



**COMPETENCIAS Y DEFINICIONES
EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

ASCOFAME

ASCOFAME



Documentos:

**COMPETENCIAS Y DEFINICIONES
EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

(Documento Técnico Serie Especialidades Médicas No. 1)

**MEMORIAS DEL CONSEJO
DE ESPECIALIDADES MÉDICAS**

Bogotá, D.C.; Octubre 1º de 2009

Doctor RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, M.D.
Jefe División de Educación Médica e Investigación
ASCOFAME

Documento presentado en la
Asamblea General de ASCOFAME
Bogotá, D.C., Marzo 19 de 2010.

**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES
DE MEDICINA**

ASCOFAME

**Miembros de ASCOFAME
JUNTA DIRECTIVA**

Doctora LILIANA ARIAS CASTILLO

Presidenta

Decana Facultad de Salud Universidad del Valle

Doctor JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO

Vicepresidente

Decano Facultad de Medicina Universidad Militar Nueva Granada

Doctor IVAN SOLARTE RODRÍGUEZ

Decano Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana

Doctor JORGE JULIAN OSORIO GÓMEZ

Decano Facultad de Medicina Universidad CES

Doctor SAMUEL EDUARDO TRUJILLO HENAO

Decano Facultad de Medicina Universidad Tecnológica de Pereira

Doctora CLARA INÉS VARGAS CASTELLANOS

Decana Facultad de Medicina Universidad Industrial de
Santander

Doctora ELIZABETH LÓPEZ RIVAS

Decana Facultad de Medicina Universidad de Cartagena

SERGIO AUGUSTO PARRA DUARTE

Decano Facultad de Medicina
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS

CAMILO DELGADO ARJONA Decano Facultad de Medicina
Fundación Universitaria San Martín - Bogotá

LUIS JAVIER GIRALDO MUNERA
Decano Facultad de Medicina
Fundación Universitaria San Martín - Sabaneta

WILSÓN MARTÍNEZ VARELA
Decano Facultad de de Ciencias de la Salud
Unidad Central del Valle del Cauca

MIRIAM VILLAMIL
Decana Facultad de Medicina
Universidad Antonio Nariño

LUZ MARINA CORSO MORALES
Decana Facultad de Medicina
Universidad Autónoma de Bucaramanga

ELMER GAVIRIA RIVERA
Decano Facultad de Medicina
Universidad de Antioquia

GLORIA EUGENIA CAMARGO VILLALBA
Decana Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad de Boyacá

DOLLY MAGNOLIA GONZÁLEZ HOYOS
Decana Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Caldas

JUAN CARLOS MORALES RUIZ
Decano Facultad de Medicina
Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – UDCA

CAMILO OSORIO BARKER
Decano Facultad de Medicina
Universidad de la Sabana

MARIO BERNAL RAMÍREZ
Decano Facultad de Medicina
Universidad de los Andes

OSCAR CASTAÑO VALENCIA
Decano Facultad de Medicina
Universidad de Manizales

CÁSTULO CISNEROS RIVERA
Director Programa de Medicina
Universidad de Nariño

WILLIAM REYES SERPA
Decano Facultad de Medicina
Universidad de Santander

DIEGO ILLERA RIVERA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad del Cauca

HERNANDO BAQUERO LATORRE
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad del Norte

ROBERTO ESTEFAN CHEHAB
Decano Facultad de Medicina
Universidad del Quindío

LEONARDO PALACIOS SÁNCHEZ
Decano Facultad de Medicina **Universidad del Rosario**

HÉCTOR RAÚL AGUIAR CASTILLA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad del Tolima

MIGUEL RUIZ RUBIANO
Decano Facultad de Medicina
Universidad El Bosque

DIANA DAZA DE RAMOS
Decana Facultad de Medicina
Universidad Libre – Barranquilla

LUIS EDILBERTO BLANDÓN PALOMINO
Decano Facultad de Medicina
Universidad Libre – Cali

CARLOS CUELLO MENDOZA
Decano Facultad de Medicina
Universidad Metropolitana

MARÍA CECILIA RODRÍGUEZ RUEDA
Decana Facultad de Medicina
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia Tunja

MÓNICA URIBE RÍOS
Decana Escuela de Ciencias de la Salud
Universidad Pontificia Bolivariana

HÉCTOR HERNÁN ZAMORA CAICEDO
Decano Facultad de Salud
Universidad Surcolombiana

EQUIPO EJECUTIVO DE ASCOFAME

Doctor RICARDO H. ROZO URIBE, M.D.
Director Ejecutivo

Doctor RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, M.D.
Jefe División de Educación e Investigación

Doctora JULIANA VALLEJO ECHAVARRÍA
Jefe División de Salud y Protección Social

Doctora JACQUELINE MOLINA PASSEGA
Gerente de Proyectos

Doctor DIEGO GIRALDO SAMPER
Jefe División de Evaluación

COMPETENCIAS Y DEFINICIONES EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

(Ref. Documento Técnico Especialidades Médicas No. 1)

Doctor RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, M.D.
Jefe División de Educación e Investigación
ASCOFAME

Documento presentado en la
Asamblea General de ASCOFAME
Bogotá, D.C., Marzo 19 de 2010.

Prefacio

Doctora LILIANA ARIAS CASTILLO, M.D.
Presidenta Junta Directiva de ASCOFAME
Decana Facultad de Salud
Universidad del Valle

Como Presidenta de la Junta Directiva de ASCOFAME es un gusto para mí hacer entrega a la comunidad educativa médica, a la comunidad científica médica representada en sus diversas organizaciones y al Gobierno Nacional este documento con el que se inicia una serie técnica sobre especialidades médicas y que constituye una propuesta de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina sobre las definiciones y competencias que deben regir el desarrollo de la formación en las Especialidades Médicas del país.

Este documento recoge algunos aspectos tratados en el I Consejo de Especialidades Médicas de ASCOFAME, realizado el 1º de Octubre de 2010, y constituye la base para las subsecuentes discusiones y análisis académicos que deben darse alrededor de este tema en los próximos Consejos de Especialidades Médicas y los Comités de las respectivas especialidades.

A través de la Serie de Documentos Técnicos que se inician sobre Especialidades Médicas se le irá presentando al país los avances y decisiones que sobre el particular se vaya adelantando a través de ASCOFAME.

A través de nuestro trabajo ponemos a disposición del Gobierno Nacional y las diversas instituciones médicas el aporte del las facultades de medicina de Colombia y de su Asociación, ASCOFAME, al análisis de estos temas que hoy se encuentran a la orden del día.

Introducción

Doctor RICARDO H. ROZO URIBE, M.D.

Director Ejecutivo de ASCOFAME

El presente documento, y los que de él se desprendan y publiquen como Serie de Documentos Técnicos en Especialidades Médicas, constituye la base para fortalecer el compromiso de ASCOFAME y sus facultades de medicina con la reflexión académica respecto a la formación y desarrollo de las especialidades médicas en el país.

El desarrollo de las especialidades médicas ha estado estrechamente ligado a ASCOFAME a través del Consejo General de Especialidades Médicas, que hemos retomado como Consejo de Especialidades Médicas. La reunión del I Consejo de Especialidades Médicas ha permitido, bajo un contexto de crisis de oferta de las especialidades planteado por el Gobierno Nacional, reiniciar la discusión sobre el tema desde la perspectiva de la formación y la práctica de las especialidades en el país.

Este Consejo debatió importantes temas que empiezan a desarrollarse a través de este documento y de las actividades que como Política de Desarrollo de las Especialidades Médicas por Competencias queremos proponerle a esta Asamblea General de ASCOFAME y que fundamentalmente busca el compromiso con el país de generar los mecanismos que permitan desarrollar las acciones necesarias para fortalecer la calidad de las especialidades médicas, dar coherencia a los aspectos relacionados con la denominación, competencias, contenidos, pre-requisitos, requisitos y duración de ellas con el fin de obtener unos desarrollos de país que den respuesta a requerimientos nacionales, como la alta capacidad resolutoria, y globales como la posibilidad de mantener estándares de calidad y reconocimiento internacional que permitan la movilidad de nuestros especialistas y su aceptación en cualquier lugar del mundo.

Esta Política de Desarrollo de las Especialidades Médicas por Competencias se propone en las siguientes etapas:

1. Planteamiento del problema y discusión inicial, concretada en el I Consejo de Especialidades Médicas del 1º de Octubre de 2009, y cuyas memorias se publican conjuntamente con este Documento Técnico.
2. Establecimiento de las bases para las Competencias y Definiciones Generales sobre Especialidades Médicas, que parte de la propuesta que se presenta a continuación.
3. Definición de Competencias por áreas de especialidades, definidas como Médicas, Quirúrgicas y Diagnósticas, a través de Comités del Consejo de Especialidades Médicas.
4. Definición de Competencias Específicas, Contenidos, Denominaciones y demás requisitos específicos a través de los Comités de Especialidades Médicas.

Esperamos desarrollar el presente trabajo en el transcurso del presente año, con el concurso de todos los actores relevantes del proceso. El debate está abierto y las inmensas posibilidades de desarrollo que tenemos dependen fundamentalmente del interés y compromiso de todos para alcanzar el objetivo propuesto.

COMPETENCIAS Y DEFINICIONES EN ESPECIALIDADES MÉDICAS

(Ref. Documento Técnico Especialidades Médicas No. 1)

Doctor RICARDOH. ESCOBAR GAVIRIA, M.D.
Jefe División de Educación e Investigación
ASCOFAME

La Formación en las Especialidades Médico Quirúrgicas

La formación en las especialidades médico quirúrgicas ha estado basada en gran medida en la acción tutorial de los docentes en la práctica de los servicios o departamentos de los grandes hospitales universitarios.

En Europa hasta, no hace mucho, el médico en formación era asignado a un docente responsable durante un tiempo, muchas veces no definido, hasta que alcanzara las competencias esperadas para la especialidad. La creación del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) ha conducido a buscar la homologación entre países de los programas de especialización médica.

La formación en Estados Unidos y Canadá ha seguido parámetros más formales, ligados a programas académicos con definiciones más precisas de actividades y tiempos, así como de evaluación. En Estados Unidos los *boards* del American Council Graduate Medical Education (ACGME) juegan un papel muy importante en la generación de criterios de desarrollo de las especialidades médico quirúrgicas.

Las especialidades médico quirúrgicas en Colombia se empezaron a desarrollar formalmente a partir de la creación de ASCOFAME en 1959. Para ese entonces había en el país médicos que habían obtenido su título de especialista en el exterior, especialmente

EUA y Europa, y otros que se habían dedicado al ejercicio de una especialidad durante toda su práctica profesional.

ASCOFAME, dentro de su estructura crea el Consejo General de Especialidades Médicas el cual es reconocido por el Estado, a través de la Ley 14 de 1962 y el Decreto 605 de 1963, como la instancia encargada de conceptuar sobre la idoneidad de los especialistas formados en el exterior, y el reconocimiento de títulos por “experiencia adquirida”, con base en estrictos criterios emanados del Consejo y de los respectivos Comités de las Especialidades Médicas.

“ASCOFAME, con representantes de las siete facultades de medicina existentes, delegada por el Ministerio de Educación Nacional, creó dentro de su estructura un Consejo General de Especialidades Médicas y para cumplir lo anterior, formó los comités, constituidos por miembros del profesorado de las universidades afiliadas que enviaban sus candidatos y de los comités de cada especialidad se nombraban los visitadores-evaluadores que, de acuerdo con el formato pertinente, efectuaban las visitas solicitadas por las distintas universidades para la aprobación, reconocimiento y certificación de la respectiva especialidad y los programas y años de estudio que se requerían para determinada especialidad”.

“Los residentes tenían dedicación exclusiva y de acuerdo con los programas de entrenamiento de cada especialidad, al cumplirlos se les otorgaba la certificación, que presentada a ASCOFAME, les reconocía y certificaba el título de Especialista.

“No existía el ICFES y el Ministerio de Educación había delegado en ASCOFAME esas funciones. Lo anterior llevaba consigo la aprobación y certificación de las especialidades, e incluía aprobar y certificar los servicios o departamentos de los hospitales donde se efectuaba el entrenamiento, que se empezaron a llamar hospitales universitarios.

“Este procedimiento y en general las atribuciones que se le habían dado a ASCOFAME no eran bien acogidos en distintos sectores de las

universidades y el argumento de peso consistía en que ASCOFAME no era una universidad para dar títulos.

“...cuando el ICFES empezó a funcionar a principios de la década de 1970, asesorado por ASCOFAME, había tomado a su cargo acreditar los programas y facultó a las universidades para expedir los respectivos títulos de especialistas. En la práctica, con lo anterior, ASCOFAME efectuaba el estudio para convalidar los estudios y títulos obtenidos en el extranjero en el sector de medicina y en esta forma asesoraba al ICFES, que estaba acabando de conformar sus programas y tareas”¹

La “...Ley 30 sustituyó las leyes 80 y 81 de 1980, que ya habían empezado en parte a organizar la educación y esta misma Ley 30, vale la pena anotar, confiere la autonomía universitaria y crea el Consejo Nacional de Educación Superior (CESU), reorganiza el ICFES y crea el Sistema Nacional de Acreditación. Toda esta política educativa en parte se debe y hay que puntualizarlo y resaltarlo, a que en 1991 se había aprobado la nueva Constitución Política de Colombia”².

Las Especialidades Médico Quirúrgicas en Colombia, nacen y se desarrollan bajo la influencia del esquema norteamericano.

ASCOFAME realizó en los años 2002 y 2003, como parte de un convenio con el ICFES y el Ministerio de Educación Nacional, un trabajo que dio origen a la definición de requisitos mínimos para 82 denominaciones de especialidades, los cuales son referente obligado para efectos de la evaluación de las especialidades en el país, y al Decreto 1665 de 2003 que estableció las condiciones para la creación y funcionamiento de las mismas en Colombia; este fue reemplazado posteriormente por otras normas.

¹ Villaquirán, J: Recuento histórico de los programas de especialización médica en Colombia. Colombia Médica, U. del Valle. 2007.

² Ibid.

En 2007 publica un estudio sobre las especialidades médico quirúrgicas en el cual se encuentra que en el año 2006 el país 26 facultades de medicina ofrecen 389 programas de especialidades médico quirúrgicas en 140 denominaciones distintas.

El presente documento coincide con dos hechos que se dan por situaciones independientes pero, al final, estrechamente relacionados:

1. La creación por parte de ASCOFAME del Consejo de Especialidades Médicas y los Comités de las Especialidades, a través del Acuerdo No. 56 de la Junta Directiva, con el cual se retoma la iniciativa que tantos aportes le hizo al país.
2. El anuncio del Gobierno Nacional de un déficit de médicos especialistas en el país y la necesidad de dar respuesta oportuna, pero a la vez responsable, a la sociedad colombiana a esta problemática.

El Consejo de Especialidades Médicas se relanza, después de 14 años de su última reunión en Cali, teniendo en cuenta la tendencia que se ve de en el desarrollo desordenado de las especialidades desde distintos sectores de la sociedad, (que van desde el legislativo hasta la sociedad civil).

El Consejo de Especialidades Médicas, como un organismo plural, conformado con instituciones de la comunidad académica y científica médica, (ASCOFAME, Facultades de Medicina, Sociedades Científicas, Academia Nacional de Medicina, Gobierno Nacional (CONACES, Comité Intersectorial en Salud)) es el ente que puede generar con **autonomía**, y desde una perspectiva de **autogobierno**, pautas, criterios, lineamientos que permitan la organización y desarrollo de las especialidades médicas del país.

El concepto de autonomía y autogobierno parte de la responsabilidad que la comunidad científica tiene de establecer criterios y pautas de desarrollo que direccionen la calidad de las especialidades médicas aunando voluntades de las partes sin detrimento de la autonomía de la Universidad pero estableciendo unos acuerdos mínimos que

permitan un desarrollo coherente de las propuestas académicas de las especialidades.

Dentro de las funciones que se establecen para el Consejo de Especialidades Médicas se están las siguientes:

- a. Proponer políticas para la creación y funcionamiento de las especialidades médicas del país.
- b. Proponer estándares de calidad para la creación y funcionamiento de las especialidades médicas y estrategias para su aplicación, verificación y seguimiento.
- c. Generar propuestas para el desarrollo de la educación médica continua y el desarrollo profesional permanente de los egresados en éstas áreas.
- d. Generar estándares para la acreditación de programas de educación continua con fines de recertificación.
- e. Generar propuestas para la recertificación profesional de los médicos del país, en concordancia con los normas sobre el particular.

Por su parte los Comités de las Especialidades Médicas son responsables de las siguientes funciones:

- a. Adoptar, adaptar y desarrollar para las respectivas especialidades los requerimientos para la creación y funcionamiento de las mismas.
- b. Desarrollar los aspectos específicos de los estándares de calidad para la creación y funcionamiento de las especialidades médicas y estrategias para su aplicación, verificación y seguimiento.
- c. Mantener una base de datos de pares académicos para el cumplimiento de los procesos de seguimiento y verificación de condiciones para la creación y funcionamiento de las especialidades y los estándares de calidad de las mismas.

- d. Proponer y actualizar los perfiles profesionales, pre-requisitos, contenidos mínimos, recursos y duración de las respectivas especialidades.
- e. Proponer los parámetros para la creación y funcionamiento de nuevas especialidades de acuerdo con los desarrollos científicos y tecnológicos y las necesidades del país.
- f. Proponer los contenidos, estrategias y créditos de los programas de educación continua con fines de recertificación que se realicen en el país.
- g. Adoptar, adaptar y desarrollar los estándares de calidad de los programas de educación continua con fines de recertificación profesional en medicina.
- h. Atender cualquier otro que le sea solicitado por la Dirección Ejecutiva para dar cabal cumplimiento a las políticas de la Asociación.

Desarrollo de una Propuesta Política

A través del desarrollo de la Política de Desarrollo de las Especialidades Médicas por Competencias se busca brindar al país, a su comunidad académica y científica y a las organizaciones del Estado las bases conceptuales, científicas y académicas que orienten la formación en especialidades médico quirúrgicas, sus competencias generales y específicas y los requisitos mínimos del desarrollo de estos programas, desde una perspectiva de responsabilidad social y autogobierno, que aporte a la excelencia de los especialistas formados en Colombia y a la mejor atención en salud de nuestra población.

Para el efecto se busca:

1. Establecer los acuerdos necesarios dentro de la comunidad académica y científica médica que permita obtener criterios para homologar las denominaciones y la definición de

competencias para el desarrollo de las especialidades médico quirúrgicas en el país.

2. Definir estándares mínimos y criterios para la creación y funcionamiento de las especialidades médico-quirúrgicas del país con base en los requerimientos que tiene el Sistema General de Seguridad Social en Salud para la atención adecuada de la población colombiana.
3. Definir condiciones académico científicas que mejoren la capacidad resolutoria de los especialistas dentro del Sistema, a través de la organización de los programas de especialidades médico quirúrgicas, definiendo las competencias de formación generales y específicas, que habilitan para el ejercicio profesional.

Definiciones y Denominaciones

Propuesta de Definiciones

La Ley 30 de 1992 reconoce como títulos de educación superior los de técnico, tecnólogo, profesional, especialista, magister y doctor. Las Especialidades Médico Quirúrgicas se encuentran en un limbo en cuanto al reconocimiento que hace de ellas la Educación Superior en Colombia puesto que tienen mayores exigencias de duración y criterios de calidad que las maestrías de cualquier otra disciplina, regulación especial sobre requisitos para creación y funcionamiento (Decreto 1665 de 2002); y, una homologación ambigua a maestrías establecida por la Ley 100 de 1993, que en la práctica solo tiene fines salariales en universidades públicas.

Además la práctica ha hecho que se apliquen denominaciones no reconocidas por la Ley, tales como *subespecialidad* o *supraespecialidad*, sobre las cuales además no hay acuerdo ni claridad desde el punto de vista conceptual.

Tal situación hace conveniente que se adopte, como primera medida, una serie de definiciones que permitan dar claridad a esta situación, para lo cual se proponen las siguientes:

Especialidad Médica: programa de educación formal dirigido a médicos, conducente a título de *Especialista*, y el cual para todos los efectos relacionados con reconocimiento académico y científico, así como salarial, se homologa a una *maestría de profundización*. Las Especialidades Médico Quirúrgicas en su sentido amplio incluyen tanto las áreas quirúrgicas como no quirúrgicas.

Especialidad Médica Interdisciplinaria: se refiere a un programa de educación formal dirigido a profesionales de la salud conducente a título de *Especialista*, y que no se homologa a maestría.

Primera Especialidad: hace referencia a una *especialidad médica* que solo requiere como pre-requisito ser médico. Conduce al título de *Especialista*, con los atributos mencionados antes.

Segunda Especialidad: son aquellas *especialidades médicas* que como pre-requisito de ingreso exigen una primera especialidad de la cual se derivan. Son las que actualmente se denominan, sin sustento legal, subespecialidades. Conduce al título de *Especialista*, con los atributos mencionados antes; no es equivalente u homologable a un *doctorado*.

Con el debido sustento académico y científico podrá desarrollarse maestrías de investigación y doctorados en áreas médicas.

Clasificación de la Especialidades Médico Quirúrgicas

Como vimos antes no existe una taxonomía única para clasificar o categorizar las Especialidades Médico Quirúrgicas; la Unesco ofrece una organización en 15 áreas, la Unión Europea las agrupa en 37 secciones y *boards* y la ACGME en 33 *boards*. Se observa sin embargo una afinidad en las agrupaciones que obedece en algunos casos a especialidades derivadas de otras, a la forma de intervención

(médica, quirúrgica o diagnóstica), y en algunos casos a aspectos topográficos; orgánicos o sistémicos.

Para efectos de este trabajo se proponen dos tipos de clasificación:

Por Tipo de Especialidad

Esta clasificación de orden puramente pragmática y dirigida a orientar la construcción inicial de los programas de formación por competencias, dado que desde el punto de vista sobre todo de habilidades y actitudes que requieren los especialistas en su desempeño, son distintas entre sí. Esta clasificación NO implica ningún tipo de jerarquización entre las especialidades, pero responde de alguna manera al desarrollo histórico de la medicina y la cirugía, que en sus raíces tiene orígenes distintos y en sus desarrollos derivaciones también diferentes. Se reconoce igualmente que, dentro de un concepto amplio, *todas* son *especialidades médicas*, pero que por su afinidad en la forma de intervención para la atención del individuo enfermo, y que puede haber especialidades donde el límite no es claro y puede haber algún grado de superposición; para el efecto señalado antes, proponemos la siguiente clasificación:

Especialidades Médicas: definidas como aquellas especialidades dirigidas a intervenir los problemas de salud del individuo a través de medios NO quirúrgicos. Anexo 2.

Especialidades Quirúrgicas: aquellas que utilizan, además, métodos invasivos o mínimamente invasivos con intervenciones que modifican las estructuras orgánicas para la atención de los problemas de salud del paciente. Anexo 3.

Especialidades Diagnósticas: aquellas cuya razón de ser es la determinación del diagnóstico de la enfermedad a través del uso de imágenes o el estudio de tejidos. Anexo 4.

La otra clasificación que se propone tiene que ver con la conformación de los Comités de las Especialidades Médico Quirúrgicas y que se

constituyen de acuerdo con la afinidad de las especialidades en cuanto al origen o al objeto final de su ejercicio.

Para el efecto y el cumplimiento de los objetivos que se proponen en esta Política de Desarrollo de las Especialidades Médicas por Competencias se sugiere conformar los siguientes comités:

Comités de Especialidades Médico Quirúrgicas

1. Alergología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

2. Alergología

Anestesiología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Anestesia Cardiotorácica

Anestesia Cardiovascular y del Tórax

Anestesia Cardiovascular y Torácica

Anestesiología (7)

Anestesiología y Reanimación (11)

3. Cardiología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cardiología (6)

Cardiología Adultos

Cardiología Clínica

Cardiología Intervencionista

Cardiología Intervencionista y Hemodinamia

Cardiología Pediátrica (3)

Ecocardiografía (3)

Electrofisiología Clínica Estimulación y Arritmias Cardiacas

Electrofisiología Clínica, Marcapasos y Arritmia Cardíaca

Hemodinamia

Hemodinamia y Cardiología Intervencionista

Hemodinamia, Cardiología Intervencionista, Vascular Periférica

4. Cirugía Cardiovascular

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía Cardiovascular (6)

Cirugía del Tórax

5. Cirugía Gastrointestinal

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía Gastrointestinal

Coloproctología

6. Cirugía General

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía General (18)

7. Cirugía Pediátrica

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía Infantil

Cirugía Pediátrica (4)

8. Cirugía Plástica: Reconstructiva y Estética

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía Plástica (4)

Cirugía Plástica Facial

Cirugía Plástica, Estética Maxilofacial y de la Mano
 Cirugía Plástica, Estética y Reconstructiva
 Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano
 Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano
 Cirugía Plástica: Estética y Reconstructiva

9. Angiología y Cirugía Vascular

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Angiología Clínica y Laboratorio Vascular
 Cirugía Vascular
 Cirugía Vascular Periférica
 Cirugía Vascular Y Angiología

10. Dermatología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Dermatología (8)

11. Dolor y Cuidados Paliativos

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Dolor y Cuidados Paliativos (2)

12. Endocrinología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Endocrinología (6)

13. Enfermedades Infecciosas

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Enfermedades Infecciosas
 Infectología (Médicos Generales)

Infectología (Médicos Internistas)

14. Gastroenterología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Gastroenterología (3)
 Gastroenterología (Médicos Generales)
 Gastroenterología Clínica y Endoscopia Digestiva
 Gastroenterología Y Endoscopia Digestiva
 Gastroenterología y Endoscopia Digestiva (2)

15. Genética Médica

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Genética Médica

16. Geriatria

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Geriatria (Médicos Generales)
 Geriatria

17. Ginecología y Obstetricia

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Cirugía Ginecológica Laparoscópica
 Ginecología y Obstetricia (20)
 Medicina Materno Fetal

18. Medicina Aeroespacial

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:
 Medicina Aeroespacial.

19. Medicina Crítica y Cuidado Intensivo

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cuidado Intensivo

Cuidado Intensivo Pediátrico

Medicina Crítica

Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (4)

20. Medicina Estética

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina Estética

21. Medicina Familiar

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina Familiar (5)

Medicina Familiar Integral

Medicina Familiar y Comunitaria

22. Medicina Física y Rehabilitación

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina Física y Rehabilitación (3)

Medicina Física y Rehabilitacional.

23. Medicina Forense

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina Forense

24. Medicina Interna

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina Interna (25)

Medicina Interna General

25. Medicina de Urgencias

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina de Urgencias

Medicina de Emergencias

26. Medicina del Deporte

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina Aplicada a la Actividad Física y el Deporte

Medicina de la Actividad Física y el Deporte

Medicina del Deporte

27. Medicina del Trabajo

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina del Trabajo (2)

28. Medicina Nuclear

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Medicina Nuclear (3)

29. Nefrología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Nefrología (7)

Nefrología Pediátrica

30. Neonatología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Neonatología (5)

Perinatología y Neonatología

31. Neumología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Neumología (4)

Neumología Clínica (Médicos Generales)

Neumología Clínica (Médicos Internistas)

Neumología Pediátrica

32. Neurocirugía

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Neurocirugía (10)

33. Neurología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Neurofisiología Clínica

Neurología (4)

Neurología Clínica (2)

Neurología Pediátrica

Neuropediatría

34. Oftalmología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Glaucoma

Oculoplastia

Oftalmología (17)

35. Oncológicas Clínica

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Hematología (2)

Hematología y Oncología Clínica

Oncohematología Pediátrica

Oncología Clínica

Oncología Pediátrica

Patología Oncológica

Imagenología Oncológica

Radioterapia

Rehabilitación Oncológica

36. Oncológicas Quirúrgicas

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía de Cabeza y Cuello

Cirugía de Mama y Tumores de Tejidos Blandos

Cirugía Oncológica

Dermatología Oncológica

Ginecología Oncológica

Mastología

Medicina Plástica Oncológica

Oftalmología Oncológica

Ortopedia Oncológica

Urología Oncológica

37. Ortopedia y Traumatología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía Artroscópica de Pie y Tobillo

Cirugía de Columna

Cirugía de Columna Vertebral, Pelvis y Acetábulo

Cirugía de Mano

Cirugía de Mano y Miembro Superior
 Cirugía Ortopédica y Traumatología
 Cirugía Ortopédica Y Traumatología
 Cirugía Reconstructiva Y Del Reemplazo Articular De Cadera Y Rodilla
 Ortopedia Infantil
 Ortopedia y Traumatología (12)

38. Otorrinolaringología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Cirugía Oral y Maxilofacial (2)
 Laringología y Vía Aérea Superior
 Otolología
 Otolología y Otoneurología
 Otorrinolaringología (9)

39. Patología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Anatomía Patológica
 Medicina Anatomía Patológica
 Patología (7)
 Patología Anatómica y Clínica

40. Pediatría

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Pediatría (22)

41. Psiquiatría

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Psiquiatría (6)
 Psiquiatría de Enlace
 Psiquiatría de Niños y Adolescentes
 Psiquiatría General

42. Radiología e Imágenes Diagnósticas

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Imagen Corporal
 Imágenes Diagnósticas Clínicas
 Neuroradiología
 Radiodiagnóstico
 Radiología (5)
 Radiología de Trauma y Urgencias
 Radiología e Imágenes Diagnosticas (5)

43. Reumatología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Reumatología (3)
 Reumatología (M. Generales)

44. Toxicología Clínica

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Toxicología Clínica (2)

45. Urología

Incluye las siguientes denominaciones y número de programas:

Urología (10)

Denominaciones

Las denominaciones en las Especialidades Médico Quirúrgicas en el país, como en muchas partes del mundo, han venido obedeciendo de manera desordenada y autónoma al desarrollo de la oferta educativa, producto a su vez de vez de desarrollos científicos y tecnológicos de la medicina y sus respectivas especialidades y de organizaciones científicas y gremiales, entre otras causas, que han ido originando *subespecialidades* o *supraespecialidades*, que además obedecen a denominaciones diversas, heterogéneas, para un mismo perfil de formación de y desempeño.

El Consejo de Especialidades Médicas acordó que el tema de las denominaciones se organizara con base a referentes internacionales, con el fin de armonizar la situación interna del país con los requerimientos de la movilización y globalización del sistema educativo y de servicios en salud.

Denominaciones en la literatura internacional.

La UNESCO cuenta con una Nomenclatura para los campos de la ciencia y de la tecnología³ en la cual establece la clasificación y denominaciones de las especialidades de las Ciencias Médicas en 15 áreas, cada una con su respectiva subdivisión. Esta clasificación sin embargo no parece muy ajustada a lo que se observa en documentos y acuerdos de organizaciones médica.

Mercosur⁴ reconoce 29 especialidades comunes a Argentina, Brasil y Paraguay, con sus equivalentes, cuando es pertinente.

³ Ciencias clínicas; Epidemiología; Medicina Forense; Medicina del trabajo; Medicina Interna; Ciencias de la Nutrición; Patología; Farmacodinámica; Farmacología; Medicina Preventiva; Psiquiatría; Salud Pública; Cirugía; Toxicología; Otras especialidades.

http://biblioteca.universia.net/html_bura/vernivel/params/nivel/3299.html (09/10/2009)

⁴ Resolución 73 de 2000 Lista de Especialidades Médicas Comunes en el MERCOSUR. SGT N° 11

La Unión Europea de Especialidades Médicas (UEMS)⁵ que agrupa 35 países acepta 37 Secciones de Especialidades Médicas y *Boards*, algunas de las cuales cuentan con Divisiones (especialmente la sección de pediatría), lo cual suma 51 especialidades.

El otro referente de gran importancia es el American Council Graduates Medical Education, ACGME, de los Estados Unidos, que organiza su programas de especialidad en 33 *boards* y 130 especialidades.

En el Anexo 1 se presentan estas clasificaciones.

Acuerdos sobre denominaciones en 2002 y 2003.

A continuación se referencian los acuerdos obtenidos durante las reuniones de los Comités de Especialidades de los años 2002 y 2003, sobre denominaciones, los cuales se presentan de manera textual del libro⁶, teniendo en cuenta que estos acuerdos mantienen su pertinencia. Es necesario aclarar que algunas facultades hicieron los ajustes correspondientes cuando debieron renovar el registro calificado. Estos acuerdos tienen total vigencia y no parece necesario volver a discutir el tema.

“En relación con las denominaciones de las especialidades se lograron los siguientes acuerdos:

“En el grupo de PATOLOGÍA, las denominaciones actuales son:

1. Anatomía patológica y patología clínica.
2. Anatomía patológica.
3. Patología y medicina de laboratorio.
4. Patología.
5. Medicina de Laboratorio

⁵ <http://www.uems.net> (09/10/2009)

⁶ ICFES-ASCOFAME: Especialidades Médico-Quirúrgicas en Medicina, Informe Consolidado 2002-2003. Bogotá, D.C., 2003.

“Las denominaciones acordadas y sugeridas por el grupo son:

1. Patología.
2. Patología y Medicina de Laboratorio.

“El grupo consideró además que el Programa “Medicina de Laboratorio” no es un programa de este grupo, pues su orientación es más hacia la administración de laboratorios clínicos y de patología que como especialidad médico quirúrgica.

“En el grupo de ANESTESIOLOGÍA existen las siguientes denominaciones:

1. Anestesiología
2. Anestesiología y reanimación.
3. Anestesiología, reanimación y cuidado intensivo.
4. Anestesia cardiorádica.
5. Anestesia cardiovascular y torádica.

“En relación con las especialidades básicas de esta área el grupo considera que la denominación que debe adoptarse es ANESTESIOLOGÍA. Se acepta que el programa de Anestesiología, reanimación y cuidado intensivo debe asumir la denominación de ANESTESIOLOGÍA y no entrar en el perfil de cuidado intensivo.

“Para los programas “Anestesia cardiorádica” y “Anestesia cardiovascular y torádica”, se adopta la denominación ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORÁDICA.

“En el grupo de CARDIOLOGÍA existen las siguientes situaciones:

1. Cardiología intervencionista y hemodinamia.
2. Especialización médico quirúrgica en hemodinámica y cardiología intervencionista.
3. Hemodinamia y cardiología intervencionista

“Para este grupo se adopta HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

1. Electrofisiología clínica, estimulación y arritmias cardíacas.
2. Electrofisiología clínica, marcapasos y arritmias cardíacas.

“Para este grupo se adopta ELECTROFISIOLOGÍA, MARCAPASOS Y ARRÍTMIAS.

“Para el grupo de CIRUGÍA CARDIOVASCULAR se tienen las siguientes denominaciones:

1. Cirugía cardiovascular y torádica.
2. Cirugía cardiovascular.
3. Cirugía del tórax.

“Se elimina el título de CIRUGIA CARDIOVASCULAR Y TORÁDICA.

“En el grupo de CIRUGIA PLÁSTICA, en la especialidad de base se tienen las siguientes denominaciones:

1. Cirugía Plástica.
2. Cirugía Plástica, Maxilofacial y de la Mano
3. Cirugía Plástica, Estética, Maxilofacial y de la Mano

“Se acuerda denominarla CIRUGÍA PLÁSTICA: RECONSTRUCTIVA Y ESTÉTICA.

“Las otras denominaciones que quedan corresponden a subespecialidades.

“El grupo de MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO tiene las siguientes denominaciones:

1. Medicina Crítica y Cuidado Intensivo.
2. Cuidado Intensivo

“El grupo acuerda que se adopte como denominación MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO.

“El grupo RADIOLOGÍA tenía para la especialidad de base las siguientes denominaciones:

1. Radiología
2. Radiología e imágenes diagnósticas.
3. Imágenes diagnósticas
4. Radiodiagnóstico.

“El grupo sugiere adoptar como denominación única RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS.

“El grupo de INFECTOLOGÍA tiene en la actualidad dos denominaciones:

1. Patología Infecciosa
2. Infectología

“Se acuerda como denominación ENFERMEDADES INFECCIOSAS.

“El grupo de MEDICINA DE URGENCIAS hay dos denominaciones:

1. Medicina de Emergencias
2. Medicina de Urgencias y domiciliaria.

“Se acuerda adoptar MEDICINA DE URGENCIAS.

“En el grupo de MEDICINA DEL TRABAJO existen las siguientes denominaciones:

1. Medicina del Trabajo.
2. Medicina del Trabajo y Laboral
3. Medicina Laboral.

“Se aclara que medicina laboral no es una especialidad médico quirúrgica, sino más del área de salud pública.

“Se adopta para las otras dos MEDICINA DEL TRABAJO, sin embargo queda igualmente la duda de si corresponde o no a una especialidad médico quirúrgica, dada su dedicación semipresencial.

“En el área de MATERNO FETAL existen las siguientes denominaciones

1. Neonatología
2. Pediatría Perinatal y Neonatología
3. Medicina Materno Fetal y Neonatología

“Para las primeras dos se recomienda NEONATOLOGÍA, y se aclara que está dirigida solo a pediatras.

“Para la tercera se sugiere MEDICINA MATERNOFETAL y es para gineco-obstetras.

“En el área de OTORRINOLARINGOLOGÍA se presentan las siguientes situaciones:

1. Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello
2. Otorrinolaringología

“Se adopta OTORRINOLARINGOLOGÍA.

Para:

1. Otología
2. Otología y Otoneurología

“Se adopta NEUROTOLOGÍA.”

Formación por Competencias en Especialidades Médico Quirúrgicas

Revisión Internacional

El tema de las competencias hace su incursión en la educación a partir de 1995 con la Conferencia Mundial de Educación Superior de la UNESCO. El término viene del mundo del trabajo, y obedece a las exigencias de la *Sociedad del Conocimiento* en la cual la competitividad tiene un espacio de gran relevancia.

Su desarrollo en la Educación Médica es por lo tanto relativamente reciente y se ha venido incorporando de manera más evidente en esta última década. Los esfuerzos de la Unión Europea para consolidar el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), con el fin de generar mecanismos de homologación de títulos, y movilidad de profesionales han tenido un papel preponderante. Proyectos como Tuning y 6x4 UEALC (Unión Europea-América Latina), son ejemplo de ello, y de su trascendencia transcontinental.

La concepción de la formación por competencias, dentro de la *Sociedad del Conocimiento*, la *Sociedad de la Información*, la *Economía del Conocimiento*, tiene su razón en la necesidad de garantizar a la Sociedad un recurso humano altamente competente frente a sus necesidades. La Sociedad exige resultados, y la Universidad, en este caso, debe brindarlos a través de la formación de profesionales competentes.

Esta aproximación, por su parte, permite que los procesos de formación de los profesionales tengan como punto de partida las necesidades (cambiantes) de la sociedad, y que se integren conocimientos, habilidades y actitudes en función de ellas. Los desarrollos curriculares por lo tanto se orientan a preparar a los estudiantes al desempeño idóneo en diversos contextos.

El correlativo obligado de la competencia, la evidencia del desempeño hace por lo demás que dichos procesos sean más

precisos en garantizar procesos de evaluación que superen lo cognitivo y lleguen al ***hacer en contexto***, contexto por lo demás cambiante, que superan el ambiente académico.

La formación en las Especialidades Médico Quirúrgicas está inmersa en ambientes en los cuales se conjugan de manera muy importante conocimientos, habilidades y actitudes, y situaciones altamente variables desde el punto de vista humano, científico, tecnológico. El desempeño de tales especialidades se muestra igualmente complejo en cuanto a los contextos en los cuales se da, y juega un papel muy especial las competencias de los especialistas con respecto a los requerimiento del paciente y del sistema de salud, al igual que las relaciones entre los especialistas, a veces complementarias, a veces competitivas.

El hacer explícito las competencias de formación de los especialistas y su reconocimiento por parte de ellos y del Sistema puede facilitar la armonización de tales desempeños, bajo la premisa de que existen competencias diferentes, comunes y complementarias.

Las competencias pueden ser agrupadas en muy diversas clasificaciones, y pueden ser son específicas o genéricas. Las **específicas** son aquéllas que se asocian a áreas de conocimiento concretas, caracterizan una profesión y la distinguen de otras; las **genéricas** son comunes a todas las disciplinas, permiten a los profesionales adaptarse a nuevas situaciones, mantenerse actualizados y superar problemas laborales. En el último grupo podríamos incluir un conjunto de competencias que son **transversales** a las carreras de salud y especialidades médicas.

El Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) ha determinado las competencias que deben obtener los residentes durante su formación:

1. Atención al Paciente
2. Conocimiento Médico
3. Aprendizaje Basado en la Práctica
4. Habilidades interpersonales y de comunicación

5. Profesionalismo

6. Práctica Basada en los Sistemas de Salud

Por su parte España dentro de la reforma de las especialidades que viene adelantando a partir de la ley de especialidades de 2003, ha determinado que las siguientes competencias son comunes a todas las especialidades médicas y sus correspondientes “truncos”⁷:

1. Valores profesionales
2. Razonamiento clínico
3. Bioética
4. Gestión clínica
5. Sistemas de información; bioinformática
6. Gestión calidad
7. Metodología de la investigación
8. Comunicación
9. Trabajo en equipo
10. Sistema sanitario y su organización. Aspectos legales del ejercicio profesional
11. Metodología del aprendizaje, de la evaluación formativa y de la docencia
12. Promoción y prevención de la salud
13. Conocimiento del inglés

Por lo demás resulta interesante para el siguiente trabajo explorar el tema de *la troncalidad* que se ha venido trabajando en éste país. Los siguientes son algunos conceptos tomados del documento referenciado:

“La troncalidad en formación especializada podría definirse como el conjunto de competencias comunes a varias especialidades médicas que permite la agrupación de éstas y de su proceso formativo durante un tiempo determinado”.

⁷ file:///localhost/G:/Especialidades/Educación%20Médica%20-%20Troncalidad.mht

La troncalidad, en sí, independientemente de las agrupaciones, debe aportar los siguientes elementos:

- Diversificación en la formación para favorecer el aprendizaje de la resolución de los problemas desde diferentes perspectivas, según el grado de evolución o gravedad de un mismo problema de salud.
- Contribución a la mejora de la continuidad en la atención de salud y la coordinación externa e interna en los diferentes ámbitos y equipos sanitarios.
- Desarrollo vocacional por medio de la elección informada de la especialidad.
- Facilitación de las perspectivas del desarrollo profesional.
- Facilitación del trabajo en equipo para la resolución de “luchas” entre especialidades sobre el abordaje de problemas “compartidos”, “minimizando” la sensación de intrusismo y, por lo tanto, favoreciendo la coalición y no la “competición”.
- Facilitación de la adaptación del especialista a distintos niveles asistenciales
- Formación más orientada a la atención al paciente que a la enfermedad.”

España adopta como clasificación de las especialidades el **Tronco Médico**, (el tronco médico 1 que es general, el tronco médico 2, orientado al paciente crítico o en situación de urgencia o emergencia, y el tronco médico 3, con una orientación comunitaria); el **Tronco Quirúrgico**; y el **Tronco Procedimental** (médico y de laboratorio clínico), aunque se reconoce que no todas las especialidades pueden categorizarse de ésta manera.

Propuesta para Colombia

En resumen, para efectos del presente trabajo y sus desarrollos subsecuentes, proponemos adoptar la siguiente clasificación del **tipo** de competencias:

Competencias genéricas aquellas que son comunes a todas las especialidades, al médico general e incluso a otras disciplinas de la salud.

Competencias transversales propias de especialidades afines (por órgano, topografía, tipo de patología)

Competencias específicas aquellas que son propias de una especialidad y la identifican.

Desde la perspectiva de la **dimensión** de las competencias se propuso al Consejo de Especialidades Médicas la siguiente categorización:

1. Conocimiento Médico y Atención al Paciente.
2. Liderazgo y Profesionalismo.
3. Relaciones Interpersonales y Comunicación.
4. Administración y Gestión
5. Investigación.
6. Docencia.

Esta categorización hace explícita las *funciones* reales o potenciales a las cuales se ve abocado el especialista en su práctica profesional y busca responder a ellas desde la formación. Todas en algún momento se inter-relacionan y complementan.

1. Conocimiento Médico y Atención al Paciente.

La atención y el cuidado del paciente, que es una función central de la práctica para un gran porcentaje de los profesionales formados en Especialidades Médico Quirúrgicas, implica integrar conocimiento médicos básico-clínicos, epidemiológicos y socioculturales entre otros, con prácticas orientadas al trato amable y respetuoso con el paciente, la familia y la comunidad, así como la resolución efectiva de las situaciones de salud que se le presentan a su consideración.

Esta categoría por lo demás implica acciones desde diferentes dimensiones de la *atención*, como son las de **Promoción y Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Rehabilitación**. Hablando de especialidades, por supuesto el énfasis y la profundidad puede variar en cada una de estas dimensiones, teniendo en cuenta el momento de la atención en salud (paciente sano, o recuperación de secuelas) y la complejidad de la situación (desde la evolución “normal” de un padecimiento hasta las múltiples complicaciones que pueden surgir).

Desde el punto de vista de la formación es importante determinar el nivel de complejidad de la competencia adquirida dado que tiene que ser claro, tanto para los actores del proceso educativo, como del proceso de atención en el Sistema de salud qué puede (siempre bajo delegación supervisada) y qué no puede hacer el residente.

Igualmente es importante establecer un eje de competencias transversales que defina con alguna claridad el nivel de complementariedad entre diversos especialistas e inclusive disciplinas de ser el caso, o la posibilidad de que en algunas circunstancias la competencia de un especialista sea y/o deba ser igual a la de otro. Una definición de esto nos permitiría abordar lo que los españoles, con el tema de la troncalidad, buscan en uno de objetivos mencionados anteriormente (Facilitación del trabajo en equipo para la resolución de “luchas” entre especialidades sobre el abordaje de problemas “compartidos”, “minimizando” la sensación de intrusismo y, por lo tanto, favoreciendo la coalición y no la “competición”).

2. Liderazgo y Profesionalismo.

Este tema viene cobrando gran importancia en el desarrollo de las especialidades en la medida en que se espera que los especialistas asuman retos de muy diversos tipos en el desempeño de su profesión con el fin de dar respuesta a los problemas de salud enfermedad, del desarrollo social, del

Sistema de salud, de la propia especialidad y la profesión médica entre otros.

El profesionalismo médico entendido en la perspectiva del compromiso, la ética, la idoneidad, el respeto por el paciente y por sus colegas, la autonomía y autodeterminación, constituyen bases fundamentales para la práctica idónea de la profesión, para que a partir del aporte de sus miembros se desarrollen en su calidad y capacidad de autogobierno, a través de sus comunidades académicas y científicas, lo que finalmente define una profesión y la diferencia de las ocupaciones y oficios.

En estos momentos de Emergencia Social en el país este tema cobra particular relevancia.

3. Relaciones Interpersonales y Comunicación

Dentro de la concepción de una atención de calidad el tema de la humanización es parte fundamental y lamentablemente motivo de reclamo permanente por parte de nuestros pacientes. El desarrollo del conocimiento y de las aplicaciones tecnológicas, acompañado con los requerimientos de los sistemas de salud, especialmente dentro del esquema de la medicina regulada han deteriorado las relaciones interpersonales y la comunicación con los pacientes y sus familiares, y también con los colegas, compañeros de trabajo y el entorno. Esto por lo demás es un requerimiento fundamental para el trabajo interdisciplinario que se le exige cada vez más a los profesionales en su desempeño.

4. Administración y Gestión

Este componente es igualmente relevante, no solo para el especialista que tiene funciones administrativas o de dirección directas, si no para todos los profesionales en el desarrollo de su actividad académica y científica. El conocimiento de las características del Sistema General de Seguridad Social, y de los sistemas de salud en general, así como las bases para la gestión de los servicios en cualquiera de los niveles de organización es

absolutamente necesario para el desempeño profesional de los especialistas y para el mejoramiento del Sistema.

5. Investigación

El desarrollo de la investigación biomédica requiere que esta competencia sea asumida por los especialistas de las áreas médico quirúrgicas si se desea generar conocimiento específico sobre las ciencias médicas en nuestro país, si se quiere homologar las especialidades a maestrías, y al final si se quiere que los especialistas tengan los elementos necesarios para analizar críticamente la literatura médica a la que tiene acceso. El desarrollo de la investigación en la universidad requiere que sus estudiantes y docentes, especialmente los de postgrado se involucren de manera directa a los procesos de generación de conocimiento.

6. Docencia

Las competencias en el campo educativo del especialista médico son inherentes a su práctica profesional y a su proceso de formación en el cual se inter-relaciona y tiene responsabilidades académicas con estudiantes de niveles previos; sin embargo esta competencia se ha desarrollado de manera tácita, casi accidental, sin especial atención por un desarrollo académicamente diseñado, con objetivos explícitos. Esta competencia es necesario desarrollarla no solo para quienes tienen aspiraciones docentes, si no para fortalecer la acción del médico especialista en su práctica cotidiana.

	CUADRO RESUMEN DE LA PROPUESTA				
	CLASIFICACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS				
	MÉDICAS	QUIRÚRGICAS		DIAGNÓSTICAS	
	DIMENSIÓN DE LA COMPETENCIAS				
	Cono- cimiento Médico y Atención al Paciente	Lider- azgo y Profe- sional- ismo	Relaciones Interperson- ales y Comuni- cación	Adminis- tración y Gestión	Investigación
TIPO DE COMPETEN- CIA GENÉRICA					
TRANSVER- SAL	ZONA DE DESARROLLO DE COMPETENCIAS				
ESPECÍFICA					

Competencias Generales en la Dimensión de Conocimiento Médico y Atención al Paciente

Se presenta la COMPETENCIA, numerada e iniciando con un verbo en infinitivo; y a continuación el o los criterios que evidencian el cumplimiento de dicha competencia.

La descripción de las siguientes competencias se hace en apoyados en el trabajo del grupo de medicina del Proyecto 6x4 UEALC, con autorización de la Asociación Colombiana de Universidades -ASCUN-⁸ en el cual participaron las facultades de medicina de las universidades: Autónoma de Nuevo León; Autónoma del Estado de México; Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey; del Noreste A.C.; de Colima, México; de Guadalajara, México; del Instituto Politécnico Nacional, México; Veracruzana, México; Anáhuac, México; La Sabana, Colombia; del Norte, Colombia; del Rosario, Colombia; de Antioquia, Colombia; de Ciencias Aplicadas y Ambientales (UDCA), Colombia; Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Colombia; del Cuyo, Argentina; Técnica de Oruro, Bolivia; y, de Costa Rica, Costa Rica. Este trabajo fue ajustado, en lo pertinente, para que sirva de base al desarrollo de las competencias en las Especialidades Médicas. Sin embargo se toman muchas de las competencias de manera textual por considerarse que son aplicables a las especialidades médicas. Se reitera, sin embargo, que lo que se busca es que sirvan de punto de partida para el trabajo de los Comités de las respectivas especialidades quienes le darán la especificidad necesaria.

De acuerdo con el trabajo de 6x4 UEALC, la competencia será enunciada de tal manera que responda a tres preguntas:

⁸ Agradecemos a ASCUN la autorización para utilizar y adaptar el trabajo realizado por el Proyecto 6x4 UEALC para el desarrollo de las Competencias en las Especialidades Médicas. Ver Anexo 5.

“La primera:

¿Cuál es la acción esperada? Es decir, que la competencia debería empezar con una acción (verbo) que en la mayoría de sus oportunidades quedaría estructurado en infinitivo puesto que si se emplean de manera conjugada (personal) pueden corresponder mejor a sus indicadores.

“La segunda:

¿Cuál es el sujeto o proceso sobre el que recae la acción? Obviamente es fundamento para el desarrollo de la acción.

“La tercera:

¿Cuáles eran los criterios de desempeño de dicha acción? Es decir, no basta con decir la acción y el sujeto sobre el que recae dicha acción sino que la competencia no está bien descrita si no aclaramos el nivel o criterio de calidad que esperamos desarrolle el estudiante con respecto a la acción descrita.

“A manera de ejemplo, se seguirá el siguiente esquema:

Acción a llevar a cabo (verbo en infinitivo)	Objeto (objeto o situación sobre la cual recae la acción)	Condición de Calidad (Criterio general para evaluar la acción sobre el objeto)
Analizar	el estado de salud o enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario.	con interés, solidaridad y espíritu de servicio.

“Y se presentará de la siguiente manera:

“Analizar el estado de salud o enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario con interés, solidaridad y espíritu de servicio”

“Por otra parte para cada competencia se definirán uno o varios, según el caso, CRITERIOS DE VERIFICACIÓN, los cuales permiten la autoevaluación, coevaluación y evaluación de la competencia. El siguiente es un ejemplo para el caso que estamos analizando:

- Demuestra interés por el análisis del estado de salud o enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario.
- Fomenta la creatividad y preocupación permanente por la calidad de atención en salud y el mantenimiento de la misma.
- Elabora el diagnóstico de salud integral de una población objetivo.
- Prioriza los problemas de salud a partir del análisis del diagnóstico, utilizando las técnicas apropiadas”⁹

A estas formas de presentación se le puede agregar el **grado de especificidad** propio de la respectiva especialidad.

A partir de la definición de estas competencias se establecerán los componentes del SER, SABER y SABER HACER necesarios para el cumplimiento de las mismas. En este punto aparecen las actitudes, conocimientos, habilidades y destrezas que debe desarrollar el programa para la adquisición de las respectivas competencias.

Las características del SER hacen referencia a las condiciones personales, actitudinales y comunicativas del médico en formación y que pueden tener particularidades intrínsecas a cada especialidad. Aquí los aspectos, éticos y socio humanísticos son de principal importancia.

En el SABER se definen los conocimientos que debe tener el estudiante para el desarrollo de las competencias y que hacen parte de la especificidad del programa.

El grupo de expertos definirá en el SABER HACER las actividades y procedimientos en función de sus características técnicas y de número, necesarias para considerar COMPETENTE al médico en formación, en relación con los contextos propios del desarrollo de la especialidad. Recordemos una de las muchas definiciones de competencia, que resulta útil en este momento: **La COMPETENCIA es un SABER HACER en contexto** (Bogoya, D).

⁹ Proyecto 6x4 UEALC Informe Final Medicina; ASCUN.

A través de estos tres componentes del desarrollo de las competencias se pone a prueba de manera permanente, durante su tiempo de formación al residente, para que pueda desempeñarse de manera COMPETENTE en el medio propio de su especialidad y bajo los diferentes contextos. Se le dan las herramientas para la competencia de **aprender a aprender**.

A continuación se describen las COMPETENCIAS GENERALES aplicables a las Especialidades Médico-Quirúrgicas las diferentes dimensiones mencionadas antes.

En este punto se definen las competencias *generales* a nivel de las especialidades médico-quirúrgicas, como una aproximación inicial que debe ser desarrollada en las diferentes especialidades. El grado de generalidad, transversalidad o especificidad de la competencia depende de la clasificación de la cual haga parte la especialidad (médica, diagnóstica o quirúrgica), y de la especialidad misma. Por ejemplo, una competencia de diagnóstico que puede ser transversal para especialidades quirúrgicas, puede ser específica para un patólogo.

Conocimiento Médico y Atención al Paciente

Por supuesto el énfasis de acuerdo a la respectiva especialidad puede ser variable y de hecho en ciertas especialidades es posible que alguna de las funciones NO aplique. Esto se definirá al desarrollar cada una de las especialidades.

Sin embargo este ejercicio se considera de gran importancia porque permite orientar dentro del modelo de las competencias la construcción de las propuestas curriculares de las especialidades, lo cual es un gran avance inclusive del que no tenemos referencias de alcance nacional de otros países.

Promoción y Prevención

1. **Analizar el estado de salud o enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario con interés, solidaridad y espíritu de servicio.**

Demuestra interés por el análisis del estado de salud o enfermedad a nivel individual, familiar y comunitario.

Fomenta la creatividad y preocupación permanente por la calidad de atención en salud y el mantenimiento de la misma.

Elabora el diagnóstico de salud integral de una población objetivo.

2. **Actuar en su vida personal y profesional de manera coherente con las prácticas de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, demostrando una preocupación permanente por la calidad de vida propia y de los demás.**

Es coherente en su actuar con las prácticas preventivas de la enfermedad.

Incorpora en su vida personal y su ámbito de acción estilos de vida y prácticas favorables a la salud.

3. **Aplicar los conocimientos teórico-conceptuales, metodológico-investigativos y práctico-aplicativos correspondientes al mantenimiento de la salud de manera oportuna, pertinente, productiva y con repercusión en el estado de salud del individuo, la familia y la comunidad.**

Utiliza las herramientas investigativas y epidemiológicas aplicadas a la prevención de la problemática de salud del individuo, la familia y la comunidad.

4. **Gestionar el mantenimiento de la salud a nivel individual, familiar y comunitario, basado en los procesos y enfoque biopsicosocial y/o de riesgos del continuo salud enfermedad.**

Mantiene la salud del individuo, la familia y la comunidad haciendo un diagnóstico biopsicosocial y de riesgos.

Procura el empoderamiento de los recursos de las familias, comunidades y el gobierno para que sean utilizados en favor de la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Comprende los procesos y el enfoque biopsicosocial del continuo salud enfermedad.

Aplica el enfoque biopsicosocial y/o de riesgos en las acciones para el mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades.

5. **Diseñar, ejecutar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera objetiva, funcional y pertinente a los problemas más prevalentes de su población objetivo.**

Diseña, ejecuta y evalúa programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad coherentes con la problemática de la comunidad donde trabaja.

6. **Investigar en promoción de la salud y prevención de la enfermedad aplicando el método científico y dentro de los lineamientos de la ética profesional.**

Aplica el método científico a la investigación de la problemática en salud del individuo, la familia y la comunidad.

Diseña y utiliza indicadores sobre factores de riesgo a la salud del individuo, la familia y los grupos de población.

7. **Prevenir factores de riesgo a nivel individual, familiar y comunitario, promoviendo los hábitos y estrategias necesarias para mantener un buen estado de salud.**

Encuentra los factores de riesgo a nivel individual, familiar y comunitario y concientiza a los mismos con respecto a la manera de evitarlos.

Identifica, junto con los individuos, familias y comunidades, los factores de riesgo modificables.

Persuade eficazmente a los individuos y grupos para modificar estilos de vida y hábitos perjudiciales a la salud.

Utiliza técnicas apropiadas de educación en salud para propiciar la adopción de estilos de vida favorables a la salud tanto en pacientes sanos como en los que tienen enfermedades crónicas.

8. Identificar e intervenir el riesgo según grupos de edad de manera adecuada y oportuna.

Previene factores de riesgo a nivel individual, familiar y comunitario.

9. Explicar y apoyar las crisis que hacen parte del desarrollo de la persona y la familia de manera oportuna y con repercusión positiva con respecto al estado de salud individual y familiar.

Orienta al individuo y la familia para entender las crisis normativas generando una respuesta positiva frente a las mismas.

10. Facilitar la comunicación del paciente con su familia basada en un diálogo continuo y adecuado y un plan estratégico que optimice la buena interrelación personal entre los mismos.

Establece un diálogo continuo y adecuado entre los miembros de la familia favoreciendo su interrelación.

11. Fomentar los hábitos saludables familiares utilizando las herramientas indicadas y pertinentes para la adecuada promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Promueve los hábitos y estrategias para mantener un buen estado de salud.

12 Prevenir la repetición de patrones familiares de abuso, negligencia y violencia intrafamiliar de manera eficaz y oportuna.

Interviene adecuadamente en las crisis a nivel familiar.

Utiliza técnicas adecuadas de intervención en crisis de la familia.

13. Educar a la familia para que identifique los patrones disfuncionales a través del diálogo entre sus miembros y la participación activa en las diversas actividades que desarrollan.

Educa a la familia para que identifique los patrones disfuncionales.

14. Identificar los patrones repetitivos de hábitos no saludables vigilando el proceso de salud en el núcleo familiar por medio de un continuo seguimiento de sus miembros.

Realiza un seguimiento de los hábitos no saludables en el individuo, la familia y la comunidad e interviene positivamente para su corrección.

15. Desarrollar habilidades individuales que favorezcan el reforzamiento positivo en las situaciones difíciles del individuo y la familia.

Aplica las estrategias de reforzamiento positivo como parte de la prevención de complicaciones a la problemática individual y familiar.

16. Utilizar y fomentar el desarrollo de redes de apoyo que benefician al individuo y la familia en la comunidad.

Trabaja adecuadamente con redes de apoyo a nivel comunitario para potenciar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Evaluar las condiciones de salud y medio ambiente de una comunidad.

Evalúa los factores ambientales condicionantes de alteración de la salud y concientiza la comunidad para generar los cambios que se requieran para modificarlos.

Reconoce patrones culturales dominantes que intervienen en la salud.

17. Analizar la información obtenida y hacer una interpretación epidemiológica efectiva.

Aplica las técnicas de información y la epidemiología a la investigación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

18. Anticipar las crisis en la persona y la familia y ofrecer guías anticipatorias para una oportuna intervención.

Realiza una comunicación efectiva y oportuna para anticipar las crisis normativas y aplicar las guías anticipatorias promoviendo así la salud.

Diagnóstico

1. Comunicar las estrategias diagnósticas necesarias para confirmar o ampliar el criterio médico.

Comunica al individuo, la familia y la comunidad las estrategias diagnósticas necesarias, de manera clara, ordenada, adecuada y oportuna.

2. Obtener del sujeto de diagnóstico, la información sobre el problema médico, a través de un adecuado lenguaje verbal con sensibilidad al impacto de la enfermedad y sus factores recurrentes.

Realiza una óptima anamnesis logrando concretar el problema médico de manera clara, precisa y concisa.

Identifica e interpreta el motivo de consulta y admisión hospitalaria.

3. Describir los hallazgos del interrogatorio médico (anamnesis), de manera ordenada y basado en un lenguaje técnico.

Utiliza la terminología médica y describe ordenadamente los hallazgos obtenidos del paciente por medio de la anamnesis.

4. Realizar un examen físico topográfico completo, basado en una óptima semiotecnia, ordenada y sistémica.

Realiza un examen físico topográfico completo aplicando la semiotecnia específica para cada región o sistema.

5. Realizar un examen mental básico fundamentado en una óptima exploración de la esfera psíquica a través de la comunicación.

Realiza un examen mental básico utilizando una adecuada anamnesis y generando una óptima relación médico paciente.

Diagnostica el estado normal o anormal del estado emocional y/o psíquico del paciente, la familia o la comunidad.

6. Utilizar el instrumental médico de diagnóstico de manera adecuada desde el punto de vista de su indicación y técnica.

Utiliza adecuadamente los instrumentos médicos necesarios para facilitar el diagnóstico en el momento de realizar el examen físico.

7. Identificar los síntomas y signos de la enfermedad con precisión.

Conoce las principales manifestaciones clínicas de la enfermedad e identifica los signos y síntomas que la constituyen.

8. Demostrar interés por el análisis de la problemática familiar actual.

Identifica los patrones familiares de abuso, negligencia y violencia intrafamiliar.

9. Registrar en la historia clínica, la información obtenida, de manera clara, ordenada y acorde con la normatividad vigente.

Elabora una historia clínica completa.

10. Jerarquizar los datos clínicos obtenidos del sujeto de diagnóstico de manera ordenada y lógica y con criterio de causalidad.

Identifica los problemas clínicos de manera lógica y deductiva, estableciendo prioridades y consecuencias.

11. Utilizar la información obtenida a través del interrogatorio de manera ordenada y sistemática a favor de un diagnóstico presuntivo.

Interpreta la información obtenida a través del interrogatorio para emitir juicios clínicos.

Interpreta, analiza y transmite la información suministrada por el paciente.

12. Solicitar los exámenes paraclínicos y complementarios que apoyen el diagnóstico, de una manera coherente, justificada, prudente y acorde con los recursos disponibles.

Solicita e interpreta adecuadamente los exámenes paraclínicos y complementarios.

Interpreta la sensibilidad y la especificidad así como el valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) de las pruebas de laboratorio de acuerdo a la epidemiología de su ejercicio profesional.

13. Reconocer los factores que predisponen a la enfermedad, los factores de riesgo y los factores externos que pueden

condicionar la misma, según los grupos de edad, de manera analítica, crítica y reflexiva.

Identifica los factores de riesgo de la enfermedad y los integra al juicio clínico.

14. Describir el cuadro clínico del sujeto de diagnóstico, de manera adecuada.

Sintetiza y jerarquiza los problemas médicos describiendo el cuadro clínico de manera lógica y ordenada a través del lenguaje verbal o escrito.

15. Evaluar los estados de salud y enfermedad de manera integral.

Observa e integra a su análisis los fenómenos que determinan los estados de salud y/o enfermedad.

16. Emitir los juicios clínicos sobre el problema médico analizado, de manera clara, adecuada, coherente y lógica y con un enfoque biopsicosocial del continuo salud-enfermedad.

Emite juicios clínicos que orientan las conductas a seguir con los pacientes.

17. Establecer un pronóstico del sujeto de diagnóstico, basado en el análisis particular de cada caso y de un modo preciso, claro, respetuoso y basado en la mejor evidencia posible.

Reconoce y analiza los factores que inciden en la evolución de la enfermedad estableciendo un pronóstico tentativo.

18. Elaborar un análisis clínico de manera adecuada, clara y coherente.

Realiza un análisis clínico acertado basado en un pensamiento lógico-deductivo e interpretativo adecuado.

19. Soportar un diagnóstico clínico de manera crítica, constructiva y argumentativa.

Realiza un diagnóstico presuntivo y diferencial basado en la argumentación científica.

20. Analizar la información obtenida y hacer con base en la misma, una interpretación epidemiológica efectiva.

Realiza una adecuada interpretación diagnóstica epidemiológica.

21. Reconocer los estados críticos que atentan contra la vida del paciente de manera oportuna y eficaz.

Diagnostica los estados críticos de salud (urgencias) de manera oportuna y acertada.

22. Conocer la teoría de la comunicación a nivel familiar para establecer diagnósticos de disfunción al interior de la misma.

Favorece una adecuada comunicación del paciente con la familia e identifica las alteraciones en este aspecto aplicándolo al diagnóstico de disfunción familiar.

23. Identificar el grado de compromiso clínico del paciente a través de la anamnesis, el examen físico e interpretación de paraclínicos para decidir su manejo o remisión oportuna.

Remite adecuadamente al paciente a la especialidad que corresponda de acuerdo al grado de complejidad del diagnóstico.

Tratamiento y Rehabilitación

1. Determinar conductas terapéuticas en el individuo, la familia y la comunidad, enmarcadas dentro de un contexto ético y moral.

Demuestra transparencia, respeto, responsabilidad y autoridad en el momento de ejecutar el acto terapéutico, permitiendo una adecuada adhesión al tratamiento.

2. Reconocer los diversos grupos de fármacos, las indicaciones, dosis, vías de administración, interacciones, contraindicaciones y efectos secundarios, de acuerdo con los estándares internacionales de la farmacopea.

Realiza una prescripción médica de manera adecuada y explica la base científica de su formulación.

Reconoce y selecciona los diversos tipos de fármacos que optimizan y generan eficacia terapéutica de acuerdo a factores individuales y teniendo en cuenta las indicaciones, dosis, vías de administración, interacciones, contraindicaciones y efectos secundarios.

3. Decidir las terapias que optimizan la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes, con seguridad, autoridad y firmeza.

Busca la óptima calidad de vida de su paciente y muestra preocupación constante por alcanzarla, respetando sus decisiones.

Transmite seguridad y firmeza en la toma de decisiones.

4. Acompañar al paciente en el proceso terapéutico y de rehabilitación, entendiendo el desarrollo de dicho proceso de manera integral (biopsicosocial) y mostrando una constante preocupación por alcanzar sus objetivos terapéuticos.

Entiende y acompaña al paciente en su proceso terapéutico y de rehabilitación.

5. Indicar la conducta terapéutica a seguir en el individuo, la familia y la comunidad basado en el conocimiento de las diversas alternativas terapéuticas y/o de intervención

(farmacológica, de procedimiento, psicológica, quirúrgica o alternativa).

Indica conductas terapéuticas acertadas en el individuo, la familia y la comunidad.

Entiende y escoge la terapéutica más adecuada (farmacológica, psicológica, de procedimiento, quirúrgica o alternativa), resolviendo de manera acertada los problemas de salud más frecuentes.

6. Identificar las patologías que afectan al individuo y que requieren indicación de rehabilitación física o psíquica, basado en criterios clínicos y con indicadores pronósticos definidos.

Indica la forma de rehabilitación del paciente o la delegación para su manejo especializado, basado en el conocimiento de las diversas patologías que lo incapacitan y las opciones terapéuticas que lo habilitan a su medio.

Conoce las indicaciones pertinentes de la rehabilitación física o psíquica e informa al paciente de manera adecuada su repercusión y utilidad dentro del pronóstico de la enfermedad.

7. Indicar la conducta terapéutica adecuada inmediata en las situaciones de riesgo para la vida basado en el juicio clínico.

Identifica al paciente que requiere intervención terapéutica de urgencia y le realiza dicha intervención de manera oportuna y acertada.

Posee un criterio terapéutico que le permite intervenir en el manejo del paciente crítico o de urgencias.

Entiende la fisiopatología implicada en las situaciones de riesgo vital y los medios que puede utilizar para intervenir

adecuadamente en determinados momentos que requieren de atención inmediata.

8. Tratar el dolor de manera adecuada y conocer las bases en las cuales se fundamenta su manejo.

Maneja el dolor del paciente de manera adecuada y eficiente basado en un sólido conocimiento de su etiopatogenia.

9. Dar manejo terapéutico a los pacientes con enfermedades agudas y crónicas con criterios de calidad terapéutica, de acuerdo con la mejor evidencia.

Ordena el tratamiento requerido y adecuado para el manejo de las enfermedades agudas y crónicas.

Realiza un manejo integral del paciente considerándolo desde el punto de vista biológico y psicológico.

10. Decidir el manejo intrahospitalario, de cuidado intermedio y/o ambulatorio del paciente de acuerdo con el tipo de terapéutica, el grado de riesgo, la indicación farmacológica y el estado clínico del mismo.

Define la conducta a seguir con el paciente (terapéutica farmacológica, psicológica, de procedimiento, quirúrgica o alternativa) y el espacio donde debe ser manejado (nivel intrahospitalario, de cuidado intermedio y/o ambulatorio).

11. Indicar los parámetros nutricionales del paciente y sus vías de administración de acuerdo a las necesidades metabólicas y a las condiciones individuales.

Reconoce las necesidades nutricionales del paciente e indica de manera adecuada su contenido específico y vía de administración.

Realiza un esquema básico nutricional e hidroelectrolítico del paciente pediátrico, del adulto, la embarazada y el anciano, de acuerdo a sus condiciones metabólicas y de aquellos que requieren de nutrición artificial, enteral y/o parenteral.

12. Referir al paciente al nivel adecuado y en el momento oportuno de acuerdo con sus conocimientos y posibilidades de manejo terapéutico.

Entiende sus limitaciones terapéuticas y refiere el paciente en el nivel y el momento oportuno.

13. Entender el ciclo vital familiar e individual de acuerdo a la normatividad de los mismos y los momentos apropiados de intervención terapéutica basados en un adecuado y oportuno diagnóstico biopsicosocial.

Entiende el ciclo vital familiar y los momentos apropiados de intervención de acuerdo con el mismo.

14. Utilizar la comunicación de manera efectiva y adecuada como herramienta terapéutica a nivel familiar y sociopoblacional.

Facilita la forma de establecer una adecuada comunicación como herramienta terapéutica a nivel familiar y sociopoblacional.

15. Intervenir terapéuticamente la familia de manera oportuna y adecuada, identificando su estructura, función y patología emocional y conductual más frecuente.

Identifica la estructura y función familiar y la forma de intervenir de manera adecuada y oportuna desde el punto de vista terapéutico.

16. Diseñar estrategias terapéuticas que favorezcan el desarrollo del estado de salud de la población basado en la carga de la enfermedad a nivel local, regional y global, y en el conocimiento de los planes de contingencia existentes frente a patologías que puedan generar endemia, epidemia y pandemia.

Identifica de forma clara la carga de la enfermedad a nivel local, regional y global desde el punto de vista familiar

y sociopoblacional para dar un tratamiento adecuado y oportuno.

Conoce los planes de contingencia existentes frente a patologías que puedan generar endemia, epidemia y pandemia.

17. Realizar tratamientos quirúrgicos que correspondan a niveles de técnicas quirúrgicas básicas y a las patologías quirúrgicas de baja complejidad.

Realiza tratamientos quirúrgicos correspondientes a patologías y técnicas según nivel de complejidad.

18. Liderar los grupos de trabajo en salud y organizar el trabajo interdisciplinar en pro del bienestar de la comunidad.

Lidera la intervención terapéutica en grupos interdisciplinares.

19. Utilizar las herramientas informativas disponibles como las bases de datos y la medicina basada en la evidencia, con el fin de optimizar las estrategias terapéuticas de acuerdo a cada problema de salud a nivel individual, familiar o comunitario.

Utiliza las herramientas de apoyo que optimizan la intervención terapéutica como las bases de datos y la medicina basada en la evidencia.

20. Utilizar las herramientas administrativas y de gestión para colaborar en la organización funcional de la atención (tratamiento) de los pacientes y de la comunidad.

Administra y gestiona recursos y procesos implicados en la organización funcional de la atención (tratamiento) en salud.

21. Investigar los efectos terapéuticos y repercusión de los mismos en el individuo, la familia y la comunidad basado en el método científico.

Aplica el método científico a la investigación terapéutica.

22. Diseñar los esquemas terapéuticos farmacológicos dentro de los sistemas de atención en salud en conjunto con otras disciplinas de acuerdo con las necesidades profesionales o poblacionales.

Diseña los esquemas terapéuticos trabajando en equipo interdisciplinar para lograr una excelente acción terapéutica individual y poblacional.

23. Aplicar el conocimiento de la medicina alternativa a la atención en salud.

Conoce e informa al paciente las indicaciones, factores de riesgo, costo, eficacia y consistencia científica de las diversas modalidades de medicina alternativa y respeta su decisión.

24. Tomar decisiones terapéuticas ante las situaciones de violencia y desastres de manera oportuna y adecuada.

Atiende las situaciones de desastre y violencia en forma oportuna y eficaz liderando las acciones médicas de las cuales depende un óptimo resultado.

25. Desarrollar estrategias de rehabilitación familiar y sociopoblacional de acuerdo con las patologías más prevalentes.

Ejecuta los planes de rehabilitación familiar y sociopoblacional incidiendo en la recuperación del estado de salud.

26. Reconocer las indicaciones terapéuticas de la radioterapia y quimioterapia correspondientes al manejo de las patologías oncológicas más prevalentes a nivel sociopoblacional.

Conoce y explica al paciente las bases del tratamiento por medio de la radioterapia y quimioterapia.

Liderazgo y Profesionalismo

1. Liderar grupos y personas en torno a la preservación del estado de la salud, de manera competente, eficiente y

proactiva apoyando su ejecución en una actitud educativa con el individuo, la familia y la comunidad durante su desempeño profesional.

Diseña y ejecuta programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con base en el diagnóstico de necesidades de educación en salud involucrando a la comunidad y a sus liderados en el equipo de salud.

Interactúa efectivamente con actores del sector salud y otros sectores relacionados en el diseño, ejecución y evaluación de programas de Promoción y Prevención.

27. Liderar la generación de ambientes saludables al interior de la familia y la comunidad basados en una adecuada comunicación entre sus miembros, actitudes, hábitos y costumbres saludables.

Ejerce liderazgo para generar ambientes saludables al interior de la familia y la comunidad.

28. Fomentar el trabajo en equipo como pilar del desarrollo de los planes terapéuticos al interior de la familia y la comunidad.

Realiza planes terapéuticos al interior de la familia y la comunidad basado en un trabajo interdisciplinar.

29. Sensibilizar a la familia y a la comunidad alrededor de la problemática en salud y la importancia a la adhesión al tratamiento o solución de los problemas basada en la capacitación pertinente y aplicada a la realidad de cada uno de sus miembros.

Capacita y educa a los miembros de la familia y comunidad sensibilizándolos a la adhesión del tratamiento y la problemática en salud.

Valora la familia como núcleo social y la comunidad como eje del desarrollo cultural, diseñando estrategias para lograr la resolución de sus problemas.

30. Escuchar a los miembros de la familia y la comunidad de manera atenta, objetiva y analítica con el fin de optimizar de esta manera las decisiones terapéuticas.

Se comunica de manera óptima con el paciente, los miembros de la familia y la comunidad optimizando así el acierto de sus decisiones terapéuticas.

Relaciones Interpersonales y Comunicación

1. Comunicar los planes de prevención de enfermedades y promoción de la salud al paciente, la familia y la comunidad, de manera clara, oportuna y efectiva.

Desarrolla una adecuada comunicación con el paciente, la familia y la comunidad, lo cual le permite mantener un contacto constante y personal, generando una confianza fundamental para la ejecución de planes de prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Utiliza métodos de comunicación adecuados para brindar educación en salud teniendo en cuenta las características de la población objetivo, con diversos públicos en distintos escenarios adecuando los mensajes, medios y canales de comunicación.

2. Establecer una comunicación médico-paciente, médico-familia y médico-comunidad basada en el mutuo entendimiento y respeto.

Establece una comunicación médico paciente caracterizada por la confianza y veracidad del paciente y credibilidad del mismo hacia el médico.

3. Ejercer las actividades diagnósticas, fundamentado en valores y actitudes que reflejan la excelencia personal.

Ejerce la profesión fundamentada en valores y actitudes tales como: la honestidad, solidaridad y espíritu de servicio, constancia, alegría, laboriosidad, respeto a la dignidad de la persona humana, a la verdad, a la vida, a la naturaleza, a las leyes, a la autoridad legítima y a la libertad.

Practica en la profesión las virtudes propias de su ejercicio, como la prudencia, fortaleza, templanza, compasión y diligencia.

4. Diagnosticar los problemas médicos teniendo como base de actuación la ley de Ética Médica.

Ejerce con ética la profesión teniendo en cuenta la apertura y respeto incondicional por la persona, el consentimiento informado, el secreto profesional y el compromiso total con los derechos humanos y, específicamente, el derecho de los enfermos.

5. Reconocer las limitaciones diagnósticas (personales y del saber médico) con honestidad, humildad y necesidad de auto mejoramiento.

Realiza una autocrítica adecuada solicitando colaboración en los momentos de duda y practicando una búsqueda permanente de su perfeccionamiento profesional.

Reconoce sus limitaciones personales y del saber médico para enfrentar la problemática individual.

6. Reconocer la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte como procesos naturales.

Enfrenta la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte con objetividad y criterios claros actuando serenamente frente a los mismos.

7. Mostrar interés por el análisis del estado de salud, con sensibilidad al impacto de la enfermedad, los factores concurrentes y la incertidumbre, en el sujeto de diagnóstico.

Actúa con interés por la salud del paciente, el estudio de su enfermedad, el análisis de su entorno y los cambios condicionados por la misma.

8. Actuar médicamente aplicando las virtudes humanas que favorecen la relación médico paciente.

Procura vivir y fomentar a la vez el conjunto de las virtudes humanas, como la veracidad, honestidad, sinceridad, transparencia y demás virtudes que perfeccionan al ser personal.

9. Trabajar en equipo con otros profesionales de la salud estableciendo una relación positiva y colaborativa.

Solicita y permite la participación conceptual de otros profesionales de la salud, con respeto, humildad e interés por el bienestar y la mayor precisión posible en el diagnóstico del paciente.

Investigación

1. Demostrar una capacidad de abstracción suficiente que le permita a partir de una pregunta de investigación bien planteada, diseñar e implementar planes de acción para los problemas propuestos.

Plantea preguntas de investigación bien estructuradas.

Propone preguntas que se pueden resolver con las herramientas de investigación que se tienen a disposición.

Define cuales son las herramientas metodológicas de investigación que se deben usar para resolver las preguntas propuestas.

Define las fuentes de financiación que se pueden utilizar para la viabilidad económica de la propuesta.

Diseña preguntas de investigación pertinentes a los problemas prioritarios del país.

2. Liderar ideas de investigación con base en una actitud intelectual creativa e inquieta y un pensamiento crítico.

Diseña e implementa planes de acción para generar respuestas a los problemas planteados en saberes específicos.

Aplica nuevas herramientas para dar soluciones a problemas en salud.

Asocia de manera creativa diferentes herramientas metodológicas con las preguntas-problemas a resolver.

Innova estrategias y herramientas pertinentes para el estudio de las preguntas problemas.

Impulsa la actividad investigativa en los grupos de los cuales el estudiante hace parte.

Promueve la discusión y el libre cambio de ideas entre los miembros del grupo de investigación.

Propone nuevas maneras para la resolución de problemas.

Evalúa críticamente los diferentes métodos disponibles con el fin de usar el más adecuado para resolver los problemas de investigación.

Analiza de manera crítica las diferentes estrategias planteadas para resolver las preguntas-problemas, usando para ello factores de evaluación como relación costo-beneficio, pertinencia, eficiencia y efectividad.

3. Proponer, argumentar y estructurar un discurso lógico alrededor de la investigación abierto al diálogo y a la discusión científica.

Escribe la propuesta de investigación de manera clara, precisa, concisa, lógica y pertinente, en donde se vea claramente que

las estrategias metodológicas planteadas están conectadas con los objetivos a resolver.

Escribe artículos de investigación y de revisión de manera clara, precisa, concisa y lógica.

Comunica sus propuestas teniendo en cuenta el nivel del auditorio y escogiendo las palabras pertinentes.

4. Demostrar capacidades intelectuales que apoyan el proceso investigativo con pertinencia y coherencia en la estructuración del proceso del pensamiento que requiere la investigación.

Presenta propuestas centradas en una aproximación hipotético-deductiva.

Extracta elementos útiles de un conjunto de observaciones, los cuales son usados en la construcción de hipótesis.

Aplica un pensamiento y aproximación sistémica para la resolución de problemas.

Referencia las fuentes bibliográficas utilizadas en la elaboración de la propuesta y de artículos de investigación.

Presenta gráficas y tablas que son resultado de la actividad de la investigación ejercida.

Presenta un manejo ético de la información que se le ha sido suministrada.

5. Conocer y aplicar el método científico con habilidad y profundo conocimiento del mismo en cuanto al proceso de investigación.

Elabora instructivos de encuesta claros y guardando respeto a la privacidad del individuo.

Identifica las variables a estudiar.

Clasifica las variables de acuerdo a su naturaleza.

Define los mejores niveles de medición correctos para cada variable.

Aplica la respectiva metodología, sea descriptiva, analítica o experimental, pertinente para la pregunta problema.

Diseña y ejecuta los respectivos controles y grupos control para evitar los sesgos en el desarrollo de la propuesta de investigación.

Aplica las respectivas herramientas estadísticas para el adecuado análisis de los resultados.

Identifica las diferentes bases de datos disponibles para la obtención de la información necesaria para la elaboración de la propuesta de investigación y artículos en revistas.

Selecciona la base de datos pertinente para la elaboración de la propuesta.

Referencia los artículos usados en la elaboración de la propuesta y/o artículo de investigación.

Solicita evaluación por otros pares expertos en el área de la propuesta.

Crea y forma parte de redes de investigación en el área del tema de la propuesta.

6. Tener una actitud respetuosa y tolerante hacia las ideas de los demás como principio de convivencia y solidaridad, con lo cual demuestra su buena capacidad de trabajo en equipo.

Disiente de manera afable y respetuosa de las ideas de otras personas.

7. Entender la implicación ética de los procesos investigativos defendiendo sus principios y valores con solidez y criterio.

Guarda la privacidad de los pacientes.

Implementa medidas para preservar la información suministrada.

Redacta y presenta documentos de consentimiento informado.

Define y aplica los criterios de Helsinki.

Define y aplica las normas de bioseguridad.

Trata de manera respetuosa y humana a los pacientes involucrados en los estudios.

Aplica los principios de tratamiento ético a los animales.

8. Distinguir los hechos relevantes de los secundarios y de los principios en los que se sustentan, estableciendo diferencias entre lo que es objetivo de lo opinable y de lo que es un juicio de valor.

Toma decisiones basadas en un pensamiento crítico y determinado por una consistente evaluación de las diferentes propuestas y estrategias.

9. Utilizar las herramientas que aportan las tecnologías de la información y la comunicación escogiendo las que brinden la mejor evidencia posible como soporte a los procesos investigativos.

Basa su argumentación investigativa en procesos muy bien documentados y con la mejor evidencia posible.

Evalúa la literatura científica ponderando su valor para poderla aplicar dentro de la investigación.

Busca la información más pertinente y de mayor validez para el proceso investigativo.

10. Reconocer los fenómenos biológicos, físicos y químicos y sus respectivos procesos a nivel molecular, celular, estructural

y funcional, que son prioritarios conceptualmente con respecto al estado actual de la investigación en el ser humano.

Aplica los principios fisicoquímicos, moleculares, celulares, bioquímicos y fisiológicos en la elaboración de la propuesta investigativa de manera clara, pertinente y lógica.

Define los principios fisicoquímicos, moleculares, celulares, bioquímicos y fisiológicos que pueden estar operando en una determinada situación de salud.

Aplica los conceptos básicos de ontogenia prenatal y sus alteraciones a la investigación en el ser humano.

11. Entender las bases conceptuales que la epidemiología aporta a la acción investigativa teniendo en cuenta nuestro contexto sociopoblacional.

Aplica las herramientas y estrategias epidemiológicas en la formulación del proyecto para entender la dinámica e historia de la enfermedad a nivel poblacional.

Realiza investigación sociopoblacional aplicando los conocimientos epidemiológicos y del método científico.

12. Comunicar las ideas, proyectos y resultados de la investigación de manera verbal o escrita a otros grupos de personas o comunidades científicas de tal forma que haga evidente la convicción, la excelente argumentación y seguridad en la transmisión del conocimiento.

Comunica sus propuestas teniendo en cuenta el nivel del auditorio y expresa sus ideas y propuestas de manera clara, precisa, lógica y pertinente.

Utiliza un lenguaje adecuado, tanto el verbal, oral o escrito, como el no verbal, en forma propia, clara, correcta y pertinente de acuerdo con los diferentes sentidos e intenciones de la comunicación.

13. Colaborar en la recolección de datos y ordenamiento de los informes del trabajo investigativo siguiendo los lineamientos de la epidemiología clínica y/o del método científico.

Elabora de manera correcta los instructivos necesarios para las encuestas.

Clasifica la información obtenida de acuerdo a las variables a estudiar.

Elabora de manera correcta los documentos de consentimiento informado.

Elabora una historia clínica pertinente con la información suficiente y necesaria para la propuesta de investigación.

Elabora y mantiene libros de laboratorio en donde el estudiante y profesional médico guarda la metodología empleada así como los resultados obtenidos.

Presenta informes de manera clara en donde se detallen los resultados salientes del proceso de investigación.

14. Colaborar en la identificación de los problemas basado en el pensamiento científico.

Identifica preguntas-problema pertinentes y participa en la elaboración de estrategias para resolver dichos interrogantes.

15. Diseñar, ejecutar y evaluar bajo un perfil ético, de manera individual y colectiva, proyectos encaminados a obtener conocimientos que mejoren o perfeccionen su desempeño profesional y contribuya al desarrollo de la ciencia (Investigación científica).

Diseña, ejecuta y evalúa con ética los trabajos investigativos.

Administración y Gestión

1. Diagnosticar necesidades y planear servicios de salud coherentes con la problemática sociopoblacional.

Diagnostica el estado de salud de las comunidades.

Identifica oportunidades de mejoramiento en organizaciones del primer nivel de atención.

Diagnostica necesidades de recursos humanos, de recursos físicos y financieros de organizaciones del primer nivel de atención.

2. Organizar planes, programas, proyectos, equipos y comités dentro de los servicios de atención en salud con eficiencia y calidad de acuerdo con las necesidades del individuo, la familia o la comunidad.

Elabora planes y programas de salud en organizaciones del primer nivel de atención y direcciones locales de salud.

Elabora la programación de las actividades y los recursos de los programas de promoción y prevención.

Elabora proyectos de investigación en organizaciones del primer nivel de atención.

Elabora planes de mejoramiento en organizaciones del primer nivel de atención.

Conforma equipos multidisciplinarios de atención en organizaciones del primer nivel de atención.

Conforma comités científicos y administrativos.

3. Dirigir y liderar planes, programas, proyectos, organizaciones, equipos y comités en salud con responsabilidad y eficiencia.

Asigna racionalmente recursos físicos y financieros en organizaciones del primer nivel de atención.

Lidera procesos de cambio institucionales.

Lidera equipos multidisciplinarios de atención en organizaciones del primer nivel de atención.

Lidera equipos de de trabajo en proyectos de investigación.

Concerta programas o acciones de salud con líderes comunitarios o autoridades municipales o regionales.

Orienta comités científicos y administrativos.

4. Evaluar y controlar acciones de salud de manera que logre dar seguimiento de calidad a los procesos.

Dirige y coordina las acciones de traslado de pacientes a otros niveles de atención.

Identifica líderes dentro de las organizaciones del primer nivel de atención, y la comunidad.

Hace seguimiento por indicadores de planes, programas y proyectos en salud.

Autoevalúa la calidad de los servicios prestados.

5. Conocer y aplicar las exigencias que implica el participar en los sistemas de salud con eficiencia.

Evalúa la calidad de los servicios prestados por las organizaciones del primer nivel de atención.

Evalúa el desempeño de equipos multidisciplinarios y comités en organizaciones del primer nivel de atención.

Conoce las normas que afectan a una organización prestadora de servicios del primer nivel de atención y a las direcciones locales de salud.

Conoce las normas que rigen el sistema nacional de salud.

Conoce las normas que rigen el subsistema de calidad dentro del sistema nacional de salud.

6. Responder a las exigencias que el sistema de salud establezca de manera adecuada y puntual.

Conoce los fundamentos de sistemas comparados de salud.

Conoce las normas que rigen el accionar de un médico dentro del sistema nacional de salud.

Colabora efectivamente en la adecuación de una organización prestadora de servicios del primer nivel de atención a las normas que rigen el sistema nacional de salud.

7. Utilizar las herramientas que el sector salud establece a beneficio de su acción profesional.

Adecúa sus acciones a las normas que rigen el accionar de un médico dentro del sistema nacional de salud.

Colabora activamente en las acciones de auditoría y evaluación de sus acciones dentro del sistema nacional de salud.

Conoce los mecanismos de defensa de los derechos de los pacientes dentro del sistema nacional de salud.

Conoce los mecanismos de control ético y técnico científico de la práctica profesional dentro del sistema nacional de salud.

Muestra actitudes positivas para la autoformación y el desarrollo personal.

GRADOS DE DELEGACIÓN PARA EL RESIDENTE POR AÑO

El grupo de expertos definirá el grado de delegación de funciones para los residentes en los diferentes niveles de su formación. Esto tiene tres objetivos principales, uno definir igualmente las responsabilidades de supervisión de parte de los niveles jerárquicos superiores; dos establecer la competencia asistencial del residente durante su proceso de formación; y, tres definir, con base en esta competencias criterios que permitan la facturación de las acciones

de los residentes ante el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Este punto puede ser la base que permita el reconocimiento económico del trabajo del residente dentro del Sistema

DEFINICIÓN DE COMPETENCIAS COMPLEMENTARIAS Y SUSTITUTIVAS DEL EGRESADO

Este punto es de gran importancia para establecer las competencias de carácter interdisciplinario que tienen que ver con especialistas de diversas áreas o con especialistas de la misma área con niveles de formación distintos. De esta manera se busca dirimir a través del consenso las condiciones patológicas y orgánicas que se cruzan entre las diversas especialidades, dándole claridad al Sistema en cuanto a quién es COMPETENTE para QUÉ, bajo diversas circunstancias, y cuando hay situaciones en que especialistas de áreas distintas son igualmente COMPETENTES.

ANEXOS

ANEXO 1: Denominaciones de Especialidades Médico Quirúrgicas aceptadas en diversos bloques y países del mundo.

Mercosur

1.	Anatomía Patológica
2.	Anestesiología
3.	Cardiología
4.	Cirugía General
5.	Cirugía Pediátrica
6.	Cirugía Plástica y Reparadora; Cirugía Plástica; Cirugía Plástica Reparadora.
7.	Dermatología
8.	Endocrinología; Endocrinología e Metabología.
9.	Fisiatría
10.	Gastroenterología
11.	Tocoginecología; Ginecología e Obstetricia; Ginecobstetricia
12.	Hematología; Hemato/Hemoterapia
13.	Hemoterapia
14.	Terapia Intensiva; Medicina Intensiva; Medicina Crítica
15.	Clínica Médica; Medicina Interna
16.	Medicina del Trabajo.
17.	Nefrología
18.	Neumología
19.	Neurocirugía
20.	Neurología
21.	Oftalmología
22.	Oncología Clínica
23.	Ortopedia y Traumatología
24.	Otorrinolaringología

25. Pediatría
26. Psiquiatría
27. Radiología
28. Reumatología
29. Urología

European Union Medical Specialities UEMS

1. Alergología.
2. Anatomopatología.
 - 2.1.1 División de Neuropatología.
3. Anestesiología.
4. Biopatología Médica.
5. Cardiología.
 - 5.1.1 División de Cardiología Pediátrica
6. Cirugía Cardiotorácica.
7. Cirugía Oro-Maxilo-Facial y Estomatología.
8. Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética.
9. Cirugía Vascular.
10. Cirugía.
11. Dermato-Venereología.
12. Endocrinología.
13. Enfermedades Infecciosas.
14. Gastroenterología.
15. Geriatria.
16. Ginecología y Obstetricia.
17. Medicina Física y Rehabilitación.
18. Medicina Interna.
 - 18.0.1. División de Oncología Médica.
19. Medicina Nuclear.
20. Medicina Ocupacional.

21. Microbiología Médica.
22. Nefrología.
23. Neumología.
24. Neurocirugía.
25. Neurofisiología.
26. Neurología.
27. Oftalmología.
28. Ortopedia
29. Otorrinolaringología.
30. Pediatría.
 - 30.1.1 División de Alergología Pediátrica.
 - 30.1.2 División de Endocrinología Pediátrica y Diabetes.
 - 30.1.3 División de Gastroenterología Pediátrica, Hepatología y Nutrición.
 - 30.1.4 División de Hematología y Oncología Pediátrica
 - 30.1.5 División de Enfermedades Infecciosas Pediátricas
 - 30.1.6 División de Neonatología.
 - 30.1.7 División de Nefrología Pediátrica.
 - 30.1.8 División de Medicina Respiratoria Pediátrica.
 - 30.1.9 División de Reumatología Pediátrica.
 - 30.1.10 División de Cirugía Pediátrica.
31. Psiquiatría del Niño y Adolescente y Psicoterapia.
32. Psiquiatría.
33. Radiología.
 - 33.0.1. División de Neuroradiología.
34. Radioterapia.
35. Reumatología
36. Salud Pública.
37. Urología.

Cuenta además con los siguientes Comités Multidisciplinarios:

1. Cirugía de Mano.
2. Enfermedades Autoinmunes.

3. Genética Clínica.
4. Medicina de Cuidado Intensivo.
5. Medicina de Emergencias.
6. Medicina del Deporte.
7. Medicina del Dolor.
8. Urología Pediátrica.

American Council Graduates Medical Education, ACGME

Date: 8/27/2009 - Totals are subject to change during current academic year.

1. Allergy and immunology
2. Anesthesiology
2.1. Adult Cardiothoracic Anesthesiology
2.2. Critical care medicine
2.3. Pediatric anesthesiology
3. Colon and rectal surgery
4. Dermatology
4.1. Dermatopathology
4.2. Procedural dermatology
5. Emergency medicine
5.1. Medical toxicology
5.2. Pediatric emergency medicine
5.3. Sports medicine
5.4. Undersea and hyperbaric medicine
6. Family medicine
6.1. Geriatric medicine
6.2. Sports medicine
7. Internal medicine
7.1. Cardiovascular disease
7.2. Clinical cardiac electrophysiology

7.3. Critical care medicine
7.4. Endocrinology, diabetes, and metabolism
7.5. Gastroenterology
7.6. Geriatric medicine
7.7. Hematology
7.8. Hematology and oncology
7.9. Infectious disease
7.10. Interventional cardiology
7.11. Nephrology
7.12. Oncology
7.13. Pulmonary disease
7.14. Pulmonary disease and critical care medicine
7.15. Rheumatology
7.16. Transplant hepatology
8. Medical genetics
8.1. Molecular genetic pathology
8.2. Medical biochemical genetics
9. Neurological surgery
9.1. Endovascular surgical neuroradiology
10. Neurology
10.1. Child neurology
10.2. Clinical neurophysiology
10.3. Endovascular surgical neuroradiology
10.4. Neuromuscular medicine
10.5. Neurodevelopmental disabilities
10.6. Vascular neurology
11. Nuclear medicine
12. Obstetrics and gynecology
13. Ophthalmology
14. Orthopaedic surgery
14.1. Adult reconstructive orthopaedics

14.2. Foot and ankle orthopaedics
14.3. Hand surgery
14.4. Musculoskeletal oncology
14.5. Orthopaedic sports medicine
14.6. Orthopaedic surgery of the spine
14.7. Orthopaedic trauma
14.8. Pediatric orthopaedics
15. Otolaryngology
15.1. Neurotology
15.2. Pediatric otolaryngology
16. Pain Medicine
17. Hospice and Palliative Medicine
18. Pathology-anatomic and clinical
18.1. Blood banking/transfusion medicine
18.2. Chemical pathology
18.3. Cytopathology
18.4. Forensic pathology
18.5. Hematology
18.6. Medical microbiology
18.7. Neuropathology
18.8. Pediatric pathology
18.9. Selective pathology
19. Pediatrics
19.1. Adolescent medicine
19.2. Neonatal-perinatal medicine
19.3. Pediatric cardiology
19.4. Pediatric critical care medicine
19.5. Pediatric emergency medicine
19.6. Pediatric endocrinology
19.7. Pediatric gastroenterology
19.8. Pediatric hematology/oncology

19.9. Pediatric infectious diseases
19.10. Pediatric nephrology
19.11. Pediatric pulmonology
19.12. Pediatric rheumatology
19.13. Pediatric sports medicine
19.14. Developmental-behavioral pediatrics
19.15. Pediatric transplant hepatology
20. Physical medicine and rehabilitation
20.1. Neuromuscular Medicine
20.2. Pediatric rehabilitation
20.3. Spinal cord injury medicine
21. Plastic surgery
22. Plastic Surgery – Integrated
22.1. Craniofacial surgery
22.2. Hand surgery
23. Preventive medicine
23.1. Medical toxicology
23.2. Undersea and hyperbaric medicine
24. Psychiatry
24.1. Addiction psychiatry
24.2. Child and adolescent psychiatry
24.3. Forensic psychiatry
24.4. Geriatric psychiatry
24.5. Psychosomatic medicine
25. Radiation oncology
26. Radiology-diagnostic
26.1. Abdominal radiology
26.2. Cardiothoracic radiology
26.3. Endovascular surgical neuroradiology
26.4. Musculoskeletal radiology
26.5. Neuroradiology

26.6. Nuclear radiology
26.7. Pediatric radiology
26.8. Vascular and interventional radiology
27. Sleep medicine
28. Surgery
28.1. Hand surgery
28.2. Pediatric surgery
28.3. Surgical critical care
28.4. Vascular surgery
28.5. Vascular surgery - Integrated
29. Thoracic surgery
29.1. Congenital Cardiac Surgery
30. Thoracic Surgery – Integrated
31. Urology
31.1. Pediatric urology
32. Transitional year
33. Internal Medicine/Pediatrics

ANEXO 2: Especialidades Médicas (con base en las denominaciones reportadas a ASCOFAME en 2006)

1. ALERGOLOGÍA CLÍNICA
2. ANESTESIA CARDIOTORÁCICA
3. ANESTESIA CARDIOVASCULAR
4. ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y DEL TORAX
5. ANESTESIA CARDIOVASCULAR Y TORÁCICA
6. ANESTESIOLOGÍA
7. ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN
8. ANGIOLOGÍA CLÍNICA Y LABORATORIO VASCULAR
9. CARDIOLOGÍA
10. CARDIOLOGÍA ADULTOS
11. CARDIOLOGÍA CLÍNICA
12. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA
13. CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA Y HEMODINAMIA
14. CARDIOLOGÍA PEDIÁTRICA
15. CUIDADO INTENSIVO
16. DERMATOLOGÍA
17. DERMATOLOGÍA ONCOLÓGICA
18. DOLOR Y CUIDADO PALIATIVO
19. ECOCARDIOGRAFÍA
20. ELECTROFISIOLOGÍA CLÍNICA, ESTIMULACIÓN Y ARRITMIAS
21. ELECTROFISIOLOGÍA CLÍNICA, MARCAPASOS Y ARRITMIA CARDÍACA

22. ENDOCRINOLOGÍA
23. ENDOCRINOLOGÍA (MÉDICOS GENERALES)
24. ENDOCRINOLOGÍA CLÍNICA Y METABOLISMO
25. ENFERMEDADES INFECCIOSAS
26. GASTROENTEROLOGÍA
27. GASTROENTEROLOGÍA (MÉDICOS GENERALES)
28. GASTROENTEROLOGÍA CLÍNICA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
29. GASTROENTEROLOGÍA Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
30. GENÉTICA MEDICA
31. GERIATRÍA (MÉDICOS GENERALES)
32. HEMATOLOGÍA
33. HEMATOLOGÍA Y ONCOLOGÍA CLÍNICA
34. HEMODINAMIA
35. HEMODINAMIA, CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA, VASCULAR
36. HEMODINAMIA Y CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA
37. INFECTOLOGÍA (MÉDICOS GENERALES)
38. MEDICINA AEROSPAZIAL
39. MEDICINA APLICADA A LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE
40. MEDICINA CRÍTICA
41. MEDICINA CRÍTICA Y CUIDADO INTENSIVO
42. MEDICINA DE EMERGENCIAS
43. MEDICINA DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y EL DEPORTE

44. MEDICINA DE URGENCIAS
45. MEDICINA DEL DEPORTE
46. MEDICINA DEL TRABAJO
47. MEDICINA ESTÉTICA
48. MEDICINA FAMILIAR
49. MEDICINA FAMILIAR INTEGRAL
50. MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
51. MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
52. MEDICINA INTERNA
53. MEDICINA INTERNA GENERAL
54. MEDICINA INTERNA-GERIATRÍA
55. MEDICINA VASCULAR
56. NEFROLOGÍA
57. NEFROLOGÍA PEDIÁTRICA
58. NEONATOLOGÍA
59. NEUMOLOGÍA
60. NEUMOLOGÍA CLÍNICA (MÉDICOS GENERALES)
61. NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA
62. NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA
63. NEUROLOGÍA
64. NEUROLOGÍA CLÍNICA
65. NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA
66. NEUROPEDIATRÍA

- 67. ONCOHEMATOLOGÍA PEDIÁTRICA
- 68. ONCOLOGÍA CLÍNICA
- 69. ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA
- 70. PEDIATRÍA
- 71. PERINATOLOGÍA Y NEONATOLOGÍA
- 72. PSIQUIATRÍA
- 72. PSIQUIATRÍA DE ENLACE
- 73. PSIQUIATRÍA DE NIÑOS Y ADOLESCENTES
- 74. PSIQUIATRÍA GENERAL
- 75. REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA
- 76. REUMATOLOGÍA
- 77. REUMATOLOGÍA (MÉDICOS GENERALES)
- 78. TOXICOLOGÍA CLÍNICA

ANEXO 3: Especialidades Quirúrgicas (con base en las denominaciones reportadas a ASCOFAME en 2006)

- 1. CIRUGÍA ARTROSCÓPICA DE PIE Y TOBILLO
- 2. CIRUGÍA CARDIOVASCULAR
- 3. CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO
- 4. CIRUGÍA DE COLUMNA
- 5. CIRUGÍA DE COLUMNA VERTEBRA, PELVIS Y ACETÁBULO
- 6. CIRUGÍA DE MAMA Y TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS
- 7. CIRUGÍA DE MANO
- 8. CIRUGÍA DE MANO Y MIEMBRO SUPERIOR
- 9. CIRUGÍA DEL TÓRAX
- 10. CIRUGÍA GASTROINTESTINAL Y ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- 11. CIRUGÍA GENERAL
- 12. CIRUGÍA GINECOLÓGICA Y LAPAROSCÓPICA
- 13. CIRUGÍA INFANTIL
- 14. CIRUGÍA ONCOLÓGICA
- 15. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL
- 16. CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
- 17. CIRUGÍA PEDIÁTRICA
- 18. CIRUGÍA PLÁSTICA
- 19. CIRUGÍA PLÁSTICA FACIAL
- 20. CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA MAXILOFACIAL Y DE LA MANO
- 21. CIRUGÍA PLÁSTICA, MAXILOFACIAL Y DE LA MANO

- 22. CIRUGÍA PLÁSTICA: ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA
- 23. CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA Y DEL REEMPLAZO ARTICULAR DE
- 24. CIRUGÍA VASCULAR
- 25. CIRUGÍA VASCULAR PERIFÉRICA
- 26. CIRUGÍA VASCULAR Y ANGIOLOGÍA
- 27. CIRUGIA Y UROLOGÍA PEDIÁTRICA
- 28. COLOPROCTOLOGÍA
- 29. GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA
- 30. GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
- 31. GLAUCOMA
- 32. LARINGOLOGÍA Y VÍA SUPERIOR
- 33. MEDICINA MATERNO FETAL
- 34. MEDICINA PLÁSTICA ONCOLÓGICA
- 35. NEUROCIRUGÍA
- 36. OCULOPLASTÍA
- 37. OFTALMOLOGÍA
- 38. OFTALMOLOGÍA ONCOLÓGICA
- 39. ORAL Y MAXILOFACIAL
- 40. ORTOPEDIA INFANTIL
- 41. ORTOPEDIA ONCOLÓGICA
- 42. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA
- 43. OTOLOGÍA

- 44. OTOLOGÍA Y OTONEUROLOGÍA
- 45. OTORRINOLARINGOLOGÍA
- 46. REHABILITACIÓN ONCOLÓGICA
- 47. UROLOGÍA

ANEXO 4: Especialidades Diagnósticas (con base en las denominaciones reportadas a ASCOFAME en 2006)

1. ANATOMÍA PATOLÓGICA
2. ECOCARDIOGRAFÍA
3. IMAGEN CORPORAL
4. IMÁGENES DIAGNÓSTICAS CLÍNICAS
5. IMAGENOLOGÍA ONCOLÓGICA
6. MEDICINA ANATOMÍA PATOLÓGICA
7. MEDICINA FORENSE
8. MEDICINA NUCLEAR
9. NEURORADIOLOGÍA
10. PATOLOGÍA
11. PATOLOGÍA ANATÓMICA Y CLÍNICA
12. PATOLOGÍA ONCOLÓGICA
13. RADIODIAGNÓSTICO
14. RADIOLOGÍA
15. RADIOLOGÍA DE TRAUMA Y URGENCIAS
16. RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNÓSTICAS
17. RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA

ANEXO 5: Autorización de ASCUN para usar y adaptar resultados del Proyecto 6x4 UEALC



MEMORIAS: I CONSEJO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ASCOFAME

1º de Octubre de 2009.

INTRODUCCIÓN

Doctor RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, M.D.
Jefe División de Educación e Investigación
Coordinador del Evento
ASCOFAME

Queremos darles la bienvenida a la primera reunión del Consejo de Especialidades Médicas de ASCOFAME.

Es muy grato para nosotros, y motivo de orgullo, hacer este relanzamiento del Consejo de Especialidades Médicas que es una instancia, que al interior de ASCOFAME, y para en país en el pasado, ha tenido una tradición histórica y gran importancia para el desarrollo de las Especialidades Médicas en Colombia.

Se encuentran en esta mesa los señores Decanos y Jefes de Postgrados de las Facultades de Medicina vinculadas a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; nos acompañan también: el Doctor Luis Carlos Ortiz, Director de la Dirección Análisis y Políticas de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social; El Doctor Roberto Baquero, Presidente del Colegio Médico Colombiano; el Doctor Javier Pérez, Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y representantes de algunas de las Sociedades Científicas.

El objetivo de esta reunión es básicamente que podamos definir una serie de criterios importantes alrededor de temas importantes de las Especialidades Médicas: vamos a tener dos momentos, un momento inicial de contextualización del tema de las Especialidades Médicas en el país y posteriormente, un momento de talleres, plenarias y recomendaciones hacia el final de la tarde.

SALUDO DE BIENVENIDA

Doctora Liliana Arias Castillo, M.D.

Presidenta de la Junta Directiva de ASCOFAME

Muy buenas tardes para todos y todas un saludo para la Junta Directiva y la mesa principal con las personas Directores de las Divisiones de ASCOFAME y bienvenida para decanos, decanas y directores y directoras de postgrados clínicos que nos acompañan en la tarde de hoy.

Esencialmente como Presidenta de la Junta Directiva con el derrotero y con los objetivos que nos hemos propuesto durante estos meses estaba como prioridad el relanzamiento como manifestaba, el Doctor Escobar, del Consejo de Especialidades Médicas una vez que como Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y agrupando a la mayoría de las Escuelas y Facultades del país es muy importante para nosotros ocuparnos de los temas de educación médica no solamente en el nivel del pregrado sino en el nivel del postgrado.

Teniendo en cuenta cuál es rol que nos compete como Asociación y los imperativos globales que demanda la sociedad como los estándares, no solo de calidad sino las necesidades que se tienen en cuanto a la misma estructura de las escuelas y los programas, en referencia al rol que ese profesional egresado del pregrado de las especialidades juega en la sociedad, en el sentido de su profesionalismo, de la ética, del humanismo y de la incorporación de las nuevas tecnologías no solamente, para la educación médica sino para los desarrollos de cada una de las especialidades es, de suma importancia poder estar en estas reuniones de grupo y trabajar como Consejo de Especialidades Médicas con las diferentes instancias que tienen que ver no solamente con la formación sino con el ejercicio profesional de cada uno, en los campos clínicos, psicosociales y en salud pública.

Como Asociación debemos pensar, no solamente en lo que nos indica y lo que tenemos por delante con la Ley de Talento Humano, sino con todos los procesos de educación continuada. Es muy importante empezar a fijar los estándares para poder hacer la actualización de lo que tuvimos hace algunos años, conocido por todos ustedes como el gran libro rojo de las especialidades Médicas a la luz del contexto que tenemos en la actualidad y a las necesidades que presenta la población, a las exigencias de tener unos parámetros de calidad y a empezar a definir una serie de elementos que se nos presentan, como múltiples denominaciones para una misma especialidad, y como la necesidad de establecer un número de créditos promedio, y una cantidad de temas que hemos identificado y otras que esperamos que con estas reuniones empiecen a surgir que son de la competencia y el interés de cada uno de nosotros.

Este es el sentido por el cual ASCOFAME con sus objetivos, y su propósito de adecuarse al contexto, tanto nacional como internacional, empieza por este Consejo de Especialidades Médicas y mañana con el gran foro para dar respuestas a las tareas y al compromiso que como Asociación tenemos con todos y cada uno de ustedes y de las facultades o programas que están a su cargo, y que, como a ustedes, nos compete como responsabilidad social.

Bienvenidos y bienvenidas y muchas gracias.

PROBLEMÁTICA DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN COLOMBIA

Doctor Ricardo Humberto Rozo Uribe, M.D.
Director Ejecutivo de ASCOFAME

Muchas gracias Doctor Escobar, antes que nada quiero comenzar dándole las gracias a los Señores Decanos y a los Jefes de Postgrados, Departamentos y de Unidades Médicas que han acogido este llamado y de igual manera y de una forma muy especial al Doctor Luis Carlos Ortiz, Director de la Dirección Análisis y Políticas de Recursos Humanos del Ministerio de la Protección Social, al Doctor Javier Pérez Presidente de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y al Doctor Roberto Baquero Presidente del Colegio Médico Colombiano.

Hemos invitado otra serie de estamentos, como la Academia Nacional de Medicina, y representantes de la Sala de Salud CONACES, que nos acompañarán mañana en el Foro, porque creemos se han presentado una serie de cambios importantes en el desarrollo y las necesidades de las Especialidades Médicas en Colombia.

Hace unos meses salió publicado el estudio nacional de recursos humanos, desarrollado por CENDEX bajo el auspicio del Ministerio de la Protección Social, en el cual se afirma que existe una deficiencia de especialistas para el año 2010 si no estoy mal alrededor de 5.7%, la cual se irá incrementado, alrededor del 11% para el 2011 y para dentro de 15 o 20 años tendremos, si no se modifican las tendencias, una gran deficiencia de los especialistas para atender las necesidades de la sociedad colombiana y adicionalmente para atender la oferta educativa que la universidad colombiana como tal tiene que dar.

En el estudio mencionado dice que hay un déficit claro de las especialidades de medicina interna pero que sobran o que hay en exceso en pediatría; podríamos discutir la validez de los estudios pero son los estudios con los cuales se están tomando unas grandes

decisiones, y esto puede originar el cambio más importante en el ejercicio profesional desde la Ley 100.

Las Facultades de Medicina no podemos desconocer la responsabilidad social que tenemos con el recurso humano y en su formación de recurso humano, pero tampoco podemos ser ajenos a los conceptos de universitología que implican de una u otra manera universalidad del pensamiento y una serie de principios que debe cumplir la Universidad y entre ellos, uno de los elementos que más importantes han sido en los últimos años y que han defendido la profesión médica, los conceptos de autonomía, autocontrol y autogobierno para poder nosotros hablar de una profesión médica, esta autonomía, autocontrol y autogobierno.

Se ha hablado mucho de lo que son las competencias en medicina y nosotros tenemos claro que hay que hacer una clara diferenciación entre competencias formativas y en competencias laborales; a través de la historia de la educación médica en Colombia, es bien conocido que un residente requiere formación en docencia, en investigación, en competencias específicas incluso de comunicación, pero nuestro Sistema de Seguridad Social en Salud, no ha reconocido estas competencias y más bien ha ido buscando la manera de determinar competencias laborales, que se alejen de esas competencias formativas. Es indudable que las competencias laborales requieren una altísima dosis de competencia de conocimiento y esta es fundamental para el desempeño. Dicho de otra forma las competencias laborales y de formación son complementarias, no son excluyentes. Sin embargo hemos visto con precaución como el Sistema de una u otra manera ha puesto énfasis solamente en la competencia laboral sin tener en cuenta la necesidad de la competencia formativa y esto tiene implicaciones porque de una u otra forma es afectar esa autonomía, autocontrol y autogobierno que rige la formación de nuestros profesionales; que exige que nos mantengamos como profesiones y no como ocupaciones lo cual es un factor diferenciador fundamental.

La universidad está obligada a formar en estas competencias, tanto la pública como la privada, y esto exige una ruptura en el

pensamiento de lo que hasta este momento han significado las exigencias que se le hace a la universidad de incremento de cupos. El esfuerzo de una Universidad de calidad en el sentido que va a tener que aumentar su número de profesores, mantener o alcanzar unos adecuados convenios de docencia servicio, la estandarización de una carrera docente y unos niveles de exigencia y competitividad en investigación, amén de otra gran cantidad de indicadores de eficiencia, exigen, repito tanto para la Universidad pública como privada, una clara definición de los recursos para poderlo hacer.

Este esfuerzo de la Universidad, para cumplir con su responsabilidad social también requiere que nuestro Sistema de Seguridad Social evite distorsiones de lo que significa la necesidad de formación de los cuerpos docentes en los conceptos de autonomía y autocontrol y de formación de prácticas de competencias docentes. Para ejemplificar el tema de las competencias docentes permítaseme hacer un símil con el maestro de ajedrez que juega en simultáneas: es muy normal que el maestro le gane a todos y tenga todos los partidos en su cabeza. Esto ha pasado en la docencia durante muchísimos años; un buen docente que es capaz de mantener un grupo de residentes que tiene bajo su responsabilidad, y pueda dar y controlar conductas para sus pacientes.

Se ha visto, sin embargo, una distorsión de ese fenómeno de competencias y ante el déficit de especialistas se está poniendo en el ejercicio de la profesión, un médico especialista que tenga bajo su responsabilidad cinco o seis médicos generales simplemente por aumentar el número de pacientes.

El Sistema tiene que ir de la mano de la Universidad y tiene que ser respetuoso de los principios éticos que rigen la formación: manteniendo los mejores niveles de entrenamiento y el desarrollo de competencias puede transigir en muchas formas para dar respuesta a las necesidades del país, pero en las respuestas de las encuestas que nosotros hicimos ninguna mostró o quiso si quiera poner en tela de juicio la calidad de sus procesos formativos. La calidad es un objetivo común, tanto de la Universidad, como del Estado, de los cuerpos gremiales, de las sociedades científicas y

esa calidad debe seguir porque debe mantenerse el reconocimiento internacional que tiene la medicina colombiana.

Mencionaba la Doctora Liliana y el Doctor Escobar como en entre el año 2002 y 2003 ASCOFAME publicó el Informe Consolidado de las Especialidades Médicas en Colombia, ese informe (jocosamente llamado en el Ministerio y en muchos sitios la *biblia*, el *libro rojo*) fue muy útil y ha permitido la organización de las especialidades y tenemos el convencimiento que requiere una revisión muy seria y muy responsable. Cuando se realizó el estudio que dio origen a ese libro se delimitaron 87 especialidades que en los últimos cinco años aumentaron a 145 especialidades y esas 145 especialidades son diversas a como, por ejemplo lo que tiene Europa, que reconoce algo menos de 50 especialidades y los Estados Unidos que tiene sus especialidades clasificadas por en 45 *board*.

Bajo el concepto de autonomía universitaria y de las “necesidades” del país han ido apareciendo una serie de especialidades que pueden en un momento dado ser secundarias a las necesidades de mercadeo de las EPS, o de algunas sociedades científicas. Voy a poner un ejemplo el señor que viene y se especializó en X, Y o Z cosa se une con tres o cuatro que tuvieron esa área de interés y van generando una eventual selección adversa para volver especialidad cosas que eventualmente no son especialidad como tal y obedece más a situaciones particulares.

Se ha visto también cómo hay denominaciones diferentes en el país con perfiles académicos iguales, unas se llaman radiología, por decir algo, otras se llaman radiología e imágenes diagnósticas y otras se llaman imagenología; en el fondo es lo mismo.

También tenemos situaciones heterogéneas en cuanto a duración: hay programas, por decir algo, de Ginecología y Obstetricia de tres y de cuatro años; los hay de Neurocirugía de cuatro años y de cinco años. Sin unos cambios, sin unas estandarizaciones diferentes hay unos pre-requisitos que se han ido cambiando para otorgar los mismos títulos: programas de Reumatología para médicos generales, Reumatología para especialistas en medicina interna.

¿Qué tan académica y científicamente válida es la especialización en una técnica o en el uso de una tecnología? son válidas, por ejemplo, la especialidad de la Ginecología Laparoscópica?; o la Ecocardiografía?

Y hay otra serie de inquietudes que quiero mencionar:

¿Qué tan valida es la generación de esta *medicina itinerante* donde eventualmente está llegando un señor que hace 15 angioplastias y dos estudios electrofisiológicos en la otra sala y no volvió a ver al paciente?

¿Hasta qué punto se existen posiciones dominantes desde el punto de vista gremial para seguir manteniendo el control del mercado y no formar más especialistas?

¿Hasta qué punto, y esto es muy importante, los sistemas de habilitación del gobierno colombiano están generando selección adversa para la formación de las mismas especialidades?; que quiero decir con esto: en el sistema de habilitación se prohíbe que una persona ofrezca servicios que no pueda documentar con un título. Cuando éramos residentes de Medicina Interna no pasábamos si no poníamos un tubo de tórax, y ahora sucede que en un servicio universitario o académico sino se documenta que es un cirujano de tórax no puede poner el tubo de tórax, y lo sabe poner el cirujano, el internista, el intensivista.

¿Qué va a pasar con el impulso o con incentivo a la carrera docente? hay facultades en las cual un porcentaje muy alto de sus docentes son profesores de hora cátedra, profesores ocasionales sin una carrera académica y sin una carrera docente que pueda terminar en la jefatura en un departamento, como lo es en la mayor parte del mundo, o que impacta por los logros en investigación.

¿Será que es necesario que revisemos la capacidad resolutive del recurso humano en los diversos niveles de atención? nuestro sistema está montado sobre una base de resolución de problemas y no sobre una base de promoción y prevención. Recordemos también cómo desafortunadamente se premia más el hacer que el pensar.

¿Será que somos capaces de proponerle al Gobierno un sistema centralizado de aceptación de cupos de residencias como sucede en los Canadá y el Reino Unido con el *match power*? eso nos pueda mantener un adecuado control para las respuestas de las universidades a los hospitales.

Recordemos que el residente es un médico en formación, que hace parte del sistema y se desempeña en él y que en todo los protocolos de las especialidades tiene capacidades de resolución por sus competencias claramente determinados. Sin embargo su acción no es reconocida por el Sistema, se glosan sus intervenciones y no se reconoce económicamente su acción. ¿Es el momento que el Sistema reconozca el trabajo del residente?

¿Pueden los hospitales en su relación con las universidades seguir siendo escenarios en los cuales de 8:00 a 9:00 y de 9:00 vaya una universidad y de 10:00 a 11:00 a otra universidad, con docente que además no está en carrera académica y que por contrato institucional está obligado a dar docencia? ¿Será esto coherente con los proyectos educativos?

Más que pretender darles soluciones lo que queremos es discutan muchos de los elementos que he mencionado. Hemos generado una metodología las va a explicar y mencionar el Doctor Escobar pero que puede ser variable que puede ser modificable; lo que no queremos es que pierda la esencia de este Consejo, la esencia de esta representatividad.

Este esfuerzo que nosotros los estamos invitando a hacer es precisamente para darle una herramienta y un insumo al gobierno, a la sociedad a nosotros mismos para tratar de decantar y solucionar esta problemática, en un trabajo que sabemos que es importante para el país. Nos corresponde a las facultades de medicina, a las Sociedades Científicas, al Colegio Médico, al Ministerio de la Protección Social, a la Sala de Salud del CONACES, a la Academia Nacional de Medicina, unirnos en este esfuerzo para ir poniendo un orden especial y específico. Debemos darle una respuesta al país mejorando la capacidad resolutive de las primeras especialidades y

no deteriorándola por el aumento indiscriminado de las segundas y terceras especialidades.

Muchísimas gracias de nuevo por aceptar esta invitación y los invito a crear, a innovar y construir un documento que pueda ser realmente muy importante para el país.

CONSEJO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS DE ASCOFAME

Doctor RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, M.D.
Jefe División de Educación e Investigación
ASCOFAME

El objetivo de esta presentación es contarles cómo concebimos este Consejo de Especialidades Médicas y cuál es el trabajo que queremos hacer a largo, mediano y corto plazo, porque fundamentalmente el Consejo lo entendemos como una instancia de carácter permanente y que va a ser un apoyo para el desarrollo de todos estos temas que nos menciona el Doctor Roza. Algunos de ustedes conocen los antecedentes del Consejo General de Especialidades Médicas que tuvo ASCOFAME, pero yo voy a repasarlo muy brevemente con el fin de contextualizarlo.

Las Especialidades Médicas en el país nacieron, más o menos, alrededor de 1959 y se se empezaron a formalizar hacia 1962. En ese momento el Gobierno Nacional promulgó la ley 14 del 62 que es la ley que rige la práctica médica en el país y esa Ley reconoció dentro de su estructura al Consejo General de Especialidades Médicas de ASCOFAME como el ente asesor del Ministerio de Salud para todo lo relacionado con el tema. Ese Consejo por estaba compuesto por las siete facultades de medicina de la época. Estaban naciendo las especialidades que hemos considerado *madres* y él reguló de manera muy seria el desarrollo de las especialidades del país. Yo creo que el reconocimiento que tiene el país a nivel internacional en el tema de las especialidades se lo debe a ese Consejo, porque las Especialidades nuestras nacieron de una manera muy ordenada; inclusive cuando uno revisa ahora uno se pone a ver que España solo asta 1970 empieza a incorporar una serie de métodos, de reglamentaciones al desarrollo de sus propias especialidades.

Por supuesto el país cambió fundamentalmente, sobre todo con la Ley 100 de 1993 y con la Ley 30 de 1992 y no esperamos que el

Consejo sea lo mismo. Pero sí creemos que bajo una filosofía de autocontrol, de autogobierno nosotros como Comunidad Académica Científica Médica: ASCOFAME, Facultades de Medicina, Sociedades Científicas, Colegio Médico y Gobierno Nacional podemos generar los mecanismos y los instrumentos para organizar lo que tenemos.

Con esta idea fundamental estamos concibiendo el Consejo de Educación Médica, con una estructura como la que se muestra en la diapositiva 1:

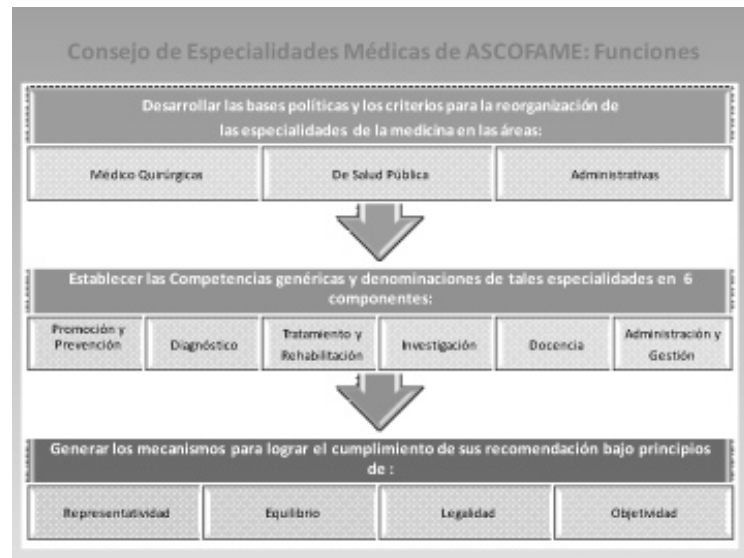


La Universidad, representada con las jefaturas de los postgrados de las facultades de medicina. Entre otras cosas el 90% de programas de postgrado se desarrollan dentro facultades que hacen parte de la Asociación; con la participación de la Asociación de Colombiana Sociedades Científicas, las respectivas Sociedades Científicas, la Academia Nacional de Medicina y el Colegio Médico Colombiano. Y por parte de los estamentos gubernamentales: la sala de salud del

CONACES, que es una instancia que consideramos muy importante porque ha tomado en gran medida todo lo que tiene que ver con el control de los procesos de creación y desarrollo de las especialidades y por supuesto el Comité Intersectorial de Talento Humano de salud que integra los dos ministerios, el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Protección Social, del cual tenemos la representación hoy por parte del Doctor Luis Carlos Ortiz, el que creemos que es fundamental para que haga el enlace entre estas instancias.

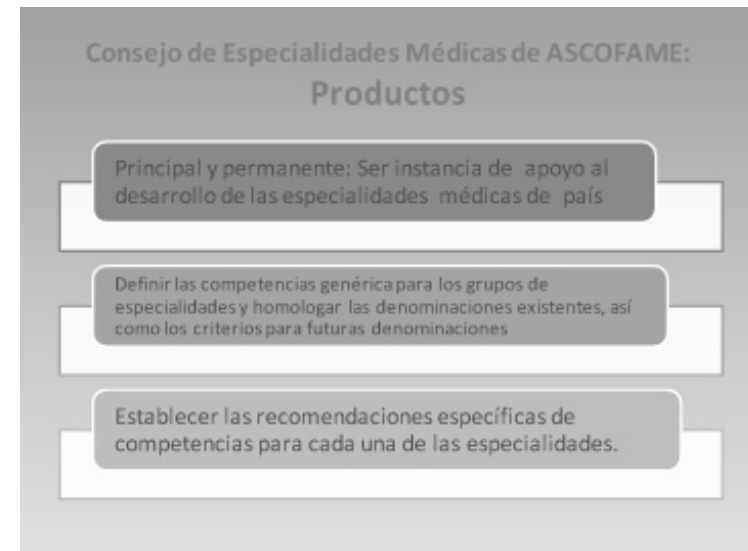
¿Qué esperamos de este Consejo? Lo voy a plantear en tres grandes funciones: ustedes en su invitación recibieron el Acuerdo que crea el Consejo y allí están discriminadas las funciones del Consejo y de los Comités de Especialidades Médicas, pero queremos centrarlas en estas tres grandes funciones:

1. Desarrollar las bases políticas y los criterios para la reorganización de las especialidades en el país y esto tiene que ver por supuesto con especialidades médico quirúrgicas, que seguramente es el tema en el cual nos vamos a centrar en la primera fase de su desarrollo, pero también, lo menciono la Doctora Liliana Arias, en las especialidades que tienen que ver con el área de salud pública y las especialidades de carácter administrativo, (sobre todo en estas últimas también hay una gran heterogeneidad y una gran diversidad de cosas a las cuales tenemos que ponerle cuidado y tratar de organizarlas);
2. Establecer competencias genéricas y denominaciones de las especialidades sobre todo las médico quirúrgicas, por lo menos en estos seis componentes: promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación docente, gestión y administración, esto le da un plus y una diferencia al trabajo que hicimos en el año 2002 y el 2003 (Diapositiva 2).



En esa época el tema de las competencias no lo estábamos manejando de la manera como hoy se ha venido incorporando, no solamente en la vida académica sino en la vida laboral y queremos hacerlo de manera que nazca de esta comunidad académica y científica, para que no nos lo hagan desde otras instancias. Tenemos la preocupación que nos lleguen las competencias de formación creadas desde instancias laborales, desde instancias del trabajo. Creemos que tenemos, no solo el control del conocimiento, sino la capacidad y responsabilidad con el país de generar las competencias para la formación de nuestros profesionales y de unirnos con las otras instancias que hacen parte de esta comunidad académica científica.

Otra forma de desarrollar las competencias se presenta en la diapositiva 3.



En esta diapositiva se hace énfasis en aspectos tales como la Comunicación y las Relaciones Interpersonales del profesional, del cual hay una queja permanente. El Liderazgo y el tema del profesionalismo está siendo resaltado en todos los foros mundiales de práctica y educación médica, le hemos entregado a otros la potestad de regirnos y la capacidad de autonomía y de autogobierno la tenemos que recuperar para nosotros. Un aspecto central son el conocimiento médico y la atención al paciente; por supuesto los aspectos de investigación, de docencia y gestión.

Tanto en la primera como la segunda clasificación de competencia nos debemos regir bajo los siguientes principios: el principio de representatividad y por eso queremos que estén todos los que deben estar y que todos nos sentemos en la misma mesa, planteemos nuestros acuerdos, nuestros desacuerdos y busquemos las formas de acercarnos para buscar un producto que nos hace falta a todos; que haya equilibrio, que

haya legalidad que haya objetividad en el desarrollo de este proceso.

3. La tercera gran función es generar, a través de los Comités de Especialidades Médicas recomendaciones específicas para el desarrollo de dichas especialidades.

¿Cuáles son los productos que esperamos a grandes rasgos del Consejo de Especialidades Médicas? Estas se representan en la siguiente diapositiva:

Especialidades Médico Quirúrgicas 2000
Competencias y Requisitos Mínimos de Formación.

- **Productos esperados**
 1. Homologación de las denominaciones de Especialidades Médicas y desarrollo de criterios para nuevas denominaciones.
 2. Diseño de las competencias para las respectivas Especialidades Médicas en: Promoción y prevención; Diagnóstico; Tratamiento y rehabilitación; Investigación; Docencia; Administración y gestión.
 3. Diseño de los Requisitos Mínimos de Formación de acuerdo con las competencias.
 4. Grados de delegación a los residentes por nivel de formación.
 5. Competencias complementarias y sustitutivas de la especialidad.

El principal y permanente es ser instancia de apoyo al desarrollo de las Especialidades Médicas del país, por eso creemos fundamental la representatividad del grupo y la fuerza que podamos para que seamos un interlocutor válido y permanente para atender las necesidades que pueda tener el Gobierno Nacional.

El segundo aspecto es definir las competencias genéricas para los grupos de Especialidades y homologar las denominaciones existentes. El Doctor Roza habló del tema de denominaciones: este tema lo mencionamos en el trabajo realizado en el 2002-2003 y llegamos a algunos acuerdos, pero no se generaron los instrumentos o los mecanismos de facilitación a través de los ministerios de manera ágil obtener la homologación de denominaciones.

Hoy tenemos una coyuntura en la cual los dos ministerios ellos están muy interesados en que podamos organizar las denominaciones de manera adecuada así como los criterios para las futuras especialidades.

En tercer lugar, hoy tenemos alrededor de 148- 150 denominaciones distintas de especialidades y es necesario establecer recomendaciones específicas de competencias para cada una de las especialidades. Hay interés en el Gobierno y en muchas especialidades en tratar el tema de las competencias específicas por circunstancias que se presentan de *colisión* de competencias entre unas y otras especialidades. Este es un tema que nosotros debemos abordar de una manera seria darle una salida responsable a esas colisiones de competencias que a veces la generamos nosotros mismos, desde nuestros propios procesos, o de formación o de práctica profesional. Vamos desagregando una especialidad, tenemos una primera especialidad a esa le derivamos una segunda y hasta una tercera; sin embargo, el de la segunda especialidad sabe hacer muchas cosas que también hacen los de la tercera Especialidad.

Debemos definir si una competencia es de uno u otro especialista, o si es de los dos, o si es necesario que se complementen.

La organización que vamos a tener en este Consejo tiene que derivar en unos Comités de Especialidades inicialmente en las Especialidades Médico Quirúrgicas, luego abordaremos otras áreas de especialidades, como las administrativas y las de salud pública.

Tenemos la necesidad y el interés de brindarle al país unas orientaciones muy claras en el tema de las competencias profesionales y de las competencias de las especialidades médicas. Esto importante porque existen diversos grupos que han venido o tienen interés en trabajar el tema desde perspectivas distintas y es mejor hacerlo estando todos juntos y no por separado: se ha venido trabajando el tema de las competencias profesionales desde la Academia Nacional de Medicina, desde el Sena, desde las Sociedades Científicas y por supuesto desde las Facultades de Medicina. No tendría ningún sentido que nos dispersáramos de esa manera y no aprovecháramos, sentados en una misma mesa, las posibilidades de hacer un trabajo concreto y de mucho valor para el país, desde una perspectiva de responsabilidad social y de autogobierno.

El Doctor Rozo, también les mencionó el estudio de recursos humanos: se está planteando que para el 2011, vamos a tener un déficit de veinticinco mil médicos principalmente especialistas. Creo que los que mejor conocemos esta situación somos nosotros y debemos entrar en la tónica de generar respuestas a ese tipo de inquietudes y de generarle respuestas al país. Por supuesto, de ser eso cierto, nosotros no podemos permitir que haya una oferta insuficiente de especialistas en el país como tampoco podemos saturarlo, y tenemos que ser juiciosos en todo tipo de decisiones que tomemos sobre ese particular.

Otro objetivo, que debe ser el resultado del anterior, es que podamos mejorar la capacidad resolutoria de los especialistas de primera especialidad. Tenemos la preocupación que por la segmentación y la fragmentación estemos convirtiendo a los especialistas de primera línea, internistas, pediatras, ginecólogos, en personas altamente calificadas con baja capacidad resolutoria dentro del sistema; que personas con ese nivel de calificación el sistema las dedique a hacer consulta externa o control de pisos y no le de las suficientes opciones de capacidad resolutoria. Me parece que es muy bueno para todos que cada uno se pueda desempeñar en su campo de trabajo en lo que mejor sabe hacer y para lo cual fue formado en toda su dimensión. A mi modo de ver es uno de los objetivos más importantes de este

trabajo pero requiere que nos pongamos de acuerdo en las cosas anteriores: en solucionar la heterogeneidad y la multiplicidad de las especialidades, en las competencias, las denominaciones y oferta de programas. Si no lo hacemos, seguramente no vamos a llegar muy lejos en el cumplimiento de este objetivo.

En resumen esperamos los siguientes productos:

Especialidades Médico Quirúrgicas 2009: Competencias y Requisitos Mínimos de Formación.

• Productos esperados

1. Homologación de las denominaciones de Especialidades Médicas y desarrollo de criterios para nuevas denominaciones.
2. Diseño de las competencias para las respectivas Especialidades Médicas en: Promoción y prevención; Diagnóstico; Tratamiento y rehabilitación; Investigación; Docencia; Administración y gestión.
3. Diseño de los Requisitos Mínimos de Formación de acuerdo con las competencias.
4. Grados de delegación a los residentes por nivel de formación.
5. Competencias complementarias y sustitutivas de la especialidad.

Debo decir que la homologación de las denominaciones de las Especialidades Médicas, espero no equivocarme, la podemos alcanzar relativamente fácil porque ya hay unos acuerdos que obtuvimos en el 2002 en 2003 y que podemos retomar. Desarrollar los criterios para nuevas denominaciones y la creación de nuevas especialidades es un trabajo que va un más allá del anterior.

Diseño de las competencias para las respectivas Especialidades en tres grandes grupos de especialidades en las áreas Médico-quirúrgicas que identificamos (clasificación que tiene un sentido estrictamente práctico desde el punto de vista de diseño y afinidad

de competencias): aquellas cuya función principal es **diagnóstica**, como patología, radiología, medicina nuclear y donde se requieren unas competencias distintas a las **clínicas** (sin componente quirúrgico) y las **quirúrgicas**; en las áreas que se mencionaron antes: Comunicación y relaciones interpersonales; Liderazgo y profesionalismo; Conocimiento médico y atención al paciente; Investigación; Docencia; y, Administración y Gestión.

Resalto el tema de la investigación por la necesidad de fortalecerla si se quiere, como lo han manifestado varias facultades hacer real lo que en la ley 100 se plantea que es la homologación de las Especialidades Médicas a maestrías, no solamente desde el punto de vista contractual o de puntajes o de salarios que se utiliza generalmente en la universidad pública para la contratación de docentes, sino realmente como reconocimiento a la formación científica del médico.

La definición de los grados de responsabilidad y de delegación de los diversos niveles de formación de los residentes tiene gran importancia y relación con una conversación que tuvimos hace tres semanas con la Ministra de Educación y el Ministro de Protección Social, en el cual le pedíamos que reconociera las acciones del residente como un acto médico facturable dentro del sistema. En esencia que reconozca la acción del residente, que es un médico en formación, para que pueda firmar y para que no glosen cuentas dentro del sistema.

Les explicábamos que hay unos niveles de delegación que hemos manejado tradicionalmente dentro de la formación de los especialista y debemos hacerlo explícito para que podamos decirle al Sistema, tanto a los Ministerios como a las Empresas Promotoras de Salud, que Residente de nivel 1 o de nivel 2 o de nivel 3 tiene tal grado de delegación y de competencia y eso nos facilite que el Residente, como dice el Doctor Rozo, no sea un accidente para el sistema, sino que empiecen a ser reconocidos dentro del Sistema e inclusive se piense seriamente en el tema de su remuneración.

Otro aspecto, lo mencione hace un momento, es poder definir las competencias que son complementarias o que son sustitutivas entre diversas especialidades. Tengo claro que hay momentos en que es necesario que en un mismo acto se sienten diferentes especialistas para que se complementen; pero a veces tenemos serias dificultades para que se reconozcan a uno o otro y se generan conflictos. ¿A quién corresponde cierto acto médico? ¿Cuándo un especialista debería ser o complementado por otro? ¿O, el acto médico podría ser hecho con la misma calidad por uno u otro Especialista?, ¿Cuáles son competencia exclusiva de una Especialidad?

Como ven el reto no es sencillo pero queremos contar con ustedes para iniciar ese proceso, creemos que es un proceso muy importante para el país. Cuando nos planteamos hacer el trabajo del 2002 del 2003 también lo veíamos como un trabajo sumamente grande pero tuvimos el compromiso y el apoyo de todos ustedes. Estoy seguro que lo podemos volver a hacer y que lo podemos superar. Esa es la invitación que queremos hacerles a ustedes, muchísimas gracias.

INTERVENCIÓN DE LOS PARTICIPANTES

Doctor Gonzalo López, FUCS

Yo creo que este objetivo que se ha trazado ASCOFAME es muy importante si logramos tener una entidad una institución magna, regente que controle y regularice los cursos de postgrados a todos niveles médicos quirúrgicos sería un gran éxito. Indudablemente, como lo mencionó, la historia de ASCOFAME comenzó justamente en 1960 y quienes por esa época estábamos haciendo un curso teníamos que presentar un examen para que ASCOFAME nos certificara; luego ha habido una buena regularización.

¿Qué pasa con todo lo relacionado que se mencionaba de los cursitos y les dan títulos de especialistas es que eso no debe ser, que por que hace un curso de laparoscopia ya es especialista en laparoscopia? hagamos la diferenciación de lo que es un curso de postgrado o un programa, mejor, de postgrado, de un curso o seminario de determinadas horas y no nos digamos mentiras: las universidades en su afán económico mencionan como especialistas, eso no debe ser así. Hay que hacer la diferenciación del verdadero desarrollo de un programa.

¿Cuál es el otro problema, no nos digamos mentiras, el problema son la EPS que exigen que quien pase un tubo de tórax tiene que ser cirujano de tórax porque si lo pasa el R3, que sabe, al que le han enseñado, entonces glosan al hospital. Eso no puede, ser tenemos que regularizar eso. Otro problema viene en mención a las homologaciones de títulos: resulta que vienen a hacer solicitudes de título porque han hecho cursitos, seminarios y ya quieren figurar por su antigüedad como especialista; eso tampoco considero yo se puede aceptar.

Entonces si logramos que haya una entidad regente, basada en todas la instituciones que ustedes proponen, podemos lograr hacer mucha cosas. Es importante que lo definamos y analicemos; yo creo que

lo básico en todo esto es la buena voluntad con que cada uno de nosotros colaboremos para hacer una buena institución.

Doctor Fernando Guzmán, U. Militar:

Gracias, muy buenas tardes. Soy Fernando Guzmán, Urólogo Jefe de postgrados de la Universidad Militar Nueva Granada. En el día de ayer se reunieron los jefes de educación médica de unos 10 hospitales de Bogotá por que están muy preocupados, lo mismo como estamos nosotros, por el proyecto del decreto por el cual se regula la relación docente de servicio para los programas de formación superior en el área de salud. Yo creo que aquí estamos hablando de cosas muy importantes, pero ¿qué va a pasar con este decreto? ese tema creo no se ha tocado aquí y nos lo están moviendo los políticos, y si nosotros como médicos no nos movemos nos van a imponer los cambios.

El segundo punto que quería tocar muy rápidamente antes de entrar en la discusión hemos hablado que debemos formar en competencias. Aquí hay representantes de la Universidad Javeriana; ustedes saben que el Instituto Nacional de Cancerología por X o Y razón terminó su vinculación con la Universidad Javeriana. Desde hace dos años no tiene residentes y desde el año pasado, en agosto, se firmó un convenio docente asistencial con la Universidad Militar Nueva Granada. En el mes de agosto comenzamos a hacer nuevos programas de estas segundas especialidades y a desarrollar el programa por competencias, en este mes probablemente estamos terminando todos los requerimientos del SACES para poder ofrecer los nuevos programas para el Instituto Nacional de Cancerología; y si hay tiempo en algún momento podemos mostrar la matriz con que trabajamos nosotros en competencias, pero esto fue un trabajo muy arduo en el sentido que uno de nuestros docentes, especialista en esta área, se reunió con los Jefes de servicio, con sus especialistas de 6:00 am a 9:00 am, tres veces por semana, a discutir la problemática de su especialidad, a saber qué se hace en cada una de las áreas de la competencia para poder lograr un documento que sea aprobado y tenga un registro calificado oportunamente. Como

le digo llevamos un año largo y este es el momento que ya se está colgando en el SACES toda la información para que probablemente el mes entrante haya visita de pares académicos y poder ofrecer estos nuevos programas.

Doctor Jairo Roa, Universidad de los Andes:

Doctor Escobar muchas gracias, yo creo que es un adelanto muy importante que ASCOFAME haya retomado este tema. La última vez que funciono el Consejo de Especialidades fue como en 95, en esa época yo fui el Secretario y se había realmente olvidado el tema hasta que se hizo el libro de las competencias con requisitos mínimos. Posteriormente con un trabajo que hizo ASCOFAME con las Sociedades Científicas, con los programas con la Universidad Javeriana, si no estoy mal, terminó con el decreto de las Especialidades.

Yo creo que hay que tomar dos puntos muy importantes:

El de los hospitales universitarios en alguna parte en este Consejo tendrá que estar la relaciones de docencia servicio y la relación con los hospitales universitarios; en un estudio que hizo la Asociación de Medicina Interna, en los postgrados de Medicina Interna en la época en que la Doctora María Nelly Niño era presidente, menos del veinte por ciento de los docentes tenían vinculación universitaria y creo que solo un hospital era de propiedad de la universidad, todos los otros eran hospitales que estaban con convenio, así que alguna manera los hospitales deberán aparecer en este proceso.

A la Universidad de los Andes le parece que no es equiparable una Especialidad Medico Quirúrgica con una Maestría. El número de créditos para hacer una maestría es mínimo comparado con el esfuerzo que tiene que hacer un médico para ser especialista; de hecho lo que nosotros estamos tratando de hacer es convalidar esto con doctorados, que el proceso de investigación que se hace en la Especialidad Medico quirúrgica lleve a que nuevamente los médicos de este país podamos tener título de *Doctor* y eso va pegado a que haya un componente de investigación muy fuerte en

la especialidad, si se quiere o no para que haya una tesis doctoral, y al final de pronto los médicos seamos doctores. Yo creo de pronto que el esfuerzo no es para que nos convaliden con magister, que es muy fácil hacer una maestría, sino que en realidad los médicos tengamos una formación de Doctor y es algo que debemos impulsar: ser doctor en medicina o doctor en cirugía dependiendo de la especialidad médico quirúrgica que haya escogido; que sí se puede ser doctor en salud pública o en administración. Eso está montado ya dependiendo las universidades cómo se haga.

Doctora Nohora Angulo, Universidad de La Sabana:

En la anterior reunión yo no estuve presente pero definitivamente en los últimos cinco años el tema de Educación Médica ha cambiado y nos ha cambiado el horizonte de los hospitales universitarios y de las facultades de medicina; yo pienso que hace cinco años el tema de competencias era bastante borroso, no solo para nosotros, a nivel internacional y global no estaba claramente precisado. Tenemos dos puntos de partida: el trabajo que se ha realizado en las diferentes facultades de medicina y en ASCOFAME, y probablemente en la Academia de Medicina; y también, no hay que olvidar que hoy en día somos parte de un globo, en las sociedades americanas y europeas ya existen por especialidades las competencias mínimas requeridas en ese momento y yo pienso que tenemos, con base en nuestros perfiles particulares, las necesidades locales, regionales, nacionales identificar cuáles de esas competencias son las que realmente tendríamos que requerir como mínimos y cuáles como país debemos proponer. Esto con miras a estar vinculados a la sociedad global y darle oportunidades de los futuros especialistas de la modalidad global.

Ya mencione el tema de los perfiles que es importante revisarlo antes de hablar de competencias, pero también para hablar de competencias es necesario, lo que se mencionaba al iniciar la sesión, que nos pongamos de acuerdo en el tema de créditos y para hablar de créditos académicos tenemos que hablar necesariamente de metodologías de aprendizaje: ¿qué se aprende en un seminario?

¿qué se aprende con el club de revistas? ¿cuánto tiempo de trabajo le implica a un residente hacer una revisión de un tema?, no solo en la presentación, sino calcularle el tiempo que va a estar estudiando.

También, más importantes que las competencias, si realmente queremos definir y trabajar por las competencias, por lo menos mínimas, tenemos que hablar de evaluación. Porque uno no puede hablar de competencias si no está en la capacidad de cambiar la mentalidad de cómo voy a verificar como profesor, como hospital, como facultad, las competencias en este especialista que se está formando y qué oportunidad le vamos a dar al especialista en formación.

Pienso que estos son temas que bien vale la pena tener en cuenta, si no en este momento en futuras sesiones. Lo más difícil de establecer en un currículo donde se delineen claramente las competencias es cómo hacer la evaluación, eso tampoco no lo vamos a inventar nosotros porque ya por lo menos el ASME tiene establecidas estrategias para favorecer la evaluación basada en el desempeño de toda competencia.

Y el tema en la investigación con base en la nueva reglamentación de las Especialidades Médico Quirúrgicas que son equivalentes a Maestrías sí pienso que es un compromiso importante de las universidades favorecer los tiempos del residente y del profesor para organizar grupos de investigación que den respuesta a lo que nos valida a nosotros, por lo menos internamente que es Colciencias. Puede que no nos haya ido muy bien, que nos hubiera gustado estar mejor pero de todas formas Colciencias es la vara que nos está midiendo en cuanto a investigación en este momento en el país y es necesario que los programas estén diseñados para producir un legado en investigación, favorecer el trabajo del residente en una línea de investigación. Todos hicimos trabajos de investigación cuando fuimos residentes.

Me encanta el entusiasmo del Doctor Roa, pero la veo difícil por los actuales lineamientos de Maestrías y Doctorados para hacer equivalencia del título de Especialista Médico Quirúrgico a Doctor

porque en realidad nosotros tenemos unos nos exige el estado unos requisitos mínimos para cualquier Maestría de investigación o de profundización, Las Especialidades Médico quirúrgicas están en la mitad no son ni Maestría de profundización pero tampoco en realidad son Maestría en investigación porque la cantidad de créditos que requiere por lo menos es del cincuenta o sesenta por ciento entonces estaríamos haciendo procesos de investigación con énfasis en cirugía general o patología o cirugía plástica

Doctor Jairo Roa, Universidad de Los Andes.

La Universidad de Antioquia tiene ya establecidas maestrías clínicas lo que pasa es que aquí están las facultades de medicina entonces al final los que vamos a decir que título vamos a dar somos las facultades y las universidades. Tenemos que tener la capacidad para lograr hacer cambiar esas normas. El problema es que usted tiene que ver lo que sucede en países civilizados como Estados Unidos donde los médicos son doctores y con base en un proceso entonces lo que hay que analizar es cómo hacemos, de pronto desde pregrado, porque lo que hay que buscar es esa formación.

Creo que fue algo que sucedió desde 1980 pero es el momento, veintinueve años después, que debemos pensar que solución le vamos a dar para que en este país realmente el hecho de que alguien haga una formación con investigación en medicina pueda ser doctor. Que ahora nadie lo es entonces es algo que hay que analizarlo; y si llegamos a la conclusión que no vale la pena porque lo que vamos a hacer es un empleado de un EPS, pero desde el punto de vista académico si lo que nosotros necesitamos es que los profesores de medicina sean realmente doctores.

Doctor Ricardo Escobar, ASCOFAME

De todas maneras lo que estamos planteando por supuesto no lo vamos a solucionar aquí y ahora, pero hay que plantear un deber ser, a ver luego como lo construimos.

Doctor Julián Osorio, Universidad CES:

Varias ideas:

Uno, me preocupa la profundidad de los planteamientos. Yo creo que es bien importante lo que vamos a hacer. La discusión tiene que partir del concepto de autonomía y ubicarnos en el contexto actual porque hay planteamientos dicotómicos en cuanto a los temas que se pusieron y lo veo bien interesante desde la perspectiva universitaria.

Dos, hay que tener en cuenta, yo aquí hice un listadito de ocho proyectos de ley: ley de denominación de programa, campos de práctica, educación continuada, recertificación, pago de matrícula, competencias laborales y servicio social obligatorio que tienen que ver con la parte que vamos a abordar.

Lo tercero, tenemos que hacer un análisis dentro del mundo globalizado. O sea cuando vamos a hablar de recertificación, cuando vamos a hablar creo yo de especialidad o subespecialidad; no podemos ubicarnos solamente en el contexto local. Cuando vamos a hablar de créditos no podemos quedarnos en lo local porque creo que esa ha sido la falla.

Cuando planteamos especializaciones: ejemplo, la facultad tiene un problema absolutamente gigantesco; tenemos Cirugía Ginecología Laparoscópica. Duración largo tiempo, dirigido a Gineco Obstetras; tenemos Cirugía Laparoscópica dirigida a cirujanos, tenemos Cirugía Plástica Facial y tenemos una historia de discusión de cinco años con ese tipo de postgrados que creo que es bien importante.

Pero la discusión no puede ser local, no puede ser salarial, porque volveríamos a caer en las trampas del pasado: ¿quién hace qué? por que estos recursos son para , que eran los cursos que las Sociedades Científicas o los sindicatos científicos daban para cierta especialidad. Mi llamado es si la vamos a hacer es discusiones desde altura, no discusiones desde posiciones porque me preocupa, creo que el espacio es adecuado creo que es absolutamente importante ver el fondo de los planteamientos.

**Doctor Javier Pérez,
Presidente Asociación Colombiana de Sociedades
Científicas:**

Yo creo que vale la pena una aclaración porque en el decreto 190 del 94 hay una homologación de las Especialidades Médico Quirúrgicas a Maestrías. Yo celebro muchísimo a los dos Ricardos la invitación a este foro, creo que retomando las palabras que hizo Ricardo aquí la idea no es apagar la luz para que brille más la mía. Creo que el tema del recurso humano y el talento humano nos compete a todos y especialmente en el tema de las Especialidades Médico quirúrgicas.

Hay un Consejo Nacional de Talento Humano que como todos ustedes saben que estuvo previsto en la Ley 1164. En él, para aclararle al Doctor Guzmán tiene participación representantes de ASCOFAME: por una parte está el Doctor Elmer Gaviria, de la U. de Antioquia; y está el Doctor Miguel Ruiz de la Universidad El Bosque, uno por la privada y otro por la universidades públicas y hemos tenido esa discusión (de los hospitales universitarios).

La última reunión la tuvimos la semana pasada y se ha tratado ampliamente este tema y vemos más bien como positivo una serie de elementos que evitan en algún momento dado esa deformación que ha habido por parte de muchas instituciones de la educación que se ha vuelto, por qué no decirlo, más un negocio donde venden diferentes tipos de programas a diferentes horarios: valga decir de 7:00 a 8:00 es el horario para la universidad tal de 8:00 a 9:00

Eso es lo que se pretende evitar. Ellos estuvieron de acuerdo totalmente que lo que está previsto en ese proyecto de reglamentación es que, por hospital, sea un solo proyecto educativo y por un largo periodo, para evitar justamente que el director de turno pueda hacer el cambio repentino de acuerdo a las condiciones, calidades o algún tipo de influencia. Creo que eso tiene mucho de positivo: que hay que darle más debate pero como dicen tenemos la posibilidad. Inclusive clínicas y hospitales tienen un representante, las EPS tienen un representante entonces yo creo que en este tema ojalá

salgamos mañana con algunos resultados en que todos podamos opinar.

Creo que aquí no solamente también debería tener las IPS, las instituciones prestadoras, sino igualmente las EPS que están interesadas en el tema yo no lo veo como tan negativo. La semana pasada tuvimos reunión con los 18 Directores Médicos de ACEMI y están interesados totalmente (creo que todos vamos manejando para el mismo camino):

Primero, mejorar la competencia del médico general, que es fundamental como pilar del sistema. Hay que mejorar enormemente el poder resolutivo del médico general y en eso estamos todos comprometidos: tienen que comprometerse la IPS, la Universidad, los especialistas.

En lo otro que hay que estar totalmente de acuerdo es que hay que mejorar y estimular el poder resolutivo de la primera especialidad, pero tenemos problema graves. Por ejemplo con medicina interna donde se forman al año 80 internistas de los cuales 40 o 50 se van para las subespecialidades, porque estamos estimulándolo desde la entrada en el primer año a que se vayan a las subespecialidades, segunda especialidad o tercera especialidad. Lo que necesitamos es un buen ortopedista general para el país, un buen Ginecólogo, un buen Internista. Pero lo que no podemos es desde el primer año decirle al que entra a Ortopedia usted desde aquí va hacer cirujano artroscopista de rodilla y ojala principalmente en ligamento cruzado anterior, entonces creo que en eso estamos deformando. Debemos ponernos la mano en el pecho: la explosión de una cantidad de denominaciones y especialidades es contraproducente y no obedece muchas veces a los parámetros ni los pares internacionales.

Este no es un solo tema que en el Talento Humano vaya solamente en la formación sino, también en la empleabilidad que va a tener ese recurso humano que vamos a formar, entonces bienvenido sea que todos estamos aquí y que no sea únicamente esta reunión sino que se convierta esto en una mesa de trabajo permanente donde todos podamos opinar como lo dijimos hace quince días en una

reunión que tuvimos en ASCOFAME. Lamento que hoy no haya podido venir la Academia Nacional de Medicina pero tenemos que estar todos aquí metidos para todos poder sacar este proyecto adelante. Gracias.

Doctora Clara Inés Vargas, Universidad Industrial de Santander de la UIS

Dentro de la problemática que miramos aquí hay un factor que en nuestra Universidad se está tratando en este momento y que obedece particularmente a la reglamentación precisamente de las Maestrías. Cuando uno ingresa a la universidad pública si uno es especialista se homologa por salario como maestrando y ese mismo trato se le quiere dar a las Especialidades Médico Quirúrgicas. ¿Qué sucede, de unos años para acá el Ministerio de Educación reglamentó que las maestrías son maestrías de profundización y de Investigación. Con el mayor respeto, no está el Doctor que decía que hacer una maestría es fácil, yo le digo que no; póngase a hacer una maestría de investigación o de profundización, eso no es fácil lo único fácil es perder y quedar uno por fuera de la maestría y el doctorado mucho menos.

La gran mayoría de residentes no quieren investigar entonces esa discusión ha generado en nuestra Universidad un debate bastante serio. Con la carga académica que tienen los residentes a qué hora desarrollan eso? como decía la Doctora, el último año de uno en la residencia es mirando a ver cómo termina los tres años, para graduarse.

Algo que nos hemos dado cuenta es que legisla el Ministerio de Educación pero no dialoga con el Ministerio de La Protección a pesar de que existe el Consejo Intersectorial y yo no entiendo cómo pueden llegar a decir que las Especialidades sí tienen semejanza con las maestrías pero son Especialidades Médico Quirúrgicas. De hecho en los reglamento de postgrado aparece un ítem completo, un capítulo diferente para esto, porque es muy distinto el trabajo que se realiza, las competencias, el trabajo que cumplen los residentes,

los turnos; que un maestrando. Uno lo hace en el laboratorio, yo soy de las ciencias básicas, pero también hice una Maestría en investigación en Epidemiología, entonces es muy diferente el tratamiento y la formación que se le da. Ahí dejo sobre la mesa ese punto porque me parece muy importante.

Doctor Ricardo Escobar, ASCOFAME

Yo quiero simplemente decir que los temas de docencia servicio, las competencias, la evaluación, los créditos, el nivel de complejidad o la homologación que puedan tener las especialidades hacen parte de los temas a los cuales nos debemos enfrentar. El planteamiento es abierto y nosotros somos los que tenemos que irlo delimitando, ir viendo por donde vamos entrando en el manejo de ellos y como lo afrontamos.

Doctor Roberto Baquero, Presidente del Colegio Médico Colombiano:

Bueno mil gracias Ricardo al Doctor Roza también. Yo creo que están un poquito sorprendidos de verme aquí como Presidente del Colegio Médico Colombiano que tengo el honor de estar presidiendo desde hace seis meses. Quiero que también ustedes vean que hay un nuevo cambio en ese Colegio y que perfectamente podemos estar sentados todos en el mismo sitio conversando lo mismo por un bien común y gracias al Doctor Roza de verdad por eso. Gracias a Luis Carlos en el Ministerio a las mismas Sociedades Científicas y a la Academia Nacional de Medicina. Si nosotros queremos podemos echar hacia adelante y cualquier cosa que pueda yo ayudar desde el Colegio, aquí tienen una persona dispuesta a estar con ustedes trabajando, para adelante por el bien de nuestros Médicos Colombianos. Gracias.

RELATORÍA DE LOS TALLERES

La intencionalidad de estos talleres es que podamos, a nivel de grupos, ir fijando algunos criterios e ir delimitando un poco los temas por que como lo alcanzaron a mencionar todavía el universo que se está presentando es sumamente amplio y tenemos que ir viendo como lo vamos organizando.

Vamos a desarrollar cuatro talleres: **Denominaciones y competencias, Oferta y demanda de especialidades y especialistas, Reorganización de las Especialidades Médicas, Competencias iguales, complementarias o sustitutivas**, cada uno de estos temas por supuesto dará lugar a que tengamos que seguir trabajando en ellos. Hoy lo que pretendemos es que tratemos de fijar y establecer unas líneas, unos criterios que nos den la pauta y el parámetro para la organización inmediata de lo que sigue, para el trabajo en mesas regionales y para el trabajo por comités.

Antes de pasar a las conclusiones de los grupos, quisiera darle la palabra al **Doctor Luis Carlos Ortiz, Director de la Dirección de Análisis de Políticas de Recursos Humanos del Ministerio de La Protección Social** y posteriormente pasamos al análisis de cada uno de los talleres.

Mil gracias. Lo primero agradecer a ASCOFAME la invitación que se le hizo al Ministerio de La Protección Social; el Ministerio ha estado muy presente en todas estas iniciativas y obviamente que la de hoy la saluda con complacencia y creo que se está generando un ambiente y unos espacios de concertación y unos espacios de trabajo que son bien interesantes por lo cual los invito a todos a que no dejemos que se nos enfríe el trabajo que estamos iniciando hoy. Creo que los diferentes actores que integran el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema de Formación en Educación Superior, en este momento coincidimos en el diagnóstico de las dificultades que tenemos actualmente y también en muchas de las estrategias y acciones que se deben emprender para darle solución a esa problemática.

Lo que está pasando en el día de hoy y ha venido pasando en otros espacios donde muchos de los que estamos aquí ya estamos participando es ya una señal clara de la madurez que se está dando, tanto a nivel de las instituciones, como a nivel de los diferentes gremios demostrada en ese interés y en esa capacidad de autorregulación que tenemos dentro de la autonomía que cada una de las instituciones tiene. Eso es absolutamente clave porque es el elemento esencial para que la autonomía se articule con los temas, por ejemplo de calidad, que se necesita tanto en la formación como en el tema de prestación de servicio de Salud. Eso también creo que es pensar en grande, pensar más allá de los intereses propios de cada uno de nosotros, de cada una de las instituciones que representamos y pensar en las necesidades del país, de la población y adicionalmente con unas estrategias a largo plazo.

Estoy convencido que uno de los problemas que no nos ha permitido avanzar más en el desarrollo del sistema de Salud y en el desarrollo del sistema educativo es justamente una cierta proclividad que tenemos todos a pensar en el corto plazo y a resolver los temas ya y sacar mis intereses sin pensar en largo plazo, finalmente donde van a converger los intereses de los diferentes actores, a través de justamente de unas acciones que tienen su tiempo y que tienen que ser concertadas, trabajadas y tienen que girar alrededor de elementos técnicos más allá de las diferentes carencias y de los intereses legítimos que cada uno tenemos en este sentido.

Nuevamente mil gracias a todos ustedes por la invitación al Ministerio de la Protección Social y particularmente la Dirección de Análisis y Políticas en Recursos Humanos está a disposición de ustedes para fortalecer y para promover este tipo de iniciativas; obviamente que los espacios muchas veces no se dan tan fácil por las ocupaciones que todos tenemos pero busquemos de todas maneras que, insisto, estas iniciativas no se enfríen.

Muchas gracias Doctor Ortiz, yo creo que este es un momento donde encuentra usted un espacio donde están las instituciones, varias instituciones relevantes para el desarrollo de este tipo de políticas

ofreciéndole este espacio a los Ministerios para que entre todos construyamos una propuesta que nos permita seguir adelante.

TALLER 1: DENOMINACIONES Y COMPETENCIAS

Objetivo:

Desarrollar los criterios que permitan afirmar una política de Reorganización de la Formación de las Especialidades Médicas del País con el fin progresar hacia una nomenclatura única nacional de denominaciones, acorde con los perfiles de formación y con las tendencias internacionales y unas competencias, de generales que determinen el ámbito de competencia profesional de los especialistas, desde una perspectiva de autonomía con responsabilidad social y académica, que aporte a la excelencia de los especialistas formados en Colombia y a la mejor atención en salud de nuestra población.

Situación para inducir el debate:

El país cuenta con aproximadamente 150 denominaciones de especialidades que corresponden a unos 380 programas ofertados en el área médico quirúrgica, por no hablar de las denominaciones y programas de salud pública y de administración en salud.

Un número importante de denominaciones DIFERENTES obedecen perfiles de formación IGUALES o SIMILARES, pero pueden inducir una percepción distinta por parte de los usuarios del Sistema Educativo, y además está induciendo a los Servicios de Salud a solicitar la contratación de profesiones con título de ciertas denominaciones, en detrimento de otros profesionales que tienen competencias IGUALES o SIMILARES para desempeñar dichas funciones. Inclusive de especialistas en las mismas disciplinas que han visto reducido su campo de acción y su capacidad resolutive.

Otra situación identificada es la aparición cada vez mayor de títulos de especialidades orientados al desarrollo de una técnica o de patologías específicas, o desarrollos específicos de competencias que están comprendidas en la especialidad de base.

Existe una gran confusión en cuanto a las titulaciones cuando hablamos de ESPECIALIZACIONES, ESPECIALIDADES, SUB O SUPRA ESPECIALIDADES (es necesario aclarar que estos dos últimos términos no están reconocidos por la Ley 30). Debemos definir de una vez por todas ¿Cuáles deben ser las titulaciones de PRIMERA ESPECIALIDAD, de SEGUNDA ESPECIALIDAD?; requiere el país titulaciones en TERCERA ESPECIALIDAD?; QUÉ CRITERIOS DEFINIRIAN la existencia y APERTURA DE TALES PROGRAMAS.

Con base en la ANTERIOR y el amplio conocimiento del GRUPO sobre la problemática queremos que el grupo defina:

1. Definir criterios para la determinación de las denominaciones de las especialidades médico quirúrgicas. (Favor explicarlos brevemente)
2. Con el fin de construir las competencias de formación de los especialistas en un momento posterior, DEFINIR, las funciones a las que se enfrentará el especialista de cada una de estas categorías:

ESPECIALIDADES DIAGNÓSTICAS (Ejemplo, Radiología, Patología).

ESPECIALIDADES MÉDICAS (Ejemplo, Medicina Interna, Pediatría).

ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS (Ejemplo, Cirugía General, Ortopedia y Traumatología).
3. Definir las características generales que debe TENER un especialista médico quirúrgico, en términos del SER, SABER y SABER HACER para un desempeño idóneo en los diversos contextos en que le corresponde actuar.

Doctora Clara Inés Vargas, Relatora

El grupo estuvo integrado por el Doctor Jaime Carrizosa Moog, de la Universidad de Antioquia; La Doctora Liliana Arias de la Universidad del Valle; el Doctor Sigifredo Muñoz de la Universidad

del Valle; el Doctor Gabriel Manzi de la Fundación Universitaria San Martín - Bogotá; el Doctor Pedro Reyes Gaspar de la Universidad Surcolombiana; Doctor Juan Carlos Morales de la UDCA; Doctor Javier Pérez de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas; Doctor Nicolás Ramos, de Universidad de El Bosque.

La primera discusión fue alrededor del objetivo que nos parecía que estaba redactado de manera poco clara. A juicio del grupo se trataba más de dos objetivos que de uno, consistía el objetivo *en desarrollar criterios para construir una nomenclatura única nacional de denominaciones* ese fue como el parafraseo de todo lo que había contenido ahí y además debía estar *acorde con perfiles y competencias* que le permitieran al Especialista una formación de calidad y dar una mejor atención en salud a nuestra población.

Había tres preguntas:

La primera de ellas era definir criterios para la determinación de las Denominaciones de la Especialidades Médico-quirúrgicas: realmente el tiempo era muy corto para trabajar alrededor de esto y acordamos que: es necesario hacer una búsqueda de parámetros internacionales donde se contemplen tanto los parámetros que se manejan en Europa, en Estados Unidos, el canadiense, que es bastante diferente y tener también el referente latinoamericano de Brasil, Argentina y Chile, además conocer la construcción de sus parámetros; cómo se hacen, cuáles son los criterios mínimos para lograr una definición adecuada de la especialidad matricial o madre y de las segundas y terceras especialidades si las hubiera.

El segundo punto decía “con el fin de construir competencias de formación de los Especialistas en un momento posterior definir las funciones a las que se enfrenta el especialista a cada una de estas categorías”, son las categorías que al comienzo de la sesión el doctor Escobar nos presentaba de Especialidades Diagnósticas por ejemplo radiología, patología; Especialidades Médicas, medicina interna, pediatría, Especialidades Quirúrgicas, cirugía general, ortopedia y traumatología. Se dio una discusión alrededor de esa clasificación y se consideró al final que esta división que se presentaba era un poco

reduccionista y no atendía a todo lo que en este momento existe en el mercado, y además el peligro de dejar por fuera Especialidades, se consideró que es más viable definir Especialidades matriciales o generalistas. Otra posibilidad sería Especialidades por órganos y sistemas, y finalmente Especialidades técnicas generales; porque se considera que todas son realmente especialidades clínicas sean diagnósticas, sean quirúrgicas o sean órganos o sistemas de las cuales se derivarían las secundarias y terciarias.

Se debía incentivar de todas maneras la formación en pregrado en el ámbito de la medicina familiar atendiendo a las necesidades particulares. En el país debe considerarse el diagnóstico epidemiológico tanto regional como nacional para estas definiciones y esto ayudaría a solucionar la problemática de atención en primer nivel donde el especialista generalista no va, que es una dificultad grande que se tiene. Además se hizo una reflexión alrededor de cómo está funcionando el sistema de seguridad social en este momento en el país y la prevención de la atención donde los niveles de baja complejidad no están funcionando de manera adecuada y en muchos casos se derivan estos pacientes a una atención de alta complejidad; o si el Médico Especialista se forma en un alto nivel tampoco ve la situación del paciente, que en un buen porcentaje va a estar atendiendo en una consulta de un bajo nivel de complejidad. Eso impactaría lógicamente en la formación del estudiante de pregrado también.

El tercer aspecto a reflexionar era definir las características generales que debe tener un Especialista Médico-quirúrgico en términos del ser, saber y saber hacer, para un desempeño idóneo en los diversos contextos en que le corresponde actuar. La Doctora Liliana Arias nos compartió un documento muy interesante sobre el perfil por competencias del médico general mexicano donde en un gráfico se ve claramente las seis dimensiones que consideramos nosotros deben estar involucrados en la formación del Médico aplicable tanto para el Especialista como para el Médico General, me voy a permitir leerlos rápidamente:

“Las seis dimensiones son: todo se fundamenta el núcleo central de la formación es lograr capacidad metodológica instrumental en ciencias y humanidades a través del método científico, con método epidemiológico, etc.

La primera de estas dimensiones es el dominio de las bases científicas de la medicina desde lo básico hasta lo clínico.

El segundo dominio es la capacidad de participación en el sistema de salud con el conocimiento debido de los planes, del marco jurídico y del marco económico.

El tercer dominio es el de la atención comunitaria con la planificación de acciones comunitarias en salud y el desarrollo comunitario.

El cuarto es el dominio de la atención médica general, en este caso se podría aplicar a cada una de las Especialidades, con la promoción de la salud, diagnóstico, manejo terapéutico pronóstico, manejo de pacientes de enfermedades complejas.

El quinto es el dominio de la calidad de la atención médica y el trabajo en equipo, calidad en la atención y seguridad para el paciente.

Por último es el dominio ético y del profesionalismo con compromiso con el paciente, compromiso con la sociedad y el humanismo, así como con el compromiso con el colega que interviene en su equipo de salud.

Esto es tomado de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina y es tomada del año 2008. No sé si mis compañeros quieran aportar algo si se me olvidó alguna cosa.

Doctora Liliana Arias, Universidad del Valle:

Yo quisiera ampliar un poco en el tema de medicina familiar. Como siempre desde hace 50 años ha existido la polémica de si se necesita formar un Especialista de tres años como es Colombia, en España es de cuatro años y en Alemania es de cinco años, en Medicina Familiar o si se puede hacer un médico familiar desde el

pregrado, o sea básicamente lo que se trata es de reforzar capacidad resolutive del médico general, sin que se pierda el Especialista en Medicina Familiar, que es un especialista generalista con una capacidad resolutive, en Colombia del 90%, en otros países del 97%, versus la del Médico General que es en este momento, se calcula en Colombia del 50%. Entonces, no es que se sustituya al Especialista por el pregrado si no que se fortalezca igualmente el Especialista y se aumente simultáneamente la capacidad resolutive del médico general.

Doctor Samuel Trujillo, Universidad Tecnológica de Pereira

Yo quiero aprovechar para hacer un comentario al respecto sobre esas competencias que leyeron, me parece muy importante y clave en esta reunión tan urgente que se tenía desde 1995. Gravísimo que los actores los encargados de hablar sobre las Especialidades y sobre la educación Médica no nos hubiéramos reunido antes pero bueno estamos en ese momento y quiero referirme a lo siguiente: Esa clasificación de competencias que marca la impronta de Médico es lo que tenemos defender acá, porque hay una taxonomía de las competencias que ustedes las conocen unas por Tuning, otras por 6x4, otra por ASCOFAME; o sea hay una cantidad. Pero eso se aplica en cualquier profesión; cuando uno lo mira saberse comunicar, saber escribir, el desarrollo del pensamiento, son aplicables a cualquier disciplina. Lo que necesitamos es que las que nosotros diseñemos tengan la impronta de Médico y es ahí donde nosotros defendemos que no puede ser ni el Sena, ni otra institución, ni un convenio, ni un asesor nacional el que nos la viene a decir. Entonces me parece excelente haber encontrado un parámetro internacional que nos ayude al trabajo que tenemos que hacer acá, también me parece muy importante la propuesta que ponía el Doctor Ricardo, cuando hablaba de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento de rehabilitación, investigación, docencia, y administración porque esas son del Médico a esas son las que debemos defender nosotros.

Doctora Nohora Angulo, Universidad de La Sabana:

Todo este grupo de competencias médicas realmente surgen cuando se replantean reformas curriculares a nivel internacional, que se han venido dando en los últimos diez años, pero pienso que un documento que debe tomarse en cuenta es el *Tomorrows Doctors*, y la recomendación es que desde allí se harían porque son muy médicas y son hechas para médicos y desde allí se habla del profesionalismo desde el punto de vista médico y las demás pues que no las voy a mencionar. El *Tomorrows Doctors* si y las del , pienso que vale la pena considerarlas desde el punto de vista del médico general, de la buena práctica médica y en las Especialidades que también están derivadas de allí mismo.

Doctora Luz Marina Corso, Universidad Autónoma de Bucaramanga, UNAB

No sé cual sea el nombre pero finalmente no se deben llamar Especializaciones Médico Quirúrgicas, porque todas son médicas, entonces pongámosle el nombre que quieran Especializaciones Clínicas, Especializaciones Clínico-quirúrgicas, Especializaciones lo que sea pero no Médico Quirúrgicas, porque finalmente todas son Médicas.

TALLER 2: OFERTA Y DEMANDA

Objetivo:

Identificar la situación de oferta y demanda de las diversas especialidades médicas frente al mercado laboral y proponer acciones pertinentes para atender los desequilibrios que se presentan.

Situación para inducir el debate:

El estudio Recursos Humanos de la Salud en Colombia: Balance, competencias y prospectiva, 3ª Edición realizado por el Cendex por solicitud del Ministerio de la Protección Social establece que bajo un escenario de Aseguramiento Universal con Restricción de la Oferta Educativa, se presentará un déficit de poco más de 25 mil médicos en el país para el año 2011, principalmente de especialistas.

“El stock (sic) estimado de profesionales con primera especialidad se estima será menor a la demanda requerida en cada una de las especialidades, bajo los tres escenarios plantea dos. Esta situación apunta a pensar que para el año 2011 se contará con menos profesionales con primera especialidad de los que saldrán efectivamente al mercado laboral.

Pasando a las segundas especialidades, representadas en la gráfica 52, se encuentran grandes diferencias de comportamiento dado que, mientras se requiere una mayor demanda de profesionales con segunda especialidad en medicina interna para el periodo 2007-2011, se contará para el mismo periodo con una cantidad de profesionales en pediatría que supera la demanda requerida por el mercado laboral.”

Con base en lo anterior:

1. Qué acciones se deben tomar para solucionar tal desequilibrio?

2. Necesita el país las TERCERAS ESPECIALIDADES? Contribuyen ellas al desarrollo académico y científico del país, o deterioran la capacidad resolutive individual y del Sistema, que le deben aportar los médicos de PRIMERA Y SEGUNDA ESPECIALIDAD?

Doctora Luz Marina Corso, Relatora

El grupo número dos estuvo compuesto por el Doctor Fernando Guzmán Chávez de la Universidad Militar Nueva Granada; Doctora María Cecilia García de la Universidad de Cartagena; el Doctor Samuel Trujillo de la Universidad Tecnológica de Pereira; el Doctor Gustavo de La Hoz de la Universidad Libre de Barranquilla; la Doctora Sandra Pájaro de la Universidad Metropolitana de Barranquilla; la Doctora Carolina Bello de la Universidad Antonio Nariño; el Doctor Luis Edilberto Blandón de la Universidad Libre de Cali; el Doctor William Onatra de la UDCA; el Doctor Juan Guillermo Jiménez de la Universidad Pontificia Bolivariana y el Doctor Luis Carlos Ortiz de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de La Protección Social y quien les habla Doctora Luz Marina Corso de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Durante la discusión nos invitaron a que hiciéramos la revisión de los resultados del estudio CENDEX frente a eso tenemos unas particulares inquietudes. Afortunadamente teníamos la persona del Ministerio para compartirlas con él en relación el estudio: nos da unas cifras de desequilibrio que nosotros pensamos que probablemente no reflejan la realidad porque en algunas oportunidades parte de presupuestos que quizás no compartimos nosotros y que de pronto la cifra no la tenemos para controvertirla.

Parte de una cobertura de aseguramiento en el país de 88.2%; así se supone que no nos falta sino el 11% de la población por asegurar, entonces creemos que el desequilibrio a la luz de la real cifra de aseguramiento pues puede ser mayor, entonces reconocemos en la mesa que en efecto hace falta Especialistas. El tema es cuántos, dónde y, en qué condiciones.

Otra condición de duda frente al estudio es que el estudio parte de un sistema que está organizado para que sea resuelto en gran porcentaje por el médico general, pero sin embargo ese mismo sistema, por virtud probablemente de los administradores del sistema para no poner otros culpables, tiene totalmente amputada la posibilidad resolutive del médico general. El médico general no puede solicitar un examen porque entonces se lo glosan, menos aún interpretarlo y ni se le ocurra hacer una sutura y poner una anestesia o una inducción analgésica porque ahí morirá completamente frente a los problemas legales que se le vienen. Entonces es un Sistema que si bien está hecho para un médico general no le permite actuar y en esta medida no puede actuar. Las enormes colas frente a las Especialidades no se van a corregir nunca por más que produzcamos todo el recurso humano que se quiera, reconociendo que hace falta.

Y el tercer elemento es que definitivamente también el Gobierno, y ASCOFAME en su papel de veedor, deberían hacer algo frente algunas legislaciones que han sido también culpables de que el ejercicio del médico general se vea disminuido. Se expuso puntualmente el tema de la Ley 6ª y el ejercicio de la anestesia cuando finalmente el médico general se vio disminuido a su más mínima expresión, porque más allá de dos centímetros de xilocaína no puede poner.

Entonces son cosas que vimos que hay que hacer, pero como en fin había que dar respuesta a dos preguntas:

Una primera pregunta que decía ¿qué acciones se debe tomar para solucionar el desequilibrio en la producción de recurso humano? entonces nosotros hicimos un barrido de cuáles eran las opciones: en primera instancia apareció el tema de financiación de formación del recurso humano y entonces se planteó la posibilidad de que los hospitales patrocinaran la formación de ese recurso humano, obviamente garantizando un retorno y una contraprestación; y también la posibilidad, o la obligación del Icetex y el Gobierno sigan concurriendo a esa formación; sin embargo, y con toda razón hubo una contra-argumentación diciendo “pero finalmente

el tema no es el dinero porque la gente está dispuesta hacer los programas de Especialización” no podría ser esta una medida que nos corrigiera el desequilibrio. Pensamos que entonces las políticas de distribución geográfica que favorezcan que los Especialistas vayan a los municipios pequeños, hospitales de menor complejidad, podrían ayudar a desarrollar el desequilibrio de recurso humano en el país; además pensamos que el incremento de cupos rápidamente ayudaría a mejorar eso; pero la estrategia de incremento de cupos siempre y cuando vaya de la mano de escenarios de prácticas con calidad, escenarios de práctica donde se pueda hacer una formación real de ese recurso humano; donde haya reconocimiento del docente, donde haya un acompañamiento del docente y donde las Universidades asuman su rol de Universidad y de formación.

También hablamos la posibilidad de que haya un Servicio Social Obligatorio posterior a la formación especializada, que pueda ser una opción posterior o incluso un servicio social corto para dar cobertura con este tipo de recurso humano, con la garantía que la persona va a ser bien remunerada; con garantía para el cumplimiento de ese año de Servicio Social o ese Servicio Social Obligatorio.

Se hablo también de que las EPS deben facilitar la formación del recurso humano, porque al contrario lo que hacen es que lo dificultan, no permiten que sus pacientes sean vistos por los médicos de pregrado o médicos en formación de postgrado, pero si quieren contratarlos en las noches, en los sábados y en los domingos como especialistas; mientras que cuando están en su papel de estudiantes no pueden tocar sus pacientes. Entonces ese doble juego hay que solucionarlo de alguna manera.

La posibilidad de Especialidades con formación generalista, que mencionaron en el grupo anterior, pero siempre y cuando se haya hecho un análisis de la malla curricular y el acuerdo es que se pueda mirar si de verdad podemos acelerar la formación con ese tipo de Especialista o con una formación más general y un poco menos de tiempo de formación.

Frente a la segunda pregunta que era: ¿Necesita el país las terceras especialidades? contribuyen ellas al desarrollo académico y científico del país o deterioran la capacidad resolutive individual y del sistema que le deben aportar los médicos de primera y segunda Especialidad? y la respuesta era más o menos todas las anteriores.

Si necesitamos especialistas de tercera generación porque lo contrario es frenar el desarrollo científico, frenar el impulso de nueva tecnología, de nuevos desarrollos en salud, pero debe ser bajo ciertas condiciones: con un número restringido, con una ubicación geográfica garantizada. Pensamos que la segunda Especialidad debe ser complementaria a la formación de la primera especialidad; que el especialista generalista tenga que llamar, para el ejemplo que ponía el Doctor del tubo a tórax, al cirujano y este al cirujano de tórax no debe ser. Que finalmente haya primeras especialidades con una buena capacidad resolutive; segundas especialidades para cosas más específicas. Pero pensamos que sí deben haber terceras especialidades o equivalentes a doctorados en medicina o a Maestrías en Medicina porque eso definitivamente jalona la calidad del recurso humano disponible en el país.

Una reflexión final es que nuestro papel como formadores debe estar articulado con unos escenarios de práctica idóneos. Que no estén a la caza, de cuál es la Universidad que da el mayor porcentaje de la matrícula, sino que sean escenarios donde se reconozca el trabajo del residente, del especialista en formación; sino ha de ser económicamente, por lo menos que se reconozca en la retribución académica que le pueda dar la institución. También es importante que concurren todas las instituciones que forman parte del Sistema: las EPS, las ARS, las administradoras de beneficios, las demás instituciones a reconocer el papel del médico residente y desde luego nosotros tendremos que acompañar las formulaciones de ley a que haya lugar. Que no se desmotive más adelante con una ley la formación de ese médico especialista generalista, al cual se le ponen nuevos frenos para no poder asumir las competencias para las cuales fue formado.

Doctor Fernando Guzmán, Universidad Militar

Creo que la discusión fue muy centrada en el punto de que los escenarios de práctica deben ser de una alta calidad y con una responsabilidad ante el docente, ante el estudiante en formación; y ojala que en algún momento él pueda estudiar patrocinado y amarrado, perdónenme la expresión, a contraprestación con la institución llámese IPS, EPS, hospital del estado, lo cual va a favorecer que ese profesional retorne a su ciudad, a su pueblo; y no lo que está sucediendo ahora que tiene el compromiso de regresar a su ciudad, a su departamento y al finalizar el entrenamiento ya la EPS lo ha contratado durante el último año y no hay una manera cómo se cobre o se pueda hacer efectiva una contraprestación para que la persona que ha recibido el beneficio de la región, de una institución vuelva a su área.

Doctor Jairo Roa, Universidad de los Andes

Hemos hablado de aumentar la capacidad resolutive del médico general porque es la base del sistema. Quiénes serían especialistas generalistas de lo que hace un médico general, entendiendo claramente que un especialista sabe mucho más y tiene mayor capacidad resolutive. Pero el punto es, hasta dónde en la facultades vamos a formar un médico general con mucha mayor capacidad resolutive y quién va a ser ese especialista generalista que hoy en el sistema, por lo menos en los adultos, están en el segundo nivel de atención, el internista no está en el primer nivel de atención. ¿El internista que tenemos será ese generalista? o si que queremos poner un especialista en primer nivel de atención que es de Medicina General.

Doctora Luz Marina Corso, Relatora

Fundamentalmente se habló del tema de medicina familiar y la necesidad de que ocupe un lugar importante dentro de las especialidades, bien sea con una formación que va desde el pregrado o bien sea, como se ha planteado, con una formación de dos o tres

años postgraduada, por ejemplo eso sería una de las soluciones. También se habló de especialidades como medicina interna, pediatría, ginecología obstetricia y cirugía que resuelvan la mayor parte de las patologías dentro de la formación básica y que solo aquellas que son muy especializadas pasen al sub-especialista.

Doctor Fernando Guzmán, Universidad Militar

En urología todos tenemos la posibilidad de manejar el cáncer porque hemos recibido el entrenamiento tenemos las competencias. Pero una entidad en el país dice tiene que pasar por tres, no más que están titulados, porque ellos son los que lo deben manejar el cáncer; entonces el urólogo general, que ha recibido entrenamiento en oncología no lo puede hacer porque esa entidad lo está frenando. Yo creo que ese es el punto cuando se habla que el especialista generalista tenga una alta resolución.

Doctor Jaime Carrizosa Moog, Universidad de Antioquia

En una parte de la financiación me parece que un punto importante a tocar, tanto en la universidad pública como en la universidad privada, y es darle el realce y la categoría que merece la carrera docente universitaria. No puede ser que yo sea docente porque yo quise y de buena fe y de ganas lo estoy haciendo. Yo no puedo competir con un salario de dos millones de pesos como gineco-obstetra docente y mi colega o mi residente que va a salir se gana cuatro o cinco veces más. De pronto si yo a ese docente le consigo un salario digno es mucho más el número de cupos que podemos ofrecer para solucionar el problema del país.

La parte financiera no solamente es lo que paga el estudiante para entrar, sino lo que de debemos pagar al docente dedicado exclusivamente a eso, sin menoscabar pues de su ingreso salarial, y no solamente de buena voluntad. Es algo a lo cual nos estamos enfrentando no solamente en universidades públicas también en

las privadas, es que usted tiene que hacer más. Hay docentes que dicen “yo no voy a hacer más, yo renuncio”; nosotros nos tenemos que volver competitivos para hacer atractiva la carrera docentes; hay que buscar cómo solucionar esa brecha tan enorme.

Creo que hay otro punto que es la parte curricular de los postgrados y lo estuvimos discutiendo también en nuestra mesa, nosotros vemos la formación de los postgrados en hospitales de tercer, cuarto nivel con pacientes acostados y muchos de nuestros residentes salen a ver pacientes sentados y de pie. No tenemos entonces aquel profesor ni aquella formación que pretenda ir al nivel secundario a dar la docencia ahí, a enseñar ahí la hipertensión común y corriente; y eso sucede en cirugía y en todas las especialidades básicas; no tenemos el interés del profesorado que se desplace a ese lugar. Entonces tenemos que tener el especialista generalista dependiendo donde lo vamos a ubicar, si lo vamos a ubicar en Puerto Berrío o Yolombó, o si lo vamos a ubicar en una unidad de cuidado intensivo pediátrico en Medellín.

Yo quiero traer a colación un ejemplo cercano. Los chilenos en el sistema público compiten para hacer su especialidad después de haber hecho el servicio rural de tres años y ellos compiten, digamos, por un cupo de pediatría en el sistema público. El sistema público le paga su formación en retribución y posteriormente lo asignan en un lugar por el Ministerio. Piensan como país, como nación y los índices, ustedes lo ven, de Chile en salud son bastantes buenos. Entonces uno podría pensar listo de pronto evitémonos el año rural, que hagan el año rural después como especialista, pediatra especializado tres años y su sitio de destinación va hacer tres años en Puerto Leguizamó, con salario de especialista. Es verlo como un gana gana, lo gana el país si tenemos continuidad y compromiso porque está ahí y lo gana el que se forma. Es que el que se forma tiene mínimo mínimo seis años de trabajo garantizado que no tiene nadie en este momento cuando sale de la universidad y puede ser un modelo efectivo; que les ha funcionado que lo muestran adecuados índices, y al cual nos podemos comprometer tanto universidades públicas y privadas.

Doctor Pedro Reyes, Universidad Surcolombiana

Yo quiero acotar también sobre el tema de la dificultad que hay en los programas de postgrado en la consecución de algunas instituciones para docencia servicio, por lo menos la vivimos en Neiva. Como no hay unos estímulos especiales para los docentes que participan en los programas de postgrado entonces ellos deciden más bien que su carga académica se la dejen en pregrado. Esa situación también se está viviendo en otras instituciones de acá de la capital. Tenemos convenios docencia servicios con varios hospitales de Bogotá y en las reuniones los residentes comentan la falta de motivación de los docentes que participan en esos procesos de formación; porque a pesar de que a muchas de esas instituciones se les paga parte de la matrícula, esa matrícula, ese pago que hace la Universidad no llega directamente al docente; se queda en otros gastos o a otras inversiones pero no hay ningún estímulo para los docentes, y eso hace mucho más difícil poder ampliar cupos.

Tenemos en estos momentos un serio problema con el programa de anestesiología porque nos quedamos con tres docentes después de que teníamos como siete u ocho y precisamente porque para los docentes les resulta mucho más rentable económicamente trabajar en la parte asistencial que dedicar algunas horas a la parte docente. Esa es una situación bien compleja que está ocurriendo.

Respecto a la posibilidad de motivar a los residentes en cuanto tiene que ver en la financiación de su estudio, a mí me parece que el enfoque que tiene las becas crédito en este momento no es el más adecuado; se están condonando becas crédito de una manera muy fácil. Me parece que se debería hacer algunos ajustes a la reglamentación de esas becas crédito para que se pudiera lograr que esos Especialistas que reciben esos beneficios del Estado después vayan a contra prestar en zonas del país en donde verdaderamente se requiere. La norma dice que debe prestar en áreas que sean de interés en salud pública etc., eso generalmente no se cumple; a la mayoría se les termina condonando el crédito y finalmente el Estado y la población no recibe ningún beneficio. Me parece que es hora que el Ministerio de La Protección Social mire esa reglamentación

para ver de qué manera esas personas que reciben ese beneficio después hacen alguna contraprestación sobre todo, repito, en zonas donde la consecución del recurso especializado como en el caso, en el caso nuestro el Huila Caquetá Putumayo es bien complicado.

Doctor Roberto Baquero, Colegio Médico Colombiano

Yo quería relatarles una experiencia que estamos teniendo desde el Colegio Médico Colombiano en este momento. Estamos trabajando muy cerca con Putumayo sobre todo con Puerto Asís, por la gran falta que hay de especialistas allá y uno de los miembros de la Junta Directiva del Colegio ha colaborado mucho en eso. El se fue al Departamento, le financie unos cupos para sus especialistas, pero ahí viene el problema, quién se va al Putumayo a trabajar?, entonces lo que se decidió es que tiene que ser gente del Putumayo, eso si no hay nada que hacer, gente que esté arraigada que tenga su familia y que esté ahí. Cuando logramos identificar eso y tener la financiación nos fuimos a tocar puertas amigas y yo acabe con un decano, con la Universidad de la Sabana con el Doctor Camilo Osorio, porque lo conozco. Entonces fui le pedí el favor le presentamos el caso y él me decía una cosa: mire tengo un problema muy importante y es que muchos de mis residentes a veces se me cuelgan y se tienen que retirar porque no tiene plata; luego sí me interesa mucho que estén financiados pero tiene que haber sus mínimas bases de calidad. Y ha sido muy bonito cómo ya logramos en este momento que entre una persona para Cirugía General. Yo le decía, mire no es que sea total, pero es una persona muy interesante; vamos a cogerla de la mano y la vamos a llevar y en este momento hay como expectativas cinco o seis residentes para otras especialidades que los acoge la Universidad para empezar a llenar esos faltantes. Es un proyecto muy bonito que a mí se me hace que vale la pena mirarlo y examinarlo más a fondo y de todos modos también pedirle el favor si otras universidades nos pueden abrir las puertas para recibir más.

Doctora Nohora Angulo, Universidad de La Sabana:

Esta es una iniciativa que llega a la Universidad y que nos tiene, no solamente a la facultad; sino a todos los Especialistas que participan en los programas, muy entusiasmados y es cómo podemos ayudar a hacer sociedad. Porque siempre buscamos en todas las facultades los mejores candidatos, que tengan las mejores posibilidades académicas y esas personas no viven en el Putumayo, ni viven en el Amazonas. Después de hacer el proceso de selección de estos candidatos los que se pasaron su examen entraron en una batalla académica con los otros quinientos que se presentaron; hicieron su proceso de entrevista y ya en la entrevista si viene el compromiso del grupo de Especialistas que se va a encargar que este Médico cumpla con su formación basado en competencias. Eso qué implica? que lo llevemos de la mano, que reconozcamos en qué parte del territorio nacional se encuentra.

Solicitar un cupo para este residente al Ministerio implica una serie de tramitología y de justificaciones pero lo hicimos. Y es hacer que esta niña, que ya es una señora con familia, no mandarla como a cualquier residente a cualquier Hospital, donde se la traguén los residentes a punta de pregunta y machete sino llevarla y capacitarla y que esté lista para el momento que tenga que asumir la vida de los quirófanos que no es nada fácil. Los cirujanos, con su personalidad saben que no es nada fácil, y ha sido muy interesante en cuidado crítico, en oftalmología en medicina física y de rehabilitación; es una forma de llevar los Especialista a esos sitios donde realmente se necesitan y estamos muy contentos, empezamos con una pero ojala podamos llegar a tener más compatriotas.

Doctor Ricardo Roza, Director ASCOFAME

Solamente como información me acaba de llegar un correo en el cual el Departamento del Casanare tiene cincuenta y dos médico absolutamente financiados en diversas áreas del conocimiento y que necesitan especialización, necesitan residencia. El hecho es que, cuando yo era estudiante, ese modelo existía y existía la contraprestación y el Instituto de Cancerología, recuerdo mucho, daba los cupos siempre y cuando se fueran a provincia. Eso fue desmontado posteriormente por miles de razones y la misma

constitución del 91; salvo que hubiese un contrato comercial tenía que devolverse; con base en la tutela se desmontaron con muchos de estos compromisos, en fin paro; no se trata en esta reunión de solucionar problemas puntuales ni crear mecanismos contractuales, se trata simplemente que me parece muy importante plantear la importancia del compromiso social de la universidad con respecto a algunos nichos selectos de la población.

TALLER 3: REORGANIZACIÓN DE LAS ESPECIALIDADES

Objetivo:

Proponer una reorganización de la oferta educativa de programas conducente a títulos de especialidades médico-quirúrgicas que permitan mejorar la capacidad resolutive de las primeras especialidades y las competencias compartidas entre las diferentes áreas, desde una perspectiva de autonomía con responsabilidad social y académica, que aporte a la excelencia de los especialistas formados en Colombia y a la mejor atención en salud de nuestra población.

Situación para inducir el debate:

El desarrollo de programas de las especialidades médicas ha conducido a un aumento cada vez mayor de segundas y terceras especialidades lo que a su vez ha generado pérdida de capacidad resolutive en las especialidades “madre” y sobreposición de competencias que impactan la prestación de servicios de estos especialistas ante la exigencia para habilitación de títulos en segunda y tercera especialidad en detrimento de los de primera especialidad.

El papel del médico general, y del especialista generalista está siendo subutilizado por el Sistema, y se está creando una brecha entre el especialista generalista y el de segunda y tercera especialidad que el Sistema incentiva a través de la habilitación y las facultades a través de la creación de más “subespecialidades”.

Otro problema es que en alguna medida las primeras especialidades se han convertido en “especialidades de transito” hacia segundas y terceras especialidades.

Es de anotar que algunas facultades han adoptado el modelo de integrar el pre-requisito de primera especialidad a la segunda para

generar un solo título, por ejemplo neumología o reumatología para médicos generales, donde medicina interna se encuentra integrada al programa (por supuesto un tiempo de formación mayor al de la segunda especialidad, pero no tan largo como el de las dos especialidades juntas). Esto conduce a un solo título, en el caso de los ejemplos: neumólogo o reumatólogo.

Con base en lo anterior:

1. Considera el grupo que puede ser conveniente adoptar una política que permita integrar la “especialidad madre” al proceso de formación de las que hoy son segundas especialidades?
2. Se puede adoptar como una política general? Por qué?
3. Habría excepciones?
4. Cuáles? Por qué?

Doctora Elizabeth López, Relatora.

El grupo está constituido por la Doctora Nohora Angulo de la Universidad de la Sabana, el Doctor Jairo Roa de la Universidad de los Andes, el Doctor Rodrigo Cifuentes de la Universidad Libre de Barranquilla, el Doctor Roberto Baquero de Colegio Médico Colombiano

En relación con la primera pregunta el grupo conceptuó que sí es conveniente adoptar esta política, que sí es conveniente integrar las especialidades madre al proceso de formación de la segunda especialidad es decir que no es posible se pase directamente a una sub-especialidad sin haber pasado por una especialidad madre llámese medicina interna, pediatría, oftalmología etc., si no que siempre se debe exigir esa primera estación, los puntos que se presentaron a controversia fueron:

Es necesario acortar la Especialidad Madre? es decir disminuir el tiempo de duración de pediatría, de ginecoobstetricia, etc.,

El otro punto que se controversió fue acortar las sub-especialidades?

Realmente no hubo acuerdo para la especialización madre, más bien la tendencia del grupo fue más hacia acortar las sub-especialidades, entre las consideraciones que se tuvieron en cuenta la argumentación fueron que la especialidad madre como y mejora las competencias que trae el médico general y que el contexto del país en que hay una baja capacidad resolutive del primer nivel, exige que el especialista tenga un primer paso en el que todas esas competencias se logren pulir, por así decirlo, antes de llegar a una sub-especialidad.

La segunda pregunta era que si se podía adoptar como una política general y el grupo consideró que sí, que debía ser una política general del país y entre las razones que se dieron fue: primero porque esto favorecería la movilidad estudiantil; porque se acortarían los tiempos de formación acortando la especialidad madre o la sub-especialidad; porque van de la mano con los nuevos avances tecnológicos del país. Hubo algunas controversias en relación con cual debe ser el modelo de formación: se tuvo por ejemplo en cuenta que el modelo anglosajón que aún es adoptado por algunas universidades de Latinoamérica como argentina y Chile en que hay algo de liberalidad y que sacan personas con títulos de sub-especialistas en solo dos años de formación, debería analizarse; o si nos decidimos, como hasta ahora es la tendencia en el país, por el modelo Norte-americano que se sigue actualmente en la mayoría de las especializaciones y que apunta más bien hacia que haya esa etapa de generalidad de la formación especializada.

En la pregunta de que si habría excepciones el grupo conceptuó que no debe haber excepciones y las razones porque se necesitan las competencias de la especialidad madre para poder ejercer de mejor manera la sub-especialidad y que eso hacía que fuera una exigencia no para una si no para todas las sub-especialidades.

Doctor Ricardo Escobar, ASCOFAME

Yo simplemente quisiera tener total claridad sobre el planteamiento, es decir la tendencia que se está viendo de integrar una segunda

especialidad para que se convierta en primera, infectología para médicos generales, reumatología para médicos generales, neumología para médicos generales, la pregunta es esa, esa es la política o no es?.

Doctor Jairo Roa, Universidad de Los Andes.

Solo hay una universidad, que yo sepa que tiene programas para formar reumatólogos o infectólogos y neumólogos y es la Universidad Nacional de Colombia en sus programas que tiene en Bogotá. Todas las otras facultades de medicina que tienen programas de segunda especialidad en medicina interna por lo menos necesitan como requisito haber hecho medicina interna; hay tres programas de medicina crítica que, de acuerdo con lo que se planteó en el libro rojo, no quedó claro que hubiera un pre-requisito para hacer medicina crítica. Que yo sepa hay tres o cuatro: son especialidades de cuatro años donde se recibe a las personas como médico general y terminan siendo internistas.

Aquí habría que analizarlo desde el punto de vista de oferta y demanda porque los programas que están formando sub-especialista, o segunda especialidad que vengan de la cirugía para medicina interna están teniendo serios problemas para conseguir candidatos; en cambio los que son para médico general para esa especialidad específica sabiendo que hay un déficit inmenso de especialistas para trabajar en cuidado intensivo están temiendo, porque está la oferta y los médicos generales que quieren especializarse tienen mucho pedido. De hecho el postgrado de la Universidad del Rosario de Cuidado Intensivo tuvo setenta candidatos a la primera promoción que se acaba de abrir, entonces es algo que tocara pensarlo a futuro y el país sí necesita intensivistas.

Por otro lado dependiendo del sitio donde vaya a trabajar si es intensivista y no es internista de pronto no consigue trabajo. Creo que hay que mirarlo y cada persona determinara donde va a trabajar.

Doctor Gonzalo López, FUCS

Yo creo que de este punto hay que hacer una consideración importante: resulta que la subespecialidades son simplemente complementarios de una especialidad madre, que es prerrequisito indudable para esa sub-especialidad, llámese neumología, etc. Qué se podría hacer para disminuir el tiempo de rotación a especialidad para poderla hacer mucho más llamativa? hay especialidades, por ejemplo que requieren dos prerrequisitos, hemodinamia y cardiología intervencionista necesita ser internista y cardiólogo; entonces es simplemente una iniciativa un gran impulso de cada uno de los que quieren hacer la subespecialidad.

Para la mayoría indudablemente se requiere la base, medicina interna o cirugía general para hacer cirugía vascular periférico, para hacer cirugía cardiovascular. Lo que habría que pensar de pronto es disminuirle un poco a la subespecialidad en relación con las que tenga la especialidad madre de base para su desarrollo; pero desafortunadamente son especialidades que requieren prerrequisitos.

Doctor Ricardo Roza, Director ASCOFAME

Aún cuando la idea, vuelvo y repito, no es solucionar todo en el día de hoy, la intención de la pregunta también tenía que ver con la selección adversa que puede generar los mismos cupos y las mismas universidades. Dicho de otra forma, por ejemplo, puede existir una gran necesidad de endocrinólogos en diversas partes; hay unos pocos cupos de Medicina Interna que les permitan el paso para llegar a ser endocrinólogos. Entonces el embudo y el cuello de botella siempre estará dado, no por faltas de vocaciones en endocrinología, si no por ausencia de cupos en medicina interna.

Eso llevo a algunos países a que, sin que la persona se titule como internista, por poner el ejemplo, termine siendo un individuo que pueda con dos o tres años, es decir con un solo título, llegar a hacer endocrinólogo; y tubo, lo contrario de lo que ese está planteando,

dos años de medicina interna para ser endocrinólogo o reumatólogo y evitar eventualmente ese embudo.

Eso tiene que ver con algunos planteamientos que se han hecho desde otras sociedades científicas, miren ustedes incluso el modelo Norte-americano. En el modelo Norte-americano, el American College, considera como una especialidad totalmente diferente la medicina interna, de la de cardiología, de la nefrología; y evita, yo aquí no quiero poner posturas personales, situaciones que eventualmente se hacen perversas por otras razones, por ejemplo la ACMI tiene dentro de su organización un evento que se llama el Congreso Colombiano de Medicina Interna, con una personería jurídica distinta, y hace un congreso con una especialidad madre, donde participan todas la subespecialidades, pero cuando uno ha podido estar en las dos sociedades se da cuenta que hay una gran reacción para evitar el reconocimiento a la sociedad madre.

Dicho de una manera más resumida usted no se titularía con su especialidad madre. Tendría una solida formación en determinado momento pero con una intención clara de ir a su segunda especialidad, como existen modelos en el mundo. Por ejemplo la UNAM de México maneja esos criterios y da el título de cardiólogo y no exige que sea internista, pero exige necesariamente mínimo dos años de formación en medicina interna. De tal manera que, ante la necesidad de respuesta social, no sea el número de cupos de medicina interna el que genere el cuello de botella para formar otro subespecialista, era la intención que teníamos más o menos al plantear la pregunta. Ahora desde el punto de vista personal, por supuesto que si es internista y la formación fue diferente pues va a ser mejor, pero recuerden que estamos también ante una necesidad de respuesta a los problemas sociales del país desde el punto de vista académico,.

Doctor Jairo Roa, Universidad de Los Andes.

Es que de pronto la necesidad del supraespecialista o la segunda especialidad algunas veces tienen que ver con que no se formó

la capacidad resolutive del especialista generalista. No fue lo suficientemente buena para lograr evitar que la mayor parte de los pacientes que tengan hipertensión, por decir algo son pacientes que tiene que ver un médico general, un número x de esos pacientes los deberá ver el internista y un número muy limitado de esos pacientes los deberá ver un cardiólogo o un nefrólogo; entonces el problema es que hemos invertido esto. Y uno mira la capacidad resolutive de un internista nuestro comparado con el formado en los Estados Unidos donde el American College dice la especialidad madre debe tener tres años; queremos dicen, porque ellos tienen déficit de médicos o exceso en algunos otros, que se baje el tiempo de la subespecialidad, que ya no sea de cuatro años para ser neumólogo en la Universidad de Pensilvania si no de tres. Pero la mayor parte de los programas de neumología no académicos son programas de año y medio. Entonces cada facultad de medicina dependiendo ahí sí del perfil profesional y laboral que vaya a tener, cuando hablamos de supraespecialidad, tendrá unos tiempos que pueden ser diferentes. Lo importante es tener unas competencias mínimas. Lo que yo sí creo es que de pronto el país no necesita tanto endocrinólogo, por qué? porque tenemos que mejorar la capacidad resolutive del médico general para manejar la diabetes; y para manejar el hipotiroidismo, por decir algo, es imposible formar endocrinólogos para tratar el hipotiroidismo que tiene 5% prevalencia; la diabetes mellitus 10%, tiene que ser manejado por médicos generales. Eso no quiere decir que el paciente con una diabetes tipo 1 que necesita una bomba infusión de insulina no vaya a ser manejado por el endocrinólogo. Y algo que hablábamos en esta mesa: es completamente diferente lo que se vive en Bogotá en un centro súper especializado a lo que es la realidad hoy de la especialidad básica en segundo nivel de atención en una ciudad capital de departamento donde en realidad la mayor parte de los problemas son manejados en el caso de los adultos por internistas generales.

Doctor Ricardo Rozo, Director ASCOFAME

Y con otras connotaciones: todo el mundo habla de la medicina familiar acabamos de escucharlo, capacidad resolutive del 95% habría que preguntarse dónde y con qué esquemas contractuales? yo recuerdo una conversación con usted Doctor Roa, aquí después de una presentación de Medicina Familiar en el Congreso de Educación Médica y es otro de los puntos que mencionábamos. Dónde comienzan a tocarse las competencias de ese médico general resolutive, con ese internista resolutive, pero con la provisión de un médico familiar atendiendo un parto normal en un hospital universitario.

Doctora Nohora Angulo, Universidad de La Sabana

Por eso yo decía que uno de los problemas de las competencias es si no se evalúan porque va a generar ese tipo de discusión que pueden ser convenientes para unos y no mucho para otros y otro punto, como lo planteaba que es discutir el problema los hospitales universitarios. Donde se van a formar los especialistas no tienen capacidad instalada para tener tres residentes de medicina interna, tres residentes de cardiología porque no tiene la capacidad instalada entonces es otra consideración que hay que tener en cuenta cuando se hace una propuesta de ese tipo.

Doctor Ricardo Rozo, Director ASCOFAME

El país ha estado amenazado, con los médicos cubanos; cuando hay problemas de deficiencia de especialidades siempre alguien del gobierno o de otros estamentos amenazan con eso. Ustedes saben que el modelo cubano es muy diferente, por ejemplo: angioplastias, allá hay angioplastias y comienzan desde el cuarto año de Medicina y hacen angioplastias en las carótidas, en las coronarias, en las estenosis renales y no son ni cardiólogos ni internistas ni radiólogos ni todo lo contrario. Entonces es un problema por el cual yo creo que si es nuestra responsabilidad, así sea muy difícil el tema y tenga muchas connotaciones, de ponerlo en la mesa, porque es que si no, puede llegar realmente a ser demasiado simplista y demasiado peligrosa para las especialidades.

TALLER 4: COMPETENCIAS IGUALES, COMPLEMENTARIAS, Y SUSTITUTIVAS

Objetivo:

Desarrollar los criterios que permitan definir el tipo de competencias que, acorde con los perfiles de formación y con las tendencias internacionales, sean iguales, complementarios o sustitutivas entre especialidades y que determinen el ámbito de desempeño profesional de los especialistas, desde una perspectiva de autonomía con responsabilidad social y académica, que aporte a la excelencia de los especialistas formados en Colombia y a la mejor atención en salud de nuestra población.

Situación para inducir el debate:

El país cuenta con aproximadamente 150 denominaciones de especialidades que corresponden a unos 380 programas ofertados en el área médico quirúrgica, por no hablar de las denominaciones y programas de salud pública y de administración en salud.

Entre especialidades diferentes se presentan problemas en el reconocimiento de “quién es el responsable de tal o cual desempeño, procedimiento, órgano, o patología...”, dado que existen competencias que son IGUALES o SIMILARES, y otras que siendo COMPLEMENTARIAS (que requieren la acción de más de un especialista) no se reconocen. Finalmente hay otras competencias que pueden SUSTITUIR la acción de otro especialista.

Esto finalmente ha tenido repercusiones en el sistema de habilitación, el cual a veces reconoce las competencias de un especialista en detrimento de las de otros especialistas, y muchas veces de la oportunidad de la atención del paciente (se requiere que sea un cirujano de tórax quien coloque un tubo de tórax?)

Con base en la ANTERIOR y el amplio conocimiento del GRUPO sobre la problemática queremos que el grupo defina:

1. ¿Qué criterios podemos adoptar, desde la formación, para dar respuesta a esta problemática, e indicarle al Sistema qué competencias deben ser reconocidas para el desempeño de las diferentes especialistas?
2. Son los perfiles y las competencias de formación suficientes para el desempeño en las diversas áreas?

Doctor José Fernando Gómez, Relator

El grupo está conformado por el Doctor Gonzalo López de la FUCS, el Doctor Efraín Leal de la Universidad Javeriana, el Doctor Héctor Raúl Aguiar de la Universidad del Tolima, el Doctor José María Fuentes de la Universidad de Nariño, y Fernando Gómez Universidad de Caldas.

Iniciamos un proceso de discusión sobre a qué hacía referencia a cada uno de los elementos y de que estábamos hablando.

Partimos de la base de que se hablaba de competencias pero basado en qué?: basado en nivel de atención, en área de trabajo, en área del cuerpo esto por las propuestas diferentes que se plantearon durante toda la tarde.

Lo otro que miramos fue, respecto a perfil laboral, o perfil profesional; qué tipo de perfil?; y sobre tendencias internacionales cuando se planteaban a qué se refería?, si hacía referencia a competitividad internacional. Para finalmente contestar las preguntas sobre qué competencias deberían ser iguales?, qué competencias complementarias?, y que competencias sustitutivas?

Entonces comencemos con esa primera parte que hacía referencia sobre tendencias internacionales; no estamos de acuerdo con lo que planteaba el grupo uno, tal como lo presentaron, respecto a que vaciamos todo lo que traen de afuera sobre tendencias internacionales en un marco de referencia y con parámetros que no están ajustados a las necesidades del país. Asumimos más una presentación iconoclasta de mirar diferentes modelos y no como la

tendencia que caracteriza a Latinoamérica de vaciar cuales son las cosas que debemos hacer como planteaba el grupo uno.

El segundo concepto tenía que ser sobre en qué basábamos esas competencias? y esas competencias para nosotros no tenía referencias sobre área de trabajo, a pesar de que la gestión era muy importante, pero sí para solucionar muchas cosas basadas en el nivel de atención; porque para nosotros el nivel de atención implica qué destrezas se deben adquirir en cada nivel; la importancia de tener en un primer y segundo nivel especialistas y después de una discusión sobre subespecialidades, de pros y contras, creemos que unas competencias de especialistas basado en nivel de atención es muy importante, porque permite uno, evitar aglomeración de subespecialidades; pero donde se encuentra el cuello de botella es sobre los montajes que se tienen para esos especialistas, porque la infraestructura de segundo nivel, y muchas veces de tercer y cuarto, no responden a esas demandas académicas como lo planteaba el grupo dos. Y también que esas competencias deberían estar basadas el nivel de atención porque apunta a los sistemas de atención en salud y finalmente a las políticas nacionales de salud que se tienen.

Sobre las competencias entonces estamos de acuerdo con lo que planteó el grupo tres, creemos que los perfiles laborales y profesionales son importantes, así como las necesidades del mundo rural.

Pero el problema serio de las competencias, más que contestar qué tipo, es la perversión y desvirtuación de esas competencias de todos los actores: el especialista quiere ganar más dinero, las EPS por el impacto mediático de contar con especialistas de tal o cual nivel o con nombres extraños, los pacientes con las demandas a las prácticas clínicas que hace y finalmente el Ministerio y su normatividad que estrella completamente todos los aspectos y todas las buenas intenciones que se quieran tener en cuanto a esas competencias.

En ese sentido para concluir, entonces viene refrendado que existen unas competencias transversales que son comunes a todos los especialistas; todos los que practican cirugía tienen que saber de heridas, ya cuando entran a intervenir vienen las competencias específicas. Pero en esas competencias transversales se parte de la base de qué debe saber cada especialista de los otros; porque es que ese es el componente interdisciplinario, transdisciplinario o interprofesional como lo plantea la Escuela de Montreal.

Eso es una cosa importante, pero también están las competencias complementarias donde, por ejemplo para una fractura de cadera es muy importante, yo como Geriatra qué le voy a hacer antes y el ortopedista qué le va a ser durante la cirugía; y son competencias complementarias.

En ese sentido creemos que el concepto de sustitutos debe apuntar más a una formación en Teoría de Sistemas, porque nos parece que ese es el punto de encuentro para resolver una cantidad de situaciones.

Finalmente la conclusión del grupo es que los perfiles y las competencias son suficientes; que existe capital humano, sin embargo se desaprovecha sus competencias y la formación académica por múltiples factores relacionados específicamente con los sistemas de atención en salud.

Doctor Ricardo Rozo, Director Ejecutivo de ASCOFAME

Muchísimas gracias. Les vamos a enviar una información de los siguientes pasos que vamos dar. Vamos a hacer una relatoría fundamentada en la grabación, todas las discusiones quedaron en la grabación para tratar de ser perfectamente adheridos como siempre a la verdad para evitar malas interpretaciones.

Probablemente al cruzar toda esta información y en un sistema de mesas regionales con algunas facultades y con algunos otros temas tratar de avanzar para que todo este marco filosófico o teórico absolutamente contextualizado quede claro. La pretensión

es que realmente tenemos que llegar a trabajar especialidad por especialidad, pero si nosotros no tenemos un marco de valores va a ser mucho más difícil. Esto lo vamos a ir contextualizando en estrecha relación con Sociedades Científicas, porque el Viceministro Cuervo cuando era representante nos decía es que ustedes son los mismos, el profesor universitario y el representante de Sociedades Científicas es el mismo; eso puede ser cierto pero puede en un momento dado ser incompleto porque a veces y miren ustedes perfiles de profesores universitarios, no necesariamente son los líderes de opinión que consideran o que tienen influencia en las Sociedades Científicas, y eso dependen mucho de los perfiles académicos por eso queremos ser mucho más plurales en ese sentido sin desconocer todo este tipo de realidades.

Rhescobar/02/25/2010

LISTA DE PARTICIPANTES

MARIA NELLY ARBOLEDA	Asociación Colombiana de Hematología Oncológica
JAVIER PÉREZ TORRES	Asociación Colombiana de Sociedades Científicas
ROBERTO BAQUERO	Colegio Médico Colombiano
LUIS CARLOS ORTÍZ	Ministerio de Protección Social - Recursos Humanos
GONZÁLO LÓPEZ ESCOBAR	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS
GABRIEL HUMBERTO MANZI BENITEZ	Fundación Universitaria San Martín – Bogotá
EFRAIM LEAL GARCÍA	Pontificia Universidad Javeriana
JOSÉ MARIA FUENTES OJEDA	Universidad Antonio Nariño
CAROLINA BELLO DE AARÓN	Universidad Antonio Nariño

LUZ MARINA CORSO MORALES	Universidad Autónoma de Bucaramanga
JORGE JULIAN OSORIO GÓMEZ	Universidad CES
JAIME CARRIZOSA MOOG	Universidad de Antioquia
JOSÉ FERNANDO GÓMEZ MONTES	Universidad de Caldas
ELIZABETH LÓPEZ RIVAS	Universidad de Cartagena
MARÍA CECILIA GARCÍA ESPINEIRA	Universidad de Cartagena
JUAN CARLOS MORALES RUIZ	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – UDCA
WILLIAM ONATRA	Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales – UDCA
NOHORA ÁNGULO CALDERON	Universidad de la Sabana
JAIRO HUMBERTO ROA BUITRAGO	Universidad de los Andes
DIEGO VELÁSICO LÓPEZ	Universidad del Cauca
HÉCTOR RAÚL AGUIAR CASTILLA	Universidad del Tolima
SIGIFREDO MUÑOZ	Universidad del valle
LILIANA ARIAS CASTILLO	Universidad del Valle
NICOLÁS IGNACIO RAMOS RODRÍGUEZ	Universidad El Bosque
CLARA INES VARGAS CASTELLANOS	Universidad industrial de Santander
GUSTAVO ELIAS DE LA HOZ HERRERA	Universidad Libre – Barranquilla

LUIS EDILBERTO BLANDÓN PALOMINO	Universidad Libre – Cali
RODRIGO CIFUENTES	Universidad Libre – Cali
SANDRA LUZ PÁJARO VARGAS	Universidad Metropolitana
FERNANDO GUZMAN CHAVEZ	Universidad Militar Nueva Granada
JUAN GUILLERMO JIMENEZ JIMENEZ	Universidad Pontificia Bolivariana
PEDRO REYES GASPAR	Universidad Surcolombiana
SAMUEL TRUJILLO HENAO	Universidad Tecnológica de Pereira
RICARDO ROZO URIBE	ASCOFAME
JULIANA VALLEJO ECHAVARRIA	ASCOFAME
JACQUELINE MOLINA DE URIZA	ASCOFAME
RICARDO ESCOBAR GAVIRIA	ASCOFAME
DIEGO GIRALDO SAMPER	ASCOFAME
GERMÁN URIZA	ASCOFAME
ALBERTO PALACIOS	ASCOFAME

INDICE
