del médico (y del Sistema).
3. Las prácticas curriculares para la mejor formación de médicos en el pregrado y en las especialidades; y
4. La calidad de la educación médica y su proyección internacional.

1. El Profesionalismo Médico: la ética, el humanismo, la autonomía y la calidad del acto médico.

La queja sobre el deterioro del Profesionalismo Médico (un término nuevo, pero con un fundamento ancestral) debe ser objeto de la mayor atención por parte de las facultades de medicina, porque no cabe duda que la sociedad de consumo, y la nueva era de la sociedad de la información, así como la cada vez mayor inmersión (y tal vez sumisión) del médico y del profesional de salud en la práctica dentro de modelos corporativos y mediados por la industria de la salud ha llevado a la crisis de la relación con el paciente (hoy usuario o cliente), con los colegas y, porque no decirlo, con la sociedad por falta de autonomía. El modelo de *medical care management* ha conducido a lo que el Doctor José Félix Patiño ha llamado la ética corporativa, en reemplazo de la ética hipocrática, con un tercer actor que media la relación médico-paciente.

¹ Director Ejecutivo, ASCOFAME

Y no solo la medicina corporativa ha generado este tipo de influencias. Los múltiples y muy variados desarrollos de las ciencias médicas con la industria de la salud presente, ha hecho que la vida se medicalice y que la práctica de la medicina se convierta en bien de consumo, para mantener la salud, retardar el envejecimiento y evitar cualquier supuesta disfunción social. Estamos llevando los espacios del acto médico, hacia terrenos más cercanos a los ámbitos de la transacción de bienes y servicios.

Si aceptamos que esta situación es así, al menos en parte, justo sería decir que el tema debe preocupar y requerir atención, no solo de las facultades de salud, sino del propio Sistema de aseguramiento y de la sociedad en general. Un visión positivista, unicausal, y el dedo acusador señalando a las facultades no serviría para acercarse a la solución del problema.

Tenemos como formadores de médicos, y profesionales de la salud, la obligación generar todas las estrategias y prácticas que mejoren el Profesionalismo. Promover el pensamiento crítico y la autonomía de nuestros egresados, su capacidad ética y su calidad científica.

La actuación del médico basado en guías y protocolos no sirve en las manos de un médico que no entienda las variables biológicas que presenta cada uno de sus pacientes. La incertidumbre es el centro del acto médico y el criterio profesional no puede supeditarse a la norma.

Por otro lado, la capacidad de autonomía y la autorregulación es la esencia que define una profesión, tanto en la práctica individual como colectiva. Las comunidades científicas y académicas están conformadas por núcleos sociales con capacidad de autorregulación, sin esta característica su existencia no tiene sentido. La autonomía, no se pide ni se recibe. ¡Se ejerce! El gobierno debe tener mecanismos que garanticen el ejercicio adecuado de la práctica profesional con estándares de calidad, pero son los profesionales quienes deben determinar autónomamente las características de su ejercicio y responder por sus prácticas ante la sociedad.

Como ASCOFAME reclamamos para la comunidad científica y académica médica un ejercicio de la autónomo y autorregulado, y como cualquier derecho se acompaña de deberes asumimos el compromiso que nos corresponde y exigimos a nuestros pares asumir el que les corresponde para responder con altura a las exigencias de la sociedad para resolver sus problemas de salud.

2. La práctica de la medicina dentro de un Modelo de APS, y la consideración central sobre la capacidad resolutive del médico (y del Sistema).

Quisiera abordar otro aspecto que requiere de un acercamiento complejo: ¿Están los médicos atendiendo las necesidades de salud de la población?; ¿El Sistema de salud se montó bajo un modelo curativo, y los médicos han aban-

donado las prácticas de promoción y prevención? ¿El propio Sistema abandonó los programas de Salud Pública durante los últimos 20 años? En fin ¿cuál debería ser el modelo de atención en salud y qué capacidad resolutive tienen y deberían tener los médicos y profesionales de la salud?

Cada pregunta de estas puede tener un sesgo que orienta la respuesta, pero lo importante es, desde la evidencia empírica y los estudios de ASCOFAME, que el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud convirtió la presencia de los estudiantes (incluidos residentes) y los docentes en un accidente. El tema de la formación del recurso humano no fue relevante para el Sistema hasta 15 años después de la Ley 100 y la articulación entre los Ministerios de Salud y Educación apenas hoy se insinúa.

El crecimiento en el número de facultades de medicina y otras de la salud (propiciado por una apertura educativa, parte de una apertura económica) y la desaparición de los tradicionales Hospitales Universitarios, generó una lucha por escenarios de práctica sin identidad misional con el tema educativo, en muchos de ellos.

Los conceptos de eficiencia y eficacia (términos puramente económicos), acabaron con las plantas de médicos en los hospitales que fueron reemplazadas por cooperativas. Resultado: ¡Hospitales docentes sin planta de docentes! Y las restricciones económicas en las universidades nos llevaron a aceptar la figura del docente ocasional.

Si se puede evidenciar el deterioro de la capacidad resolutive de los médicos los aspectos señalados explican en gran medida el fenómeno.

Otro factor también fue determinante en el deterioro de práctica de la medicina, durante el desarrollo de la Ley 100 el médico se convirtió en remitidor de pacientes, perdió autonomía, capacidad de decisión, se le estimuló para no solicitar paraclínicos y se le restringió al acceso a la solicitud e interpretación de ellos.

Sin embargo hace dos años se le pidió que pudiera actuar como internista, pediatra o ginecólogo. ¡Cuándo el Sistema le había dicho durante 18 años que no podía desarrollar íntegramente su ejercicio profesional!

¿Cuántos médicos necesita el país?, ¿10 mil?, ¿20 mil?. Todo depende para qué y con que capacidad de acción dentro del Sistema. Si es un médico con baja capacidad resolutive, y dedicado a labores administrativas, incapacidades, y de contención de costos y demás, necesitaremos 20 mil o más. Si el Sistema le va a permitir desarrollar una capacidad resolutive del 70 u 80% como se afirma que debe ser dentro de un modelo de APS, pueden ser 10 mil, pero tenemos que reentrenar a los que ya salieron y fortalecer la formación de los que vienen en ambientes favorables al aprendizaje y la práctica de la APS.

¿Cómo entender la Atención Primaria en Salud es un tema que esperamos que nos ayude a dilucidar el Gobierno Nacional en este evento y en futuras reuniones?

Por otra parte este esquema de baja capacidad resolutive impactó la pirámide de atención y disminuyó también la de los especialistas generalistas, mientras aumenta la *especificidad resolutive* de los de tercer y cuarto nivel, generando una brecha en el primer y segundo nivel.

Definitivamente el Sistema privilegió la mayor complejidad, y la educación responde en el mismo sentido. No en vano el país ofrece más de 180 denominaciones distintas de especialidades en más de 400 programas, y gran parte de esta oferta son segundas y terceras especialidades.

Los Ministerios de Salud y de Educación deben entrar a conversar entre ellos y con la universidad para definir si es necesario dar un vuelco a la educación médica del país. Los costos que asumen el estado y los padres de familia en la formación de profesionales, que tienen que estudiar cada vez más para acceder a un ejercicio digno de la profesión (porque el papel del generalista no se valora), y lo que esto significa en el retardo al ingreso en la vida laboral, obligan a que repensemos la estructura vigente de la Educación Médica en el país.

3. Las prácticas curriculares para la mejor formación de médicos en el pregrado y en las especialidades.

La educación médica se ha convertido en una disciplina y ha dejado ser un acto empírico de prueba y error, o de adopción acrítica de los modelos tradicionales, aunque es necesario decir que romper con estas estructuras es difícil y ellos persisten en algunos casos.

El desarrollo de los conocimientos médicos y el aprendizaje centrado en el estudiante, dentro de una sociedad global, han modificado el énfasis en la formación haciendo que sea necesario adoptar nuevas aproximaciones en los procesos curriculares y didácticos.

Lo anterior para decir que con la cantidad de información y de conocimiento que hoy se tiene no es posible pretender que un médico, generalista o especialista, tenga el dominio total de dicho conocimiento, como posiblemente ocurría a mediados del siglo pasado. Por lo tanto el modelo de evaluación no puede ser ese profesional del siglo pasado y el concepto de trabajo en equipo debe tener la mayor relevancia.

La aproximación a las competencias del médico debe hacerse con la definición de niveles de complejidad y de responsabilidades entre los médicos y los especialistas, así como con otros miembros del equipo. No todos tienen que hacer todo, y por lo tanto la definición de roles, desde

la perspectiva de la fundación epistemológica de las profesiones, debe ser central en el entendimiento del trabajo en equipo. Esto debe ser claro para el sistema de salud, y para el modelo de formación.

4. La calidad de la educación médica y su proyección internacional.

El trabajo por la calidad de educación médica en Colombia ha sido muy importante. Es necesario decir que el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior ha generado acciones para desarrollar altos estándares en la formación de los médicos. ¿Hay desarrollos heterogéneos? Sí. Sin embargo el papel de ASCOFAME como espacio de reflexión e intercambio académico y científico, debe generar estrategias de solidaridad para disminuir la brecha, como el Seminario Permanente de Autoevaluación, Autorregulación y Acreditación que adelanta la Asociación involucrando en el proceso facultades acreditadas. El tema no es quiénes son acreditados o no. El tema es *cómo* disminuimos, con la colaboración de todos, la brecha?

Las facultades de medicina de Colombia, además de los procesos nacionales, están mirando el mundo. La Acreditación Internacional de la calidad está en la mira de muchas de nuestras facultades y ASCOFAME está desarrollando acciones que faciliten dichos procesos. La inserción de nuestras facultades en la esfera de la educación médica mundial requiere que sus desarrollos estén acordes con un mundo globalizado.

Los médicos formados en el país deben poder responder por los problemas de salud de su población, deben ser igualmente capaces de desempeñarse en cualquier lugar del mundo con igual calidad. Finalmente, aunque la epidemiología sea distinta, la ciencia médica es una.

Esta reunión es un espacio clave para adelantar acciones en este sentido. La presencia de los Doctores Emmanuel Casimatis, Albert Scherbierp y Pablo Pulido, hablan del interés en establecer una agenda de trabajo orientada en este sentido.

Agradezco inmensamente dicha presencia desinteresada de todos nuestros invitados internacionales y esperamos que su visita sea la oportunidad para estrechar lazos de colaboración y amistad entre nuestras instituciones.

Agradezco la presencia de la Señora Ministra, quien enaltece este acto, y a quien le ofrecemos toda la capacidad y empeño de ASCOFAME para llegar al objetivo común de lograr una formación profesional que repercuta positivamente en las condiciones de salud de nuestra población.

Agradezco a todos los asistentes: directivos y docentes de las facultades y demás actores interesados en la formación del Talento Humano en Salud que propiciaron y acogieron esta invitación, y quienes nos enriquecerán con sus aportes.

Formación ética y conflicto armado

Marco Alfonso Nieto García, MD¹

Desde que existe la humanidad ha existido la guerra y también ha existido el interés de aliviar el dolor de los soldados lesionados durante los combates y en ese sentido podemos observar desde narraciones míticas hasta hechos reales donde algunos personajes han trabajado en el tratamiento de los enfermos y heridos en las actividades bélicas; por ejemplo en la Ilíada se narra la actividad de Macaón y Podalirio en el tratamiento de las heridas y de su exoneración de participar como guerreros; para actuar solamente como médicos curando a los heridos, figura semejante a la que exige el DIH (Derecho Internacional Humanitario) al personal de salud de los ejércitos y actores de los conflictos.

[Macaón y Podalirio] fueron de gran ayuda a los griegos en esta guerra, tratando con mucho éxito a los que resultaban heridos. Por eso adquirieron una enorme reputación y la necesidad que se tenía de su arte fue la causa que los eximió del combate y de todas las demás funciones militares (1).

También se observaron hechos muy interesantes de guerra biológica, actualmente proscrita por el DIH, que curiosamente no tuvieron acción indiscriminada sobre la población general, sino que solo afectaron el blanco propuesto como lo podemos ver en las siete plagas de Egipto; donde las tres primeras plagas afectaron tanto a Israelitas como a egipcios: Las ranas se convierten en sangre, las ranas cubren la tierra de Egipto y el polvo se convierte en piojos; mientras que las plagas restantes solo atacaron a los egipcios: Las moscas molestísimas, peste sobre los caballos, asnos, camellos, vacas y ovejas, Moisés toma ceniza de un horno y la esparce hacia el cielo, creando salpullido, que a su vez produjo úlceras, hecho que nos recuerda lo del ántrax después del 11 de septiembre, granizo mezclado con fuego, langostas, tinieblas por tres días y finalmente la muerte de los primogénitos de toda casa que no fuese cubierta con la sangre de un cordero (2).

Sun Tzu, estrategia de la guerra dentro de sus principios tenía el de capturar al enemigo sin combatir, principio muy importante porque evitaba las bajas y los heridos, luego con esta estrategia estaba aplicándole a la guerra un procedimiento preventivo para mantener la vida y la salud de los soldados.

En el nuestro continente los guerreros Incas, aplicaban sistemas disuasivos para evitar entrar en combate con los pueblos que conquistaban y el procedimiento comenzaba generando ruidos con elementos metálicos que llevaban adosados al cuerpo para dar la sensación de que iban muchos hombres, desfile presidido por el generalísimo para impresionar al adversario, revista de tropas por el general Inca delante del ejército enemigo, haciendo sonar instrumentos musicales y haciendo alarde de poder; si el enemigo no se rendía entraban en combate; pero con este método disuasivo evitaron muchas muertes (3).

Antes de nacer el DIH, se daban las capitulaciones que fueron procedimientos a través de los cuales se hacían negociaciones donde se llegaban a acuerdos de paz y se evitaban las guerras y los combates, un ejemplo en Colombia fue la capitulación de los Comuneros en Zipaquirá con José Antonio Galán (4).

¹ Docente Titular Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Quindío

Como el ejercicio del persona de la salud en zonas de conflicto se fundamenta en el DIH, los DDHH (Derechos Humanos), los Códigos de Ética Médica y las normas constitucionales, voy a complementar mi recuento histórico y de contexto con la historia de del Derecho Internacional humanitario.

Una de las personas que comenzó a darle un manejo humanitario a los heridos en combate fue Florence Nigtingale, también conocida como dama de la lámpara, que además fue la creadora de la enfermería profesional; ella durante la noche bajo la luz de su lámpara y con el apoyo de otras damas le prodigaba los cuidados a los heridos en las batallas de la guerra de Crimea (1853 a 1856), que se liberó el Imperio Ruso contra la alianza del Reino Unido, Francia y el imperio Otomano. No hizo su trabajo durante el día por el riesgo que corría de ser identificada y enjuiciada (5).

Otro personaje importante y que fue el creador del DIH fue el comerciante suizo Henry Dunant, que en la batalla de Solferino que se liberaba el 24 de junio de 1859 entre el ejército Austriaco al mando de Francisco José contra los ejércitos de Napoleón III, atendió innumerables heridos de ambos bandos y viendo la crueldad de la guerra escribió su libre RECUERDOS DE SOLFERINO y después de un trabajo con diferentes expertos y diplomáticos creó la CRUZ ROJA y le dio vida al DIH en agosto de 1864 (6).

Centrándonos en nuestro tema Colombia lleva más de cincuenta años en un conflicto interno que ha generado miles de muertes, heridos dolor desplazamiento y pobreza y al personal de la salud, reconocido como MISIÓN MÉDICA por la Resolución 1020 de 2002 del Ministerio de Protección Social hoy nuevamente denominado Ministerio de Salud, le ha correspondido afrontar las dificultades generadas por esta situación en el ejercicio de sus funciones (7).

El ejercicio de las actividades de la MISIÓN MÉDICA en Colombia está regulado por la resolución 1020 de 2002, que recopila la normatividad del DIH, los DDHH, los Convenios firmados por nuestro país, la Constitución Colombiana, el Código de ética Médica (Ley 23 de 1981), el Código de Procedimiento Penal y el Código Penal Colombianos.

En lo que respecta a la formación en ética y conflicto armado, se requiere no solamente la formación del personal de la salud, sino que hay que comprometer a la población, los estudiantes, las autoridades, las Fuerzas Armadas y a los actores ilegales del conflicto.

Este trabajo lo ha venido haciendo el Gobierno a través de los ministerios de Salud y de Defensa y la Cruz Roja Internacional en sus actividades de educación donde se incluyen todos los grupos armados; además las facultades de Ciencias de la Salud trabajan esta temática en la formación tanto de pregrado como de postgrado.

Para trabajar con seguridad en todos los escenarios donde ejerce la Misión Médica de parte del enfoque bioético establecido cumpliendo con los principios de justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia, reforzados por las pautas dadas a través de la resolución 1020.

Por esta razón las universidades dan formación y entrenamiento a sus estudiantes para que estos los difundan en los diferentes escenarios de ejercicio profesional y las fuerzas armadas lo dan a sus miembros con el apoyo del CICR y de las universidades.

La Misión Médica debe cumplir con sus tareas aplicando los principios del DIH a saber: humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad. Todos estos principios están respaldados por la constitución y las leyes.

La imparcialidad que exige darle igual atención a los enfermos de todos los bandos, está respaldado por el artículo 13 de la Constitución, por el protocolo II que está plasmado en la Ley 171 de 1994, en el Código de Ética Médica y el Artículo 6º de la resolución 1020 de 2002.

La neutralidad es muy importante puesto que ninguno de los miembros de la Misión Médica, sean civiles o militares pueden tomar bando en la atención de los enfermos, por lo tanto deben abstenerse de participar en las hostilidades (Artículo 6º de la resolución 1020 de 2002).

Un principio del DIH que debe tenerse en cuenta para la protección del personal de la MISIÓN MÉDICA, es el principio de distinción. Que también lo debe cumplir Sanidad Militar, por lo tanto son importantes la identificación y señalización y la actitud y el comportamiento.

En la señalización existen en Colombia dos emblemas, la cruz roja en fondo blanco y el de la Misión Médica consistente en una cruz blanca dentro de un círculo azul y este en un rectángulo rojo con el letrero MISIÓN MÉDICA.

La Cruz Roja solo debe ser utilizada por los miembros del CICR y los profesionales y las personas civiles o militares que estén apoyando las actividades de Sanidad Militar. Al igual que las instalaciones y los vehículos que estén utilizando.

El emblema de la Misión Médica solo la pueden utilizar las personas, las instalaciones y los vehículos del sistema nacional de salud o entidades privadas de salud que estén colaborando previa solicitud y autorización del Ministerio de Salud.

El secreto profesional está respaldado en Colombia por el Artículo 74 de la Constitución Nacional, el artículo 58 del Código de Procedimiento Penal y el Artículo 37 Código de Ética Médica (Ley 23 de 1981).

Atender pacientes en las zonas de conflicto exige un estricto cumplimiento de las normas enunciadas por lo tanto se deben tratar a todos los enfermos, siguiendo las prioridades médicas, no importando del bando de donde procedan, porque de lo contrario además de la normatividad ya relacionada, se violarían los artículos 131 y 152 del Código Penal que tratan de la omisión de socorro y asistencia humanitaria.

Artículo 131. Omisión de socorro. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión de dos a cuatro años.

Artículo 152: El que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado y estando obligado a prestarlas, omita las medidas de socorro y asistencia humanitarias a favor de las personas protegidas, incurrirá en prisión de cuarenta y ocho (48) a noventa (90) meses y multa de sesenta y seis punto sesenta y seis (66.66) a ciento cincuenta (150) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

La atención de los enfermos debe darse sin amenazas, en condiciones adecuadas y respetando las prioridades médicas.

Hay una pregunta inquietante que se hacen los miembros del personal de la salud que les preocupa notablemente, porque si lo hacen quedan en la mira del afectado o sus amigos y si no lo hace puede caer en las garras de la justicia. ¿SE DEBE DENUNCIAR LA ATENCIÓN DE COMBATIENTES PERTENECIENTES A GRUPOS ARMADOS ILEGALES?

Veamos los artículos del Código Penal que cubren este interrogante:

Artículo 67. Deber de denunciar. Toda persona debe denunciar a la autoridad los delitos de cuya comisión tenga conocimiento y deban investigarse de oficio.

El servidor público que conozca de la comisión de un delito que deba investigarse de oficio, iniciará sin tardanza la investigación si tuviere competencia para ello; en caso contrario, pondrá inmediatamente el hecho en conocimiento ante la autoridad competente.

Artículo 68. Exoneración del deber de denunciar. Nadie está obligado a formular denuncia contra sí mismo, contra su cónyuge, compañero o compañera permanente o contra sus parientes dentro del cuarto grado de consanguinidad o civil, o segundo de afinidad, ni a denunciar cuando medie el secreto profesional.

Viendo estos dos artículos, podemos concluir que el médico no está obligado a denunciar, pero si es muy importante que los casos de lesiones personales queden consignados en las historias clínicas y en las estadísticas oficiales correspondientes.

Pero queda una obligación institucional de hacer la denuncia correspondiente al tenor de los siguientes artículos del Código de Procedimiento Penal:

Artículo 218, Código de Procedimiento Penal

Quien en hospital, puesto de salud, clínica, consultorio médico u otro establecimiento similar, público o particular, reciba o dé entrada a persona a la cual se le hubiese ocasionado daño en el cuerpo o en la salud, dará aviso inmediatamente a la dependencia de policía judicial que le sea más próxima o, en su defecto, a la primera autoridad del lugar.

Artículo 143, Código de Procedimiento Penal

Al establecimiento de salud que reciba o dé entrada a persona lesionada sin dar aviso inmediato a la autoridad respectiva, lo sancionará con multa de diez (10) hasta cien (100) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Es decir la responsabilidad queda en la primera autoridad administrativa de la institución de salud en calidad de aviso y no de denuncia.

El personal de la salud no debe rendir declaraciones judiciales cuando medie el secreto profesional Artículo 385 del Código de Procedimiento Penal.

El personal de la salud puede ser sancionado cuando colabora con grupos armados ilegales dándoles información, apoyándolos con recursos, cuando se vincula a alguno de estos grupos o cuando no actúa de acuerdo a la deontología.

Concluyo con las sugerencias que hace el Ministerio de protección Social hoy de Salud para el personal que va a trabajar en zonas de conflicto armado.

Se debe conocer con anticipación:

- El perfil regional en lo social, económico, político y militar.
- La dinámica local del conflicto armado y la presencia de los combatientes.
- El histórico de las infracciones a la misión médica en la zona.
- La determinación de las necesidades locales en materia de asistencia.

Se les recomienda a las personas:

- Actitud y factores personales que no generen sospechas
- Identificación y uso del emblema protector

- Medidas para vehículos asistenciales
- Medidas para las comunicaciones
- Medidas generales para actividades extramurales

Se le recomienda a las instituciones:

- Mantener a todos sus trabajadores afiliados al Sistema General de Riesgos Profesionales y coordinar con la aseguradora la atención.
- Mantener un Plan de Contingencia para realizar la evacuación y atención de las víctimas de un ataque.
- Realizar una extensa difusión de la misión médica.

Después de que ocurra una infracción se debe:

- Reportar lo ocurrido.
- Aplicar medidas de protección individual.

- Estudiar objetiva y profundamente las circunstancias, para implantar medidas preventivas.

- Confidencialidad en el manejo de la información y procurar asumir institucionalmente la responsabilidad de actos, reportes o denuncias.

Bibliografía

- 1- Diodoro Sículo, Biblioteca histórica iv.71
- 2- LA BIBLIA DE NUESTRO PUEBLO. Luis Alfonso Schöekel. Ediciones Mensajero. Bilbao – España 2007.
- 3- <http://www.portalinca.com/ejercito/>
- 4- <http://www.slideshare.net/udca/bicentenario-revolucin-de-los-comuneros>
- 5- <http://www.astroseti.org/articulo/3755/> Por :Covadonga Escandón Martínez
- 6- <http://www.cruzroja.es/>
- 7- Resolución 1020 de 2002, pagina Ministerio de Salud
- 8- Código de Procedimiento Penal Colombiano
- 9- Código Penal Colombiano
- 10- Código de ética Médica Colombiano

Reflexiones sobre la enseñanza de la bioética

Dra. Martha J. Negrete

La enseñanza de la bioética genera todavía mucho escepticismo dentro de los especialistas clínicos que, formados dentro de rigurosos patrones científicos, no consideran las ciencias humanas fundamentales para la práctica clínica. A continuación expondré de manera sucinta las razones para enfatizar el gran reto que implica la enseñanza de la bioética en los programas de pregrado y postgrado de los estudiantes de las ciencias de la salud, los modelos que la cultura nos impone, las presiones en el ejercicio profesional, y los resultados de los estudios realizados sobre el impacto de la formación en bioética.

Formación de actitudes

En 1985 el trabajo presentado por Culver (1) y otros bioeticistas norteamericanos, llamado Basic curricular goals in Medical Ethics sostiene que el carácter moral básico del estudiante de medicina está ya formado cuando entran a la universidad y que los propósitos de enseñanza de la bioética en el currículo serían los de proporcionar habilidades que les permitieran expresar ese carácter moral en el mejor comportamiento posible.

Estimo que el paradigma que nos obliga a pensar que los estudiantes que llegan a la universidad son inmutables debe romperse y sería mejor considerar que los seres humanos somos seres “inacabados”, o en constante transformación. Los estudios de Piaget y Kohlberg (2) falta la referencia, indican que el desarrollo moral se produce en la medida en que los seres humanos van madurando. Existirían tres fases en ese desarrollo moral: una fase preconventional, una convencional y una postconvencional. En la fase preconventional se considera un primer estadio en que lo correcto se define en términos de obediencia a la autoridad y evitación del castigo, y un segundo estadio, que considera correcto lo que sirve a los intereses propios y de los otros; la fase convencional define lo correcto en el marco de las relaciones interpersonales de acuerdo con las expectativas del grupo y lo que mantiene el orden social. La fase postconvencional considera una evolución a lo correcto en términos de derechos y reglas básicas aceptadas libremente por los individuos y finalmente, en el estado más avanzado lo correcto se basa en principios éticos universales y abstractos libremente elegidos.

Las actitudes que se forman de manera primaria constituyen el carácter, sobre el cual no se puede influir de manera importante, sin embargo, a través de la formación de habilidades y los conocimientos se puede conformar actitudes de tipo secundario, la enseñanza de la ética o de la bioética tendría como propósito intervenir en la formación del segundo tipo de actitudes.

Trabajos presentados por Baldwin, muestran que la educación de las actitudes con esa formación, no sólo es posible sino altamente deseable (3). Estudios del mismo autor realizados posteriormente, en grupos de estudiantes que realizaron análisis de casos en cursos de veinte horas, mostraron un incremento significativo de su puntaje de razonamiento moral, por lo que concluyen que las habilidades para el razonamiento moral pueden ser enseñadas y medidas (4).

¹ Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia.

Modelos actuales

Vivimos en sociedades política y moralmente liberales que han conducido a un “descrédito de la moral” (5), no es posible la aplicación de principios universales abstractos en la vida cotidiana, la falta de puntos de referencia, de autoridades que garanticen la moral y la incertidumbre frente al mundo que construiremos con base en las decisiones que estamos tomando frente al desarrollo tecnológico y científico contribuyen de manera fundamental a dicho estado.

Nuestro país importa de las sociedades globalizadas modelos profesionales que no siempre son los más adecuados. Cuando se pregunta a los aspirantes del programa de medicina de la Universidad del Rosario sobre su médico ideal, no son pocas las ocasiones en que responden que quieren ser como “Dr. House”, o sueñan en trabajar en ambientes hospitalarios que les recuerden “Emergency Room - ER”. Figuras como “Dr. House” les proporcionan una visión del ejercicio profesional con un énfasis en las habilidades científicas, el protagonista de la serie es un excelente diagnosticador, aunque sus métodos y su trato con sus pacientes y colegas pueden ser éticamente cuestionables; en ambientes como “ER” los hospitales privilegian una alta tecnología, el paciente que no está asegurado no es atendido y la autonomía del paciente pasa a un segundo plano, seguido del poder decisivo del médico, que no pocas veces se equivoca o sucumbe ante sus propios intereses y debilidades personales: la conducta sexual inapropiada, el abuso de alcohol y sustancias prohibidas así como la prescripción inadecuada y el fraude en el cobro de seguros.

El reto de los docentes, es entonces, romper con el imaginario con el que ingresan los estudiantes para contribuir con su formación no solamente en el área científica sino también humanista, y por otra parte, responder a lo que la sociedad espera de ellos, escribe Gómez (6), no solamente que el acto médico sea seguro sino que los médicos puedan integrar los conocimientos científicos y características (virtudes) personales para brindar una atención personalizada y lograr el mayor beneficio.

¿Ética o bioética?

Los cambios en la relación médico-paciente, los problemas de justicia sanitaria y la velocidad de los avances científicos nos obligan a reflexionar en una ética de la vida, y no solamente de la vida humana. Escobar afirma “es en el medio abierto de la sociedad compleja y contingente, tecnocientífica y multicultural, en miras de globalización, donde se aprecia la bioética como manera de discutir los problemas” (7).

Lejos estamos de la relación que recomendaba Hipócrates con sus pacientes; la figura del médico como sacerdote, a quien se debía obedecer, se ve enfrentada cada vez más con el principio de autonomía del paciente, quien es el que decide por su tratamiento. El paternalismo, era una relación de tipo

vertical, del médico se pretendía que actuara con beneficencia y del enfermo se requería sumisión. Actualmente, la relación es completamente diferente; el médico cuenta con la información, no siempre tan completa, como la que tienen sus pacientes sobre la propia enfermedad y el enfermo con la capacidad para dar su consentimiento informado.

El cambio en esa relación médico-paciente también ha sido determinado al involucrar un tercer actor: el Estado. La atención de las necesidades en salud en sociedades que están regidas por modelos económicos neoliberales, impone un modelo de atención, en el caso colombiano, mediado por aseguradoras, que restringen la autonomía de los médicos, en su pretensión no siempre exitosa, de realizar una distribución equitativa de los recursos.

Se suma a lo anterior, los avances científicos particularmente los relacionados con la ingeniería genética, la manipulación del genoma humano, las técnicas de reproducción asistida, y las técnicas de soporte vital que cuestionan el límite que tiene la beneficencia: ¿Qué se debe permitir en las actuaciones en el genoma humano que no tengan por objeto corregir defectos congénitos sino perfeccionar la raza humana?, ¿Hasta donde mantener la vida con soporte técnico en nuestro fallido intento de negar la muerte como un hecho natural e inherente a la vida misma?

Los egresados de los programas de medicina y de las otras áreas de las ciencias de la salud estarán constantemente enfrentados a los dilemas propios de los conflictos fundamentales de la ética médica, expresados por Beauchamps y Childress (8): beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia. Los códigos normativos o deontológicos, como lo expresa el Informe Belmont, citado por Gracia, “a pesar de su utilidad, no resultan excesivamente operativos pues sus reglas son a menudo inadecuadas en caso de situaciones complejas” (9).

La enseñanza de la bioética

El organismo británico General Medical Council - GMC publicó en 1993 el artículo conocido como “Tomorrow’s Doctors” (10) en el que proponía como objetivos en la educación bioética de los estudiantes, los siguientes: comprensión de los principios y valores éticos para asegurar una buena práctica; formar una actitud crítica con capacidad argumentativa, conocimiento de las obligaciones profesionales; de los procesos y normas legales en la práctica diaria y en situaciones extraordinarias y estímulo al debate entre la ley y la ética, entre otros. Idealmente, la enseñanza de la bioética se debería realizar de manera temprana, sistemática y transcurrenular, donde se integrara su estudio con las demás asignaturas contando con docentes entrenados en el área y equipos multidisciplinarios, con la misma importancia de las otras asignaturas nucleares del programa e igualmente evaluada.

Frente a los objetivos planteados, la pregunta se dirige a la manera como se plasman en el plan de estudios y las estrategias implementadas para su logro. Un estudio realizado en la Universidad Javeriana, que tenía como objetivo caracterizar el razonamiento moral en la práctica clínica de los estudiantes del programa de medicina analizó categorías que situaron dentro de un eje psicológico como altruismo, contrato, confianza y justicia en el intercambio, conciencia, descentración del interés propio y adopción de roles; y dentro de un eje bioético como respeto por la dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado, en una población de 484 estudiantes de primero a décimo semestre. Sus resultados mostraron que ningún semestre muestra niveles totalmente altos ni bajos en alguna de las categorías, contrario a lo que expone la tesis de Kohlberg del desarrollo moral, pues se esperaba que estudiantes de los últimos semestres tuvieran un grado mayor de razonamiento moral; que hay una gran interferencia de la actividad curricular de cada cohorte y no con la asignatura formal de la carrera de medicina: “no hay curvas homogéneas crecientes sino más de estilo fractal, que exigen un tratamiento y comprensión de lo moral bajo la óptica de una epistemología de la complejidad” (11).

El impacto de la formación en Bioética en los estudios de postgrado se puede verificar en los procedimientos de toma de decisiones que realizan los médicos especialistas ya graduados. Un estudio realizado en unidades de cuidado intensivo (12) buscó determinar cómo se realiza esa toma de decisiones en 13 instituciones de salud de Bogotá e incluyó entrevistas a médicos y enfermeras mostrando que el 40% de los profesionales no recibieron la asignatura de bioética en su formación, el 20% determinó que no existen comités de ética en sus instituciones, en un 42% se encuentran en situaciones que enfrentan conflictos éticos, el 30% toma decisiones no compartidas y en el 30% de los casos no se tiene en cuenta la opinión de los familiares. El artículo enfatiza la importancia del entrenamiento en bioética en estos profesionales, para que “puedan desempeñarse con mayor propiedad, seguridad, transdisciplinariedad y humanidad en las situaciones de vida-muerte de sus pacientes en su ejercicio profesional” (13).

La revisión de programas curriculares que ofrecen la especialidad de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, disponibles en los portales electrónicos, muestran que dentro de los objetivos de los programas se encuentran: aplicar los principios de la ética en los pacientes críticos; adquirir conocimientos acerca del manejo humano del paciente en la unidad de cuidados intensivos; estar en capacidad de reconocer los beneficios y limitaciones del monitoreo invasivo y no invasivo de los pacientes; respetar a la familia del paciente, orientándola y sin interferir con su autonomía; respetar los valores humanos y de la sociedad, entre otros.

La asignatura de bioética es impartida en los primeros dos meses de la formación de los residentes; meses en los que también reciben clases de Derecho Médico, Administración en salud e Investigación; luego el programa de la especialización se cumple en las diferentes rotaciones por especialidades médicas y dentro de las unidades de cuidado intensivo de los hospitales convenio. Ese plan de estudio es similar en las instituciones evaluadas; la bioética se presenta entonces, de manera aislada frente a unos conocimientos científicos y técnicos que luego se adquieren en el entrenamiento diario en los servicios de los hospitales.

Se puede entonces, ¿con unas cuantas clases de bioética al inicio de una especialización en medicina crítica, lograr los objetivos planteados con respecto al comportamiento ético? Los resultados del estudio realizado en Bogotá no lo muestran así. La enseñanza de la bioética requiere el conocimiento de metodologías que permitan, junto a la información tecnocientífica y jurídica de la situación, y la participación de todos los interesados, llegar a una conclusión legítima (14).

Metodologías en la enseñanza de la bioética

Teniendo en cuenta las metas de comprensión sobre la formación ética de los estudiantes de medicina propuestas por el GMC, estrategias que se plantean desde el constructivismo, como el aprendizaje basado en la resolución de problemas, permiten una participación activa de los estudiantes y un aprendizaje significativo, espacios ideales de reflexión que generan una actitud crítica y reflexiva, escribe Isaza (15).

Tradicionalmente, las metodologías propuestas para el estudio de casos en bioética, son de dos tipos: el modelo estándar y el modelo casuístico. El modelo estándar es un método deductivo de análisis que parte de unos principios éticos generales para llegar a la norma que pueda ser aplicada en cada caso en particular. El modelo casuístico parte del problema con todas las dimensiones en cuanto a las personas, circunstancias y relaciones comprometidas para generar unos principios de acuerdo a un referente teórico.

Una alternativa, sería, el enfoque clínico planteado por Thomasma y Pellegrino (16), a mi modo de ver, la metodología que podría tener mayor aceptación, por parte de los estudiantes de los programas de salud, además de una aplicación práctica concreta que puede utilizarse en la resolución de los conflictos bioéticos que se presentan en la práctica diaria. Teniendo en cuenta los hechos y los valores, de ambas partes (médico-paciente/familia), proponen un esquema que permite determinar la naturaleza del conflicto, la forma como podría ser resuelto y las razones por las que se escoge esa solución y no otra.

El procedimiento considera dos momentos. El primero de ellos, es un análisis sustantivo que se agrupa en torno a los temas de la naturaleza de la relación médico-paciente, el conocimiento de las teorías éticas, la interpretación que los médicos hacen de estos fundamentos y los fundamentos morales. El segundo, es el análisis procedimental que considera los siguientes hechos: la historia natural de la enfermedad, las opciones de tratamiento, situaciones especiales, la determinación del mejor interés del paciente, las cuestiones éticas y los principios en juego así como las obligaciones del profesional de la salud. Con el insumo anterior se puede llegar a una toma de decisión que debe ser justificada éticamente.

Consideración final

Frente al desbalance moral que se presenta entre el acelerado avance tecnocientífico y los cambios de valores, la formación de los médicos debe proveer un modelo de excelencia que lejos de centrarse en las obligaciones morales mínimas inspire hacia objetivos ideales y vidas moralmente mejores.

La universidad tiene una responsabilidad ante la sociedad: entregar profesionales que contribuyan con el desarrollo, a través de la integración de los conocimientos científicos con una sólida formación ética y humanista, que puedan desempeñarse en un mundo globalizado, entendiendo que las decisiones que toman en gran medida determinarán el futuro. Y la enseñanza de la bioética puede ayudar en este propósito.

Bibliografía

1. Culver C, et al. Basic curricular goals in Medical Ethics. *New England Journal of Medicine* 1985; 253-256.
2. PIAGE Y KOHLBERG
3. Baldwin WC, Steven RD, Self DJ. Changes in Moral Reasoning during Medical School. *Academic Medicine* 1991; 66 (Suppl), 1-3.
4. Self DJ, Olivarez, M, Baldwin, DC. The amount of small-group case-study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students. *Academic Medicine* 1998.
5. Camps V. Una vida de calidad: reflexiones sobre bioética. Barcelona: Editorial Crítica Ares y Mares: 2001.
6. Gomez AI, Maldonado C. Bioética y educación. Investigación, problemas y propuestas. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2005
7. Escobar J. La Educación en bioética. En: Gómez y Maldonado, Bioética y Educación: Investigación, problemas y propuestas. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2005.
8. Beauchamps T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 6ta Ed. 2009. Oxford: Oxford University Press, 2009.
9. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. 3ª ed. Madrid: Triacastela, 2008.
10. General Medical Council, 2009, Tomorrow's Doctors. Outcomes and standards for undergraduate medical education. Disponible en Internet: http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf
10. Versión actualizada disponible en Internet: http://www.gmc-uk.org/TomorrowsDoctors_2009.pdf_39260971.pdf. Consultado: 15-02-2012.
11. Escobar H, et al. Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una facultad de medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado. *Revista Colombiana de Bioética* 2010; 5(1).
12. Rincón M, Carrillo LM, et al. Educación, bioética y toma de decisiones en unidades de cuidados intensivos. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2008; 8(15): 114-123.
13. *Ibíd.*, p. 123.
14. Escobar J. La Educación en Bioética. Op. Cit.
15. Isaza A. Enseñar bioética: ¿Para qué, cómo y por qué?. En: Gómez y Maldonado, Bioética y educación: investigación, problemas y propuestas. Bogotá: Centro Editorial Universidad del Rosario, 2005.
16. Gracia, Diego. Procedimientos de decisión en ética clínica. Op. Cit., 64.

“¿El sistema actual de salud le permite al médico el desarrollo de las competencias para las que fue formado?”

Conferencia Internacional de educación médica
ASCOFAME 2012

Paula Vásquez Marín¹

Durante los últimos años hemos observado como el mundo entero se vuelca hacia una necesidad de formación de los futuros profesionales, acorde con los desafíos planteados por los entornos de ejercicio profesional y personal, apareciendo entonces el enfoque de formación por competencias como una respuesta a esta necesidad.

Uno de los principales argumentos que apoyan la necesidad de implementar el enfoque por competencias es la existencia de un mundo cada vez más diverso e interconectado que produce continuamente mayor información y conocimiento y que formula nuevos desafíos para las sociedades que aspiran a lograr un crecimiento económico con equidad (Rueda Beltrán). El reconocimiento de la complejidad de las condiciones actuales de vida llevó al planteamiento del concepto de competencia, que involucra la habilidad de enfrentar demandas complejas, apoyándose y movilizando recursos psicosociales (incluidas las destrezas y actitudes) en un contexto particular. Al manejo de herramientas, tanto físicas como socioculturales, se agrega su comprensión y adaptación a los propios fines de las personas y a su uso interactivo (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, citado por Rueda Beltrán).

Además de interactuar con grupos diversos, los profesionales necesitan poder tomar la responsabilidad de manejar sus propias vidas, situarlas en un contexto social más amplio y conducirse de manera autónoma, se espera que los individuos se adapten a los continuos contextos variables y que además den muestras de creatividad e innovación, así como de automotivación y valores, superando la sola reproducción del conocimiento acumulado (OCDE, 2005 citado por Rueda Beltrán). Es decir, se requiere de un profesional formado bajo las premisas de una formación integral.

Otros argumentos a favor de implementar este enfoque basado en competencias se basan en la necesidad que tienen los profesionales en medicina de ser capaces de buscar la información pertinente, seleccionarla, procesarla, interpretarla y apropiarse de ella para resolver nuevas situaciones, lo que se conoce como gestión del conocimiento.

El enfoque de formación por competencias, propicia en los estudiantes una mejor adquisición, no solo de conocimientos teóricos y habilidades prácticas necesarias para el ejercicio de la medicina, sino de unas herramientas que utilizadas en situaciones reales o simuladas, garanticen la sedimentación de los conceptos, la permanencia del conocimiento en el tiempo, su adecuada utilización por parte de los estudiantes y fundamentalmente el desarrollo de las potencialidades que cada uno tiene, entendiendo su diversidad y sus procesos diferenciales.

¹ Médica y cirujana CES, Magíster en educación U de Medellín, Jefe de Educación Médica, Facultad de Medicina Universidad CES.

Para dar respuesta a la pregunta de si el sistema de salud en Colombia permite el desarrollo de las competencias para las que el médico fue formado, es necesario revisar en primer lugar cuáles son las competencias del médico general.

Revisando los propósitos formativos de las diversas Facultades de Medicina de Colombia, se encuentra el perfil de un médico con sólidos conocimientos científicos y una gran diversidad de competencias que se expresan también en la gran cantidad de escuelas de medicina que tiene nuestro país (54), cada una con identidad propia y con perfiles de formación orientados hacia las diversas necesidades de nuestro país y en algunos casos, del mundo.

En el ambiente internacional el proyecto Tuning (Beneitone, Esquetini, González, & col, 2004 - 2007) nacido de la experiencia europea en el desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior, propuesto en la declaración de Bolonia buscando, como lo dice el mismo proyecto: "llegar a puntos de referencia, comprensión y confluencia" (Beneitone, Esquetini, González, & col, 2004 - 2007) ha contribuido notablemente a la expansión del enfoque basado en competencias. El proyecto Tuning tuvo como objetivo la generación de espacios que permitan acordar las estructuras educativas de los diferentes países para su mutua comprensión, comparación y reconocimiento, así como para facilitar la movilidad de los estudiantes y de los profesionales. Todo ello bajo el supuesto de que en una etapa de franca internacionalización, la universidad como actor social enfrentará retos y responsabilidades, al margen del lugar geográfico en donde se encuentre (Beneitone, Esquetini, Gonzalez, & col, 2004 - 2007). La búsqueda de puntos comunes de referencia entre los distintos programas se centra en las competencias

expresadas en resultados de aprendizaje para respetar la diversidad, la libertad y la autonomía de cada institución y país, así como para identificar los distintos papeles de los actores más importantes: los profesores y los estudiantes. Las competencias, objeto de los programas educativos, representan una combinación dinámica de conocimientos, comprensión, habilidades y capacidades (González y Wagenaar, 2004).

Este proyecto parte de las funciones generales del médico como son el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación y hace especial énfasis en las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que dan respuesta a un enfoque integral en salud. La Tabla 1 muestra las competencias, organizadas por grupos, teniendo en cuenta el nivel de valoración recibida por las personas entrevistadas (egresados, estudiantes, empleadores, etc.) Al hacer dicha valoración se encontró que los estudiantes daban poco valor a las competencias que se trataban de los aspectos éticos, de relacionamiento con el paciente y aspectos médico-legales, ampliamente valorados por los empleadores y egresados y que los estudiantes privilegiaban las competencias que trataban de la realización de procedimientos.

Todos los grupos le dieron poco valor a la administración de los recursos y al conocimiento del sistema de salud y las más valoradas son las competencias de medicina de emergencias.

Otro importante referente es el proyecto 6x4 (Malo, Fortes Besprosvani, Verdejo París, & Orta Martínez, 2007), esfuerzo de los países latinoamericanos y europeos de armonizar los currículos, facilitando la movilidad estudiantil y el posible reconocimiento de titulaciones en un futuro no muy lejano.

TABLA 1

Grupo	Menos importantes	Más importantes
Estudiantes	V60 capacidad para reconocer y gestionar los recursos para la . . . V43 capacidad para aplicar el análisis estadístico de los datos V41 capacidad para identificar los factores ambientales (contaminación . . . V57 capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas . . . V27 capacidad para realizar cuidados de ostomías V28 capacidad para realizar punción suprapúbica	V21 capacidad para evaluar signos vitales V01 capacidad para redactar la historia clínica V04 capacidad para realizar el diagnóstico sintomático y formular . . . V10 capacidad para manejar la fase inicial de la emergencia médica V12 capacidad para proveer soporte vital básico y reanimación cardiopulmonar V07 capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos
Empleadores	V60 capacidad para realizar un electrocardiograma V57 capacidad para administrar y gestionar los distintos sistemas . . . V26 capacidad para colocar sondas V29 capacidad para realizar toracéntesis, paracéntesis . . . V27 capacidad para realizar cuidados de ostomías V28 capacidad para realizar punción suprapúbica	V07 capacidad para indicar y realizar los tratamientos médicos V21 capacidad para evaluar signos vitales V04 capacidad para realizar el diagnóstico sintomático y formular . . . V18 capacidad para comunicarse de manera eficaz: oralmente . . . V52 capacidad para respetar los derechos del paciente, del equipo . . .

(Beneitone, Esquetini, Gonzalez, & col, 2004 - 2007)

En el área de medicina, se partió también de las funciones propias de la profesión y además de las competencias profesionales requeridas para la realización de estas funciones y se construyeron finalmente competencias genéricas, transversales y específicas. (Lecompte, 2007)

Se plantea entonces, un abanico de competencias del médico latinoamericano (Lecompte, 2007), que incluye aspectos importantes como el liderazgo, las competencias comunicativas, administrativas, investigativas, de desarrollo personal, de procesamiento de la información, trabajo en equipo, humanísticas, entre otras; y competencias específicas en las labores de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, investigación y administración y gestión.

En este escenario mundial, Canadá e Inglaterra proponen el marco de competencias CANMEDS (Royal college of physicians and surgeons of Canada, 1990) que define una serie de competencias en las áreas de ejercicio del médico como profesional, comunicador, colaborador (trabajo en equipo), administrador, defensor de la salud y académico y como en muchos otros países, el escenario de formación de los futuros profesionales se convierte en clave fundamental para lograr el nivel de dominio necesario en las competencias que ese mismo escenario le demandará en el futuro.

Realidad colombiana: la necesidad del perfil médico general

En países latinoamericanos como Colombia y México, existe una realidad importante que define la formación de los futuros profesionales y es el servicio social obligatorio, que le implica a los médicos recién graduados cumplir con un tiempo de ejercicio en una población generalmente rural, como requisito para obtener su licencia médica para ejercer en el territorio nacional.

Esta prescripción hace que la formación del médico colombiano tenga fortalezas necesarias para asumir la atención del primer nivel, pero también impone a los planes de estudio unos perfiles de formación poco flexibles, en los que el gran volumen de los estudiantes deben tener competencias de egreso similares, distinto a lo que ocurre en otras profesiones en las que se recorre el currículo siguiendo los intereses particulares del perfil de formación individual.

Sin embargo, las competencias de egreso del médico general colombiano, superan las expectativas que tiene de él el sistema de salud, que espera un médico que haga, no que piense, proponga, diversifique.

Desde que la reforma al sistema inició, las instituciones de salud se enfrentan a riesgos que a pesar del tiempo transcurrido siguen latentes en términos de la posible desconfiguración

de su razón de ser al aplicar un enfoque extremadamente técnico al manejo de problemas sociales y bienes públicos. Más aun cuando el llamado es a no perder de vista que las instituciones de salud si bien deben ser empresas, no deben dejar de ver y asumir a sus miembros y a sus pacientes con perspectiva social y no económica.

Para las instituciones de salud, las estructuras juegan un papel clave y fundamental que estipula la forma y la cantidad de servicios de salud que deben prestarse más allá de las necesidades de los “usuarios pacientes”. Esto sin duda es inquietante dado el sentido y la razón de ser del servicio de salud en términos de su impacto en la salud de las comunidades, pero también en cuanto a sus implicaciones en las actuaciones y sobre todo en las percepciones de los funcionarios que sienten su práctica y quehacer limitado y supeditado a la estructura, independientemente de los cambios estructurales, de las nuevas denominaciones o de los procesos administrativos que se implementen, *la comunidad siempre espera encontrar en las instituciones de salud el cumplimiento a la promesa por la atención, por la salud, por el cuidado* y quienes “sueñan” con hacerse médicos, también esperan poderlo hacer. . .

Por ejemplo, los “controles disciplinarios” que generan las prácticas acuciosas de la calidad, pueden tornarse en un límite a la libertad de los médicos, no sólo en la posibilidad de hacer, sino en la posibilidad de opinar y disentir sobre aspectos que técnicamente no tienen cabida a los cuestionamientos. Se ha maximizado tanto el concepto de calidad de la atención que ponerla en cuestión es relativizar la razón de ser y el cumplimiento que la empresa hace de su misión y razón social.

Foucault decía que la disciplina es una forma de ejercicio del poder que no ejerce su control sobre los resultados, sino sobre los procedimientos y que implica una vigilancia constante sobre los individuos y supone un registro permanente de datos sobre el individuo, tendríamos que reflexionar sobre si el interés del sistema de salud es tener “médicos disciplinados”.

En otras palabras, nuestro sistema de salud a pesar de sus postulados sociales frente al bienestar, la equidad, la solidaridad y la justicia social ha estado impregnado por una racionalidad instrumental y técnica y una finalidad financiera a corto plazo que ha subordinado los problemas de salud a los medios e instrumentos para brindar servicios, esto es: se exalta el “cómo”, sobre el “por qué” y el “para quién” sin que esto, al parecer, haya tenido repercusiones sustancialmente positivas sobre la eficiencia y la productividad – no en términos económicos y rentables, sino en términos de los propósitos sociales y de salud, en los programas de medicina del país formamos médicos con sentido social, con iniciativa, con inquietudes, con sueños, con competencias que superan lo instrumental.

El sistema de salud colombiano como escenario formativo natural del médico general.

La lógica de la formación por competencias implica necesariamente y de manera natural al escenario de práctica profesional en la formación del individuo. El enfoque curricular por competencias busca cerrar la brecha entre la Universidad y la empresa y las profesiones del área de la salud ya han recorrido ese trayecto desde sus inicios, debido a que la formación del médico solo puede hacerse al lado del paciente.

Por esta razón el sistema de salud colombiano se convierte en un espacio fundamental que ayuda al desarrollo de las competencias que posteriormente se verán reflejadas en el ejercicio profesional de los médicos que harán parte de ese mismo sistema y debido a esto, es muy importante que se implique en la formación de los estudiantes, siguiendo las directrices de las Universidades y teniendo claras las competencias a formar en los mismos.

En Colombia, existe un modelo de relación entre las instituciones asistenciales y las instituciones formativas, que reglamenta la manera como ambas instituciones se comprometen en mayor o menor medida con la formación del recurso humano en salud. La realidad actual es un sinnúmero de acuerdos entre instituciones diversas y en general poco compromiso de las instituciones prestadoras de servicios de salud con la formación de los médicos. (Escobar Gaviria, 2010).

La realidad de la relación docencia-servicio en la mayoría de regiones del país se expresa a través de ofrecimiento de “servicios educativos” por parte de las instituciones de salud a cambio de retribución económica, lo cual encarece los costos de matrícula para las instituciones universitarias y además, desdibuja el cumplimiento de los proyectos educativos institucionales, entregándole a terceros la formación de sus estudiantes, generalmente sin tener la cualificación necesaria ni el adecuado conocimiento del modelo pedagógico bajo el cual están siendo formados los estudiantes y con poco conocimiento de los objetivos de formación o de las competencias a formar, ni que decir del escaso conocimiento del enfoque de formación por competencias.

En algunas regiones, la relación docencia servicio se lleva a cabo a través de contratación directa de los docentes por parte de las instituciones formadoras, quienes además apoyan de manera racional la actividad asistencial, y además las instituciones de salud se benefician de los múltiples ventajas que ofrecen las instituciones formadoras, que redundan en ventajas de cualificación y actualización permanente de su recurso humano, calidad en la atención a los pacientes, que se ve privilegiada en los escenarios formativos y en general los beneficios que proveen las Universidades a los escenarios

formativos en salud, a través de sus funciones sustantivas de docencia, investigación y extensión.

En el decreto 2376 de 2010, el Ministerio de la Protección social, define de manera clara la práctica formativa en salud como una “estrategia pedagógica planificada y organizada desde una institución educativa que busca integrar la formación académica con la prestación de servicios de salud, con el propósito de fortalecer y generar competencias, capacidades y nuevos conocimientos en los estudiantes y docentes de los programas de formación en salud, en un marco que promueve la calidad de la atención y el ejercicio profesional autónomo, responsable y ético de la profesión” (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2010), lo cual establece claramente el ámbito de responsabilidad del campo de práctica alrededor de la formación del médico colombiano, bajo las directrices siempre, de una institución educativa.

Es muy importante llamar la atención al sistema de salud colombiano, frente a la responsabilidad que tiene en la formación de los futuros médicos, esos profesionales que serán parte de sus instituciones, tanto públicas como privadas, y que serán los responsables del sistema en el futuro, pero guardando las claridades frente a profesionales como los que espera la sociedad colombiana: capaces de transformar los entornos en los que se inserten, de manera creativa, con competencias argumentativas y propositivas, con competencias necesarias no solo para reproducir de manera acrítica un modelo sino con las competencias necesarias para engrandecerlo, transformarlo y mejorarlo.

Finalmente, dejo una pregunta para la reflexión actual y futura de las escuelas de medicina colombianas: ¿Cuáles son las competencias que deberían adquirir los médicos de hoy, de modo que puedan desarrollarlas a cabalidad y en concordancia con las necesidades de salud globales?

Bibliografía

1. Beneitone, P., Esquetini, C., Gonzalez, J., & col, y. (2004 - 2007). REFLEXIONES Y PERSPECTIVAS DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN AMÉRICA LATINA. Informe Final Proyecto Tuning Latinoamérica. Universidad de Deusto - Universidad de Groningen.
1. Escobar Gaviria, R. (2010). Documento base para el foro virtual de docencia servicio. Modelo docencia servicio: a propósito del decreto 2376 de 2012. En el escenario asistencial se concretan las aspiraciones de un proyecto en medicina. Recuperado el Febrero de 2012, de [ascofame.org.co: http://www.ascofame.org.co/images/ascofame/documentos/docenciaserviciodb.pdf](http://www.ascofame.org.co/images/ascofame/documentos/docenciaserviciodb.pdf)
3. Lecompte, N. (2007). Propuestas y acciones universitarias para la transformación de la educación superior en América Latina. Informe final proyecto 6 X 4 UEALC. Medicina. Bogotá: Asociación colombiana de Universidades ASCUN.
4. Malo, S., Fortes Besprosvani, M., Verdejo Paris, P., & Orta Martinez, M. (2007). PPropuestas y acciones universitarias para la transformación de la educación superior en América Latina. Informe final proyecto 6 X 4 UEALC. Bogotá: Asociación colombiana de universidades ASCUN.
5. Ministerio de la Protección Social de Colombia. (1 de Julio de 2010). Decreto número 2376 “Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación del área de la salud. Bogotá, Colombia.

6. Royal college of physicians and surgeons of Canada. (1990). Royal College of physicians and surgeons of Canada. Recuperado el Febrero de 2012, de http://www.royalcollege.ca/shared/documents/canmeds/the_7_canmeds_rolas_e.pdf
7. Rueda Beltran, M. (s.f.). La evaluación del desempeño docente: consideraciones desde el enfoque por competencias. REDIE [online]. 2009, vol.11, n.2 [citado 2012-03-10], pp. 1-16 . Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-40412009000200005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1607-4041.

Evaluación de habilidades clínicas

Adalberto Amaya Afanador, MD.

Es importante en el momento de planear una evaluación de habilidades clínicas pensar en varios aspectos como son, ¿Qué deseo evaluar?, ¿Por qué lo debo evaluar?, ¿Cómo lo voy a hacer?, ¿Cuál es el sitio o momento indicado para aplicar la evaluación? y ¿Cuándo lo voy a hacer?; esto implica el definir la frecuencia con la cual se va a hacer la evaluación y si esta corresponde a un momento o a un proceso.

En la educación médica actual es importante cambiar el paradigma de la evaluación concebida como un momento por una evaluación concebida como un proceso, idealmente formativa y como parte del aprendizaje significativo, lo cual implica diseñar estrategias que favorezcan la auto, hetero y coevaluación.

Debemos entonces replantear el hecho de pensar en la evaluación como un acto limitado a un momento definitivo para el estudiante, en el que solamente evalúo si el alumno es competente en el campo exclusivamente del saber (cognitivo); al hablar en un lenguaje de competencias, podemos asegurar que el solo saber, no indica que se es competente; la evaluación por competencias nos obliga a pensar con base en el denominado triángulo de Miller, que el nivel básico que debe tener un estudiante es el saber, pero debo además evaluar los niveles superiores de desarrollo de competencias tales como: el saber cómo, el mostrar cómo o el hacer en un contexto real o particular, lo cual es significativamente más importante que el evaluar el saber desde lo cognitivo.

Lorín Anderson hizo una modificación a la clasificación de los dominios cognitivos descritos en la taxonomía de Bloom, correspondientes de manera progresiva al conocimiento, comprensión, aplicación, análisis, síntesis y evaluación por unos nuevos dominios referidos a la acción de lo cognitivo, lo cual lo hace muy útil en el lenguaje de competencias, quedando estos nuevos dominios descritos como: Recordar, entender, aplicar, analizar, evaluar y crear. Debemos considerar estos dominios en el momento de diseñar la evaluación del saber (cognitivo), puesto que al igual que el triángulo de Miller, nos ayudan a orientar el nivel del dominio que espero evaluar en el estudiante.

En el momento de realizar una evaluación de habilidades debo tener presente: el Proyecto Educativo Institucional (PEI) y del programa (PEP), los núcleos problémicos en los cuales centré el desarrollo de las competencias esperadas por parte de los estudiantes, el plan de estudios teniendo en cuenta la manera como se encuentra distribuida la integración curricular y el momento en el que se encuentra el estudiante dentro de su proceso formativo en aras de optimizar los indicadores de competencias pertinentes a evaluar de acuerdo con el nivel de desempeño esperado.

Existen múltiples estrategias evaluativas de habilidades y destrezas que pierden su pertinencia y coherencia con el momento de aplicación debido a la falta de consideración de los aspectos anteriormente mencionados.

La simulación clínica es una estrategia didáctica y evaluativa de gran desarrollo en la actualidad a nivel mundial, debido a la pertinencia que tiene en el momento de entrenar al estudiante en diversas habilidades y destrezas y la facilidad que nos brinda de poder trabajar en un ambiente seguro para el estudiante, en el cual puede cometer errores durante su proceso formativo o evaluativo, sin afectar la denominada seguridad del paciente.

¹ Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Existen múltiples estrategias diseñadas para evaluar competencias, habilidades y destrezas a través de la simulación clínica, por ejemplo:

Para el desarrollo de competencias comunicativas se utiliza frecuentemente el paciente simulado o estandarizado. El objeto de utilizar pacientes simulados o estandarizados es únicamente el hacer evidente el desarrollo de competencias comunicativas por parte del estudiante. Un paciente estandarizado es un actor que se basa en un guión que elaboran los docentes con el fin de obtener el mismo tipo de respuesta actitudinal o verbal por parte del estudiante; es decir, el grado de dificultad que tenga el estudiante para obtener la información depende de la manera pormenorizada con la que trabajemos el guión y el actor de paciente, el cual, debe ejecutar su papel de tal manera que nos permita reproducirlo muchas veces y de manera simultánea en caso de necesitarlo, con diferentes actores, pero obteniendo una respuesta igual frente a cada estudiante.

Debido al costo que implica pagar actores para evaluar la competencia comunicativa, se puede trabajar entre estudiantes, asignando el denominado juego de roles, que consiste en designar el papel de médico, el papel de paciente y de evaluador durante una sesión de simulación. En este caso es muy importante definir los indicadores de competencia, de tal manera que no se vea afectada la evaluación por la calidad de quien asume el juego de rol de paciente. Esta estrategia evaluativa se debe desarrollar en consultorios de simulación, con sistemas de audio y video para filmar los escenarios de comunicación, con observación simultánea del evento por parte del docente o de compañeros, a través de vidrio unidireccional similar a las denominadas cámaras de Gessel.

La forma de evaluar se basa en las denominadas listas de chequeo o de cotejo, en las cuales hemos definido previamente los elementos que componen las competencias y los indicadores que reflejan el grado de desempeño del estudiante.

Existe una forma de evaluar las habilidades y destrezas, centrado en la práctica y evaluación a través de simuladores denominados como entrenadores de tareas por partes (part task trainers); son aquellos simuladores que simplemente semejan una parte anatómica del paciente con el fin de poder llevar a cabo prácticas de tipo técnico o procedimental. Estos simuladores permiten repetir los procedimientos cuantas veces sea necesario para obtener la competencia. Independiente del tipo de simulador, la forma de evaluar tradicionalmente estas competencias técnicas se centra en las listas de chequeo, pero, lo importante es que los docentes diseñen unas adecuadas guías de procedimiento, las cuales se deben poner acorde a la forma como los estudiantes deben llevar a cabo las diferentes técnicas.

Las guías de procedimiento deben quedar a disposición del estudiante para que realice su entrenamiento de manera autónoma en el centro de simulación cuantas veces lo necesite y para ello podemos contar con sistemas de audio y video con el fin de que grabe sus procedimientos y luego haga una autoevaluación con las listas de chequeo previamente diseñadas por los docentes, de esta manera el estudiante llega seguro en el momento de ser evaluado por el docente (heteroevaluación), y lo más importante, esto genera en el estudiante la denominada seguridad psicológica, es decir que, el hecho de haber cometido el error en el simulador, le permite tener mucha seguridad y mostrar idoneidad en el momento de hacerlo con el paciente.

Existe una estrategia muy utilizada en la actualidad que es la evaluación objetiva estructurada clínica (OSCES) en lenguaje anglosajón y que han cambiado a la sigla ECOES en español. Esta evaluación implica el montar varias estaciones en el centro de simulación clínica en el cual se van a evaluar diversas habilidades o competencias. Se supone que un OSCE idealmente debe montarse con unas 20 a 22 estaciones de trabajo, lo cual dificulta su implementación por la duración, los espacios y número de docentes disponibles para llevarlo a cabo. Con base en lo anterior, lo que encontramos más frecuentemente es la evaluación a través de los denominados mini OSCES, denominados así simplemente porque constan de un menor número de estaciones que las descritas inicialmente.

En los mini OSCES podemos preparar varias estaciones en las cuales diseñamos varios escenarios de acuerdo con las competencias que deseamos evaluar. Podemos montar un escenario con paciente estandarizado para evaluar competencias comunicativas, otro escenario para evaluar las habilidades y destrezas de ciertos procedimientos clínicos o técnicos, (por ejemplo: de auscultación, de oftalmoscopia, para hacer un cateterismo vesical, una punción lumbar, un tacto rectal, etc.), otra estación para evaluar su forma de interpretación de paraclínicos y otro para toma de decisiones y prescripción médica; en fin, múltiples son las opciones que tenemos para montar diferentes escenarios, lo importante es que en todas ellas utilizamos elementos de trabajo reales (catéteres, agujas, tubos, etc.), diseñamos la evaluación con indicadores precisos de competencias en cada uno de los escenarios los cuales pueden ser por observación directa, o por evaluaciones escritas de sus conceptos, decisiones o formas de interpretación.

Existe una forma más compleja de evaluación de competencias que utilizamos, por ejemplo, para evaluar el trabajo en equipo; esto implica evaluar actitudes, conocimientos (en todos sus dominios), toma de decisiones, desempeño de roles, habilidades y destrezas, responsabilidad, etc. Aspectos que en la evaluación tradicional dábamos por hecho

simplemente cuando evaluábamos con una prueba escrita de conocimientos. En la actualidad es muy importante el poder evaluar desde muchos puntos de vista y de manera simultánea frente a casos clínicos complejos, y que mejor que utilizar la simulación clínica para tal fin, sin necesidad de hacerlo en el momento de enfrentar el estado crítico de un paciente real.

Para este fin, debemos definir múltiples indicadores de desempeño, el estudiante debe conocer la forma como va a ser evaluado y desde cuáles puntos de vista. Debe tener muy clara la fundamentación teórica previo a la evaluación, y debe haber sido entrenado para trabajar con los simuladores a través de los cuales se le va a realizar la evaluación.

El diseño de escenarios clínicos para evaluar por competencias tiene 8 momentos que debemos desarrollar como docentes desde el punto de vista técnico y que terminan por un momento definitivo de la evaluación que es el denominado "debriefing". El debriefing es un término del lenguaje militar anglosajón que se acuñó al lenguaje académico de la simulación clínica debido a su correspondencia con un momento de retroalimentación, análisis y plan futuro para enfrentar otra situación similar a la vivida durante el momento de crisis en la guerra o el escenario en el caso académico de la simulación.

Lo importante del debriefing es que consiste en una estrategia en la cual se aprende evaluando o se evalúa aprendiendo. El debriefing es una estrategia evaluativa que tiene tres pasos fundamentales en su parte técnica de ejecución, pero que a diferencia de las estrategias tradicionales, evita el recriminar al estudiante por el hecho de haber o no algo debido o indebido.

La estrategia permite que sea el estudiante quien caiga en cuenta del error, debe salir de él la propuesta de mejora ante

el mismo y lo que es mejor, ayuda al docente y al alumno a identificar el qué estaba pensando para actuar de esa manera, lo cual es mucho más constructivo que la recriminación del hecho.

En clínica, podemos construir instrumentos de evaluación propios, que debemos diseñar de acuerdo a las metas de formación. Por ejemplo podemos utilizar rúbricas en la evaluación hospitalaria, las cuales nos permiten dar un valor cuantitativo a aspectos cualitativos de la evaluación, como por ejemplo, un instrumento basado en identificar o no el problema clínico, en la forma de relación con el paciente, en la actitud, en los conocimientos teóricos y el cumplimiento.

De igual manera, podemos utilizar el denominado portafolio en la elaboración de Historias clínicas, allí llevamos un registro pormenorizado del progreso del estudiante en su desarrollo de las historias clínicas, el cual puede ser utilizado por docentes en diferentes rotaciones.

Una gran dificultad que tenemos en la actualidad es el poder evaluar las notas de revista y forma de elaborar descripciones quirúrgicas y formulación de los pacientes en pregrado, debido a la limitación que tienen para acceder a las historias clínicas. Una forma de evaluación de estas habilidades la podemos llevar a cabo por medio de la creación de sistemas alternos educativos semejantes a los modelos de historias clínicas electrónicas y hacer que los estudiantes lleven sus casos clínicos en historias semejantes al sistema hospitalario.

Por último, debemos considerar otras formas de evaluación tradicionales como son el mini CEX, la evaluación de 360° y otras de la práctica clínica descritas en evaluación por competencias.