

La formación médica en el ámbito de las capacidades, según las necesidades del entorno

Medical training concerning capacities, based on the setting-related needs

Jhon Jairo Botello Jaimes¹ <https://orcid.org/0000-0002-5326-7708>

Sandra Constanza Cañón Buitrago^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7228-2420>

Keyler Saralith Díaz Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-2982-0075>

Fabio Mauricio Sánchez Cano¹ <https://orcid.org/0000-0002-3044-7853>

Luis Miguel Delgado Arias¹ <https://orcid.org/0000-0001-5978-2017>

Jairo Cruz¹ <https://orcid.org/0000-0001-8518-7246>

¹Universidad de Manizales, Facultad de Ciencias de la Salud. Manizales, Colombia.

*Autor para correspondencia: sandraka@umanizales.edu.co

RESUMEN

Introducción: El análisis crítico y la modificación de la formación médica en Colombia es un asunto de gran relevancia en el sistema educativo universitario. Los procesos educativos y formativos de los médicos no pueden estar a espaldas de las realidades actuales, de los contextos contemporáneos y de las diferentes necesidades que han determinado las nuevas condiciones de orden legal, político, económico y cultural.

Objetivo: Identificar las necesidades en la formación médica en el ámbito de las capacidades, de acuerdo con las necesidades del entorno, en el programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Manizales.

Métodos: Estudio exploratorio, diagnóstico y descriptivo, con enfoque empírico analítico, a partir de preguntas validadas por expertos y utilizadas en grupos focales. Los datos y la información obtenidos se analizaron estructuralmente a través de Atlas Ti, para obtener categorías emergentes. Estas fueron descritas a

través de redes semánticas, las cuales, de manera complementaria, se confrontaron con categorías empíricas.

Resultados: Los resultados precisaron que la profesión médica como ocupación atiende fundamentalmente a la definición convencional de competencias, que expresa que estas son un saber hacer en contexto. Se encontraron capacidades como: proactividad, toma de decisiones, empatía, perfil investigado y habilidades comunicativas, como perfiles de mayor importancia.

Conclusiones: El estudio mostró la importancia de orientar la formación médica integral con un currículo flexible, donde se puedan dar procesos educativos problematizantes. Asimismo, se evidenció la relevancia de la práctica.

Palabras clave: estudiantes de medicina; formación profesional; competencia profesional; conocimiento.

ABSTRACT

Introduction: Critical analysis and modification of medical training in Colombia is a matter of great relevance in the university educational system. Educational and training processes for physicians cannot be ignored by current realities, in contemporary contexts and considering the different needs that have determined the new legal, political, economic and cultural conditions.

Objective: To identify the needs in medical training in the field of skills, according to the needs of the environment, in the Medicine major's program of the School of Health Sciences of the University of Manizales.

Methods: An exploratory, diagnostic and descriptive study, with an analytical empirical approach, based on questions validated by experts and used in focus groups. The data and information obtained were structurally analyzed through ATLAS.ti, to obtain emerging categories. These were described through semantic networks, which, in a complementary way, were confronted with empirical categories.

Results: The results specified that the medical profession as an occupation fundamentally attends to the conventional definition of competences, which expresses that these are know-how in context. Capabilities such as: proactivity, decision making, empathy, researched profile and communication skills were found as the most important profiles.

Conclusions: The study showed the importance of guiding comprehensive medical training with a flexible program of studies, in which problematic educational processes can occur. Likewise, the relevance of the practice was evidenced.

Keywords: medical students; professional training; professional competences; knowledge.

Recibido: 07/06/2020

Aceptado: 23/06/2020

Introducción

En Colombia, el referente más importante con respecto a la reflexión, el análisis crítico y la fuerza común, que ha procurado trazar políticas e intentado que las escuelas de medicina estén acorde con las necesidades formativas, ha sido la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). De este modo, en la actualidad la insistencia está centrada en los nuevos desempeños, contextos y capacidades: “[...] el tema de la capacidad resolutive de los médicos se debe abordar tanto desde la formación como desde el campo laboral”.⁽¹⁾

La capacidad resolutive, como condición cognitiva, constituye un baluarte del desempeño en el aula, como también de los escenarios laborales, de la cual se tienen expectativas, tanto en los procesos formativos como en la organización curricular de las escuelas de medicina; lo mismo ocurre con las relaciones pedagógicas que se establecen con los docentes. Dicha capacidad resolutive, sustrato de las competencias y de las capacidades, se transforma desde los escenarios de formación en ciencias básicas hasta los campos de desempeño en la atención en salud integral. La formación médica y el ejercicio de esta profesión no escapan a las circunstancias que el mundo está planteando. Resulta claro que, según lo formulado por *Osorio y Torres*,⁽²⁾ los escenarios actuales comprometen seriamente la tarea formativa.

Por otro lado, existe en las escuelas de medicina un marcado énfasis por mantener procesos formativos de fuerte tradición paramétrica, esquemática y repetitiva, que impiden aceptar otras posibilidades educativas. Igualmente, no se puede perder de vista que la tradición formativa en la medicina debe estar permeada por el énfasis y el desempeño en prácticas de carácter humanista. El médico debe educarse para estar atento y responder a cada necesidad de la persona enferma. “Una de las consecuencias de este cambio de paradigma es la transformación social de la medicina”.⁽³⁾

Desde principios del siglo xx, la medicina latinoamericana ha estado influenciada por el modelo Flexneriano, con tres métodos de enseñanza médica: la conferencia didáctica (aprendizaje basado en problemas), la lección demostrativa (simulación

clínica y reflexión) y el ejercicio práctico (aprendizaje al lado del paciente).⁽⁴⁾ Debe anotarse que bajo esta perspectiva no solo se debe pensar en competencias específicas, como se mencionó, sino en la situación actual del mundo y de las regiones en concreto, en las cuales se han originado nuevas enfermedades y, por ende, nuevos modos de intervención. Por otro lado, con los nuevos desarrollos tecnológicos, virtualización, software libre, redes sociales y telemedicina, la educación se ha visto abocada a nuevas posibilidades de intervención y formación en medicina.⁽⁵⁾

Tiene importancia construir un hilo conductor entre lo que ha sido la tradición educativa médica y los nuevos escenarios que han generado demandas de desempeño e, igualmente, exigencias de transformación pertinente y oportuna, no solo en las dinámicas educativas, sino en la organización curricular de los programas o escuelas de medicina en Colombia. Se mantienen en el centro de la discusión en el campo formativo, las reflexiones, las exigencias y los diversos pronunciamientos en torno al desarrollo de capacidades, y la puesta en escena de competencias genéricas y específicas.

Por lo anterior, el presente artículo tuvo el objetivo de identificar las necesidades en la formación médica en el ámbito de las capacidades, de acuerdo con las necesidades del entorno, en el programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Manizales.

Métodos

La presente investigación se realizó desde una perspectiva empírico-analítica, lo que permitió tomar una postura deductiva frente al fenómeno en cuestión, realizar descripciones, precisar conceptos y proponer comprensiones en torno a teorías preexistentes. Fue un estudio de carácter exploratorio, diagnóstico y descriptivo. Se utilizó la técnica de grupos focales. Se conformaron seis grupos con estudiantes, egresados, docentes, directivos, coordinadores del programa de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Manizales, gerentes y directores de instituciones prestadoras de salud y entidades promotoras de salud e instituciones de la ciudad de Manizales, Colombia. La invitación para integrar los grupos focales se hizo a través de un correo electrónico. En total participaron 71 sujetos, quienes se distribuyeron en cada uno de los grupos focales, lo que garantizó que hubiese representantes de cada gremio.

La actividad de grupos focales buscaba determinar las competencias para el médico, teniendo en cuenta lo propuesto por instituciones como Ministerio de

Salud, ASCOFAME y el proyecto Tunning Medicina, Europa y América Latina. Para tal efecto, se abordaron seis interrogantes, las cuales se trabajaron en cada grupo focal. Estas fueron obtenidas previamente a partir del encuentro con expertos en el campo de la salud y de la formación médica, a través de entrevistas no estructuradas; posteriormente, se sometieron a la respectiva validación de estos pares.

La intervención en los grupos se realizó en torno a los siguientes interrogantes:

- Grupo Focal 1: ¿Qué debe saber hacer bien un médico en su ejercicio profesional?
- Grupo Focal 2: ¿Cómo debe aprender el estudiante de medicina para adquirir las competencias requeridas en su vida profesional?
- Grupo Focal 3: ¿Cómo se debe enseñar al estudiante de medicina para que aprenda las competencias requeridas en su vida profesional?
- Grupo Focal 4: ¿Cuándo se debe enseñar al estudiante de medicina las competencias que requiere aprender?
- Grupo Focal 5: ¿Cómo se entera de que el médico hace bien lo que le corresponde hacer?
- Grupo Focal 6: ¿Qué características tiene un buen médico?

Una vez terminada dicha actividad de grupos focales, se presentó la relatoría por parte de cada uno de los integrantes de dichos grupos, las cuales fueron el insumo para la discusión, la reflexión y los acuerdos de base que permitieron orientar los desarrollos curriculares del programa de medicina.

A partir de los resultados obtenidos en los grupos focales, la información se sometió a análisis cualitativo a través del software Atlas Ti, el cual generó categorías emergentes. Se partió de la idea: “las categorías son formas del ser, determinaciones de existencia”.⁽⁶⁾ En este sentido, el método descriptivo permitió dar cuenta del objeto de estudio en sus posibilidades deductivas y, por el énfasis cualitativo, dirigió la mirada a elementos emergentes, que para este caso se denominaron categorías emergentes. También, el método diagnóstico y el descriptivo favorecieron la determinación de las necesidades planteadas, a través de una técnica estructurada como en el caso de los grupos focales.

En la investigación se respetaron todas las normas éticas de la ley vigentes en Colombia para este tipo de propuestas, de acuerdo con la resolución No. 8430 de 1993. Se contó con el aval del Comité de Bioética. No se recolectó ninguna información que permitiera la identificación de los participantes, el proceso fue

totalmente voluntario y todos firmaron el consentimiento informado. A los participantes se les explicó el estudio y se enfatizó en que podían retirarse cuando lo desearan. Los resultados se han ido socializando paulatinamente con los diferentes estamentos.

Resultados

Síntesis estructural de la información

La técnica utilizada permitió encontrar categorías emergentes específicas, en torno a los procesos formativos y las categorías empíricas generales que dieron cuenta del desempeño profesional y ocupacional. Hay que precisar que dichas categorías se representaron en redes semánticas, las cuales, en su despliegue, permitieron observar frecuencias, persistencias y conexiones subcategoriales. Es de anotar que la investigación no solo llevó a reconocer las necesidades formativas, sino que arrojó elementos importantes y de utilidad que ilustraban los procesos formativos en medicina.

Categorías emergentes específicas

Las categorías emergentes específicas se exponen a continuación en la figura. La emergencia y las tendencias en el proceso investigativo no se apartan de la idea central de buscar cuáles eran las necesidades de formación en la profesión médica en la Universidad de Manizales.



Fig. - Categorías emergentes específicas.

Categorías emergentes generales

La categoría que emerge de manera general son las competencias. Como primera medida, es importante tener en cuenta que el enfoque de las competencias en la educación superior busca establecer un hilo conductor entre el conocimiento cotidiano, el académico y el científico.^(7,8,9,10) También vale la pena insistir en que, cuando se habla de competencias -teniendo como referencia el saber-, el concepto *ser* está inmerso en dicho saber. El saber le acontece al *ser*, al igual que el *conocer* y el *hacer*. Para cumplir con el objetivo de la investigación, se utilizó una estrategia de acercamiento mediante la construcción de interrogantes que permitieran reconocer los saberes, con lo cual se lograron determinar aspectos emergentes generales, que dieron cuenta de los saberes profesionales y ocupacionales requeridos.

Las necesidades en formación médica, a partir de grupos focales en el entorno de la formación y la futura vida profesional, permitieron formular el perfil profesional y ocupacional del médico egresado de la Universidad de Manizales. Se encontraron capacidades (saber hacer)⁽¹¹⁾ como la proactividad, la capacidad de tomar decisiones, la empatía, el perfil investigado y las habilidades comunicativas como los perfiles con mayor importancia expresados en las redes semánticas. Existen capacidades comunes al perfil ocupacional y profesional, dado que el segundo

subsume al primero.

Para una mejor comprensión de la información obtenida y en consideración a las tendencias reflejadas en los datos numéricos, las competencias del perfil profesional se presentan de manera priorizada sobre la base de cuatro niveles de clasificación: superior, alto, básico y bajo. En el primer caso se puede inferir que aparecen las competencias de mayor requerimiento y necesidad en la formación médica en la institución objeto de estudio. El nivel alto muestra necesidades formativas que pueden ser suplidas o intervenidas en el mediano plazo, pero que mantienen su importancia y que no representan mayor valor en términos del desempeño ocupacional. Con relación al nivel básico, este permite entender que las capacidades encontradas resultan importantes, pero su desarrollo se puede lograr en el largo plazo.^(12,13) Finalmente, el nivel bajo da cuenta de que estas competencias no tienen importancia y no se intervienen en la formación médica. En este último caso, y a pesar de lo encontrado, resultan capacidades y competencias necesarias de tener en cuenta (Tablas 1, 2, 3 y 4).

Tabla 1 - Nivel Superior en la clasificación de competencias del perfil profesional

Perfil profesional
Con empatía (21)
Con habilidad comunicativa (25)
Con capacidad de trabajo en equipo (20)
Ético y con valores (31)
Con capacidad de autoformarse (29)
Ser persona y ser humano (46)
Ser docente (22)

Tabla 2 - Nivel Alto en la clasificación de competencias del perfil profesional

Perfil profesional
Investigador (11)
Autoevaluador (11)
Con tolerancia a la frustración (12)
Crítico (12)
Con capacidad de resolver problemas (16)

Con capacidad de análisis y adaptación al contexto (16)
Autónomo (11)
Ser integral (19)
Con capacidad de intervención en casos prácticos (casos clínicos) (13)

Tabla 3 - Nivel Básico en la clasificación de competencias del perfil profesional

Perfil profesional
Proactivo (6)
Con capacidad de tomar decisiones (2)
Solidario (2)
Con capacidad de actualizarse permanentemente (3)
Con dedicación y distribución del tiempo (4)
Sujeto político (5)
Con capacidad de relacionarse con el medio, el contexto y las personas (1)
Con buena redacción y ortografía (8)
Con reconocimiento del otro (4)
Con capacidad narrativa (1)
Con principio de racionalidad (3)
Disciplinado (7)
Persuasivo (2)
Con autocontrol (8)

Tabla 4 - Nivel Bajo en la clasificación de competencias del perfil profesional

Perfil profesional
Con competencias básicas (0)
Cumplidor de tareas (0)
Honesto (0)

Discusión

En el marco de esta investigación, las capacidades como categoría emergente están centradas, fundamentalmente, en el campo de la docencia, la cual, a su vez, se asocia con enseñar al alumno cómo aprender. Sus componentes son el desarrollo de competencias en los estudiantes, como la motivación, el compartir experiencias, crear disciplina y formar al médico en saber educar. Esto último está vinculado con la educación centrada en casos prácticos (casos clínicos), los cuales deben permitir una retroalimentación permanente en la formación, una articulación de la teoría con la práctica y el fomento de más actividades formativas de carácter práctico.

Esto está acorde con lo que determinaron *García* y otros⁽¹⁴⁾ en relación con el conjunto de conocimientos, valores que deben soportar el desempeño y la capacidad de cambio que el estudiante debe ir adquiriendo desde los primeros años y de manera progresiva en su proceso educativo en medicina. Esto va de la mano del desarrollo de actitudes, habilidades y expansión de capacidades para resultar un profesional que cumpla con su función social; y tiene analogía con lo propuesto por *Acevedo* y otros,⁽¹⁵⁾ al afirmar que era necesaria la formación médica orientada a la atención integral, la combinación de competencias esenciales para los futuros profesionales en función de la formación humana, el trabajo en equipo, la resolución de problemas, el trabajo intersectorial e interdisciplinario, el liderazgo y las competencias culturales.

Jaramillo y otros⁽¹⁶⁾ expresaron en su estudio que en la formación del profesional en salud se necesitaba la integración teoría-práctica para garantizar la formación humanística, técnica y científica de estos profesionales. Así, en este proceso se articula el saber-hacer -tan definitivo en la educación médica-, donde la relación teoría-práctica deberá ser permanente para que se den los logros esperados en la capacidad de comprender, de relacionar con la práctica cotidiana, la lectura crítica de la realidad y el trabajo en las diferentes comunidades. Esto se convierte en una estrategia de desarrollo constante para las comunidades donde se practica.⁽¹⁷⁾ Asimismo, *Bonal* y otros⁽¹⁸⁾ refieren que la educación médica basada en competencias se concreta como un proceso dinámico que permite a los profesionales ir progresando para alcanzar la experticia dentro del contexto en el cual se desenvuelven.

La formación médica no resulta ajena a las nuevas formas de enseñanza aprendizaje, como las mediadas por las tecnologías de la información y las comunicaciones, lo que rompe con los esquemas tradicionales de transmisión de conocimiento. El uso de la tecnología en ambientes virtuales se ha convertido en una estrategia y herramienta de primer orden dadas sus facilidades y posibilidades

en los procesos educativos. La dificultad se halla en que existe una transición generacional en el mundo tecnológico y en la presencia de los nativos digitales, lo que ha generado muy buenas posibilidades en torno al uso tecnológico; sin embargo, para los inmigrantes digitales se ha convertido en una dificultad. De acuerdo con Pérez,⁽¹⁹⁾ estas tecnologías deben utilizarse principalmente por los estudiantes como un medio para la investigación y el intercambio de información actualizada de la comunidad científica, que aporte en el proceso de educación médica.

Se hace evidente la relevancia de la formación integral, al ampliar la perspectiva del plan de estudios en el campo curricular; es decir, el currículo de medicina debe ser flexible, adaptado a las necesidades, evolutivo, que favorezca el desempeño laboral, transversal e interdisciplinar, aplicable y contextualizado, donde la formación humana resulte fundamental, porque la medicina resulta una profesión implicada con la salud de los seres humanos y las comunidades.⁽²⁰⁾

Con respecto a la intervención en los procesos educativos, se concluye que en la enseñanza de la medicina se espera que se den aprendizajes más efectivos a través de las experiencias formativas tempranas, la problematización permanente y las prácticas directas.

Con respecto a los procesos educativos, se concluye que en la relación teoría-práctica, se plantea que no hay mejor teoría que una buena práctica. En este sentido, se deduce que la enseñanza debe estar centrada, fundamentalmente, en la práctica y las demostraciones. La teoría, en este caso, se constituye a manera de teoría emergente.

Asimismo, los procesos educativos deberán ser problematizantes y de temprana intervención experiencial, que vinculen rápidamente a los estudiantes al campo laboral de la medicina. Finalmente, se tornará indispensable la formación de médicos que transformen las estrategias de atención y que puedan obrar como consultores *in situ* para cada grupo o equipo básico de salud, de tal forma que se pueda afrontar la avalancha de enfermedades crónicas que se avecinarán.

Referencias bibliográficas

1. ASCOFAME. Documento posición Pregrado, Especialidades Médicas y Educación Continua. Derivado de las mesas de trabajo de la XXXI Asamblea General Extraordinaria. ASCOFAME: Bogotá D.C.; 2016 [acceso 03/05/2019]. Disponible en:

http://ascofame.org.co/web/wpcontent/uploads/2016/08/Documento_posicion_julio_2016.pdf

2. Osorio J, Torres R. Los significados para los docentes del programa de medicina de la Universidad de Antioquia. Caso programa Medicina. Universidad de Antioquia: Medellín; 2018 [acceso 03/07/2019]. Disponible en: https://teleduccion.medicinaudea.co/pluginfile.php/259079/mod_resource/content/1/MESS08%202018%20Ruben%20y%20Alejandro.pdf

3. Ortiz J. Hospitales universitarios en Colombia: desde Flexner hasta los centros académicos de salud. Repert Med Cir. 2016 [acceso 07/07/2019];25(1):50-58. Disponible en: <https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/article/view/73/59>

4. Botello JJ. La simulación clínica en la formación médica de la Universidad de Manizales. Arch Med (Manizales). 2018 [acceso 02/04/2020];18(1):9-12. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.1.2621.2018>

5. Barrios A, Caicedo A, Tatiana S. Revisión Sistemática Rápida: Referentes teóricos de la renovación curricular en facultades de medicina. Desarrollo Profesorado Universitario. 2017 [acceso 12/05/2020];5:12-23. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Camilo-Caicedo-Montano2/publication/328008174_Revision_Sistematica_Rapida_Referentes_Teoricos_de_la_Renovacion_Curricular_en_las_Facultades_de_Medicina/links/5c748af0458515831f6fe485/Revision-Sistematica-Rapida-Referentes-Teoricos-de-la-Renovacion-Curricular-en-las-Facultades-de-Medicina.pdf

6. Luckás, G. Marx, ontología del ser social Györdgy Lukács. Edición de Manuel Ballester. Madrid España: Ediciones Akal; 2013.

7. Leyva O, Ganga F, Tejada J, Hernandez A. La formación por competencias en la educación superior. México, España, Chile: Margenes; 2015.

8. González M, Lara MP, González J.F. Modelos educativos en medicina y su evolución histórica. España. Investigación en Educación Médica, Revista Medico Quirúrgica. 2015 [acceso 12/06/2019];20:256-65. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2015/rmq152v.pdf>

9. Lara R. Retos en la formación en educación superior en la universidad autónoma del estado de Hidalgo: aprendizaje complejo y mediación tecno-pedagógica. Conrado. 2019 [acceso 12/05/2020];15(70):465-474 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19986442019000500465&lng=es&tlng=es

10. Martin-Calvo J. Calidad educativa en la educación superior colombiana: una aproximación teórica. *Sophia*. 2018;14(2):4-14. DOI: <https://doi.org/10.18634/sophiaj.14v.2i.799>
11. Nussbaum M. *Crear Capacidades. Propuesta para el desarrollo Humano*. Madrid, España: Editorial Paidós; 2012.
12. Stiglitz JE, Greenwald BC. *La creación de una sociedad del aprendizaje*. Bogotá: Ediciones culturales Paidós; 2015.
13. Parada M, Romero M, Moraga F. Educación médica para la atención primaria en salud: visión de los docentes y estudiantes. *Rev. Méd. Chile*; 2016 [acceso 12/05/2020];144(8):1059-66. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800014&lng=es
14. García Pérez RP, Ballbé Valdés AM, Fuentes González HC, Peralta Benítez H, Rivera Michelena N, Fernández Alpizar AS. Diseño curricular del Análisis de la Situación de la Salud para la carrera de medicina. *Educ Méd Super*. 2020 [acceso 12/05/2020];34(4). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/2082>
15. Acevedo-Giedelman P, Hernández-Rincón EH, Ávila-Celis P, Quiroga-Carillo M, Sánchez-Vergara JF. La salud pública como pilar para la educación de los profesionales de salud en Colombia. *Educ Méd Super*. 2020 [acceso 12/05/2020];34(1). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1674>
16. Jaramillo Ángel CP, Vélez Álvarez C, Giraldo Osorio A, Arboleda Isaza V. Escenarios de práctica formativa en el modelo de salud colombiano. *Educ Med Super*. 2020 [acceso 12/05/2020];34(3). Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1949>
17. Alvarez C, Jaramillo C, Giraldo A. Docencia-servicio: responsabilidad social en la formación del talento humano en salud en Colombia. *Educación Médica*. 2018;19(2):179-86. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.08.002>
18. Bonal Ruiz Rolando, Valcárcel Izquierdo Norberto, Roger Reyes María de los Ángeles. De la educación médica continua al desarrollo profesional continuo basado en competencias. *Educ Med Super*. 2020 Jun [acceso 11/05/2020];34(2):e2160. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000200024&lng=es

19. Pérez Martinot Manuel. Uso actual de las tecnologías de información y comunicación en la educación médica. Rev Med Hered. 2017;28(4):258-265. DOI: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v28i4.3227>
20. Sánchez M. El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. Educación Médica. 2017;18(3): 212-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.03.001>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribución de los autores

Jhon Jairo Botello Jaimes y Sandra Constanza Cañón Buitrago: Conceptualización, curación de datos, análisis formal, metodología, administración, supervisión, redacción del borrador inicial, participación en la revisión y aprobación de la versión final.

Keyler Saralith Díaz Rodríguez, Fabio Mauricio Sánchez Cano, Luis Miguel Delgado Arias y Jairo Cruz: Participación en el análisis formal, apoyo a la redacción del borrador inicial, revisión y visualización, y aprobación de la versión final.