

# La formación del médico rural, el modelo de competencias y la teoría crítica

Herrera Diego[1], Troya Carlos[1]

1. Equipo de docencia Saludesa

PRÁCTICA FAMILIAR RURAL | Vol.1 | No.2 | Julio 2016 | Recibido: 22/01/2016 | Aprobado: 03/03/2016

## Como citar este artículo

Herrera D, Troya C. La formación del médico rural, el modelo de competencias y la teoría crítica. PFR [Internet]. 25 de julio de 2016 [citado 2 de noviembre de 2021];1(2). Disponible en: <https://www.practicafamiliairural.org/index.php/pfr/articulo/view/73>.

## Resumen

El presente trabajo evidencia las contradicciones teóricas en las competencias profesionales que necesita idealmente un médico que trabaja en zonas rurales, con poblaciones empobrecidas, formando parte de un sistema de salud con limitaciones tanto técnicas como de recursos humanos, tomando en cuenta la teoría crítica como sustento conceptual.

Se realizó una investigación cualitativa basada en teoría fundamentada; la primera fase de la investigación implicó la realización de entrevistas a un grupo focal (Focus Group) constituido por líderes de una comunidad rural y profesionales de distintas disciplinas del conocimiento que trabajan en zonas rurales y que están involucrados en la formación de médicos para conocer las perspectiva de la comunidad respecto a los profesionales de la salud.

Luego del análisis de las intervenciones, los autores sistematizaron las principales temáticas del discurso que agruparon en cuatro competencias generales que fueron: 1) experticia del médico en la atención de personas enfermas; 2) desarrollo de autonomía; 3) desarrollo de competencias emocionales y de comunicación; y 4) desarrollo de competencias culturales y políticas. La competencia más importante para los participantes fue la autonomía profesional.

Este trabajo investigativo evidencia los desafíos que enfrentan las escuelas de medicina del Ecuador, tanto públicas como privadas, para aportar a los procesos históricos de las poblaciones rurales.

## Palabras clave

Medicina familiar, salud rural, práctica familiar rural, formación médica.

## Training the Rural Doctor: the Model of Competencies and the Critical Theory

### Abstract

This study reveals the theoretical contradictions in the professional competences that ideally need a doctor who works in rural areas with impoverished populations, forming part of a health system with limited technical and human resources, taking into account critical theory as conceptual basis.

Qualitative research based on grounded theory was carried out. The first phase of the research involved conducting interviews with a focus group, which consisted of leaders from a rural community and professionals from different disciplines working in rural areas. The professionals were involved in the training of doctors and know the community's perspective on health professionals.

After the analysis of the interventions, the authors grouped the main themes of the discourse into four general competencies: 1) expertise of the doctor in the care of sick people; 2) development of autonomy; 3) development of emotional and communication skills; and 4) development of cultural and political competencies. The most important competency for the participants was professional autonomy.

This investigative work highlights the challenges faced by Ecuadorian medical schools, both public and private, to contribute to the historical processes of rural populations.

### Keywords

family medicine, rural health, rural family practice, medical training

## Introducción

La calidad de la formación de las escuelas de medicina está asociada a la calidad de sus graduados. Por ello existe un creciente interés en el mundo sobre la responsabilidad social que debe tener el médico. Uno de los grandes retos para las escuelas de medicina es demostrar un mayor impacto de sus egresados, en la salud de las poblaciones atendidas. Con esta finalidad las universidades han incursionado en cambios permanentes relacionados con el mejoramiento de la infraestructura, el diseño curricular, la metodología de enseñanza-aprendizaje, la selección de sus estudiantes, fortalecimiento vocacional, etc.

La Teoría Crítica de la Enseñanza, propone que las ciencias sociales brindan aportes significativos a la educación, la cual debe someter sus objetivos, juicios y valores a la reflexión autocrítica, sin perder de vista que las cuestiones educativas no se resumen en lo individual, sino que

siempre mantienen una dimensión social y su resolución, por tanto, exige acciones colectivas. La estructura social es un producto significativo de la sociedad misma, la cual también produce significados particulares y garantiza su existencia, es decir, lo que limita los actos de un individuo es lo que el mismo pueda realizar. (1)

La organización curricular en la educación médica de Ecuador ha experimentado un cambio de enfoque, desde la transmisión del conocimiento, pasando por los resultados de aprendizaje y el enfoque del desarrollo de competencias en los últimos años 20 años (2) (3). Así mismo, cada día surgen nuevas evidencias acerca de mejoras logradas en el aprendizaje a través del uso de laboratorios de ciencias básicas o salas de simulación. En la formación médica de pregrado la metodología de enseñanza emplea múltiples estrategias nuevas, progresivamente las universidades se han inclinado más sobre didácticas constructivistas como el "Aprendizaje Basado en la Solución de Problemas" (ABP) como uno de los recursos permanentes (4) (5).

La formación profesional basada en el desarrollo de competencias es un enfoque para la Ciencia de la Educación – Pedagogía y Andragogía - y se centra en aspectos específicos de la docencia (didáctica y metodología), del aprendizaje y de la evaluación, estos son: 1) integración de los conocimientos, los procesos cognoscitivos, las destrezas, las habilidades, los valores y las actitudes en el desempeño ante actividades y problemas; 2) construcción de los programas de formación acorde con los requerimientos disciplinares, investigativos, profesionales, sociales, ambientales y laborales del contexto; y 3) orientación de la educación por medio de estándares e indicadores de calidad en todos sus procesos (6).

El enfoque basado en competencias puede llevarse a cabo desde cualquiera de los modelos pedagógicos existentes, o también desde una integración de ellos. En Canadá, desde 1993 el grupo de trabajo denominado CanMEDS, al cual se le encomendó averiguar cuáles eran las necesidades de atención sanitaria de la sociedad canadiense y evaluar su repercusión en los programas de formación de médicos especialistas, desarrolló varias competencias genéricas, agrupándolas en siete unidades de competencia, que convierten a los especialistas en expertos: "experto para la toma de decisiones clínicas", "comunicador", "colaborador", "gestor", "defensor de la salud", "estudioso" y como "profesional". (7)

Así mismo, un Grupo de Trabajo de Salud Rural para Australia (WACHS), desarrolló una herramienta denominada RRAHC-TC que se compone de 50 competencias no clínicas que los estudiantes pueden desarrollar durante las pasantías o rotaciones en las zonas rurales. Estas competencias fueron organizadas en ocho dominios (8):

1. Entrega del Servicio
2. Práctica de zonas rurales y remotas
3. Gestión Clínica
4. Equidad y Diversidad
5. Habilidades Profesionales
6. Autoaprendizaje y Desarrollo profesional
7. Práctica y Ética
8. Calidad y Seguridad

En el modelo tradicional, de los diseños curriculares, la organización curricular de la educación médica está orientada por la denominada epidemiología nacional, la cual está en relación con las necesidades de la población pero desde la perspectiva de los departamentos técnicos (departamentos de Estado u organismos internacionales) (2) (3). Otro enfoque, consiste en establecer competencias a través de grupos de expertos o instituciones internacionales, tal es el caso de las competencias médicas descritas en el proyecto Alfa Tuning, ninguna de estas tiene participación de las comunidades (9). Sin embargo, para autores como Gruppen la educación médica basada en competencias implica un proceso en el cual las necesidades de salud de la sociedad determinan las competencias que debe desarrollar el profesional, y por lo tanto luego de la evaluación de estas competencias se establecerá el currículo educativo (10).

Iniciativas como la descrita por Sturmberg et al., de la Universidad de New South Wales en Australia que implementó un currículo médico longitudinal centrado en el paciente y basado en la comunidad con una duración de 3 años en los estudiantes de pregrado, son ejemplos de la necesidad de orientar de una manera diferente la organización curricular (11). Las implicaciones de este giro conceptual, no son solo en los aspectos formativos sino también tiene profundas implicaciones prácticas, pues es conocido que las zonas rurales son desatendidas porque los profesionales permanecen poco tiempo en dichas zonas o desertan con facilidad.

La experiencia descrita por Straumea y Shawb destaca la implementación de un posgrado en zonas rurales que garantice el desarrollo profesional, contrarreste el aislamiento profesional, y permita a los profesionales y a sus familiares echar raíces en las comunidades rurales. Así, la medicina rural satisface los principios modernos de la formación de adultos (basada en problemas y relacionada con situaciones de la vida real) y ofrece excelentes condiciones para la capacitación (12).

Desde la Escuela de Frankfurt, el modelo de las competencias por más innovador que parezca siempre está al servicio del mercado, por lo cual se propone una revisión del paradigma científico-filosófico imperante, la educación y el currículum son actividades, acciones sociales, que tienen toda la complejidad de éstas, por lo tanto son históricas, interpersonales, mediadas por el lenguaje, e incluye múltiples representaciones de los sujetos implicados en las mismas.

Para Habermas, es fundamental situar al diálogo como elemento sustantivo en todo proceso educativo. Ello implica desde luego el desarrollo de un modelo educativo que entienda el aprendizaje como un proceso de interacción entre los participantes, un proceso que ayude a las personas a reflexionar sobre sus ideas y prejuicios para así poderlos modificar si lo considera preciso; tomando en consideración que estos responden a una experiencia y una historia personal condicionadas por la educación, la familia, el Estado, la cultura y la religión. (13)

La diferencia esencial de la pedagogía crítica con las teorías de la reproducción está en su consideración de que la realidad no es simple producto de las estructuras o sistemas sino también de la acción humana o del mundo de la vida. Apple explica que el profesional no puede conformarse, con suponer que existen leyes inmutables de desarrollo económico y político, y que tales leyes no son reformadas por la práctica humana real de los grupos conscientes de actores humanos. El mismo autor, cree en la acción y el cambio, los estudiantes y los docentes son capaces de reinterpretar los mensajes sociales generando situaciones de cambio en las que se producen nuevas relaciones que desembocan en procesos de transformación. (14)

La pedagogía crítica, tiene por lo tanto la misión no sólo de desarrollar un lenguaje de crítica y desmitificación, sino de crear un lenguaje de posibilidad que pueda generar prácticas de enseñanza alternativas, capaces de confrontar los esquemas dominantes, tanto dentro como fuera de la escuela. (15)

## Metodología

La presente investigación recoge la perspectiva de los actores comunitarios acerca de las competencias que deben tener los médicos que trabajan con poblaciones rurales. Se toman los puntos de vista de los médicos con experiencia docente rural, los pacientes de las comunidades, los líderes comunitarios y los científicos sociales. El trabajo se desarrolló durante los meses de enero a diciembre del 2013, se realizaron entrevistas a profundidad a pacientes atendidos en el Hospital Pedro Vicente Maldonado, Centros de Salud de Santo Domingo de los Tsáchilas y Manabí

(Portoviejo, Jama y Pedernales), líderes comunitarios del Seguro Social Campesino del Nor-Occidente de Pichincha, médicos y profesionales de ciencias sociales que laboraban en dichas zonas.

El marco teórico de la investigación requirió un primer trabajo documental de publicaciones acerca de las competencias para los médicos rurales. La búsqueda se realizó en bases de datos del internet, y se prefirieron aquellas publicaciones escritas en la literatura indexada. También se utilizaron algunos libros de referencia. Posteriormente, se realizó una lectura crítica y se analizó su conceptualización epistemológica.

En la segunda etapa de la investigación se identificaron las temáticas a ser abordadas en las entrevistas realizadas. Se estableció emplear grupos de enfoque considerando la perspectiva de los pacientes, líderes comunitarios y profesionales formadores de médicos. El muestreo realizado fue por conveniencia, dando como resultado: doce pacientes, seis líderes de organizaciones sociales campesinas, cuatro médicos docentes, un sociólogo, un médico antropólogo, y un politólogo que trabajan en zonas rurales. A los participantes se les aplicó entrevistas a profundidad.

La información recolectada se procesó conforme a la metodología de la teoría fundada, es decir, recolección de datos, codificación abierta, codificación selectiva, visualización de la teoría (16). Estos resultados fueron revisados por los autores de la investigación utilizando el método hermenéutico quienes organizaron y redactaron un informe final. Al momento de definir la competencia en su descripción se utilizó la redacción que define: verbo, objeto y resultado. Posteriormente las competencias mencionadas por el grupo de trabajo fueron agrupadas en cuatro bloques (unidades de competencias).

## Resultados

En general, el grupo señaló la importancia de las habilidades clínicas, es decir aquellas que ratifican el rol del profesional de la medicina en la atención de personas enfermas trabajando con pocos auxiliares diagnósticos y sin apoyo de los especialistas. Además, se mencionaron múltiples aspectos alrededor de elementos que fueron agrupados como: competencias de vida (desarrollo de autonomía), competencias emocionales y de comunicación y, competencias culturales y políticas

### Experticia en varias áreas de la medicina biológica y psicosocial

1. Diagnosticar de manera oportuna e inicio rápido del tratamiento efectivo de los problemas de salud más frecuentes en todas las fases del ciclo vital en emergencia, hospitalización sala de partos y consulta externa
2. Gestionar las referencias y contratransferencias
3. Preparar el centro para las emergencias: material disponible, vehículos y modos de transporte, localización de los profesionales, medicación y equipamiento básico para emergencias, material para los desplazamientos, gestión de las ambulancias y del transporte para emergencias.
4. Individualizar cada caso y equilibrar su experiencia clínica con la mejor evidencia científica

### Competencias de vida y desarrollo de autonomía

1. Tener la habilidad de transformar las ideas en actos. Utilizar la creatividad, la innovación y la asunción de riesgos, así como con la habilidad para planificar y gestionar proyectos con el fin de alcanzar objetivos.
2. Ser capaz de ponerse a sí mismo sus propias normas; cuando no se rige por lo que le dicen, sino por un tipo de normas que cree que debería cumplir cualquier persona, le apetezca a él o a ella cumplirlas o no.
3. Aplicar de forma rutinaria un método para confrontar una situación, pero también ser capaz de adaptarse al cambio, aprender de las experiencias y pensar y actuar con actitud crítica.
4. Potenciar el conocimiento de sí mismo, impulsa la metacognición sobre su propio aprendizaje, posibilitando la reflexión y la toma de decisiones con criterio propio;
5. Fomentar la actitud crítica y la empatía;
6. Desarrollar la autoestima, el equilibrio personal, y el control emocional;
7. Posibilitar la actitud positiva hacia el cambio y el espíritu emprendedor.

### Competencias emocionales y de comunicación

1. Comunicar de forma efectiva en situaciones de urgencia y emergencia, en geriatría, en escenarios de pediatría, en tratamientos paliativos, en salud mental, en ortopedia y traumatología, en detección y solución de problemas sociales y de salud pública.
2. Comunicar activamente, incorporar el punto de vista del paciente, y de su familia, demostrar confianza en el paciente
3. Adaptar y Negociar el tratamiento con los pacientes entendiendo las condiciones personales del paciente y su contexto.
4. Establecer una relación de confianza, cercana y continua, agradable, empática, comprensiva y respetuosa, muestra interés por la historia clínica y de vida del enfermo, muestra «humanidad».
5. Comprender el contexto rural vive, participa y trabajar dentro de las comunidades pequeñas, supera con creatividad el aislamiento profesional, las limitaciones técnicas, profesionales y de confidencialidad.
6. Movilizar adecuadamente las emociones de los demás.
7. Tratar (o a lo mejor enfrentar) con las personas difíciles y con las situaciones tensas con diplomacia y tacto.
8. Reconocer los posibles conflictos, saca a la luz los desacuerdos y fomentan la disminución de la tensión.
9. Alentar el debate y la discusión abierta.
10. Buscar el modo de llegar a soluciones que satisfagan plenamente a todos los implicados.
11. Articular y estimula el entusiasmo por las perspectivas y los objetivos compartidos.
12. Reconocer las limitaciones de los sistemas de salud y buscar transformarlos.

### Competencias culturales y políticas

1. Defender a los menos favorecidos y Facilitar el empoderamiento de las personas en las decisiones de salud.
2. Promover y defender el derecho de los individuos a ser tratados adecuadamente sin prejuicios étnicos, económicos, de género, orientación sexual u otros.
3. Considerar la diversidad como una oportunidad, crear un ambiente en el que pueden desarrollarse personas de sustratos muy diferentes.
4. Afrontar y combatir los prejuicios y la intolerancia.
5. Entender y criticar las corrientes políticas y sociales soterradas en el Sistema de Salud y en la Comunidad.
6. Comprender los principios de la práctica intercultural en la prestación del servicio:
7. Comprender y respetar a los diferentes grupos culturales locales. Estar familiarizado con el Marco de Implementación de respeto cultural.

8. Comprender los principios de la seguridad / competencia cultural en la prestación de servicios o mantener una reflexión crítica sobre la seguridad cultural y el dominio de la propia práctica
9. Participar en la formación de la conciencia intercultural cuando es posible.
10. Buscar apoyo en casos de diversidad cultural y lingüística, con personal que domine las lenguas ancestrales.
11. Identificar los determinantes de la salud que afectan a los pacientes, contribuye efectivamente al mejoramiento de la salud de los pacientes y las comunidades, reconociendo y respondiendo en temas en los que la defensa de la salud es apropiada.
12. Advertir con facilidad las relaciones de poder a nivel familiar, local y nacional
13. Percibir claramente las redes sociales más importantes.
14. Comprender las fuerzas que modelan el punto de vista y las acciones de los consumidores, los pacientes y los otros y los competidores.
15. Interpretar adecuadamente tanto la realidad externa como la realidad interna del Sistema de Salud local
16. Cuando resulta necesario, puede tomar decisiones independientemente del puesto que ocupa en el Sistema. Desafía el “status quo” y reconoce la necesidad del cambio.
17. Liderar con el ejemplo y Alentar cualidades grupales tales como el respeto, la disponibilidad y la cooperación. Despertar la participación y el entusiasmo. Consolidar la identidad grupal, el espíritu de cuerpo y el compromiso. Cuidar al grupo y su reputación, e incluso comparten los méritos.
18. Cultivar y mantener amplias redes informales. Crear y consolidar la amistad personal con las personas de su entorno laboral. Establecer y mantener el contacto emocional.
19. Buscar soluciones locales con recursos locales. Negociar y contextualizar los problemas de la comunidad que involucran siempre otras necesidades de tipo económico, cultural y social. Facilitar el manejo intersectorial optimizando los esfuerzos de las familias, los organismos estatales y no estatales y la comunidad.
20. Promover la conciencia social y las dinámicas generadas por las estructuras sociales, desarrollar mensajes que promuevan cambios en la forma en que el individuo, la familia y las comunidades miran los determinantes de la salud, respetando la visión fatalista de la enfermedad y la base espiritual que la sustenta.

## Discusión

La primera impresión es la relación dispar entre el volumen de competencias no específicas descritas por los entrevistados y las competencias específicas (es decir, aquellas propiamente del campo médico), sin embargo, se deben hacer algunas puntualizaciones. Para los pacientes y los líderes comunitarios las competencias relacionadas con el ejercicio médico son prioritarias, especialmente porque “un médico que trabaja en zonas rurales no cuenta con los equipos ni las personas que se tienen en la ciudad”<sup>1</sup>. Esta condición demanda del médico “excelencia profesional”<sup>2</sup> y “un gran conocimiento de la medicina”<sup>3</sup>. Es decir, que aunque no se citen una gran cantidad de competencias médicas en la primera unidad de competencia, los entrevistados reclaman la experticia médica.

La mayoría de los líderes entrevistados recalcó que la competencia más importante es el desarrollo de la autonomía. Todos los grupos señalaron a la autonomía como una competencia primordial para trabajar en zonas rurales. Sin embargo, al preguntar sobre la redundancia de esta problemática los entrevistados pudieron afirmar que era una competencia que estaba ausente en los profesionales que habían conocido.

La autonomía ha sido señalada por la Unión Europea (UE) como una competencia de vida para los estudiantes secundarios. Más específicamente se habla de “sentido de la iniciativa y espíritu emprendedor”. El desarrollo de esta competencia requiere de una serie de conocimientos, habilidades y destrezas, actitudes y valores que no surgen espontáneamente, sino que demandan un trabajo consciente, ordenado y planificado. (17)

Los dirigentes comunitarios y los profesionales de Ciencias Sociales entrevistados señalaron la competencia política y cultural como las menos desarrolladas por los médicos. “El médico no entiende la nosología<sup>4</sup> popular que utilizan los pacientes para describir sus dolencias, ni las ideas sobre el origen sobrenatural de sus padecimientos, ni los conceptos que consideran apropiados para tratarlos<sup>5</sup>.”

Los científicos sociales cuestionan la práctica médica actual por no considerar los aspectos multidimensionales implicados en la experiencia de la enfermedad (comprensión analítica / atomista de la enfermedad); por ser marcadamente etnocéntrica lo que es puesto en evidencia en el uso de un lenguaje técnico alejado de la experiencia cotidiana de los pacientes (validación objetivista / autoridad racional). Además existe una primacía del supuesto de la homogeneidad cultural y el correlativo no-reconocimiento de las diferencias culturales (asimilación cultural). Para ellos es imperativo superar este modelo médico dominante, cuyas prácticas se caracterizan por ser dogmáticas, autoritarias e impositivas.

## Conclusiones y recomendaciones

El desarrollo de la competencia autonomía, como una competencia para la vida, es un desafío para la educación en el país. Esta competencia está relacionada con la familia y la educación básica. Los retos para el desarrollo de esta competencia pasan por reformar las instituciones educativas y los métodos de enseñanza, así como exhortar a las familias a quienes les compete ayudar a sus hijos e hijas a adquirir progresivamente autonomía en sus actividades habituales, para que aprendan a tomar decisiones, se responsabilicen de sus actos, cumplan sus compromisos y aprendan de sus errores.

Si se asume el enfoque de las competencias, la actual propuesta desde los actores comunitarios propone el desarrollo de *competencias genéricas o transferibles*<sup>6</sup> como un aspecto clave para trabajar en las zonas rurales. Para los entrevistados estas competencias resultaron ser las más relevantes (la mayoría de elementos de saturación axial son parte de estas competencias no específicas). Esto contrasta con el discurso vigente en las universidades modernas, pues plantea un conjunto de exigencias para el profesional, que superan el perfil de egreso<sup>7</sup> de diferentes universidades ya que obliga un conjunto de competencias que va más allá del dominio médico y demandan un agente de cambio.

En cambio, desde la perspectiva de la Pedagogía crítica, la relevancia que los actores comunitarios dan a la competencia de autonomía cuestiona el origen del currículo y la metodología de enseñanza que se aplica actualmente en las escuelas de medicina e incluso de la educación básica y media. Pues la autonomía se desarrolla a lo largo del ciclo vital pero su origen está en edades tempranas y está relacionada con la educación de la familia y la sociedad misma. De hecho, las demandas planteadas desde la comunidad están más alineadas con la Pedagogía crítica que con el enfoque de competencias.

Pues el ejercicio de la medicina rural requiere que el profesional conozca y desarrolle estrategias prácticas y realistas para su desempeño. Muchas de las competencias culturales y políticas, o inclusive las competencias de comunicación, expuestas en el trabajo han sido desarrolladas en el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), pero a pesar de la fundamentación legal y curricular existe un abismo entre lo que está escrito en las leyes y los modelos teóricos y la práctica.

El Programa de Salud Rural (PSR) que es parte del Sistema Nacional de Salud requiere una perspectiva que mejore su nivel técnico pero que atienda las necesidades de la población. Las competencias de vida y autonomía, las competencias emocionales y de comunicación, las competencias culturales y políticas son aspectos igual de relevantes para la ejecución del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), así como lo es el dominio de la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS) sin estas no se lograra el impacto social esperado.

Las dificultades que tienen los profesionales rurales pueden ser superadas al menos en parte, con un programa de educación médica continua flexible y políticas del desarrollo profesional, tales como oportunidades de trabajo en grupos, mejoras las instalaciones hospitalarias, cargas de trabajo razonables, incentivos financieros, médicos suplentes, mejorar de calidad de la vivienda, y un mejor apoyo educativo para las familias (18).

La didáctica supone compartir un camino de apropiación de un concepto, pero sobre todo de una práctica, que implica un recorrido histórico y personal del médico, para desarrollar una actitud de compromiso con la utopía de eliminar las inequidades y promover la inclusión social. El profesional rural debe entender los acontecimientos de la modernidad, analizarlos críticamente, buscando en la práctica médica, estrategias comunicacionales para conjugarlos en culturas marcadas por el fatalismo y el catastrofismo.

## Bibliografía

- 1 Carr W, Kemmis S. Teoría crítica de la enseñanza. La investigación-acción en la formación del profesorado. Barcelona: Martínez Roca; 1986.
- 2 Hidalgo Ottolenghi R. <http://www.ute.edu.ec/>. [Online]. [cited 2016 03 10]. Available from: <http://www.ute.edu.ec/equinoccio5/ART%20I.pdf>.
- 3 Pontificia Universidad Católica del Ecuador. <ftp://ftp.puce.edu.ec/>. [Online]. [cited 2016 03 11]. Available from: <ftp://ftp.puce.edu.ec/Facultades/Medicina/CEAACES/PLAN%20CURRICULAR/C3.2%20PRACTICAS%20Y%20CORRESPONDENCIA%20CUR>
- 4 Patiño Torres M. Análisis diacrónico de la educación médica como disciplina: Desde el informe Flexner. Medicina Interna, Educación Médica y Comunidad. 2007;; p. 98-107.
- 5 Escribano A. El Aprendizaje Basado en Problemas: Una propuesta Metodológica en Educación Superior: Narcea Ediciones ; 2008.
- 6 Tobón S. Formación basada en competencias: Pensamiento complejo, diseño curricular y didáctica. Primera ed. Bogotá: ECOE; 2004.
- 7 JR F, L S, J S. Can Meds 2015 Physician Competency Framework JR F, L S, J S, editors. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
- 8 Beattie N. <http://www.wacountry.health.wa.gov.au/>. [Online].; 2011 [cited 2016 01 20]. Available from: [http://www.wacountry.health.wa.gov.au/fileadmin/sections/allied\\_health/WACHS\\_R\\_AH\\_RuralRemoteCompetenciesCT.pdf](http://www.wacountry.health.wa.gov.au/fileadmin/sections/allied_health/WACHS_R_AH_RuralRemoteCompetenciesCT.pdf).
- 9 Baneitone P, Esquetini C, González J, Marty Maletá M, Suifi G, Wagenaar R. Reflexiones y perspectivas de la Educación Superior en América Latina Informe final - Proyecto Tuning - América Latina 2004-2007. Primera ed. Baneitone P, Esquetini C, González J, Marty Maletá M, Suifi G, Wagenaar R, editors. Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto; 2007.
- 10 Gruppen LD, Mangrulkar RS, Kolars JC. The promise of competency-based education in the health professions for improving global health. Human Resources for Health. 2012 Noviembre ; 10(43).
11. Sturmberg JP, Reid AL, Thacker JL, Chamberlain C. A community based, patient-centred, longitudinal medical curriculum. Rural and Remote Health. 2003 Septiembre; 3(210).
12. World Health Organization. [www.who.org](http://www.who.org). [Online].; 2010 [cited 2016 04 20]. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0042-96862010000500018>.
13. Habermas J. Ciencia y técnica como "ideología". Segunda ed.: Tecnos; 1986.
14. Apple M. Teoría crítica y educación Buenos Aires: Miño y Dávila; 1997.
15. McLaren P. Pedagogía crítica y cultura depredadora: Políticas de oposición en la era postmoderna Barcelona: Paidós; 1995.
16. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. Sexta ed. editores MHI, editor. México D.F.: McGrawHill Education; 2014.
17. Comisión Europea/EACEA/Eurydice. El desarrollo de las competencias clave en el contexto escolar en Europa: desafíos y oportunidades para la política en la materia. Informe de Eurydice Europea OdpdIU, editor. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea; 2012.
18. RM G, SL H. Obstacles and solutions to maintenance of advanced procedural skills for rural and remote medical practitioners in Australia. Rural Remote Health. 2006 Octubre; 6(4).
19. Rominskia S, Donkorb PA, Lawsonc A, Dansod K, Sterne D. A Low-Cost Method for Performing a Curriculum Gap-Analysis in Developing Countries: Medical School Competencies in Ghana. Teaching and Learning in Medicine: An International Journal. 2012 Julio; 24(3).
20. Nebot C, Rosales C, Borrell R. Curso virtual para el desarrollo de competencias en atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica. 2009; 26(2).
21. Reta de Rosas AM, López MJ, Montbrun M, Ortiz A, Vargas AL. Competencias médicas y su evaluación al egreso de la carrera de medicina en la Universidad Nacional de Cuyo (Argentina). Educación médica. 2006 Junio; 9(2).
22. Sánchez Parga J, al e. Los caminos de la cura. In al. JSPe. Política de salud y comunidad andina. Quito: CAAP; 1982. p. 311.
23. MSP ECUADOR: Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud. Primera ed. Pública DNdAyMdsNdSydlR, editor. Quito : Dirección Nacional de Articulación y Manejo del Sistema Nacional de Salud y de la Red Pública; 2012.
24. Hawes B G. <http://www.gustavohawes.com/>. [Online].; 2010 [cited 2016 Abril 10]. Available from: <http://www.gustavohawes.com/Educacion%20Superior/2010Perfil%20de%20egreso.pdf>.

## Notas al pie

1. Expresión de Segundo Mina, dirigente afroecuatoriano del Seguro Social Campesino de San Vicente de Andoas , Pedro Vicente Maldonado (Pichincha).

2. Ibidem

3. Ibidem

4. Nosología: rama de la medicina cuyo objeto es describir, explicar, diferenciar y clasificar la amplia variedad de enfermedades y procesos patológicos existentes, entendiendo éstos como entidades clínico- semiológicas, generalmente independientes e identificables según criterios idóneos.

5. Comentario de Cesar Ruiz, Antropólogo, Educador, trabaja en la provincia de Cotopaxi, ha trabajado en zonas rurales con el movimiento indígena desde la década de los 70s.

6. El trabajo de Tejeda Días y Sánchez del Toro (2012) clasifica a las competencias en básicas, genéricas o transferibles y específicas. Las primeras describen comportamientos elementales que deberían demostrar los trabajadores en su desempeño laboral, las cuales están asociadas a conocimientos de índole formativa, como son la capacidad de lectura, expresión, comunicación verbal y escrita. Las competencias genéricas describen comportamientos asociados con desempeños comunes a diversas ocupaciones y ramas de la actividad productiva y de servicios, como son la capacidad de trabajar en equipo, planear, programar y entrenar. Las competencias específicas identifican comportamientos asociados a conocimientos de índole técnica vinculados a un cierto lenguaje tecnológico y una función productiva determinada.

7. Perfil de egreso: “Se concibe como una declaración formal que hace la institución frente a la sociedad y frente a sí misma, en la cual compromete la formación de una identidad profesional dada, señalando con claridad los compromisos formativos que contrae y que constituyen el carácter identitario de la profesión en el marco de la institución, a la vez que especifica los principales ámbitos de realización de la profesión y sus competencias clave asociadas” (24).