



Perfil internacional en la formación del médico colombiano.

Cabrales Vega Rodolfo A. – MD; Mg; PhD¹.

Resumen

La internacionalización de la educación superior es considerada hoy, una de las principales metas de las universidades en el mundo. Es creciente el número de estudiantes de Medicina que aspira a vivir experiencias internacionales durante su proceso de formación. En el caso de Latinoamérica, la definición de un perfil internacional para el médico, pasa por la consideración, adopción o modificación de estándares internacionales, modelos pedagógicos, grupos de competencias y estrategias de evaluación consensuados, que aseguran la calidad, facilitan la movilidad y permiten la acreditación internacional. Esta ponencia, revisa las más importantes tendencias en internacionalización de la educación médica y explora cómo ha sido su incorporación en el escenario de la enseñanza de la medicina en Latinoamérica y en Colombia.

PALABRAS CLAVE: Internacionalización, Acreditación Internacional, Formación médica.

CATEGORIA: 1

Introducción

El interés por la internacionalización de la educación superior ha sido, desde finales del siglo XX, una preocupación de los organismos supranacionales, nacionales, instituciones universitarias e instituciones de diverso orden. Para organizaciones como la UNESCO, el CRES, la OCDE y el Banco Mundial, la internacionalización es un indicador de alta calidad de las Instituciones de Educación Superior (IES). La Conferencia *“La Educación Superior en el siglo XXI Visión y Acción”* dictada en París en 1998, formuló las políticas que “con visión ética, imparcialidad política y capacidad crítica”, marcarían el desarrollo de las universidades del siglo por venir.

En Colombia, la internacionalización de la Educación Superior ha adquirido un papel relevante en los últimos años, merced a la apertura económica y

¹ Profesor Titular Programa de Medicina Universidad Tecnológica de Pereira. Decano Facultad de Ciencias de la Salud. Correo electrónico: rocabral@utp.edu.co



diplomática del país. El Sistema Nacional de Educación Superior (SNES) y el Sistema Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación (SINCTI) definieron los lineamientos y la hoja de ruta de una internacionalización pertinente para las redes de IES, que “aseguren la calidad, agilicen el proceso de convalidación, permitan la acreditación internacional de sus programas, posibiliten acuerdos de Reconocimiento Mutuo (ARM) y la visibilidad en rankings”, entre otros objetivos. El Consejo Nacional de Acreditación (CNA, incluyó desde el año 2013, el factor de visibilidad nacional e internacional como uno de los criterios para la acreditación de las universidades (Ministerio de Educación Nacional, 2015). Dos años más tarde, el Ministerio de Educación Nacional definió cinco áreas estratégicas de la internacionalización en las IES: Gestión de la Internacionalización, Movilidad Académica, Internacionalización de la Investigación, Cooperación Internacional e Internacionalización del currículo (Ministerio de Educación Nacional, 2017).

Sin embargo, el concepto de “perfil internacional del médico”, está aún en construcción. La Justus Liebig University Giessen lo definió, en el año 2011, como el conjunto comprensivo de enseñanzas, perspectivas y actividades internacionales, en los años clínicos del currículo. La internacionalización asume que los estudiantes y docentes de medicina están expuestos a valores, actitudes y creencias culturales y sociales, que difieren de sus propias tradiciones y percepciones de profesionalismo (Knipper, Baumann, Hofstetter, Korte y Krawinkel, 2015, p. 6).

Bajo la visión europea, la internacionalización médica, la movilidad y la adquisición de competencias culturales son inseparables del concepto de “salud global”. Se entiende como la relación que existe entre contenidos y actividades curriculares y las inequidades sociales, los determinantes sociales de la salud, las dimensiones culturales de la medicina y los problemas asociados a las migraciones masivas, entre otros (Adams, Wagner, Nutt, y Binagwaho, 2016, p. 4).

Esta ponencia, resalta el papel de la internacionalización en el campo de la formación médica y enfatiza la necesidad de diseñar currículos dotados de competencias específicas, que permitan la interacción exitosa de los futuros profesionales en un entorno internacional y globalizado.

Desarrollo

La formación médica no ha estado ajena al discurso de la globalización y sus promesas de un “mundo plano”, “una economía sin fronteras” y una “movilidad de ideas y de ciudadanos”. Este discurso resuena de manera especial en el

campo de la enseñanza de la medicina, pues asume que los médicos, independiente del lugar y tipo de formación, comparten unos elementos comunes, susceptibles de agruparse y uniformarse en estándares globales, en un currículo, un modelo pedagógico común y un sistema de evaluación estándar. Generalmente, las propuestas educativas oscilan entre un enfoque en el que predomina lo técnico-científico, y otro que apuesta por una prevalencia del componente humanístico. La mayoría de ellas opta por un punto medio, esto es, una mezcla de competencias en el saber y en el ser que le permiten al médico reconocer (se) en un contexto internacional, garantizar su movilidad, su trabajo en diferentes entornos culturales y geográficos y su crecimiento profesional. Sin embargo, pese a haber surgido hace décadas, son relativamente escasos los estudios comparativos transculturales que evalúan los efectos culturales, políticos y sociológicos de modelos originados en Europa y Norteamérica.

En 1973, la sesión del *American Board of Internal Medicine*, definió cuatro dimensiones de la competencia clínica necesarias en toda escuela de formación médica. Teniendo como aspecto central la resolución de problemas, se propusieron: a. las habilidades, las destrezas para resolver problemas, los problemas encontrados por el médico y los aspectos sociales y psicológicos del paciente. Algunas facultades americanas, ya habían expresado su inconformismo ante la exclusión de criterios de evaluación de actitudes tales como el entusiasmo y el interés en la medicina, la atención hacia los deberes y la actitud hacia los pacientes, sus familias y el equipo de salud. Se destacaba también la imposibilidad del modelo existente para captar rasgos de la personalidad del educando que pudieran interferir en la relación médico-paciente, la capacidad para trabajar en forma independiente o en equipo y los esfuerzos para fomentar su autoconocimiento (Tashima, 1973, p.148). En el año 2002, la misma institución, adicionó al grupo integrador de la competencia clínica, tres nuevos elementos: las destrezas comunicativas, el profesionalismo y la práctica basada en sistemas (American Board of Internal Medicine, 2002).

Las iniciativas se extendieron. En Canadá, el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (1996), formuló siete competencias, acordes con las demandas sociales y las exigencias de la globalización (CanMEDS). El futuro médico debía estar en capacidad de tomar decisiones clínicas, ser comunicador, colaborador, gerente, consejero, académico y profesional. Desde su lanzamiento y difusión internacional, CanMeds ha sido actualizado en el año 2005 y en el 2015 tuvo su tercera modificación, en respuesta a las demandas de la enseñanza y la formación médica del momento. Las competencias iniciales se redujeron y se integraron en "roles" que comprenden el razonamiento clínico y la toma de



Revista Tecné, Episteme y Didaxis. Año 2018. Número **Extraordinario.** ISSN impreso: 0121-3814, ISSN web: 2323-0126 **Memorias,** Octavo Congreso Internacional de formación de Profesores de Ciencias para la Construcción de Sociedades Sustentables. Octubre 10, 11 Y 12 de 2018, Bogotá

decisiones. El médico es un experto que, bajo este nuevo paradigma, debe ser comunicador, colaborador, consejero, académico y profesional (Frank y Snell, 2015).

En 1998, la Federación Mundial para la Educación Médica (WFME), definió los *Estándares Globales para el Mejoramiento de la Calidad de la Educación Médica*. Los resultados preliminares se presentaron en el año 2000 y la trilogía completa fue publicada en el 2004. La Guía incluye 106 estándares básicos, 90 estándares de desarrollo de la calidad y 127 anotaciones (World Federation for Medical Education, 2015). Desde su aparición, los *Estándares* han sido implementados y usados por muchas escuelas de medicina en el mundo (World Federation for Medical Education, 1998). Su meta fue asegurar el cumplimiento de unos estándares mínimos de calidad, que garanticen una práctica segura, en un contexto global (Tackett, Grant y Mmari, 2016).

En el año 2003, el Instituto Internacional de Educación Médica (IIME), publicó el *“Global Minimum Essential Requirements”* (Stern, Wojtczac y Schwarz, 2016). Dicho proyecto definió un estándar de competencias para los médicos, independiente de su lugar de formación. Estableció siete categorías esenciales: a) Valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética; b) Salud pública y sistemas de salud; c) Fundamentos científicos de la medicina; d) habilidades clínicas; e) Análisis crítico de la investigación; f) Manejo de la información y g) habilidades de comunicación.

Un año después, la Organización Mundial de la Salud y la Federación Mundial para la Educación Médica (WHO/WFME), establecieron líneas de trabajo en el desarrollo de capacidades, reformas y evaluación de la educación médica, en los niveles regionales y nacionales. Como resultado, las *Guías para la Acreditación de Programas de Medicina*, definieron las competencias imprescindibles en un entorno global y su accesibilidad, transferencia y seguimiento. La Guía y los estándares han sido objeto de reciente revisión y actualización (Karle, 2006).

En Europa, por su parte, el Grupo de Curriculum de Escocia, publicó la primera edición del *Scottish doctor* (Simpson, et al., 2002), que incluyó los resultados de aprendizaje de las competencias técnicas, académicas y profesionales. Tres años más tarde, el Consejo Médico General del Reino Unido, publicó el libro *Tomorrow's doctors*, con siete dimensiones: buena atención clínica, buena práctica médica, relaciones con los pacientes, trabajo con colegas, enseñanza y entrenamiento, integridad y salud. Aunque conceptualmente diferentes, *Scottish doctor* y *Tomorrow's doctors*, fijaron estándares de evaluación, que se



convirtieron en referentes internacional de aseguramiento de la calidad del egresado.

Por último, y en respuesta al reto propuesto por la declaración de Bolonia, las universidades europeas formularon, el Proyecto Tuning. Su objetivo principal fue crear y consolidar un espacio común de conocimiento, gracias a un modelo por competencias, que permitiera la movilidad, la compatibilidad, la comparabilidad y la competitividad de los planes de estudio de los principales programas académicos (Cumming y Ross, 2007). El modelo se ha extendido a casi toda Europa (Cumming, 2010) y a muchas escuelas americanas.

En Latinoamérica, la respuesta de las escuelas de medicina ha sido tardía y carente de originalidad. La Federación Panamericana de Asociaciones de Escuelas de Medicina (PAFAMS) adoptó las propuestas del IIME, en un intento de diseñar perfiles internacionales (Pulido, Cravioto, Pereda, Rondón y Pereira, 2006).

El Proyecto Tuning, se extendió a Latinoamérica en el 2007 y en el año 2014 culminó la Fase III. Después de haber definido el grupo de competencias genéricas y específicas, el Proyecto definió el metaperfil para el médico latinoamericano y avanzó en la construcción de un sistema unificado de créditos académicos (Benetoin, et al, 2008). En el mismo sentido, el Proyecto 6x4 UEALC (Unión Europea y de América Latina y el Caribe), definió un perfil del egresado, un marco conceptual y operativo para la acumulación y transferencia de créditos, con procesos comunes de evaluación y acreditación. Finalmente, aunque estas tentativas incluyeron una demanda considerable de recursos humanos y financieros, su impacto en el proceso global de transformación de la educación médica en Latinoamérica, aún esta por medirse (González y Aldecoa, 2013).

Conclusiones

Para las escuelas de medicina de América Latina, los últimos veinte años han sido de intensa reflexión. Es diversa la forma como han recibido propuestas y modelos de enseñanza foráneos. Desde una aceptación completa y acrítica, hasta la modificación extensa de la propuesta inicial, en busca de su adaptación al especial modelo de enseñanza y a la diversidad cultural y económica que caracteriza a Latinoamérica.

La revisión de currículos internacionales, las comparaciones y la eventual incorporación en los planes de estudio locales devienen insumos valiosos en el momento de definir un perfil de formación médica internacional para las escuelas



de medicina (Jha, Mclean, Gibbs y Sandars, 2015). Parece claro que, adicional a la intención de estandarizar un grupo de competencias disciplinares internacionales, es fundamental fomentar la adquisición de competencias no técnicas (competencia comunicativa, cultural, de trabajo en equipo, entre otras) que le permitan atender las necesidades de un entorno globalizado, en el que predomina la oportunidad, la competitividad, pero también, la inequidad en el acceso a los servicios de atención en salud (Cabrales, 2017).

Pero esto no es todo. Muchos estudiantes demandan una visión más amplia de la salud y del cuidado médico que complemente el relativo estrecho foco del entrenamiento clínico y biomédico. Aspectos como los determinantes sociales, el derecho, la estructura y financiación de los sistemas de salud, son temas obligados en el momento de considerar una agenda educativa para la definición de un perfil internacional de un médico colombiano.

Bibliografía

1. Ministerio de Educación Nacional. (2015). *Guías para la internacionalización de la Educación Superior – Internacionalización del currículo.* Bogotá: Gráficas Ibáñez.
2. Ministerio de Educación Nacional. (2017). *Socialización de la Propuesta de Política de Internacionalización para la Educación Superior.* Bogotá: Gráficas Ibáñez.
3. Knipper, M., Baumann, A., Hofstetter, C., Korte, R., y Krawinkel, M. Internationalizing Medical Education: The Special Track Curriculum 'Global Health' at Justus Liebig University Giessen. (2015). *GMS Z Med Ausbild.* 32(5): 1-18. doi: 10.3205/zma000994
4. Adams, L.V., Wagner, C.M., Nutt, C.T., y Binagwaho, A. (2016). The future of global health education: training for equity in global health. *BMC Med Educ,* 21;16(1):296. doi: 10.1186/s12909-016-0820-0
5. Tashima, C. The Board and Clinical Competence. (1973). *An Intern Med,* 78 (1): 148-149.
6. American Board of Internal Medicine – ABIM. (2002). *Residents: Evaluating your clinical competence. New competencies for internal medicine.: American Board of Internal Medicine. Clinical Competence Program.* Philadelphia, Pennsylvania. Recuperado de: <http://www.abim.org/program-directors-administrators/fastrack.aspx>
7. Frank, JR., y Snell, L. (2014). *Draft CanMEDS 2015. Physician Competency Framework – Series I.* Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Recuperado de:

http://www.royalcollege.ca/portal/page/portal/rc/common/documents/canmeds/framework/framework_series_1_e.pdf

8. World Federation for Medical Education (WFME). (2015). *Basic Medical Education WFME Global Standards for Quality Improvement- The 2015 Revision*. Denmark: WFME Office.
9. World Federation for Medical Education (WFME). (1998). International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools'--educational programmes. A WFME position paper. *Med Educ.* 32 (5); 549-58
10. Tackett, S., Grant, J., y Mmari, K. (2016). Designing an evaluation framework for WFME basic standards for medical education. *Med Teach*, 38 (3): 291-6. doi: 10.3109/0142159X.2015.1031737.
11. Stern, D.T, Wojtczak, A., y Schwarz, M.R. (2003). The assessment of global minimum essential requirements in medical education. *Med Teach.* 25(6):589-595. doi: 10.1080/0142159032000151295.
12. Karle, H. (2006). Global standards and accreditation in medical education: a view from the WFME. *Acad Med*, 81 (12 Suppl):S43-8. doi: 10.1097/01.ACM.0000243383.71047.c4.
13. Simpson, J.G., Furnace, J., Crosby, J., Cumming, A.D., Evans, P.A., Friedman,....y MacPherson, S.G. (2002). *The Scottish doctor-learning Outcomes for the Medical Undergraduate in Scotland: A Foundation for Competent and Reflective Practitioners*. *Med Teach*, 24(2):136-43. doi: 10.1080/01421590220120713.
14. Cumming, A., y Ross, M. (2007). The Tuning Project for Medicine -- learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. *Med Teach.* 29(7):636-641. doi: 10.1080/01421590701721721.
15. Cumming, A. (2010). The Bologna process, medical education and integrated learning. *Med Teach*, 32(4):316-318. doi: 10.3109/01421590903447716.
16. Pulido, P.A., Cravioto, A., Pereda, A., Rondón, R., y Pereira, G. (2006). Changes, trends and challenges of medical education in Latin America. *Med Teach*, 28(1):24-9. doi: 10.1080/01421590500441869.
17. Benetoine, P., Esquetini, C., González, J., Marty, M., Siufi G., y Wagenaar R. (Ed). (2008). *Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina. Informe Final- Proyecto Tuning- 2004-2007*. España: Universidad de Deusto.
18. González, D.O., Aldecoa, F. (Ed).(2013). *El espacio común de educación superior y conocimiento: una nueva dimensión estratégica en las*



Revista Tecné, Episteme y Didaxis. Año 2018. Número **Extraordinario.** ISSN impreso: 0121-3814, ISSN web: 2323-0126 **Memorias,** Octavo Congreso Internacional de formación de Profesores de Ciencias para la Construcción de Sociedades Sustentables. Octubre 10, 11 Y 12 de 2018, Bogotá

relaciones entre la Unión Europea y la América Latina (1994-2012) (Tesis doctoral). Universidad Complutense, Madrid. Recuperado de:
<http://eprints.ucm.es/22268/1/T34554.pdf>

19. Jha, V., Mclean, M., Gibbs, T.J., y Sandars, J.(2015). Medical professionalism across cultures: A challenge for medicine and medical education. *Med Teach*, 37(1):74-80. doi: 10.3109/0142159X.2014.920492
20. Cabrales, R. (2017). *La importancia de la competencia comunicativa en la formación del médico.* Pereira, Colombia: Editorial UTP.