



El revolcón propuesto para la formación de los médicos en el país

Se busca crear un órgano rector para la educación médica y realizar una recertificación cada 5 años.

Por: Carlos Francisco Fernández
Asesor Médico EL TIEMPO

Colombia requiere de un “nuevo tipo de médico que entienda al ser humano desde una nueva dimensión y que sea capaz de servirle en la salud y en la enfermedad, y esta reflexión implica una reestructuración fundamental del pensamiento curricular en la educación médica”.

Esta es una de las premisas bajo la cual la Comisión para la Transformación de la Educación Médica, conformada por 14 expertos e instalada por los ministerios de Salud y de Educación en agosto pasado, propone un revolcón en la formación de los médicos en Colombia.

En dicho documento, que fue entregado el pasado viernes a los respectivos ministerios, la Comisión hace 104 recomendaciones, que son, de acuerdo con el texto, una “plataforma para el cambio”, y en las cuales se contemplan las áreas de pregrado, posgrado, desarrollo profesional permanente (DPP) y recertificación, y escuelas y centros de prácticas.

Muchos médicos, pero...

Al verificar las competencias adquiridas por los médicos generales durante su formación, la Comisión advierte que “existen reportes sobre limitaciones en el desempeño, falta de seguridad frente al manejo de los pacientes, precariedad en los conocimientos sobre los temas más relevantes de salud pública y dificultades para la comunicación y el trabajo en equipo”.

Esta afirmación resulta trascendente si se tiene en cuenta que cada año egresan 5.000 médicos de 55 facultades, cifras que contrastan frente a las registradas a finales de los setenta, cuando había siete facultades de Medicina que no alcanzaban a graduar entre todas mil profesionales.

Este desequilibrio también es frente al aumento de los centros de práctica y explica en parte la escasez de oferta para la formación de especialistas, que apenas bordea los 1.800 cupos, un poco más de la tercera parte de los que egresan, a pesar de la necesidad apremiante de este recurso en el sistema de salud.



Se estima que el país cuenta con 91.000 médicos (21.000 de ellos especialistas), un promedio de 19 por cada 10.000 habitantes, pero con profundas brechas en la distribución de profesionales entre regiones, condición que, de acuerdo con Cesar Burgos, presidente electo de la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas y secretario de la Comisión, se agrava por una formación fragmentada, obsoleta y divergente de la evolución de los sistemas de salud.

A lo anterior hay que sumar la carencia de un modelo de atención en salud que oriente las decisiones y los procesos educativos, que, según el informe, “contribuyó al distanciamiento entre los sistemas de salud y educativo”.

Examen de Estado

Para el pregrado, la Comisión sugiere el diseño de un currículum basado en la consecución de médicos más competentes e integrales, en los que se fusionen la clínica, la salud pública y la investigación con prácticas en instituciones de todos los niveles (agrupadas en redes debidamente habilitadas).

Todos los programas deben tener un plan básico unificado, definido por el Consejo General de Educación Médica (Cgem); el internado se hará después del grado –no antes–, y luego el médico deberá certificarse a través de un examen de Estado para obtener un registro calificado que le permita ejercer.

En todo caso, los programas deberán adaptarse a las necesidades de la población y de sus perfiles epidemiológicos (no de las instituciones) y de la evolución del conocimiento médico.

Y el servicio social (rural) será voluntario y quienes lo hagan tendrán prelación para ser admitidos en programas de especialización. No obstante, la selección de estos estudiantes será bajo unos criterios específicos y rigurosos. En este punto, la Comisión sugiere crear un fondo de becas para favorecer a los estudiantes de bajos recursos.

Las facultades de Medicina, por su parte, tendrán que hacer ajustes en el contexto de su autonomía, lo mismo que las entidades de salud.

Exigirían recertificación

Para evaluar y garantizar las competencias tanto de médicos generales como especialistas, la Comisión propone que estos deberán recertificarse obligatoriamente cada cinco años, mediante procesos que evalúen su idoneidad.



Y con base en lo ordenado por la Ley Estatutaria de la Salud, se plantea la necesidad de crear la Política de Desarrollo Profesional Permanente, la cual define las características de la actualización de estos profesionales, que debe quedar en los contratos de trabajo y favorecer el mantenimiento de las competencias. También se propone un fondo estatal que oriente recursos para dicha actualización en áreas y en regiones críticas.

Escasez de especialistas

La escasez real o los problemas de distribución de especialistas, la elevada heterogeneidad en los programas de formación de este recurso y la falta de capacidad institucional para aumentar los cupos de formación de residentes fueron, entre otros aspectos, determinantes para que la Comisión recomendara cambios en todas las estructuras educativas en este campo.

Estos empiezan por la creación de la Sala de Posgrados dentro del Cgem, que será la encargada de regular la educación de especialistas, la cual tendrá como eje las necesidades del país y la garantía del derecho fundamental a la salud de toda la población.

En ese contexto se sugiere la creación del Observatorio de la Educación Médica para que ajuste de manera permanente el número, el tipo de especialistas y los lugares donde se requieren para promover la creación o aumento de cupos en las escuelas.

La Comisión también considera imperativo homogeneizar los contenidos y denominaciones de los programas, evitar la proliferación de posgrados basados en técnicas y procedimientos y no en currículos integrales, y darles rigor a los registros calificados que avalan a estos profesionales. Igualmente se propone la creación de Examen Nacional de Ingreso a Residencias Médicas, que será elaborado por el Cgem, que además definirá las características de los programas, los contenidos y las competencias.

Como es natural, cada especialidad tendrá un currículo propio, aunque la Comisión plantea que todas las especialidades tengan un currículo mínimo genérico, que provea conocimiento, habilidades y comportamientos indispensables para el ejercicio de todo especialista.

La formación deberá brindarse en todos los niveles de una red habilitada para esta tarea y bajo la tutela de una universidad, por lo cual se elimina la posibilidad de que los hospitales gradúen especialistas de manera autónoma.



Hospitales universitarios

Los centros de práctica (hospitales universitarios) deberán estar relacionados preferiblemente a una universidad con representación en sus cuerpos directivos, con docentes calificados con formación pedagógica y remuneración específica por esa tarea. Y se sugieren reglas básicas para conformar redes, procesos curriculares y administrativos concretos.

La Comisión plantea relaciones contractuales y económicas específicas del sistema de salud con estas instituciones y procesos muy rígidos para garantizar la calidad y que deben empezar por obtener la acreditación. Del mismo modo, propone la necesidad de crear la categoría de Centro Médico Académico para aquellas entidades en las que se puedan transmitir y generar conocimientos específicos en salud, a través de la investigación.

El órgano rector de la educación médica

El Consejo General de Educación Médica (Cgem) sería el rector de la educación médica en el país y articularía los ministerios de Salud y Educación. Estaría conformado por estas dos carteras y representantes de las facultades de medicina, los hospitales universitarios, las sociedades científicas, la Academia Nacional de Medicina, los estudiantes de pregrado y de los internos y residentes.

Siete puntos claves en la formación de un médico:

1. Selección rigurosa de estudiantes con pruebas sobre criterios académicos específicos definidos por el Cgem.
2. Primer año de fundamentación. Integración de ciencias básicas biomédicas, clínicas, sociales y de salud pública.
3. Cuatro años para adquirir competencias científicas, profesionales y comunicativas en todas las áreas del saber médico.
4. El quinto año concentra y refuerza el conocimiento sobre habilidades definidas y al final se otorga el grado de médico, pero sin registro.
5. Sexto año es de internado y en él se completan las habilidades y competencias dentro del programa de ejercicio supervisado.



6. Al finalizar el internado se aplicaría una prueba de Estado para otorgar el certificado pleno que acredita como médico y habilita para ejercer en todo el territorio nacional.

7. El servicio social obligatorio (hoy rural) pasaría a ser voluntario y quienes lo ejerzan, después de una selección rigurosa, obtienen beneficios para ingresar a los programas de especialización.

Diario EL TIEMPO, 11 de Abril de 2017. Página 2