FORMACIÓN Y MANEJO DEL CUERPO DESDE LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD Y LA ANTROPOLOGÍA



José Antonio Méndez Sanz
Martha Vergara Fregoso
Marta Osorio de Sarmiento
(coordinadores)

Formación y manejo del cuerpo desde la educación para la salud y la antropología

Formación y manejo del cuerpo desde la educación para la salud y la antropología

José Antonio Méndez Sanz
Martha Vergara Fregoso
Marta Osorio de Sarmiento
(coordinadores)

Universidad de Guadalajara
2019

La obra *Formación y manejo del cuerpo desde la educación para la salud y la antropología* fue dictaminada a doble ciego por pares académicos.

Esta publicación es realizada por la Universidad de Guadalajara, la Universidad de Oviedo, España y la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, a través del proyecto "Procesos formativos para la investigación en los posgrados en educación en Iberoamérica", que se desarrolla en la Red de Investigación sobre la Formación y Asesoría de Posgrado en México, Modalidades y Prácticas. Red reconocida y financiada por la Convocatoria de Redes Temáticas de Colaboración de la SEP 2015. Los contenidos expresados en esta publicación son responsabilidad de las autores y no necesariamente expresan la opinión de dichas instituciones. Se autoriza la reproducción del contenido del libro siempre y cuando se cite la fuente.

Universidad de Oviedo

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS
Educación y Salud de Calidad con Sentido Social

Primera edición, 2019

D.R. © 2019, Universidad de Guadalajara
Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades
Coordinación Editorial
Juan Manuel 130
Zona Centro
44100, Guadalajara, Jalisco, México
Consulte nuestro catálogo en: www.cucsh.udg.mx

ISBN: 978-607-547-593-6
Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Índice

Prólogo 9
José Antonio Méndez Sanz

Introducción 13
Marta Osorio De Sarmiento

1. Especialidades médicas 17

1.1. Medicina familiar y atención primaria 19

1.1.1. Medicina familiar como especialidad médica: historia de su desarrollo y la expectativa de implementación como estrategia para la de atención en salud en Colombia 19
Luís Alfredo Ramírez Cano
Jorge Enrique Naranjo

1.1.2. La importancia de la presencia de la atención primaria en salud dentro de las pruebas de Saber Pro..... 36
Francisco Javier Hernández Bustos

1.1.3. Estrategias de formación en atención primaria en salud para estudiantes de medicina 52
Jenny Paola Salamanca Preciado
José Israel Guzmán Cortés

1.2. Obstetricia y ginecología 72

1.2.1. Evaluación de la simulación clínica del trabajo de parto como método de aprendizaje en el servicio de Ginecología y Obstetricia en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas 72
Fernando Nieto Olaya
Diana Astrid Rojas Díaz

1.3. Cardiología 90

1.3.1. Programa educativo para fortalecer las competencias de los estudiantes de internado en la atención de paro cardiorrespiratorio en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja 90
Henry Mauricio Corredor Camargo
Gladys Cecilia Gordillo Navas

2. Educación para la salud y cuidados paliativos 109

2.1. Educación para la salud 111

2.1.1. Estudio cualitativo sobre el reingreso hospitalario desde el punto de vista epistemológico de la investigación..... 111
Sandra M. Ascanio Q.

2.2. Cuidados paliativos..... 129

2.2.1. El modelo de enfermero en cuidado paliativo: una mirada hacia el paciente, el entorno y su familia..... 129
Nubia Sánchez Suspe

Conclusiones 149
José Antonio Méndez Sanz

Prólogo

José Antonio Méndez Sanz[1]

Vivir es gestionar y ser gestionado: es moverse activa y pasivamente en el ámbito de la conservación; mantener la vida es, a la vez, (i) promoverla, hacerla avanzar, y (ii) salvaguardarla en este ir siendo que se quiere saludable, y, en la medida de lo posible, va abriendo expresivamente su habitación espaciotemporal.

La medicina, en cuanto arte esotérico, es siempre un saber y un hacer múltiple, superpuesto: no es mera teoría (mero saber-de que reposa en su plenitud ontológico-epistémica); ni mera técnica o recetario de operaciones/reglas bien asentadas con independencia de los cuerpos sobre los que se aplican aunque hayan sido extraídas de la actuación práctica sobre ellos; ni mera empírea o saber ocasional fruto de generalizaciones prematuras sobre campos de datos sesgados o parcializados.

La medicina es una antropología en ejercicio que busca unir hominización y humanización, que busca conservar lo humano y promoverlo: mantener al hombre en su corporeidad (humana) y promoverlo (humanización): es por ello antropología no meramente reconstructiva, sino antropología propositiva, realizativa.

De ahí su carácter superpuesto, que queda reflejado (como se señala en las páginas que siguen) tanto en la definición de salud que figura en la carta fundacional de la OMS de 1948 [salud no sólo como ausencia de enfermedad o afección sino como estado de completo bienestar físico-psíquico y social (podríamos completar hoy: eco-so-

1 Profesor de Filosofía de la Universidad de Oviedo (España).

ciocultural)] como en el propio estatuto, por ejemplo, de los cuidados paliativos, que hablar de conjuntar conocimiento y trato. Es decir, se trata de un territorio altamente complejo que solo se realiza a medida que se va efectuando por medio de superposiciones de este tipo que son su lógica misma.

Otro elemento importante que hay que incluir en esta territorialización y que es capital también en las páginas que siguen: la medicina, como antropología no solo teorizada sino efectuada, se caracteriza, ante todo, por ser pequeña medicina, no gran medicina.

La medicina no es fundamentalmente espectacular, sino profundamente apegada a lo elemental del vivir: el vivir se promociona (se mantiene y se va librando, salvando) en lo básico de lo social y su cuidado: medicina familiar, atención primaria, cuidados paliativos. Y aquí, cercanía no solo con el cuerpo dolorido sino con su red-entorno de familiares y amigos; y de aquí: acercamiento (epistemológico, profesional y social) entre la/el médico y el/la enfermera (y sabemos todo lo que estas palabras encubren: jerarquía político-epistemológica, sexismo, etc.); entre el hospital y la ciudad.

En esta medicina no espectacular, el proceso de su enseñanza es clave: como conservación y promoción, como superposición de saber y atender, su conducción generacional es fundamental, es su continuidad misma, su conservación-promoción. Y en esta transmisión, el elemento de ejercicio vivido es también decisivo. Al igual que es decisiva la introducción de lo tecnológico (como aparataje, como metodología simuladora, como horizonte de revisión de las nociones angulares de este territorio antropológico, empezando por la misma noción de muerte, transformada ya –al menos proyectivamente– de determinante ontológico capital del cuerpo humano vitalizado en sumatorio de enfermedades tratables; es decir, paliado).

Las páginas que siguen se presentan a modo de encuadre de proyectos de investigación en curso que tienen lugar en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas de Bogotá (Colombia). Se busca la legitimidad histórica, teórica y operativa de estas indagaciones; se proponen metodologías para abordar los objetos de estudio y programas de investigación. Pero lo que resulta es algo más: es una ubicación *in media res* que supone ya una realización. Porque sus autores reflexionan, sobre todo, desde su propia experiencia: hay un comienzo,

sí, un proyecto; pero hay, de forma muy poderosa, un proyectar que envuelve y lanza el proyecto.

La intersección entre medicina/enfermería elemental, teorías, prácticas y aprendizaje/educación que aquí se abre es ya, por tanto, antes casi de toda indagación programada, un resultado. Y, como tal, una antropología filosófica y social (una antropología del cuerpo, cabría decir) en escorzo para nada principiante.

El itinerario de la obra es sencillo y envolvente: consta de dos partes: la primera se compone a partir de cinco aportaciones y sigue su curso a través de distintas especialidades médicas, empezando por la medicina familiar y la atención primaria (trabajos de Luis Alfredo Ramírez Cano-José Enrique Naranjo y de Francisco Javier Hernández Bustos), continuando por la obstetricia y ginecología (contribución de Jenny Paola Salamanca Preciado-José Israel Guzmán Cortés) y cerrando con la cardiología (Henry Mauricio Corredor Camargo-Gladys Cecilia Gordillo Navas); la segunda nos habla de educación para la salud (Sandra M. Ascanio) y de cuidados paliativos (Nubia Sánchez Suspe). En ellas, de forma transversal, como ya se ha señalado, se alimentan los distintos hitos del saber y el atender y se propone especialmente de relieve la investigación que se ha de realizar en torno a los procesos formativos que les dan continuidad, tanto en el ámbito educativo, como en el hospitalario y en social.

Introducción

Marta Osorio de Sarmiento[1]

Este libro es el resultado del seminario de Investigación "Epistemología de la Investigación", realizado en el curso de la Maestría en Educación para la Salud, de la Escuela de Educación y Ciencias Sociales de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, con el valioso apoyo del Dr. José Antonio Sanz de la Universidad de Salamanca España y de la Dra. Martha Vergara Fregoso de la Universidad de Guadalajara México. Actualmente, la Maestría en Educación para la Salud desde el Grupo Cibeles y la línea de Gestión Educativa, ha emprendido diversos proyectos de investigación en el ámbito de la Educación para la Salud, con la finalidad central de generar discusiones y producciones, alrededor de la formación y manejo del cuerpo, desde la educación para la salud y la antropología, en el campo investigativo de las Ciencias de la Salud en Colombia.

Es así, que esta propuesta de investigación está relacionada con cada una de las temáticas que los maestrantes se encuentran desarrollando en sus tesis. A través de la investigación cualitativa, se ha encontrado un medio para indagar sobre diversas temáticas propias del quehacer en el campo de la Educación aplicada a la Salud.

Esta publicación se organiza a partir de dos miradas: la primera refleja perspectivas teórico metodológicas, sobre las "Especialidades Médicas", desde donde se da cuenta de la necesidad de fortalecer la

1 Doctora en Educación, de la Universidad de Granada España. Actualmente decana de la Escuela de Educación y Ciencias Sociales de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Bogotá, Colombia.

formación pedagógica de los docentes del pregrado en medicina; mientras que, en la segunda parte, "Educación para la Salud y cuidados paliativos", se presenta la íntima relación entre la teoría y la práctica que existe en el ejercicio de la medicina y la enfermería.

Se establece el agrupamiento de las producciones que aparecen en este libro, con base en hilos conductores, que reflejan expectativas de carácter académico, investigativo y práctico. Este volumen aglutina temáticas propias del quehacer profesional de los maestrantes, e introduce miradas relativas a su labor, en un espacio que en nuestro país requiere de la pedagogía para su desarrollo académico y científico, como lo es la Salud. En estos capítulos se refleja la preocupación de sus autores, por profundizar sobre temáticas inherentes a su trabajo diario como docentes en el campo de la medicina y la enfermería, a fin de encontrar apuestas críticas a través de la indagación que se realiza en cada uno de los artículos expuestos.

La primera mirada está constituida por un grupo de trabajos presentados por: Luis Alfredo Ramírez Cano, Jorge Enrique Naranjo; Francisco Javier Hernández Bustos; Jenny Paola Salamanca Preciado, José Israel Guzmán Cortés; Fernando Nieto Olaya, Astrid Rojas Díaz; Gladys Cecilia Gordillo Navas, Henry Mauricio Corredor Camargo. Estos se desarrollan con base en el establecimiento de unidades de análisis a partir de la epistemología cualitativa, orientando la indagación hacia el estudio de la temática objeto de su tesis de Maestría, estas son: i. Medicina familiar como especialidad médica: historia de su desarrollo y la expectativa de implementación como estrategia para la de atención en salud en Colombia. ii. La importancia de la presencia de la atención primaria en salud dentro de las pruebas de Saber Pro. iii. Estrategias de formación en atención primaria en salud para estudiantes de medicina. iv. Evaluación de la simulación clínica en el trabajo de parto como método de aprendizaje en el servicio de Ginecología y Obstetricia en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. v. Programa educativo para fortalecer las competencias de los estudiantes de internado en la atención de paro cardiorrespiratorio en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

En este primer bloque, se abordan diversos temas tales como, el de la Medicina Familiar como especialización, para ello se examinan las políticas nacionales en Colombia, acerca de la Atención Primaria

en Salud (APS); igualmente a partir de las Pruebas Saber Pro, se pretende identificar que tanto se evalúa sobre la APS en los estudiantes de último año de medicina. A continuación, en la línea de APS, se reconoce la desarticulación entre la teoría y la práctica, determinada ésta, por algunas problemáticas identificadas sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje. En las dos últimas propuestas de este bloque, se explicita directamente la necesidad de fortalecer la adquisición de competencias en el aprendizaje de ciencias de la salud, tanto en los ámbitos de la ginecología y la obstetricia, como también, en las enfermedades coronarias.

En la segunda mirada se presentan dos trabajos, uno de Sandra M. Ascanio Q. y el otro de Nubia Sánchez Suspe. En el primero, su autora realiza un estudio cualitativo sobre el reingreso hospitalario desde el punto de vista epistemológico de la investigación, en este busca identificar los factores contribuyentes (determinantes) y los factores prevenibles para que se produzca el reingreso, donde juega un papel muy importante la familia del paciente y su entorno, la atención intrahospitalaria y el apoyo social. En tanto que, en el segundo, se hace el análisis de la atención de pacientes terminales, a partir de las políticas nacionales referentes a este tema, y a la formación proporcionada por la academia a los estudiantes de enfermería, para llevar a cabo el cuidado humanizado y la medicalización del paciente al final de la vida.

A través de la construcción de los distintos temas de investigación presentados para esta publicación, se introducen contenidos conceptuales, metodológicos y prácticos, con los que se invita entre otros aspectos, a la reflexión teórica sobre las prácticas en el campo de la Educación para la Salud. Esperamos que los lectores encuentren un aporte importante para sus intereses académicos e intelectuales.

Agradecemos la participación y el ejercicio investigativo realizado por los autores de los artículos presentados en este libro, en consideración a su significativo aporte, para dar inicio a la primera publicación de la Maestría en Educación para la Salud. Es importante resaltar que estos escritos se constituyen en referentes obligatorios de nuevas producciones para futuras investigaciones y publicaciones académicas. Esta obra se instala en el marco de la investigación relativa a la formación docente en el Campo de la Salud, como respuesta a

inquietudes e intencionalidades dirigidas a los ámbitos de las ciencias de la salud, como también al de la educación médica. Así, pues, es un intento de integrar el campo pedagógico con la investigación en las áreas de las ciencias de la salud.

1. Especialidades médicas

1.1. Medicina familiar y atención primaria
1.1.1. Medicina familiar como especialidad médica: historia de su desarrollo y la expectativa de implementación como estrategia para la atención en salud en Colombia

Luís Alfredo Ramírez Cano[1]
Jorge Enrique Naranjo[2]

Resumen
Se adelanta una revisión de los antecedentes de la medicina familiar, su origen y el objetivo de la misma como especialidad médica, su creciente demanda y su posterior declive en los diferentes países en que fue desarrollada, así como la revisión de la normatividad que rige en Colombia para la implementación de la Medicina Familiar como eje fundamental de la Atención Primaria en Salud, dentro de la estrategia para el mejoramiento de las condiciones de salud del país. Se busca con este trabajo sensibilizar la necesidad de estimular en los estudiantes de medicina, a través del currículo del programa de pregrado, la perspectiva de la medicina familiar como especialización en su futuro profesional, para contar con la oferta necesaria de especialistas que suplan la demanda para el desarrollo de la Política de Salud.
Palabras clave: medicina familiar, atención primaria, currículo.

Presentación
Partiendo de la medicina general, la medicina familiar surge al cierre de la primera mitad del siglo XX como una necesidad de recuperar la visión global del paciente ante el debilitamiento de la práctica, al

1 Médico y cirujano general. Coordinador de Extramurales en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

2 Médico y cirujano general. Trabaja en la Secretaría de Salud de Cundinamarca. Docente de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

emerger las especializaciones que se desarrollan como profundización pos-gradual (Rivero, Marty, Morales, Salgado y Acosta, 2010).

Así, liderado por las agremiaciones de médicos generales, se logra en las décadas de 1960 y 1970 su reconocimiento como especialidad médica en Europa y Estados Unidos; su inclusión, años más adelante, como cátedra y departamento en todas las Facultades de Medicina; su expansión a países en Latinoamérica, Asia y África; y, aunado con la Organización Mundial de Salud, su designación como la piedra angular del servicio de salud.

En Colombia, se inició como programa de especialidad desde 1984, y se fortalece dentro del Sistema de Salud con la promulgación de la ley estatutaria de salud de 2015, al definir la estrategia de la Atención Primaria en Salud-APS con enfoque en salud familiar y comunitaria, pero sin una clara definición del papel que debe cumplir en el sistema.

Con esta revisión, se pretende (i) buscar una propuesta que permita fortalecer desde la Universidad la demanda de médicos generales a buscar la especialización en medicina familiar, (ii) fortalecer la vocación del especialista en el servicio comunitario y de atención primaria, con la implementación de la cátedra de medicina familiar y su práctica en los años de formación de pre-grado y (iii) el ajuste del currículo en el programa de medicina, desde su inicio.

Este trabajo se adelanta con una metodología de investigación cualitativa bajo la modalidad de ensayo, partiendo de la revisión documental, buscando (a) cómo es la historia de la medicina familiar en Colombia, su desarrollo en Europa y Estados Unidos; (b) la declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre la Atención Primaria y la medicina social, y (c) la normatividad colombiana al igual que la estrategia de atención en salud, implementada para atender las necesidades de la población en nuestro país.

Desarrollo

El siglo XX marca una época de cambio en la medicina. Partiendo del informe que Flexner presenta en 1910, se da surgimiento a las especializaciones, las cuales fueron fomentadas por los avances tecnológicos y descubrimientos científicos que se dan con el desarrollo de las

dos guerras mundiales, lo que lleva a una marcada disminución de médicos generales en relación con los nuevos especialistas, con efecto directo en los programas de las escuelas de Medicina, quienes enfocan programas a contenidos especializados y supra-especializados, llevando a los médicos generales, por la falta de cátedras y departamentos de medicina general, a una imagen intelectual inferior a los demás profesionales.

La medicina general, en otrora, como lo refiere Varela-Ruíz (*et al.,* 2016, p.136): "valorada como una profesión digna, socialmente prestigiosa, acreditada científicamente, bien recompensada en lo económico, respetada por todos y reconocida como una profesión gratificante", era la encargada de la atención de la familia y de sus afecciones; ejercida por un profesional consejero y amigo, formado con una alta capacidad resolutiva, que es desplazado, dentro de un modelo de atención netamente asistencialista, por profesionales que, dentro de una formación con enfoque órgano, aparato, sistema, pierden la mirada global del paciente, dando una imagen de desprestigio al antiguo ejercicio.

Por lo anterior, en 1946, en los Estados Unidos, se fundó la American Academy of General Practice, primera sociedad científica de médicos de familia, recalcando la necesidad de rescatar el acercamiento a la persona y la familia, y no meramente la atención de la enfermedad.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la alta demanda de especialización por parte de los nuevos profesionales, desmotivados a ejercer la medicina general por el bajo prestigio que esta tenía y el arduo trabajo que realizaba, llevó a que el servicio de salud se prestara de manera fragmentada, con abordaje despersonalizado, alto coste y relativa efectividad, haciendo que, a partir de 1950, la comunidad médica internacional pensara en la necesidad de un profesional altamente resolutivo capaz de manejar los problemas de la población y que volviera a atender a la persona en su complejidad.

Esta decisión lleva a que, en 1960, nazca como especialidad la Medicina Familiar, centrándose los objetivos en dos puntos principales: mejorar la profesión del médico general y las condiciones laborales y el ajuste en la formación para dar identidad propia y doctrina definida, presentándose, cinco años después en Reino Unido, por parte del Royal College of General Practitioners, el primer documento sobre

formación de posgrado determinando que "un servicio de medicina general solo puede sobrevivir si quienes trabajan en él tienen una formación rigurosa, condiciones satisfactorias de trabajo y buenas oportunidades, similares a los que trabajan en un servicio especializado" (Casado Vicente, 2018, p. 81). Este informe conlleva a que se acepte la medicina general como especialidad por parte de la Royal Commission on Medical Education.

A nivel de las facultades de medicina, todas cuentan para 1986 con la cátedra de medicina general, dándose un crecimiento progresivo que se inició en 1972 con 6 cátedras, situación que favorece el afianzamiento de la especialización al convertirse en una elección muy popular entre de los nuevos graduandos.

En los Estados Unidos, motivados por una situación de atención en salud similar a la europea, fragmentada, de baja accesibilidad y con alta tendencia a la especialización, se busca crear un profesional especializado en la atención personal, con entrenamiento en atención primaria, con formación en el cuidado holístico de la salud, práctica extra-hospitalaria y con mecanismos de certificación similar a las otras especialidades, que volviera a re-tomar el tiempo necesario de atención y conociera y comprendiera la situación emocional y social del paciente (Fajardo Alcántara, 2007).

Es así, dado el resultado del informe de la comisión Mills de 1966, como se forman los departamentos de medicina general o familiar en las escuelas de medicina, se oficializa como especialización certificada por la American Board of Family Practice en 1969 y se autorizan los primeros quince programas de residencia. Los primeros especialistas se titulan en 1971.

Para 1979, 103 de las 131 facultades de medicina enseñaban medicina familiar y, a partir de 1990, por determinación de la AMA, todas las facultades de medicina de Estados Unidos cuentan con departamento de Medicina Familiar. Esta tendencia, en la actualidad, se expande en Europa a todas las facultades de medicina de los diferentes países, entre otros, Alemania, Bélgica, Finlandia, Irlanda, Holanda, Malta, Noruega, Polonia, Portugal, Suecia y Dinamarca.

En Canadá, este proceso se inicia en 1954 con la fundación del colegio de General Practice, más adelante Family Physicians, para brindar formación post-gradual a médicos generales y la práctica ge-

neral en pregrado, siendo 1969 el año en que se lleva a cabo la primera certificación de Médicos de Familia.

Por otra parte, la Universidad de Western Ontario nombra en 1967 al británico Ian McWhinney como primer profesor de medicina familiar, quien propone la línea de conocimientos y habilidades clínicas propias del programa, afirmando que la función de la medicina familiar es la de recuperar los pensamientos de atención de la medicina que con el tiempo se habían perdido.

En América Latina, la especialización en Medicina Familiar se inició en 1970 en Brasil, México, Bolivia, Colombia, Argentina, Ecuador y Venezuela, extendiéndose a todos los otros países durante la década de 1980. Igualmente sucede con el continente asiático y africano, siendo especialmente reconocida en Corea del Sur, Malasia, Singapur, Taiwán, Australia, Nueva Zelanda y otros países como Israel, Suráfrica, Egipto y Nigeria.

En Colombia, el programa de especialización se inició a mediados de la década de 1980, debiendo sortear conflictos entre políticos lo que llevó a plantear un plan de formación que apuntara a las problemáticas de atención identificadas en el contexto propio del país, con un alto componente comunitario, a diferencia al planteamiento norteamericano (Rodríguez, 2011).

Como resultado de las conferencias de médicos generales organizadas en la década de 1970 con el deseo de la creación de la Medicina Familiar, se establece en Chicago (EEUU), durante la IV Conferencia Mundial de Médicos Generales, la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), que oficialmente se constituye en 1972, para interactuar con la OMS, desempeñando un papel académico y de contenidos (Casado, 2018).

Posteriormente, en 1982, la WONCA define la medicina familiar como el primer punto de contacto con el sistema sanitario, con acceso abierto, para atender todos los problemas de salud, independiente de la edad, sexo, origen; con uso eficiente de recursos; centrado en el individuo, la familia y la comunidad; generando una atención en el tiempo al fomentar la comunicación médico-paciente; atendiendo las afecciones de salud agudas, crónicas y en las atapas iniciales de desarrollo (Rodríguez, 2011).

En Europa, los intereses de los médicos generales son defendidos por la Unión de Médicos Generalistas (UEMO), que desempeña un papel político ante el Parlamento Europeo a partir de 1967, siendo importante su gestión para el reconocimiento legislativo de la formación obligatoria de médicos generalistas y el establecimiento de la medicina familiar como base de los sistemas de salud en 1977.

Así, la medicina familiar es definida como especialidad médica; con programa académico propio, dirigido a la Atención Primaria; con enfoque bio-psico-social del individuo, preventivo, familiar y comunitario; con una tradición histórica importante; que busca como principal objetivo ser la piedra angular sobre la cual se puedan desarrollar los planes y servicios de salud, con accesibilidad, oportunidad, alta capacidad resolutiva y bajo costo.

En concordancia, el desarrollo de una política de Atención Primaria, declarado en Alma-Ata 1978 como el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema de salud, a cargo de profesionales con formación para este modelo de atención, permitirá el logro de las metas establecidas, apoyar las necesidades de la comunidad y participar activamente en la formulación de políticas y propuestas que impacten directamente sobre la población objeto.

Así, teniendo en cuenta la relevancia que tiene la Organización Mundial de la Salud como máxima autoridad mundial en esta materia, se toma como definición de salud la registrada en su Constitución, que reza: "la Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad" (Moreno, 2008, p. 96).

Definición que resulta de un proceso evolutivo que cambia el concepto que prevaleció largo tiempo y que determinaba sencillamente la salud como la ausencia biológica de enfermedades (Concepto. de., 2017), y que más tarde la Organización Panamericana de Salud complemento con el concepto de "la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la persona" (Concepto.de., 2017).

A pesar de tratarse de una definición que se desarrolló a mediados del siglo pasado, la definición anterior mantiene su hegemonía, siendo aplicada en muchos países como base para la elaboración de políticas sanitarias que apuntan al mejoramiento de las condiciones de vida de su población.

En ella resalta que se trata de una definición que supera la mirada netamente asistencialista del individuo, llevándola a un enfoque global, como un todo, que debe ser abordado de manera multidisciplinaria, en la que converjan varias disciplinas que se integren y actúen entre sí, para poder comprenderla en margen multidimensional (Moreno, 2008).

Se entiende así que la salud pasa a ser una situación que va más allá del campo médico y del ambiente hospitalario, comprometiendo los diferentes estados de la sociedad y que, como lo refiere Rodríguez y Goldman (citado en Moreno, 2008, p.103) la salud "es una meta que hay que tratar de alcanzar, más que un estado que se pueda alcanzar…"

Retomando el concepto general que la OMS ha brindado durante algo más de 60 años, y que en la actualidad continúa teniendo absoluta vigencia, gracias a su enfoque holístico, vemos que el abordaje de la salud no ha de llevarse a cabo desde una mirada exclusivamente biomédica, sino que se ha de ampliar a un enfoque bio-psico-social, en el que "la economía, la ciencia política, la ecología, la antropología y la arquitectura, entre otras, se suman para contribuir a la promoción, mantenimiento y preservación de la salud a través de un enfoque interdisciplinario" (Moreno, 2008, p.101).

En la Carta de Otawa de 1986, resultante de la Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, la OMS conceptúa:

> La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. (OMS, 1986).

Adicionalmente, tomado del glosario de la Organización Mundial para la Salud, podemos complementar lo dicho entendiendo que "La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla" (OMS, 1998).

Así, el abordaje de la atención de la salud no es responsabilidad exclusiva del sector salud, tampoco la promoción de la salud, tomando que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos (OMS, 1998).

La promoción de la salud debe buscar generar condiciones de vida y trabajo, seguras, estimulantes y gratificantes. Por lo tanto:

> La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual (OMS, 1998).

La Organización Mundial para la Salud (1998, p.12) define la Atención Primaria de Salud (Primary health care) como "la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables".

La Declaración de Alma Ata subraya que:

> Todo el mundo debe tener acceso a una atención primaria de salud y participar en ella. El enfoque de la atención primaria de salud abarca los componentes siguientes: equidad, implicación/participación de la comunidad, intersectorialidad, adecuación de la tecnología y costes permisibles (OMS, 1998).

En Colombia, con la promulgación de la Ley 1438 de 2011, se busca el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que, a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud, permitirá una acción coordinada del Estado, las instituciones de salud y de educación y la sociedad para lograr el mejoramiento de la salud y de ambientes saludables, con un servicio de calidad, incluyente y equitativo.

Esta ley orienta el SGSSS hacia el bienestar del individuo, enfocando las acciones de la Salud Pública, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad hacia unos resultados que serán medibles a través de indicadores de resultado que involucran a todos los actores que intervienen en el sistema, definidos y desarrollados a través del Plan Decenal de Salud, y que se determinan en su inicio, y que podrán tener modificaciones de acuerdo a las prioridades de salud según el análisis de eventos de interés que en salud pública se puedan presentar.

Enfocados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, la Ley 1438 da prioridad a la implementación de módulos especiales en los programas profesionales, técnicos, tecnólogos, directivos y ejecutivos de formación de Talento Humano en Salud, modificando la Ley 1164 de 2007, estableciendo el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades de la población colombiana.

En 2016, el Ministerio de Salud y Protección Social presenta la política de Atención Integral en Salud plasmada en la resolución 429, que, precedida de normas como la ley 1438 de 2011 (que reforma el SGSSS y propone cambios en la salud con la estrategia de la Atención Primaria en Salud desarrollado a través Plan decenal de Salud Pública) la Ley 1751 de 2015 (ley estatutaria de salud que establece la salud como derecho fundamental), promulga la política de Atención Integral en Salud. Esta tiene como objetivo mejorar las condiciones de salud, haciendo intervenir a los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de la atención y la interacción de los entes territoriales, a las administradoras de planes de beneficio y a los prestadores de los servicios de salud. Trata, además, de implementar la estrategia de la Atención Primaria en Salud-APS con enfoque en salud familiar y comunitaria, la gestión integral del riesgo, el cuidado de la salud y el enfoque diferencial por cada región del país.

De la mano con la norma, se desarrolla el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que, basado en los principios de equidad, servicio centrado en la persona, oportunidad, calidad, integralidad, continuidad, aceptabilidad, con procesos de intervención, priorización y coordinación de acciones, busca garantizar una mejor atención.

El modelo cuenta con diez componentes, que inician con la caracterización de la población, llevando a que, de acuerdo a las características propias de la población, se adelante la planeación de los servicios que se le brinde; siguiendo con la definición de rutas integrales de atención, que marque las condiciones para la atención integral y la intervención de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación; incluyendo una gestión integral del riesgo, que conlleva la identificación del riesgo, intervención que lleva a mitigar los determinantes sociales de salud; dando cabida a la delimitación territorial, identificando área urbana, área rural y dispersa, con adaptación del modelo a las características de cada población objeto; introduciendo redes integrales de salud en cada delimitación territorial, con un componente primario y complementario, que cuenten con el recurso humano, técnico, financiero y físico necesario para garantizar la adecuada gestión de la atención; redefiniendo el rol del asegurador en control del riesgo financiero, la gestión de redes integradas de prestación de servicio, interacción con los demás actores; incluyendo un sistema de información cuyo centro es el ciudadano, familia y comunidad; buscando el fortalecimiento del recurso humano en salud en los ejes de formación, armonización de cuidado integral y prestación de servicio y mejoramiento de condiciones laborales.

Dentro de la política del país, y en concordancia con lo expuesto por la OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social, en el Glosario de Acreditación en Salud, define riesgo como:

> Probabilidad o posibilidad de peligro, perjuicios o pérdidas. Esto puede relacionarse con la salud y el bienestar del personal y de los bienes públicos, reputación, el medio ambiente, el funcionamiento organizacional, la estabilidad financiera, la cuota de mercado y otras cosas de valor social (Ministerio de Salud y Protección-Ministerio de Salud, 2012, p.12).

Por otra parte, en el Plan Decenal de Salud, establecido para el periodo 2012-2021, se proyecta el riesgo como:

> la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el em-

> peoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo bienes y servicios que hubiera podido evitarse (Resolución 00001841, 2013, p. 41).

Dentro de este esquema, el riesgo primario se determina como la probabilidad de una nueva morbilidad, y el riesgo técnico como los derivados de los servicios de salud y los ocasionados por discapacidad y mortalidad evitable (Resolución 00001841, 2013).

Los riesgos de salud pueden derivar de factores ambientales ocasionados por el hombre; fenómenos naturales; falta de protección al realizar labores de trabajo; uso de sustancias nocivas en labores cotidianas; malos hábitos de higiene; descuido en el cuidado de menores o adultos mayores entre muchos otros, que determinan el comportamiento de riesgo del individuo.

Estas exposiciones, que a corto o largo plazo pueden repercutir en alteraciones del estado de salud del individuo, pueden ser mitigadas no solo con la implementación de políticas de salubridad, sino involucrando al individuo en el cuidado de su propia salud y de la comunidad. Sin embargo, el comportamiento de una persona puede ser la causa principal de su afección de salud, e, igualmente, el cambio en dicho comportamiento la principal herramienta para subsanarlo. Sin embargo, con la prestación de servicios a través de la construcción de redes, se pretende dar solución a las dificultades que se encuentran hoy en día con el modelo actual:

> Problemas de fragmentación, atomización e interrupción en la provisión de los servicios, restricciones de acceso y falta de oportunidad, baja eficacia de las intervenciones por limitada capacidad resolutiva, inexistencia o insuficiencia de la oferta a nivel territorial, ineficiencias por desorganización y duplicidad en la oferta, dificultades en sostenibilidad financiera, entre otros (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, p. 8).

Para el manejo de riesgos y el manejo integral de la enfermedad se dispone, dentro del eje de atención primaria, de la medicina familiar y otras profesiones como integrantes de la Salud familiar y comunitaria, así como de la prestación de medicina general, medicina familiar y las

especialidades básicas, que brindarán resolución a las más situaciones frecuentes que afecten a la salud de la comunidad objeto.

La medicina familiar, tal como la define la American Academy of Family Physicians, es:

> La especialidad médica que proporciona atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades (Departamento Medicina Familiar Universidad del Valle, 2008, p. 2).

Esta medicina, como se registró en la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar:

> Está orientada hacia la atención integral y continua, la promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como la prestación de servicios en el primer nivel de atención, es el actor más apropiado para realizar las intervenciones médicas necesarias en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, 2005, p.1).

Tomando como principios los definidos por Ian McWhinney, el médico familiarista debe estar comprometido con el paciente y su familia, actuando como parte de la red comunitaria, velando por sus pacientes como enfoque de riesgo, en una comunicación continua que permita que cada encuentro con su paciente sea una oportunidad para educar en salud. Se pretende cultivar una comunicación asertiva y eficiente, vivir en lo posible donde viven sus pacientes, para ello procurar procurando asistirlos en todas las áreas de atención como la consulta, hospitalización, su domicilio, etcétera (Departamento Medicina Familiar, Universidad del Valle, 2008).

Este profesional, base del equipo de atención primaria, en lo ideal debe contar con un perfil asistencial especializado en cuidado primario con manejo integral que asegure la continuidad de la atención al individuo, su familia y la comunidad, la toma de decisiones costo-efectivas de alto beneficio con la utilización de tecnologías apro-

piadas, y el enfoque psicosocial en la determinación del origen de las afecciones que aquejan su población objeto.

Debe poseer un perfil administrativo, que le permita planificar, evaluar y liderar el trabajo en equipo promulgando la transdisciplinariedad; un perfil investigativo, con el fin de generar conocimiento a través de herramientas de investigación y formular proyectos de atención individual, familiar y comunitaria; un perfil docente, fundamental para la política de atención primaria, que permitirá a este profesional ser multiplicador de la medicina familiar, con habilidades para la educación en salud y comunitaria en todos los grupos de riesgo identificados.

Estas políticas muestran en su desarrollo un enfoque que permite, partiendo del concepto que brinda la OPS de atención primaria como el primer punto de contacto del individuo con el sistema de atención, y con la identificación de las características de cada población en particular, proponer planes de atención que, de acuerdo a la caracterización de las determinantes sociales de salud, apunten de manera efectiva al mejoramiento de las condiciones de salud de la población. Se parte del concepto que brinda la OPS de atención primaria, como el primer punto de contacto del individuo con el sistema de atención, y con la identificación de las características de cada población en particular

En concordancia, el compromiso del sector educación se ve reflejado con la promulgación de la Ley 115 de 1994 o Ley General de Educación, que afirma en su artículo primero “La educación es un proceso de formación permanente, personal, cultural y social que se fundamenta en una concepción integral de la persona humana, de su dignidad, de sus derechos y de sus deberes…” (Ministerio de Educación, 1994, p. 1).

Adicionalmente, de acuerdo con la Constitución Política de Colombia, dentro de los fines de la educación definidos en el artículo quinto de la Ley General de Educación, se dice definiendo: “La educación busca la formación para la promoción y preservación de la salud y la higiene, la prevención integral de problemas socialmente relevantes, la educación física, la recreación, el deporte y la utilización adecuada del tiempo libre” (Ministerio de Educación, 1994).

La salud se presenta como un eje transversal del plan de estudios en todos los grados de educación formal, con una orientación de trabajo interdisciplinario que ha de facilitar la construcción de hábitos para una vida saludable (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2012, p. 42).

Así, la vía para logar el desarrollo humano y sostenible es la educación, buscando hacer intervenir determinantes sociales estructurales al desarrollar en el individuo conocimiento, destrezas y habilidades que lo lleven a transformar y participar en el medio que habita (Organización Panamericana de la Salud –OPS–, 2017; Organización Mundial de la Salud –OMS–, 2017). En esta tarea es necesario involucrar las políticas del estado en educación y salud, a las entidades educativas y prestadoras de servicios de salud a la población objeto, garantizando por parte del estado el acceso universal a una educación con calidad.

La educación para la salud es la parte de la atención en salud que favorece el cambio de comportamiento del individuo y el adecuado uso de los servicios de salud. Hay que diferenciar la (mera) información en salud de la educación en salud. La educación para la salud debe orientar las necesidades del individuo, su familia, su entorno.

La educación para la salud debe involucrar a los gobiernos locales, regionales y nacionales, a la comunidad, a la familia y al individuo. Hacer comprender a la persona su corresponsabilidad en el cuidado de su salud, la conservación del medio ambiente, el cambio de hábitos alimentarios, sedentarismo, descanso. Esto llevará a la creación de una conciencia que busca motivar estilos de vida sana voluntaria, lejos de una metodología obligatoria. La educación para la salud es el vehículo por el cual se pueden implementar las políticas de salud pública siguiendo las instrucciones de la OMS.

Conclusión

Se hace necesario buscar en las diversas facultades de medicina del país la inclusión del programa de medicina familiar en sus respectivos currículos de pregrado. A través de fomentar el interés de sus estudiantes en la búsqueda de esta especialización, así como la sen-

sibilización en los egresados para que ofrezcan una práctica médica orientada al servicio; que apunte al desarrollo de las políticas de salud pública del país. Lejos del interés meramente mercantilista de una práctica especializada que persigue el éxito económico e individual como profesional. Borrar la estigmatización, peyorativa, que se tiene sobre el médico familiarista, que considera esta especialización como un simple fortalecimiento del médico general, pues todo programa de pos-grado es, en esencia, un fortalecimiento del pregrado en el área convencionalmente establecida de profundización de nuevos conocimientos y habilidades, que el legislador denomina en la formación holista de la profesión (Piñeros Corpas, 1988, p.110).

Bibliografía

Casado Vicente, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. amf, 79-86. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192

Concepto.de., E. d. (2017). Concepto de Salud (según la oms). Recuperado de https://concepto.de/salud-segun-la-oms/

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar-cimf. (2005). II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar wonca-cimf Santiago de Chile, octubre de 2005. Recuperado de http://semf.ec/wp-content/uploads/2018/06/CIMFcartaSantiago.pdf

Departamento de Medicina Familiar Universidad del Valle. (2018). Programa medicina familiar. Recuperado de http://medicinafamiliar.univalle.edu.co/definicion.html

Fajardo Alcántara, A. (2007). *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en la Atención Primaria en la década de 1980* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (1994). Ley 115. Recuperado de Ley General de Educación, https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Resolución número 00001841 de 2013 Por a cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Colombia. Recuperado de https://www.

minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf

____. (2016). Dirección de prestación de servicios y atención primaria: Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf

____. (2007). Ley 1164. Recuperado de Talento Humano en Salud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

____. (2011). Ley 1438. Recuperado de Reforma de Sistema de Seguridad Social en Salud, https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

____. (2015). Ley Estatutaria de Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

____. (2016). Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación 9* (1), pp. 93-101.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html

____. (1978). Declaración de Alma-Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf

____. (1998). Promoción de la salud: glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=A157801DBE4F9D7EEBD6E921711274F4?sequence=1

____. (Noviembre de 1986). Carta de Otawa para la promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial para la Salud. Recupera-

do de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (Marzo de 2017). Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf

Piñeros Corpas, J. (1988). *El Cirujano Internista: una respuesta al futuro. Consideraciones alrededor de la Pobreza Crítica y de la Medicina Social.* Bogotá D.E.: Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N. Corpas.

Rivero Canto, O.; Marty, L.; Morales, M.; Salgado, A. y Acosta, N. (2010). Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *MediCiego 16*(2).

Rodríguez, M. (2011). *La Medicina Familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad del Bosque.* Bogotá: Kimpres Ltda.

Varela-Ruíz, C. E.; Reyes-Morales, H.; Albavera-Hernández, C.; Díaz-López, H.; Gómez-Dantés, H. y García-Peña, C. (2016). La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gaceta Médica de México 152*, pp.135-140.

1.1.2. La importancia de la presencia de la atención primaria en salud dentro de las pruebas de Saber Pro

Francisco Javier Hernández Bustos[1]

Resumen

La Atención Primaria en Salud (APS) es tanto una política mundial (OMS, 2008), como regional (OPS) y nacional. Esta política de la formación para las APS es concebida tanto por el Ministerio de Salud y Protección Social, como por el Ministerio de Educación Nacional (2006), al tiempo que se trazan políticas encaminadas a fortalecerla e implementarla. Por otro lado, en Colombia, los estudiantes de último año de formación de todas las facultades de medicina se exponen a una prueba de Estado estandarizada, conocida como Saber Pro.

Basado en lo anterior, es pertinente conocer qué tanto incluyen sobre este tema las pruebas de Estado, con el objeto de determinar la correlación existente entre las políticas de los mencionados ministerios y lo que se escruta con apoyo en esta herramienta estandarizada de evaluación, realizada por el ICFES (2016).

Palabras clave: Pruebas Saber Pro; Atención Primaria en Salud (APS, ICFES).

1 Médico cirujano de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Estudiante de la Maestría en Educación para la Salud.

Introducción

Las interrogantes que se formula un docente debe tenerlo en constante investigación. Esta actividad permite resolver dichas preguntas para ofrecer mejores productos a sus alumnos; dado, además, que las incógnitas que tiene el docente son muchas y diversas. Lo mismo sucede en el caso de las instituciones educativas. Pero ambos casos no son necesariamente coincidentes, y precisamente para el presente trabajo de investigación, se ha querido trabajar sobre las pruebas de Estado, llamadas Saber Pro, que tienen la finalidad de medir –aunque no creo lo logre– la calidad de la educación superior en Colombia, y que consideramos deben ser –y lo son– fuente de cuestionamientos, tanto para docentes como para instituciones educativas.

La idea del presente proyecto pasó inicialmente por intentar explicar por qué los resultados de los alumnos en estas pruebas de Estado en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas no son buenos y requieren ser mejorados; pero, luego, los investigadores consideran que antes de ver el porqué de los resultados, debemos estudiar la prueba, hacer el análisis de la misma. El propósito es construir nuevas miradas, desde la composición de la prueba, hasta definir con más precisión qué carga porcentual tiene el tema más relevante, para mejorar la salud de nuestro país, como es la Atención Primaria en Salud.

Por lo anterior, se hará una revisión de los referentes de las pruebas de Estado, así como de la Atención primaria en Salud, para proveer una nueva perspectiva epistemológica desde la investigación.

En Colombia, las pruebas de Estado para la Educación Superior se concretan en las pruebas Saber Pro. Para la investigación se tendrán en cuenta las prácticas de la carrera de Medicina. Estas se aplican a todos los estudiantes de último año de esta carrera de todas las instituciones de Educación Superior y universidades del país que tengan esta carrera. Los investigadores del presente proyecto trabajan en la Facultad de Medicina de la Fundación Juan N. Corpas, cuyos alumnos deben presentarse en su último año a las pruebas Saber pro. Los resultados conseguidos se encuentran por debajo de la puntuación de muchas universidades y el entramado sigue sin modificarse, a pesar de la transformación institucional que se ha logrado. Por

ello debemos analizar éstos, no solo como resultados aislados, sino, desde el diseño de la prueba, su completitud y pertinencia. La clave, sin duda y como se expresa arriba, es que se quieren abordar estas inquietudes desde el principio, esto es, desde los fundamentos de la prueba. Por esa razón el trabajo inicia en el análisis de la prueba, y luego, en futuros estudios, se analizarán los resultados de los alumnos en estas pruebas, ya que por buena o mala que resulte ser esta herramienta, es la misma para todos, pues está estandarizada.

Se parte del hecho de que los alumnos hacen énfasis en su estudio, casi exclusivamente en aquello que se les pregunta. Sin embargo, deberían estudiarlo todo. Sin embargo, en una carrera de 6 años, es casi imposible que una prueba dé cuenta de todo lo visto; así mismo, las mismas facultades de medicina van a querer estar dentro de las mejores calificadas por la prueba, de modo que, a largo plazo, se puede estar influyendo hasta en el pensum de las universidades. Por lo anterior considero necesario seguir revisar todo lo relacionado con la pertinencia de las Pruebas Saber Pro, que son base indispensable para la presente investigación.

En una revisión sistemática de lo "escrito" (en libros, artículos, investigaciones y otros), lo primero que se reconoce es la información proporcionada por las pruebas Saber Pro. Se sabe que el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES), es quien creó, diseña, actualiza y aplica esas pruebas, por encargo directo del Ministerio de Educación Nacional. El Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior es un instrumento estandarizado para la evaluación externa de la calidad de la Educación Superior. Forma parte, con otros procesos y acciones, de un conjunto de instrumentos para evaluar la calidad del servicio público educativo y ejercer su inspección y vigilancia.

Este examen se inició con la evaluación de 22 programas de Educación Superior en el año 2003 y llegó a examinar 55 programas en 2007; en este período, el examen se centró en la evaluación de competencias específicas por programa. Entre 2009 y 2010 se incluyó la evaluación de dos pruebas comunes a todos los programas de formación: comprensión lectora y comprensión del idioma inglés.

Con la publicación de la Ley 1324 de 2009 y el Decreto 3963 del mismo año, se dio una nueva orientación a los exámenes de Estado

de la Educación Superior, el cual se estableció como obligatorio para obtener el título del nivel de pregrado. Sus principales objetivos son: comprobar el desarrollo de competencias de los estudiantes que han aprobado el 75% de los créditos en un programa de formación, producir indicadores de valor agregado y servir de fuente de información para la generación de indicadores de evaluación de la calidad de la Educación Superior.

El diseño del nuevo examen, que se aplica desde 2010, incluye la evaluación de competencias genéricas, entendidas como aquellas que todos los estudiantes deben desarrollar independiente del énfasis de formación, y la evaluación de competencias comunes a grupos de programas con características de formación similares. De esta manera, se evalúan competencias genéricas en cinco pruebas: lectura crítica, razonamiento cuantitativo, comunicación escrita, inglés y competencias ciudadanas, y se han construido cerca de 42 pruebas de competencias específicas comunes para distintos grupos de referencia

En este marco de referencia, el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación (ICFES) presenta el módulo Atención en Salud, que se conforma por los módulos de competencias específicas, comunes a grupos de programas del Examen de Estado de Calidad de la Educación Superior, Saber Pro. El objetivo principal de este documento es responder a las siguientes preguntas: ¿qué competencias se evalúan en el módulo de Atención en Salud?, ¿por qué se han seleccionado estas competencias como objeto de la evaluación? Y, ¿cómo se evalúan en el módulo? Para su desarrollo se contó con la participación de la comunidad académica de salud a través de la Alianza de Facultades de Salud, docentes y expertos de diferentes profesiones de la salud. Adicionalmente, es importante resaltar que los avances de este trabajo fueron socializados por medio de validaciones externas con miembros de la comunidad académica a nivel nacional. Para el desarrollo del mismo se tuvieron en cuenta las competencias que un grupo de docentes, expertos en varias profesiones de la salud, consideró fundamentales para evaluar, de manera común, homogénea, a los estudiantes que están próximos a culminar sus estudios en los programas de formación del área de Ciencias de la Salud. Ahora bien, antes de comenzar, vale la pena definir que los objetivos del documento requieren que se repare en la definición de competencia que el

ICFES ha adoptado. Se trata, entonces, del "conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes, comprensiones y disposiciones cognitivas, socio-afectivas y psicomotoras apropiadamente relacionadas entre sí para facilitar el desempeño flexible, eficaz y con sentido de una actividad o de cierto tipo de tareas en contextos relativamente nuevos y retadores" (Ministerio de Educación Nacional, 2006, p. 49).

Con toda la información anterior, nos dirigimos a la otra fuente importante de información: la búsqueda de estudios previos. Sobre este tema, en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, encontramos los análisis que la institución viene realizado como parte del proceso de mejoramiento continuo institucional. En este sentido, tenemos que referirnos al documento "Un análisis del rendimiento de los estudiantes de Medicina en las pruebas estatales Saber Pro de Colombia 2016", informe de rectoría, del doctor Echeverry realizado con el fin de analizar el desarrollo de los alumnos en estas pruebas. Se detalla el análisis, que incluye en qué áreas son fuertes y en cuales otras débiles, y ofrece información importante, pero esta no es directamente tributaria de nuestra pregunta de estudio, que al día de hoy apunta al peso ponderal de la APS en las pruebas Saber Pro, pero que, para estudios futuros y relacionados, será de gran ayuda. No encontré más estudios realizados, aunque sí hallé varios estudios en proyecto, pero relacionados con los resultados de las Pruebas Saber 11, que son para los bachilleres. No encontré información adicional a las pruebas Saber Pro de Medicina.

Respecto a lo encontrado en la FUJNC, creo que sería bueno describir el contexto del estudiante que ingresa a la FUJNC, que es diferente al que se incorpora a otras universidades. Se hace necesario contemplar un abordaje del problema desde un análisis socio-histórico que parte del punto de vista de Pierre Bourdieu, pero contextualizado en un análisis crítico de la reforma del sistema educativo colombiano 1990-2014 (Arce Tovar, 2017, p. 3). Eso nos permite ver y entender la historia, y con ello la percepción de que la educación en Colombia ha bajado de calidad –y me atrevo a decir en valores– y, por ende, nos indica que no se puede evitar cruzar esta temática, con la pregunta de investigación.

Con lo anterior, se espera dejar un panorama de lo que son las pruebas Saber Pro. No debe olvidarse que estamos desde una orilla

viendo qué tan adecuada es la herramienta de evaluación, si tributa lo que se cree debe tributar; si está alineada con las políticas nacionales en salud, en educación; si se corresponde con las necesidades en salud de nuestro país, pues no es solo que este bien diseñada, y que pueda medir en algo la calidad de la educación nacional, sino que, de alguna forma, ha de ayudar a la formación del médico que Colombia necesita, que el mundo necesita. Y, transitando estas preguntas, inevitablemente se llega a la OMS, que desde 1978 en Alma Ata está luchando por la Atención Primaria en Salud como la herramienta o la mejor estrategia para mejorar la salud en el mundo y, sin duda, Colombia sí requiere mejorar en sus indicadores de salud y equidad para nuestra población; por lo cual, y unido a que la FUJNC tiene una visión comunitaria, considero que es necesario evaluar las pruebas Saber Pro en su completitud respecto a la evaluación de los conocimientos de los médicos en el área de APS y, por ende, profundizar respecto a lo referente a este tema.

La Atención Primaria en Salud (APS) con participación de la comunidad, se planteó por primera vez como estrategia para alcanzar la meta de "Salud para todos" en el año 2000, como recomendación de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud realizada en Alma Ata en 1978. Desde entonces, se ha tornado en política de salud en los planos internacional y regional; por ejemplo: se plasmó desde el Grupo de Trabajo (GT) en APS creado el 13 de mayo de 2004, de acuerdo con la resolución CD44.R6 de la OPS/OMS, en la cual se insta a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones dirigidas al fortalecimiento de la APS. A tal efecto, cada Estado debe preparar, según sus necesidades y capacidades, un plan de acción, estableciendo tiempos o plazos para la formulación de este plan de acción y señalando criterios para su evaluación.

Tales tendencias y políticas regionales y nacionales continúan en vigencia: la Declaración de Astana de octubre de este año, valida la APS como estrategia mundial y, tanto es así que Colombia ha suscrito compromisos, particularmente ligados al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible, inscritos en la agenda 2030, y es así que, a la fecha, el país está convencido de que la Atención Primaria en Salud (APS) es la mejor alternativa. Se han realizado cambios importantes. Ha emitido dos leyes que promueven la APS: la ley 1438 de 2011

y la ley Estatutaria. Existe un movimiento nacional de protesta que promueve una modificación en la forma como se prestan los servicios de salud. Se ha promulgado un plan decenal de Salud Pública que pretende articularse a través de la APS. El Ministerio habla constantemente de la APS; existen las condiciones para hacerla real.

Teniendo en cuenta lo anterior, y recordando que los alumnos que estudian medicina en Colombia deben presentar en su último año (por lo menos luego de haber culminado el 70 % de sus estudios) las pruebas Saber Pro, cuya finalidad consiste en evaluar la calidad de su formación profesional en este campo, esta situación constituye una excelente oportunidad para evaluar la validez y la calidad de dicha prueba, en lo relacionado con dicha formación en materia de APS, en términos de peso y completitud con respecto a lo que se espera en esta materia en el plano nacional e internacional.

Se espera incluso que, a partir de este estudio, se construyan las bases para ver si hay coherencia, entre la prueba en cuestión y las orientaciones internacionales emanadas de organismos como la OMS a nivel mundial y la OPS a nivel panamericano, así como con las políticas nacionales emanadas de los Ministerios de Educación y de Salud y Protección Social, para desarrollar lo establecido en la Constitución Política de Colombia y cumplir los compromisos internacionales suscritos.

La importancia de realizar este estudio también se debe a la incidencia que dichas pruebas pudiesen llegar a tener en la formación de los profesionales en medicina y en la educación impartida por las universidades e institutos de Educación Superior, como se mencionó anteriormente. Siguiendo estas hipótesis planteadas: si se encuentra que el peso ponderal de APS en la prueba es alto, la pregunta siguiente para la FUJNC es ver por qué nuestros alumnos no se desenvuelven bien en ella, si somos una universidad con una visión comunitaria. Pero si, por el contrario, se encuentra que las pruebas de estado no evalúan, o lo hacen de forma tangencial o con poca profundidad en esos conocimientos, será necesario proponer ajustes a la prueba, para evitar el envío de un mensaje equivocado a estudiantes y universidades, dejando la idea que saber APS no es importante, no sirve, pues son conocimientos que no se evalúan en una prueba tan importante, y a la que, tanto estudiantes como universidades le apuestan tanto.

A su vez, de ello derivarían una serie de repercusiones para la salud de las comunidades sujeto de atención, que toman mayor altura en las más vulnerables, hecho que contribuye a profundizar la brecha socio-económica y agudizar la situación de pobreza que caracteriza la realidad colombiana en materia de salud.

Propuesta de investigación: Objetivos

Así, pues, mi indagación partiría de la siguiente *Pregunta de investigación:* ¿cuál es la carga porcentual del tema APS en las pruebas Saber Pro realizadas a los estudiantes de Medicina, en los últimos cinco años, en Colombia?

Su *Objetivo General* sería medir el peso ponderal que tiene el tema APS en las pruebas que realiza el ICFES, Saber Pro, a estudiantes de último año de medicina en Colombia, en un periodo de 5 años.

Y los *Objetivos Específicos*:

1. Analizar la prueba con la lupa de APS y poder separar las preguntas que son del tema APS de las preguntas de otros saberes de la medicina.
2. Hacer aportes al ICFES, para que desde la herramienta de evaluación se apoye y estimule el estudio de la APS y con ello hacer que las facultades de medicina se vean "incentivadas" a realizar ajustes en sus programas, donde queden más protagónicas y robustas las cátedras sobre APS.
3. Buscar de una forma indirecta si hay concordancia entre las políticas nacionales de implementación de la APS, así como la forma y proporción que tiene las pruebas de estado para evaluar este conocimiento.
4. Evaluar el diseño de las preguntas APS en las pruebas Saber Pro.
5. Plantear futuros estudios, para ver si los planes de formación de los médicos, se han modificado para tener mejores resultados en las pruebas Saber Pro.

Metodología

El presente proyecto de investigación se propone un estudio longitudinal, retrospectivo, descriptivo; con un paradigma empírico-analítico. Para la recolección de los datos, se tomará las pruebas Saber Pro realizadas en los últimos 5 años (2014 a 2018), para que comprenda una cohorte completa: de primer semestre hasta inicio de internado que es el momento en que presentan las pruebas.

Solo se tendrá en cuenta, para efectos del presente estudio, la parte de la prueba del componente especifico (no se tendrá en cuenta competencias genéricas); estas pruebas se pasan por un tamiz de APS para separar las preguntas en dos grupos: las que son del tema APS, y en el otro grupo todas las demás que sean de otros temas diferentes, buscando con ello definir la densidad de la Atención Primaria en Salud en el Componente Específico de las pruebas Saber Pro de Medicina, que se aplican a todos los estudiantes de último año de todas las facultades de medicina en Colombia. Como la Prueba de Estado Saber Pro es estandarizada, se solicitará al ICFES las mismas, en sus últimas cinco versiones aplicadas que corresponden al año 2014 a la fecha. Esta ponderación del peso de APS, frente a otros conocimientos del saber médico es el objetivo principal, pero al pasarla por el tamiz, podremos ver no solo la completitud que la prueba tiene respecto al tema vital para nuestro país como es APS, sino la forma como lo preguntan.

Para el presente estudio, se contará con el apoyo del departamento de investigación de la institución, así como del de la Facultad de Educación y Ciencias Sociales (tutoría metodológica).

Resultados esperados

Aún no contamos con resultados, ya que es un proyecto de investigación, pero una vez se desarrolle el estudio, tendremos el peso ponderal que tiene APS en la prueba y, sin duda, estos resultados serán de gran valor tanto para la universidad, como para el ICFES a quienes tributen a esta información; y entre universidades e ICFES ver si hay necesidad de cambios, ajustes o no en la prueba de Estado.

Bibliografía

Arce Tovar, D. (2017). *Análisis crítico de la reforma del sistema educativo Colombiano. 1990-2014.* Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Barrios, S.; Masalán, M. P. y Paz, M. (2011). Educación en Salud: En las búsquedas de metodologías innovadoras. Ciencia y Enfermería, 17(1), pp. 57-69.

Casado Vicente, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. amf. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192

Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. (2017). Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia.

Concepto.de., E. d. (diciembre de 2017). Concepto de Salud (según la OMS). Obtenido de https://concepto.de/salud-segun-la-oms/

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar-CIMF. (2005). II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar WONCA-CIMF Santiago de Chile, Octubre 2005. Recuperado de http://semf.ec/wp-content/uploads/2018/06/CIMFcartaSantiago.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia.

D' Ángelo, O. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista cubana de psicología 17*(3), pp. 270-275.

Departamento de Medicina Familiar Universidad del Valle. (Julio de 2018). Programa medicina familiar. Recuperado de http://medicinafamiliar.univalle.edu.co/definicion.html

Dohlmans, Snellen-Balendong y VanDerVleuten. (1997). Seven principles of effective case design for a problem-based curriculum. *Medical Teacher, 19*(3), pp. 185-189.

Dueñas, V. (2001). El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. *Colombia Médica 32*(4), 189-196.

Dulcey Ruíz, E. (Julio de 2010). Psicología social del envejecimiento y perspectivas del transcurso de la vida consideradas críticas. *Revista Colombiana de Psicología, 19*(2), 207 - 224. Recuperado

de https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/14521/34435

Escudero, E.; Fuentes, C. y González, M. y Corvetto, M.A. (2016). Simulación en educación para ciencias de la salud: Que calidad hemos alcanzado en Chile. ARS MEDICA 41(3), pp.16-20.

Echeverry R, J. 2016. *Un análisis del rendimiento de los estudiantes de Medicina en las pruebas estatales Saber Pro de Colombia 2016.* Informe de rectoría FUJNC.

Fajardo Alcántara, A. (3 de octubre de 2007). *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en la Atención Primaria en la década de 1980* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.

Fascioli, A. (2017). Los cuidados paliativos y el final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 5(2), pp. 46-53.

González Melero, M. S. (2016). Evaluación de la calidad de dos modelos de simulación Clínica. *Biblioteca digital, repositorio académico*, pp. 678 - 682.

González Rodríguez, O. J.; Carrillo González, G. M. y Arias, E. M. (2017). Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. *Revista Latinoamericana de Bioética* 17(32), pp. 60-79.

Herrera, M. C. (2005). La perspectiva social y cultural: hacia un marco comprehensivo de la investigación en educación. En M. P. Serge, *Sujeto, cultura y dinámica social* (pp. 209-230). Bogotá, Colombia: Ediciones Antropos.

Kelly, L.; Walters, L. y Rosenthal., D. (2014). Community-based medical education: Is success a result of meaningful personal learning experiences? *Educ Health* (27), pp. 47-50.

Manzano, M. y Novoa Cely, A. (2013). *Conocimientos y percepciones de estudiantes de décimo semestre, en atención primaria de salud: Una mirada general en dos universidades de Bogotá* (Tesis de Maestría en Administración de Salud). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Bogotá.

ICFES (2016). Marco de referencia para la evaluación ICFES, Publicación del Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educa-

ción (ICFES). Elaboración del documento Alianza de Facultades en Salud.

Marín Gallego, J. D. (s.f.). Investigación cuantitativa. En J. D. Marín Gallego, *La investigación en educación y pedagogía* (pp. 105-119). Ediciones USTA.

Martín-Zurro, A.; Cano-Pérez, J. y Gené-Badia, J. (2014). Docencia en Atención Primaria y Medicina de Familia. En A. Martín Zurro, J. Cano Pérez y J. Gené-Badia, *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia* (p. 464). Barcelona: Elsevier.

Matzumura, J. (Abril/Junio de 2018). Simulación clínica y quirúrgica en la educación médica: aplicación en obstetricia y ginecología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 64(2). doi:10.31403/rpgo.v64i2084

Miles, M. y Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis*. California, Sage: Thousand Oaks.

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (08 de Febrero de 1994). Ley 115. Recuperado de Ley General de Educación: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

____. (2006). *Estándares Básicos de Competencias en Lenguaje, Matemáticas, Ciencias y Ciudadanas. Guía sobre lo que los estudiantes deben saber y saber hacer con lo que aprenden.* Colombia: Imprenta Nacional de Colombia.

Ministerio de Salud de Colombia. (7 de Julio de 2018). Atención Primaria en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (Noviembre de 2016). Dirección de prestación de servicios y atención primaria: Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf

____. (Octubre de 2007). Ley 1164. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

____. (Enero de 2011). Ley 1438. Recuperado de Reforma de Sistema de Seguridad Social en Salud: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

____. (2015). Ley Estatutaria de Salud. R de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

____. (17 de febrero de 2016). Resolución 429 de 2016, Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Minsalud. (2016). *Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente.* Bogotá: Minsalud.

Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* 9 (1), pp. 93-101.

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. (2016). *Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos*. Bogotá: Universidad El Bosque.

OPS. OMS. (2008). La Renovación de la APS en las Américas No. 2. La Formación en Medicina Orientada Hacia la Atención Primaria de Salud. Washington D.C.

OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf

____. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, (p. 1). Alma Ata.

____. (1979). A network of community-oriented educational institutions for health sciences. Report of the inaugural meeting. Documento HMD/79.4, Kingston, Jamaica.

____. (Noviembre de 1986). Carta de Otawa para la promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial para la Salud. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

____. (1987). La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de Informes Técnicos 746, Ginebra.

____. (1998). Promoción de la salud: glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.

pdf;jsessionid=A157801DBE4F9D7EEBD6E921711274F4?sequence=1

____. (2007). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html

____. (2008). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/summary/es/

____. (Abril de 2017). OMS. 10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS). (Marzo de 2017). Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf

____. (2008). La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 2, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

____. (20 de Julio de 2018). Atención primaria en salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es

Ortí, A. (1995). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado, M y Gutiérrez, J. (coordinadores). *En Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 85-94). Madrid: Síntesis Psicología.

Pastrana, T.; De Lima, L.; Went, R.; Eisenchlas, J.; Monti, C.; Rocanfort, J. y Centeno, C. (2012). *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica.* Houston: Internacional Association for hospice and palliative care.

Pedraza Muriel, V. (2004). Investigación en atención primaria de salud: Premisas básicas. *Aten Primaria*, 34(6), pp. 318-322.

Pfarrwaller, E.; Sommer, J.; Chung, C.; Maisonneuve, H.; Nendaz, M.; Junod-Perron, N. y Haller. D.M. (2015). Impact of interventions to increase the proportion of medical students choosing a Prima-

ry Care Career: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 30(9), 1349-1358.

Piñeros Corpas, J. (1988). *El Cirujano Internista: una respuesta al futuro. Consideraciones alrededor de la Pobreza Crítica y de la Medicina Social.* Bogotá D.E.: Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N. Corpas.

Pupo Ávila, N. H. (2017). La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 33(2).

Reeve, C.; Woolley, T.; Ross, S. J.; Mohammadi, L.; Halili, S.B.; Cristobal, F.; Siega-Sur, J.L. y Neusy, A. J. (2016). The impact of socially-accountable health professional educaction: A systematic review of the literature. *Medical Teacher,* 39(1), 67-73.

Reta de Rosas, A.; López, M.; Montbrun, M.; Ortíz, A. y Vargas, A. (2006). Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). *Educación Médica,* 9(2), pp. 75-83.

Rivera, F. P. (2018). Enseñanza de la atención del parto vaginal utilizando simuladores. *ARS* Médica 43(2), pp. 57-63. doi:http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v43i2.1282

Rivero Canto, O.; Marty, L.; Morales, M.; Salgado, A. y Acosta, N. (2010). Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *MediCiego 16*(2).

Rodríguez, M. (2011). *La Medicina Familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad del Bosque*. Bogotá: Kimpres Ltda.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa.* Bilbao: Deusto.

Siles González, J. y Solano Ruíz, M. (2012). Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Escola de Enfermagem da USP*. Online, 46(4), 1017.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2013). *Historia de los Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice*. Madrid, España.

Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research.* California: Newbury Park.

Trujillo Henao, F. (6 de Julio de 2011). Enfoque de competencias en la Educación: del conocimiento al uso y apropiación. Recupera-

do de Centro Virtual de Noticias de la Educación (Ministerio de Educación Nacional).

Varela-Ruíz, C. E.; Reyes-Morales, H.; Albavera-Hernández, C.; Díaz-López, H.; Gómez-Dantés, H. y García-Peña, C. (2016). La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gaceta Médica de México*, pp. 135-140.

World Bank. World Inequality Database. (2018). World Inequality Report. World Inequality Lab.

Yepes Delgado, C. (2005). La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. *Iatreia*, 18(2).

1.1.3. Estrategias de formación en atención primaria en salud para estudiantes de medicina

Jenny Paola Salamanca Preciado[1]
José Israel Guzmán Cortés[2]

Resumen

La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia destinada a mejorar el grado de salud de las poblaciones, adoptando una visión holística de la salud. Esta visión va más allá del modelo biológico, el cual solo reconoce las causas básicas de la enfermedad, desconociendo el estado biológico y social de las personas. En Colombia, según la Ley 1438/2011, la APS es la estrategia clave de coordinación intersectorial que permite una atención integral e integrada con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar de la población. No obstante, se evidencia en los procesos de formación médica, la desarticulación entre la teoría y la práctica, que está determinada por algunas problemáticas identificadas sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje. Yepes (2005) plantea que existe una equiparación errada de APS con medicina exclusiva de prevención y promoción, contribuyendo al estigma de "medicina pobre para pobres" en el colectivo médico. Por otro lado, Pedraza (2004) evidencia que existe un claro déficit educativo en la formación médica de pregrado, predominando los elementos

1 Docente de Medicina Comunitaria. Médico y cirujano general, maestrante en Educación para la Salud. Grupo de Investigación Cibeles, Escuela de Educación y Ciencias Sociales, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

2 Médico y cirujano general, maestrante en Educación Para la Salud; Grupo de Investigación Cibeles, Escuela de Educación y Ciencias Sociales, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

asistenciales sobre los contenidos científicos; esto sumado a la falta de formación del profesorado en APS, ha llevado a que el desarrollo científico de la APS no sea apreciado en la academia.
Palabras clave: Atención Primaria en Salud; estrategias pedagógicas; percepciones de estudiantes y docentes.

Introducción

La Atención Primaria en Salud (APS) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la declaración de Alma Ata en 1978 como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integral tanto del sistema de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Desde ese momento, la APS se estableció como un conjunto de valores, principios y enfoques destinados a mejorar el grado de salud de las poblaciones desfavorecidas, ofreciendo una manera de mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud y la eficiencia en la manera en que se usan los recursos (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En Colombia, la estrategia no ha pasado desapercibida. Para el Ministerio de Salud y Protección social, según la Ley 1438 de 2011, la APS:

> Es una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la

> salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (2011, p. 7).

Como se puede apreciar, los esfuerzos de la OMS y de los países miembros de esta organización han buscado desde hace más de tres décadas ofrecer lineamientos claros para que los sistemas de salud del mundo sean eficientes. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud, incluso en los países desarrollados, no han alcanzado los objetivos planteados en Alma Ata.

Objetivo general

Establecer las percepciones sobre APS de estudiantes y docentes de medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas para determinar cuál ha de ser la estrategia pedagógica para la enseñanza de APS en estudiantes de medicina de la Corpas que les permita adquirir las habilidades necesarias para su futuro ejercicio profesional.

Contexto del Problema

A través de los años, la OMS ha descrito una serie de problemáticas que pueden explicar por qué no se han alcanzado las metas planteadas en 1978. Esta organización reconoce que, aunque se han realizado notables progresos para mejorar la salud, luchar contra la enfermedad y alargar la vida, las personas no están satisfechas con los sistemas de salud que existen alrededor del mundo; una de las problemáticas identificadas hace referencia al costo de la atención sanitaria, pues alrededor de 100 millones de personas caen en la pobreza cada año, al no poder costear ni acceder a los servicios de atención en salud (Organización Mundial de la Salud, 2008).

Una de las problemáticas más álgidas a nivel mundial y nacional es la inequidad social existente; está ampliamente demostrado que

los factores sociales como la educación, la situación laboral, el nivel de ingresos, entre otros, tienen una clara influencia en la salud de las personas y las comunidades. Las inequidades sanitarias son diferencias sistemáticas observadas en el estado de salud de los distintos grupos de población; y estas inequidades tienen un importante costo social y económico (Organización Mundial de la Salud, 2017).

En el informe sobre la desigualdad global del Banco Mundial, se muestra que ésta se ha incrementado en prácticamente todas las regiones del mundo; los datos disponibles para los países de América Latina indican que la desigualdad socio-económica en la región es mucho mayor que los niveles vistos en países europeos o asiáticos. De acuerdo a este informe, Colombia es el segundo país más desigual de América Latina y el séptimo a nivel mundial, pues el 40% de la población más pobre gana hasta cuatro veces menos que el 10% de la población más rica; tanto así que en este mismo informe se hace referencia a cómo los índices de desigualdad en Colombia se han mantenido obstinadamente altos comparado con otros países de la región (World Bank. World Inequality Database, 2018).

Otro problema que ha hecho que los sistemas de salud y los programas de desarrollo de la salud se hayan convertido en "un mosaico de componentes dispares" (Organización Mundial de la Salud, 2008), es la excesiva especialización de los países ricos y su focalización en la enfermedad, lo que significa que una gran proporción de los recursos se destina a los servicios curativos, pasando por alto las actividades de prevención y promoción de la salud, que podrían reducir hasta en un 70% la carga de morbilidad a nivel mundial.

De acuerdo a esto, se puede interpretar que es necesario enfocar la formación de profesionales del área de la salud hacia la APS, estrategia que, desde su concepción, plantea soluciones claras a esta problemática.

Así pues, la APS debería ser un componente claro de la formación de profesionales de la salud alrededor del mundo; sin embargo, muchos de los programas de pregrado en el área de la salud continúan perpetuando esta noción problemática al enfocarse en tres puntos básicos: el individuo, su enfermedad y la atención cada vez más especializada en ámbitos principalmente intrahospitalarios (Martín-Zurro, Cano-Pérez y Gené-Badia, 2014).

Teniendo en cuenta los lineamientos ofrecidos por organismos multilaterales en salud desde Alma Ata e incluso previos a esta, es contradictorio que se continúe la formación profesional sanitaria mayoritariamente bajo el modelo biomédico; esta contradicción debe resolverse mediante reformas profundas de los planes de estudio de las facultades y escuelas de Medicina, para que contemplen la incorporación de la APS como un elemento que ha de impregnar los objetivos y el contenido del currículo formativo (Pupo Ávila, 2017).

Colombia, siguiendo las recomendaciones a nivel mundial, creó en el año 2016, a través de sus ministerios de Salud y Educación, la Comisión para la transformación de la educación médica; esta Comisión generó un documento de recomendaciones en el que establece que:

> A partir de la nueva definición del sistema de salud y los mandatos sobre integralidad planteados por la Ley Estatutaria de Salud, el Congreso de la República aprobó el artículo 65 de la Ley del Plan de Desarrollo, en la cual pide al gobierno nacional formular una Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual fue expedida mediante la Resolución 429 de 2016. Este modelo busca transformar los servicios a través de una atención centrada en el paciente, lo cual implica migrar de un esquema centrado en el hospital hacia uno centrado en la atención primaria, buscando que más del 80% de la capacidad resolutiva se logre por parte del médico general (Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia, 2017, p. 5).

En el análisis del contexto que realizó la Comisión, está descrito que, en la actualidad, los médicos generales entran al mercado laboral con limitaciones en su desempeño, con falta de seguridad frente al manejo de los pacientes, con conocimientos precarios en temas de salud pública y con marcadas dificultades para la comunicación y para el trabajo en equipo. En resumen, los médicos recién egresados culminan su carrera con francas carencias en este tipo de competencias que son claves para la APS.

Delimitación del Problema - Problemáticas específicas frente a la enseñanza en aps

Dado que la APS, liderada por médicos generales, es considerada a nivel mundial como el eje central del sistema de salud, los participantes en la misma deben contar con las herramientas y conocimiento necesario para realizar adecuadas prácticas médicas (Organización Mundial de la Salud, 2008). Sin embargo, así se hayan enseñado en el pregrado en mayor o menor medida al estudiante los conceptos de APS, al momento de salir a su práctica médica no los realiza, agravando el problema del sistema de salud. Dado lo anterior, nace la importancia de encontrar las estrategias de formación, buscando que ese futuro médico, al momento de iniciar su práctica profesional, cuente con esas herramientas para dar una mejor atención en salud.

Otra problemática descrita, que es de gran importancia aclarar, es que la APS ha sido erradamente equiparada por muchos con el primer nivel de atención o al primer nivel de complejidad dentro de un sistema de salud, a lo que se une el hecho de que otros la confunden con atención prioritaria o de sólo prevención y promoción, tanto así que en el colectivo médico muchos la asumen como medicina pobre para pobres (Yepes Delgado, 2005):

> ¿Cómo generar el desarrollo de actitudes en los estudiantes? Para ello se deben crear expectativas y desde ellas motivarlos para ganar su atención y facilitar así la comprensión y la participación. Si participan realmente en su proceso formativo, indefectiblemente querrán aprender. Un estudiante con ganas de aprender pone a prueba la estructura de los procedimientos que permiten desarrollar los procesos de pensamiento y en ellos los contenidos pertinentes para la solución de problemas. Una vez puesto en marcha el proceso es fundamental sistematizar la experiencia para lograr que la Facultad de Medicina sea una institución que aprenda. Para ello se debe involucrar más a los estudiantes en la investigación. Cuando el docente es pedagogo en todo el sentido de la palabra, apoya la docencia con el producto de dichas investigaciones, les da pertinencia, define en las diferentes áreas los campos de práctica; con ello reconoce el valor de la extensión según la premisa de Martí,

> en el sentido de que "solo el que hace, sabe" (Yepes Delgado, 2005, p. 230).

Por otro lado, Pedraza (2004) evidencia que existe un claro déficit educativo en la formación médica de pregrado, dado que predominan los elementos asistenciales sobre los contenidos científicos, pues no existe un área de conocimiento oficialmente reconocida en el ámbito académico; esto, sumado a la falta de formación del profesorado en APS, ha llevado a que el desarrollo científico de la APS no sea apreciado en la academia:

> La presencia de contenidos de atención primaria de salud en el currículo de medicina constituye una condición necesaria pero no suficiente para asegurar, primero, una formación pre-graduada de calidad y promover, en segundo lugar, el desarrollo de la investigación en ella. El déficit de profesorado es, alarmante; no disponemos, en efecto, en atención primaria de salud de profesores de cuerpos docentes universitarios superiores (catedráticos y/o profesores titulares de universidad) y, en la mayoría de las universidades, el número medio de profesores de otros niveles (ayudantes, ayudantes doctores, asociados, contratados doctores) es de uno por facultad (Pedraza, 2014, p. 319).

Como se mencionó previamente, la educación médica se ha basado tradicionalmente en el modelo biomédico de "diagnosticar y tratar", de ceñirse casi exclusivamente a investigar la causa de la enfermedad y ofrecer tratamiento curativo de acuerdo a esa enfermedad, lo cual resulta útil, por ejemplo, en una cirugía de emergencia. Sin embargo, este modelo ha traído consigo una serie de consecuencias que han afectado varios aspectos propios del quehacer del profesional en medicina, como la distorsión de la relación médico-paciente al centrarse sólo en la enfermedad y no en el paciente como ser humano integral; igualmente sucede con la incapacidad para formar al profesional para la atención de enfermedades crónicas y discapacidades, con toda la complejidad médica y social que ellas implican, la falta de atención a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, componen-

tes que, como vimos, son esenciales dentro de la Atención Primaria en Salud (Reta de Rosas, López, Montbrun, Ortíz y Vargas, 2006).

Siguiendo con la descripción de los diversos problemas identificados en la literatura que expliquen las dificultades de aplicación de la estrategia de aps en el mundo, la Organización Panamericana de la Salud (ops), en el documento de formación médica orientada hacia la aps, menciona que, adicional a las dificultades propias de la formación académica, existe una falta de compromiso social de muchas instituciones educativas en la formación de médicos, lo que se traduce en escasos conocimientos y habilidades por parte de los profesionales para el manejo de la aps en la realidad de países como Colombia. Esto quedó evidenciado en un sondeo realizado en América Latina, en el que se concluyó que en las universidades existe un débil componente de evaluación de competencias específicas de la estrategia aps, debido a que los aspectos analizados se enfocan usualmente en evaluar de manera exclusiva los componentes clínicos, descuidando los componentes sociales y económicos (ops, 2008; oms, 2008).

En 2013, se realizó un estudio acerca de los conocimientos y percepciones en atención primaria en salud de estudiantes de medicina de décimo semestre en dos universidades de Bogotá, Colombia. Allí, las autoras concluyen que el 49% de los estudiantes incluidos en esta investigación expresaron tener insuficientes conocimientos o información sobre aps, y cerca del 22% expresaron la ausencia total de conocimientos sobre la estrategia, por lo que se determinó que existe una relación entre la escasez de conocimiento y una posible falta de profundización en algunas temáticas enfocadas en aps en los planes de estudio de las universidades, sin llegar a afirmar que estos contenidos no sean abordados en la formación académica del estudiante. En el mismo documento, se lee:

> El perfil del médico en formación no debe enfocarse únicamente hacia una orientación biologicista, o asistencial con conocimientos y habilidades en el campo clínico, pues es fundamental fortalecer la educación médica desde la perspectiva de una formación integral cuyos conocimientos, destrezas y actitudes en su ejercicio profesional, respondan a criterios de atención basados en un modelo como lo es el de la Atención Primaria, cuya mirada holística acerca del

proceso salud-enfermedad, permita influir en el bienestar del individuo, familia y comunidad con la mayor calidad posible, participando activamente en el mantenimiento y recuperación de la salud (Manzano y Novoa Cely, 2013).

Estrategias existentes sobre los procesos de enseñanza-aprendizaje en aps

Con las diversas problemáticas identificadas que se han mencionado anteriormente, es pertinente detallar de igual manera experiencias existentes alrededor del mundo que describan cómo se ha integrado la APS en los programas de educación sanitaria.

En la revisión bibliográfica, se identifican diferentes estrategias de enseñanza y aprendizaje en la educación médica que buscan adecuar la formación de profesionales del área de la salud a las necesidades de la comunidad. Dentro de las estas, se destacan la Educación Médica Orientada a la Comunidad (EMOC), la Educación Basada (o Centrada) en la Comunidad (EBC ó ECC) y la Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de la Salud, y el uso de métodos de enseñanza como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP).

Varias facultades del área de la salud en el mundo usan actualmente rotaciones prácticas dentro de la comunidad, para que los estudiantes tengan un aprendizaje holístico, que refuerce el aprendizaje teórico. La EMOC y la EBC son modelos de enseñanza que existen dentro de los programas de pregrado y posgrado como un componente transversal. Si bien ambas estrategias tienen el mismo objetivo educacional, la EMOC provee el marco teórico necesario para comprender la importancia de trabajar con la comunidad; en ella, los programas están orientados al estudio de los problemas prevalentes de la comunidad, lo que significa que, en algunos casos, los alumnos permanecen en las aulas de la universidad; en cambio, la EBC brinda experiencias de aprendizaje en el contexto de la comunidad, aquí el equipo de salud no interviene sobre la comunidad en forma externa, sino que forma parte de la misma (Reeve *et al.*, 2016, p. 67).

La EMOC pretende formar profesionales con las capacidades necesarias para manejar de manera efectiva los problemas de salud a

nivel primario, secundario y terciario (Organización Mundial de la Salud, 1979). Esta estrategia debe estar integrada con el propósito institucional de las Escuelas de Medicina, para que de esta manera la EMOC esté presente en todo el currículo a través de la carrera; sin embargo, la formación de los estudiantes no se hace dentro de una misma comunidad, por lo que no genera un compromiso a largo plazo con la comunidad con la que se trabaja.

La EBC, en cambio, es una propuesta pedagógica en la que los estudiantes, desde los primeros semestres de la carrera, son confrontados con las diversas problemáticas que afectan la salud de las comunidades con las que asumirán un compromiso y con quienes trabajarán en el futuro, incluso por fuera de la formación en pregrado. Las mayores ventajas de esta propuesta incluyen el hecho de disminuir la inequidad en salud, el devolver a las comunidades el recurso humano con el perfil necesario para atender sus necesidades y la formación de profesionales con las características necesarias para el trabajo en comunidad bajo el modelo de APS, como lo son el liderazgo, la habilidad de trabajar en equipos multidisciplinarios, la capacidad de interacción, comunicación y educación de la comunidad, entre otros (Kelly, Walters y Rosenthal, 2014).

Un programa basado en esta propuesta, también conocida como Educación Centrada en la Comunidad, se realiza dentro de la propia comunidad (urbana o rural) o, como mínimo, dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud en niveles primarios o secundarios de atención. Allí se le asigna a cada estudiante una o varias familias para el cuidado de su salud durante un período de tiempo determinado, idealmente a lo largo de la carrera; una vez asignada la comunidad, será labor del estudiante conocer la realidad social, económica, ambiental y demás de su comunidad y, de esta manera, hacer un diagnóstico inicial de las necesidades de dichas familias antes de plantear posibles intervenciones como respuesta a esas necesidades identificadas.

Idealmente, de manera paralela, el estudiante trabaja con estudiantes de otras disciplinas para que, como equipo de trabajo, tengan un campo de acción mucho más amplio (Organización Mundial de la Salud, 1987).

El Aprendizaje Basado en Problemas (ABP) es un sistema de enseñanza-aprendizaje desarrollado por las universidades de McMaster en Canadá (con la técnica del "salto triple") y de Maastrich en Holanda (con su modelo de "siete pasos"). Este sistema se originó ante la necesidad de formar médicos integrales y resolutivos. La adecuada implementación de este sistema le permite al estudiante aprender en contexto, fortalecer el trabajo en equipo, integrar de manera fluida su aprendizaje entre las ciencias básicas y la clínica, ejercer razonamiento clínico y, comparado con los métodos tradicionales como las charlas magistrales, genera en él una mayor motivación (Dueñas, 2001, p.194).

El proceso sugerido por la Universidad de Maastrich (Dohlmans, Snellen-Balendong y VanDerVleuten, 1997), comprende siete pasos:

1. Clarificación de conceptos.
2. Definición del problema.
3. Lluvia de ideas, planteamiento de hipótesis.
4. Análisis del problema, sistematización o clasificación de conceptos. Dibujo de diagramas con relaciones y jerarquías.
5. Definición de los objetivos de aprendizaje, a través de construcción grupal de preguntas a resolver.
6. Estudio independiente, "autoestudio".
7. Reporte final, con discusión del problema a partir de los objetivos planteados.

La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de la Salud es una iniciativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como respuesta a los problemas identificados en la formación de recurso humano en salud. En la serie de documentos "la renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 2", la OPS elabora el perfil del médico orientado hacia la APS:

> Que el egresado sea un médico general, en condiciones de prestar atención médica integral al ser humano, en su entorno familiar y social, mediante acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con un enfoque bio-psico social ambientalista, con la Atención Primaria de Salud como estrategia y eje

> transversal de su formación (Organización Panamericana de la Salud, 2008, p.43).

De igual manera, este informe lista lo que para la OPS son las competencias generales básicas del médico orientado hacia la APS, que incluyen: la capacidad de adecuar su práctica profesional al sistema de salud y al contexto de su comunidad, el establecer relaciones respetuosas y de confianza para comunicarse con la comunidad y con su equipo, la comprensión de los ciclos vitales y sus características, la habilidad para trabajar en equipo con liderazgo asertivo, y la motivación personal y profesional para mantenerse constantemente actualizado académicamente.

Buscando analizar otro tipo de metodologías, de enseñanza usadas en los programas de educación en salud, descritas en la literatura, se encuentran métodos como el examen clínico objetivo estructurado, la simulación computarizada, el aprendizaje basado en la web, entre otros.

El examen clínico objetivo estructurado, descrito como sistema de evaluación y metodología a la vez, le permite al estudiante aprender lo que necesita y no sólo lo que le será evaluado. Consiste en un circuito de estaciones con preguntas específicas y es evaluado por pautas. En él se pueden evaluar situaciones clínicas que se realizan con pacientes estandarizados, interpretaciones de imágenes diagnósticas, preguntas abiertas o de selección múltiple, además se incluye desde grabaciones de video, imágenes, fotografías, hasta radiografías, exámenes de laboratorios y otros elementos; este tipo de evaluación permite valorar el rendimiento académico y evalúa simultáneamente las áreas cognoscitivas con las habilidades clínicas e interpersonales (Barrios, Masalán y Paz, 2011).

En el caso de la simulación computarizada, se aclara inicialmente que, debido a la variabilidad en las experiencias clínicas de los docentes y de los estudiantes dependiendo de sus rotaciones previas, se deben proporcionar experiencias clínicas que sean equivalentes para todos los estudiantes. Esta técnica es usada para la enseñanza de destrezas psicomotoras y el desarrollo del pensamiento crítico en el estudiante. Estas simulaciones le permiten al estudiante el acceso fijo

a una variedad de escenarios clínicos, practicar fácilmente y ofrecen una retroalimentación efectiva (Barrios, Masalan y Paz, 2011).

El aprendizaje basado en la Web permite abordar un factor importante que ha cambiado la relación médico-paciente: la igualdad de acceso a la literatura médica. No es difícil encontrar pacientes que desafían el "por qué se prefiere el tratamiento sugerido A, al tratamiento B encontrado en Internet". La enseñanza basada en la Web tiene un doble propósito, proporcionar un expediente comprensivo y longitudinal de las experiencias educativas, y ser, además, una herramienta con gran alcance por el pensamiento crítico que anima y promueve (Barrios, Masalan y Paz, 2011).

Estos métodos promueven un nivel más alto del proceso de síntesis, análisis y toma de decisiones. Si bien estas metodologías de enseñanza en salud son novedosas y pueden ser estimulantes para los estudiantes, el enfoque comunitario y de atención primaria es mínimo.

Existen a nivel mundial diferentes intervenciones enfocadas en atención primaria de salud dirigidas a estudiantes de medicina de pregrado y posgrado. Dentro de estas intervenciones, se destacan los Programas Longitudinales, que son cursos añadidos al currículo inicial y que suelen incluir rotaciones clínicas. La mayoría de estos programas se ofrecen de manera voluntaria, o por selección específica de acuerdo a la especialización escogida por el estudiante. También se encuentran los programas electivos, que oscilan entre 3 días y 8 semanas, y no hacen parte fundamental del entrenamiento del estudiante. Se describen además pequeñas intervenciones en forma de grupos de interés, en las que los grupos son liderados por los mismos alumnos (semilleros) y ofrecen un rango de actividades para estudiantes interesados en medicina comunitaria o atención primaria.

Otros programas incluyen una clínica gratuita liderada por alumnos, en la que el estudiante se entrena brevemente en clínicas que ofrecen servicios básicos para la comunidad, así como un entrenamiento específico en investigación de atención primaria con un año de formación académica dedicado 100% a investigación (Pfarrwaller *et al.* 2015).

Por último, son varias las instituciones que ofrecen al estudiante programas de residencia integrados, en los que se combinan algunos

de los requisitos de último año de pregrado de medicina (internado) con el primer año de residencia de programas de Medicina Familiar y Comunitaria.

Después de describir la importancia de las políticas de APS, es evidente que la formación de los profesionales del área de la salud debe estar orientada hacia la misma; como se describió previamente, existe un consenso a nivel mundial sobre la importancia que tiene el modificar y adaptar los currículos en las escuelas de medicina para contar con profesionales altamente resolutivos, con la sensibilidad y responsabilidad social y ética necesaria para dar respuesta a las necesidades en salud de la población.

A pesar de esto, existe una gran variedad de conceptos y estrategias frente a la enseñanza de atención primaria de salud; si bien los objetivos y la importancia que tiene la formación de profesionales del área de la salud con ese perfil ideal es clara, y en la mayoría de las revisiones y estudios descriptivos encontrados son la razón principal de la investigación. Considero pertinente la implementación, descripción y evaluación sistemática de algunas de las estrategias mencionadas siguiendo el rigor del método científico para crear, más allá de experiencias exitosas o fallidas, una serie de requisitos y lineamientos claros que nos permitan, como institución educativa, cumplir con el llamado a nivel internacional de formar profesionales capaces de modificar las problemáticas sanitarias actuales de la mayoría de la población vulnerable del país y del mundo.

Debido a que la problemática planteada hace referencia a la vida de varios actores, a sus historias y comportamientos, así como al funcionamiento organizacional y las relaciones interacciónales de las personas, considero oportuno describir algunas de las características de la investigación cualitativa.

Los tres componentes principales de la investigación cualitativa son, siguiendo a Strauss y Corbin (1990): los datos; los diferentes procedimientos analíticos e interpretativos de esos datos para arribar a resultados o teorías; y, por último, los informes escritos o verbales.

Los datos pueden provenir de fuentes diferentes, tales como entrevistas, observaciones, documentos, registros y películas. Estos datos deben guardar relación con la pregunta de investigación, han de ser recolectados intencionalmente y, cuando corresponda, ser reco-

gidos en situaciones naturales. Deben enfatizar la experiencia de las personas y el significado que ellos le otorguen en sus vidas a sucesos, a procesos y estructuras (Miles y Huberman, 1994).

Dentro de los procedimientos que los investigadores usarán para interpretar y organizar los datos, se encuentran: conceptualizar y reducir los datos; categorizar en términos de sus propiedades y dimensiones; y relacionarlos por medio de una serie de oraciones proposicionales. Es importante recalcar que el hecho de conceptuar, reducir, elaborar y relacionar los datos recibe el término de codificar. Los informes, escritos y verbales, se pueden presentar, por ejemplo, como artículos de revistas científicas, congresos o libros.

Por lo anterior, se considera que el método cualitativo permitirá explorar las características propias del área pertinente a esta investigación, en la que, sin estar limitados por lo poco o mucho que se haya descrito al respecto, se nos brinda la posibilidad de obtener un conocimiento nuevo.

Metodológicamente se usarán preguntas de naturaleza más práctica que brinden orientación para el desarrollo estructural de la teoría a formular y, por supuesto, preguntas guía que darán las pautas necesarias para el análisis de los datos obtenidos.

Debido a que el actual proyecto de investigación se encuentra en sus fases iniciales, aquí se esboza a grandes rasgos lo que los autores pretenden realizar a corto, mediano y largo plazo para lograr el objetivo aquí planteado; sin embargo, es claro que, a medida que se vaya avanzando en el desarrollo metodológico, se hará necesario llevar a cabo procesos de autoevaluación constante para asegurar que la información obtenida, el análisis de la misma y los nuevos planteamientos originados cumplan los criterios académicos e investigativos para un proyecto como este.

Conclusiones

La atención primaria en salud es una política global, en la que se busca el mejoramiento de los estándares de la calidad de la atención en salud de la población; sin embargo, para poder realizar esto, se deben preparar los sistemas de salud, incluyendo los profesionales en

dicha política, sus herramientas, funciones y actitudes. Todo ello para la mejora de la atención bajo este modelo. Como parte fundamental del cumplimiento de los objetivos propios de esta estrategia, la formación de profesionales de medicina en este campo ha sido uno de los aspectos en los que menos se ha profundizado a nivel local y nacional, especialmente en torno a los procesos de enseñanza-aprendizaje. Por tal motivo, a largo plazo esta investigación pretende formular una estrategia pedagógica y didáctica para la enseñanza de la APS, más específicamente en estudiantes de la Escuela de Medicina de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas en Bogotá, Colombia.

Bibliografía

Arce Tovar, D. (2017). *Análisis crítico de la reforma del sistema educativo Colombiano. 1990-2014.* Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Barrios, S.; Masalán, M. P. y Paz, M. (2011). Educación en Salud: En las búsquedas de metodologías innovadoras. Ciencia y Enfermería, 17(1), pp. 57-69.

Casado Vicente, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. amf. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192

Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. (2017). Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia.

Concepto.de., E. d. (diciembre de 2017). Concepto de Salud (según la OMS). Obtenido de https://concepto.de/salud-segun-la-oms/

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar-CIMF. (2005). II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar WONCA-CIMF Santiago de Chile, Octubre 2005. Recuperado de http://semf.ec/wp-content/uploads/2018/06/CIMFcartaSantiago.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia.

Departamento de Medicina Familiar Universidad del Valle. (Julio de 2018). Programa medicina familiar. Recuperado de http://medicinafamiliar.univalle.edu.co/definicion.html

Dohlmans, Snellen-Balendong y VanDerVleuten. (1997). Seven principles of effective case design for a problem-based curriculum. *Medical Teacher, 19*(3), pp. 185-189.

Dueñas, V. (2001). El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. *Colombia Médica 32*(4), 189-196.

Fajardo Alcántara, A. (3 de octubre de 2007). *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en la Atención Primaria en la década de 1980* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.

Herrera, M. C. (2005). La perspectiva social y cultural: hacia un marco comprehensivo de la investigación en educación. En M. P. Serge, *Sujeto, cultura y dinámica social* (pp. 209-230). Bogotá, Colombia: Ediciones Antropos.

Kelly, L.; Walters, L. y Rosenthal., D. (2014). Community-based medical education: Is success a result of meaningful personal learning experiences? *Educ Health* (27), pp. 47-50.

Manzano, M. y Novoa Cely, A. (2013). *Conocimientos y percepciones de estudiantes de décimo semestre, en atención primaria de salud: Una mirada general en dos universidades de Bogotá* (Tesis de Maestría en Administración de Salud). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Bogotá.

Martín-Zurro, A.; Cano-Pérez, J. y Gené-Badia, J. (2014). Docencia en Atención Primaria y Medicina de Familia. En A. Martín Zurro, J. Cano Pérez y J. Gené-Badia, *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia* (p. 464). Barcelona: Elsevier.

Miles, M. y Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis*. California, Sage: Thousand Oaks.

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (08 de Febrero de 1994). Ley 115. Recuperado de Ley General de Educación: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Ministerio de Salud de Colombia. (7 de Julio de 2018). Atención Primaria en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (Noviembre de 2016). Dirección de prestación de servicios y atención primaria: Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf

____. (Octubre de 2007). Ley 1164. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

____. (Enero de 2011). Ley 1438. Recuperado de Reforma de Sistema de Seguridad Social en Salud: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

____. (2015). Ley Estatutaria de Salud. R de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

____. (17 de febrero de 2016). Resolución 429 de 2016, Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* 9 (1), pp. 93-101.

OPS. OMS. (2008). La Renovación de la APS en las Américas No. 2. La Formación en Medicina Orientada Hacia la Atención Primaria de Salud. Washington D.C.

OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf

____. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, (p. 1). Alma Ata.

____. (1979). A network of community-oriented educational institutions for health sciences. Report of the inaugural meeting. Documento HMD/79.4, Kingston, Jamaica.

____. (Noviembre de 1986). Carta de Otawa para la promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial para la Salud. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

____. (1987). La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de Informes Técnicos 746, Ginebra.

____. (1998). Promoción de la salud: glosario. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=A157801DBE4F9D7EEBD6E921711274F4?sequence=1

____. (2007). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html

____. (2008). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/summary/es/

____. (Abril de 2017). OMS. 10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 2, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

____. (20 de Julio de 2018). Atención primaria en salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es

Ortí, A. (1995). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En: Delgado, M y Gutiérrez, J. (coordinadores). *En Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (pp. 85-94). Madrid: Síntesis Psicología.

Pedraza Muriel, V. (2004). Investigación en atención primaria de salud: Premisas básicas. *Aten Primaria*, 34(6), pp. 318-322.

Pfarrwaller, E.; Sommer, J.; Chung, C.; Maisonneuve, H.; Nendaz, M.; Junod-Perron, N. y Haller. D.M. (2015). Impact of interventions to increase the proportion of medical students choosing a Prima-

ry Care Career: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 30(9), 1349-1358.

Piñeros Corpas, J. (1988). *El Cirujano Internista: una respuesta al futuro. Consideraciones alrededor de la Pobreza Crítica y de la Medicina Social.* Bogotá D.E.: Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N. Corpas.

Pupo Ávila, N. H. (2017). La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 33(2).

Reeve, C.; Woolley, T.; Ross, S. J.; Mohammadi, L.; Halili, S.B.; Cristobal, F.; Siega-Sur, J.L. y Neusy, A. J. (2016). The impact of socially-accountable health professional educaction: A systematic review of the literature. *Medical Teacher,* 39(1), 67-73.

Reta de Rosas, A.; López, M.; Montbrun, M.; Ortíz, A. y Vargas, A. (2006). Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). *Educación Médica,* 9(2), pp. 75-83.

Rivero Canto, O.; Marty, L.; Morales, M.; Salgado, A. y Acosta, N. (2010). Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *MediCiego 16*(2).

Rodríguez, M. (2011). *La Medicina Familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad del Bosque*. Bogotá: Kimpres Ltda.

Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research.* California: Newbury Park.

Varela-Ruíz, C. E.; Reyes-Morales, H.; Albavera-Hernández, C.; Díaz-López, H.; Gómez-Dantés, H. y García-Peña, C. (2016). La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gaceta Médica de México*, pp. 135-140.

World Bank. World Inequality Database. (2018). World Inequality Report. World Inequality Lab.

Yepes Delgado, C. (2005). La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. *Iatreia*, 18(2).

1.2. Obstetricia y ginecología
1.2.1. Evaluación de la simulación clínica del trabajo de parto como método de aprendizaje en el servicio de Ginecología y Obstetricia en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Diana Fernando Nieto Olaya[1]
Astrid Rojas Díaz[2]

Resumen

En los últimos años, el sistema educativo colombiano se ha transformado para mejorar su calidad. Para ello ha recurrido, entre otros, al concepto de competencia. Se trata de investigar cómo ubicar la simulación clínica como parte de la adquisición de competencias en el aprendizaje de la ginecología y la obstetricia por parte de los futuros profesionales de la salud.
Palabras clave: simulación clínica, ginecología y obstetricia, evaluación.

Introducción

El personal de salud, en la práctica diaria, se está enfrentado a diferentes situaciones que obligan a tener un conocimiento y unas habilidades específicas para la adecuada atención de los pacientes; el área de Ginecología y obstetricia no es la excepción. Estos conocimientos y habilidades específicas requieren de destrezas intelectuales, manuales y/o procedimentales con diferentes grados de complejidad.

1 Médico cirujano de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Estudiante de la Maestría en Educación para la Salud.
2 Médico cirujano de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Estudiante de la Maestría en Educación para la Salud.

Las instituciones educativas hacen enormes esfuerzos para garantizar su adquisición. Para ello, inicialmente, definen el perfil profesional de sus egresados y desarrollan un plan de estudios acorde con esa meta propuesta, buscan las estrategias y contenidos conducentes al logro de las mismas e implementan una serie muy variada de procesos y experiencias para alcanzar el desarrollo propuesto.

En los últimos años, el sistema de educación colombiano se ha transformado con el objeto de mejorar la calidad educativa en nuestro país. Es así como se diseñó un enfoque basado en el desarrollo de competencias, concepto que abarca múltiples dimensiones del saber y se entiende como el saber hacer en contexto, mejor aún, como el conjunto de conocimientos, actitudes, disposiciones y habilidades (cognitivas, socio afectivas, y comunicativas) relacionadas entre sí que facilitan el desempeño flexible y con sentido de una actividad en un contexto relativamente nuevo y retador (Trujillo Henao, 2011).

Como dice González Melero sobre la educación española "El paradigma educativo del Espacio Europeo de Educación Superior sitúa a las competencias profesionales en el eje central para el aprendizaje del alumno. Las competencias pretenden favorecer y dirigir la estrategia global de la formación de nuestros estudiantes, es decir, las competencias definen el proyecto curricular" (González, 2016, pp. 678-682).

Para ser competente en un ámbito determinado, se requiere del estudiante la capacidad de integrar conocimientos, habilidades, destrezas, actitudes y resultados de aprendizaje, de modo que esta integración, esta competencia, permita la resolución de problemas en diversas situaciones reales.

En el área de la salud, específicamente en ginecología y obstetricia, la adquisición de dichas habilidades y destrezas parece estar limitada por la disponibilidad de experiencias. Pero si bien es cierto que la práctica directa con el paciente nos brinda una experiencia única para la adquisición y refuerzo de nuestro conocimiento, estas experiencias son limitadas, variables, diferentes, y hacen imposible que de esta manera todos los estudiantes cuenten con las mismas oportunidades. Si bien algunas patologías y procedimientos son de aparición frecuente, la manera como se presentan varía en cada pa-

ciente y pueden ser significativamente diferentes haciendo que la experiencia de los estudiantes no sea uniforme.

Entonces, la simulación clínica surge como una respuesta a las necesidades crecientes de los estudiantes de salud para ofrecer una práctica controlada, realista, uniforme, repetitiva, segura, con mínimo riesgo y molestia para los pacientes, por lo que se han desarrollado crecientemente estrategias para la implementación de la misma en las diferentes instituciones de educación, así como en centros y escenarios dé práctica de Ginecología y Obstetricia.

Desde hace varios años se viene implementado el uso cada vez más frecuente de simuladores en diferentes áreas y especialmente en áreas de la salud, como medicina y enfermería. Estos simuladores permiten el aprendizaje de diferentes procedimientos y destrezas, y facilitan enormemente la preparación del personal en entrenamiento bajo ambientes simulados pero reales.

Si bien es cierto que la simulación es cada día más utilizada, los escenarios donde se realiza tienden a ser cada día mejores, los instrumentos y equipos gracias a la mayor demanda son cada vez más accesibles, y la preparación de los profesionales de las áreas de simulación es cada día mejor, no se conoce exactamente su impacto en la formación profesional de nuestros estudiantes, por lo que se requiere hacer una evaluación integral de la misma, en nuestro servicio y establecer una hoja de ruta para su desarrollo y optimización.

En un estudio realizado en Chile por Escudero *et al.,* se encontró una alta calidad en general en los centros de simulación clínica comparados con los estándares internacionales de la SSH (Society for Simulation in Healthcare). El 92,3% contaba con una misión clara del programa, el 53,8% con un director con horario exclusivo y la mayoría con la infraestructura necesaria. Fueron más frecuentes la simulación para habilidades y la alta fidelidad y poco frecuentes los pacientes estandarizados y la simulación virtual. El estudio también evidenció que no existía una clara implementación de estrategias de mejoramiento continuo en todos los centros y que no se estaban desarrollando sistemáticamente proyectos de investigación (Escudero, Fuentes y González, 2016, pp. 16-20).

Sin mayor certidumbre, podríamos decir que, en el área de Gineco-obstetricia, nuestro centro de simulación comparte muchos de

estos resultados; pero es una suposición, ya que no contamos actualmente con trabajos ni procesos verificables que nos permitan evaluar sistemáticamente nuestro quehacer; es necesario desarrollar un proceso de mejoramiento continuo del área que nos permita a futuro optimizar nuestros recursos y ofrecer la mejor experiencia posible para nuestros estudiantes.

Por esta razón, decidimos emprender un trabajo de investigación que nos permita aterrizar nuestra realidad en el área de simulación clínica en gineco-obstetricia, para compararla con estándares internacionales y, en especial, ajustarla a las necesidades de nuestros estudiantes. En este proceso llevamos algún tiempo, con algunas dificultades en relación a la definición especifica del objeto de estudio, a la delimitación del mismo, el camino a seguir, al tipo de investigación a realizar y la determinación real de su importancia en el ámbito universitario.

Para solventar estas dificultades, hemos comenzado revisando diferentes documentos relacionados con el tema y que nos ayudan a contextualizar el problema de investigación. De esta suerte, se propone como objetivo general de la indagación evaluar la simulación clínica en el trabajo de parto y el código rojo, como método de aprendizaje en el servicio de Ginecología y Obstetricia de estudiantes de 8vo. semestre de Medicina en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas; y, como objetivos específicos:

- Definir categorías conceptuales del procedimiento de trabajo de parto en la carrera de Medicina.
- Revisar el proceso de simulación clínica en el trabajo de parto y el código rojo como método de aprendizaje en el servicio de Ginecología y obstetricia en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Verificar la validez del procedimiento de simulación en el trabajo de parto, como método de aprendizaje en el servicio de Ginecología y obstetricia.

Historia de la simulación clínica

La utilización de los simuladores en los procesos de enseñanza data de 1929, cuando el ingeniero estadounidense Edwin A. Link, mediante un prototipo denominado Blue Box o Link Trainer, utilizó uno por

primera vez para la formación de pilotos, su uso se incrementó de forma notable en este ámbito durante la Segunda Guerra Mundial. Actualmente, el 40% del entrenamiento de pilotos se realiza mediante simuladores, teniendo siempre en cuenta la seguridad y la prevención de errores críticos.

Posteriormente, en 1963, un médico neurólogo de la Universidad del Sur de California, con el objetivo de enseñar a sus estudiantes, utilizó pacientes simulados, para lo cual contrató a actores para representar diferentes condiciones de los pacientes. La experiencia fue reportada al año siguiente, pero no fue aceptada por su elevado costo. Luego, Asmund Laerda desarrolló un modelo de reanimación cardiopulmonar al que denominaron Resusci Anne, un simulador de bajo costo, pero efectivo, para desarrollar habilidades y destrezas psicomotoras. La creación del simulador SimOne, desarrollado por Abrahamson y Denson a finales de los años 60 en la Universidad de Harvard, introdujo algunos aspectos humanos en el simulador, como los ruidos cardíacos y respiratorios. Posteriormente, la Universidad de Stanford y la Universidad de la Florida, iniciaron el desarrollo de simuladores denominados Park Task Tariners, muñecos-entrenadores por partes, destinados a la realización de procedimientos básicos, tales como cateterismo vesical, tacto rectal, venopunción, oftalmoscopia, cateterismo vesical y otros.

Hubo que esperar a 1968 para asistir a la aparición del primer simulador en gineco-obstetricia (enfocado a la realización del examen pélvico normal). Sin embargo, hasta la década de los 90, la simulación estaba presente ya en diferentes especialidades médicas, como anestesiología, cuidado crítico, cirugía, traumatología, pediatría, odontología y otras. Para el año 2000 los simuladores mejoraron su fidelidad y se hicieron más accesibles; en ese momento, la Medical Education Technologies Inc. lanzó su simulador para la atención de emergencia (un maniquí de mediana tecnología); para el año 2005 ya contábamos con simuladores pediátricos con computadoras personales, software e interfaz de monitor.

Con la llegada de la cirugía laparoscópica aparecieron nuevos simuladores, como la llamada Laptrainer, una caja de entrenamiento laparoscópico que permitía a los operadores, entre otras cosas, pelar la piel de una uva, lo que facilito la práctica de precisión. Con el de-

sarrollo tecnológico y la realidad virtual, aparecieron nuevos simuladores con estas tecnologías para el entrenamiento en colecistectomía laparoscópica (R REMIS); la limitación de estos últimos simuladores para la adquisición de estas habilidades está dada por una transferencia efectiva de solo el 25%.

Así, progresivamente, se han incorporado otros simuladores al entrenamiento quirúrgico en diferentes especialidades como oftalmología (Simedge), ortopedia (Prosolvia, para artroscopia de hombro), etc. Otras especialidades también han tenido desarrollos importantes; por ejemplo, la cardiología intervencionista gracias a la colaboración de la Medical Simulation Corporation y la American College of Cardiology.

Actualmente, la última generación de simuladores utiliza pacientes estandarizados. Se trata de los Haptic simulators, que manejan software de tercera y cuarta dimensión, incluyendo una sensación y percepción táctil, auditiva y visual que trata de mostrar un escenario real (Matzumura, 201, p. 64).

En relación al tema que nos ocupa, principalmente ginecología y obstetricia, se encuentran disponibles en el mercado una gran variedad de modelos de simulación clínica, y, en particular, para la atención del parto, específicamente dos: MammaNatalie ® y Noelle ®, con los que contamos en el centro de simulación.

Un estudio realizado por De Stephano *et al.* (2015) con estudiantes de medicina, comparó la utilidad de los dos simuladores y mostró que la simulación previa a la práctica clínica fue considerada "útil" por la mayoría de los estudiantes (52,1% de los que utilizo utilizó MammaNatalie® y 61,7% de los que utilizó Noelle®). Luego de los talleres de simulación, el grupo que empleó MammaNatalie® se sintió notablemente más confiado que el que ocupó a Noelle® en su capacidad de controlar la cabeza y la salida de abdomen y piernas del feto (Rivera, 2018, pp. 57-63).

Como dicen Simonelli y Gennaro (citados en Rivera, 2012), la simulación en emergencias obstétricas permite a los estudiantes tener más experiencia y confianza en atención de distocia de hombros, hemorragia posparto, parto instrumental, paro cardíaco materno, eclampsia, entre otras situaciones (Rivera, 2018, pp. 57-63).

Para la realización de esta evaluación, es necesario observar la situación actual de la simulación como medio de aprendizaje, así

como a los participantes de este proceso, a saber: los estudiantes, los docentes y la tecnología.

Por otra parte, el presente estudio pretende servirse de una metodología de investigación cualitativa. Ñaupas y otros definen investigación cualitativa como un modo de investigar que se adapta al sujeto o el problema de estudio y a los objetivos de la investigación. En este modelo, el investigador es el principal instrumento. Según Vasilachis (citado por Ñaupas, 2014, las características de la investigación cualitativa son: en primer lugar, estudiar una realidad social que depende de la perspectiva de los sujetos estudiados, según sus experiencias y conocimientos; en segundo lugar, ser interpretativa: mediante métodos de análisis, la información se obtiene por la interacción del investigador y los participantes y, por último, tratar de comprender lo complejo, el detalle de las cosas, construir y descubrir nuevos conceptos (Ñaupas *et al.,* 2014, pp. 353-402).

Los autores, además, indican que la investigación cualitativa produce documentos narrativos, después de la recolección de datos por medio de la observación, entrevistas e instrumentos diseñados por el mismo investigador; que sus variables son situacionales, por lo que se pueden estudiar casos específicos; que la investigación es subjetiva y está orientada al proceso que se decida estudiar; y el resultado es interpretativo, según el análisis de los datos hallados.

Según refieren Wimmer y Dominick (citados en Ñaupas, 2014) para el investigador no existe una única realidad, ya que los individuos son diferentes y tienen perspectivas distintas. El investigador se constituye en parte activa de la investigación; ésta se modifica según va progresando; y el investigador es el instrumento fundamental, ya que es quien produce la explicación final posterior a la recolección de los datos.

En el presente capítulo se articula la esencia del proyecto de investigación titulado *Evaluación de la simulación clínica en trabajo de parto y el punto rojo, como método de aprendizaje del mismo en el servicio de ginecología y obstetricia de estudiantes de 8vo. semestre de Medicina en la Clínica Juan N. Corpas durante 2017 y 2018*, con el enfoque epistemológico fenomenológico que enmarcará dicho estudio.

En esta investigación se afirma que la simulación clínica surge como una respuesta a las necesidades crecientes de los estudiantes

de salud de ofrecer una práctica controlada, realista, uniforme, repetitiva, segura, con mínimo riesgo y molestia para los pacientes, por lo que se han desarrollado crecientemente estrategias para la implementación de la misma en las diferentes instituciones de educación, así como en centros y escenarios de práctica.

De esta forma, se articula el objeto de estudio de la investigación con el autor Ortiz Orellano (2013, p. 20) que afirma: "el paradigma cualitativo (estará más ligado a la comprensión), presentará una visión contrastante en cuanto a su forma de concebir como debe de ser el proceso metodológico". Es importante mencionar el hecho de encontrar en la investigación cualitativa la flexibilidad necesaria para indagar y profundizar el tema de estudio, a partir de experiencias significativas relacionadas con la evaluación de simuladores clínicos en trabajo de parto.

Además, el autor dice que: "el paradigma cualitativo se adscribe a una visión del mundo fenomenológica, inductiva, holística, subjetiva, orientada hacia el proceso propio de la antropología social" (2003). Este aporte sobre la investigación en estudio fortalece procesos conceptuales relacionados con la validez de los simuladores como método de aprendizaje del mismo en el servicio de ginecología y obstetricia de la Clínica Juan N. Corpas, determinando, de esta forma, que su uso fomenta prácticas innovadoras, reales y con margen de error sobre el acto real del proceso de atención del trabajo de parto.

Olarte (2003) también defiende la utilización de métodos cualitativos, pues según la fenomenología y el "Verstehen (comprender)" tienen beneficios como:

- Comprender el comportamiento humano a partir del propio marco de referencia del individuo.
- Observación naturalista y no controlada.
- Subjetivo.
- Cercano a los datos; perspectiva desde dentro.
- Fundamentado en la "realidad", orientado hacia el descubrimiento, exploratorio, expansionista, descriptivo e inductivo.
- Orientado hacia el proceso.
- No generalizable; estudio de casos aislados.
- Holístico.
- Supone una realidad dinámica.

De acuerdo con lo anterior, según el autor, el paradigma cualitativo reconoce la diversidad y pluralidad de escenarios, condiciones y situaciones que se presentan en la realidad y que, así, son únicas e irrepetibles, por lo que las observaciones y resultados de estas investigaciones sólo son válidos para el caso particular que se estudia. Por eso, para la presente investigación se resalta la importancia de obtener respuestas a los objetivos propuestos, enfocados a evaluar la simulación clínica en trabajo de parto como método de aprendizaje del mismo en el servicio de ginecología y obstetricia de estudiantes de 8vo. semestre de Medicina de la Clínica Juan N. Corpas durante 2017 y 2018.

Por último, Olarte (2003) afirma que "la calidad de los datos o de la información que se obtiene del objeto de estudio es sumamente relevante, pero también se toma consciencia de que no existe neutralidad u objetividad pura en el trabajo de interpretación de datos", teniendo alto cuidado e interés en el proceso de subjetividad, combinando técnicas cuantitativas de investigación, que permitan reducir las ideas preconcebidas, preferencias o juicios de valor que pudieran desvirtuar la investigación, esto sin que se hable de una investigación mixta, es decir, manteniendo como base la elección de una investigación cualitativa.

Actualmente, el proceso de globalización exige métodos que favorezcan la evaluación profesional, permitiendo la homologación de saberes y la certificación profesional. Esta generación de simuladores con pacientes estandarizados son los *Haptic simulators*, que manejan *software* de tercera y cuarta dimensión, incluyendo sensación y percepción táctil, auditiva y visual, y que tratan de mostrar un escenario real (Matzumura, 2018).

También, como se mencionó previamente, la experiencia en simuladores de atención del parto vaginal (MammaNatalie® y Noelle®) evidencia hallazgos positivos en la experiencia chilena de 110 estudiantes de medicina, que demuestra que la simulación previa a la práctica clínica de atención del parto fue considerada "útil" por la mayoría de los estudiantes (De Stephano *et al.,* 2015). Hallazgos que deberemos equiparar en nuestra población para confirmar lo que afirman Simonelli y Gennaro (citados en Rivera, 2012) "La simulación en emergencias obstétricas permite a los estudiantes tener más expe-

riencia y confianza en atención de distocia de hombros, hemorragia posparto, parto instrumental, paro cardíaco materno, eclampsia, entre otros" (Rivera, 2018, pp. 7-63).

Entonces, la investigación cualitativa permitirá la profundización de la validez de los simuladores, con referentes teóricos que fortalezcan los procesos reales del trabajo de parto, para obtener del simulador la herramienta ideal en la habilidad y destreza en dicho procedimiento clínico. Por otra parte, Miguel Martínez (2001) menciona como método propio de la investigación cualitativa el método hermenéutico. El autor afirma que es importante utilizar las reglas y procedimientos de estos métodos cuando la información recogida (los datos) necesita una continuidad hermenéutica, pues la información que se nos ofrece puede tratar expresamente de desorientar o engañar.

Un elemento importante en la investigación cualitativa es la recolección de información. Los instrumentos, al igual que los procedimientos y estrategias a utilizar, los dicta el método escogido y se centran alrededor de la observación participativa y la entrevista semiestructurada. Dichos instrumentos se deben describir y justificar para que exista coherencia y cohesión con la investigación.

Otro elemento importante es el muestreo. Los tipos de muestras son, básicamente, dos: la muestra estadística o aleatoria, en la investigación cuantitativa, y la muestra intencional o basada en criterios, en la metodología cualitativa. Conviene señalar que toda muestra, sobre todo la cualitativa es siempre intencional o se basa en criterios.

De acuerdo con lo anterior, se puede establecer que en dicha investigación sería importante recurrir al método fenomenológico, dado que se trabajaría sobre la veracidad de la información, teniendo en cuenta las vivencias de las personas en situaciones de vida particulares. Es decir, se consideraría para la evaluación de simuladores clínicos en trabajo de parto, la necesidad de recoger información y compararla con experiencias reales en el simulador, determinando si los resultados de dicha evaluación son positivos, interesantes, negativos... y las oportunidades de mejora que se deberían realizar mediante planes de acción inmediatos, para fortalecer la validez y confiabilidad del simulador.

Noelia Merelo (2015) habla de la Investigación-Acción Participativa, en adelante IAP, como metodología de empoderamiento y transfor-

mación de la realidad social: "Apostando por la necesidad de incluir a las personas como sujetos activos capaces de pensar por sí mismos y de ser generadores de cambio", viendo el sentido que tiene la creación de nuevas propuestas metodológicas en el campo de la intervención social, orientadas a promover procesos participativos. Este aporte se articula a la investigación porque permitirá que las personas que utilizan el simulador clínico de trabajo de parto sean los principales actores con evidencias, opiniones, aportes y soluciones en la evaluación del mismo y en un funcionamiento de alta calidad, en pro del método de aprendizaje en el servicio de ginecología y obstetricia de la Clínica Juan N. Corpas durante 2017 y 2018.

La IAP como generadora de procesos de cambio desde la reflexión y la acción hace énfasis en lo que afirman Villasante y Montañez (2002): "teniendo como objetivo otros grupos y sectores, multiplicando así los efectos, produciendo un proceso de reflexión sobre la práctica que se va haciendo, propiciando así lo que entendemos como socio-praxis".

Kemmis y Mc Taggart (1992) consideran que en este tipo de procesos es fundamental la formación del grupo con el que se va a trabajar, comenzando con la apertura a la negociación con sus integrantes a través de estrategias participativas que permitan la identificación de temáticas y demandas concretas sobre las que se desea trabajar y mejorar. En este proceso "los participantes realizan una toma de conciencia de la necesidad y de la situación en una fase de toma de decisión sobre qué elegir, hasta llegar a la autodeterminación individual y grupal" (Leiman, 1991, p. 99). Por ello, es necesario determinar la población y muestra en la que se aplicará dicho enfoque investigativo, para obtener resultados sustanciales que permitan la concientización de los médicos sobre el perfeccionamiento de simuladores clínicos en el trabajo de parto.

Conclusión

La simulación resulta capital para la formación de los futuros profesionales de la salud, dado el papel creciente de esta metodología formativa. De ahí la importancia de fortalecer la competencia de los estudiantes en este terreno a partir de una investigación en profundidad del campo.

Referencias bibliográficas

Arce Tovar, D. (2017). *Análisis crítico de la reforma del sistema educativo Colombiano. 1990-2014.* Buenos Aires, Argentina: Estudios Sociológicos Editora.

Barrios, S.; Masalán, M. P. y Paz, M. (2011). Educación en Salud: En las búsquedas de metodologías innovadoras. Ciencia y Enfermería, 17(1), pp. 57-69.

Casado Vicente, V. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. amf. Recuperado de http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192

Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. (2017). Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia.

Concepto.de., E. d. (diciembre de 2017). Concepto de Salud (según la OMS). Obtenido de https://concepto.de/salud-segun-la-oms/

Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar-CIMF. (2005). II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar WONCA-CIMF Santiago de Chile, Octubre 2005. Recuperado de http://semf.ec/wp-content/uploads/2018/06/CIMFcartaSantiago.pdf

Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Colombia.

D' Ángelo, O. (2000). Proyecto de vida como categoría básica de interpretación de la identidad individual y social. *Revista cubana de psicología 17*(3), pp. 270-275.

De Stefano, V. (2015). The rise of the «just-in-time workforce»:On-demand work, crowdwork and labour protection in the «gig-economy». Conditions of Word and Employment. Series No. 71. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/publication/wcms_443267.pdf

Delgado, J., Gutiérrez, J. (1995). Teoría de la observación. En *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.* España: Editorial Síntesis.

Departamento de Medicina Familiar Universidad del Valle. (Julio de 2018). Programa medicina familiar. Recuperado de http://medicinafamiliar.univalle.edu.co/definicion.html

Dohlmans, Snellen-Balendong y VanDerVleuten. (1997). Seven principles of effective case design for a problem-based curriculum. *Medical Teacher, 19*(3), pp. 185-189.

Dueñas, V. (2001). El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. *Colombia Médica 32*(4), 189-196.

Escudero, E.; Fuentes, C. y González, M. (2016). Simulación en educación para ciencias en salud. *Colombia médica* 32(4). Pp. 189-196.

Fajardo Alcántara, A. (3 de octubre de 2007). *El proceso de especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en España. Cambios profesionales en la Atención Primaria en la década de 1980* (Tesis doctoral). Universidad de Granada, Granada, España.

González Melero, M. S. (2016). Evaluación de la calidad de dos modelos de simulación clínica. *Biblioteca digital,* repositorio académico, pp. 678-682.

Herrera, M. C. (2005). La perspectiva social y cultural: hacia un marco comprehensivo de la investigación en educación. En M. P. Serge, *Sujeto, cultura y dinámica social* (pp. 209-230). Bogotá, Colombia: Ediciones Antropos.

Kelly, L.; Walters, L. y Rosenthal., D. (2014). Community-based medical education: Is success a result of meaningful personal learning experiences? *Educ Health* (27), pp. 47-50.

Kemmis, E. y Mc Taggart (1992). *Como planificar la Investigación acción.* Barcelona: Editorial Laertes. Recuperado de https://www.scribd.com/doc/316111101/Como-Planificar-Investigacion-Accion-Kemmis-E-y-McTaggart-1992

Manzano, M. y Novoa Cely, A. (2013). *Conocimientos y percepciones de estudiantes de décimo semestre, en atención primaria de salud: Una mirada general en dos universidades de Bogotá* (Tesis de Maestría en Administración de Salud). Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas, Bogotá.

Marín Gallego, J. D. (s.f.). Investigación cuantitativa. En J. D. Marín Gallego, *La investigación en educación y pedagogía* (pp. 105-119). Ediciones USTA.

Martín-Zurro, A.; Cano-Pérez, J. y Gené-Badia, J. (2014). Docencia en Atención Primaria y Medicina de Familia. En A. Martín Zurro, J. Cano Pérez y J. Gené-Badia, *Atención Primaria. Principios, organización y métodos en medicina de familia* (p. 464). Barcelona: Elsevier.

Martínez Nicolás, M. (2001). Tendencias actuais da investigación sobre comunicación social en España. E*studios de comunicación, 0:* 153-168.

____. (2006). Masa (en situación) crítica. La investigación sobre periodismo en España: comunidad científica e intereses de conocimiento". *Anàlisi. Quarderns de comunicació i cultura, 33*: 135-170.

____. (2007). Agitación en el campo. Nueve ideas para la investigación sobre Comunicación Política en España. P*olítica y Sociedad, 44* (2): 209-227.

Matzumura, J. (2018). Simulación clínica y quirúrgica en la educación médica: aplicación en obstetricia y ginecología. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 64(2), abril-junio. doi:10.31403/rpgo.v64i2084

Meech, P. y Bin Zhao (1997). La recerca en comunicació de masses a Gran Bretanya. *Anàlisi. Quarderns de comunicació i cultura, 21: 149-160.*

Melero, No. (2015). La investigación acción participativa en procesos de desarrollo comunitario: una experiencia de cooperación interuniversitaria en el barrio de Jesús María, La Habana Vieja (Cuba). *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria, 26*, pp. 203-228. Recuperado de http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/

Miles, M. y Huberman, A. (1994). *Qualitative Data Analysis*. California, Sage: Thousand Oaks.

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (08 de Febrero de 1994). Ley 115. Recuperado de Ley General de Educación: https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-85906_archivo_pdf.pdf

Ministerio de Salud de Colombia. (7 de Julio de 2018). Atención Primaria en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Atencion-primaria-en-salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (Octubre de 2007). Ley 1164. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

____. (Enero de 2011). Ley 1438. Recuperado de Reforma de Sistema de Seguridad Social en Salud: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf

____. (2015). Ley Estatutaria de Salud. R de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

____. (Noviembre de 2016). Dirección de prestación de servicios y atención primaria: Redes Integrales de prestadores de servicios de salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PSA/Redes-Integrales-prestadores-servicios-salud.pdf

____. (17 de febrero de 2016). Resolución 429 de 2016, Política de Atención Integral en Salud. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación* 9 (1), pp. 93-101.

Ñaupas Paitán, H. *et al. (*2014). Metodología de la investigación cuantitativa-cualitativa y redacción de la Tesis. Humberto Ñaupas Paitán, Elias Mejía Mejía, Eliana Novoa Ramirez, Alberto Villagomez. Bogotá: Páucar-4ª Edición. Bogotá.

OMS. (1978). Declaración de Alma-Ata. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf

____. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, (p. 1). Alma Ata.

____. (1979). A network of community-oriented educational institutions for health sciences. Report of the inaugural meeting. Documento HMD/79.4, Kingston, Jamaica.

____. (Noviembre de 1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ginebra: Organización Mundial para la Salud. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

____. (1987). La educación del personal de salud centrada en la comunidad. Serie de Informes Técnicos 746, Ginebra.

____. (1998). *Promoción de la salud: glosario.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=A157801DBE4F9D7EEBD6E921711274F4?sequence=1

____. (2007). Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/closethegap_how/es/index1.html

____. (2008). La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/summary/es/

____. (Abril de 2017). OMS. 10 datos sobre las inequidades sanitarias y sus causas. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/es/

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2008). La formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Serie: La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 2, Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C.

____. (20 de Julio de 2018). Atención primaria en salud. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=389&Itemid=40976&lang=es

OPS. OMS. (2008). La Renovación de la APS en las Américas No. 2. La Formación en Medicina Orientada Hacia la Atención Primaria de Salud. Washington D.C.

_____. (Marzo de 2017). Documento conceptual: educación para la salud con enfoque integral. Recuperado de https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf

Ortí, A. (1995). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En Delgado, M y Gutiérrez, J. (coordinadores). *Métodos y técnicas cualitativas*

de investigación en ciencias sociales (pp. 85-94). Madrid: Síntesis Psicología.

Ortiz Arellano, E. (2013). Epistemología de la Investigación Cuantitativa y Cualitativa: Paradigmas y Objetivos. Revista de Claseshistoria. Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5174556.pdf

Pedraza Muriel, V. (2004). Investigación en atención primaria de salud: Premisas básicas. *Aten Primaria*, 34(6), pp. 318-322.

Pfarrwaller, E.; Sommer, J.; Chung, C.; Maisonneuve, H.; Nendaz, M.; Junod-Perron, N. y Haller. D.M. (2015). Impact of interventions to increase the proportion of medical students choosing a Primary Care Career: A Systematic Review. *Journal of General Internal Medicine*, 30(9), 1349-1358.

Piñeros Corpas, J. (1988). *El Cirujano Internista: una respuesta al futuro. Consideraciones alrededor de la Pobreza Crítica y de la Medicina Social.* Bogotá D.E.: Fondo Editorial Universitario Escuela de Medicina Juan N. Corpas.

Pupo Ávila, N. H. (2017). La formación médica en Promoción de Salud desde el enfoque de los determinantes sociales. *Revista Cubana de Medicina General Integral,* 33(2).

Reeve, C.; Woolley, T.; Ross, S. J.; Mohammadi, L.; Halili, S.B.; Cristobal, F.; Siega-Sur, J.L. y Neusy, A. J. (2016). The impact of socially-accountable health professional educaction: A systematic review of the literature. *Medical Teacher,* 39(1), 67-73.

Reta de Rosas, A.; López, M.; Montbrun, M.; Ortíz, A. y Vargas, A. (2006). Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). *Educación Médica,* 9(2), pp. 75-83.

Rivero Canto, O.; Marty, L.; Morales, M.; Salgado, A. y Acosta, N. (2010). Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *MediCiego 16*(2).

Rodríguez, M. (2011). *La Medicina Familiar en Colombia: Experiencia de la Universidad del Bosque*. Bogotá: Kimpres Ltda.

Rivera, F. P. (2018). Enseñanza de la atención del parto vaginal utilizando simuladores. *Ars Médica* 43(2), 57-63. doi: http://dx.doi.org/10.11565/arsmed.v43i2.1282

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2012). Metodología de la investigación cualitativa. Bilbao: Deusto.

Trujillo Henao, F. (6 de Julio de 2011). Enfoque de competencias en la Educación: del conocimiento al uso y apropiación. Recuperado de Centro Virtual de Noticias de la Educación (Ministerio de Educación Nacional).

Strauss, A. y Corbin, J. (1990). *Basics of Qualitative Research.* California: Newbury Park.

Varela-Ruíz, C. E.; Reyes-Morales, H.; Albavera-Hernández, C.; Díaz-López, H.; Gómez-Dantés, H. y García-Peña, C. (2016). La medicina familiar en México: presente y futuro. *Gaceta Médica de México*, pp. 135-140.

World Bank. World Inequality Database. (2018). World Inequality Report. World Inequality Lab.

Yepes Delgado, C. (2005). La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social. *Iatreia*, 18(2).

1.3. Cardiología
1.3.1. Programa educativo para fortalecer las competencias de los estudiantes de internado en la atención de paro cardiorrespiratorio en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja

Henry Mauricio Corredor Camargo
Gladys Cecilia Gordillo Navas

Resumen

Dada la importancia de las enfermedades coronarias como causa de muerte, se impone reforzar las competencias de los estudiantes de ciencias de salud en este territorio, de modo que, a la vez que fortalezcan los procesos de reanimación, eviten el escarnecimiento terapéutico
Palabras clave: paro cardio-respiratorio, reanimación, competencias, escarnecimiento terapéutico, debriefing, simulación clínica.

Estado de la Cuestión

La tragedia en la humanidad ha generado en el hombre la necesidad de cambio, de optimizar sus habilidades de manera reflexiva para salir a flote de las dificultades y sus circunstancias (Gordillo, 2013).

La atención médica es un duelo entre la vida y la muerte, espalda con espalda, donde no siempre hay vencedores, pero donde la preparación del cuerpo de salud es indispensable para enfrentar las realidades que le esperan a la vuelta de la esquina.

Es el caso hoy en día de la *reanimación Cardiocerebropulmonar (RCP),* un procedimiento mundial de naturaleza transversal, con acciones de mejora continua avaladas por la academia científica bajo la dirección del Comité Internacional ILCOR (Internacional Liasion Commite on Resuscitation), con el objetivo principal de establecer unas

90

guías comunes internacionales de actuación que permitan el mejor hacer frente a una parada (Navarro, Matiz y Osorio, 2017): "Esta técnica ha demostrado mejorar la supervivencia de personas que han sufrido un paro cardiorrespiratorio (PC) cuando se aplica correcta y tempranamente, tanto en ámbitos intrahospitalarios como en lugares extra hospitalarios" (Catalán, 2017, p. 37).

De acuerdo a estadísticas mundiales, en Estados Unidos y Canadá las enfermedades coronarias son la causa de 350.000 muertes por año (la mitad de ellas fuera del hospital). La incidencia estimada de PC extra hospitalario, atendida por los sistemas de emergencias en estos países, es aproximadamente de 50 a 55/100.000 personas/año y, de estas, el 25% se presentan con arritmias ventriculares sin pulso. Este tipo de ritmos de paro tiene mejor pronóstico que la actividad eléctrica sin pulso y la asistolia.

La enfermedad isquémica cardiaca es la principal causa de muerte en el mundo. El PC súbito es responsable del más del 60% de muerte en adultos por enfermedad cardiaca coronaria. La incidencia de PC intrahospitalario es difícil de evaluar, ya que está influida por factores de admisión hospitalaria e implementación de órdenes de no resucitación. En el Reino Unido, la incidencia de PC primario fue de3,3/1.000 admisiones; en el Hospital Universitario de Noruega, fue de 1,5/1.000 admisiones y, en Estados Unidos, de 3 a 6/1.000admisiones (Navarro, Matiz y Osorio, 2017, p. 11).

Las estadísticas en procesos de investigación en nuestro país sobre este tema son escasas. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), en Colombia, durante el año 2013, se presentaron 202.786 muertes por diferentes causas, dentro de las cuales se encuentra el infarto agudo de miocardio con 29.202 casos (14,4 %), seguido de enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con 11.221 (5,5 %).

Desafortunadamente, en los países latinoamericanos no se ha podido implementar el Registro de Paro, según lineamientos Utstein. En Colombia, aparece publicado un artículo aislado de Valencia *et al.* del año 2011, quienes realizaron un registro de los casos de PC entre los meses de julio y octubre del 2010 en el hospital San Juan de Dios de Cali, donde se presentaron 22 casos de PC, de los cuales el 40,9% fueron mujeres y el 59,1% hombres. El 80 % de los casos se presen-

taron en el servicio de urgencias y el 20 % restante en la unidad de cuidados intermedios. Dentro de los diagnósticos iniciales más comunes se encontraron el paro respiratorio con 6 casos, seguido de infarto agudo de miocardio con 3 casos (Navarro y Muñoz, 2017, p. 2).

La sobrevida del paro extra hospitalario en los países de Norteamérica está por debajo del 8%; sin embargo, en algunas zonas donde se aplican los programas de RCCP y desfibrilación externa por parte de reanimadores legos, respondedoras iniciales en aeropuertos y casinos y de agentes de policía, se han reportado tasas de sobrevida tras un PC por fibrilación ventricular con testigos tan altas que oscilan entre el 49 y el 74%. De ahí la importancia de implementar programas con una respuesta planificada y organizada, así como el entrenamiento de los reanimadores. (Navarro, Matiz y Osorio, 2017, p. 11).

Esta propuesta de entrenamiento, de construcción planificada y estructurada de la RCP obedece a un sinfín de pruebas y errores, con una larga historia, como se puede evidenciar en algunos aportes de la Biblia, pasando por un rio Sena en Europa, con la famosa cara feliz de un muerto ahogado, que hace parte del diseño inicial de los muñecos de reanimación, hasta el padre de la Reanimación Moderna, el doctor Peter Safar, nacido en Viena el 12 de abril de 1929, un hombre que atravesó grandes dilemas y del que, frente al tema de la reanimación, se destaca su trabajo sobre la vía área y la integración que hizo a esta de los trabajos de Guy Knickerbocker y James Jude, creando así el ABC de la resucitación o CPR (mnemotecnia de pasos para el correcto actuar del personal asistencial con un paciente en PC), práctica que fue extendiéndose por todo el mundo (Fresquet, 2015, párr. 1, 4).

El doctor Safar (Fresquet, 2015) señaló, además, que las maniobras de resucitación serían eficaces solo en el caso de que se hicieran populares y de que pudieran enseñarse a miles de personas. Es así como convenció a Laerdal, una compañía de juguetes, para fabricar un maniquí para la enseñanza de las maniobras de resucitación (Fresquet: párr. 4). Esta valiosa labor, que nace de un espíritu de enseñanza, logra ponderar la atención del cuerpo salud frente a la importancia de practicar antes de actuar y de enfrentar al miedo que se siente de atender a un paciente que está a punto de morir.

Dentro de las apuestas que se tienen a nivel internacional, es clave la calidad con que se debe trasmitir las decisiones de medicina

basada en la evidencia: se entiende que el proceso de reanimación no es estático, ni inmodificable, sino un proceso de desarrollo que debe ser sometido a evaluación y revisión continua, requiriendo aplicar los ajustes que sean pertinentes siempre que sea necesario, ya que en la educación y en la práctica médica se están produciendo constantemente cambios (Palés, 2006, p. 61).

En Colombia, el fortalecimiento del talento humano en reanimación se da a través de la resolución número 2003 de 2014. En ella se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud. Si bien es solo un apartado de esta norma el que busca que en los establecimientos de salud se cumplan con las habilidades técnicas y científicas en atención de Urgencias, permite lograr un gran paso para garantizar las competencias en esta área (Ministerio de salud y protección social, 2014).

El alcance de esta norma garantiza una práctica certificada de reanimación, la cual debiese fortalecerse y reforzarse en el currículo de pregrado de los estudiantes de la salud que van enfrentar en algún momento de su práctica estos escenarios; se requiere entender, por tanto, que, para abarcar una buena praxis, es necesario conocer conceptos claves como competencias, objetivos de lo que se quiere lograr e interiorizar.

Sobre las competencias

La palabra competencia viene del latín *competentia*, "disputa o contienda entre dos o más personas". Competente (del latín *competens*) se dice "de la persona a quien compete o incumbe alguna cosa". Se puede decir que una persona es competente cuando realiza un trabajo específico a satisfacción de quien lo encarga o lo contrata para tal efecto (Gómez, 2005: 46).

Gómez (2005) concibe la competencia como una compleja estructura de atributos necesarios para el desempeño de situaciones específicas. Una compleja combinación de los atributos (conocimientos, actitudes, valores y habilidades) y las tareas que se tienen que desempeñar en determinadas situaciones y que involucra a las diferentes

dimensiones de la persona. Este enfoque holístico integra y relaciona atributos y tareas, permite que ocurran varias acciones intencionales simultáneamente y toma en cuenta el contexto y la cultura del lugar de trabajo, de tal manera que incorpora la ética y los valores como elementos del desempeño competente (Gómez, 2005, p. 47).

Esta definición es indispensable para el personal en formación del área de la salud y pone de relieve las necesidades que se tienen que abordar frente a los requerimientos que espera la sociedad familiarizada con el actuar en reanimación, por la extensa divulgación de esta práctica. Un estudiante deberá procesar transversalmente la interrelación en el saber hacer, donde el equipo de salud y su paciente estén sintonizados en un unísono, con el fin de abordar de la mejor manera posible la problemática en cuestión.

En salud, las competencias tienen un atributo prestacional "output", derivado de un contexto de conocimientos, aptitudes y actitudes ajustado a la relación salud-enfermedad. Por tanto, debe existir una corresponsabilidad en los objetivos educacionales propuestos en las áreas asistenciales, competencias susceptibles de ser medidas y desarrolladas por los estudiantes sanitarios (Tapia, Núñez-Tapia, Salas y Rodríguez, 2007); una correspondencia que se apoya en la capacidad de discernimiento y de aprendizaje basado en problemas como propuesta educativa.

A pesar de esto, solo algunas escuelas de formación educativas han replanteado sus planes de estudio introduciendo principios de participación (aprendizaje basado en problemas). Hoy en día sigue prevaleciendo la práctica educativa tradicional o pasiva en la mayoría de los centros de Educación Superior, lo que limita la vinculación entre teoría y práctica, necesaria para el desarrollo de aptitudes complejas en el abordaje de problemas clínicos de manera integral y en el contexto de la realidad.

Por otra parte, los hospitales encargados de abrir las puertas a los estudiantes del área de la salud para que realicen sus prácticas formativas se encuentran lejos de la aproximación de estos conceptos. Desarrollar un proceso de aptitud clínica, definida como la actuación del médico ante situaciones clínicas problematizadas, que incluye poner en juego ciertas capacidades como la reflexión, discriminación entre alternativas, elección y decisión entre las opciones, donde in-

volucra su propio criterio (Gómez *et al.*, 2010, p. 242), no es fácil. No es tarea sencilla adaptarse a estos objetivos; sin embargo, son el eslabón necesario para potencializar la capacidad del estudiante de la salud, el cual requiere herramientas efectivas y acompañamiento en sus pasos.

Son necesarios, por tanto, unos escenarios educativos que incentiven, favorezcan y garanticen el proceso de creatividad sustentada y reflexiva de los estudiantes del área sanitaria, la crítica de contenidos programáticos y de la recuperación de la propia experiencia para la elaboración del conocimiento (Gómez *et al.,* 2010). La participación del estudiante en sus procesos formativos genera apropiación y una mejor asimilación del conocimiento, lo que da lugar a un verdadero proceso formativo.

Actualmente, la visión participativa de la educación propone (Gómez *et al.,* 2010, p. 242): no consumir información, sino elaborarla y transformarla, ubicando al alumno como protagonista de un proceso educativo en el que desarrolla una actitud reflexiva-crítica, convirtiéndose en un personaje incluyente, cuestionador y transformador de su realidad; lograr que se torne un ser consciente de su entorno, de su responsabilidad con el paciente, con el fin de generar interrogantes en pro del beneficio mutuo de aprender y ayudar.

El proceso de culminación de estudios para las carreras de medicina y enfermería en Colombia finaliza con la realización del internado. Dependiendo de la carrera, su duración va a hacer diferente: en medicina son dos semestres, por uno de enfermería (Ministerio de salud y Protección Social, Formación talento humano en salud, 2015). Durante esta última etapa, el estudiante pondrá integrar y consolidar en un centro de prácticas u hospital universitario (avalados por la comisión intersectorial del talento humano) los conocimientos que adquirió durante los ciclos previos bajo la delegación progresiva de actividades enmarcadas en un plan de prácticas formativas (Tapia, Núñez, Salas y Rodríguez, 2007, p. 1 y Ministerio de salud y Protección Social, Formación talento humano en salud, 2015).

Por tanto, los aprendices, futuros enfermos y médicos, tienen la oportunidad de una interacción permanente con los pacientes, bajo la supervisión y guía del personal de salud que labora en las Instituciones Prestadoras de Salud. El internado es actualmente una de las

experiencias más enriquecedoras para los educandos del área de la salud, pues propicia la adquisición de experiencias significativas que permiten al alumno detectar riesgos, establecer patrones actuación y aplicar medidas preventivas con sentido ético y humanista (Tapia, Núñez, Salas y Rodríguez, 2007).

El aprendizaje en el año de internado tiene un componente práctico fundamental; aunque en la actualidad se trabaja mucho en el enfoque de la simulación clínica, la experiencia vivencial en el hospital es vital para el estudiante. Por esta razón, las universidades establecen relaciones docente-asistenciales con instituciones de salud para que sus estudiantes realicen prácticas dirigidas y supervisadas con pacientes reales. Esta situación está amparada en la Ley 30 de 1992 y, específicamente, en el Decreto 2376 de 2010, el cual regula normativa, disciplinaria y contractualmente el proceso. Las prácticas se realizan en los diferentes niveles de atención: desde el nivel primario, el cual corresponde a los casos de baja complejidad, hasta el más desarrollado, que se efectúa en los hospitales de tercer o cuarto nivel, que capturan y atienden la población con mayores riesgos y necesidades de atención especializada y subespecialidad (Torres, 2018, p. 15).

Sin embargo, pese a que el internado (eslabón final para obtener el título de Médico o enfermera) es en su mayoría práctico, se requiere continuar fortaleciendo competencias en el ámbito asistencial, y es ahí donde los procesos de simulación aportan escenarios de confianza para atender situaciones de emergencia o urgencia.

Uno de los principales retos a los que se enfrentan los estudiantes de medicina y enfermería es la atención de un PC, por la inmediatez en el actuar e interpretar un sin número de actividades de automatización, comunicación y humanización en un paciente a punto de morir. El proyecto que, sobre estos lineamientos, busco realizar, trata de llevar a cabo un acompañamiento formativo de cómo interactuar correctamente, contemplando habilidades no técnicas como la comunicación, el liderazgo y los roles en el equipo (Greif *et al.*, 2015).

El entrenamiento en RCP como competencia clínica es esencial para la formación de los estudiantes de internado, pues pronto ejercerán profesionalmente en sus sitios de trabajo la atención primaria de salud y serán los responsables de atenderla; y, para las instituciones encargadas de la formación de los estudiantes en el área de la salud,

es una responsabilidad social que cumplan con las exigencias actuales en reanimación de acuerdo a las nuevas guías internacionales 2015 (Rodríguez, Moreno, Rodríguez y Pérez, 2014).

La reanimación se considera una verdadera emergencia para el personal de salud, cada minuto cuenta en la sobrevida de una víctima. Sin embargo, para llevar a cabo una adecuada formación en este campo, encontramos dificultades en dar con el verdadero camino hacia una aceptable trasmisión de conocimientos y técnicas.

¿Cómo arrancarle un latido a un corazón que desfallece?, ¿cómo enfrentar un caos en un tema tal álgido como enfrentar a la muerte? Cuando se realizan los entrenamientos en reanimación en procesos de simulación, se hace tan ordenado, tan mecánico, tan sin miedo a criticarlo, que se ayuda al individuo a generar un proceso de automatismo, donde se entrena la individualidad; una pura batalla con la reanimación, un equipo de humanos que quiere dar lo mejor de sí para garantizar una sobrevida.

No es una tarea sencilla evaluar competencias donde confluye el ser, su entorno y la dinamización de un proceso cambiante como es la atención a un paciente critico; y más para un interno que tiene la incertidumbre y el miedo de enfrentar a un gigante de tal magnitud y responsabilidad como es tener en sus manos el hilo de vida de un ser. Según Naval Potro, Blanco y Torre (2018), a pesar de los avances que se tienen a la disposición para mejorar la atención de estos casos (como el proceso de simulación), y a pesar de que cada vez se utilizan con mayor frecuencia, es difícil, sin embargo, valorar competencias transversales inherentes a la atención de PC: "Aunque cada vez es más frecuente y más utilizada la simulación en la evaluación de los aprendizajes, no siempre es fácil evaluar de forma objetiva otras competencias transversales que deben ser adquiridas" (Naval potro, Blanco y Torre, 2018, p. 22).

Estas competencias transversales son, empero, esenciales para un correcto actuar: la comunicación como pilar fundamental potenciaría el ejercicio de impartir una orden y su recepción adecuada. En las últimas recomendaciones del ILCOR (2015), se aconseja atender a las habilidades no técnicas, aspectos cognitivos y emocionales que influyen en la conducta del reanimador. También es una finalidad constante tener instrumentos precisos de evaluación o medidas obje-

tivas que permitan estimar la conducta del reanimador en el momento de enfrentarse a una PCR, así como la revisión autocrítica del alumno y el debriefing del equipo. La American Heart Association recomienda evaluar las competencias de los participantes de los cursos de RCP avanzada no solo mediante pruebas escritas, sino también evaluando la actuación: como propuesta para mejora de la calidad, se establece la necesidad de identificar puntos específicos en la puesta en práctica de la RCP en escenarios simulados con el fin de proporcionar una retroalimentación específica en los diferentes procedimientos y actuaciones (Naval potro, Blanco y Torre, 2018, pp. 22-23).

Navalpotro, Blanco y Torre afirman que "no basta con 'ser capaz de', sino que además es necesario 'sentirse capaz de' saber utilizar sus conocimientos y habilidades en la situación de emergencias" (Navalpotro, Blanco y Torre, 2018, p. 23). Esta premisa resume en tan solo tres palabras la esencia de este trabajo: generar confianza y capacidad de autoconstrucción para los futuros médicos y enfermeras que estarán a cargo de atender un paciente crítico en los centros de salud de su área de manera intra e extramural.

Lograr la confianza en habilidades de comunicación, es un trabajo que requiere un especial cuidado, pues en momentos de alto estrés, como lo es la atención de PCR, se pueden presentar múltiples errores de equipo de trabajo. La experiencia es fundamental para el correcto actual, sin desconocer la constancia en la actualización.

En la formación médica existen diversos retos educativos, tanto en el plano pedagógico y didáctico como en el curricular. En este contexto, los aspectos relacionados con la evaluación constituyen un eje de gran interés, dado que tradicionalmente esta se asume como una cuantificación de logros finales y no como la forma de dar cuenta del proceso educativo. No obstante, en la enseñanza de la medicina en el ámbito mundial, la evaluación ha estado virando de esta perspectiva sumativa, que gira en torno de calificaciones de desenlaces finales, a un enfoque basado en competencias, centrado en lógicas procesuales que integran las dimensiones social, afectiva, cognoscitiva, sensoriales y motoras del estudiante durante todo su proceso de formación. Todo ello en contextos reales, para que las universidades garanticen que sus médicos no constituyen un riesgo para la vida y la salud de las poblaciones (Jaramillo, García y Cardona, 2018, p. 2).

La Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE)

En este marco se ubica la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE), que consiste en una serie de estaciones secuenciales relacionadas con diferentes áreas de la medicina que, con base en pacientes simulados estandarizados, permiten evaluar competencias genéricas, transversales o específicas en los diferentes momentos de la praxis médica, por ejemplo: la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la comunicación con pacientes y familiares, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Algunas investigaciones han evidenciado una excelente reproducibilidad de la ECOE con otras modalidades evaluativas, su correlación con la calificación de la práctica clínica por parte de los especialistas, así como el impacto positivo de la estructura curricular por competencias con aplicación de la ECOE sobre las habilidades cognitivas, clínicas, motoras y rendimiento general de los estudiantes de medicina. Otros estudios han reportado la ansiedad y el nerviosismo como emociones comunes en las personas evaluadas bajo esta modalidad; o percepciones de satisfacción con los resultados generados por la ECOE sobre el perfil profesional, particularmente la diversidad de conocimientos y habilidades clínicas que fomenta.

Revisando los estudios sobre el tema, se han identificado cuatro categorías analíticas para el desarrollo del programa en simulación adaptado para el proceso de reanimación (Jaramillo, Hincapié y Cardona, 2018).

La primera recoge tanto aspectos logísticos (diseño de la estación) como otros referidos a la realimentación recibida *in situ* (*debriefing*). Para esta labor, se articulará una segunda categoría, que corresponde al relato de las emociones o sentimientos asociados a presentación del examen, basada en el trabajo de los investigadores Navalpotro y Torre (2017) y que incluye aprendizaje y experiencia previos y cogniciones y emociones experimentados durante RCP.

La tercera categoría da cuenta de elementos clave del diseño e implementación de la evaluación, con categorías descriptivas que aluden la importancia de unificar criterios evaluativos, estructurar el material de estudio y dar a conocer algunos detalles de las estaciones y temáticas que se evaluarán, propias de las necesidades evidencia-

das durante el desarrollo de esta actividad. La última categoría analítica da cuenta de la pertinencia de la ECOE y subsume categorías sobre los aportes académicos de esta modalidad evaluativa (en la cual se destacan aspectos positivos y negativos de la prueba), su correspondencia con el anexo técnico del plan de prácticas educativas y el fomento de competencias médicas en los estudiantes (Jaramillo, Hincapié y Cardona, 2018).

Este último apartado de pertinencia también requiere de un proceso de reflexión y revisión bioética. ¿Hasta qué punto es necesaria la RCP? Gempeler afirma: "El uso de la técnica de RCP se expandió rápidamente no solo entre los médicos sino también entre la población general; la popularidad de dicho procedimiento creció y se fortaleció, tanto que hoy en día se percibe como 'obligatorio' realizar maniobras de RCP a todos los pacientes que presenten PC. Esto ocurre hasta tal punto que, en la mayoría de los casos, morirse en un hospital significa someterse a RCP" (2015, p. 142). La inmadurez en juicio, la dificultad de abordar las dos caras de la moneda... son cuestiones obvias que se plantean a un estudiante que ha estado de ayudante y no ha dimensionado la responsabilidad de salvar o acompañar el cuidado del paciente.

El escarnecimiento terapéutico también es algo que los estudiantes tienen que analizar al momento de atender a un paciente en estado crítico, la cuestión de prolongar el sufrimiento de un paciente o una familia. La enseñanza de la medicina se basa en «hacer»: hacer intervenciones, hacer procedimientos. Muy pocas veces se enseña a «no hacer» y a hablar con el paciente. La preferencia por el «hacer» antes que el «no hacer» puede sesgar al médico desde su entrenamiento hacia estrategias agresivas de tratamiento (estrategias de «hacer»). Aunque eficaz, el enfoque tradicional de la enseñanza de la medicina se centra más en el quehacer del médico que en el paciente, y puede no siempre ser respetuoso de los deseos y objetivos de este último. Otro factor dependiente del médico, muy pocas veces explícito, es el hecho de evitar conversaciones difíciles con los pacientes y familiares, pues el sostener una conversación con ellos respecto a la muerte o la posibilidad de una ONR puede ser muy costoso desde el punto de vista moral. Varios médicos adoptan una postura que puede ser considerada como más fácil y menos comprometedora moralmente: no hablar, no comentar y dejar que, si sucede el PC, se realicen las maniobras de

RCP; se practican los conocimientos y, si recupera el ritmo cardiaco espontáneo, se lleva a la UCI sin desgastarse ni pensar en la calidad de vida o en charlas con la familia. Como lo menciona la *National Confidential Enquiry into Patient Outcomeand Death* (NCEPOD) hablando del Reino Unido, la discusión con la familia respecto a una ONR o a la limitación de esfuerzo terapéutico "puede ser el procedimiento más difícil que se realiza en el hospital moderno" (Gempeler, 2015, p. 142).

Los aspectos logísticos de la ECOE, las emociones que genera y otros elementos clave de la construcción de la prueba, determinan su pertinencia, al tiempo que todas las categorías y subcategorías derivan en el éxito o fracaso para fomentar competencias clínicas en los estudiantes. En esta red semántica, el diseño de los casos, la unificación de los criterios de evaluación, la especificación del material de estudio y el conocimiento de las estaciones o áreas clínicas previo a la evaluación, inciden en la calificación (Jaramillo, Hincapié y Cardona, 2018).

Frente a este contexto pedagógico de organización, se busca lograr un impacto positivo en la capacitación en reanimación para los estudiantes de internado de medicina y enfermería: fortaleciendo las dificultades particulares del estudiante, partiendo de una experiencia previa y enfocando sus saberes dentro de un contexto multidisciplinario del trabajo en equipo y su retroalimentación.

En consecuencia, se deben conocer los sentimientos y las percepciones que experimentan los estudiantes al afrontar estas vivencias significativas por primera vez, al igual que los mecanismos de afrontamiento que adoptan los profesionales, puesto que las emociones no son ajenas a la esencia del ser humano; al contrario, requieren una presencia concreta, explícita, honesta y real para poder comprender e interpretar la esencia del cuidado y atención.

Otra consideración para tener en cuenta es la edad de los estudiantes, cada vez más temprana. Muchos de ellos se encuentran en plena adolescencia y, por lo tanto, en un periodo de desarrollo importante y particular en sus vidas. Además, suelen llegar bajo estrés y presión severa, con una serie expectativas y deseos que aumentan la carga emocional. A veces, muchos se enfrentan a una realidad diferente a la esperada, tanto en relación con las exigencias académicas como con las condiciones de la enseñanza; entonces se perciben frente a una nueva etapa de sus vidas, en la que se acumulan sentimientos y

emociones. Asimismo, sus experiencias influyen en los pensamientos y acciones, de tal manera que la humanización durante la formación del futuro profesional requerirá una nueva actitud por parte de los educadores que contemple a la persona (estudiante) de manera integral, puesto que se menciona que los profesores hablan mucho sobre el holismo; sin embargo, este enfoque no es experimentado por ellos a lo largo de la formación.

Por otro lado, la fundamentación teórica del acto de cuidado se basa en diferentes teorías y modelos de formación, impulsados desde la misión y la visión de cada institución formadora, acorde con la estructura curricular. En tal sentido, para que el estudiante de internado pueda actuar con seguridad y garantizar la sobrevida del paciente, debe tener la preparación, el conocimiento y la actualización sobre las maniobras de reanimación. Además, el adecuado aprendizaje y posterior implementación de un buen abordaje en la reanimación RCP de la persona que presenta PC mejora el pronóstico.

En la actualidad, gracias a tecnologías como los simuladores de alta fidelidad, se han dado nuevas posibilidades en la enseñanza y el aprendizaje. Su uso prepara a los estudiantes a situaciones: la reanimación cardiopulmonar desde experiencias de estudio semejantes a las que enfrentarán en la realidad del campo profesional; la simulación les presenta problemas sobre los cuales deben intervenir, a fin de favorecer el desarrollo de habilidades de índole cognitivo, motriz y actitudinal, y se convierte en una herramienta que apoya los procesos de formación, al promover la reflexión ante la experiencia de los alumnos, en la mediación que realiza el docente, a través del diseño de escenarios de aprendizaje, su ejecución y evaluación. No obstante, su empleo no sustituye la práctica en los escenarios reales de desempeño profesional (Valderrama y Riano, 2018, párr. 6-9)

Sin embargo, la simulación clínica se revela como una herramienta pedagógica de primer orden para entrenar y aprender, permitiendo al estudiante de enfermería y medicina la participación en intervenciones clínicas controladas, de las cuales podrá obtener un aprendizaje significativo de situaciones futuras que desempeñará en su rol profesional, orientadas a lograr que el estudiante consiga competencias clínicas, no solo para ser un buen profesional, sino para alcanzar a ser un profesional excelente (Catalán, 2017, p. 16).

De acuerdo a Catalán (2018, p. 16) los estudiantes refieren un altísimo grado de satisfacción con las metodologías docentes utilizadas en la asignatura "Soporte vital". Destacan, principalmente, la utilización de la simulación con retroalimentación visual al permitir no sólo el entrenamiento de las maniobras de resucitación sino también, muy especialmente, la integración de la teoría con la práctica, la autoevaluación y el aprendizaje a través de los errores cometidos, lo que redunda en una mejora de la calidad de la enseñanza.

La tecnología permite llevar a cabo una monitorización, registro y retroalimentación en tiempo real de la calidad de la RCP, incluyendo tanto los parámetros fisiológicos del paciente como los indicadores de rendimiento del reanimador. Estos datos importantes se pueden usar para el «debriefing», o autoanálisis crítico después de la reanimación, y para los programas de mejora de la calidad a nivel de sistema.

Finalmente, en relación a la reanimación en equipo, estas nuevas guías ofrecen flexibilidad para la activación de la respuesta a emergencias y el manejo posterior con el fin de obtener una mejor adaptación al entorno clínico del profesional. Los algoritmos actualizados de SVB para los profesionales de la salud tienen por objetivo comunicar el momento y el lugar en los que resulta apropiado aportar flexibilidad a la secuencia. Para todo ello, la mejor manera de formar a los profesionales sanitarios es la utilización de la simulación de carga completa, con el entrenamiento en el desarrollo de habilidades de liderazgo y la utilización de métodos de análisis posterior informe del evento (Catalán, 2018, p.72).

Conclusión: dimensión humana

Para concluir, se requiere apreciar la dimensión humana en los procesos de construcción de programas educativos como columna vertebral que merece ser rescatada, por parte de los centros de práctica de Educación Superior, en pro de la dignificación de las carreras en el área de la salud. Donde se destaque un trabajo por el ser humano desde las necesidades internas del mismo bajo principios de empatía, respeto, libertad y paz (Torres-González, 2018). Por tanto, la construcción de un programa educativo en reanimación para estudiantes de

último año enfermería y medicina requiere un abordaje estructurado en competencias clínicas, donde se deben unir unas piezas de rompecabezas que, en sí, no van a ser iguales en todos los estudiantes, pero sí van a dar un resultado de construcción propia, enriquecedora para el estudiante, como también para su futuro equipo de trabajo y paciente (Palés, 2006).

Un escenario de simulación va a permitir al estudiante fortalecer sus debilidades, sin que esto ponga en riesgo la vida de los pacientes, además de garantizar un acompañamiento formativo, no solo del saber, sino de poder brindar un acompañamiento integral. Contemplando habilidades no técnicas como la comunicación, el liderazgo, los roles en el equipo, esencial para la capacitación de habilidades técnicas del personal en formación (Greif *et al.,* 2015*).*

Finalmente, los significados descritos desde la perspectiva del estudiante internado, a partir de una metodología didáctica y pedagógica como lo es ECOE, van a permitir una organización que le posibilite al estudiante ser constructor de su cambio, desde unas estrategias pedagógicas fundamentadas en unos constructos que incluyen una perspectiva propia, una logística desarrollada, un proceso de retroalimentación eficiente y una pertinencia con responsabilidad social, los resultados que se esperan frente al trabajo en equipo, el perfil profesional y la inserción laboral; constructos enfocados en un proceso coherente con los escenarios de acción médica reales frente a la atención de un paciente con PC (Jaramillo, Hincapié y Cardona, 2018).

Referencias

Catalán-Piris, J. (2017). *Calidad de la reanimación cardiopulmonar básica practicada por el alumnado de enfermería de la universidad de Sevilla* (tesis de doctorado). Universidad de Sevilla, España.

Fresquet-Febrer, J. (2015). Peter Safar (1929-2003). Padre de la moderna reanimación. En Medicina, Historia y Sociedad. Recuperado de https://historiadelamedicina.wordpress.com/2015/04/12/peter-safar-1929-2003-padre-de-la-moderna-reanimacion/

Gempeler, F. (2015). Reanimación cardiopulmonar. Más allá de la técnica. Recuperado de: https://ac.els-cdn.com/

S0120334714001476/1-s2.0-S0120334714001476-main.pdf?_tid=bbf28f6e-2ad4-4d6f-9c32-c693ba9c37e7&acdnat=1532990201_09bb711ccd33132002a620f8f4472fc6

Gómez-López, V. M.; Rosales-Gracia, S.; Ramírez-Martínez, J.; García-Galaviz, J. L.; Saldaña-Cedillo, S. y Peña-Maldonado, A. A. (2010). Evaluación de la aptitud clínica al egreso de la Licenciatura de Medicina. *Educación Médica Superior*, 24(2) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200011&lng=es&tlng=es.

Gómez-Roldán, I. (2005). Competencias profesionales: una propuesta de evaluación para las facultades de ciencias administrativas. Educación y Educadores. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83400805> ISSN 0123-1294

Gordillo Ochoa, W. D. (2015. Análisis comparativo para potenciar el uso de computadoras de placa reducida (Raspberry PI modelo B, Cubieboard2) en la creación de proyectos con base tecnológica de gran impacto social. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015: Section 10. Education and implementation of resuscitation. Resuscitation,* 95288-301. doi:10.1016/j.resuscitation.2015.07.032

ILCOR. Internacional Liasion Commmite on Resuscitation. Recuperado de http://www.ilcor.org/home/

Jaramillo Caro, A. M.; Hincapié García, A. y Cardona Arias, J. A. (2018). Significados Sobre la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE) en Profesores y Estudiantes de una Facultad de Medicina de Colombia. *Archivos de Medicina*, 14(28), 1-8. doi: 10.3823/1390

Ministerio de salud y protección social. (2014). Resolución número 2003 de 2014. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20de%202014.pdf

Navalpotro Pascual, S. *et al.* (2018). La experiencia de los profesionales sanitarios en la reanimación cardiopulmonar y su relación con su autoeficacia: aproximación cualtitavia. *Enferm Clin.* Recuperado de https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2018.09.008ARTICLE IN PRESS+

(NCEPOD. National Confidential. (2012). Enquiry into Patient Outcomeand Death, Time to Intervene? A review of patients whounderwent cardiopulmonary resuscitation as a result of anin-hospital cardiorespiratory arrest. Recuperado de http://www.ncepod.org.uk/2012report1/downloads/CAP summary.pdf9

Navarro-Vargas, J. R.; Matiz-Camacho, H. y Osorio-Esquivel, J. (2015). Manual de práctica clínica basado en la evidencia: Reanimación cardiocerebropulmonar. Colombian Journal Of Anesthesiology / *Revista Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 9-19. doi:10.1016/j.rca.2014.10.004

Navarro-Vargas, J. R. y Muñoz Corena, R. (2017). Historia de la terapia eléctrica en reanimación. *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación 16*(1) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182017000100002&lng=es&tlng=es.

Palés, J. L. (2006). Planificar un currículum o un programa formativo. *Educación Médica*, 9(2), pp. 59-65. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132006000200004&lng=es&tlng=es.

Rodríguez-Padrón, D.; Moreno-Montañez, M.; Rodríguez Padrón, J. y Pérez Leyva, E. (2014). Identificación de necesidades de aprendizaje sobre atención básica de urgencias y emergencias médicas en la Atención Primaria de Salud. *Educación Médica Superior,* 28(1), 15-25. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412014000100004&lng=es&tlng=es.

Presidencia de la República de Colombia (1 de julio de 2010). Decreto 2376, por medio del cual se regula la relación docencia-servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud. Recuperado de: http://www.udea.edu.co/

Tapia-Villanueva, R. M.; Núñez-Tapia, R. M.; Syr Salas-Perea, R. y Rodríguez-Orozco, A. R. (2007). El internado médico de pregrado y las competencias clínicas: México en el contexto latinoamericano. *Educación Médica Superior*, 21(4) Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412007000400005&lng=es&tlng=es.

Torres-González, C. H. (2018). Percepción de los estudiantes que cursan Internado Rotatorio en el Hospital Universitario Clínica San Rafael y su impacto sobre el entorno familiar (tesis de especialidad). Universidad Santo Tomás, Colombia.

Valderrama Sanabria, M. L. y Riaño Niño, R. N. (2018). La reanimación cardiopulmonar desde la experiencia del estudiante: estudio de caso. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, *20*(1), pp. 87-94. doi: 10.11144/Javeriana.ie20-1.rcee

2. Educación para la salud y cuidados paliativos

2.1. Educación para la salud
2.1.1. Estudio cualitativo sobre el reingreso hospitalario desde el punto de vista epistemológico de la investigación

Sandra M. Ascanio Q.[1]

Resumen

En el presente ensayo se analizará el reingreso hospitalario a través de un estudio con un enfoque epistemológico cualitativo hermenéutico. Este estudio será realizado en pacientes hipertensos mayores de 60 años. A partir de él, se busca identificar los factores contribuyentes (determinantes) y los factores prevenibles para que se produzca el reingreso; donde juega un papel muy importante la familia del paciente y su entorno, la atención intrahospitalaria y el apoyo social. La institución que presta el servicio de salud tiene el papel más importante para evitar que este reingreso se produzca. Se busca, además, demostrar que una buena educación puede llegar a disminuir exponencialmente que el paciente reingrese por complicaciones de la enfermedad de base y al final lograr vincular al prestador en la estrategia de educación, dado que además de evitar algunas complicaciones asociadas se disminuirá también el costo médico en salud.
Palabras clave: epistemología, educación para la salud, hipertensión, evento de no calidad, reingreso.

1 Médica general de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Introducción

Antes de iniciar con la introducción de este ensayo, deseo dejar un concepto conciso y claro de lo que significa el termino epistemología, tal como me sugirió la Dra. Martha Vergara Fregoso en sus clases de Epistemología de la Investigación, el planteado como significado que hace parte de la filosofía y que se inicia a través de una desconfianza, que busca una sensatez en los resultados; algo que también nos habla de un conocimiento riguroso, científico, demostrado, por ejemplo el matemático, y que supone un esfuerzo de lo cotidiano. La epistemología va ligada a la ontología (teoría de la realidad) que expone el plano vital, lo cotidiano y lo lee desde una estructura profunda, situándonos en un mundo de realidad que se deja conocer paulatinamente. Podemos decir, así, que la epistemología tiene que ver con el conocimiento del ser.

En el contexto epistemológico de la investigación se tiene en cuenta la construcción del conocimiento a través de un proceso metodológico, organizado, planeado y demostrado. Basado en soportes bibliográficos que se consolida en el estudio del arte o de la cuestión. Se requiere para esto tiempo y disposición. Es importante, además, tener claro que la hipótesis planteada por el investigador no debe influenciar los resultados de la investigación.

Es importante que todo investigador tenga unas bases éticas y valores muy bien fundamentados, ya que no toda investigación se realiza con fines lucrativos y tampoco los resultados serán alterados a consideración del investigador. Lo más importante de cada investigación es poder solucionar un problema que genere un impacto positivo en la población y que además perdure en el tiempo y pueda servir como base para implementarlo en otras comunidades. Toda investigación requiere de mucho estudio, lectura y esfuerzo. Se deben plantear metas claras y específicas que solucionen un problema particular.

> Todo investigador se expone además a los paradigmas sociales y culturales los cuáles si no son tomados en cuenta pueden generar barreras o alteración en los resultados esperados. Se debe intervenir sobre ella, conocerla y estudiarla. Estos paradigmas deben ser vali-

> dados por la realidad a través de un estudio metodológico (Melero, 2009, p. 340).

El médico, en la actualidad, se basa en datos y resultados, los cuales van a ser medidos posteriormente a través de indicadores que mostraran el resultado de su muestra y posteriormente analizará si este está relacionado con la meta a alcanzar y la línea base. No estamos acostumbrados a medir la satisfacción de nuestro cliente, mucho menos a asegurarnos si el usuario entiende o no la información entregada. Se observa en las consultas médicas que el tiempo que el médico le dedica al paciente para educar es muy corto y que, en últimas, el paciente así no entienda afirma haber entendido y esto conlleva al mismo paciente a consultar a otro médico para que le explique su patología generando un costo adicional en el usuario.

En el servicio de hospitalización el tema es aún más complejo, dado por el bajo número de especialistas, el elevado número de pacientes y por ende el poco tiempo por paciente; además de otros problemas relacionados, como la disponibilidad de tecnología para el análisis de historia clínica, interpretación de laboratorios y revisión de reportes de laboratorios.

Si lo vemos desde el contexto social, en el Departamento del Meta, la población de Villavicencio que asiste a consulta por urgencias en el Hospital Departamental está conformada en un 70% por personas del régimen subsidiado y el 30% corresponden al régimen contributivo; aproximadamente el 25% de esta población atendida corresponde al grupo de edad mayores de 60 años.

Dentro de las primeras cinco causas de consulta por urgencias de estos pacientes tenemos: 1. Dolor abdominal, 2. Hipertensión arterial, 3. Infección de vías urinarias, sitio no especificado, 4. Dolor en el pecho, no especificado y 5. Retención de orina. (Tabla 1.). Como el Dolor abdominal es un síntoma, entonces, para este estudio, se opta por analizar los reingresos de los pacientes hipertensos que es la segunda causa de morbilidad en pacientes mayores de 60 años, según lo indica la tabla No. 1.

Tabla 1. Diagnósticos de morbilidad en pacientes de 60-112 años.

CIE-10	Diagnóstico	Total (enero a julio
R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	537
I10x	Hipertensión esencial (primaria)	210
N390	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	163
R074	Dolor en el pecho, no especificado	90
R33x	Retención de orina	88

Fuente: Oficina de Estadística Hospital Departamental de Villavicencio

De los 210 pacientes, 74 pacientes reingresan por descompensación de su enfermedad de base, en porcentaje corresponde al 35%. Para el desarrollo del estudio, se busca a través de una encuesta con preguntas abiertas direccionadas hacia la identificación de factores de riesgo que generan los reingresos; para el desarrollo, se tiene como base otros estudios similares realizados a nivel nacional e internacional, por lo que se consideran 3 causas principales: 1. Relacionadas con el individuo (desconocimiento del autocuidado, pobre adherencia al tratamiento médico y recomendaciones); determinantes sociales (consumo de tabaco, cocina con leña, alto consumo de sal en los alimentos, sedentarismo); 2. Relacionados con la atención prestada, tiene que ver con la educación hacia el paciente, evaluación de la comprensión, verificación de lo comprendido y la falta de identificación del riesgo y prevención del mismo durante la estancia hospitalaria; y, 3. Relacionado con el asegurador –Empresa aseguradora de planes de beneficios (EAPB): se identifica pobre seguimiento al paciente con enfermedad crónica, no autorización de exámenes de seguimiento y control, pobre red para realización de estudios y tamizaje, pobre red para dispensación de medicamentos. También se involucra en este punto al ente territorial con los determinantes como pueden ser: área rural dispersa con malas o pobres vías de acceso, no tienen un puesto de salud cercano, falta de seguimiento al asegurador, no cuentan con

un estudio para identificar las necesidades básicas en salud y su cobertura. Esta metodología trabaja muy de la mano con las estrategias del nuevo Modelo Integral de Atención en Salud.

A partir de aquí se plantea el siguiente *objetivo de investigación***:** Identificar las necesidades educativas percibidas por los adultos mayores con enfermedades crónicas, que inciden en sus reingresos hospitalarios.

Para cumplirlo, se busca un *diseño metodológico del estudio* de corte cualitativo con un enfoque hermenéutico. La muestra para este estudio está comprendida por pacientes mayores de 60 años de edad, con diagnóstico de Hipertensión arterial que re-consultaron al servicio de urgencias del Hospital Departamental de Villavicencio por la misma patología durante el periodo del primero de enero de 2018 al 31 de julio de 2018. Toda la información de base se obtendrá de la historia clínica y se tendrá en cuenta los diagnósticos y comorbilidades asociadas. Se analizará además la causa del reingreso (Tabla 1 y 2). Siempre previo consentimiento informado del paciente y una valoración de la comprensión.

Tabla 2. Total de pacientes que reingresaron con diagnóstico de Hipertensión arterial de 60-112 años.

Total de hombres y mujeres que reingresaron con diagnóstico de Hipertensión Arterial de enero a julio de 2018	
Mujeres	41
Hombres	33
Total	74

Fuente: Oficina de Estadística Hospital Departamental de Villavicencio.

Características técnicas de la investigación

Aleatorización y tamaño de la muestra

Ya se cuenta con la información de pacientes que reingresaron con diagnóstico de Hipertensión Arterial durante el periodo de enero a julio de 2018. En total son 75 pacientes, de los cuales 42 son hombres y 33 son mujeres (Tabla 1 y 2). Se tomará la información de cada uno de los pacientes. Primero, se verificará si en el momento están hospitalizados. Segundo, si están vivos; y, tercero, si tiene domicilio cerca para realizar la encuesta ya sea por vía telefónica o en el domicilio según la accesibilidad, previa autorización bajo consentimiento informado. Algunos pacientes no cuentan con apoyo familiar ni social. Otros presentan deterioro de su estado mental, por lo cual se realizará una prueba de minimental para verificar la veracidad de la información.

Intervención

A través de la identificación de las causas principales del reingreso de pacientes, lo que se busca es fortalecer la educación al paciente en la adhesión a prácticas saludables como el consumo de agua, caminar 30 minutos al día, disminuir la ingesta de sal, control de peso y de la tensión arterial, prevención de riesgos para descompensación de la Hipertensión Arterial. Se trata también de compartir los resultados a los especialistas y médicos tratantes para mejorar la educación a nuestros pacientes. Se socializará también esta información al prestador, asegurador y ente territorial para diseñar la estrategia de acompañamiento a los pacientes por un equipo domiciliario que realice las visitas sobre educación en prevención de complicaciones de la enfermedad y contar con una línea y correo electrónico donde el paciente se pueda comunicar con su médico tratante ante cualquier duda.

Periodo de seguimiento

Después de identificar al paciente, se le hará un seguimiento durante 12 meses a través de llamadas telefónicas que se realizaran a los 3, 6 y 12 meses, con indicaciones de control con su médico de atención primaria, para recibir la atención adicional.

Medidas de los efectos y análisis estadístico

La primera variable utilizada para evaluar la eficacia de los resultados de la investigación fue tomar la estadística de los reingresos en menos de 15 días después del alta hospitalaria. La segunda variable fue evaluar el número de reingresos después de la primera consulta, tasas acumuladas y mortalidad por separado, la duración de los reingresos, tiempo de estancia hospitalaria, costo por evento. En caso de reingreso programado, no se tendrá en cuenta. Se analizarán también los datos por sexo y edad, teniendo en cuenta, además, las causas de descompensación que condujeron al reingreso.

Desarrollo

El resultado de este estudio de investigación va dirigido a mejorar la estrategia de educación para la salud incluida en las estrategias del modelo integral de las rutas de atención en salud (Resolución 3280 de 2018). Por lo anterior, es clave identificar qué dicen algunos autores (como Ph. D. Giovanni M. Lafrancesco V, 2011) con respecto al tema de educación para la salud.

Principales resultados de la investigación

En el momento no se cuenta con resultados de la investigación. Hay unos alcances hipotéticos de la misma y se adjuntan resultados de otras investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional sobre el reingreso para tener una idea de su comportamiento. Algunas de las variables a tener en cuenta en el tema de reingreso son las siguientes:

1. Relacionadas con el individuo; 2. Relacionadas con la atención prestada y 3. Relacionadas con el asegurador –Empresa aseguradora de planes de beneficios (EAPB).

Teniendo como claridad que el concepto de salud no es solo ausencia de la enfermedad, sino un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social (OMS, 2013), el solo conocimiento de las mismas no asegura el camino hacia la salud; son necesarias estrategias y acciones para pretender llegar a ella. Por ende, también es importante identificar los determinantes que coadyuvan para que el riesgo permanezca latente para así poder intervenir en los resultados.

Analizando todos estos esfuerzos que el gobierno, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, realiza en pro de mejorar la

seguridad en la atención en salud, aún existe un desconocimiento de la enfermedad, lo que conlleva al incremento del riesgo a padecerla y heredarla a nuestros hijos. El riesgo de morbimortalidad incrementa, aumentando en consecuencia el costo en salud (Gaviria, Lemus, Luna, 2011, p. 8).

En un estudio realizado en Colombia, se identifica que el costo médico de pacientes que reingresaron a la IPS en un semestre equivale aproximadamente a 32 mil millones de pesos. Se determinan dos clases de reingresos: el reingreso por urgencias (se refiere al ingreso del paciente en un periodo determinado de tiempo por el mismo diagnóstico principal del primer ingreso) y el reingreso hospitalario (se define como aquel ingreso programado o urgente que se produce tras el alta del paciente en un plazo de tiempo determinado y por un motivo o no relacionado con el diagnóstico de su primer ingreso, en este caso se conoce el tiempo en que el paciente reingresará).

En el caso que sea por urgencias, se trata de un reingreso que se pudo haber evitado con una mejoría en los cuidados otorgados. Algunos autores definen como tiempo de reingreso el que ocurre en las primeras 72 horas inmediatas al egreso hospitalario; teniendo en cuenta la concordancia en el diagnóstico, otros determinan el periodo ventana entre 15 días y 2 años, aunque el tiempo que se considera adecuado corresponde a 30 días.

Este es el tiempo más común utilizado en las investigaciones relacionadas con el tema y tomado en cuenta para el diseño de indicadores de calidad. La tasa de reingresos se ha considerado como un indicador que mide indirectamente la calidad y eficiencia de la prestación de los servicios asistenciales en salud. Los reingresos tempranos se pueden tomar como indicadores de un alta prematura y otros problemas relacionados con la calidad del cuidado

Así se observa en el estudio de Balla (*et al.,* 2010) quienes encontraron problemas potenciales en la calidad del cuidado en el 33% de los reingresos hospitalarios. Sus principales hallazgos fueron: Trabajo en equipo incompleto = 33%; Muy corta estancia hospitalaria = 31%; Medicación inadecuada = 44%; Diagnostico errado = 16%; y resultados de laboratorio no concordantes = 12%. Los reingresos a intervalos de tiempos más prolongados están relacionados con enfermedades crónicas, condiciones socioeconómicas deficientes y dificultades en

el acceso a los servicios de salud. Dentro de los procesos que son considerados generadores de alto costo por evento, se encuentra el reingreso hospitalario no programado.

Hay dos condiciones que pueden afectar el reingreso hospitalario, según estudio realizado en Tuluá-valle por Calderón (*et al.,* 2010). La primera depende del paciente y la otra de los factores provenientes de la asistencia recibida. Esto nos lleva a pensar si el proceso asistencial al que fue sometido el paciente fue el indicado y/o el necesario. Para la aplicación del proyecto, se buscó en la base de datos del 2012. Se obtuvieron 267 ingresos, se promedió el costo de los siguientes eventos y se tomaron los más costosos. Los que se encontraban por encima del promedio fueron 50 y se procedió a encuestar a los usuarios, y además se les realizó una visita para aplicar la encuesta cuya finalidad principal fue determinar los riesgos propios del paciente y del entorno que influye en los reingresos. Posteriormente se procedió a revisar las historias clínicas correspondientes a los casos y por último la calidad del diligenciamiento de la misma.

Se valora la historia clínica de ingreso, los manejos e interconsultas y contra-remisiones. Estos datos se pasan a la lista de chequeo y permiten evaluar la atención inicial de manera que nos ayude a determinar si hubo factores asociados al primer ingreso que condicionen o predispongan el reingreso hospitalario.

Para la caracterización de la encuesta se pregunta la edad, sexo (F, M), raza (negro, blanco, mestizo, mulato); estado civil (soltero, casado, viudo, separado); entorno (vive solo, hogar mayor, hijos cuidadores, ausencia cuidador, apoyo de la familia); educación (no estudio, primaria, bachillerato, técnico, tecnólogo, universitario); ingresos hospitalarios en meses previos (si, no); estancia hospitalaria (en días); hospitalización en el hogar (si, no); visitas de seguimiento (si, no); número de medicamentos que maneja, número de comorbilidades; factores relacionados con comorbilidad (S respiratorio, EPOC, S. genitourinario, S. digestivo, S. circulatorio, ECV, historia de cáncer, S. endocrino, enfermedad reumatológica, S. nervioso, demencia y depresión); tensión arterial (normal, alterada); exfumador (si, no); colesterol (normal, alterado); hemoglobina (normal, alterada); creatinina (normal, alterada); IMC (normal. alterado); índice de Barthel (grave, moderado, leve, independiente).

Adicionalmente, se realiza lista de chequeo aplicable a la verificación de indicadores sugestivo de seguimiento en la observación directa de las historias clínicas de los pacientes en el ingreso. Para esta actividad solo se aplicaron 22 listas de chequeo equivalentes al número de historias clínicas a las que se tuvo acceso. Lista de chequeo de verificación de indicadores sugestivos: aplicación de protocolo (si, no); alta médica posterior a 72 horas (si, no); manejo clínico avalado por especialista (si, no); valoraciones médicas (min 2 v /día) (si, no). Manejo hospitalario (comorbilidades) (si, no); plan ambulatorio (si, no); contra referencia IPS primaria (si, no); calidad atención por evaluador (si, no) (Gaviria, Lemus, Luna, 2011, p. 8).

Algunas estrategias para tener en cuenta al momento de realizar la entrevista están sugeridas en el Seminario sobre técnicas de divulgación y educación de la comunidad para los programas (Suárez e*t al.*, 1973): "Aplica varios enfoques de comunicación: 1. De acuerdo con el público. 2. En el momento adecuado. 3. Aprendizaje después de la acción. 4. Complementa al seguimiento de las comunicaciones. 5. El papel de la ansiedad. 6. Los medios de comunicación por las masas. 7. Persuasión *v*s. Educación".

Serrano M. (2013, p. 12) afirma con respecto a educación para la salud:

> La educación para la salud (EPS) con la población sana necesita incidir sobre los estilos de vida, alumbrar una nueva cultura sanitaria de educación que es el núcleo central de cualquier proceso educativo. En los próximos años hemos de afrontar el desafío sanitario mundial, el desafío ecológico y un desafío pedagógico que esencialmente marca el tiempo que nos separa del siglo XXI.

Y ofrece algunas sugerencias y constataciones: hay que educar desde la vida para una vida saludable; aprender desde las experiencias, saludables o no, y transformarlas en posibilidad de vida saludables; los estilos de vida no se elaboran únicamente desde las personas, tienen todos un concepto sociocultural desde donde se manifiestan; toda intervención educativa debe contemplar al individuo en su contexto; hay que educar en la confianza y en la esperanza en el futuro, no en el miedo; debe hacerse desde propuestas de vida y potenciando

la salud de la que se goza; hay que acentuar un aprendizaje vital que disminuya las actitudes negativas hacia uno mismo.

Dentro de los determinantes, tenemos presentes factores biológicos, ambientales, sociales, la salud y la educación. Por ello es importante considerar lo que dicen autores como Sanmartí, y Alimenti (1990):

> La salud tiene unos determinantes según Perri y Lalonde. 1. Contaminación del medio ambiente: contaminación del aire, del agua, del suelo y del medio ambiente psicosocial y sociocultural por factores de la naturaleza biológica, química, física y psicosocial. 2. Sistema de asistencia sanitaria: calidad, cobertura y acceso y, gratuidad. 3. Conducta insana: consumo de drogas institucionalizadas (tabaco y alcohol), consumo de drogas no institucionalizadas, falta de ejercicio físico, situación de estrés, consumo excesivo de grasas saturadas de origen animal, consumo excesivo de carbohidratos, promiscuidad sexual, violencias, conducción peligrosa (exceso de velocidad, no usar el cinturón de seguridad), hábitos reproductivos insanos, mala utilización de los servicios de asistencia sanitaria, no cumplimiento de las recomendaciones terapéuticas prescritas por el médico. 4. biología humana. Para cada uno de estos se incluyen estrategias de educación sanitaria.

Dentro del tema de educación para la salud, se tiene en cuenta estrategias de otros sistemas de salud destacados a nivel mundial, por lo cual se deja en este ensayo la propuesta de una estrategia francesa para la educación relatada por la revista *France Diplomatie* (2014).

> La educación es uno de los pilares de las políticas de desarrollo y una de las prioridades de la ayuda al desarrollo a la que Francia dedica un promedio del 14% de sus créditos anuales desde el 2002. Es una elección estratégica a favor del crecimiento sostenible y disminución de la pobreza, es una elección solidaria en la que todos los seres humanos nacen libres con igualdad de derechos y deberes, pero solo conocerán sus derechos si tienen acceso al conocimiento, los idiomas, las técnicas y las ideas, es una elección de la comunidad internacional.

Dentro de la estrategia de la UNESCO sobre la educación para la salud y el bienestar leemos:

> La estrategia está encaminada a crear promoción en salud y bienestar para la erradicación del SIDA. Con el fin de mejorar la salud y el bienestar de todos los niños y jóvenes, la UNESCO estructurará su labor en torno a dos prioridades estratégicas: garantizar que todos los niños y jóvenes reciban una educación sexual integral y de calidad, con inclusión del VIH, y garantizar que todos los niños y jóvenes tengan acceso a entornos de aprendizaje seguros, integradores y beneficiosos para la salud. Cuentan con 16 objetivos y metas sostenibles. Las metas consisten en llegar a una cobertura del 90% en todos los objetivos propuestos (UNESCO, 2017).

Por otra parte, la Dra. Chan M., directora de la OMS (2012), propone añadir a este modelo de salud la importancia de la protección a personas adultas mayores:

> La salud debe ser una parte esencial de cualquier intervención eficaz frente al envejecimiento. Si logramos que la población tenga una vida más sana y más larga, las oportunidades para la sociedad serán mayores y el costo será menor. Por tanto, este gran reto demográfico a que se enfrenta la humanidad en la primera mitad del siglo XXI, requiere una respuesta de salud pública; la OMS considera que esta cuestión es prioritaria para la Organización.

Hay muchos determinantes del envejecimiento sano y activo que no están relacionados con los sistemas de salud y que empiezan a ejercer su influencia en las primeras etapas de la vida. Así pues, nuestra respuesta ha de abordar la cuestión teniendo en cuenta todo el ciclo vital y en distintas esferas sociales. Ahora bien, el sector sanitario también tiene que adaptarse.

La inmensa mayoría de los problemas de salud de la vejez son consecuencia de enfermedades no transmisibles. Tenemos que crear sistemas sanitarios que sean capaces de prestar la atención que necesitan los pacientes crónicos y que puedan atajar adecuadamente los factores de riesgo.

Los efectos de esas enfermedades no transmisibles en la población de edad avanzada son dos o tres veces mayores en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. Los sistemas de salud actuales, en particular en los países de ingresos bajos y medianos, están mal diseñados para atender las necesidades sanitarias de los pacientes con afecciones crónicas, derivadas de esa compleja carga de morbilidad. Así, por ejemplo, si bien la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares son las principales causas de la pérdida de años de vida, y la presión arterial alta, factor fundamental de riesgo de esas enfermedades, es fácil de tratar, según un extenso estudio realizado recientemente, solo entre el 4% y el 14% de las personas mayores recibe tratamiento antihipertensivo eficaz en los países de ingresos bajos y medianos.

En lugar de tratar a las poblaciones más jóvenes con intervenciones curativas aisladas, los sistemas de salud tendrán que adaptarse para garantizar a la población mayor, que a menudo padece varias enfermedades crónicas y discapacidades, una atención segura y de calidad fuera del ámbito hospitalario. Entre las 15 causas principales de años de vida perdidos en las personas de 60 años o más, por diferentes grupos de ingresos de los países, con independencia del nivel de desarrollo económico, las tres primeras causas de muerte prematura son enfermedades no transmisibles: cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular (ictus) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

El análisis demuestra que la carga de mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles en las personas de edad avanzada es, de hecho, sustancialmente mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los países de ingresos altos. Así, entre el mismo número de personas mayores que viven en países de ingresos bajos o medianos, el número de años perdidos por accidente cerebrovascular es más de tres veces mayor que en los países de ingresos altos.

Asimismo, en los países de ingresos bajos o medianos se pierden más del doble de años de vida por cardiopatía isquémica, y más del cuádruple por enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Los APD (años perdidos por discapacidad) se calculan a partir de la incidencia de la enfermedad no mortal y un factor de ponderación que refleja la gravedad de la enfermedad.

Con este planteamiento, las cuatro causas principales de discapacidad (discapacidad visual, demencia, pérdida de la audición y artrosis) son las mismas en los países de ingresos bajos, medianos y altos, aunque el orden varía según el nivel de ingresos. En los países de ingresos bajos y medianos, la discapacidad visual es, con mucho, la principal causa de carga de enfermedad, y esta carga es más de tres veces mayor que la que presentan las personas de edad avanzada en los países de ingresos altos.

Estas deficiencias son debidas esencialmente a errores de refracción, cataratas, glaucoma y degeneración macular. Una proporción significativa de estos problemas puede corregirse o resolverse con un costo muy bajo.

La carga total de morbilidad a la que se enfrentan las personas mayores es una combinación de muerte prematura y mala salud experimentada en el curso de la vida. Este concepto se expresa en una medida conocida como «años de vida ajustados en función de la discapacidad» (AVAD). Se considera que un AVAD es un año perdido de vida «saludable», y se calcula como la suma de los años de vida perdidos por muerte prematura y los perdidos por discapacidad. Cuando se aplican a todas las edades, las principales causas de carga de morbilidad (AVAD) son las infecciones de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades diarreicas y los trastornos depresivos.

El análisis de la carga de morbilidad en las edades más avanzadas ofrece una panorámica distinta. Entre los adultos de edad avanzada en los países de ingresos altos, las principales causas de carga de morbilidad son, en orden de importancia, la cardiopatía isquémica, los trastornos visuales, la demencia, los cánceres y el accidente cerebrovascular. En los países de ingresos bajos y medianos, las principales causas son la cardiopatía isquémica, el accidente cerebrovascular, los trastornos visuales y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Todas ellas son enfermedades no transmisibles. El principal factor subyacente de riesgo observado en las personas mayores es la hipertensión arterial, que puede explicar el 12%-19% de la carga total de morbilidad en los países más pobres. Otros determinantes fundamentales son el tabaquismo y los niveles elevados de glucemia. El análisis de más de 35.000 personas de 50 años o más en el Estudio sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo (SAGE) de la

Organización Mundial de la Salud indica que, a pesar de que entre el 32% y el 80% de las personas mayores tenían la presión arterial elevada, solo el 4%-14% estaba recibiendo tratamiento eficaz. Sin embargo, la OMS ha identificado la terapia multimedicamentosa para las personas con alto riesgo de enfermedad cardiovascular como una buena inversión basada en pruebas con un costo anual de menos de US$ 1 por persona en los países de ingresos bajos.

Conclusiones

El reingreso hospitalario, más que indicador de la calidad de la atención hospitalaria prestada, es un indicador que permite evaluar la eficiencia de la EPS en la integración del paciente hospitalario al manejo ambulatorio adecuado y oportuno. Los factores para el reingreso son: la edad mayor de 45 años, género masculino, la suma de comorbilidades, la escasa red de apoyo familiar, algún grado de dependencia y el bajo nivel de escolaridad. Las patologías más frecuentes de reingreso hospitalario son: ECV (enfermedad cerebro vascular), EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) y sus exacerbaciones infecciosas o no y enfermedades tumorales.

Se observa adherencia a los protocolos de manejo, pero se debe mejorar el proceso de contra-referencia que incide en la aparición del segundo evento. Los pacientes que reingresan aumentan mayor el riesgo de mortalidad. Siendo para este caso de estudio 11 pacientes que fallecieron. La Red Mundial de la OMS de Ciudades Amigables con las Personas Mayores, está adoptando medidas prácticas para crear entornos físicos y sociales que promuevan un envejecimiento saludable y activo. Se han instaurado programas afiliados en muchos países, como Canadá, Eslovenia, España, los Estados Unidos de América, la Federación de Rusia, Francia, Irlanda y Portugal. También participan ciudades individuales como Ginebra, La Plata, Manchester y Nueva York. Cada uno de esos programas se ha comprometido con un ciclo de mejora continuada para ser más «amable con las personas mayores». Esto incluye estrategias para mejorar los aspectos físicos y sociales del entorno, como la accesibilidad, el transporte, los vínculos intergeneracionales, las actitudes sociales y la prestación de servicios.

Están apareciendo muchos modelos innovadores. Se necesita con urgencia una acción pública integral con respecto al envejecimiento de la población. Para ello serán necesarios cambios fundamentales, no solo en lo que hacemos, sino en la forma misma en que concebimos el envejecimiento y la salud: se nos abre aquí un marco de acción para promover el envejecimiento saludable en torno a un nuevo concepto de capacidad funcional.

Será preciso alejar a los sistemas de salud del modelo curativo y acercarlos a la prestación de cuidados integrales, centrados en las personas mayores. Habrá que crear, en algunos casos de la nada, sistemas integrales de atención a largo plazo. También será necesaria una respuesta coordinada de muchos otros sectores y de varios niveles de gobierno y habrá que basarse en mejores formas de medir y vigilar la salud y el funcionamiento de las poblaciones de la edad.

Probablemente estas medidas sean una buena inversión en el futuro de la sociedad. Un futuro que otorgue a las personas mayores la libertad de vivir una vida que las generaciones anteriores nunca podrían haber imaginado.

Los reingresos hospitalarios se han asociado a condiciones propias del paciente y a factores derivados de la asistencia sanitaria recibida. Integrar información de bases de datos clínico-administrativas de atención primaria y hospitalaria mejora la capacidad para identificar factores asociados con un mayor riesgo de reingreso que podrían servir para plantear estrategias.

Bibliografía

Calderón Hernández, G. y Castaño Duque, G. A. (2010). *Investigación en administración: conocimiento para el bienestar de las personas y el desarrollo de las organizaciones.* Colombia: Universidad Nacional de Colombia. ISBN 978-958-719-450-0.

Delgado, J. y Gutiérrez, J. (1995). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales.* España: Editorial Síntesis.

Gaviria, D.; Lemus, M. y Luna, S. (2011). *Acciones para controlar el reingreso hospitalario y disminuir el costo por evento de una EPS del régimen contributivo del municipio de Tuluá.* (Tesis de maes-

tría en Administración para la salud). Universidad Católica De Manizales. Recuperado de http://repositorio.ucm.edu.co:8080/jspui/bitstream/handle/10839/643/Diana%20Gaviria%20Calderon.pdf?sequence=1&isAllowed=y

lafrancesco, G. (2011). Algunas problemáticas de la investigación en educación y pedagogía en Colombia: estrategia para enfrentarlas y resolverlas. *Revista investigación, desarrollo e innovación 1* (2), pp. 7-16. ISSN: 2027-8306.

Martín, M.; Carmona, R.; Escortell, E.; Rico, M. y Sarría, A. (2011). Factores asociados a reingresos hospitalarios en pacientes de edad avanzada. *Atención Primaria 43* (3), pp. 117-124. DOI:10.1016/j.aprim.2009.12.007

Melero, N. (2009). El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. *Cuestiones Pedagógicas 21*, pp. 339-355. De https://institucional.us.es/revistas/cuestiones/21/art_14.pdf

Organización Mundial de la Salud (2013). *La buena salud añade vida a los años.* OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2018). *Actividad Física en Chile.* Recuperado de https://www.paho.org/chi/index.php?option=com_content&view=article&id=195:promocion-salud&Itemid=1005

Perea, R. (2012). La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. *Educación xx1 4* (1), pp. 15-40. DOI: https://doi.org/10.5944/educxx1.4.0.361

Questionpro (2018). ¿Qué es la escala de Likert y como utilizarla? Recuperado de https://www.questionpro.com/blog/es/que-es-la-escala-de-likert-y-como-utilizarla/

Rincón, H. (1976). Popularización de un artículo técnico. En: Instituto Colombiano Agropecuario (Ed.), *Curso sobre técnicas de comunicación* (pp. 105-132). Tibaitatá: Programa nacional de entrenamiento. División de comunicación rural.

Salleras, L. (1990). *Educación sanitaria: principios métodos y aplicaciones.* 2 ed. Madrid: Díaz de Santos. ISBN 10: 8486251192

Sánchez, L. (2000). *Flanders en Java.* (Tesis Licenciatura. Ingeniería en Sistemas Computacionales). Departamento de Ingeniería en

Sistemas Computacionales, Escuela de Ingeniería, Universidad de las Américas Puebla. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lis/sol_s_lj/capitulo2.pdf

Serrano, M. (2002). *La educación para la salud*. 2 ed. Madrid: Díaz de Santos. ISBN: 84-7978-535-5

_____. (2013). Acerca de nuevos procedimientos en psicología interconductual. *RMIP 5* (1). pp. 104-109.. Recuperado de www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com

Neus Sanmartí, N. y Alimenti, G. (1990). La evaluación refleja el modelo didáctico: análisis de actividades de evaluación planteadas en clases de química. Universidad Autónoma de Barcelona (España), Neus.Sanmarti@uab.es, Universidad Nacional del Sur (Argentina), alimenti@criba.edu.ar

UNESCO (2017). *Estrategia de la Unesco sobre la educación para la salud y el bienestar: contribución a los objetivos de desarrollo sostenible*. Francia: UNESCO.

2.2. Cuidados Paliativos
2.2.1. El modelo de enfermero en cuidado paliativo: una mirada hacia el paciente, el entorno y su familia

Nubia Sánchez Suspe [1]

Resumen

El artículo analiza la atención de pacientes terminales a partir de las políticas nacionales emanadas por el Ministerio de Salud y Protección mediante la ley 1733 de 2014 (Ley Consuelo Devis Saavedra), mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irreversibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida, y las directrices de la Organización Mundial de la Salud, explorando las tensiones entre el cuidado brindado por enfermería tanto al paciente como al familiar y la preparación que la academia suministra para realizar el abordaje de un cuidado humanizado y el avance de la medicalización en el final de la vida**.**

La investigación se realizará desde un enfoque cualitativo y un paradigma acción participativa, mediante entrevista de profundidad y cuestionario de percepción; la principal fuente de información partirá de las voces y vivencias de los profesionales de enfermería que, por medio de sus relatos, permitirán conocer las prácticas de cuidado paliativo que brindan a los pacientes que las requieren. El objetivo de la investigación es: diseñar un modelo de atención en enfermería a

1 Enfermera jefe, Universidad Javeriana. Docente de la Escuela de enfermería, Fundación Universitaria Juan N. Corpas.

partir de la identificación de necesidades formativas y de la teoría del cuidado de enfermería.
Palabras clave: cuidados paliativos; atención de enfermería; competencia profesional; dolor.

Introducción

La alegría, la tristeza, la enfermedad y la muerte es una característica que nos iguala a todos los seres humanos. Nos iguala tanto a ricos como a pobres, no tiene en cuenta la raza, la edad, si se es madre, padre o hijo, ni la circunstancia o momento en que se padecerá. Por ello, hablar de una enfermedad terminal es dolor, hablar de la muerte es dolor, ambas circunstancias son sufrimiento, es hablar de una pérdida para quienes se encuentran alrededor de quien se convierte en el centro de este suceso, que conlleva a hablar de duelo, de tristeza y frustración. Pero para quien debe de afrontar el padecimiento de sufrir una enfermedad terminal, es la pérdida no solo de su salud, sino también de su independencia, ya que va requerir de cuidados especiales, medicación de forma continua, acompañamiento permanente, lo que genera realizar cambios en el ritmo de vida de sus cuidadores, que generalmente son sus familiares más allegados.

La necesidad de cuidados al final de la vida se ha convertido en una necesidad importante para los diferentes entes gubernamentales, ya que, a la par con el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento poblacional, se incrementan las personas que requieren de este tipo de cuidados; frente a este requerimiento, desde las instituciones de atención en salud se debe garantizar que la población demandante de este tipo de cuidados reciba la mejor atención, con el fin de asegurar un final tranquilo de la vida, resultando beneficioso para el paciente y su familia.

Para garantizar un abordaje integral al paciente, se requiere de la conformación y formación de profesionales de la salud que brindan este tipo de cuidados, los cuales deben contar con competencias que involucren conocimientos, habilidades, actitudes y valores en busca de ayudar al paciente, a la familia o cuidadores a vivir la fase terminal de la enfermedad de la forma más plena y confortable posible.

El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población han generado importantes cambios sociales, políticos, económicos y culturales, convirtiéndose en un reto para las diferentes instituciones, estructuras sociales y entes gubernamentales a nivel mundial en lo que respecta a la implementación de políticas públicas y sociales, programas, proyectos (y demás) que aborden de manera integral las demandas de la población a medida que envejece, siendo la atención en salud una de las principales preocupaciones en una larga lista de necesidades por resolver (Dulcey Ruíz, 2010).

En la actualidad, nos encontramos en una sociedad altamente tecnificada y en continua evolución en el campo de la medicina, la industria civil y militar, la informática y cibernética, los cambios educativos tanto en modelos, contenidos y objetivos que entraña una innovación en los programas curriculares, lo que permite al estudiante ser más versátil y crítico al ritmo de estos avances tecnológicos y su aplicabilidad. Pero, ¿realmente a la sociedad se le enseña todo aquello que necesita? Si lo analizamos desde las respuestas que se visualizan ante el dolor y la muerte por parte de aquellos que las sufren, no es así. En relación a esto, Bonilla (2011) expone en su tesis:

> Durante las últimas décadas, la medicina ha experimentado un avance tecnológico sin precedentes, se han desarrollado sofisticadas técnicas de diagnóstico y tratamiento que han permitido revertir numerosas patologías, aumentando la sobrevida y mejorando la calidad de vida. Sin embargo de ello, el desarrollo de las medidas de soporte vital ha dado paso a problemas que hoy se deben afrontar, como el de mantener pacientes gravemente enfermos vivos, casi por tiempo indefinido, sin poderse establecer con certeza el pronóstico, en quienes la aplicación de tales técnicas termina siendo un acto de maleficencia, al favorecer la distancia, prolongando inútilmente el proceso de morir o aún peor, permitiéndoles sobrevivir con daños severos e irreversibles que comprometen su calidad de vida (p. 18).

El envejecimiento de la población ha sido uno de los logros a nivel mundial en cuanto a la implementación de políticas en salud, enfocadas en los avances tecnológicos para contrarrestar diferentes patologías de origen infeccioso; pero, a medida que la población envejece,

aumentan otras enfermedades de tipo crónico y no transmisible que llevan a que la población necesite cuidados para el tratamiento de estas y otras que requieren de manejo hasta el final de la vida. En cifras, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014), en la 67° Asamblea Mundial, actualmente más de 40 millones de personas necesitan cuidados paliativos cada año; y se prevé que la necesidad de éstos crecerá en el mundo entero.

Respecto a los cuidados paliativos, Sarmiento (2015, p.24) menciona que la cronicidad de las enfermedades y la poca respuesta de los pacientes a diferentes tratamientos demandan una atención especial, acorde a su estado físico, mental y emocional. La OMS refiere que, desde hace varios años, ha sugerido un plan de acción que involucra cuatro frentes para la prestación de servicios de este tipo de cuidados: 1. Diseño de políticas específicas, 2. Disponibilidad de medicamentos necesarios para el alivio del dolor y otros síntomas, 3. Educación en cuidado paliativo para trabajadores de salud y para el público en general, 4. Prestación de servicios de cuidados paliativos en todos los niveles sociales.

Es ese tercer aspecto el principal foco de esta investigación, en lo que respecta a la atención de este tipo de cuidados desde el personal de enfermería. Es así que, en los últimos años, el papel de la enfermería ha adquirido un protagonismo especial en los cuidados paliativos, de acuerdo con Hernández-Sánchez *et al.* (2016):

> Es el enfermero/a el miembro del equipo sanitario más próximo y en estrecho contacto con el paciente y su núcleo familiar, sobre todo en la fase de enfermedad terminal; por tanto, debe asumir los cuidados que resultan necesarios en el último trayecto de vida del paciente (p. 89).

En Colombia, para dar cumplimiento a esta directriz mediante la Resolución 0429 de 2016, se decretó el Modelo de Atención integral en Salud como parte de las políticas de Atención Integral en Salud en Colombia. El núcleo de este modelo son las personas, su bienestar y desarrollo, mediante intervenciones de promoción de la salud, autocuidado, detección temprana de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y paliación, de manera oportuna. El Ministerio de Salud manifiesta que este modelo determina las prioridades del sector salud

a largo plazo, y busca constituir "el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados". Y agrega:

> El propósito del MIAS es por tanto la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Esto implica generar las interfaces entre los agentes institucionales, las normas y los procedimientos del Sistema y su adaptación a los diferentes ámbitos territoriales. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud. No obstante, esta integralidad no implica unicidad ya que las características de las poblaciones y de los territorios tienen diferencias. (Ministerio de Salud, 2016, p.46).

Diferentes investigaciones han evidenciado la escasa preparación con la que los profesionales del área de la salud cuentan para el abordaje de pacientes que requieren este tipo de cuidados. Al respecto, López *et al.* (2014) mencionan que estudios exploratorios adelantados con profesionales de medicina de diferentes especialidades en Cuba y otros países, reflejan la escasa preparación del profesional para un abordaje realista y útil a la muerte de los pacientes. Así mismo, en relación con enfermería, Chover-Sierra *et al.* consideran al profesional como "un elemento fundamental en la provisión de cuidados a la población en cualquier etapa de su ciclo vital, sin embargo, requieren una formación adecuada para proporcionar cuidados de calidad" (2017, p. 2). En ese estudio, titulado "Conocimientos en cuidados paliativos de los profesionales de enfermería de un hospital español", se identificaron "conceptos erróneos y déficits formativos en el ámbito de los cuidados paliativos, entre los profesionales de enfermería del hospital en donde se realizó el estudio", que se pueden mejorar mediante educación especifica en Cuidados Paliativos.

Lo que se nos dice en el Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica referente a la situación de Colombia para el 2012 (Pastrana,

T. *et al.*, 2011), no es diferente: se evidenció un número insuficiente de profesionales entrenados, una falta de inclusión de la cátedra de Cuidados Paliativos en todos los pregrados de medicina, enfermería, psicología, trabajo social y en las especialidades médicas, De los estudios de Codomiu *et al.* (2011) y Pinto (2011) también se infiere la importancia de la formación en cuidados paliativos de los profesionales de la salud desde pregrado.

La práctica de cuidados paliativos requiere de profesionales con una formación integral, donde no solo estos cuidados se orienten al manejo clínico sino a todos aquellos aspectos que hacen parte de la vida de aquel que carga con una enfermedad terminal. Es preciso, en este tema, retomar lo mencionado por la OMS en la 67° Asamblea de Salud, donde advierte que la falta de conocimientos sobre cuidados paliativos perpetúa el sufrimiento evitable provocado por síntomas que se pueden tratar (2014, p. 40) ; sin duda este sufrimiento no es solo físico, se extiende hacia otras áreas del ser humano como sus emociones, sentimientos, pensamientos y, en general, a todo lo que lo rodea, o, como lo diría Cicely Saunders[2], se trataría del "dolor total" que vive el paciente, relacionado con las diferentes dimensiones del sufrimiento que hay que abordar con el fin de mitigar los efectos negativos en el paciente.

Por lo tanto, es importante generar un acercamiento hacia los conocimientos que poseen los profesionales de enfermería, no solo en aspectos clínicos de la práctica del cuidado que posea, sino aquellos que se encaminan a fomentar un abordaje en las diferentes áreas del paciente que está a su cuidado. Esto con el fin de reconocer dentro de sus prácticas aquellas que el profesional considera se encaminan hacia la atención integral y, a su vez, identificar las necesidades en cuanto a la formación a partir de las vivencias del profesional, dejando de lado la tendencia que se ha evidenciado en la academia de adquirir este tipo de información a través de estudios cuantitativos o cualitativos desde diferentes paradigmas. Por otro lado, como producto del proceso investigativo, se han obtenidos diferentes resultados, que apuestan por la creación de política, modelos de cuidado, creación de hospices en cuidado paliativo, donde confluyen diferentes disciplinas en salud con un único objetivo: mejorar la calidad de vida de aquellos que requieren de cuidados al final de la vida.

2 Fundadora del movimiento de los *hospices* y los cuidados paliativos.

Por lo anterior: la implementación de un modelo de cuidado paliativo desde enfermería que integre el triángulo conformado por el paciente, la familia y su entorno, ¿ayudará a mejorar las decisiones relacionadas con el final de la vida, los cuidados y el manejo de fármacos en función de la evolución de la patológica que se padece, con el objetivo de buscar que el final sea lo mejor posible, teniendo en cuenta que la etapa que precede a la muerte puede ser de meses, semanas o días? y, ¿cuál de las teorías de enfermería será la más apropiada, ¿cuál ofrece más ventajas, reconoce y aborda mejor un cuidado paliativo en el que se dan cita el bienestar y calidad de vida, el manejo de síntomas, el confort, un cuidado que permita la preservación del autocuidado, la vinculación de la familia y allegados, pero principalmente que respete y vele por los derechos del enfermo, respeto y dignidad? Estas teorías deben aportar componentes teóricos y conceptuales que se constituyan en la base para ser el soporte en la argumentación de las intervenciones a aplicar desde los diagnósticos enfermeros y las intervenciones de enfermería y los resultados de las intervenciones realizadas (González Rodríguez, Carrillo González y Arias, 2017).

Estos mismos autores citan a Sellan *et al.*, quien manifiesta que:

> En enfermería existen referentes teóricos que desde una perspectiva humanista y existencialista consideran relevante el cuidado hasta el final de la vida. La enfermería se dirige hacia la comprensión y la intervención en experiencias relacionadas con la salud y el sufrimiento en el que se trabaja con el potencial del ser humano; los participantes en el cuidado desde una perspectiva humanística se involucran en un dialogo intersubjetivo, cuyo fin es fomentar el bienestar en las personas más necesitadas (Sellan *et al.*, 2012, p. 63).

Cuidados paliativos

El cuidado paliativo se ha denominado de diferentes maneras: cuidado al final de la vida, cuidado terminal, ayuda o asistencia al moribundo, ayuda al buen morir, atención al paciente agonizante. Esta búsqueda de cómo definir de una u otra manera busca que el término

no agreda aún más al paciente y familiares que se encuentran inmersos en esta circunstancia.

Los Cuidados Paliativos ni aceleran ni detienen el proceso de morir. No buscan prolongan la vida y tampoco aceleran la muerte mediante la eutanasia. Se busca e intenta que los profesionales de la salud estén presentes y aporten conocimientos especializados de cuidados desde diferentes disciplinas como medicina y psicología, soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia. La atención que se brinda a los familiares para afrontar el fallecimiento del paciente es fundamental para el manejo del duelo. Estos son los pilares de los Cuidados Paliativos que se iniciaron en Londres en la década de los sesenta (SECPAL, 2013).

Los seres humanos no realizan preguntas al azar o por capricho, las realizan buscando una respuesta a aquello que no le es comprensible en un momento dado; ante una noticia no esperada y dolorosa, se busca una respuesta con la cual mitigar su dolor y afrontar la nueva situación a la que se ve abocado ante la realidad de enfrentar una enfermedad terminal o crónica que finalizará en un desenlace doloroso para las personas que se encuentran en su entorno. Pero se busca que quien la padece no sufra y el profesional de salud debe hacer frente a esta situación: por ello, debe de suministrar la información que sea más pertinente y estar preparado para responder a cada uno de los interrogantes que se le formularán cuando brinda la información referente a los cuidados que se prestarán desde las instituciones de salud o referidas a los cuidados cuando son trasladados a sus hogares para estar en compañía de sus familiares. Ante esta situación y su afrontamiento, Burgos (2013) manifiesta:

> El hombre se relaciona con la realidad en tres niveles fundamentales: las cosas, las relaciones interpersonales y Dios, y esa relación se establece a su vez, en dos direcciones: recepción e influencia. El hombre es afectado por el mundo que le rodea, pero a su vez, mediante su acción puede modificar ese mundo y transformarlo de acuerdo con sus deseos y necesidades

Por otra parte, tenemos que:

> Las estructuras sociales prehistóricas que se ocuparon de proveer cuidados paliativos se encuentran relacionadas con la transformación de la vida nómada a sedentaria, el cambio de recibir remedios proporcionados directamente por la naturaleza por medio de cocción o infusión a fármacos elaborados en las boticas y laboratorios y por ende surge la necesidad del hombre de interpretar el desarrollo natural de la enfermedad, el dolor y la muerte (Siles González y Solano Ruíz, 2012, p.1021).

Los avances de la medicina desplazan al médico del ámbito del hogar del paciente y trasladándose a los Hospices y hospitales para ejercer sus labores desde el ámbito hospitalario.

> Al médico se le enseñó a curar, por lo que los enfermos moribundos perdieron importancia médica, ya que no se podía hacer nada por ellos. Los médicos anteriores atendían a sus enfermos con el único propósito de aliviar los síntomas propios de la enfermedad y proporcionarles bienestar. La mayoría de las personas morían en casa. Los vivos estaban familiarizados con los muertos y con la idea de su propia muerte. La muerte era un hecho de vida cotidiano y como tal, era vivido con naturalidad (Montes, 2006, p. 3).

Desde la antigüedad, el hombre ha buscado cómo confortar a los enfermos ante el dolor y la agonía, buscando con avances tecnológicos prologar la existencia y, a la vez, mitigar el dolor (Aries, 1983); así, desde la prehistoria hasta el presente, el hombre debe afrontar este misterio de la muerte y la enfermedad. Algunos tendrán tiempo para prepararse a este evento; por ello, al acompañar a los pacientes y familiares en este momento y brindar un apoyo de manera cálida, humana y profesional, los integrantes del equipo de salud, entre ellos la enfermera, deben de ayudar a paliar los sentimientos de dolor. Así nos lo recuerda Saunders:

> Trabajar en cuidados paliativos requiere una perspectiva que valore integralmente a la persona, y que considere la enfermedad terminal

> como un proceso biológico y a la vez biográfico, y la muerte no como un fracaso, sino como un misterio. Solo desde ahí se puede aspirar a comprender y dar respuesta a la complejidad del camino por el que pasan los enfermos. Al acompañar a los pacientes, el profesional se aproxima a un espacio donde el conocimiento adquirido y el modelo biomédico aprendido son útiles, pero se hacen más necesarios los recursos y experiencias que ayuden a atender y acompañar el sufrimiento (Saunders, 2011, p.8).

Aunque muchos de los pacientes desean morir rodeados de sus familiares en el lecho de su hogar, el avance continuo (a medida que se agudiza la enfermedad) de síntomas como el incremento del dolor, la necesidad de soporte de oxígeno, la no tolerancia de la vía oral y la angustia de los familiares ante el desenlace final, requiere que algunos se trasladen a los hospitales donde fallecen, en servicios para atención de enfermedades agudas con tratamiento activo para la patología o en cubículos de reanimación, a pesar de estar en fase terminal de la enfermedad.

Teniendo en cuenta ese panorama, es importante que, durante la implementación de la enseñanza de los cuidados paliativos por parte del personal de la salud, se presente tanto al paciente como a los familiares, como parte de los derechos del paciente la figura de voluntades anticipadas, para así evitar este dolor y angustia al paciente si aún es consciente de su situación, así como el de los familiares o allegados.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió los cuidados paliativos como:

> Enfoque que mejora la calidad de la vida de los pacientes y sus familias que enfrentan problemas asociados con enfermedades terminales, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la pronta identificación, correcta evaluación, tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicológicos y espirituales (OMS, 2002).

Indicando posteriormente como objetivos principales de la atención del cuidado paliativo: abordaje integral, atención precoz, calidad de vida y directrices para su desarrollo. Este tipo de cuidados, es con-

siderado parte integral de los sistemas de salud y un elemento inalienable del derecho de los ciudadanos; debe ser orientado hacia las necesidades del paciente, teniendo en cuenta sus valores, preferencias, dignidad y autonomía.

Estar en la fase final de la vida es algo más que un evento biológico, es una experiencia humana radical para quien la vive y para quien cuida y acompaña al paciente; es un momento pleno de emociones de miedo, angustia, frustración y negación. Pero, a una, se convierte en la época de brindar cuidados, amor, gratitud y hasta de reconciliación de familiares. A la vez, es una etapa de aprendizaje y transformación para todos los involucrados en ella, dado que el abordaje que se da desde la concepción de cuidado paliativo involucra tanto a paciente, como familia, entorno y equipo multidisciplinar de salud (Fascioli, 2017, p.46).

Este término es definido por Alonso y Meneses como "el presupuesto central que consiste en la asistencia a la "totalidad bio-psico-social-espiritual" de pacientes, familiares y amigos, brindada por un equipo interdisciplinario" (Alonso y Meneses, 2015, p.464); estos profesionales buscan disminuir al máximo posible el dolor y los demás síntomas, para posibilitar de manera simultánea una mayor autonomía e independencia de los pacientes.

El brindar cuidados paliativos exige un compromiso ético-moral del profesional de enfermería unido a unos conocimientos acordes con el momento y el resultado de la situación planteada, desde el manejo terapéutico hasta el acompañamiento de la persona en el final de su vida. Sobre esto, Sarmiento-Medina manifiesta:

> Moral, porque tiene que ver con el nivel práctico de lo correcto o incorrecto del quehacer cotidiano del profesional de salud ante su paciente, o, de manera más general, de la persona humana ante el sufrimiento o la muerte de uno de sus semejantes. Ético, porque requiere un nivel de reflexión sobre los principios, normas, creencias o hábitos que determinan los juicios morales de lo que es correcto o no y las consecuencias de aplicarlos (Sarmiento-Medina, 2015, p. 28).

En Colombia, desde el Ministerio de Salud y Protección, mediante la Ley Consuelo Devis Saavedra, en el en artículo 4, se define que los cuidados paliativos:

> Son los cuidados apropiados para el paciente con una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible donde el control del dolor y otros síntomas, requieren, además del apoyo médico, social y espiritual, de apoyo psicológico y familiar, durante la enfermedad y el duelo. El objetivo de los cuidados paliativos es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un proceso normal.

Por ello, desde esta postura legal, los colombianos pueden acceder a los servicios de salud desde diferentes tipos de vinculación, ya como cotizantes ya como beneficiarios; en algunos casos, se cancelará una cuota moderadora de acuerdo a la estratificación dada desde la posición laboral de ingresos devengados. Por tanto, desde el momento en que el paciente es diagnosticado con una patología de desenlace fatal o enfermedad crónica degenerativa, se le brindarán los servicios, tratamiento y apoyo que requiera tanto él como sus familiares y la inclusión al derecho de recibir cuidados paliativos.

Competencias de enfermería

Las competencias de enfermería se relacionan de manera sucinta con el ser, el hacer y el saber de la enfermera; y, desde la antigüedad, se relacionan con la mujer proveedora de cuidados.

De acuerdo con Siles González y Solano Ruíz, 2012, el término cuidado:

> Constituye desde el punto de vista semántico (respecto al potencial de su significado), una categoría lo suficientemente amplia como para englobar categorías más específicas en el proceso de ordenación científica y profesional de la enfermería. Partiendo de este carácter genérico del término más emblemático y nuclear de la disciplina de enfermería, se comprende la pertinencia de adoptar defini-

ciones no limitativas que no menoscaben la dimensión vertebradora del concepto.

Las competencias son un conjunto articulado y dinámico de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que toman parte activa en el desempeño responsable y eficaz de las intervenciones cotidianas dentro de un contexto determinado (SECPAL, 2013, p. 10). Se entienden como actuaciones integrales para identificar, interpretar, argumentar y resolver problemas del contexto con idoneidad y ética, integrando el saber ser, el saber hacer y el saber conocer.

Good y Del Vecchio Good (citado en Alonso, 2013, p. 2544) distinguen "la competencia y el cuidado como aspectos que cruzan la práctica médica, la primera asociada al lenguaje, conocimiento y habilidades de la medicina, y el segundo a las actitudes de compasión y empatía". En cuidados paliativos, la competencia y el cuidado se integran, lo que permite al profesional de la salud, consolidar un conocimiento y experticia sobre cómo abordar temas relacionados con la muerte y el morir, la enfermedad y la cronicidad y deterioro paulatino por parte del paciente y el afrontamiento de los familiares en esta situación.

De igual forma, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define las competencias como "las características individuales (conocimientos, habilidades y actitudes) que permiten a una persona ejercer su actividad de forma autónoma, perfeccionar permanentemente su práctica y adaptarse a un entorno en constante mutación" (SECPAL, 2013, p. 10). En relación con el cuidado de pacientes en situación paliativa y de sus familiares, nos encontramos con un reto único para la enfermera/o en cualquier nivel de actuación en que este proceso se desarrolle y, por lo tanto, deben contar con competencias que les permitan abordar las situaciones que este tipo de cuidado requiere.

Para llevar a cabo la prestación e implementaron de servicios de calidad en cuidado paliativo, se debe de cualificar al personal que integrarán los equipos de salud. Desde los años setenta, se inicia la inclusión de módulos en cuidado paliativo en la carrera de medicina como especialización, Dupont (en 1988) y Plumb, Segraves y Smith en 1992 (citados por Pinto, 2011), expresan que, inicialmente, los con-

tenidos de esta catedra no tenían un direccionamiento establecido de contenidos para la enseñanaza en las escuelas de medicina y enfermería. Se brindaba a los estudiantes material didáctico sin exponerles directamente con los pacientes, objeto de su aprendizaje y cuidado. La formación de las enfermeras era esa; a pesar de que estas eran quienes atendían a los pacientes. A mediados de los años noventa se inicia la puntualización en los contenidos curriculares, uno de los cuales es la implantación e implementación de la escala analgésica del dolor de la Organización Mundial de la Salud para el maneajo del dolor crónico, oncológico y no oncologico, en pacientes de diferentes paliativas terminales y no terminales.

En Colombia, esta inclusión de los cuidados de paliativos se inicia desde el Instituto Nacional de Cancerología y la Universiada Javeriana. Pastrana T. *et al.* (2012) en el informe del Atlas de cuidados paliativos en Latinoamerica, exponen que:

> Existen 3 facultades de medicina que incluyen Cuidados Paliativos en sus planes de estudio con carácter obligatorio y además pueden ser tomados como área de profundización. También Cuidados Paliativos aparece en el plan de estudios obligatorios en una facultad de enfermería, una de trabajo social y una de psicología, y como área opcional en otra facultad de psicología.
>
> Para el 2016, se presenta una tendencia al aumento de programas de salud que incluyen en sus currículos, en diferentes grados de estudio los cuidados paliativos, así se encuentra la inclusión a nivel de pregrado en cuatro universidades en nueve programas; a nivel de especialización en ocho universidades en diez programas; a nivel de diplomado en tres universidades en seis programas: y como electiva en tres universidades en tres programas (Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos, 2016).

Por lo anterior, se plantea una investigación cualitativa/acción participativa enfocada en conocer las prácticas de enfermería que permiten un abordaje integral al paciente en cuidados paliativos desde la perspectiva propia de los profesionales, utilizando la entrevista como técnica de recolección de información, la historia de vida mediante el desarrollo de grupos focales, observación no participante y el análisis

del discurso en la primera fase. En la segunda fase: comparar y analizar los modelos teóricos de los programas de formación en enfermería a partir de la información obtenida, identificar las competencias del profesional y las necesidades de formación en lo que respecta a los cuidados paliativos; a partir de los resultados, diseñar un modelo de enfermero en cuidado paliativo para el abordaje del paciente y la familia en el entorno cotidiano o hospitalario con el cual se logre brindar el mayor bienestar posible, y donde se maneje el dolor total, el respeto a la dignidad, la autonomía y el derecho a ser partícipe en el propio tratamiento y seguir con el proceso de la muerte como un proceso natural.

La investigación se realizará teniendo en cuenta el enfoque cualitativo, ya que con este se busca conocer la realidad tal cual la vivencian los actores de la investigación, o, como mencionan Bonilla y Rodríguez, el interés de este tipo de investigación es "captar la realidad social 'a través de los ojos' de la gente que está siendo estudiada, es decir, a partir de la percepción que tiene el sujeto de su propio contexto" (Bonilla y Rodríguez, 2005, p. 47). Por lo tanto, la principal fuente de información en esta investigación partirá de las voces y vivencias de los profesionales de enfermería que, por medio de sus relatos, permitirán conocer las prácticas que ellos consideran apuntan al cuidado integral del paciente que requiere cuidados paliativos.

La investigación se enmarcará en el paradigma acción participativa, ya que "es el apropiado para estudiar los fenómenos sociales al intentar comprender la realidad circundante tal como ésta se presenta, este tipo de investigación trata de develar porque un fenómeno ha llegado a ser así y no de otro modo" (Morales, 2003, p.130). Además, con este tipo de investigación, se busca focalizar la atención en la descripción de lo individual, lo distintivo, la existencia de realidades múltiples y encontrar lo particular de cada hecho, sin establecer en él generalidades; en este caso, las prácticas de enfermería que forman parte del cuidado integral al final de la vida, tal como lo percibe el personal de enfermería.

La técnica de recolección de información será la entrevista en profundidad, ya que a través de ella se obtiene la información que no es visible en el contexto, por lo que se requiere ahondar en aspectos puntuales de lo que se quiere conocer. Referente a este aspecto, Boni-

lla y Rodríguez (2013, p. 97) plantean que el objetivo de la entrevista es conocer la perspectiva y el marco de referencia a partir del cual las personas organizan su entorno y orientan su comportamiento.

Conclusión

Los cuidados paliativos no son una terapia curativa: están destinados a proporcionar calidad de vida a quien ingresa a estos servicios, donde se busca dar lo mejor con la finalidad de que los pacientes no sufran de dolor (tanto físico como dolor del alma), al ser protagonistas y observadores del dolor que causan a familiares y allegados y del que ellos mismos padecen. De igual manera, los profesionales que conforman los equipos multidisciplinarios de atención deben encontrarse cualificados para desempeñar sus roles de manera oportuna, con una mirada holística y con un enfoque que busque minimizar el deterioro de la salud y las complicaciones subyacentes que aceleran el fallecimiento del paciente. Desde la academia, el impartir una catedra de cuidado paliativo desde enfermería, apoyada en un modelo de cuidado de enfermería en cuidado paliativo, permitirá a la enfermera/o implementar cuidados de manera oportuna y, a la vez, realizar una valoración, planeación, ejecución y evaluación de los pacientes en el ámbito hospitalario y domiciliario, de manera pertinente desde la atención primaria, para así realizar los cambios que se requieran buscando brindar confort y confianza al paciente y, a la par, iniciar una intervención (ya educativa) con la familia o cuidador y reflexionar sobre cómo será su intervención en las etapas finales de la vida o en patologías crónicas degenerativas del paciente a su cuidado.

Referencias

Alonso, J. y Menezes, R. (2015). Variaciones sobre el “buen morir”. Un análisis comparativo de la gestión del final de la vida en cuidados paliativos en Argentina y Brasil. *Intersecciones en Antropología, 13* (2), pp. 461-472. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179525429011

Alonso, J. P. (2013). Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida. *Ciência & Saúde Coletiva [en linea], 18*(9), pp. 2541-2548.

Aries, P. (1983). *El hombre ante la muerte.* España: Tauros.

Asamblea Mundial de la Salud (2014). Fortalecimiento de los cuidados paliativos como parte del tratamiento integral a lo largo de la vida (No. WHA67. 19). Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha67-rec1/a67_2014_rec1-sp.pdf

Bonilla Castro, E. y Rodríguez Sehk, P. (1997). *Más allá del dilema de los Métodos. La Investigación en Ciencias Sociales.* Bogotá. Editorial Norma.

Bonilla Merizalde, J. (2011). El afrontamiento de la muete del paciente terminal en el servicio de oncología y hematología del hospital de especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador.

Burgos Velasco, J. M. (2013). *Antropología. una guía para la existencia.* Madrid: La palabra.

Chover-Sierra E.; Martínez-Sabater A. y Lapeña-Moñux, Y. (2017) Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-e2847.pdf

Codorniu, N.; Guanter, L.; Molins, A. y Utor, L. (2013) Competencias enfermeras en cuidados paliativos. Sociedad Española de cuidados paliativos. . Recuperado de https://www.secpal.com/biblioteca_monografias-secpal-1.

Dulcey Ruíz , N. (2010). Psicología social del envejecimiento y perpectivas del transcurso de la vida consideradas críticas. *Revista Colombiana de Psicología, 19*(2), pp. 207-224. Recuperado de https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/14521/34435

Fascioli, A. (2017). Los cuidados paliativos y el final de la vida: expresión del reconocimiento del otro. *Enfermería: Cuidados Humanizados 5*(2), pp. 46-53.

González Rodríguez, O. J.; Carrillo González, G. M. y Arias, E. M. (2017). Teorías de enfermería para la investigación y la práctica en cuidado paliativo. *Revista Latinoamericana de Bioética 17*(32), pp. 60-79.

Hernández-Sánchez, M. L. y Aguilar-García, C. R. (2016). Conocimiento del personal de enfermería sobre cuidados paliativos en pacientes hospitalizados de medicina interna. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social* 24(2), 87-90. Recuperado de revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/rt/.../95/155

López Mantecón, A.; Machado Vázquez, L.; Hernández Quintero, O.; Arvelo Figueredo, M.; González Hernández, C. y Reyes Méndez, M. (2014). Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología, 16*(1), pp. 5-14. Recuperado de http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451644523002

Minsalud. (2016). *Política de atención integral en salud. Un sistema de salud al servicio de la gente.* Bogotá: Minsalud.

____. (2016). Modelo integral de atención en salud. MIAS. *Plan de capacitación sectorial*. Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/01-pais-mias-capacitacion-sectorial.pdf

Montes de la Oca Lomeli, G. A. (10 de Abril de 2006). Historia de los cuidados oaliativos. *Revista Digital Universitaria, 7*(5), pp. 2-9. Recuperado de http://www.revista.unam.mx/vol.7/num4/art23/abr_art23.pdf

Muñoz, H. (2004). El presupuesto en un protocolo de investigación. *Revista Salud Pública y Nutrición*. Número especial. Recuperado de http://www.respyn.uanl.mx/especiales/ee-8-2004/05.pdf

Organización Mundial de la Salud (2002) Cuidados paliativos, Recuperado de http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos. (2016). *Anuario del Observatorio Colombiano de Cuidados Paliativos.* Bogotá: Universidad El Bosque.

Pastrana, T.; De Lima, L.; Went , R.; Eisenchlas, J.; Monti , C.; Rocanfort, J. y Centeno, C. (2012). *Atlas de cuidados paliativos en Latinoamérica.* Houston: Internacional Association for hospice and palliative care.

Pinto B, B. J. (2011). Formación y docencia en cuidados paliativos: la necesidad de una aproximación pedagógica integral. *Revista Colombiana de Enfermería, 6*, pp. 121-127.

Sarmiento-Medina, M. I. (2015). El cuidado paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque* 1(2), pp. 23-37. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/293012214_El_cuidado_paliativo_un_recurso_para_la_atencion_del_paciente_con_enfermedad_terminal.

Saunders, C. (2011). *Velas conmigo*. Houston: Tallers Gráfics Soler.

Siles González , J. y Solano Ruíz , M. (2012). Historia cultural de los cuidados paliativos en las sociedades primitivas: revisión integrativa. *Escola de Enfermagem da USP. Online, 46*(4), p. 1017.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2013). *Historia de los Cuidados Paliativos y el Movimiento Hospice*. Madrid: España.

3. Conclusiones

José Antonio Méndez Sanz

La medicina y la enfermería que aquí se defienden son, fundamentalmente, una práctica social/corporal emancipadora que incorpora elementos cognitivos y afectivos. Es, por ello, un campo interdisciplinar situado claramente en un eje antropológico dilatado, un conocimiento interesado, un cuidado como modo de construir la ciudad y los cuerpos que la habitan. Conocer es parte del cuidar; cuidar es parte del vivir; del ir viviendo, conservando y promoviendo y sabiendo y transmitiendo.

La transmisión es clave para mantener viva y tenso lo que acabamos decir: por eso se insiste en las páginas que anteceden en la elaboración de programas y pruebas que ajusten bien y promuevan el valor de la medicina familiar como territorio especializado (especial) que realiza la articulación fundamental entre cuerpo doliente y política pública.

Se acentúa así el carácter envolvente de la atención primaria, que pone de relieve el carácter social del enfermar y del recaer, del malestar amplio y de su paliación o sanación, sin por ello descuidar los aspectos científicos (en sentido tradicional) del saber médico ni renunciar a aprendizajes a veces alejados del trato corporal (como puedan ser las simulaciones) que, en última instancia, por estar orientados al trato real y efectivo, a la circulación de cuerpos (paciente, enfermero, médico, familia, comunidad, estado...).

Es cierto que estas conclusiones, dada la índole del libro, no son, en puridad, conclusiones, sino tomas de postura al inicio de una

investigación de campo de corte cualitativo en las que se articulan largos años de estudio y práctica sanitaria por parte de sus autores en hipótesis de investigación sobre territorios socio biomédicos.

Pero en esto, precisamente, consiste lo hermenéutico. Y aquí estriba el altísimo punto de interés que este libro suscita. Su contemporaneidad. Nos permite ver la indagación en la experiencia como un proceso metamórfico o, al menos, re configurador, en el que elementos largamente sedimentados sufren transformaciones decisivas respondiendo a presiones o suscitaciones, fracturas, desplazamientos, fricciones... El que no sepamos cómo acabarán siendo recolocados (la investigación planteada está en curso) no quita nada, sino que añade interés: toda determinación se hace mejor desde varias validaciones y aquí tenemos ya cuatro: (i) la posición general de los autores desde su experiencia (y esto, en investigación cualitativa es muy importante), (ii) el campo elegido para indagar, (iii) una reflexión sobre el método que se va ha elegido y (iv) las diversas hipótesis que plantean y su despliegue en objetivos.

El posible ajuste que exija la inmersión en el campo, los resultados que se obtengan y las perspectivas de futuro que se abran (puesto que todas estas investigaciones apuntan, en última instancia, a un reajuste minorativo de los diversos ejes que las articulan: ejercicio de la sanidad, políticas de salud pública, formación de los profesionales de la salud) serán, precisamente, la muestra del buen planteamiento que aquí se propone.

He aquí la fuerza hermenéutica de estas páginas: frente a la ilusión de que investigar es determinar lo que está ahí, sin más, investigar desde la valoración de la propia experiencia a partir de hipótesis proyectadas desde la exigencia de un vivir juntos (de una antropología) en ejercicio de creatividad en el que lo cognitivo es biófilo, alimento de lo social. De una socializada que no es un mero estar conjuntamente sino un convivir esotérico.

Formación y manejo del cuerpo desde la educación para la salud y la antropología
Se terminó de editar en octubre de 2019 en los talleres de PROCESOS FINALES para las Artes Gráficas
Hospital 1011, Col. Sagrada Familia Guadalajara, Jalisco, México.
Al cuidado de la edición: MCRM
Diseño de portada: JAC
Tiraje: 1 ejemplar.



UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA

PIENSA Y TRABAJA

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS
Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

CUCSH

Centro Universitario de
Ciencias Sociales y Humanidades

Universidad de Oviedo

ISBN 978-607-547-593-6