

Significados Sobre la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECOE) en Profesores y Estudiantes de una Facultad de Medicina de Colombia

Meanings Concerning to the Objectively Structured Clinical Evaluation (OSCE) in Professors and Students of a Colombian Faculty of Medicine

Ana María Jaramillo Caro¹,
Alexander Hincapié García²
and
Jaiberth Antonio Cardona
Arias³

- 1 Decana Nacional Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia
- 2 Universidad San Buenaventura, Medellín Colombia
- 3 Universidad de Antioquia, Universidad Cooperativa de Colombia, Colombia

Resumen

Introducción: La ECOE es una de las pruebas con mayor utilidad, validez y reproducibilidad para evaluar competencias en medicina. En Colombia no se han explorado los significados que ésta presenta para profesores y estudiantes de medicina.

Objetivo: Interpretar los significados de la ECOE en profesores y estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia.

Métodos: Estudio cualitativo con análisis hermenéutico son 16 profesores que diseñaron una ECOE y 30 estudiantes de internado que fueron evaluados con esta prueba, los cuales participaron en cinco grupos focales. Se realizó muestreo teórico con saturación de categorías, aplicando las técnicas analíticas de la teoría fundamentada, con categorización abierta, axial y selectiva.

Resultados: Se identificaron cuatro ejes de significación que aluden elementos de logística (diseño de los casos e importancia de la realimentación), sentimientos relacionadas con la calificación o emociones, consideraciones didácticas (criterios de evaluación, material bibliográfico y conocimiento previo de las temáticas) y valoración de la pertinencia de la prueba a la luz de los aportes académicos, la correspondencia con el plan de estudios, el fomento de competencias médicas de los estudiantes y formativas en los profesores. Con base en el ordenamiento conceptual de las categorías descriptivas y analíticas, se destaca la importancia de incorporar la ECOE en todos los niveles de formación médica, afianzando los elementos positivos y mejorando las consideraciones negativas relacionadas con el formato de calificación, los casos simulados y la estandarización de las rúbricas.

Conclusión: Los significados hallados en profesores y estudiantes, ponen de manifiesto la pertinencia pedagógica y didáctica de la ECOE, sus excelentes resultados en el perfil ocupacional y la inserción laboral, la coherencia con escenarios de acción médica reales, entre otras narrativas que vindican la pertinencia de su implementación en todos los niveles de formación médica.

Palabras clave: Educación basada en competencias; Educación médica; Significados; Estudiantes de medicina; Hermenéutica; Teoría fundamentada; Colombia

*Correspondencia:

Ana María Jaramillo Caro

✉ ana.jaramilloc@ucc.edu.co

Abstract

Introduction: The OSCE is one of the tests with greater utility, validity and reproducibility to evaluate competences in medicine. In Colombia the meanings that this presents for professors and medical students have not been explored.

Objective: To interpret the meanings of the OSCE in professors and students of the medical faculty of the Universidad Cooperativa de Colombia.

Methods: Qualitative study with hermeneutical analysis. Five focus groups were conducted with 16 professors who designed an OSCE and 30 students who were evaluated with it. Theoretical sampling with saturation of categories was carried out, applying the analytical techniques of the grounded theory, with open, axial and selective categorization.

Results: Four axes of significance were identified that allude to elements of logistics (case design and importance of feedback), feelings related to the grade or emotions, didactic considerations (evaluation criteria, bibliographic material and prior knowledge of the topics) and assessment of the relevance of the test for its contributions academics, correspondence with the curriculum, the promotion of medical competencies of students and training in teachers. Based on the conceptual ordering of the descriptive and analytical categories, the importance of incorporating the OSCE in all levels of medical training is highlighted, reinforcing the positive elements and improving the negative considerations related to the qualification format, the simulated cases and the standardization of rubrics.

Conclusion: The meanings found in professors and students, highlight the pedagogical and didactic relevance of the OSCE, its excellent results in the occupational profile and the labor insertion, the coherence with real medical action scenarios, among other narratives that vindicate the pertinence of its implementation at all levels of medical training.

Keywords: Competency-based education; Education, Medical; Meanings; Medicine students; Hermeneutics; Grounded theory; Colombia

Fecha de recepción: Mar 21, 2018, **Fecha de aceptación:** May 17, 2018, **Fecha de publicación:** May 23, 2018

Introducción

En la formación médica existen diversos retos educativos, tanto en el plano pedagógico y didáctico, como en el curricular; en este contexto, los aspectos relacionados con la evaluación constituyen un eje de gran interés dado que tradicionalmente ésta se asume como una cuantificación de logros finales y no como la forma de dar cuenta del proceso educativo. No obstante, en la enseñanza de la medicina en el ámbito mundial, la evaluación ha estado virando de esta perspectiva sumativa que gira en torno de calificaciones de desenlaces finales, a un enfoque basado en competencias, centrado en lógicas procesuales que integran las dimensiones social, afectiva, cognoscitiva, sensoriales y motoras del estudiante, durante todo su proceso de formación [1]. Todo ello, en contextos reales, para que las universidades garanticen que sus médicos no constituyen un riesgo para la vida y la salud de las poblaciones.

Para la evaluación por competencias en medicina, se dispone

de múltiples opciones como los estudios de caso, el aprendizaje basado en problemas, los grupos de discusión, la resolución de problemas profesionales, entre otros. En este marco, se ubica la Evaluación Clínica Objetiva y Estructurada (ECO), que consiste en una serie de estaciones secuenciales relacionadas con diferentes áreas de la medicina que, con base en pacientes simulados estandarizados, permiten evaluar competencias genéricas, transversales o específicas, en los diferentes momentos de la praxis médica como la atención, el diagnóstico, el tratamiento, la comunicación con pacientes y familiares, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud [2].

Algunas investigaciones han evidenciado una excelente reproducibilidad de la ECO con otras modalidades evaluativas, su correlación con la calificación de la práctica clínica por parte de los especialistas, así como el impacto positivo de la estructura curricular por competencias con aplicación de la ECO sobre las habilidades cognitivas, clínicas, motoras y rendimiento general de los estudiantes de medicina [3-5]. Otros estudios

han reportado la ansiedad y el nerviosismo como emociones comunes en las personas evaluadas bajo esta modalidad, o percepciones de satisfacción con los resultados generados por la ECOE sobre el perfil profesional, particularmente la diversidad de conocimientos y habilidades clínicas que fomenta [6-9].

Los antecedentes expuestos ponen de manifiesto un predominio de perspectivas cuantitativas en el estudio de la ECOE, las cuales no permiten una aproximación a las narrativas sobre la experiencia de los estudiantes y profesores que han participado de esta prueba, lo cual es un aspecto central para las facultades de medicina interesadas en la evaluación por competencias y en la implementación de la ECOE, en la medida que dichas narrativas dan cuenta de elementos útiles para evaluar la viabilidad, la relevancia y la factibilidad de su implementación.

Por lo anterior, el objetivo de este estudio fue interpretar los significados de la ECOE en profesores y estudiantes de la facultad de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia. Para el logro de este objetivo, se tomó la acepción de significados de Blumer, quien indica que éstos son “un producto social, una creación que emana de y a través de las actividades definitorias de los individuos a medida que éstos interactúan”; una construcción social que el sujeto deduce a través de la interacción, un reflejo de la injerencia que los otros tienen sobre el sujeto y sus formas de orientar la acción. Esta alusión a los significados presenta relación directa con tres postulados del interaccionismo simbólico, es decir, i) el sujeto orienta sus acciones en un acontecimiento dependiendo de lo que éste “significan para él”; ii) los significados son un producto social que se originan en la interacción de los sujetos, y iii) el uso de un significado se da en el marco de interpretaciones del sujeto, en las cuales éstos pueden ser modificados [10].

Métodos

Tipo de estudio: Cualitativo con análisis hermenéutico.

Sujetos de estudio: 16 profesores que diseñaron una ECOE y 30 estudiantes de internado que fueron evaluados con esta prueba, los cuales participaron en cinco grupos focales. El tamaño de la muestra se determinó mediante muestreo teórico con saturación de categorías.

Descripción de la ECOE: Los internos del último año de medicina rotaron por un circuito de ocho estaciones clínicas con casos de medicina interna (atención de un caso de hipertensión arterial no controlada y dislipidemia), ginecología y obstetricia (hemorragia uterina anormal, secundaria a una enfermedad maligna de cérvix), pediatría (niño de 3 años con otitis), urgencias (dictamen de embriaguez), ortopedia (trombo embolismo graso posterior a un trauma de miembro inferior), cirugía general (paciente quemado), atención integral (valoración integral de una mujer embarazada) y psiquiatría (paciente de 67 años con Delirium mixto). Cada estación tuvo una duración de 15 minutos, con tres minutos para retroalimentación del caso clínico por parte de dos evaluadores.

Recolección de la información: Para el acercamiento a la población se realizaron entrevistas en profundidad a tres

profesores y cinco estudiantes, en las cuales se indagó por lo que significaba para ellos la ECOE, si la consideraban o no pertinente para los estudiantes de pregrado, así como algunas potencialidades y limitaciones de su aplicación. Posterior a ello se realizaron los grupos focales, con un guion de entrevista con preguntas generales sobre su experiencia en la realización de la ECOE, como el sentido que encontraban en la evaluación por competencias, las percepciones sobre evaluación formativa y sumativa, si consideraban o no importante la visibilización de la esfera emocional al momento de evaluar, así como el significado que había atendido para ellos participar en el diseño o la evaluación por la prueba ECOE. Todos los testimonios o narrativas fueron transcritos en su totalidad. Los participantes realizaron un consentimiento informado verbal y escrito.

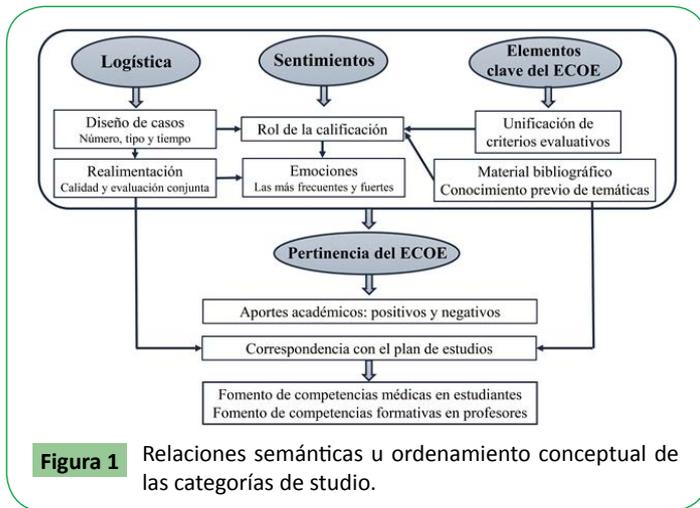
Análisis de la información: Se realizó categorización abierta para identificar categorías descriptivas, categorización axial para agruparlas en las analíticas (con subcategorías) y categorización selectiva para esbozar la matriz de significación [11]. Se aplicaron los criterios de rigor metodológico de credibilidad, la auditabilidad o confirmabilidad y la transferibilidad o aplicabilidad [12].

Aspectos éticos: Se aplicaron las directrices internacionales de la Declaración de Helsinki, la normativa nacional Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia 1993 y el proyecto cuenta con aval del Comité de Bioética de la Universidad Cooperativa de Colombia y de la Universidad San Buenaventura.

Resultados y Discusión

Se identificaron cuatro categorías analíticas, la primera referida a aspectos logísticos de la ECOE en la cual se agruparon dos categorías descriptivas, una referida al diseño de las estaciones y otra sobre la realimentación recibida in situ. La segunda corresponde al relato de las emociones o sentimientos asociados a presentación del examen. La tercera da cuenta de elementos clave del diseño e implementación de la evaluación, con categorías descriptivas que aluden la importancia de unificar criterios evaluativos, estructurar el material de estudio y dar a conocer algunos detalles de las estaciones y temáticas que se evaluarán. La última categoría analítica da cuenta de la pertinencia de la ECOE, ésta subsume categorías sobre los aportes académicos de esta modalidad evaluativa (en la cual se destacan aspectos positivos y negativos de la prueba), su correspondencia con el plan de estudios y el fomento de competencias médicas en los estudiantes y de competencias formativas (educativas) en los profesores (**Figura 1**).

A partir de las categorías descritas se establecieron varias relaciones semánticas convalidadas por los participantes del estudio. Los aspectos logísticos de la ECOE, las emociones que genera y otros elementos clave de la construcción de la prueba, determinan su pertinencia, al tiempo que todas las categorías y subcategorías derivan en el éxito o fracaso para fomentar competencias clínicas en los estudiantes y educativas en los profesores. En esta red semántica, el diseño de los casos, la unificación de los criterios de evaluación, la especificación del material de estudio y el conocimiento de las estaciones o áreas clínicas previo a la evaluación, inciden en la calificación y ésta



determina en gran medida el tipo de emociones que emanan de la prueba (Figura 1). En los párrafos siguientes se presentan las propiedades y dimensiones de las categorías del estudio.

Valoración de la logística del ECOE

Con relación al diseño de los casos, todos los participantes indicaron significados favorables en la medida que éstos reflejan las áreas clínicas de mayor importancia en el ejercicio del médico general; además, los casos seleccionados en cada una de las especialidades presenta una alta confluencia con las vivencias de médicos e internos en su práctica hospitalaria.

De la misma manera, las habilidades y conocimientos evaluados en cada estación se consideraron adecuados, a la luz de las competencias genéricas, transversales y específicas de la facultad de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia, las cuales se insertan de manera eficaz en las tendencias nacionales e internacionales de educación médica. No obstante estos significados favorables al diseño, los estudiantes recomendaron mejorar su secuencialidad con fines didácticos, dado que para ellos no era fácil “cambiar de chip” cuando pasaban de un caso a otro.

Con excepción de un profesor, todos los participantes (estudiantes y profesores) consideraron que el tiempo de aproximadamente 13 minutos por caso resultaba muy bajo e inoportuno, dado que la asignación de tiempos iguales en todas las estaciones no corresponde a la realidad de los futuros médicos, quienes atienden problemas de diferente complejidad y magnitud, y por conexidad, divergencia en el tiempo requerido para una valoración correcta del paciente simulado.

Es importante tener en cuenta que el tiempo para que el estudiante interactúe con el paciente, puede acercarse a lo que realmente el sistema de salud colombiano estipula para una atención médica, por lo que se vuelve realmente importante que el estudiante desarrolle competencias, desde su Ser, para un abordaje integral y con calidad del paciente en un corto tiempo, como seguramente será su realidad. Vale recordar que en Colombia, el artículo 97 de la Resolución 5261 de 1994 indica que la “el médico general es la base y el motor de todo el

engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la EPS será más estrecho, frecuente y regular a través de su médico general. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de veinte (20) minutos”.

Ejemplo de lo anterior se halla en las estaciones que evaluaban las competencias en la atención ginecológica y pediatría en las cuales era necesario, además del contacto con el paciente, la evaluación de varias ayudas diagnósticas; algo similar a las particularidades de la estación de Atención Primaria en Salud en la cual los estudiantes indicaron la necesidad de mayor tiempo. Es real que algunos contextos clínicos requieren de un tiempo mayor, sin embargo, es importante resaltar que el médico en su futuro profesional, se enfrentará a situaciones complejas que deberá resolver en corto tiempo, y por tanto el estudiante debe exponerse desde el ejercicio de la evaluación a estas situaciones.

En este orden de ideas, algunos autores han realizado recomendaciones sobre los tiempos que deben invertirse en la ECOE, aunque en investigaciones previas se reporta una eleva heterogeneidad, con estudios que han realizados ECOE con una duración de una hora o menos y en otras ha sido tan superior a las dos horas [13-15]. Esto implica la necesidad de adecuar la duración de la prueba a cada facultad interesada en implementarla, a la luz de sus objetivos de formación y perfil profesional.

Los participantes confluyen en la idea que el tipo de casos seleccionados fue adecuado en la medida que representan situaciones clínicas frecuentes en la práctica clínica; mientras que en el número de casos hubo divergencias dado que algunos consideran que es necesario incluir un mayor número de áreas o especialidades médicas en la ECOE, aunque desarrollando la prueba en dos o más días si es necesario. En este orden de ideas, estudios previos han registrado entre cinco y 21 estaciones, acorde a sus necesidades de evaluación [16-17]. Indagar por el número de estaciones que debe tener la prueba, se vuelve un aspecto relevante, pues permite determinar realmente si la prueba da cuenta de las competencias del ser, hacer y saber del estudiante, o si realmente están dando cuenta del cansancio del estudiante, de sus emociones, fatiga u otras externalidades.

En conjunción con la valoración que se hizo del tiempo destinado a cada estación, los estudiantes y profesores coinciden en que este resulta bajo, para hacer una realimentación adecuada e inmediata sobre el desempeño en cada caso, lo que fue percibido como una limitación en el diseño de la prueba. La realimentación es uno de los ejes fundamentales, en los ejercicios de evaluación formativa, pues es el momento en el cual el estudiante identifica sus fortalezas y debilidades, y a partir de estas inicia su proceso de autoevaluación y mejora continua. A pesar de ello, la realimentación recibida al finalizar cada estación fue destacada como uno de los elementos más relevantes de esta prueba, declarando que su calidad (por dicha limitación de tiempo) no fue la mejor, a lo que se sumaba el estrés de pensar en la estación siguiente y el hecho que en la mayoría de casos no se hace valoración conjunta con el estudiante para conocer su opinión o argumentos para las formas en que abordó cada paciente.

En este sentido un profesor plantea lo siguiente: “Yo pienso que, si bien en teoría las pruebas deberían ser más cortas, de más o menos unos 5 minutos, con evaluación de estaciones muy puntuales, los 13-15 minutos son necesarios, en los términos de que permitan hacer la retroalimentación a los estudiantes y la devolución de sus fortalezas y debilidades frente a la presentación de la prueba, porque eso permite uno de los beneficios o las bondades de la prueba y es que no sea solamente evaluativos sino que sea realmente un espacio para que el estudiante pueda aprender. Entonces esos minutos de más que se le dan al estudiante en cada estación para que el docente le diga al estudiante, no la nota, sino qué logra y qué no logró de lo que se pretendía, me parece muy valioso, por eso me parece que el tiempo es adecuado, igualmente el número de estaciones”.

En este marco es relevante explicitar que en la formación por competencias, se debe propender por procesos de autoevaluación, coevaluación y heteroevaluación, con componentes teóricos y prácticos que median el aprendizaje; esto es, concebir la evaluación como un aspecto estructurante de los procesos de aprendizaje y no como la valoración productos finales del mismo [18-20].

Sentimientos y emociones relacionados con la prueba

Indagar por los sentimientos y las emociones en este tipo de evaluaciones es determinante para develar competencias del dominio del Ser. En este sentido, las competencias remiten a procesos holísticos que permiten actuar frente a diferentes situaciones, lo cual demanda integrar “el saber ser (automotivación, iniciativa, valores y trabajo colaborativo con otros) con el saber conocer (conceptualizar, interpretar y argumentar) y el saber hacer (aplicar procedimientos y estrategias)”, en conjunción con la respuesta a los desafíos del contexto social, cultural y personal, así como la idoneidad y compromiso ético [21].

En esta categoría se identificaron el estrés y el nerviosismo como dos emociones en tensión, en la medida que se asumen como una experiencia negativa que puede afectar el desempeño del estudiante en la evaluación, pero al mismo tiempo visibilizar este tipo de sentimientos es una buena experiencia dado que son consustanciales a la praxis médica, constituyendo la ECOE en una oportunidad para develar y controlar este tipo de vivencia. Este sentimiento de estrés y nerviosismo se evidenció en las entrevistas con mayor frecuencia en las mujeres, pudiendo inferir que el género es un factor predisponente a la generación de sentimientos negativos y mayores dificultades para su control.

Uno de los factores que influye en la generación de sentimiento negativos al momento de realizar la prueba es que, en la Universidad Cooperativa de Colombia este examen presenta un porcentaje muy alto de calificación del semestre, e incluso su resultado termina siendo un factor clave para el grado, en la medida que los estudiantes que no la aprueba no puede terminar su plan de estudios.

Además, se presentan múltiples emociones ligadas a las

actitudes de los evaluadores y falta de entrenamiento en los actores, quienes en algunos casos no seguían su rol e interferían con la concentración del estudiante, aunque se debe precisar que esta situación fue descrita únicamente por dos estudiantes. En este sentido, es necesario realizar un acompañamiento a los profesores en el desarrollo de la prueba, toda vez que se identifica que la forma en que éste aborda el estudiante, es un factor determinante para el éxito o fracaso de la prueba. Es importante conocer la formación didáctica y pedagógica de los profesores que participan en la prueba, pues de esta forma se podrían dar herramientas que mejoren su rol de evaluador.

En este sentido vale precisar que, a pesar de que la evaluación en medicina está focalizada en los conocimientos de cada especialidad, no debe perderse de vista la necesidad de reflexionar sobre las competencias adicionales que debe reunir el especialista que funge como evaluador. En este sentido, algunos autores han destacado algunas competencias profesionales que debe reunir un evaluador educativo, las cuales incluyen destrezas interpersonales y de comunicación, conocimientos sobre investigación, análisis de información, ética, conocimiento del contexto social y del objeto evaluado [22].

Elementos clave en la ECOE

En el diseño de los casos, los estudiantes criticaron la falta de claridad sobre las competencias clínicas que se evaluarían en cada estación, en la medida que el tiempo destinado a cada caso impedía demostrar competencias relacionadas con todas las acciones médicas, esto es, presentación personal, anamnesis, diligenciamiento de historia clínica, interpretación de ayudas diagnósticas, comunicación en salud, entre otras. En este orden de ideas, se evidenciaron limitaciones en la presentación de los casos, en algunos no era necesario detenerse en el examen físico dado que esto hacía parte de dicha presentación y se pretendían competencias de otro momento clínico como la orientación del tratamiento, pero la instrucción al inicio de la prueba no era clara. Además, la ponderación de los componentes de las rúbricas usadas para la evaluación no era uniforme, en la medida que algunos especialistas daban más peso a algunos ítems, sin brindar toda la información requerida al estudiante.

También se presentó como limitación la heterogeneidad en el diseño de las estaciones y su secuencialidad, esto derivó en cambios abruptos de los comportamientos de los estudiantes al pasar de un caso a otro; que si bien, se reconoce como algo propio de la praxis clínica, en términos didácticos puede impactar negativamente la calificación de algunas competencias que el estudiante maneja, pero no manifiesta en los 13 minutos de cada nuevo caso.

En este orden de ideas se dispone de múltiples publicaciones relacionadas con el diseño y la implementación de la ECOE en diferentes contextos y áreas médicas [23-25], así como publicaciones relacionadas con algunas propiedades psicométricas de validez y reproducibilidad [26-28], las cuales evidencian una elevada heterogeneidad, así como la necesidad de realizar este tipo de diseño, adaptación o validación en cada facultad de medicina interesada en su aplicación.

A lo expuesto previamente se suma el hecho que los estudiantes no tienen claridad sobre las competencias que se evalúan en 13 minutos en cada caso, no disponen de una buena instrucción previa sobre los temas centrales que debe preparar para el examen y en otros casos algunos médicos y especialistas suministraron información que no resultó coherente con las competencias evaluadas en la estación. Esto constituye una limitación importante de la ECOE aplicada en la Universidad, la cual podría subsanarse por dos días, la primera consiste en mejorar la preparación para el examen con instructivos claros para el estudiante y el profesor; la segunda corresponde a un ejercicio más sistemático de la Universidad con el cual se incorporen modalidades evaluativas conexas con la ECOE desde los primeros ciclos de formación.

Es importante en los procesos de evaluación por competencias, que los estudiantes conozcan previamente a que se van enfrentar, si bien son estudiantes próximos a graduarse y deben tener un conocimiento global de las principales patologías clínicas de su contexto, los estudiantes deben conocer los instrumentos o rubricas con las cuales serán evaluadas, la bibliografía que se utilizara para el abordaje de cada caso clínico y tener unificados los criterios que se tendrán en cuenta por parte de los diferentes evaluadores. Esto resalta la importancia de conocer las rúbricas previo a la evaluación, en la medida que éstas son herramientas que permiten una valoración objetiva de las competencias del estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje; permiten estandarizar los criterios de evaluación del rendimiento del estudiante en la prueba, al personal docente le facilita la orientación y realimentación de su grupo, y al conocer el instrumento de evaluación los estudiantes pueden utilizarlo para hacer autoevaluación y prepararse para la prueba [29].

Pertinencia de la ECOE

En esta categoría se describieron como aspectos positivos de la prueba aquellos relacionados con elementos logísticos, evaluación, autoevaluación y mejoramiento de las competencias médicas. En los aspectos relacionados con la logística, se destacaron los actores, los espacios en que se diseñaron las estaciones, la distribución de los estudiantes y la organización en general. En adición, como forma de evaluación y autoevaluación, se considera que la ECOE es excelente en la medida que es una de las formas de evaluación que más se aproxima a realidad clínica, sin poner en riesgo la salud o la vida de los pacientes reales. En términos de autoevaluación permite reconocer falencias, los temas que requieren mayor estudio, necesidad de auto-regulación en el abordaje de una paciente; al tiempo que se identifican fortalezas. Además, desde la perspectiva del evaluador, permite unificar, validar criterios para la calificación y mejorar la articulación teoría - práctica.

En la identificación de un perfil de competencias médicas del egresado, la prueba permite evaluar conocimientos, habilidades comunicativas y competencias del dominio del ser; un estudiante indica: "nos evalúan competencia como saludar, presentarse, preguntarle el nombre al paciente, pedir consentimiento informado; calidez en el trato, empatía con el paciente, relación

médico-paciente. Esto es muy importante pero no debería calificarse porque genera mucha ansiedad y estrés pensar en olvidar alguno de estos detalles. Además, se crea un ambiente que permite evaluar la necesidad de controlar la ansiedad y el estrés en situaciones reales y mejora seguridad en la práctica clínica".

Lo descrito afianza la necesidad de mejorar la relación médico paciente y las habilidades comunicativas del médico, en la medida que este grupo de competencias determinan los resultados en la salud física, mental y social de pacientes, sus familiares y el médico per se, al mejorar la satisfacción con la atención, la adherencia terapéutica, entre otras ventajas [30].

Además hace aportes importantes al perfil general del egresado, al eliminar el miedo, el estudiante egresa con mayor confianza al evaluar casos reales, aporta experiencia, da seguridad, auto-confrontación, mejora forma de estudiar, la recapitulación del abordaje de los casos mejora los procesos de aprendizaje; el estudiante mejora el manejo del estrés, los directivos redireccionan procesos curriculares y los docentes sus procesos de enseñanza.

Esto confluye con múltiples publicaciones previas que han destacado como principales ventajas de la ECOE frente a otras modalidades de evaluación su versatilidad, objetividad, validez, reproducibilidad, la posibilidad de aplicación en una elevada cantidad de habilidades clínicas y áreas médicas; la posibilidad de evaluar competencias genéricas, transversales y específicas con diferente nivel de complejidad y en diferentes momentos clave de la atención médica como diagnóstico, atención, tratamiento, pronóstico y prevención. Cabe aclarar que la optimización de estas ventajas depende de la concordancia entre el diseño de la prueba y el plan de estudios, el conocimiento previo de los estudiantes sobre las rúbricas evaluativas, la validación de los profesores que viven en escenarios clínicos reales o similares a los evaluados, entre otros [31-33].

Entre los aspectos negativos o por mejorar, algunos estudiantes y profesores identificaron los siguientes componentes: diversificar el tiempo en las estaciones según la complejidad del caso, mejores actores, explicación de la estación (presentación del caso y lo que se espera de la acción del médico, objetivo de la estación: examen físico, solicitud de paraclínicos, diagnóstico, tratamiento, relación médico-paciente), que no sea requisito de grado, establecer los temas desde el inicio de semestre para facilitar la preparación y el estudio, que el paciente conozca su rol y detalles de su enfermedad, aumentar el tiempo de realimentación, es una prueba muy costosa y con requerimientos de espacios, simuladores y otras complejidades. También se indicó, desde la perspectiva del evaluador, que en algunos casos es difícil hacer una reunión de expertos para diseñar un caso, por lo que la estación termina reflejando sólo la perspectiva del coordinador del área clínica a evaluar; además, no es fácil validar las rúbricas en aspectos como las competencias a evaluar y su peso relativo, así como la homogenización de los roles de los actores, ni la simulación de las condiciones reales de una clínica, consultorio o un servicio de urgencias.

En relación con la correspondencia de los casos evaluados con el plan de estudios, se manifestó como una gran limitación de la prueba el hecho de evaluar casos que no se han desarrollado en los cursos o prácticas durante su formación, en otros no se presentaba correspondencia entre situaciones clínicas reales en las que el estudiante ya ha tenido alguna experiencia, con la forma en que se presentaban o entregaban los casos.

En adición a las competencias clínicas que fomenta la prueba en el estudiante, también es relevante precisar cómo la ECOE promueve una reflexión en los profesores alrededor de sus competencias como formadores o educadores. Desde la perspectiva del profesor se informaron múltiples beneficios del ECOE que, en coherencia con el contenido de esta categoría se podría resumir en los siguientes puntos: i) el profesor puede evaluar integralmente logros del estudiante y reflexionar sobre las competencias que deben tener un egresado y sus habilidades médicas, ii) la ECOE permite una evaluación formativa y sumativa, al medir el logro en diversas competencias; dando no sólo un número entre 1 y 5 sino que se realimentan los puntos del acto médico que deben mejorar en áreas determinantes de la clínica, iii) permite descubrir nuevas formas de verificar lo enseñado y lo aprendido en conocimientos teóricos y prácticos, y con base en ello, ajustar la práctica docente, y iv) el profesor se obliga a estar actualizado, estandarizado en la patología que se va a tratar, estar muy atento en toda la consulta (clínica, trato a los pacientes, desempeño en toda la consulta).

Conclusiones

En la aproximación hermenéutica se pudo profundizar en algunos elementos que escapan a las posibilidades captación

de la realidad de una encuesta, desarrollando cuatro categorías analíticas, relacionadas con la valoración de aspectos logísticos, emocionales, pedagógicos y didácticos. En estos se reiteran y afianzan algunas posiciones favorables frente al examen, al tiempo que detallan vivencias en las cuales los estudiantes y docentes asocian la prueba con su cotidianidad clínica. Estos elementos son de gran relevancia para mejorar los procesos educativos en medicina, hegemónicamente permeados por perspectivas reduccionistas que, en nombre de la objetividad, muchas veces anulan la singularidad del individuo en formación.

En este análisis se optó por la aproximación a los significados de los estudiantes y los profesores que han participado de la ECOE, los cuales no se reducen a la manifestación de los elementos psicológicos que intervienen en la percepción de un fenómeno, como si el significado pudiese explicarse aislando las sensaciones que intervienen en la percepción del mismo u obstando los procesos de formación de la percepción, la cognición, la represión, la transferencia de sentimientos y la asociación de ideas. Se optó por una visión interaccionista de los significados, es decir, aquella perspectiva en la cual la acción se orienta por los significados, la fuente de ese significado es un producto social y en la interacción se utiliza, interpreta y modifican las estructuras de significación [10].

Finalmente, los significados descritos desde la perspectiva de profesores y estudiantes, ponen de manifiesto la pertinencia pedagógica y didáctica de la ECOE, sus excelentes resultados en el perfil ocupacional y la inserción laboral, la coherencia con escenarios de acción médica reales, entre otras narrativas que vindican la pertinencia de su implementación en todos los niveles de formación en medicina general.

Referencias

- 1 Ortega R (2008) Competencias para una educación cosmopolita. *Andalucía Educativa* 66: 27-30.
- 2 Martínez J (2005) Los métodos de evaluación de la competencia profesional: La evaluación clínica objetivo estructurada (EEOE). *Educ Méd* 8: S18-S22.
- 3 Díaz J, Moreno P, Calmet J, Yan E, Díaz M, et al. (2016) Validez concurrente del examen clínico objetivo estructurado con el portafolio electrónico, examen teórico y promedio ponderado en estudiantes de cirugía de la Universidad Privada Antenor Orrego. *FEM: Revis de la Fund Educ Méd* 19: 237-245.
- 4 Sandoval G, Valenzuela P, Monge M, Toso P, Triviño X, et al. (2010) Análise de um sistema de avaliação de aprendizagem para internato em pediatria baseado em exame clínico objetivo estruturado, observação de prática clínica e exame escrito. *J Pediatr* 86: 131-136.
- 5 Piccinato C, de Castro J, de Almeida L, Peres L, Lucato A, et al. (2004) Análise do desempenho dos formandos em relação a objetivos educacionais da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, em duas estruturas curriculares distintas. *Revista da Associação Médica Brasileira* 50: 68-73.
- 6 de Almeida L (2004) Clinical skills assessment: Limitations to the introduction of an "OSCE" (Objective Structured Clinical Examination) in a traditional Brazilian medical school. *Sao Paulo Med J* 122: 12-17.
- 7 Elfaki O, Al-Humayed S (2016) Medical Students' Perception of OSCE at the Department of Internal Medicine, College of Medicine, King Khalid University, Abha, KSA. *J Coll Physicians Surg Pak* 26: 158-159.
- 8 Sánchez F, Ramos J, González J, Juste M, Rosique A (2017) Encuesta de percepción de la evaluación clínica objetiva y estructurada (EEOE) por los estudiantes de sexto grado en medicina de la Universidad Miguel Hernández. *FEM. Revista de la Fundación Edu Méd* 20: 137-140.
- 9 Idris S, Hamza A, Elhaj M, Elsiddig K, Hafiz M, et al. (2014) Students' perception of surgical objective structured clinical examination (OSCE) at final year MBBS, University of Khartoum, Sudan. *Medicine J* 1: 17-20.
- 10 Blumer H (2002) *El interaccionismo simbólico: Perspectiva y método*. Barcelona: HORA S.A. 1982.
- 11 Strauss A, Corbin J (2002) *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Universidad de Antioquia.
- 12 Castillo E, Vásquez M (2003) El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Méd* 34: 164-167.
- 13 de Almeida L (2006) Significance of experts' overall ratings for medical student competence in relation to history-taking. *Sao Paulo Med J* 124: 101-104.
- 14 Megale L, Dias E, César J (2012) Competências clínicas essenciais em

- pediatria: Estão os estudantes aptos a executá-las?. *Revista Brasileira De Educação Méd* 36: 478-488.
- 15 Gamboa T, Martínez N, Peña Y, Pacheco A, García R, et al. (2011) Examen clínico objetivo estructurado como instrumento para evaluar la competencia clínica en pediatría. Estudio piloto. *Bol Med Hosp Infant Mex* 68: 184-192.
 - 16 López J, Trejo J, Sánchez J, Muñoz G, González A, et al. (2015) Evaluación integral de competencias en la formación de médicos en México. Estudio interinstitucional. *FEM* 18: 55-61.
 - 17 Triviño X, Vásquez A, Mena A, López A, Aldunta M, et al. (2002) Aplicación del examen clínico objetivo estructurado (OSCE) en la evaluación final del internado de pediatría en dos escuelas de medicina. *Rev Méd Chile* 130: 817-824.
 - 18 García J (2011) Modelo educativo basado en competencias: Importancia y necesidad. *Revista Electrónica. Actualidades Investigativas en Educación* 11: 1-24.
 - 19 Rial A (2007) Diseño curricular por competencias: el reto de la evaluación. *Jornades d'avaluació dels aprenentatges a partir de competències*. Girona: La Universitat 30: 817-824.
 - 20 Brown S (2003) *Evaluar en la universidad. Problemas y nuevos enfoques*. Madrid: Narcea.
 - 21 Medina E. Formación integral y competencias Pensamiento complejo, currículo, didáctica y evaluación. *Revista Interamericana de Educación de Adultos* 32: 90-95.
 - 22 Moreno T (2015) Las competencias del evaluador educativo. *Revista de la Educación Superior*. 44: 101-126.
 - 23 Soedjak S (2004) The modification of OSCE to replace the oral examination in the department of otorhinolaryngology, Airlangga University School of Medicine. *J univers Airlangga* 40: 108-111.
 - 24 Bakhsh T, Al Kashgara R, Sibiany A, Al Mashat F, Meccawy A, et al. (2005) Running OSCE for a large group of students: Experience of the surgical department King Abdulaziz University, faculty of medicine. *JKAU Med Sci* 12: 43-52
 - 25 Haddad M (2009) Use of OSCE in undergraduate assessment of psychiatry at the college of medicine and medical sciences–Arabian Gulf University, Bahrain *JBMS* 21: 221-222.
 - 26 Daniels V, Bordage G, Gierl M, Yudkowsky R (2014) Effect of clinically discriminating, evidence-based checklist items on the reliability of scores from an Internal Medicine residency OSCE. *Adv Health Sci Educ Theory Pract* 19: 497-506.
 - 27 Al-Osail A, Al-Sheikh M, Al-Osail E, Al-Ghamdi M, Al-Hawas A, et al. (2015) Is Cronbach's alpha sufficient for assessing the reliability of the OSCE for an internal medicine course?. *BMC Res Notes* 8:582.
 - 28 Farajzadeh Z, Saadatjoo S, Tabiee S, Hosseini M (2011) Reliability and validity of OSCE in evaluating clinical skills of emergency medicine students of Birjand University of Medical Sciences. *J Birjand Univ Med Sci* 18: 312-319.
 - 29 Hernández P (2012) ¿Por qué es importante establecer una rúbrica de evaluación? El caso del curso clínica de exodoncia y cirugía. *Educación* 36: 1-18.
 - 30 de Dios J, Jiménez M (2009) La comunicación en salud desde las perspectivas ética, asistencial, docente y gerencial. *Medisan* 13.
 - 31 Morrison J (2003) ABC of learning and teaching in medicine: Evaluation. *BMJ* 326: 385-387.
 - 32 Swanson D, van der Vleuten C (2013) Assessment of clinical skills with standardized patients: State of the art. *Teach Learn Med* 25: S17-S25.
 - 33 Patricio M, Juliao M, Fareleira F, Carneiro A (2013) The OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education. *Med Teach* 35: 503-514.