

MENSAJE EDITORIAL

FORMAR PROFESIONALES DE LA SALUD COMPETENTES CULTURALMENTE

Hablar de un currículo basado en competencias en educación superior se refiere, de forma muy simplificada, a los saberes, actitudes y destrezas que deben dominar los graduados antes de entrar al ejercicio profesional. Particularmente en el área de la salud, esta lista que describe los requisitos mínimos o indispensables que deben tener los profesionales al egresar de la universidad cada vez se hace más larga (1). Aunado a fuerzas impulsoras que son propias de la medicina como el crecimiento del conocimiento biomédico, la sofisticación de los sistemas de atención y la transición de modelos epidemiológicos, los profundos cambios sociales que experimenta el mundo también impactan en las competencias que deben tener los graduados para la atención clínica.

Existe cierto consenso en las competencias que deben formar parte en estos mínimos. En México, la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM) describe siete competencias: dominio de la atención médica, dominio de las bases científicas, capacidad metodológica e instrumental en ciencias y humanidades, dominio ético y del profesionalismo, dominio de la calidad de la atención médica y trabajo en equipo, dominio de la atención comunitaria, y la capacidad de participación en el sistema de salud (2). El Instituto Internacional para la Educación Médica, basado en un consenso europeo de competencias propuso: valores profesionales, actitudes, comportamientos y ética; fundamentos científicos de la medicina; habilidades clínicas; habilidades de comunicación; salud pública y sistemas de salud; manejo de la información; análisis crítico e investigación (3). En Estados Unidos, el Consejo de acreditación de educación médica para el posgrado (ACGME, por sus siglas en inglés) define seis áreas de competencias: cuidado del paciente y competencias procedimentales, conocimiento médico, aprendizaje basado en la práctica y mejora, competencias interpersonales y de comunicación, profesionalismo, y práctica sistémica (4). No obstante, hay algunos dominios de competencia en los cuales aún no existe este consenso.

Como instituciones formadoras de profesionales de la salud, la transformación continúa de ser mayoritariamente currículos basados en ciencia hacia aquellos enfocados en expertos que serán actores activos en un sistema de salud (5). La humanidad enfrenta grandes retos en los cuales los graduados necesitan desempeñarse y proponer soluciones, por ejemplo, cómo abordar el cambio climático o el diseñar políticas públicas ante la crisis de migración de personas desplazadas de sus hogares (6). Es en entornos como estos, altamente complejos, donde la preparación en nuevas competencias es indispensable. Una que resuena en los últimos años es la competencia de la interculturalidad o el ser competentes culturalmente. Campinha-Bacote (7) describe esta competencia como el procesamiento de información de una cultura y la posterior adaptación del comportamiento propio acorde a este procesamiento realizado. La autora describe un modelo de cinco elementos: la autoconciencia de su propia cultura, el deseo o la motivación de actuar en ese reconocimiento de la cultura, el conocimiento cultural, la competencia cultural, y la búsqueda activa de salir a ese encuentro de las diferencias culturales.

El uso de estos elementos para el ejercicio de la competencia intercultural en estudiantes de medicina es esencial para prepararlos para una práctica médica efectiva y sensible a las diversas necesidades y contextos

culturales de los pacientes. Algunos ejemplos de actividades de aplicación de competencia intercultural en estudiantes de medicina son:

1. Sensibilización cultural: Los estudiantes participan en actividades como talleres, seminarios o visitas a comunidades culturalmente diversas. Estas experiencias les permitirían comprender y apreciar las diferencias culturales, así como reconocer sus propios sesgos culturales.
2. Educación sobre salud transcultural: Los estudiantes aprenden sobre creencias, prácticas y valores culturales de las comunidades a las que atienden. Por ejemplo sobre los aspectos culturales que pueden influir en la salud y las decisiones de tratamiento de los pacientes, como las prácticas de medicina tradicional, las barreras de comunicación y las percepciones sobre enfermedades y tratamientos.
3. Habilidades de comunicación culturalmente sensibles: Los estudiantes se enfocan en habilidades de comunicación efectiva y culturalmente adecuada. Por ejemplo en adaptar su estilo de comunicación a las necesidades culturales y lingüísticas de los pacientes, utilizando estrategias como la empatía, la claridad y la interpretación culturalmente sensible.
4. Colaboración interprofesional: La colaboración entre estudiantes de medicina y profesionales de otras disciplinas, como trabajadores sociales, intérpretes médicos y expertos en salud comunitaria. Esto permitiría a los estudiantes comprender la importancia de un enfoque interprofesional en la atención médica culturalmente competente.
5. Experiencias clínicas diversificadas: Oportunidades clínicas en entornos culturalmente diversos, donde los estudiantes interactúan con pacientes de diferentes orígenes culturales. De forma que aplican sus conocimientos interculturales en situaciones reales y desarrollan una comprensión más profunda de las necesidades de atención de diversos grupos de pacientes.
6. Reflexión y autoevaluación: Los estudiantes reflexionan sobre sus propias actitudes, creencias y prejuicios culturales, así como a evaluar su competencia intercultural en el contexto médico. Esto fomenta un desarrollo continuo de su competencia intercultural a lo largo de su carrera.

Estos elementos no restringen el uso de la competencia de interculturalidad a que nuestros egresados decidan dejar su país de origen y dedicarse a ejercer en el extranjero. En un mundo globalizado este ejercicio implica recibir en la consulta a un paciente de otra región o país, aunque ambos interactúen en idioma español. También se refiere a realizar investigación con colegas en otras regiones geográficas quienes solo han interactuado vía correo electrónico. Estos ejemplos hacen referencia a algunas de las dimensiones que describen la cultura de una sociedad. Un modelo que explica estas diferenciaciones culturales más allá del origen étnico, es el modelo de seis dimensiones de Hofstede (8): distancia de poder, individualismo-colectivismo, masculinidad-feminidad, aversión de la incertidumbre, orientación al largo plazo, e indulgencia-control. A continuación se describe cada una de las dimensiones:

- a) Distancia de poder: el grado en el que una sociedad acepta la distribución desigual de poder en instituciones como la familia, la escuela o la comunidad, y los entornos laborales (9).
- b) Individualismo-Colectivismo: el grado en el que las personas prefieren actuar como individuos en lugar de actuar como miembros de un grupo.
- c) Masculinidad-Feminidad: el grado en el cual valores como asertividad, desempeño, éxito y competición que el autor asocia con la "masculinidad", prevalecen sobre valores como la calidad de vida, las relaciones personales, el servicio o la solidaridad que el autor asocia con la "feminidad".
- d) Aversión de la incertidumbre: el grado en el que los miembros de una sociedad no se sienten cómodos en situaciones desestructuradas, nuevas o sorpresivas (9).
- e) Orientación al largo plazo: el grado en el cual los miembros de una sociedad adoptan una visión pragmática en la que reciben el cambio para prepararse para el futuro, comparado con el corto plazo donde prefieren mantener tradiciones y normas antiguas.
- f) Indulgencia-control: el grado en que los miembros de una sociedad aceptan la relativa gratificación de sus necesidades básicas relacionadas con disfrutar la vida y divertirse, contrario a la estricta regulación por normas sociales.

La integración de la competencia intercultural en la formación de estudiantes de medicina es fundamental para garantizar una atención médica equitativa, respetuosa y efectiva para todos los pacientes, independientemente de su origen o contexto cultural. La autoconsciencia que los profesionales de la salud tienen sobre el desarrollo de esta competencia se convierte en una rejilla de análisis de la cultura de los sistemas y contextos donde interactúan, de tal forma que su fortalecimiento es crucial. Al ser competentes

culturalmente los egresados podrán no solo tener el conocimiento de dicha cultura, sino salir al encuentro de esas diferencias culturales y desempeñarse efectivamente. Es este ejercicio el que crea valor a la sociedad mediante escenarios de entrenamiento y de aprendizaje significativo donde los estudiantes honran su llamado o vocación de servicio a sus comunidades. Al desarrollar estas habilidades, los futuros médicos estarán mejor preparados para abordar las disparidades de salud y brindar atención centrada en el paciente a una población cada vez más diversa.

Dra. Mildred Vanessa López Cabrera
Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina y
Ciencias de la Salud

REFERENCIAS

1. Cate O, Carraccio C. Envisioning a True Continuum of Competency-Based Medical Education, Training and Practice. *Academic Medicine*. 2019;94(9):1283-1288.
2. Abreu LF, Cid AN, Herrera G, Lara JV, Laviada R, Rodríguez C, Sánchez JA. Perfil por Competencias del Médico General Mexicano. Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina (AMFEM). México: Elsevier; 2008.
3. Peinado Herreros JM. (2005). Competencias Médicas. *Educación Médica*. 2005;8(2): 04-06.
4. Eno C, Correa R, Stewart NH, Lim J, Westerman ME, Holmboe ES, Edgar L. Milestones Guidebook for Residents and Fellows. EEUU: ACGME; 2020.
5. Lopez M, Pérez-Villalobos C, Suárez D, Ar A. The training of a new social-responsible generation of health professionals with a patient-centered vision. *Ciênc. saúde coletiva*. 2022;27(08). <https://doi.org/10.1590/1413-81232022278.07392021>
6. Devakumar D, Selvarajah S, Shannon G, Muraya K, Lasoye S, Corona S, Paradies Y, Abubaar I, Achiume ET. Racism, the public health crisis we can no longer ignore. *The Lancet*. 2020;395(10242):E112-E113.
7. Campinha-Bacote, J. The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services. *Journal of Transcultural Nursing*. 2002;13(3):181-184.
8. Hofstede G. *Culture's consequences: Comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations*. Thousand Oaks: SAGE; 2001.
9. Farías P. Cambios en las distancias culturales entre países: Un análisis a las dimensiones culturales de Hofstede. *Opción*. 2007;23(52):85-103.