



Evaluaciones clínico-objetivo estructuradas en cuidados paliativos: una revisión de alcance

Objective structured clinical examinations in palliative care: a scoping review

Sherilin Caballero-Gutiérrez^{1*}, Maricielo Swayne-Huamán², Esther Daniela Zamalloa-Ccarita³, Javier A. Flores-Cohaila⁴

Afiliaciones institucionales: Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

¹ <https://orcid.org/0000-0003-4077-2294>

² <https://orcid.org/0000-0001-8793-6271>

³ <https://orcid.org/0000-0002-2472-5095>

⁴ MD, MEd, MHPE. <https://orcid.org/0000-0002-9169-2094>

DOI:

Autor correspondiente*:

Maricielo Swayne Huamán

Correo electrónico: 100036318@cientifica.edu.pe

Contribuciones de autoría:

El autor es responsable de todas las contribuciones.

Conflicto de Intereses:

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiamiento:

Este estudio fue autofinanciado

Como citar:

Sherilin Caballero-Gutiérrez, Maricielo Swayne-Huamán, Esther Daniela Zamalloa-Ccarita, Javier A. Flores-Cohaila. Evaluaciones clínico-objetivo estructuradas en cuidados paliativos: una revisión de alcance. Rev Méd Panacea. 2026;15(2):112–120.

DOI:

Recibido: 01 - 05 - 2026

Aceptado: 06 - 05 - 2026

RESUMEN

Introducción: Los cuidados paliativos (CP) son un componente esencial de la atención médica; sin embargo, su enseñanza sigue siendo limitada y heterogénea en los programas de formación en salud. Los exámenes clínico-objetivo estructurados (ECO) se han propuesto como una herramienta para evaluar competencias en CP, aunque su implementación y efectividad no han sido ampliamente estudiadas.

Métodos: Se realizó una revisión de alcance siguiendo las directrices del Joanna Briggs Institute y la extensión PRISMA-ScR. Se efectuó una búsqueda sistemática en bases de datos como PubMed y Scopus, incluyendo estudios que evaluaran la implementación, el diseño o la efectividad de los ECO en el contexto de la educación médica en cuidados paliativos.

Resultados: De 84 estudios identificados, 10 cumplieron los criterios de inclusión. La mayoría se realizaron en Estados Unidos y se enfocaron en el nivel de pregrado. La competencia más frecuentemente evaluada mediante ECO fue la comunicación, particularmente en escenarios de toma de decisiones al final de la vida. La confiabilidad fue el criterio de calidad más reportado, mientras que la validez fue evaluada de manera limitada. Solo tres estudios reportaron financiamiento.

Discusión: La evidencia disponible sobre el uso de ECO en la educación médica en cuidados paliativos es limitada y se encuentra geográficamente concentrada. La ausencia de reportes estructurados de validez y el uso heterogéneo de marcos teóricos limitan la generalización de los hallazgos. Se recomienda fortalecer la implementación de los ECO mediante modelos teóricos sólidos que permitan mejorar su aplicabilidad y comparabilidad en distintos contextos educativos.

Palabras clave: Evaluación; Cuidados paliativos; Educación médica; Revisión

ABSTRACT

Introduction: Palliative care (PC) is an essential component of health care; however, its teaching remains limited and heterogeneous across medical training programs. Objective structured clinical examinations (OSCEs) have been proposed as a tool for assessing competencies in PC, yet their implementation and effectiveness have not been widely studied.

Methods: A scoping review was conducted following the Joanna Briggs Institute methodology and the PRISMA-ScR reporting guidelines. A systematic search was performed in databases including PubMed and Scopus, selecting studies that evaluated the design, implementation, or effectiveness of OSCEs in the context of palliative care medical education.

Results: Of 84 identified studies, 10 met the inclusion criteria. Most studies were conducted in the United States and focused on undergraduate medical education. Communication was the most frequently assessed competency, particularly in end-of-life decision-making scenarios. Reliability was the most commonly reported quality criterion, whereas validity was assessed in a limited number of studies. Only three studies reported external funding.

Discussion: The available evidence on the use of OSCEs in palliative care education is limited and geographically concentrated. The lack of structured validity evidence and the heterogeneous use of theoretical frameworks restrict the generalizability of findings. Strengthening OSCE implementation through robust theoretical models is recommended to improve their applicability and comparability across educational settings.

Keywords: Assessment; Palliative care; Medical education; Review

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos (CP) constituyen un componente fundamental de la atención médica y se definen como una atención holística dirigida a personas de todos los grupos etarios, especialmente aquellas con enfermedades graves y potencialmente mortales¹⁻³. Su objetivo principal es aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Debido a su relevancia, diversas organizaciones internacionales han reconocido a los cuidados paliativos como una prioridad en salud pública⁴⁻⁷. Se estima que para el año 2040 la necesidad de cuidados paliativos aumentará aproximadamente en un 25 %⁸, lo que resalta la creciente demanda de profesionales de la salud adecuadamente capacitados en esta área.

No obstante, a pesar de su importancia, la educación en cuidados paliativos continúa siendo limitada y heterogénea a nivel global⁹. Además, su enseñanza no es obligatoria en todos los países¹⁰, lo que se ha asociado con bajos niveles de conocimiento y competencias en cuidados paliativos a lo largo de las distintas etapas de la formación médica¹¹. Asimismo, los programas educativos existentes no siempre se encuentran alineados con el paradigma actual de la educación médica basada en competencias ni con marcos internacionales de formación en cuidados paliativos¹². En este contexto, surge la necesidad de implementar métodos de evaluación que permitan valorar de manera adecuada el desempeño clínico en esta disciplina.

Para abordar esta brecha educativa, se requieren herramientas de evaluación efectivas que permitan medir de forma objetiva las competencias en cuidados paliativos. Entre los métodos disponibles se encuentran los exámenes clínico-objetivo estructurados (ECOEs)¹³, los cuales permiten evaluar una amplia gama de competencias clínicas, incluyendo habilidades comunicacionales, toma de decisiones y procedimientos específicos¹⁴. La limitada formación especializada en cuidados paliativos refuerza la importancia de instrumentos como el ECOE para evaluar y garantizar la adquisición de competencias tanto en el pregrado como en el posgrado¹⁵. En este sentido, el ECOE se ha propuesto como una herramienta prometedora para la evaluación futura en cuidados paliativos.

Sin embargo, a pesar de su potencial, la implementación de los ECOEs en cuidados paliativos enfrenta importantes desafíos metodológicos. La literatura sugiere limitaciones en la evidencia de validez de estos instrumentos, así como una concentración geográfica de su aplicación, principalmente en Estados Unidos^{16,17}. Esta situación podría explicarse por la desigual disponibilidad de recursos educativos en cuidados paliativos y por diferencias en las estrategias de evaluación clínica entre países¹⁸, lo que potencialmente limita su impacto y aplicabilidad a nivel global¹⁷.

Ante el creciente interés por optimizar la formación en cuidados paliativos, el presente estudio tuvo como objetivo explorar y examinar la evidencia existente sobre la aplicación de los ECOEs en el ámbito de los cuidados paliativos dentro de la educación médica, proporcionando una visión integral de su implementación, limitaciones e impacto en la enseñanza de estas competencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de alcance siguiendo las directrices del Joanna Briggs Institute (JBI) para identificar la evidencia disponible sobre el uso de exámenes clínico-objetivo estructurados (ECOE) en cuidados paliativos dentro de la educación médica¹⁹. El manuscrito se elaboró de acuerdo con la lista de verificación de la extensión PRISMA para revisiones de alcance (PRISMA-ScR)²⁰. Conforme a lo establecido en la Resolución Directoral N.º 012-DGIDI-Científica-2021, emitida el 16 de agosto de 2021, esta revisión no requirió aprobación por un comité de ética, dado que no involucró el análisis de datos provenientes de seres humanos ni de animales.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed (MEDLINE), EMBASE (Elsevier), Scopus y Web of Science. La estrategia de búsqueda incluyó términos relacionados con ECOE y cuidados paliativos, junto con sus sinónimos y operadores booleanos. Dicha estrategia fue diseñada y evaluada siguiendo las recomendaciones del Peer Review of Electronic Search Strategies (PRESS) 2015²¹. Adicionalmente, se realizó una búsqueda manual revisando las listas de referencias de los estudios incluidos.

Selección de estudios

Los registros identificados fueron descargados e importados en un gestor de referencias, donde se eliminaron los duplicados. Posteriormente, los estudios fueron cargados en la plataforma Rayyan AI²² para el proceso de tamizaje por título, resumen y texto completo. Tanto el proceso de selección inicial como la evaluación de textos completos fueron realizados de manera independiente por al menos dos investigadores. Las discrepancias se resolvieron mediante discusión y consenso.

Se incluyeron estudios que cumplieran con los siguientes criterios:

1. Estar enfocados en el ámbito de los cuidados paliativos, entendidos como una atención médica especializada orientada a mejorar la calidad de vida y mitigar el sufrimiento de pacientes adultos y pediátricos, así como de sus familias, frente a enfermedades potencialmente mortales¹;
2. Describir el diseño, la implementación o la evaluación de un examen clínico estructurado y objetivo, definido como una prueba cronometrada que permite valorar de manera estandarizada, objetiva y confiable las competencias clínicas mediante una secuencia de estaciones; y
3. Incluir profesionales de la salud en su población de estudio, abarcando disciplinas como medicina, enfermería y farmacia, en cualquier etapa formativa (pregrado, posgrado o educación continua).

Se excluyeron estudios cuyo texto completo no estuviera disponible, así como aquellos correspondientes a síntesis de evidencia (revisiones sistemáticas, metaanálisis o análisis bibliométricos), dado que el objetivo de esta revisión fue analizar investigaciones primarias. Esta decisión metodológica es coherente con las recomendaciones del JBI para revisiones de alcance, que sugieren centrarse en estudios primarios con el fin de ofrecer una visión integral del panorama existente¹⁹.

Extracción de datos

La extracción de datos fue realizada de forma independiente por al menos dos autores. Se recopilaron las siguientes variables: autor principal, año de publicación, país de origen, objetivo y diseño del estudio, características de la población participante, constructo evaluado, entorno de aplicación, competencias analizadas, instrumento utilizado para el ECOE, evidencias de validez (incluyendo contenido, estructura interna, criterio y relación con otras variables), enfoque teórico empleado para la evaluación (por ejemplo, teoría clásica de los tests o teoría de respuesta al ítem) y fuentes de financiamiento.

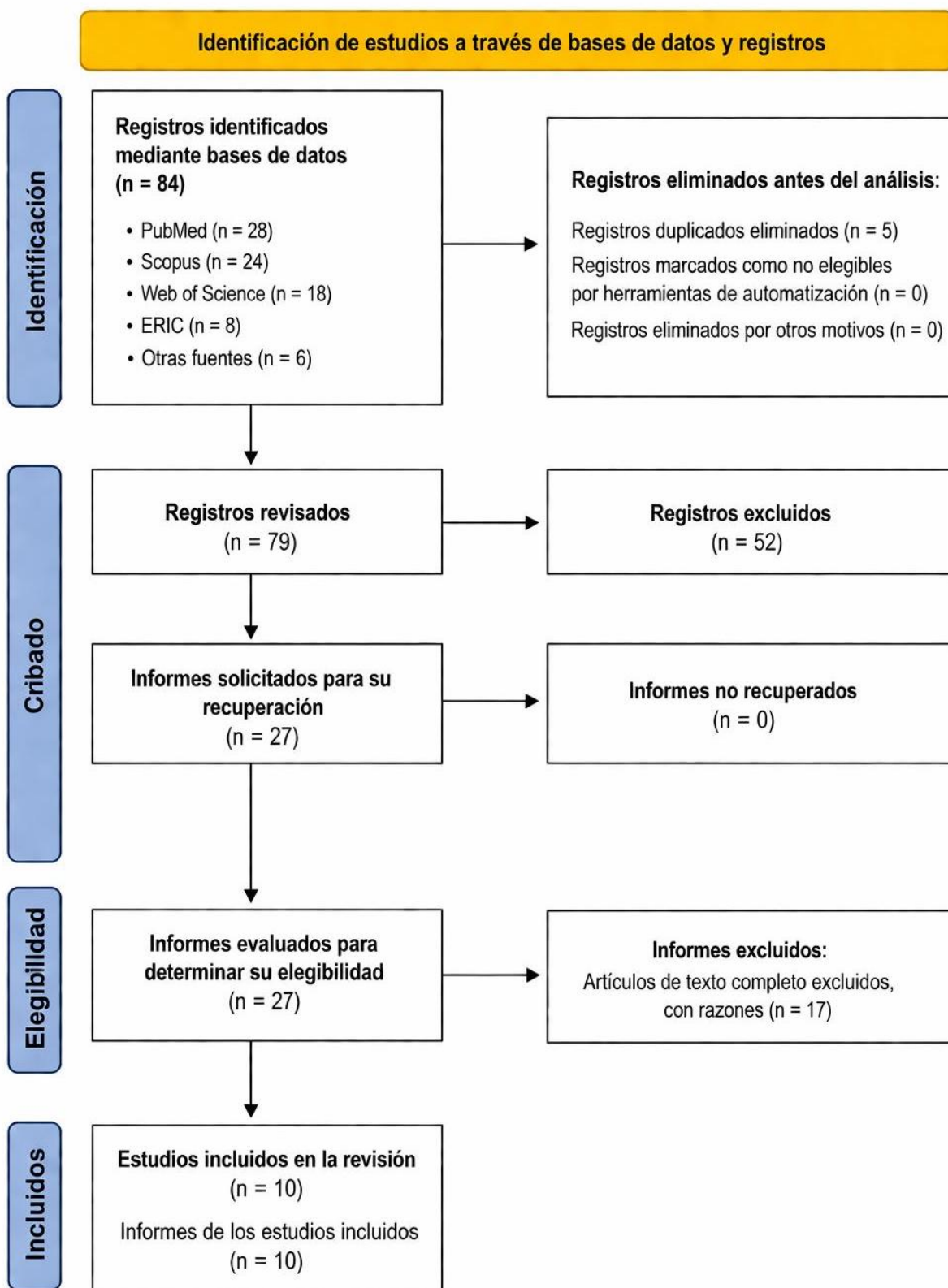
Síntesis de la información

La información extraída fue revisada y analizada por el equipo de investigación y se presentó mediante una síntesis narrativa complementada con tablas descriptivas.

RESULTADOS

Se identificaron inicialmente 84 estudios, de los cuales cinco fueron eliminados por duplicación. Tras el tamizaje de títulos y resúmenes, 27 estudios fueron evaluados en texto completo. Finalmente, 10 estudios cumplieron con los criterios de inclusión y fueron incluidos en el análisis final (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2020 para la selección de estudios.



Nota. Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71

Anexo 1. Cuadro comparativo. Los ECOEs y otras estrategias de evaluación en educación médica

Método de evaluación	Descripción	Ventajas	Limitaciones	¿Superior o complementario?	Fuente
ECOE (Examen Clínico Objetivo Estructurado)	Evaluación estructurada de habilidades clínicas en estaciones simuladas con pacientes estandarizados.	<ul style="list-style-type: none"> - Evalúa competencias clínicas y de comunicación. - Estandarizado y objetivo. - Posibilidad de retroalimentación inmediata. 	<ul style="list-style-type: none"> - Costoso y requiere recursos significativos. - No evaluar conocimientos teóricos profundos. 	Complementario, ideal para evaluar habilidades prácticas en combinación con otros métodos ²³ .	hernandez et al. (2012)
Examen escrito (opción múltiple/ensayo)	Evaluación teórica a través de preguntas estructuradas o abiertas.	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil de administrar y calificar. - Evalúa conocimientos teóricos con alta confiabilidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - No mide habilidades clínicas ni de comunicación. - Puede fomentar el aprendizaje memorístico. 	Complementario, útil para evaluar conocimientos, pero no habilidades clínicas ²⁴ .	Núñez-Cortés (2023)
Examen oral	Preguntas cara a cara con un evaluador, evaluando razonamiento clínico y comunicación.	<ul style="list-style-type: none"> - Permite evaluar pensamiento crítico y razonamiento en tiempo real. 	<ul style="list-style-type: none"> - Subjetividad del evaluador. - Difícil de estandarizar. 	Complementario, útil para evaluar razonamiento clínico, pero con riesgo de sesgo ²⁵ .	Nolla-Domenjé (2009)
Evaluación en rotaciones clínicas (observación directa de supervisores)	Evaluación del desempeño en entornos reales por docentes o médicos supervisores.	<ul style="list-style-type: none"> - Contexto auténtico con aprendizaje en situaciones reales. - Retroalimentación directa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de estandarización y posible subjetividad. - Influencia de factores externos en la evaluación. 	Complementario, esencial para la evaluación en escenarios reales, pero necesita refuerzo con métodos más objetivos ²⁶ .	Ticse (2017)
Portafolio	Recopilación de experiencias, reflexiones y desempeño del estudiante en diversas	<ul style="list-style-type: none"> - Fomenta el aprendizaje reflexivo y la autoevaluación. - Puede incluir múltiples 	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil de estandarizar y evaluar de manera objetiva. - Requiere mucho tiempo 	Complementario, útil para evaluar el desarrollo a largo plazo, pero no suficiente por sí solo ²⁷ .	Martínez et al. (2018)

	actividades clínicas.	dimensiones de aprendizaje.	para su revisión.		
Simulación con maniqués de alta fidelidad	Uso de modelos avanzados para situaciones clínicas críticas y emergencias similares.	- Permite la práctica sin riesgos para pacientes reales. - Se pueden simular escenarios de alta complejidad.	- Requiere infraestructura y tecnología costosa. - No evalúe completamente la interacción médico-paciente real.	Complementario, ideal para entrenar habilidades técnicas, pero debe combinarse con otros métodos ²⁸ .	Olivares et al. (2016)

La Tabla 1 resume las principales características de los estudios incluidos^{23,28}. La mayoría de los estudios se realizaron en Estados Unidos (n = 9; 90 %), con un único estudio conducido en Canadá. Seis estudios se desarrollaron en el contexto de pregrado, mientras que cuatro correspondieron a programas de posgrado; de estos últimos, dos incluyeron residentes de cirugía general. El constructo evaluado con mayor frecuencia mediante los ECOE fue la competencia comunicacional, particularmente en escenarios relacionados con directivas anticipadas y la comunicación de malas noticias.

En relación con las evidencias de calidad psicométrica, la mayoría de los estudios reportó medidas de confiabilidad, principalmente mediante el coeficiente alfa de Cronbach y la confiabilidad interobservador. Solo dos estudios informaron evidencias de validez de contenido, siendo la validación por expertos el método más utilizado. Asimismo, únicamente dos estudios evaluaron validez convergente o en relación con otras variables, empleando como comparador la autopercepción de los estudiantes. En cuanto al financiamiento, solo tres de los diez estudios incluidos reportaron contar con apoyo financiero.

DISCUSIÓN

Resumen de los hallazgos principales

En esta revisión de alcance se evaluó la literatura disponible sobre el uso de los ECOE en la educación médica en cuidados paliativos. Los principales hallazgos fueron:

1. La producción científica se concentra predominantemente en Estados Unidos y se enfoca principalmente en el nivel de pregrado, hallazgo consistente con lo reportado por Hagiwara et al. (2016), quienes identificaron que la mayoría de los ECOE en cuidados paliativos se implementan en estudiantes de medicina en dicho país. De manera similar, Parikh et al. (2015) señalaron que el uso de ECOE se concentra principalmente en estudiantes de tercer año. Esta tendencia podría explicarse por la estructura de la educación médica en Estados Unidos, donde los ECOE son ampliamente utilizados para la evaluación de competencias clínicas²⁹.
2. La competencia más frecuentemente evaluada mediante ECOE fue la comunicación, particularmente en contextos relacionados con directivas anticipadas y la comunicación de malas noticias. Este hallazgo es consistente con estudios previos que destacan la necesidad de entrenamiento estructurado en comunicación dentro de los cuidados paliativos y respaldan el uso de ECOE como una herramienta válida para evaluar estas habilidades^{17,30}. Además, Hagiwara et al. (2016) demostraron que los ECOE centrados en reuniones familiares al final de la vida contribuyen a mejorar la empatía y la toma de decisiones clínicas.
3. Los estudios incluidos no reportaron evidencias de validez de manera estructurada y sistemática. Las estrategias más comúnmente utilizadas fueron la confiabilidad interobservador y la validación por expertos. Si bien los ECOE han demostrado ser útiles para la evaluación de competencias clínicas, no deben considerarse superiores de manera absoluta frente a otros métodos de evaluación (Anexo 1), sino más bien como un complemento esencial dentro de un sistema integral de evaluación de competencias médicas³¹.

La ausencia de reportes claros y estructurados sobre validez y confiabilidad ha sido señalada previamente en la literatura. Aunque los ECOE han sido ampliamente validados en educación médica general, en el ámbito específico de los cuidados paliativos persiste

una falta de estándares para la evaluación de competencias¹⁷. La carencia de procesos formales de validación puede dar lugar a que los resultados de los ECOE no reflejen con precisión las competencias reales de los estudiantes, lo que podría derivar en decisiones inadecuadas sobre su nivel de preparación. Asimismo, esta limitación afecta la comparabilidad entre estudios y dificulta el desarrollo de estándares globales en la formación en cuidados paliativos¹⁶. personales, vida sexual y apoyo de amistades, aspectos que no necesariamente se corresponden de manera directa. Asimismo, las limitaciones físicas y el desgaste asociado al tratamiento podrían afectar negativamente la vida social del paciente, independientemente del nivel de apoyo percibido.

Limitaciones

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, la escasa representación de estudios provenientes de regiones distintas a Estados Unidos limita la generalización de los hallazgos. En segundo lugar, la limitada evidencia de validez reportada en los estudios incluidos restringe la posibilidad de utilizar los ECOE identificados con confianza en otros contextos educativos y culturales.

Implicancias

Este estudio presenta diversas implicancias. A nivel proximal, el marcado énfasis en la evaluación de competencias comunicativas sugiere, por un lado, que estas deberían ocupar un lugar prioritario en los marcos de competencias en cuidados paliativos y, por otro, la necesidad de ampliar la evaluación hacia otras competencias relevantes, como el trabajo interprofesional³².

Desde una perspectiva más amplia, los hallazgos pueden aportar información valiosa para directores de programas y responsables de la formación en salud, al proporcionar evidencia sobre el uso de los ECOE como herramientas de evaluación del desempeño estudiantil¹³. Asimismo, se destaca la importancia de fortalecer el diseño de los ECOE mediante el uso de modelos teóricos sólidos, como el marco de validez de Kane³³, con el fin de mejorar la generalización, comparabilidad y confiabilidad de los resultados¹⁷.

En comparación con revisiones previas sobre ECOE, este estudio se centra específicamente en el contexto de los cuidados paliativos, un ámbito en el que estos instrumentos han sido menos explorados y donde su implementación enfrenta desafíos metodológicos relevantes, particularmente en relación con su validación y expansión internacional¹⁶.

Finalmente, se enfatiza la necesidad de ampliar la implementación de los ECOE a nivel internacional y adaptarlos a distintos sistemas de salud y contextos educativos, promoviendo una formación más homogénea y globalmente aplicable, acorde con las crecientes demandas de capacitación en cuidados paliativos¹⁷.

CONCLUSIONES

El estudio evidenció que el apoyo social se asocia de manera significativa únicamente con la dimensión ambiental de la calidad de vida en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, lo que sugiere su influencia sobre el entorno físico, el acceso a servicios y los recursos materiales necesarios para afrontar el tratamiento.

No se identificaron asociaciones significativas entre el apoyo social y las dimensiones física, psicológica y de relaciones sociales, lo que indica que estos componentes del bienestar podrían estar determinados por factores adicionales no evaluados en el presente estudio.

Asimismo, la dimensión de relaciones sociales presentó los puntajes más bajos, evidenciando una menor satisfacción en este ámbito, posiblemente relacionada con las limitaciones propias del tratamiento, la reducción de la interacción social y la carga física asociada a la enfermedad.

En conjunto, estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar intervenciones integrales orientadas al fortalecimiento del apoyo social, con énfasis en la promoción de redes de apoyo y la mejora de la integración social, a fin de contribuir al bienestar biopsicosocial de los pacientes en hemodiálisis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Radbruch L, De Lima L, Knaut F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, et al. Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020;60(4):754–764. doi:10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027
2. Wantonoro W, Suryaningsih EK, Anita DC, Nguyen TV. Palliative care: a concept analysis review. *SAGE Open Nurs.* 2022;8:237796082211045. doi:10.1177/23779608221104586
3. Tatum PE, Mills SS. Hospice and palliative care: an overview. *Med Clin North Am.* 2020;104(3):359–373. doi:10.1016/j.mcna.2019.12.003
4. Peeler A, Afolabi O, Harding R. Palliative care is an overlooked global health priority. *BMJ.* 2024;387:q2387. doi:10.1136/bmj.q2387
5. Hasson F, Nicholson E, Muldrew D, Bamidele O, Payne S, McIlpatrick S. International palliative care research priorities: a systematic review. *BMC Palliat Care.* 2020;19(1):16. doi:10.1186/s12904-020-0520-8
6. Sleeman KE, Timms A, Gillam J, Anderson JE, Harding R, Sampson EL, et al. Priorities and opportunities for palliative and end of life care in UK health policies: a national documentary analysis. *BMC Palliat Care.* 2021;20(1):108. doi:10.1186/s12904-021-00799-9
7. Philip J, Russell B, Collins A, Brand C, Le B, Hudson P, et al. The ethics of prioritizing access to palliative care: a qualitative study. *Am J Hosp Palliat Med.* 2019;36(7):577–582. doi:10.1177/1049909118819284
8. Etkind SN, Bone AE, Gomes B, Lovell N, Evans CJ, Higginson IJ, et al. How many people will need palliative care in 2040? *BMC Med.* 2017;15(1):102. doi:10.1186/s12916-017-0860-2
9. McMahan D, Wee B. Medical undergraduate palliative care education (UPCE). *BMJ Support Palliat Care.* 2021;11(1):4–6. doi:10.1136/bmjspcare-2020-002353
10. Pieters J, Dolmans DHJM, Verstegen DML, Warmenhoven FC, Courtens AM, Van den Beuken-van Everdingen MHJ. Palliative care education in undergraduate medical curricula. *BMC Palliat Care.* 2019;18(1):72. doi:10.1186/s12904-019-0451-2
11. Talwalkar JS, Fortin AH, Morrison LJ, Kliger A, Rosenthal DI, Murtha T, et al. An advanced communication skills workshop using standardized patients. *MedEdPORTAL.* 2021;17:11163. doi:10.15766/mep_2374-8265.11163
12. McCallum M, Carver J, Dupere D, Ganong S, Henderson JD, McKim A, et al. Developing a palliative care competency framework. *J Palliat Med.* 2018;21(7):947–955. doi:10.1089/jpm.2017.0466
13. Boursicot K, Kemp S, Wilkinson T, Findyartini A, Canning C, Cilliers F, et al. Performance assessment: Ottawa Conference consensus. *Med Teach.* 2021;43(1):58–67. doi:10.1080/0142159X.2020.1838462
14. Khan KZ, Ramachandran S, Gaunt K, Pushkar P. The OSCE: AMEE Guide No. 81. *Med Teach.* 2013;35(9):e1437–e1446. doi:10.3109/0142159X.2013.818634
15. Pastrana T, De Lima L, Sánchez-Cárdenas M, Van Steijn D, Garralda E, Pons JJ, et al. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica 2020. Houston: IAHP; 2020. Sin DOI (libro/atlas institucional).
16. Sloan PA, Plymale MA, Johnson M, Vanderveer B, Lafountain P, Sloan DA, et al. Cancer pain management skills among medical students. *J Pain Symptom Manage.* 2001;21(4):298–306. doi:10.1016/S0885-3924(01)00256-4
17. Quest TE, Ander DS, Ratcliff JJ. Validity and reliability of the affective competency score. *J Palliat Med.* 2006;9(1):111–118. doi:10.1089/jpm.2006.9.111
18. Hagiwara Y, Ross J, Lee S, Sanchez-Reilly S. Tough conversations curriculum. *Am J Hosp Palliat Med.* 2017;34(10):907–911. doi:10.1177/1049909116661815
19. Joanna Briggs Institute. JBI Manual for Evidence Synthesis: Scoping Reviews. Adelaide: JBI; 2020. Disponible en: <https://jbi-global-wiki.refined.site>
20. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA-ScR. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467–473. doi:10.7326/M18-0850
21. McGowan J, Sampson M, Salzwedel DM, Cogo E, Foerster V, Lefebvre C. PRESS 2015 guideline. *J Clin Epidemiol.* 2016;75:40–46. doi:10.1016/j.jclinepi.2016.01.021
22. Uzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. doi:10.1186/s13643-016-0384-4
23. Núñez-Cortés JM. Objective and structured clinical assessment (ECO). *Educ Med.* 2023;24(2):100–105. doi:10.1016/j.edumed.2022.11.004
24. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica. *Educ Med.* 2009;12(4):223–229. Sin DOI (revista antigua).
25. Ticse R. ECOE en competencias de comunicación. *Rev Med Hered.* 2017;28(3):192–198. doi:10.20453/rmh.v28i3.3195
26. Martínez González A, Trejo Mejía JA. ¿Cómo realizar un ECOE? *Inv Educ Med.* 2018;7(28):98–107. doi:10.22201/facmed.20075057e.2018.28.17201
27. Olivares SL, Martínez González A. Estrategias de implementación del ECOE. *Inv Educ Med.* 2016;5(18):129–135. doi:10.1016/j.riem.2016.01.006
28. Parikh PP, Brown R, White M, Markert RJ, Eustace R, Tchorz K. Simulation-based end-of-life care training. *J Surg Res.* 2015;196(2):258–263. doi:10.1016/j.jss.2015.03.010
29. Ellman MS, Putnam A, Green M, Pfeiffer C, Bia M. OSCE station in palliative care. *J Palliat Med.* 2016;19(7):706–711. doi:10.1089/jpm.2015.0526
30. Yudkowsky R, Park YS, Downing SM. Assessment in Health Professions Education. 2nd ed. New York: Routledge; 2019. Sin DOI (libro).
31. Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. Interprofessional collaboration. *J Interprof Care.* 2020;34(3):324–331. doi:10.1080/13561820.2019.1702518

32. Cook DA, Brydges R, Ginsburg S, Hatala R. Kane's validity framework. *Med Educ.* 2015;49(6):560–575.doi:10.1111/medu.12627
33. Flores Hernández F, Contreras Michel N, Martínez González A. Evaluación del aprendizaje en la educación médica. México: UNAM; sin DOI.



Agradecimientos

Expresamos nuestro reconocimiento a quienes, desde su experiencia y vocación, nos inspiraron a comprender el valor del acompañamiento y la dignidad en el final de la vida, recordándonos que en el cuidado también reside la esperanza.