

# Del dicho al hecho hay mucho trecho

## ¿Qué aportan las competencias en Educación Médica?

Francisco Bohórquez<sup>1</sup>; Harold Bolaños<sup>2</sup>

*«La evaluación por competencias, y el impacto que han generado en el sistema educativo, es el cambio más importante de la educación colombiana en las últimas décadas. Sin embargo, los resultados hasta el momento obtenidos demuestran lo lejos que estamos de una educación que efectivamente potencie las capacidades para pensar, amar y actuar».*

*Julián de Zubiría, 2005*

### Resumen

Las facultades de medicina del país están siendo llamadas a desarrollar reformas curriculares que estén acordes a las nuevas tendencias de la educación médica y a los desarrollos científicos y tecnológicos de los últimos tiempos. Uno de los primeros tropiezos es que no existen consensos sobre lo que son las competencias y sobre las estrategias pedagógicas que se deben usar para formar profesionales competentes. En este artículo se hace una revisión de lo que son las competencias en medicina y se plantean algunas estrategias que pueden contribuir a organizar programas basados en competencias.

La educación médica mundial está cambiando en torno a un paradigma emergente fundado en el concepto de las competencias profesionales, como política orientadora de los currículos. En Colombia, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, hace seis años presentó una propuesta de Currículo Nuclear centrada en competencias, que define los contenidos mínimos de aprendizaje para el médico general de nuestro país organizados alrededor de ejes transversales e integradores.<sup>1</sup>

A partir de esta política las facultades han ido introduciendo en sus programas propuestas curriculares, cambios en sus objetivos de enseñanza, estrategias didácticas o métodos evaluativos basados en competencias. El Programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca, como parte de su propuesta de Renovación Curricular, está estudiando actualmente el rol de las competencias en este proceso. Este texto presenta los análisis, conflictos, discusiones e incertidumbres que estamos viviendo frente al concepto de competencia y de la Educación Basada en Competencias (EBC).

<sup>1</sup> Médico especialista en Medicina Física y Rehabilitación, Doctor en Educación, Coordinador Programa de Medicina, Universidad del Cauca, Colombia

<sup>2</sup> Licenciado en Biología, Médico especialista en Patología, especialista en docencia universitaria, Jefe del Departamento de Patología, integrante del Comité de Plan de Estudios, Programa de Medicina, Universidad del Cauca, Colombia

## A buen entendedor... ¿pocas palabras?

La educación médica necesita reorientarse mirando nuevos horizontes. Por un lado encontramos aumento de longevidad de la población, reducción en la tasa de natalidad e incremento de las migraciones, elevándose la prevalencia de enfermedades crónicas y concurrentes; por otro lado, hallamos aceleración del crecimiento del conocimiento científico, incremento del desarrollo tecnológico, globalización de la economía, judicialización de la práctica médica, gran influencia de los medios de comunicación en la salud y usuarios informados con acceso al conocimiento médico.<sup>2</sup>

Como señala Schiappacasse (2007) este panorama induce una complejidad asistencial creciente, incrementa la incertidumbre en la práctica clínica, promueve las sub-especializaciones y la diversificación profesional, gesta asociaciones de usuarios, activa mayor competitividad en la oferta de servicios y con ella conflictos de intereses, así como indiferencia o relativismo moral frente a las consecuencias de las prácticas comerciales de las organizaciones y los agentes de salud (Figura 1).



Figura 1. Efectos de la globalización en la Educación Médica.

Para superar estos desafíos se han propuesto diversos cambios educativos, pedagógicos y didácticos desarrollados en los últimos veinte años que se han introducido lentamente y con dificultades. Empero, muchos estados han considerado que no basta con los cambios metodológicos, sino que estos deben darse en el contexto de cambios estructurales en el currículo relacionados con los resultados que este debe lograr, desarrollándose la EBC.

La EBC fue instaurada en Estados Unidos, Canadá, Australia y la Comunidad Económica Europea durante el último decenio del siglo XX y se introdujo luego como guía de los sistemas educativos latinoamericanos, al tenor de las fuerzas de la globalización.<sup>3</sup> Su introducción en la Educación Superior colombiana en Decretos como el 2566 de 2003<sup>4</sup> y la Resolución 2772 del mismo año, que determina las condiciones de calidad de los programas de Ciencias de la Salud y exige definir las competencias de los profesionales,<sup>5</sup> hacen parte de la política pública de educación superior que se define como "formación profesional para el trabajo".<sup>6-8</sup> En Latinoamérica la EBC ha sido promovida en la formación de profesionales de salud por la OPS y la OIT;<sup>9</sup> y en Medicina ha sido desarrollada en Proyectos como Alfa Tuning y 6x4UEALC, en los que participan escuelas médicas suramericanas incluidas algunas colombianas.<sup>10</sup>

La EBC se plantea como una política educativa fundamentada en una visión conceptual compleja y una organización sistémica, que desarrolla la creación de sistemas nacionales de certificación de competencias en varios países, incluidas naciones de América Latina;<sup>11</sup> cuya misión es servir de "vínculo entre el trabajo, la educación formal y la capacitación", promoviendo la implantación de nuevos valores y normas de comportamiento tanto a nivel educativo como laboral.<sup>12</sup>

Considerando que cada enfoque educativo nos hace responsables del modelo de humanidad y mundo por el cual apostamos, con sus riesgos y posibilidades.<sup>13</sup> Es imprescindible asumir una actitud reflexiva frente a este naciente paradigma de manera responsable, lo que implica evaluar críticamente y ponderar los valores, principios y prácticas que promueve, analizando y previendo sus efectos en la formación de profesionales de la salud, así como su impacto en la sociedad en general.

Puesto que las facultades de medicina somos ahora responsables de definir los propósitos educacionales por competencias resulta imprescindible entonces preguntarse: ¿qué debemos entender por competencia profesional en la formación médica? y por tanto, ¿Para qué queremos que sean competentes los egresados de medicina?

## ¿El hábito no hace al monje?: la concepción de la competencia

Como la EBC se fundamenta en el concepto de competencia, es necesario conocer los significados de éste término y su horizonte en la formación profesional. Según la Academia de la Lengua, la palabra competencia implica tres posibles acepciones generales: 1) Pericia, aptitud, capacidad o idoneidad para hacer o intervenir en un asunto determinado; 2) Atribución legítima de una autoridad para el conocimiento o resolución de un asunto, o, 3) Disputa, oposición, rivalidad o contienda entre dos o más personas sobre algo o que aspiran a obtener la misma cosa.<sup>14</sup>

Al respecto, Aristóteles en su texto *Metafísica* plantea la diferencia entre potencia (*dynamis*) y acto (*actus*), y dice que el acto está primero en potencia, siendo la virtualidad que reside en una cosa para pasar de un estado a otro.<sup>15</sup> La competencia hace alusión a la potencia, la capacidad de un sujeto para llegar a realizar una acción. Esta primera noción de competencia: la habilidad o capacidad (*skill* en inglés), contrasta con el significado de las otras: incumbencia (*competent*) o competitividad (*competitiveness*).<sup>16</sup> Mientras que la potencia la desarrolla cada persona de manera autónoma, la incumbencia es otorgada por una autoridad externa y la competición implica confrontación, frecuentemente conflictiva, excluyente o utilitarista.

En este sentido, la visión más ancestral de la competencia médica trascendía estas dimensiones, aunque no las excluye. Hipócrates consideraba que "Todo aquel que desea adquirir competencia en medicina, precisa ser poseedor de los siguientes méritos: cultura, disposición para estudiar, intuición, amor por el trabajo, honradez, y ante todo, un talento natural".<sup>17</sup>

Para los griegos la competencia era un acopio de virtudes, propios del arte de la medicina del orden de la sensibilidad, la creatividad y la mística, atributos que confluyen en la ética y la estética; más allá de potencia, incumbencia o competición, ser competente es una acción trascendente.<sup>18</sup> Este talento natural entendido como esencia de la competencia profesional enfatiza la importancia de los postulados espirituales, que crean la diferencia entre el profesional y el empírico, que reconoce al médico como hombre culto consagrado a la medicina, vista esta como cultura o *paideia*, y no solo como saberes o habilidades (Jaeger, 2002).<sup>19</sup> Así, la competencia debe expresar ante todo, los principios que orientan la medicina.

Otro referente a considerar es el oficial. Al respecto, el Ministerio de Educación Nacional (MEN) ha superado la idea de competencia como "saber hacer en contexto" y actualmente lo ha replanteado. Para el MEN la competencia es tanto un propósito que establece cada comunidad académica, como un requisito que definen los estados para el ejercicio profesional. La competencia debe permitir en forma genérica que el profesional: 1) Entienda la realidad que lo rodea. 2) Construya los criterios y elementos de juicio que le permitan moverse autónomamente en ese mundo y 3) Se forme como ciudadano y profesional autónomo y responsable con la comunidad local en la cual vive, con la organización para la cual trabaja, con el país donde reside y con la sociedad global en su conjunto, de la cual es habitante. De esta manera plantea la competencia como "una formación para toda la vida que le permita al egresado comprender, apropiarse y utilizar capaci-

dades y destrezas en muchas situaciones - a veces de manera independiente - y no solamente en un área específica del conocimiento", destacando la responsabilidad del proceso educativo de promover integridad, comprensión, autonomía, pertinencia y continuidad, es decir un proceso formativo.<sup>20</sup>

La competencia entendida como un proceso formativo que incorpora valores y principios, implica pensar en la esencia del profesional. En este sentido Kane (1992) propone que la competencia profesional es "el grado de utilización de los conocimientos, las habilidades y el buen juicio asociados a la profesión, en todas las situaciones que se pueden confrontar en el ejercicio de la práctica".<sup>21</sup> Donde "buen juicio" equivale a la virtud que guía la acción, la "sabiduría" que involucra lo teórico y lo práctico, con los aspectos sensible, ético y estético del actuar profesional, que para Sousa (1997) constituyen el tercer componente básico del proceso formativo.<sup>22</sup>

Ante tal diversidad de dimensiones (actitudinales, intelectuales, sociales, estéticas, espirituales), se hace necesario contemplar la competencia como un proceso *complejo*.<sup>23</sup> Complejidad en términos de Morin (1990:32) es "un tejido de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados, un tejido que depende de las circunstancias, de las intenciones y las emociones, de las influencias recíprocas, de las decisiones, de la fuerza sobre lo pasado, de los hechos fortuitos, que constituyen nuestro mundo fenoménico"; donde la vida deja de ser solo una sustancia para ser un fenómeno de auto-eco-organización.<sup>24</sup>

La complejidad permite abordar la competencia más allá de las visiones aisladas de cada dimensión (fragmentando el proceso), así como de las visiones holísticas (que ven un todo global). Para Morin la vida es autonomía en interdependencia ecológica organizada, en la cual todos los seres constituimos un universo de interacciones recurrentes y recursivas, gracias a lo cual cada individuo es retroalimentado, conoce y cambia permanentemente, al ser capaz de renovarse y regenerarse por sí mismo (Morin, 1977: 112-118).<sup>25</sup>

La competencia entendida como proceso complejo contribuiría a potenciar, estimular y acreditar la formación de profesionales con probidad (ética), buen juicio (sensibilidad y sabiduría), idoneidad (responsabilidad), autonomía (albedrío concertado) y reciprocidad (interacción solidaria -mejor que competitiva-), integrando sus capacidades y habilidades (aptitudes), con pertinencia al contexto (cultural, histórico, económico y ambiental) en concordancia con las complejas y cambiantes situaciones de su práctica profesional a lo largo de toda su vida. Ahora bien, tantos talentos ¿cómo promoverlos y consolidarlos?

## Competencia médica: ¿cómo pasar del dicho al hecho?

Son diversos los criterios planteados para formular la competencia profesional médica. Uno de los primeros criterios fue el propuesto por la American Board of Internal Medicine (1985) quienes planteaban cuatro dimensiones:<sup>26</sup>

1. Habilidades relevantes: conocimientos, habilidades técnicas e interpersonales
2. Resolución de problemas: obtención de datos, diagnóstico, atención continua, etc.
3. Naturaleza de la enfermedad: a partir de los problemas hallados en la historia y
4. Aspectos sociales y psicológicos del problema del paciente: especialmente del diagnóstico y manejo.

Posteriormente Norman (1985), propuso el concepto de "competencia clínica" como un conjunto de atributos multidimensionales valorables a partir de cinco características:<sup>27</sup>

1. Habilidades clínicas: la habilidad para adquirir información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida.
2. Conocimientos y comprensión: la habilidad para recordar conocimiento relevante acerca de condiciones clínicas que lleven a proveer atención médica efectiva y eficiente para los pacientes.
3. Atributos interpersonales: la expresión de aquellos aspectos de carácter profesional del médico que son observables en las interacciones con pacientes.
4. Solución de problemas y juicio clínico: la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado.
5. Habilidades técnicas: La habilidad para usar procedimientos y técnicas especiales en la investigación y manejo de pacientes.

Desde la medicina interna Hull (1995), considera que la competencia comprende siete áreas:<sup>28</sup>

1. Bases de los conocimientos.
2. Habilidad para aplicar el conocimiento.
3. Habilidad para obtener nuevos conocimientos.
4. Habilidades para adquirir información del paciente.
5. Habilidad para sintetizar la información clínica.
6. Habilidad para desarrollar e implementar planes de manejo.
7. Características personales del profesional.

En la búsqueda de principios apropiados a la práctica de la medicina actual, las asociaciones de medicina interna europea y americana, junto con el Colegio Médico Americano, elaboraron los siguientes principios básicos y compromisos profesionales que consideran deben ser universales (2002):<sup>29</sup>

### PRINCIPIOS FUNDAMENTALES:

- I. Principio del derecho del bienestar del paciente.
- II. Principio de la independencia o autonomía del paciente.
- III. Principio de la justicia social.

### COMPROMISOS PROFESIONALES:

- IV. Compromiso con la competencia profesional.
- V. Compromiso con la honestidad con los pacientes.
- VI. Compromiso con la confidencia del paciente.
- VII. Compromiso en mantener relaciones apropiadas con los pacientes.
- VIII. Compromiso con la mejora de la calidad de atención médica.
- IX. Compromiso en mejorar el acceso a los recursos médicos.
- X. Compromiso con la justa distribución de los recursos finitos.
- XI. Compromiso con el conocimiento científico.
- XII. Compromiso con la confiabilidad en lidiar con conflictos de intereses.
- XIII. Compromiso con las responsabilidades profesionales.

Tales principios y compromisos generan la necesidad de desarrollar una dimensión formativa desarrollada apenas en los últimos decenios en Norteamérica y Europa que se considera esencial en la formación profesional: las competencias relacionales o comunicativas. Lograr una comunicación médico - paciente idónea, así como un desempeño ético, empático y asertivo de las relaciones interpersonales, interprofesionales y sociales, exigen al médico desplegar sus capacidades comunicativas.<sup>30</sup> Además, el aprendizaje profesional, la integración de conocimientos, las destrezas, y habilidades clínicas, las acciones terapéuticas, la actitud investigativa, el pensamiento crítico, entre otros, son capacidades que se sustentan en la competencia comunicativa.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> La competencia comunicativa del profesional es la potencialidad que tiene el sujeto de lograr una adecuada interacción comunicativa a partir del dominio e integración en el ejercicio profesional de los conocimientos acerca del proceso de comunicación humana, habilidades comunicativas, principios, valores, actitudes y voluntad para desempeñarse en su profesión eficientemente así como para tomar decisiones oportunas ante situaciones complejas o nuevas, que faciliten el logro de los objetivos trazados o propuestos en diferentes contextos y en las dimensiones afectivocognitiva, comunicativa y sociocultural. (Aguirre, 2005)

## Más sabe el diablo por viejo: ¿Qué hace a un médico competente?

La concepción de competencia médica varía con el paradigma desde el cual se contemple la medicina. La visión biomédica fue iniciada por Galeno y posteriormente desarrollada por Descartes. En esta concepción el cuerpo es una máquina que debe ser fragmentada en órganos y sistemas para entender la enfermedad. Esta es la base de las especialidades médicas: un especialista es un experto en el conocimiento de una parte del cuerpo que emplea recursos técnicos para diagnosticar y tratar las enfermedades de su área. Debido a ello, estos médicos pocas veces tienen una relación con el paciente como un todo. Esta visión fragmentada se limita al cuerpo físico, ignorando las demás dimensiones de la persona (Teixeira, 2005).<sup>31</sup> A las demás dimensiones (mente, consciencia y espíritu), nosotros percibimos como una las dos primeras, y agregamos otras: emocional, familiar, laboral y sociocultural; coincidiendo en su íntima interrelación e interdependencia, como sustento de la integridad compleja de cada sujeto.

Tal abordaje biomédico es insuficiente para resolver la problemática del sujeto como totalidad y se requiere una visión más amplia. Para Teixeira la competencia médica debiera fundarse en tres valores o pilares: eficiencia, experiencia y ética. La competencia médica requiere el apoyo simultáneo y equilibrado de los tres pilares y la ausencia o merma de uno de ellos implica pérdida de sustentación o inconsistencia de la misma.

Para este autor, la eficiencia comprende tres cualidades: el conocimiento o saber médico, las habilidades o técnicas psicomotoras y las actitudes de la relación médico-paciente. Se considera que la eficiencia descansa en el conocimiento, pero su aplicabilidad depende de la experiencia personal y la asimilación de informaciones relevantes disponibles en la cultura médica (medicina basada en la evidencia, -MBE-).

Sin embargo, las decisiones tomadas con cada paciente, no deben basarse en resultados de trabajos experimentales controlados, como lo promueve la MBE. Estas requieren discusión, ponderación y otras opiniones, emanadas de la experiencia profesional, que no deben ser transferidas a un paciente sin una atención personalizada. Aunque las enfermedades siguen un patrón similar, las personas no son iguales entre sí. De ahí que se requiere del segundo valor: la experiencia profesional, que confiere al médico la perfección del arte o maestría en la utilización de recursos y habilidades personales para beneficiar a los pacientes. Tal sería el carácter del talento natural o buen juicio.

Aparece además un tercer pilar: la ética. Esta implica respeto a la justicia, compasión y amor al prójimo, interés de servir al otro para su bien y, respeto al derecho fundamental

de la vida y de la libertad, ajeno a todo género, raza/etnia, credo, nivel social o tipo de problema de salud/enfermedad. La ética como reflexión para el comportamiento médico favorece una comunicación afectuosa, significativa y sincera entre profesional y paciente. Relación determinante o al menos coadyuvante del éxito en la resolución de los casos, siendo a veces el recurso terapéutico más importante al alcance del médico.

Finalmente, Teixeira aporta una descripción del proceso de evolución de la competencia médica, desde un enfoque formativo personal-profesional que concibe en tres etapas: infancia, madurez y excelencia profesional, que hemos esquematizado siguiendo los criterios descritos, (tabla 1):

## ¡Paso a paso se anda lejos!: El sentido de las competencias

Analizando la propuesta de Teixeira y avanzando a partir del trabajo conceptual sobre competencia, nos atrevemos a proponer un esquema de la competencia médica desde una visión integradora.

Para comenzar vale la pena reflexionar sobre la tabla 1. Desde el ámbito educativo formal la primera organiza las habilidades que permiten orientar institucionalmente la competencia clínica acorde al contexto, capacidades y criterios de evaluación, más cercanas al paradigma biomédico, desde tres núcleos conocidos: ser, saber hacer e interactuar. Desde el ámbito formativo profesional, se concibe la competencia en tres pilares: eficiencia, experiencia y ética, de índole compleja, analizándolos a lo largo de tres posibles estadios epistémicos del desarrollo profesional. Más que un ánimo organizador se plantea aquí una comprensión de posibles estadios del desarrollo humano profesional.

Así, mientras la primera se preocupa por los contenidos, habilidades y conductas que buscan ser guiadas externamente, la segunda nos revela una mirada fenomenológica que gravita en torno a la persona que se forma, evidentemente desde su fuero interno, en relación con el entorno social, académico y laboral que lo rodea. En realidad no son posibilidades contradictorias, sino miradas complementarias, que nos ayudan a ver los recorridos que buscan seguir la academia en su hacer educativo y los sujetos en su ser formativo. Ambos son puestos en relación por un elemento fundamental: el conocimiento, sea este teórico, práctico o conductual.

Tenemos así una serie de procesos que definen el deber ser del médico expresados en conocimientos (concepciones, comprensiones, saberes), habilidades (capacidades,) y actitudes (fundados en valores, principios, compromisos) que se expresan en la ética y la comunicación. Desde la mirada curricular (educativa formal) el médico es competente por los resultados de lo que sabe, sabe hacer y comunicar, que



**TABLA 1. Evolución de la competencia Profesional (adaptado de Teixeira, 2002)**

<b>Etapa</b> <b>Evolución</b>	<b>Infancia profesional</b>	<b>Madurez profesional</b>	<b>Excelencia profesional</b>
Significado	Primeros pasos	Percepción humanista	Percepción holística
Competencia ante el conocimiento (eficiencia)	Paso de ideas comunes a sustento científico. Se atiborra de información. Interés por MBE. Poca capacidad crítica. Necesidad de aprender. Conoce la enfermedad teóricamente	Analiza y jerarquiza información. Es crítico, sintético e intuitivo. Interpreta con coherencia. Cuestiona su competencia. Procura adaptar y no imponer su conocimiento.	Desarrolla conocimiento profundo de sí mismo y de sus pacientes. Su saber traspasa los límites de la ciencia. Favorece integración de ciencia, consciencia y naturaleza. Modelo de competencia, coherencia y sabiduría.
Competencia ante la práctica profesional (experiencia)	Reconoce dificultades y responsabilidades médicas. Influenciable por mercadeo industrial de la medicina. Con frecuencia olvida necesidades y derechos del paciente. Tiende a imponer ideas y conductas al paciente. Susceptible de generar iatrogenia	Comunica confianza a pacientes y colegas. Minucioso interrogatorio y examen clínico. Uso racional de recursos y tecnologías. Reduce gastos e iatrogenias. Fundamenta diagnósticos y tratamientos. Busca beneficiar al paciente como un todo. Dialoga y negocia con el paciente. Sabe escuchar, cuando hacer y cuando no.	Despierta en el paciente condiciones que le posibiliten mejorar o curar a partir de su esencia. Poderoso en recomendaciones y convicciones. Humilde en su trato con el paciente. Se empeña con amor en proporcionar alivio al sufrimiento del otro. Reconoce dimensiones sensibles de los otros y actúa con refinamiento.
Competencia ante la vida (ética)	Lineal, inseguridad, temor. Se guía por normas más que por principios. Autoritario. Ve lo más inmediato.	Adquiere estabilidad emocional. Prudente, refinado, pertinente. Percibe y reflexiona sus decisiones. Amplia consciencia. Desarrolla empatía, aceptación, congruencia.	Adquiere sabiduría interior. Es competente para asumir su propia autoría. Intuitivo, cultor de la verdad y místico. Maestro que sigue los designios de su interior. Capaz de orientar e inducir transformaciones en otros.
Trayectoria	Unos se estancan indefinidamente aquí. Otros procuran trascender.	Dispuesto a cambiar con la vivencia profesional.	Posee una paz interior profunda, en armonía con la naturaleza.

debe ser pertinente al contexto y poder ser demostrado (evaluado). Desde la mirada formativa (desarrollo humano) el médico es competente por la eficiencia con que integra conocimientos, habilidades y actitudes, por el criterio que le permite su experiencia y por la reflexividad que determina su ética. Figura 2.

Con el fin de abordar de una manera crítica, pero también propositiva y creativa la EBC, este trabajo anima un cuestionamiento ¿Qué debemos entender entonces en educación médica como competencia?, ¿para qué dar a nuestra educación médica un enfoque educativo basado en competencias?, de ser así, ¿Desde qué paradigmas deberá plantearse una EBC?, ¿Qué ventajas y riesgos implica asumir la EBC en la enseñanza de la medicina?

Para atender a la primera pregunta, Epstein y Hundert han propuesto que la competencia profesional del médico se entienda como "el uso habitual y juicioso de la comunicación, el conocimiento, las habilidades técnicas, el razonamiento clínico, las emociones, los valores y la reflexión en la práctica diaria para el beneficio del individuo y la comunidad a los

cuales se sirve". La competencia profesional implica la integración de conocimientos y habilidades en los diferentes contextos del cuidado de la salud, el manejo de la información, el trabajo en equipo, el sistema de salud y la relación médico-paciente; campos de desempeño que requieren ser evaluados y formados en forma continua, pero bajo circunstancias reales.<sup>32</sup>

Después de revisar varias propuestas, el Programa de Medicina en la Universidad del Cauca entiende la competencia como la capacidad del profesional de abordar<sup>ii</sup> de manera idónea, responsable y ética conocimientos, actitudes, habilidades, valores y recursos<sup>iii</sup> en el abordaje y resolución de situaciones problemáticas de la práctica médica, acorde a las condiciones del contexto (Tobón, 2005<sup>33</sup>, Altamirano, 2007<sup>34</sup>, Parra y Chica, 2007<sup>35</sup>, Jabif, 2007<sup>36</sup>).<sup>37</sup>

<sup>i</sup> abordar entendido como: reconocer, evaluar, relacionar y .

<sup>iii</sup> personales, grupales, institucionales o físicos

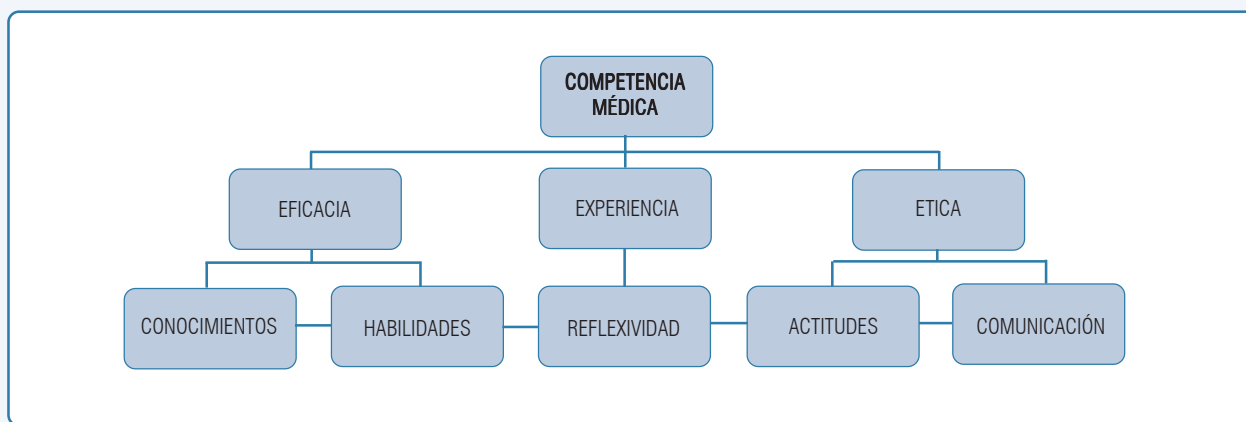


Figura 2. Pilares y componentes de la competencia médica (Modificado de Teixeira).

El problema que sigue a continuación es ¿cómo desarrollar EBC que favorezca la capacitación profesional y la formación humana del médico?, y finalmente, ¿cómo evaluar tales competencias?

Para poder aportar a la primera pregunta valdría la pena responder la segunda inicialmente. Se ha señalado que la EBC en medicina puede enfocarse por una parte, desde la teoría conductista siguiendo esquemas taxonómicos que permiten evaluar el desempeño y el grado en que se han logrado determinadas competencias, entendidas éstas como actitudes, conocimientos o habilidades separadas. El objetivo de este enfoque correspondería al currículo basado en resultados y exige diseñar métodos que evidencien el comportamiento que logran realizar los estudiantes durante su proceso educativo. Por otra parte, desde un enfoque constructivista, la EBC podría determinar aquellos elementos que ponen en el centro del acto educativo el aprendizaje y la actitud del estudiante para la búsqueda así como la construcción de conocimientos significativos. Evitando caer en dualidades y siguiendo un camino integrador, estas dos perspectivas, podrían integrarse en una propuesta que permita su complementariedad (Ramírez y Medina, 2008).<sup>38</sup>

Yendo más allá, Díaz Barriga propone como orientación pertinente para la EBC la integración amplia de aprendizajes que son consecuencia del desarrollo natural (visión naturalista), con aprendizajes que tienen un sentido práctico (la capacidad de resolver problemas), vinculándolos con desempeños propios del mundo del trabajo (visión laboralista). Si bien en la formación del médico es factible identificar competencias complejas que se pueden caracterizar como conocimiento experto profesional, que incluye procesos conceptuales y destrezas, la construcción de planes de estudio requiere también elaborar un mapa de competencias a partir de un análisis de tareas. De esta manera, la propuesta curricular por competencias para la educación superior pue-

de involucrar la integración de competencias generales de alta complejidad con competencias menores por objetivos fragmentarios (Díaz Barriga, 2006).<sup>39</sup>

Para Díaz Barriga, no tiene sentido ningún contenido educativo, si no es aprendido en un contexto que provenga de la realidad. Principio que comparten las propuestas derivadas del movimiento escuela activa, como el aprendizaje situado, el basado en problemas o en situaciones auténticas. De tal forma, las competencias responden en nuestro contexto latinoamericano a una integración de la información a partir de problemas que provienen de la práctica profesional cotidiana. Y así, aunque reitera la visión curricular que organiza la formación profesional en dos grandes etapas que han sido tradicionales en educación médica: una formación básica (ciencias básicas), centrada en la adquisición de los conocimientos que derivan de las disciplinas, que se proyectan a la clínica y otro de formación profesional (clínica), centrado en la vinculación de los conocimientos y habilidades adquiridas a problemas reales (Díaz Barriga, Op cit.),<sup>40</sup> incluye y potencia el abordaje transversal de la investigación, la proyección hacia la comunidad y el desarrollo humano, involucrando a los sujetos que participan en la formación, como personas totales (Bohórquez, 2008).

Consideramos pues, que ante las presiones internacionales y nacionales para integrar las competencias en la educación médica, más que desgastarnos en discusiones estériles sobre si la EBC es o no un enfoque educativo, curricular o pedagógico pertinente a la formación del médico, lo mejor es apropiarse el concepto de competencia a nuestras características educativas locales y regionales y asumir la EBC como una oportunidad para desarrollar procesos pedagógicos que nos ayuden a construir un currículo apropiado a las necesidades de la formación de los jóvenes estudiantes de medicina, que permita integrar didácticas que contribuyan con una capacitación técnica idónea en aquellos conocimientos y habilidades que le permitan responder a los estándares exigidos.

dos profesionalmente, pero además que les facilite la formación humana integral que conduzcan a un desempeño ético, cálido y autónomo de su actuar personal y ciudadano, en armonía con nuestro entorno.

Un gran reto para los programas de medicina del país es la transformación de los currículos vigentes a currículos basados en competencias, lo que implica una auténtica innovación en la planificación de las acciones académicas. "El diseño curricular es mucho más que la definición del perfil profesional y la configuración de una malla secuencial y lógica de asignaturas y experiencias de aprendizaje organizadas para la formación". Para autores como Jimeno Sacristán, el diseño curricular es una selección cultural y, como tal, un difícil ejercicio de "apreciar y excluir", que involucra la responsabilidad de asumir determinadas concepciones y prácticas que orientarán el ejercicio profesional de las personas que se forman en una universidad.<sup>41</sup> De esta manera, diseñar un currículo es tomar decisiones que exigen una profunda reflexión, un trabajo mancomunado con la comunidad académica que participa en la formación y abrir los ojos ante las condiciones cambiantes de nuestra sociedad y los contextos donde se proyectarán los profesionales.<sup>42</sup>

Los programas de medicina están asumiendo el reto de su transformación curricular y en el poco tiempo que lleva este proceso, se hace notorio un caos en el sentido de que ha faltado suficiente reflexión que aterrice y ponga en contexto lo que significan las competencias en nuestra sociedad, bajo las particularidades geográficas, históricas, económicas, políticas, lingüísticas, étnicas y culturales, además de las epidemiológicas en que convivimos y que dan sentido a la formación y al desempeño de nuestro médico. Mucho es lo que se escribe y se habla acerca de las competencias pero mucho menos acerca de cómo se pone en práctica la búsqueda de las mismas. Quienes han logrado definir las y apropiárselas dentro de sus planes de estudio tienen dificultades con la puesta en práctica de las mismas por diferentes circunstancias, entre las cuales se destaca, la poca preparación de los docentes quienes son los principales protagonistas para el total éxito del proceso.

Los planes de estudio de los programas de medicina, como producto de las reformas curriculares del país, son ahora más heterogéneos, cambiantes e incomparables, por lo que se alejan cada vez más de los propósitos planteados por las reglamentaciones que crearon los créditos académicos que buscan facilitar la movilidad de los estudiantes. Estos cambios seguramente se deben a que cada programa busca su propia "impronta" y adopta o adapta las competencias como mejor le parece, olvidando que deben guardar ciertas similitudes en créditos académicos, de otra forma tendremos a corto plazo planes de estudio tan diversos como programas de medicina se ofrezcan en el país.

Por otra parte, es importante reflexionar sobre el rol que desempeña el docente universitario en la transformación curricular, pues para nadie es un secreto que, en su gran mayoría, se han dedicado a través de los años a "repetir" contenidos programáticos propios de su formación disciplinar pero sin una verdadera reflexión sobre el verdadero papel que él y su disciplina cumplen en la formación de un profesional de la medicina. Aún más, muchos de los procesos de selección y contratación de los profesionales que van a cumplir funciones docentes, se hacen solo con base en su formación y experiencia disciplinar sin tener en cuenta si esta persona tiene o no formación pedagógica, y sin existir un acompañamiento o capacitación para que el docente adquiera las competencias de un docente universitario, pues a decir de algunos "esto no es importante y yo enseño a mis estudiantes de la manera como yo aprendí".

Los currículos de los programas de medicina para la formación por competencias son, en su mayoría, diseñados por un pequeño grupo de docentes que muestran interés por las innovaciones pedagógicas, mientras los demás docentes permanecen a la espera de que los cambios se produzcan sin tomar partido del proceso de construcción del mismo. La consecuencia de esto es que en la medida que se hace necesario la implementación de las dinámicas tendientes a lograr estudiantes competentes, se encuentra un gran obstáculo, no en los estudiantes, quienes a su llegada a la universidad se adaptan rápidamente, sino por parte de los docentes, quienes ante todo manifiestan cierto grado de inseguridad e incertidumbre con respecto a las bondades de los cambios metodológicos y en muchos casos se resisten a trabajar con equipos con docentes de otras disciplinas para apoyar a la consolidación de las estrategias metodológicas.

Este es el momento para reflexionar sobre un tema que puede resultar incómodo para algunos docentes y del cual casi no se habla ni se escribe, esto es, sobre las competencias docentes. Para pretender promover la formación de competencias en los estudiantes, es procedente contestar a la pregunta ¿Cuáles son las competencias de los docentes que aspiran a participar en el proceso?

Como se deduce de lo anterior los docentes necesitamos desarrollar también competencias que nos permitan comprender, participar y orientar el proceso de enseñanza-aprendizaje. Una gestión docente coordinada y en equipo va a asegurar que el proceso de formación por competencias se lleve a cabo sin tropiezos y evitará que el docente se sienta como que no encaja dentro del proceso y por lo tanto se resista a contribuir con su conocimiento al fortalecimiento de las estrategias pedagógicas.

Ahora bien, decir esto no es realmente algo nuevo, hace años se viene insistiendo en la participación activa de los docentes en el currículo, y a pesar que ahora son más los



docentes de medicina que realizan cursos, diplomados, especializaciones y hasta maestrías en educación, no siempre son ellos los que lideran y se involucran en los cambios educativos. ¿Qué está pasando con la formación pedagógica?, ¿Cuáles son los vacíos que permiten que sea la tradición la que siga orientando la enseñanza?

Para afrontar los complejos tiempos actuales, se requiere que la labor del profesor se caracterice por niveles de competencia y desempeño en correspondencia con las múltiples situaciones propias de la gestión docente, por ello, coincidimos con el criterio de Perrenoud, el cual considera que las competencias básicas se enriquecen con la formación y desarrollo de otras, como:<sup>43</sup>

- Organizar y dirigir situaciones de aprendizaje.
- Dirigir la progresión del aprendizaje.
- Involucrar a los alumnos en su aprendizaje y en su trabajo.
- Trabajar en equipo.
- Utilizar nuevas tecnologías de información y de comunicación.
- Enfrentar los problemas éticos de la profesión.
- Administrar la propia formación continua.
- Utilizar una comunicación efectiva.

A decir de algunos, muchas de las competencias básicas anteriormente enunciadas son ya realizadas por los docentes, y se escuchan comentarios tales como "yo si hago eso en mis clases", cabe preguntarse entonces si la razón de las dificultades que se presentan en la formación de profesionales competentes se debe a la falta de coordinación u organización de lo que se hace, o a la falta de reflexión sobre lo que se hace. Sin duda muchos de los docentes se preocupan por dar lo mejor de sí en sus escenarios académicos, pero las tradiciones se van a seguir reproduciendo mientras no se comprenda que EDUCAR ya no es instruir y conducir, sino estimular y empoderar, es decir, *promover la formación de los sujetos*.

Enseñar para la formación es más que mostrar, entregar e informar, sobre todo es estimular, apasionar, seducir y evocar nuevos potenciales a partir de los aprendizajes obtenidos (de allí que una raíz más idónea para el término competencia provenga de potencia, como lo sugiere de Zubiría desde la mirada Aristotélica).<sup>44</sup> La competencia médica requiere ser una auténtica aprehensión, un meta-aprendizaje, *un acto reflexivo de la acción aprendida*, que supera el acto de adquirir información, conocer técnicas e incluso alcanzar ciertas actitudes; educar para la formación, es contribuir a la transformación de seres humanos autónomos capaces de abordar la problemática de la realidad mediante el conocimiento y la habilidad,

desde las múltiples dimensiones de todo su ser en interacción con otros profesionales y en comunicación dialógica, sensible, asertiva y empática con los pacientes y su comunidad.<sup>45</sup>

Para ello no basta la mera lectura y repetición de textos, guías de práctica clínica, artículos médicos o destrezas clínicas estandarizadas, esas son tan solo herramientas, además, se requiere de la presencia de docentes responsables de su propia formación, capaces de estimular la formación de sus estudiantes. Así, para describir con más propiedad las competencias docentes, es fundamental que cada profesor se haga consciente de su rol formativo. A modo ilustrativo, para que el profesor participe con propiedad en los ambientes de aprendizajes se considera que este debe estar en condiciones de:<sup>46</sup>

- a) Proveer de múltiples perspectivas y representaciones de la realidad.
- b) Proporcionar contenidos y actividades que reflejen las complejidades del mundo real.
- c) Focalizarse en la construcción y no en la reproducción del conocimiento.
- d) Presentar actividades realistas, relevantes y auténticas.
- e) Proveer actividades, oportunidades, herramientas y ambientes que incentiven el autoanálisis, la reflexión, la autoconciencia y la metacognición.
- f) Promover una práctica reflexiva.
- g) Permitir que el contexto, y su contenido dependa de una construcción del conocimiento a través de la negociación social, colaboración y experiencia.
- h) Enfatizar la resolución de problemas, las habilidades de pensamiento de orden superior y la comprensión profunda.
- i) Alertar de las complejidades del conocimiento enfatizando las interrelaciones conceptuales y los aprendizajes interdisciplinarios.

El modelo educativo por competencias profesionales integradas para la educación médica es una opción que busca generar procesos formativos de mayor calidad, pero sin perder de vista las necesidades de la sociedad, de la profesión, del desarrollo de la profesión y del trabajo académico. Asumir esta responsabilidad implica que las facultades de medicina no sólo redefinan sus proyectos educativos, sino que promuevan de manera congruente acciones en los ámbitos pedagógicos que se traduzcan en modificaciones reales de las prácticas docentes<sup>5</sup>. De ahí la importancia de que el docente también participe de manera continua en las acciones de formación y capacitación que le permitan desarrollar competencias similares a aquellas que se busca formar en los estudiantes.

## Bibliografía

1. ASCOFAME (2003) *Currículo Nuclear para las Facultades de Medicina de Colombia*. Asamblea general. Misión colombo-británica de educación médica 2003-2003. Preparado por Ricardo Escobar, Bucaramanga, Marzo 23-25 de 2003.
2. SCHIAPPACASSE, E. (2007) El impacto de la globalización en los currículos de estudios médicos. *REVISTA Educación en Ciencias de la Salud, Argentina*, vol 4, No. 1, mayo de 2007. Documento electrónico consultado el 23-02-09 en <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol412007/art4107a.htm>
3. RAMÍREZ, L. Y MEDINA, M. (2008) Educación basada en competencias y el proyecto Tuning en Europa y Latinoamérica, su impacto en México. *Gaceta ideas*, Año 3, Núm. 39, 8 de septiembre de 2008.
4. MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL (MEN), Decreto 2566 de 2003 (Septiembre 10) mediante el cual se reglamentan las condiciones mínimas de calidad y demás requisitos para el ofrecimiento y desarrollo de programas académicos de educación superior.
5. MEN, Resolución 2772 DE 2003. ( Noviembre 13 ) Por la cual se definen las características específicas de calidad para los programas de pregrado en Ciencias de la Salud
6. MEN (2003) *Articulación de la educación con el mundo productivo la formación de competencias laborales*. Bogotá, D.C., agosto de 2003
7. MEN. Política pública sobre educación superior por ciclos y por competencias. Documento de Discusión. Bogotá, 21 de agosto de 2007.
8. MEN, Marco de referencia para una Política pública sobre educación superior por ciclos y por competencias. Documento de Discusión. Bogotá, 21 de agosto de 2007.
9. IRIGOIN, M.; VARGAS, F. (2002). Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo : Cinterfor, OPS, OIT.
10. PROYECTO ALFA TUNING LATINOAMERICA. (2006) Consulta de las Competencias Específicas de Medicina. Propuesta para las 18 universidades participantes de América Latina. Documento electrónico consultado el 12-09-07 en : <http://med.javeriana.edu.co/reforma/pdf/PROYECTO%20ALFA%20TUNING.pdf>
11. RODRÍGUEZ, M., ORTUÑO, A., JIMÉNEZ, M., PÉREZ, S. Educación Basada en Competencias ¿Necesario el conocimiento en el personal de salud? *Rev Enferm IMSS* 2001; 9 (3): 133-136
12. IRIGOIN M, VARGAS F. Competencias, fases y aplicación. En: Competencia laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud. Montevideo: CINTERFOR-OPS; 2002: 252.
13. IMEN, (2005), Citado en Díez, E. (2007) Globalización neoliberal y sus repercusiones en la educación. (2007). Barcelona: El Roure.
14. DRAE (2001) Diccionario de la Lengua Española. 22ª. Edición.
15. FLORIÁN, V. Diccionario de filosofía. Bogotá, Panamericana, 2002.
16. VEGA-CANTOR, R. Las «competencias educativas» y el darwinismo pedagógico. Documento electrónico, consultado el 12-06-08 en <http://amec.wordpress.com/documentos/convergencia-europea/las-competencias-educativas-y-el-darwinismo-pedagogico/>
17. HIPPOCRATES – GALEN. THE LAW. Great Books of the Western World. Vol. 10. USA: University of Chicago, 1980. (Citado por Texeira, 2005).
18. TEIXEIRA, H. (2005) Competencia en medicina. *Revista electrónica de biomedicina (Electronic Journal of biomedicine)*, Vol 2: 13 – 22. Documento electrónico consultado el 21-10-08 en [www.biomed.uninet.edu/2005/n2/Teixeira-es](http://www.biomed.uninet.edu/2005/n2/Teixeira-es)
19. JAEGER, W. (2002) *Paideia: los ideales de la cultura griega*. Fondo de cultura económica. México. traducción de Joaquín Xirau (libros 1 y 2) y Wenceslao Roces. (libros 3 y 4) [Paideia: die Formung des Griechischen Men] México, 1957, primera edición en un solo volumen, decimosexta impresión.
20. MEN (2009) las competencias en la Educación Superior. Documento electrónico: [http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-189357\\_archivo\\_pdf\\_introduccion.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/1621/articulos-189357_archivo_pdf_introduccion.pdf)
21. KANE MT. (1992) «The assessment of professional competence». *Education and the Health Professions*;15:163-182.
22. SOUZA, J. (1997). *Sistematización: Un instrumento pedagógico en los proyectos de desarrollo sustentable*. En: Colección de Lecturas del curso. «La sistematización como Herramienta de la Transformación Socio-educativa». CREFAL, Michoacán, 2000.
23. TOBÓN, S. (2005) Formación basada en competencias. Ecoe ediciones. Bogotá, Colombia.
24. MORIN, E. (1990) *Introducción al Pensamiento Complejo*. Barcelona: Gedisa.
25. MORIN, E. (1977) *La méthode I, la nature de la nature*. París, Seuil, Trad. El método I. La naturaleza de la naturaleza, Cátedra, Madrid, 1981.
26. NEUFELD VR. (1985) Historical Perspective on clinical competence. En *Assessing Clinical Competence*. Neufeld VR, Norman GR. (Eds.) Springer Publishing. New York.
27. NORMAN G. (1985) Defining Competence: A Methodological Review. En: *Assessing Clinical Competence*. Neufeld VR, Norman GR. (Eds.) Springer Publishing Company. New York, pp 15-37.
28. HULL AL, ET AL. (1995) Validity of three clinical performance assessments of Internal Medicine Clercks. *Academic Medicine*, 70 (6): 517-522.
29. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Ann Intern Med* 2002;136:243-246.
30. AGUIRRE, D. (2005) Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. *Rev. Educ Med Sup* 2005;19(3) documento electrónico (23-03-09): [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19\\_3\\_05/ems04305.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_3_05/ems04305.htm)
31. TEIXEIRA, H. (2005) Op. Cit.
32. EPSTEIN, R. and HUNDERT, E. *Defining and assessing professional competence*. *JAMA* 2002; 287: 226-235
33. TOBÓN, S. (2005) Formación basada en competencias. Ecoe ediciones. Bogotá, Colombia.
34. ALTAMIRANO, P. (2007) Formación basada en competencias en Medicina: Construyendo el currículo bajo el nuevo paradigma. Universidad Austral de Chile, Valdivia. Foro Internacional de Educación Médica Universidad Javeriana, Universidad del Rosario, Ascofame, Ascun, Bogotá, 22-23 jun.- 2007.
35. PARRA, E., CHICA, R. (2007) Calidad e investigación en prácticas pedagógicas universitarias. Caso Universidad de Cartagena. Tercer Mundo editores.
36. JABIF, L. (2007) La docencia universitaria bajo un enfoque de competencias. Orientaciones prácticas para docentes. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.
37. UNIVERSIDAD DEL CAUCA, (2008) Propuesta de Renovación Curricular del Programa de Medicina. Borrador de trabajo. Comité de Plan de Estudios, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud. Popayán, Septiembre de 2008.
38. RAMÍREZ, L. Y MEDINA, M. (2008) Op. Cit.
39. DÍAZ-BARRIGA, Á. (2006) *El enfoque de competencias en la educación. ¿Una alternativa o un disfraz de cambio?* Perfiles educativos vol.28 no.111 México 2006
40. DÍAZ BARRIGA, A. (2006) Op cit.
41. SACRISTÁN JG. *El currículum: Una reflexión sobre la práctica*. Madrid: Morata, 1998.
42. HUERTA J, PÉREZ S, CASTELLANOS AR. *Desarrollo Curricular por Competencias Profesionales Integrales*. México: Educar, 2000.
43. PERRENOUD Ph. (2004) *Diez nuevas competencias para enseñar. Invitación al viaje* Barcelona : Graó, 2004.
44. De ZUBIRÍA, J. (2005) Las competencias argumentativas e interpretativas en la educación básica y media. Asociación Colombiana de Ingenieros ACIEM. Bogotá, 9 de agosto de 2005. Documento electrónico consultado el 24-08-08 en [www.aciem.org/bancoconocimiento/L/LascompetenciasargumentativasExt.asp?IdArticulo](http://www.aciem.org/bancoconocimiento/L/LascompetenciasargumentativasExt.asp?IdArticulo)
45. GARDNER, H. (1995) *Inteligencias múltiples*. Paidós, Madrid.
46. MARTÍNEZ F. El perfil del profesor universitario en los albores del siglo XXI. Primer encuentro de perfeccionamiento del profesorado. U. de Murcia. España: Documento electrónico consultado el 2-04-06 en <http://edutec.rediris.es/documentos/1999/perfil.htm>