

Policlínico Docente "Ramón González Coro", La Habana, Cuba.

Propuesta de competencias profesionales para el perfil del egresado en la especialidad de medicina interna en Cuba

Proposition of professional competences for the profile of the graduate in Internal Medicine's specialty in Cuba

Miguel Ángel Blanco Aspiazu^I, Héctor Rodríguez Silva^{II}, Miguel Ángel Moreno Rodríguez^{III}, Lázaro Díaz Hernández^{IV}, Ramón Sir Salas Perea^V, Haydée Del Pozo Jerez^{VI}, Saúl Armenteros Terán^{VII}

^IDoctor en Ciencias Médicas. Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. aspiazu@infomed.sld.cu

^{II}Doctor en Ciencias Médicas. Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras". silva@infomed.sld.cu

^{III}Doctor en Ciencias. Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Militar "Dr. Carlos J Finlay". mmoreno@infomed.sld.cu

^{IV}MSc. en Educación Médica. Profesor Titular de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública. ldiaz@infomed.sld.cu

^VDoctor en Ciencias de la Salud. MSc. en Educación Médica. Profesor Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Escuela Nacional de Salud Pública. salasram@infomed.sld.cu

^{VI}Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Consultante de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital Clínico-Quirúrgico "Hermanos Ameijeiras" hadlopez@infomed.sld.cu

^{VII}Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. MSc. en Educación Médica. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Hospital General Docente "Joaquín Albarrán" lauraag@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: el programa vigente de la especialidad Medicina Interna todavía no cuenta con una definición de las competencias de la especialidad.

Objetivo: Proponer las competencias profesionales para el perfil del egresado en la especialidad de Medicina Interna en Cuba.

Material y Métodos: se trabajó en grupos nominales y seminarios-talleres, dirigidos a definir y normalizar las competencias a evaluar según norma la Comisión Nacional de competencia y desempeño del Ministerio de Salud Pública.

Resultados: se definieron: 4 áreas de competencias; 5 competencias asistenciales centradas en el método clínico; 3 competencias docentes centradas en la estructura de la actividad; 4 competencias centradas en el ciclo de dirección y 4 competencias centradas en el ciclo de investigación. Además 19 elementos de competencias asistenciales.

Conclusiones: la propuesta de competencias concibe la aplicación del análisis en matriz para lograr la validez de contenido y externa de los elementos de competencias.

Palabras clave: competencias clínicas, medicina interna, programa, diseño curricular, desempeño, perfil profesional, Cuba.

ABSTRACT

Introduction: the program in use of the specialty Internal Medicine not yet has a definition of the competitions of this specialty.

Objective: Propose the professional competences for the profile of exit of the Internal Medicine's specialist in Cuba.

Material and Methods: work at nominal groups and workshops in order to define and to normalize competences to evaluate according to standard of the National Commission for competence and performance of the Health Ministry.

Results: It were defined: 4 areas of competence; 5 assistance competences centered in the clinical method; 3 teaching competences centered in the structure of the activity; 4 competences centered in the cycle of administration and 4 competences centered in the cycle of investigation. Besides 19 elements of competences y the assistance functions.

Conclusions: the proposal of competences conceives the application of the analysis in matrix to achieve the contents and external validity of the elements of competences.

Key words: clinical competences, internal medicine, program, curricular design, performance, professional profile, Cuba.

INTRODUCCIÓN

La definición de competencias laborales responde al criterio de que ello puede contribuir al mejoramiento de la calidad del desempeño profesional. Sobre el diseño por competencias existen propuestas interesantes en Europa donde el Proyecto Tuning pretende lograr un diseño curricular válido, eficaz y estándar, que permita, entre otras cosas, establecer criterios de acreditación de títulos entre países^{1,2} y ya

está en América Latina.^{3,4} Además de ser una oportunidad para acercar los diseños de programas a necesidades del mundo laboral, elemento positivo, también busca facilitar a través de un marco común la movilidad de recursos humanos algo que puede parecer muy noble, pero requiere regulaciones legales que eviten el robo de cerebros.

Existen experiencias previas de definición de competencias del internista, por ejemplo en los Estados Unidos de Norteamérica.⁵

Existen enfoques diversos para el diseño de programas por competencias, tales como el funcional, el ocupacional y el constructivista.⁶ Los autores coinciden con la visión social constructivista que encierra el concepto de Epstein y Hundert, quienes la definieron como "el uso habitual y juicioso de la comunicación, conocimientos, habilidades técnicas, razonamiento clínico, emociones, valores y reflexión en la práctica diaria en beneficio del individuo y la comunidad atendida".⁷ Esta se integra a un enfoque que atiende a cuatro de las funciones definidas en todos los programas de residencias médicas del país.

La Comisión Nacional de competencia y desempeño creada por el Ministro de Salud Pública⁸ ha iniciado un proceso de definición de las competencias de diversas especialidades entre las cuales ocupa un papel relevante la Medicina Interna, para ello convocaron a algunos Grupos Nacionales de Especialidad.^{9,10}

El paso a diseñar el programa de la especialidad, basado en competencias es asumido como una oportunidad para su perfeccionamiento en todos los sentidos, para que las formas de evaluación de la competencia de los internistas se acerquen a las de su desempeño¹¹ y como vía a lograr mejor integración entre los países con los cuales tiene Cuba relaciones de colaboración.

En el caso del programa vigente de la especialidad Medicina Interna todavía no cuenta con una definición de las competencias de la especialidad, ni el diseño del programa satisface las exigencias de diseño por competencias. Por estas razones, los autores se plantean como primera pregunta científica ¿Cuáles son las competencias del perfil del egresado de la especialidad Medicina Interna?

OBJETIVO

Se presentan resultados preliminares de una investigación en curso que tiene como objetivo proponer las competencias profesionales para el perfil del egresado en la especialidad de Medicina Interna en Cuba.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo tecnológico en el curso de 2014 por indicación del Departamento de Recursos Humanos del MINSAP al Grupo Nacional de Medicina Interna.

Los autores participaron en dos seminarios-taller de preparación para posteriormente realizar reuniones siguiendo el esquema de trabajo de grupos nominales.^{12,13}

Sirvieron de referentes la revisión de literatura, la referencia a eventos críticos de la experiencia de los autores, la sistematización de conocimientos sobre el método clínico y el marco establecido por el programa vigente en cuanto al perfil del especialista y sus funciones. Se asumió el análisis funcional como enfoque del diseño.

La secuencia general de temas de discusión acordada fue la siguiente:

- Esencialidades de la Medicina Interna como especialidad.
- Derivación de las áreas de competencia a partir del perfil del especialista y funciones del perfil profesional.
- Definición de las competencias en las funciones teniendo en cuenta los conceptos claves de cada una, a saber: método clínico para la función asistencial; estructura de la actividad para la función docente; ciclo de investigación para la función investigativa y ciclo de dirección para la función de dirección.
- Normalización de competencias mediante el llenado del modelo 2 recomendado por Salas Peras y colaboradores. En él se especifican: Área funcional, unidad de competencia, elemento de competencia, campo de aplicación, recursos, criterios de desempeño, evidencias de desempeño e instrumentos de evaluación.¹⁴
- Definición de la evaluación de competencia.

Los miembros del grupo nominal revisaron literatura disponible sobre el tema, una parte utilizada como referencias bibliográficas de este artículo.

Los resultados del trabajo del grupo nominal fueron discutidos en plenaria en el seno de la Comisión Nacional de Competencia y Desempeño con el propósito de continuar perfeccionando la propuesta.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para definir las competencias profesionales se partió de las características esenciales y las funciones fundamentales de esta especialidad. Estas pueden verse desde las funciones definidas en el perfil de su egresado. Tanto el perfil del egresado como las funciones están correctamente definidas y son indispensables para vincular las competencias diseñadas a la práctica social del internista. Ello permite materializar las competencias más allá de la función asistencial individual.¹⁵

Función asistencial

El propósito clave del aprendizaje en la Medicina interna es el proceso de atención médica a los trastornos de la salud en el paciente adulto.

Es uno de los médicos generalistas del Sistema Nacional de Salud, aunque su formación y escenario de desempeño fundamental es el de los hospitales.

Dentro de los hospitales el internista es el consultante principal en salas de medicina interna, consultas externas y cuerpos de guardia para casos sin emergencias. No obstante, está preparado para atender las emergencias médicas. También puede participar en equipos multidisciplinarios o como interconsultante para otras especialidades.¹⁶

El papel del internista en el ámbito hospitalario está en constante evolución dada su interacción con otros profesionales y los recursos disponibles en cada institución.¹⁷

En el caso de la solución de problemas diagnósticos, el internista se destaca en casos complejos con comorbilidad y pluripatología, por tanto con enfermedades crónicas y agudas.

Problemas diagnósticos en que la actividad del internista es más importante:

- Fiebres de origen desconocido.
- Enfermos pluripatológicos
- Crónicas no transmisibles descontroladas o no
- Cáncer en proceso de diagnóstico o de seguimiento una vez terminado el tratamiento oncoespecífico.
- Infecciones como causa primaria de la atención o complicantes de otras entidades.
- Síndromes inflamatorios articulares.
- Urgencias médicas.
- Enfermos terminales.

Función docente

En el plano docente, el internista dirige su actividad fundamentalmente hacia su propio personal, hacia médicos de especialidades clínicas, hacia el pregrado de la Carrera de Medicina y hacia los pacientes y familiares, por tanto, las competencias docentes con vistas a su inclusión en el programa de la residencia deben abordar su autopreparación, su actividad educativa y de consejo médico a pacientes y familiares, y su participación en la docencia según los reglamentos, tanto cuando no cuenta con categoría docente como cuando ya es instructor o asistente. Se excluyen las actividades propias de auxiliares y titulares por no ser categorías comúnmente a su alcance durante la formación como especialista.

Por tanto, las experiencias revisadas sobre competencias de docentes,¹⁸⁻²⁰ no pueden ser aplicadas directamente a residentes en formación, ya que exigen otro sistema de formación y evaluación.¹⁰

Función investigativa

Los campos de acción de la investigación en la especialidad son variados y es el contexto institucional y la calidad de los consejos científicos los que pueden propiciar que campos de acción y tipos de diseño se utilicen. La formación del residente en este campo busca que domine los pasos del ciclo de investigación y al final sea capaz de funcionar como primer autor. Además que domine la gestión de las mejores evidencias aplicables a la solución de los problemas generados por el trabajo asistencial y docente.

Función de dirección

En la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud hay opciones de participación en dirección. Desde la comunicación entre colegas hasta las funciones propias de un dirigente a nivel de Grupos Básicos de Trabajo o de los Comités del Círculo de la Calidad de los hospitales como opciones más directas. También en caso de integración a otras estructuras organizativas como las sindicales, cátedras de extensión universitarias y políticas que implicarían escenarios en los que las competencias asociadas a esta función podrían ser valoradas con especificaciones, pues no todos los residentes tienen igual nivel de actividad.

Se excluyen las funciones especiales ya que se consideró tenerlas en cuenta al abordar los elementos de competencia de las funciones asistencial y asistencial.

Siguiendo la lógica de las funciones definidas en el perfil del egresado de la especialidad, se definieron las competencias alrededor de esas funciones. Para cada función se seleccionaron conceptos claves que aparecen en negritas en el cuadro 1, a saber:

Cuadro 1. Esquema general de competencias a partir de las funciones y los conceptos claves seleccionados

Función o Área de competencia	Competencias
Asistencial	Método clínico
	1. Relación Médico-Paciente.
	2. Diagnóstico del problema de salud.
	3. Solución de problema de salud.
	4. Registro de información relativa al proceso de atención médica.
	5. Ejecución de destrezas técnicas.
Docente	Estructura de la actividad
	1. Orientación de la actividad.
	2. Ejecución demostrativa de la actividad.
	3. Retroalimentación de la actividad.
Investigativa	Ciclo de investigación
	1. Diseño de proyecto de investigación.
	2. Ejecución de la investigación.
	3. Confección del informe final.
	4. Divulgación de resultados investigativos.
Gerencial	Ciclo de dirección
	1. Planificación de la actividad de dirección.
	2. Organización de la actividad de dirección.
	3. Ejecución de las tareas de dirección.
	4. Control del proceso de dirección.

Concepto clave para la función asistencial – Método Clínico

Teniendo como problema científico el problema de salud y por lo tanto no limitado al proceso diagnóstico, su estructura y extensión queda definida en los enunciados de las competencias de la función asistencial y no coinciden completamente con su manejo por otros autores nacionales en diversas publicaciones revisadas.²¹⁻²³ Su valor como concepto clave se eleva por su relevancia como modelo del objeto de aprendizaje en la educación en el trabajo y la enseñanza problémica de la clínica. Criterio este coherente con el de expertos que lo consideran método de aprendizaje.^{23,24}

Concepto clave para la función docente–Estructura de la actividad

Es aplicable a toda actividad docente independientemente de hacia quién se dirija. La estructura de la actividad, según la Teoría de la planificación por etapas de las acciones mentales y los conceptos de P.Ya. Galperin, de la cual otros investigadores crearon las Bases Orientadoras de la Actividad tienen variantes pero todas incluyen tres fases o componentes del microsistema de actividad: orientación–ejecución–control.²⁵

Concepto clave para la función investigativa - Ciclo de Investigación

También es invariante para cualquier contexto y ejecutores.

Concepto clave para la función de dirección - Ciclo de Dirección

Se manifiesta en las tareas de dirección de pequeños grupos que le son más inherentes.

Competencias específicas de la Especialidad Medicina Interna

Una vez establecidos estos conceptos claves fue más fácil enunciar las competencias basadas en los elementos invariantes que aparecen en el cuadro 1.

Existen experiencias en la definición de competencias generales^{1,26-28} como las del Concejo de Acreditación para el Graduado en Educación Médica, ACGME (*Accredited Council for Graduate Medical Education*) que enuncian seis competencias generales:

- 1) Atención de pacientes.
- 2) Conocimientos médicos.
- 3) Progreso y aprendizaje basado en la práctica.
- 4) Habilidades comunicativas e interpersonales.
- 5) Profesionalismo.
- 6) Práctica basada en sistema.²⁶

En España, se publican competencias para el pregrado que proceden de la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina Españolas y del Proyecto Tuning e incluyen:²⁹

- a) Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética.
- b) Fundamentos científicos de la Medicina.
- c) Habilidades clínicas.
- d) Habilidades de comunicación.
- e) Salud pública y sistemas de salud.
- f) Manejo de la información.
- g) Análisis crítico e investigación.

Vale señalar que se trata de competencias generales que se utilizan como ejes para el diseño de los programas. Todas son importantes y los autores consideran que deben ser objeto de integración en la propuesta en desarrollo.

De forma similar las denominadas competencias básicas que superan los marcos de la profesión, tales como las comunicativas,^{30,31} el trabajo en equipo y solución de problemas, entre otras,³² aparecen subsumidas en las específicas aquí enunciadas. Desde el punto de vista metodológico es imprescindible que una vez creada una propuesta de competencias para determinada especialidad, se realice un análisis en matriz o malla con vistas a valorar la representatividad en los elementos de competencia o realizaciones personales, de otras propuestas que difieran en aspectos conceptuales o formales, por ejemplo las funciones especiales previstas en los programas de residencia cubanos. De esta forma se estaría aportando validez externa

y evitando ausencias importantes. Los elementos de competencias son las acciones que se pueden evaluar directamente. cuadro 2

Cuadro 2. Desagregación de las competencias en elementos. Ejemplo: Área o función de asistencial

Competencia	Elementos de competencia
Relación Médico-Paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Lograr acercamiento empático. -Ejecutar entrevista centrada en el paciente de ser un caso no urgente. -Actuar con diligencia ante el problema de salud del paciente.
Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> -Obtener la información relevante e indispensable para el diagnóstico integral. -Emitir un juicio diagnóstico clínico aceptable para el momento de la evolución del paciente y de acuerdo con la información disponible. -Pronosticar la evolución del paciente a corto y largo plazos con mesura. -Comprobar el diagnóstico con eficiencia en atención a la relación riesgo y costo-beneficio.
Solución integral del problema de salud	<ul style="list-style-type: none"> -Mostrar enfoque de riesgo individualizado. -Valorar relación riesgo-coste/beneficio en las decisiones que integren la mejor evidencia disponible con la mejor experiencia. -Abordar medidas de rehabilitación apropiadas. -Adoptar acciones sicoterapéuticas.
Registro de información	<ul style="list-style-type: none"> -Registro de la información necesaria para el diagnóstico. -Registro de juicio clínico. -Llenado de documentos legales. -Información clara en sintaxis, caligrafía y ortografía.
Destrezas técnicas	<ul style="list-style-type: none"> -Conocimiento de las indicaciones y contraindicaciones. -Dominio técnico de procedimientos. -Cumplimiento de los principios bioéticos. -Interpretación de los resultados.

Una habilidad muy importante para el clínico es la adopción de decisiones ³² y no puede estar ausente de cualquier propuesta de competencias. Al analizar su presencia en esta propuesta no se define como una competencia aislada sino integrada en todas las mencionadas. Es un buen ejemplo de análisis que no puede faltar con vistas a valorar en qué medida una propuesta particular contiene otras visiones de este asunto.

Para todos los elementos de competencias se da una situación a resolver mediante los instrumentos de evaluación. Por un lado, hay particularidades de la situación evaluada, por ejemplo, punción lumbar o canalización de vía venosa central, que implicaría contar con una lista de chequeo específica donde se exprese una secuencia de acciones y operaciones particulares.³³ Al tiempo que hay elementos comunes dentro de cada elemento de competencia tanto conocimientos, habilidades y valores básicos, lo que influiría en la necesidad o no de repetición de formatos evaluativos.³⁴

Esta propuesta es similar a la de Hull ³¹ en cuanto a contenido aunque difieren en su estructura. Hull utiliza una secuencia que parte de los conocimientos básicos, la habilidad para aplicarlos, la habilidad para obtenerlos a partir de los pacientes, para

plantearse y probar hipótesis y resolver problemas, para desarrollar planes de manejo y termina con las características personales manifiestas en actitudes y valores.

Con vistas a facilitar la evaluación de las competencias y tener claridad de su relación con los objetivos y contenidos de los programas, se definieron los conocimientos, habilidades y valores propios de cada elemento de competencia.¹⁴ En el cuadro 3 se muestra un ejemplo.

Cuadro 3. Modelo 1 para la identificación de las competencias

Área Funcional: Asistencia		
Unidad de competencia: Relación Médico-Paciente		
Elemento de competencia: Lograr acercamiento empático		
Conocimientos claves	Habilidades claves	Actitudes y valores requeridos
Concepto de relación médico-paciente, empatía, oportunidades empáticas	Observación Escuchar atentamente. Explorar aspectos sicosociales. Maniobras para solicitar información afectiva. Maniobras para manejar información afectiva. Garantizar <i>confort</i> al paciente.	Motivación para prestar atención a las expresiones emocionales del paciente. Cortesía. Respeto. Condolencia. Diligencia.

Para los diseños basados en competencias los portafolios son a criterios de los autores ideales. Priorizar las observaciones directas en los escenarios reales debe ser la forma más importante de evaluar competencias,³⁵ pero no la única. En cualquiera de los formatos evaluativos se deben utilizar criterios normalizados a vencer por el evaluado³⁶ en un tiempo que no es fijo de modo que es la evaluación formativa la más importante.

Coherentemente con la prioridad de la evaluación formativa, el enfoque de tendencias en la evaluación hasta el logro de las competencias según se normalice es propio de estos currículos. La velocidad de aprendizaje difiere entre residentes y, por tanto, cada expediente de evaluaciones debe reflejar un número y diversidad de evaluaciones suficientes que satisfaga las exigencias de validez, confiabilidad, impacto en la formación y la práctica futura, aceptación por los aprendices y profesores y los costos.³⁷

Entre las opciones de evaluación están:

- Observación de la actuación ante casos clínicos reales o simulados en el contexto de interconsultas, pases de visitas, discusiones de varias especialidades, guardia médica. Puede tratarse de exámenes clínicos tradicionales, miniexamen clínico o casos cortos para examen estructurado por objetivo. El médico debe argumentar sus actuaciones y decisiones, ya sea en el contexto de una actividad evaluativa con participación individual o colectiva. Siempre auxiliados con guías de observación y no siempre con el residente o especialista consciente de estar siendo evaluado. El hecho de incluir en la evaluación de competencias diversidad de situaciones prácticas refleja en

alguna medida la comprensión del médico de las exigencias de cada situación práctica en cuanto al uso de sus conocimientos.

- Evaluar conocimientos por su valor para definir mayor profundidad del dominio de habilidades.³⁸ Los individuos que saben describir y fundamentar una habilidad psicomotora son más competentes, pues dominan también sus indicaciones, contraindicaciones y efectos adversos para el uso práctico.³⁹ Los conocimientos del individuo debe registrarlos en su memoria, reproducirlos, seleccionarlos y aplicarlos en situaciones diversas dentro y fuera de un ambiente de evaluación basada en la observación directa. Por ello, las preguntas de evaluación de conocimientos no deben ser reproductivas sino de nivel productivo aunque sean tipo *test* objetivo.
- Encuesta a colegas y otros profesionales, técnicos y pacientes en el caso de valoraciones acerca del profesionalismo del internista, sus habilidades comunicativas, de trabajo en equipo. Esto es evaluación de 360 grados.³⁷
- La revisión de documentos donde el evaluado registra su pensamiento médico y su actuación.
- La valoración de satisfacción de usuarios, quejas, otros indicadores de resultados ponderados como estadía, morbilidad, mortalidad.

La introducción de las competencias en el programa de la especialidad implica que también se evalúen estas durante y al final del proceso docente. Con ese propósito fue necesario definir los criterios y evidencias de desempeño, así como el instrumental necesario para evaluarla. Todo esto se ejemplifica en el cuadro 4, presentado por Salas Perea y colaboradores.¹⁴

Cuadro 4. Modelo 2 para la normalización de las competencias

Área Funcional: asistencial		
Unidad de competencia: Relación Médico-Paciente		
Elemento de competencia: Lograr acercamiento empático		
Campo de aplicación: contactos de carácter profesional con el paciente.		Recursos: privacidad, cama, camilla, silla.
Criterios de desempeño	Evidencias de desempeño (por proceso o por producto)	Instrumentos de evaluación
<p>Solicitar información de contenido afectivo. Evidenciar comprensión del estado emocional del paciente. Evidenciar respeto a la autonomía del paciente. Mantener coherencia entre lenguaje verbal y extra verbal. Permitir al paciente expresar sus criterios, dudas y expectativas. Mostrar seguridad al actuar.</p>	<p>- En la conducta del médico, la demostración de habilidades para extraer y manejar información psicosocial del paciente (toda de contenido afectivo), a través del uso de las maniobras de solicitud y manejo de información emocional, cuando se presenten las denominadas oportunidades empáticas. - En el documento escrito y en la anamnesis el grado de completamiento de la información psicosocial. - En el paciente, los efectos del accionar del médico, dados por evidentes expresiones afectivas en la comunicación y percibir que el médico comprende el estado emocional del paciente. Este aspecto es complejo, pues hay que tener en cuenta el estado de ánimo que tiene el paciente desde antes de iniciarse la entrevista y en qué medida el médico influyó.</p>	<p>Guía de observación de entrevista médica. Revisión de historia clínica y sicosocial. Encuesta a pacientes y colegas.</p>
<p>Guía para la evaluación de entrevista médica*: Durante esta observar el cumplimiento de los aspectos siguientes: -Saludo. -Asegurar <i>comfort</i> al paciente. -Porte y aspecto personal acorde con la profesión. -Comenzar con preguntas abiertas. Utilizar lenguaje claro y de acuerdo con el nivel cultural del paciente, sin vulgaridades. Atender las dudas del paciente. Permitir al paciente expresar su agenda. Utilizar maniobras de solicitud de información afectiva. Utilizar maniobras de manejo de información afectiva. Respetar los criterios el paciente. No evidenciar desconfianza en el paciente. Elogiar actitudes positivas del paciente. Registrar la información sicosocial en la historia clínica. Finalizar abordando las dudas y preocupaciones del paciente.</p>	<p>Revisión de la historia clínica y sicosocial*: Revisar en el documento los siguientes aspectos: -Contenido referido a la reacción emocional de paciente. -Contenido referido a las afectaciones en diferentes esferas de la vida de la enfermedad y la atención médica. -Contenido referente a creencias, dudas, expectativas del paciente.</p> <p>Encuesta para evaluación de 360 grados** I- ¿Este médico es inteligente? II- ¿Este médico le explicó sobre su situación? III- ¿Este médico escuchó lo que usted tenía necesidad de decirle? IV- ¿Puede confiar en este médico y localizarlo cuando lo necesite? V- ¿Usted opina que este médico lo atendió como persona?</p>	

* Presentación limitada del instrumento. ** Solo aparece ejemplo de preguntas a pacientes y sin las tres opciones de respuesta puntuables.

El perfeccionamiento del currículo a partir de asumir las competencias como un concepto directamente asociado a los objetivos, implica que sean tenidas en cuenta a lo largo de toda la estructura del currículo. Desde el perfil del egresado, la estructura modular y el sistema de evaluación.

La actividad del perfeccionamiento del programa de la especialidad Medicina Interna atendiendo al concepto de competencias depara una revaloración del contenido en contra del enciclopedismo, toda vez que estas competencias expresan invariantes funcionales aplicables ante cualquier problema de salud o del trabajo del internista.

Los autores coinciden con Carracio y colaboradores⁴⁰ en que un programa basado en diseño por competencias hay modificaciones necesarias, tales como:

- Categoría rectora del currículo: objetivo en función del logro de las competencias aplicando los conocimientos y manifestando actitudes que expresen valores positivos.
- Componente personal rector del proceso: el educando.
- Método de aprendizaje: productivos con profesor facilitador y educando activo.
- Responsables del contenido de aprendizaje: Educandos y profesores que orientan los módulos al logro de las competencias.
- Instrumentos evaluativos: portafolios de estudiantes y expedientes de los profesores con instrumentos multilaterales y normalizados.
- Evaluación priorizada: formativa en situaciones reales, bajo observación directa y con retroalimentación.
- Tiempo bajo evaluación para finalizar el programa: individualizado en dependencia del la velocidad de aprendizaje de cada educando.

La evaluación de las competencias contribuiría a mejorar el desempeño al asociarse a una retroalimentación educativa enfocada en las necesidades de aprendizaje identificadas.⁴¹

Los resultados presentados en este artículo reflejan el inicio del trabajo de identificación de las competencias a lograr en residentes de Medicina Interna. Trabajo que deberá continuar con la participación activa de destacados profesores a lo largo del país en su perfeccionamiento y completamiento en forma de árbol de competencias que tenga en cuenta las funciones ya definidas en el programa de la especialidad.

La aplicación de una matriz que permita valorar en qué medida se representan otras definiciones de competencias será imprescindible, en particular dada la existencia de confusiones en la definición de lo que es una competencia.⁴²

CONCLUSIONES

Mediante la aplicación de un enfoque funcional que atiende a esencialidades se definieron: 4 áreas de competencias; 5 competencias asistenciales centradas en el método clínico; 3 competencias docentes centradas en la estructura de la actividad; 4 competencias centradas en el ciclo de dirección y 4 competencias centradas en el ciclo de investigación. Además 19 elementos de competencias asistenciales.

La propuesta concibe la aplicación del análisis en matriz para lograr la validez de contenido y externa de los elementos de competencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peinado Herreros JM. Competencias Médicas. Educación Médica. 2005; 8(supl2):4-6.
2. González Jaramillo S, Ortiz García M. Las competencias profesionales en la Educación Superior. Educación Médica Superior. 2011; 25(3):334-343.
3. Angulo Rasco JF, Redón S. Competencias y contenidos: cada uno en su sitio en la formación docente. Estudios Pedagógicos. 2011; 37(2): 281-299.
4. Beneitone P, González J, Wagenaar R. Tuning América Latina. Meta-perfiles y perfiles. Una nueva aproximación para las titulaciones en América Latina. Bilbao: Universidad de Deusto; 2014.
5. American Board of Internal Medicine and Alliance for Academic Internal Medicine. The Internal Medicine Subspecialty Milestones Project: A Joint Initiative of The Accreditation Council for Graduate Medical Education and in collaboration with the American Board of Internal Medicine. February 2014.
6. Irigoin M, Vargas F. Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: Cinterfor; 2002.
7. Epstein RM. Assessment in medical education New England Journal of Medicine. 356 (4): 387-96.
8. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial No. 142: Plan de Acción para incrementar la calidad de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1996.
9. Salas Perea RS, Díaz Hernández L, Pérez Hoz G. Identificación y diseño de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2013 Mar; 27(1): 92-102. [Citado 2013 Dic 10]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412013000100012&lng=es
10. Salas Perea RS, Díaz Hernández L, Pérez Hoz G. El currículo de formación de especialistas médicos basado en competencias laborales. Educ Med Super. 2013; 27(3): 1-17.
11. Salas Perea RS. Propuesta de estrategia para la evaluación del desempeño laboral de los médicos en Cuba [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2008.
12. Álvarez Blanco AS. Investigación de problemas críticos y su aplicación académica en la Maestría en Educación Médica. Educ Med Super [revista en la Internet]. 2004 Mar; 18(1). [Citado 2015 Jun 24]. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412004000100001&lng=es
13. Delbeq A, Van de Ven A. A group process model for problem identification and program planning. Journal of Applied Behavioural Science. 1971; 7:467-92.
14. Salas Perea RS, Díaz Hernández L, Pérez Hoz G, Normalización de las competencias laborales de las especialidades médicas en el Sistema Nacional de Salud. Educación Médica Superior. 2013; 27(2): 287-293.

15. Cherjovsky R. Las competencias como núcleo del diseño curricular. *Rev Argentina Educ Med*. 2008; 2(1): 1-2.
16. Blanco-Aspiazu M, Díaz-Hernández L, Cruillas-Miranda S, Méndez-Rosabal A, Gelado-Rodríguez J, Báez-Sarría F. La medicina interna en el ambiente hospitalario. *Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]*. 2013; 13(1):aprox. 0 p. [Citado 2015 May 10]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/263>
17. Future Hospital Commission. Future hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London: Royal College of Physicians; 2013. [Accessed 27 november 2013]. Disponible en: www.rcplondon.ac.uk/futurehospital
18. Manzano Rodríguez L, Rivera Michelena N, Rodríguez Orozco AR. Competencias docentes en los profesores de medicina de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. *Rev Cubana Educ Med Super. (serie en Internet)*. 2006 Abr-Jun; 20(2). [Citado 28 Dic 2013]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?lng=es>
19. Nogueira Sotolongo M, Rivera Michelena N, Blanco Horta F. Competencias docentes del médico de familia en el desempeño de la tutoría en la carrera de Medicina. *Rev Cubana Educ Med Super. (serie en Internet)*. 2005 Ene-Mar; 19 (1). [Citado 28 Dic 2013]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-214120050001&lng=es&nrm=iso
20. Romero Fernández B, Garriga Alfonso NE, Martínez Pichardo RR. Sistema de actividades metodológicas con enfoque de competencia didáctica para profesores de Farmacología I, de la carrera de Medicina. Matanzas. *Rev Méd Electrón [seriada en línea]*. 2011; 33(3). [Consulta: 28 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol3%202011/tema09.htm>
21. Herrera Galiano A, Serra Valdés MA. El proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2011; 10(1): 126-134.
22. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. *Rev Cubana Med*. 1998; 37: 123-8.
23. Corona Martínez LA. El método clínico como método de enseñanza en la carrera de Medicina. *Medisur*. 2009; 7 (6): 23-5.
24. Vicente-Odio E. Consideraciones de la enseñanza del método clínico en la formación médica superior. *Educación Médica Superior [revista en Internet]*. 2014; 29(1): aprox. 0 p. [Citado 2015 May 10]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/287>
25. Galperin, PY. Sobre el método de formación por etapas de las acciones intelectuales. Iliasov II, Liaudis VY. *Antología de la psicología pedagógica y de las edades*. La Habana: Pueblo y Educación; 1986.
26. Batalden P, Leach D, Swing S, Dreyfus H, Dreyfus S. General competencies and accreditation in graduate medical education. *Health Aff (Millwood)*. 2002; 21: 3-11.

27. Allen T, Brailovsky C, Rainsberry P, Bates J. Defining evaluation objectives for a certification examination in family medicine; Paper presented at: Tenth Ottawa Conference in Medical Education. 2002 Jul; 14-16.
28. Ortiz-Moreira L, Gajardo-Navarrete L. Propuesta de competencias genéricas para el perfil de egreso del médico cirujano de la Universidad de Concepción, Chile. *Educación Médica Superior* [revista en Internet]. 2014; 28(3): aprox. 0 p. [Citado 2014 Dic 28]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/243>
29. Aguirre Raya D. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Educ Med Sup*. 2005; 19(3): 17-22.
30. Molina Gómez AM, Cuéllar Marrero AC, González Aguiar B. La competencia comunicativa del estudiante de Psicología de la salud: Una propuesta de indicadores. *Medisur*. 2009; 7(5): 20-8.
31. Hull AL, Hodder S, Berger B, Ginsberg D, Lindheim N, Quan, J. *et al.* Validity of three clinical performance assessments of internal medicine clerks. *Academic Medicine*. 1995; 70(6): 517-22.
32. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. La toma de decisiones médicas como la habilidad profesional esencial en la carrera de Medicina Medisur. 2010; 8(1): 42-5.
33. Breen D, Shorten G, Aboulafia A, Zhang D, Hickmeyer C, Albert D. Defining a competency map for a practical skill. *The clinical teacher*. 2014, 11(7): 531-6.
34. Heller J, Steiner CM, Hockemeyer C, Albert D. Competence-Based Knowledge Structures for Personalized Learning. *International Journal of E-Learning*. 2006; 5: 75-88.
35. Govaerts MJB, Van der Vleuten CPM, Schuwirth LWT, Muijtjens AMM. Broadening perspectives on clinical performance assessment: Rethinking the nature of in training assessment. *Advances in Health Sciences Education*. 2007; 12: 239-60.
36. Lima-Rodríguez J, Lima-Serrano M, Ponce-González J, Guerra-Martín M. Diseño y validación de contenido de rúbricas para evaluar las competencias prácticas en estudiantes de Enfermería. *Educación Médica Superior* [revista en Internet]. 2014;29(1):aprox. 0 p. [Citado 2015 May 10]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/368>
37. Zadeh JK, Dargahi H, Shajari AR, Narenjiha M, Afsharpour S, *et al.* Investigation of Clinical Medical Teachers' Opinion about Validity-Feasibility of Clinical Assessment Tools in Medical Sciences Universities in Tehran. *SciRes*. 2012; 3(Special Issue): 946-50.
38. Blanco-Aspiazu M, Hernández-Azcuy O, Llibre-Guerra J, Viera-Machado C, Cruillas-Miranda S, Méndez-Rosabal. A. Propuesta de los criterios generales de valoración en preguntas de desarrollo para los residentes de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas "Finlay-Albarrán". *Revista Habanera de Ciencias Médicas* [revista en Internet]. 2014; (2):aprox.0p.[Citado 2015 May 10]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/846>
39. Manalo M, Lapitan MC, Buckley BS. Medical Interns' knowledge and training regarding urethral catheter insertion and insertion-related urethral injury in male patients. *BMC Med Educ*. 2011; 11: 73.

40. Carraccio C, Wolfsthal SD, Englander R, Ferentz K, Martin C. Shifting Paradigms: From Flexner to Competencies. *Acad. Med.* 2002; 77: 361-7.

41. Núñez Martínez MC, Llerena Bermúdez FM. Competencias: modelos de diagnóstico y evaluación. *Medisur.* 2009; 7(6): 26-35.

42. Moreno Olivos T. Competencias en Educación Superior: un alto en el camino para revisar la ruta de viaje. *Perfiles educativos.* 2009; 31(124): 69-92.

Recibido: 17 de junio de 2015.

Aprobado: 30 de octubre de 2015.