

## EDITORIAL

## LA EDUCACIÓN MÉDICA EN COLOMBIA

RICARDO H. ROZO URIBE, MD.<sup>1</sup>, RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, MD.<sup>2</sup><sup>1</sup>Director Ejecutivo ASCOFAME. <sup>2</sup>Jefe División Educación e Investigación ASCOFAME

Indudablemente durante los últimos tres lustros se han presentado importantes cambios de orden cuantitativo en la educación médica del país que han prendido las alertas sobre un probable deterioro de la calidad de la misma. La oferta nacional de programas de medicina se incrementa en estos años en algo más del ciento cincuenta por ciento pasando de 21 en 1992 a 59 en 2011. La oferta regional en algunos casos llega a multiplicarse mucho más.

Parece sin embargo procedente afirmar que estos cambios no se dan de manera espontánea y que obedecieron a una política orientada hacia la apertura, no solo de los mercados, sino de todos los sectores sociales, y que en el caso que nos toca incluyó la Ley 100 de 1993 y la Ley 30 de 1992. La primera estableció un Sistema General de Seguridad Social, con un componente de salud que pretendía en pocos años cobertura universal, y la segunda reguló (desreguló?) la educación superior y brindó las condiciones legales que facilitaron el incremento de facultades de medicina y en general de todas la disciplinas.

Sin embargo, más allá de los significativos cambios cuantitativos que se han dado en la oferta de programas de medicina, es necesario decir que el país ha venido instaurando una serie de instrumentos de aseguramiento de la calidad (tanto generales de la educación superior, como específicos para salud) que han incidido en la formación del médico tratando de remediar dos situaciones que se presentaron como consecuencia de las mencionadas leyes: la falta de regulación a los nuevos programas y el deterioro de las relaciones docencia servicio.

La Acreditación de Alta Calidad ante el Consejo Nacional de Acreditación (CNA) es indudablemente un instrumento de gran importancia para la promoción y reconocimiento de la calidad de las facultades de medicina; en el país 21 facultades han sido acreditadas por una, dos y hasta tres veces. Este ha constituido indudablemente un esfuerzo significativo que hace visible a las facultades con vocación de calidad. ASCOFAME ha participado de manera activa en el acompañamiento de este proceso tanto a las

facultades como con el CNA, y promueve dentro de sus estatutos la obligatoriedad de que sus facultades afiliadas se vinculen al mismo.

Del proceso sin embargo surgen algunas inquietudes que es conveniente explorar:

¿Qué pasa con las facultades que no logran acreditarse? Esto por lo demás es un enigma. La resolución de acreditación es pública, pero cuando la acreditación se niega el resultado no se hace conocer. ¿Sería conveniente, como mecanismo de control y responsabilidad social que el Ministerio de Educación Nacional hiciera conocer los resultados negativos? ¿El hecho de que el proceso de Acreditación sea voluntario implica que los resultados negativos no puedan ser públicos? ¿Qué pasa con las que, sin justificación alguna (por ejemplo estar adelantando procesos de acreditación internacional), no quieran acreditarse? Si el proceso de acreditación se hiciera obligatorio, la pregunta que surge es ¿si el techo se vuelve piso, habrá que crear otro techo?

La legitimidad e importancia del proceso es clara, pero no se puede permitir que al mismo solo estén vinculadas los programas que *per se* desarrollan procesos de calidad. Es necesario que el proceso tenga una mayor cobertura y que se instalen mecanismos que estimulen la vinculación de todos los programas del país, y las sanciones sociales que hagan que quienes no se vinculen no puedan permanecer vigentes.

Pero la calidad de la educación médica no depende de manera exclusiva de la institución universitaria. Los proyectos educativos que se gestan en la universidad se plasman en gran medida en los hospitales con los cuales se desarrollan los convenios de docencia servicio y, a pesar de los intentos de regular esta relación, hasta ahora el modelo no permite una interacción efectiva entre las partes, en beneficio de la formación del médico.

La coexistencia de varios programas de medicina (por lo tanto de proyectos educativos) en un mismo escenario de

práctica hace que el proyecto educativo quede en manos de la institución de servicios, la cual no tiene un proyecto desarrollado, con frecuencia no cuenta con una estructura que le permita administrar la docencia y la universidad pierde la posibilidad de hacer seguimiento y evaluación a los procesos formativos y el control del desarrollo académico del programa.

El esfuerzo que se hace desde el sector educación para tener programas acreditados y de buena calidad, termina con un proyecto educativo que muere en una institución de servicios donde confluyen múltiples instituciones formadoras, y se tienen pocos avances en el proceso de acreditación de la calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

El tema de docencia servicio requiere de una gran voluntad política de múltiples sectores para que pueda ser resuelto de manera adecuada. La Ley 1438 de 2011, que reforma la Ley 100 de 1993 muestra algunos caminos para darle salida al problema que esperamos que se concreten en la reglamentación.

Dos temas más merecen una especial atención dentro de la multiplicidad de variables que inciden sobre la calidad del médico: la formación y competencias del docente y el perfil de formación profesional que se busca.

Sobre la formación docente ya desde los años 60 del pasado siglo se afirmaba que no era suficiente ser buen médico para ser buen profesor de medicina, situación que cada vez es más evidente. En los últimos cinco años hemos venido insistiendo en las competencias de formación de los estudiantes pero poco en las competencias de quienes los deben formar.

Además del dominio de los contenidos que se deben impartir el docente debe contar con una preparación que le permita entender los procesos de enseñanza aprendizaje, utilizar apropiadamente las metodologías existentes, entre otras las TIC; hacer una abordaje ético de las situaciones de aprendizaje, establecer una comunicación adecuada con los estudiantes y colegas, trabajar en equipo, entre otras.

Las facultades de medicina deben garantizar las competencias de sus docentes, no solo en las aulas del claustro universitario sino en los escenarios de práctica. La sola vinculación de un médico a un hospital con el cual se tiene convenio de docencia servicio no puede ser suficiente para convertirlo en docente. Es por esto y ante las nuevas circunstancias que se hace necesario mejorar la habilidad de enseñanza de los docentes, deben mejorar sus propias

habilidades, con claros conceptos de ampliación de su comprensión pedagógica y superar la resistencia a los cambios que han implicado los nuevos paradigmas en la educación médica, además de las condiciones de contratación.

Deben comprometerse con asegurar mejores prácticas para mejores cuidados especialmente en los centros de enseñanza. El concepto de liderazgo no puede perderse, especialmente cuando se abriga el título de maestro en la educación, exige esta postura una reflexión crítica, personal e institucional que apoye el desarrollo de su ser como docente, que junto con la institución garantice un patrimonio de educación permanente.

La institución debe facilitar independientemente de la situación contractual de sus pagadores un verdadero entorno del aprendizaje, basado en el trabajo, es ahí donde la educación médica ha tenido su verdadero desarrollo, la articulación de redes y sistemas de organización y cultura siguen siendo fundamentales en el proceso educativo, lo cual implica la tutoría y el apoyo al docente y al estudiante.

Es necesario entonces mantener un estímulo permanente para el quehacer docente.

Finalmente el perfil de formación de los estudiantes de medicina del país amerita una reflexión, no tanto en términos de la calidad como de las necesidades mismas del sistema.

Algunas universidades, dentro de su autonomía y en su derecho, han manifestado explícitamente que desean formar médico para la especialización y otras lo hacen tácitamente. Muchas facultades declaran que el perfil de sus egresados está orientado a la salud familiar, comunitaria, a la atención primaria pero las tendencias a la especialización, el tipo de entrenamiento de los docentes y los escenarios de práctica que utilizan no ayudan a este propósito.

La formación de los estudiantes de medicina en escenarios de alta complejidad, además de agravar la situación de docencia servicio al generar un uso ineficiente de este recurso, no favorece la visión del estudiante como médico general y permite que se replique de manera continua el modelo del especialista.

Por lo demás es necesario establecer el justo medio de lo que se pretende con la formación del médico general. Por supuesto debe ser un profesional capaz de realizar actividades de promoción y prevención; pero la competencia que más caracteriza al médico es la de diagnóstico y tratamiento y con un perfil de transición epidemiológica como

el que tenemos en Colombia nuestro médico no solo tiene que saber sobre enfermedades infecciosas y carenciales, sino que debe formarse en crónicas y degenerativas y en trauma y violencia. En general esta confluencia de patologías ha permitido que tengamos un médico competente en el escenario nacional y también internacionalmente.

La formación del médico debe obedecer a un compromiso de responsabilidad social. Creemos que podemos disentir del Sistema pero que la educación médica y la prestación de los servicios deben estar en función de las necesidades de la población, sin olvidar los procesos de investigación y análisis que durante su vida profesional, le enseñaran incluso a aprender a desaprender, tal como lo exige una

ciencia regida entre otras cosas por principios biológicos sometidos a variabilidad de máximos y mínimos.

No es posible hablar del futuro de la medicina si este no está ligado a la educación de su recurso humano prioritario, el médico, a la investigación y a la adaptación al los diferentes modelos de atención. La educación del médico debe necesariamente ir mas allá del aprendizaje de lo que funciona, de tal forma que las reformas de salud, la expansión del conocimiento científico, deben necesariamente abrir un foro permanente sobre el profesional que necesitamos. Es imposible separar la búsqueda de la mejor educación médica posible con la de la mejor atención a los pacientes.