

Aula Virtual de Educación Médica

Volúmen 2 - Número 1 - Enero - Junio de 2012 - Publicación Semestral



ISSN: 2077-8403

Reflexiones sobre la formación de profesionales de la salud

Memorias de la Conferencia Internacional de Educación Médica
Ascofame 2012 - El Médico del Siglo XXI

El profesionalismo en la práctica médica actual

Dr. José M. Maya Mejía

¿Cómo entender el profesionalismo en la práctica médica actual?

Dr. Gustavo Malagón Londoño

El tiempo detenido

Dr. Álvaro Bustos González

Formación de profesionales en especialidades médicas

Dr. Sergio Parra Duarte

¿La formación del médico da respuesta al perfil epidemiológico nacional?

Dra. Mónica Uribe Ríos



Revista AULA VIRTUAL DE EDUCACIÓN MÉDICA
Volumen 2 Número 1 año 2012

Revista
AULA VIRTUAL DE EDUCACIÓN MÉDICA
ISSN: 2077-8403
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASCOFAME
Vol. 2 No. 1, de 2012

Aula Virtual de Educación Médica, es una herramienta de periodicidad trimestral de la cual dispone ASCOFAME a través de la dirección <http://avem.ascofame.org.co> para la confluencia de reflexiones sobre la formación de profesionales colombianos y extranjeros que estimulará la producción intelectual en pedagogía, modelos de enseñanza y aprendizaje, didáctica y evaluación. Su contenido está dirigido a profesionales de todas las áreas de la medicina y la salud.

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME
Cra. 14 No. 101-53
Bogotá, D.C., Colombia
PBX: 7425380, FAX: 7425386
Mail: avem@ascofame.org.co
<http://avem.ascofame.org.co>



JUNTA DIRECTIVA 2012 - 2013

DR. JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ

Presidente
Decano Facultad de Medicina
Universidad CES

DR. JUAN MIGUEL ESTRADA GRUESO

Vicepresidente
Decano Facultad de Medicina
Universidad Militar Nueva Granada

DRA. LUZ MARINA CORSO MORALES

Secretaria
Decana Facultad de Salud
Universidad Autónoma de Bucaramanga

DR. CAMILO OSORIO BARKER

Vocal
Decano Facultad de Medicina
Universidad de la Sabana

DR. JULIÁN ALBERTO HERRERA MURGUEITIO

Vocal
Decano Facultad de Salud
Universidad del Valle

DRA. ELIZABETH LÓPEZ RIVAS

Vocal
Decana Facultad de Medicina
Universidad de Cartagena

DR. ROBERTO ESTEFAN CHEHAB

Vocal
Decano Facultad Ciencias de la Salud
Universidad del Quindío

GRUPO EJECUTIVO

Director

DR. RICARDO H. ROZO URIBE
Director Ejecutivo de ASCOFAME

Coordinación Editorial

DR. RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA
Jefe División de Educación e Investigación ASCOFAME

DRA. JULIANA VALLEJO ECHAVARRÍA
Jefe División Salud y Protección Social ASCOFAME

DRA. MARÍA MARTHA MARTÍNEZ LESMES
Gerente Administrativa y Financiera ASCOFAME

Departamento Sistemas

JORGE LUIS SÁNCHEZ SÁNCHEZ
SANDRA PATRICIA LÓPEZ BULLA



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA RAFAEL NÚÑEZ

Dr. Juan Carlos Lozano Pineda
Decano Facultad Ciencias de la Salud

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA AUTÓNOMA DE LAS AMÉRICAS, PEREIRA

Dr. Ricardo Jiménez Mejía
Rector Ejecutivo

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD, FUCS

Dr. Gonzalo López Escobar
Decano Facultad de Medicina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN, BOGOTÁ

Dr. Orlando Rodríguez García
Decano Facultad de Medicina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN, SABANETA

Dr. Luis Javier Giraldo Múnera
Decano Facultad de Medicina

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SANITAS

Dr. Juan De Francisco Zambrano
Decano Facultad de Medicina

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA

Dra. Mary Bermúdez Gómez
Decana Facultad de Medicina

UNIDAD CENTRAL DEL VALLE, UCEVA

Dr. Wilson Martínez Varela
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD ANTONIO NARIÑO

Dr. Héctor Gómez Triviño
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BUCARAMANGA, UNAB

Dra. Luz Marina Corso Morales
Decana Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD CES

Dr. Jorge Julián Osorio Gómez
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Dr. Elmer Gaviria Rivera
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE BOYACÁ

Dra. Gloria Eugenia Camargo Villalba
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DE CALDAS

Dra. Dolly Magnolia González
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Dra. Elizabeth López Rivas
Decana Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES, UDCA

Dr. Juan Carlos Morales Ruíz
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Dr. Camilo Osorio Barker
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Dr. Luis Andrés Sarmiento Rodríguez
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE MANIZALES

Dra. Patricia Toro Duque
Decana Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DE SANTANDER, UDES

Dr. William Reyes Serpa
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Dr. José Luis Diago Franco
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL NORTE

Dr. Hernando Baquero Latorre
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

Dr. Roberto Estefan Chehab
Decano Facultad de Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Dr. Leonardo Palacios Sánchez
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD DEL SINÚ, CARTAGENA

Dra. Gloria Pérez Trespalacios
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL SINÚ, MONTERÍA

Dr. Álvaro Bustos González
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

Dra. Betty Sánchez de Parada
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD DEL VALLE

Dr. Julián Alberto Herrera Murgueitio
Decano Facultad de Salud

UNIVERSIDAD DE NARIÑO

Dr. Cástulo Cisneros Rivera
Decano Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Dr. Hugo Cárdenas López
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER, UIS

Dra. Clara Inés Vargas Castellanos
Decana Facultad de Salud

UNIVERSIDAD LIBRE, BARRANQUILLA

Dr. Romualdo Fonseca Arrieta
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD LIBRE, CALI

Dr. Luis Edilberto Blandón Palomino
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD METROPOLITANA

Dr. Carlos Cuello Mendoza
Decano Facultad de Medicina

UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA

Dr. Juan Miguel Estrada Grueso
Decano Facultad de Medicina

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA Y TECNOLÓGICA
DE COLOMBIA, UPTC**

Dra. Lucía Carlota Rodríguez Barreto
Decana Facultad Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD PONTIFICIA BOLIVARIANA, UPB

Dra. Mónica Uribe Ríos
Decana Escuela de Medicina

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Dr. Héctor Hernán Zamora Caicedo
Decano Facultad de Salud

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

Dr. Juan Carlos Monsalve Botero
Decano Facultad Ciencias de la Salud

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERINA, CALI

Dr. Pedro José Villamizar Beltrán
Decano Facultad Ciencias de la Salud

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA REMINGTON

Dr. Arcadio Maya Elejalde
Decano Escuela de Ciencias de la Salud



La revista se publicará bajo las siguientes orientaciones:

Los temas que aborde deben referirse a aspectos relacionados con la educación médica. Esta se entiende como el campo de desarrollo académico conformado por los planteamientos y las acciones relacionados con los procesos de formación (pregrado, postgrado, educación continua, educación no formal y educación informal) de los profesionales de la medicina y de manera ampliada, de los de otras disciplinas de la salud. Lo anterior significa que la revista enfatizará en temas de orientación pedagógica y didáctica con referencia a la formación de profesionales de la salud.

La revista estará abierta a colaboraciones de diverso tipo provenientes de directivos, docentes e investigadores tanto de las facultades de salud del país y de otros países. Tales colaboraciones serán revisadas por el Comité Editorial el cual decidirá sobre su publicación.

Los tipos de artículos centrales incluidos en la revista deberán tener en común la certificación de su originalidad y su calidad, otorgada por la evaluación calificada realizada por pares competentes y anónimos, y cumplen con los demás criterios de indexación de Colciencias. Estos serán principalmente: *Artículos de investigación científica y de desarrollo tecnológico; Artículos de reflexiones originales sobre un problema o tópico particular y Artículos de revisión.*

Secciones de la revista

La revista hará dos tipos de publicaciones. Los números corrientes que contendrán las secciones que se enuncian más adelante, cuatro al año y los números monográficos. Estos se dedicarán al desarrollo de un solo tema en profundidad y sus secciones dependerán del tema que haya sido escogido, no tendrán una periodicidad determinada.

Los números corrientes tendrán las siguientes secciones:

Editorial: Planteará temas que marquen líneas de desarrollo y acción académica en educación médica.

Propuestas en educación médica: acoge contribuciones de tipo conceptual en áreas tales como pedagogía, currículo, modelos de enseñanza y aprendizaje, didáctica, evaluación.

Experiencias en educación médica: acogerá artículos que se refieran a desarrollos educativos en ámbitos específicos de la educación médica.

Investigación en educación médica: artículos que muestren procesos y resultados concretos en el campo de la investigación en educación médica.

Reseñas de dos tipos: en primer lugar de eventos tales como congresos, talleres, en los ámbitos nacional e internacional. En segundo lugar de publicaciones relacionadas con el campo a nivel nacional e internacional.

Documentos: puede ser una sección ocasional que recoja declaraciones, propuestas especialmente de carácter internacional, o documentos tipo estándares del IIME o WFME.

Cada artículo que se publique debe estar acompañado de: la identificación del autor, una síntesis (abstract) en castellano e inglés, las palabras claves que lo identifican según el Thesaurus de UNESCO.

Se procurará la participación de autores internacionales en cualquiera de las secciones.



AULA VIRTUAL DE EDUCACIÓN MÉDICA: La Revista de Educación Médica de ASCOFAME solicita a los autores que se orienten por las siguientes normas para los trabajos enviados, las cuales están basadas en el International Committee of Medical Journal Editors.

1. La Revista acepta para su publicación artículos en el campo de la educación médica. Esta hace referencia a tópicos relacionados con planteamientos, procesos y resultados en el campo de la formación de los médicos y de otros profesionales de la salud, desde el punto de vista educativo y pedagógico. Por lo tanto, los trabajos a ser publicados deben referirse a asuntos vinculados con este campo en el cual se incluyen temas tales como currículo, didáctica, evaluación y similares tratados tanto desde el ángulo tanto conceptual como aplicado.
2. Los artículos enviados a la Revista para efecto de publicación deben ser originales y ninguna de sus partes debe haber sido objeto de publicación con anterioridad. Serán sometidos a un proceso de análisis por parte del Comité Editorial el cual definirá la posibilidad de publicación.
3. El trabajo debe ser escrito en papel tamaño carta (21,5 x 27,5 cm), dejando un margen de tres (3) cm, en los cuatro bordes.
4. El artículo debe estar acompañado de un resumen en inglés y en español no inferior a 120 palabras ni superior a 200, reflejando los aspectos centrales planteados.
5. Cada página debe estar numerada en la esquina superior izquierda y en forma continua desde la primera página. Las tablas y gráficas deben ser numeradas en forma continua, con el respectivo nombre.
6. Al entregar los artículos para su eventual publicación, los autores aceptan que en caso de ser seleccionados por el Comité Editorial, ceden los derechos de publicación, por cualquier medio, a la Revista.
7. Los documentos deben ser remitidos a la dirección de la Revista en la sede de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina - ASCOFAME: Carrera 14 No. 101-53 Bogotá, Colombia, un original en papel y un archivo electrónico en CD (el archivo electrónico se puede enviar a avem@ascofame.org.co pero no se tendrá en cuenta para revisión hasta la recepción del original en papel). En ambas versiones se usará letra tipo Arial 12, espaciado normal y márgenes justificados.
8. Se debe dirigir con una carta de presentación en la cual se menciona la intención de someter el artículo a la revisión del Comité Editorial. Si se trata de un artículo de autoría colectiva en la carta remisoría se debe hacer explícito que todos los autores avalan la eventual publicación lo cual se respalda por sus firmas.
9. Aunque se respeta el estilo de los autores, el artículo debe contener como mínimo los siguientes elementos: título, nombre y apellidos del autor o los autores (hasta cuatro autores, si son más debe completarse con la palabra *et al*), identificación institucional de los mismos, resumen, cuerpo del trabajo, bibliografía, en lo posible no más de 20 referencias.
10. Los artículos de investigación deben dividirse en secciones tituladas <<Introducción>>, <<Material y Métodos>>, <<Resultados>> y <<Discusión>>.
11. Otro tipo de artículos, tales como <<Revisión bibliográfica>> y <<Artículos de Revisión>>, pueden presentarse en otros formatos pero deben ser aprobados por los editores.
12. Los resúmenes de presentación a congresos pueden ser citados como referencia sólo cuando fueron publicados en revistas de circulación común. Si se publicaron en <Libros de resúmenes>, pueden citarse en el texto (entre paréntesis), al final del párrafo pertinente, pero no deben listarse entre las referencias.
13. El listado de referencias debe tener el siguiente formato:
 - 13.1. Para los artículos de revistas: Apellido e inicial del nombre del o de los autores. Mencione todos los autores cuando sean cuatro o menos; si son cinco o más, incluya los cuatro primeros y agregue <<et al>>, limite la puntuación a comas que separen a los autores entre sí. Sigue el título completo del artículo, en su idioma original. Luego el nombre de la revista en que apareció, abreviado según el estilo usado por el Index Medicus, año de publicación; volumen de la revista: página inicial y final del artículo. Ejemplo: Morrison E, Rucker L, Boker J, Hollingshead J, et al. A pilot randomized, controlled trial of a longitudinal residents-asteachers curriculum. Acad Med 2003; 78:722-729.
 - 13.2. Para capítulos de libros: Apellido e inicial de nombre del autor. Nombre del libro y capítulo correspondiente. Editorial, año de publicación; página inicial y página de término. Ejemplo: Gross B. Tools of Teaching, capítulo 12, Jossey-Bass 1993:99-110.
 - 13.3. Para artículos en formato electrónico: citar autores, título de artículo y revista de origen tal como para su publicación en papel, indicando a continuación el sitio electrónico donde se obtuvo la cita y la fecha en que se hizo la consulta. Ejemplo: Rev Méd Chile 2003; 131:473-482. Disponible en: www.Scielo.cl consultado el 14 de julio de 2003.
14. Tablas: Presente cada Tabla en hoja aparte, separando sus celdas con doble espacio (1,5 líneas). Numere las tablas en orden consecutivo y asígneles un título que explique su contenido sin necesidad de buscarlo en el texto manuscrito (Título de la Tabla). Sobre cada columna coloque un encabezamiento corto o abreviado. Separe con líneas horizontales solamente los encabezamientos de las columnas y los títulos generales. Las columnas de datos deben separarse por espacios y no por líneas verticales. Cuando se requieran notas aclaratorias, agréguelas al pie de la Tabla. Use notas aclaratorias para todas las abreviaturas no estándar. Cite cada Tabla en su orden consecutivo de mención en el texto del trabajo.
15. Figuras: Se denomina figura a cualquier ilustración que no sea tabla (Ejs: gráficos, radiografías, fotos). Los gráficos deben ser enviados en formato jpg para versión electrónica. Las letras, números, flechas o símbolos deben verse claros y nítidos en la fotografía y deben tener un tamaño suficiente como para seguir siendo legible cuando la figura se reduzca de tamaño en la publicación. Sus títulos y leyendas no deben aparecer en la fotografía sino que se incluirán en hoja aparte. Cite cada figura en el texto, en orden consecutivo, si alguna figura reproduce material ya publicado, indique su fuente de origen y obtenga permiso escrito del autor y del editor original para reproducirla en su trabajo.
16. Leyendas para las figuras: Presente los títulos y leyendas de las figuras en una página separada. Identifique y explique todo símbolo, flecha, número o letra que haya empleado para señalar alguna parte de las ilustraciones.
17. Unidades de medida: Use unidades correspondientes al sistema métrico decimal.
18. En caso de que el artículo sea aceptado para su publicación el Comité Editorial lo comunicará a los autores. En el caso de los artículos no aceptados el Comité Editorial los devolverá a los respectivos autores.



Editorial: Declaración de ASCOFAME sobre la Educación Médica <i>Ricardo H. Rozo Uribe, MD.; José Julián Osorio Gómez, MD.</i>	1
El profesionalismo en la práctica médica actual. Resumen ejecutivo <i>José M. Maya Mejía, MD. MSP. MDU</i>	2
Cómo entender el profesionalismo en la práctica médica actual <i>Gustavo Malagón Londoño, MD.</i>	6
El tiempo detenido <i>Álvaro Bustos González, MD.</i>	8
Formación de profesionales en especialidades médicas <i>Sergio Parra Duarte, MD.</i>	10
¿La formación del médico da respuesta al perfil epidemiológico nacional? <i>Mónica Uribe Ríos, MD.</i>	12
Portafolio de Servicios	21

La Asamblea General de la
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASCOFAME

En el marco de la Conferencia Internacional de Educación Médica ASCOFAME 2012:
El Médico para el Siglo XXI

Considerando la importancia de establecer las
Competencias Esenciales Comunes

que deben tener los médicos de las facultades de medicina de Colombia afiliadas a la Asociación, para dar respuesta a las necesidades de salud, y contribuir al desarrollo y fortalecimiento de su capacidad resolutoria con respecto al perfil epidemiológico del país, en concordancia con el desempeño de un médico global hace la siguiente:

Declaración de Ascofame sobre la Educación Médica:

Las facultades de medicina de Colombia, afiliadas a la Asociación se comprometen a garantizar que sus egresados han sido formados con las siguientes Competencia Esenciales Comunes para:

1. Mantener una relación adecuada con el paciente, la familia y la comunidad, así como con los demás miembros del equipo de salud bajo estrictos criterios éticos humanísticos y de profesionalismo.
2. Promover condiciones de salud adecuadas a la población, el individuo y la familia, en términos de calidad oportunidad, eficacia y eficiencia.
3. Propiciar acciones que permitan prevenir la aparición de alteraciones de salud prevalente en nuestro medio.
4. Establecer diagnósticos sobre condiciones de salud prevalentes; y sospecha diagnóstica de las menos frecuentes, de situaciones que amanecen la vida o que requieran manejo en un nivel de atención de mayor complejidad.
5. Brindar tratamiento adecuado a condiciones de salud prevalentes no complicadas y tratamiento inicial y estabilización a situaciones agudas y crónicas complicadas, y remitir a las redes de atención del sistema. Tratar al paciente crónico no complicado.
6. Procurar condiciones de rehabilitación física, mental y social de los pacientes en su nivel de atención.
7. Conocer y trabajar en función de los aportes interdisciplinarios en cooperación con los demás miembros del equipo de salud con los más altos estándares de profesionalismo.
8. Administrar de manera idónea los recursos que le sean encomendados y los propios del sistema sanitario teniendo en cuenta siempre el beneficio del paciente.
9. Participar en el mejoramiento continuo de la atención del sistema sanitario y procurar la calidad, oportunidad, eficacia y eficiencia en la administración del mismo.
10. Conocer y respetar los aspectos médico legales que rigen su práctica profesional.

Dado en Bogotá, DC., a los 20 días del mes de marzo de 2012.

José Julián Osorio Gómez
Presidente Junta Directiva

Ricardo H. Rozo Uribe
Director Ejecutivo

El profesionalismo en la práctica médica actual

Resumen ejecutivo

José M. Maya Mejía MD. MSP. MDU¹

El concepto de profesión se define por la pertenencia de sus miembros a un cuerpo especializado de conocimiento, por su vocación de servicio y por su capacidad de autorregularse y, por lo tanto organizar el modo en que se ofrecen sus servicios” (1).

Richard y Sylvia Cruess

El elemento central de una profesión es el trabajo que está basado en el dominio de un cuerpo de conocimientos y habilidades. Es una vocación en la que se utiliza el conocimiento de algún área de la ciencia al servicio de los demás. Sus miembros profesan un compromiso con la competencia científica y técnica, la integridad, la ética, el altruismo y la promoción de un bien público dentro de su área. Estos compromisos constituyen la base del contrato social entre la profesión y la sociedad, que a su vez otorga la autonomía profesional en la práctica y el privilegio de la autorregulación. Las profesiones y sus miembros son responsables ante la sociedad a la que deben rendir cuentas.

El contrato entre las profesiones y la sociedad es relativamente sencillo. La sociedad le concede a las profesiones un monopolio sobre la utilización de un conjunto de conocimientos así como una considerable autonomía, prestigio y retribución financiera, a cambio de la competencia profesional, la decisión de brindar un servicio altruista y llevar a cabo sus actividades de una manera ética e íntegra. La Medicina es una profesión, lo cual implica unas condiciones especiales no solo en el proceso de formación sino en el ejercicio de la misma. La profesión requiere de la adquisición y aplicación de un conjunto de conocimientos y habilidades técnicas y de una actitud especial frente al centro de su actuación: el paciente. Los miembros de la profesión están unidos por un compromiso compartido y les ha sido otorgada por la sociedad la posibilidad de autorregularse.

El concepto de profesionalismo médico, catalogado como una competencia general por el Consejo de Acreditación para educación médica para graduados (ACGME)(2) hace relación al conjunto de principios, valores, conocimientos y habilidades, que sustentan la práctica médica con elevados estándares de calidad científica y ética. Es propio de la naturaleza de la Medicina y su tradición. El profesionalismo es el soporte del contrato de la medicina con la sociedad. Su base son los principios éticos, valores y conductas que sustentan el compromiso

¹ Rector Universidad CES, Medellín

de los médicos con los pacientes y la sociedad (3). Estos evolucionan y se replantean a la luz de los cambios sociales y avalan la confianza que la sociedad tiene en sus médicos. Implica un deber fiduciario hacia los pacientes anteponiendo las necesidades del paciente a los intereses del médico, asumiendo la responsabilidad de mantener los máximos estándares de competencia e integridad y la provisión de asistencia de alta calidad a la sociedad en materia de salud. En la sociedad del siglo XXI que le ha dado una alta importancia a la autonomía del paciente, aparece como exigencia profesional el respeto por esta autonomía, lo que obliga al profesional no solo a tomar buenas decisiones clínicas basadas en la mejor evidencia científica disponible, sino a comunicarse y dialogar con el paciente y aplicar las decisiones consensuadas con éste, de una manera profesional, que signifique de verdad ayuda integral, aceptación de su mayoría de edad como ser humano (autonomía) y que tenga en cuenta el bien común.

Uno de los atributos del profesionalismo es un juicio independiente sobre cuestiones técnicas relacionadas con los conocimientos de su profesión. Lo anterior se relaciona con un concepto importante: la autonomía de la profesión médica a la que me referiré más adelante.

J. Cohen destaca que el profesionalismo da prioridad a un profundo sentido de lo que debe ser el médico más que por que debe saber y hacer. (4)

Proyecto profesionalismo médico

El proyecto de profesionalismo médico liderado por La ABIM (American Board of Internal Medicine), American College of Physicians _ America Society of Internal Medicine (ACP_ ASIM), y la European Federation of internal Medicine tuvo como fruto la denominada Carta de Profesionalismo Médico, publicada en el 2002 en Annals of Internal Medicine (5) y a la que se han adherido más de 90 asociaciones de especialistas y subespecialistas de USA. La carta se compone de una introducción que pone sobre el tapete el riesgo actual para el profesionalismo médico generado en los cambios en los sistemas de salud y la pérdida creciente del compromiso del médico con la primacía del bienestar del paciente. El cuerpo central de la carta son los tres principios y los 10 compromisos que fundamentan el Profesionalismo médico en el siglo XXI.

Los Principios generales son:

- Primacía del Bienestar del Paciente. Los profesionales médicos deben dedicarse a servir los mejores intereses del paciente con altruismo generando un alto nivel de confianza que es fundamental en la relación médico- paciente.
- Respeto por la Autonomía del paciente. Implica

honestidad, entregar a ellos la posibilidad de tomar decisiones informadas acerca de su cuidado (Consentimiento informado) y orientación para evitar la atención inapropiada o innecesaria.

- Justicia Social. La profesión debe promover la justicia en la atención de salud, evitando la discriminación de cualquier orden y contribuyendo a la distribución equitativa de los recursos destinados a la salud.

Los 10 compromisos son:

- Con las competencias profesionales. Implica compromiso de aprendizaje durante toda la vida laboral y la responsabilidad de mantener el conocimiento, las habilidades clínicas y el equipo necesario para prestar una atención de calidad.
- Honestidad con los pacientes. Implica proveer información completa y honesta al paciente antes del consentimiento informado y dar información a la vez que documentar los efectos adversos y fallas en el tratamiento como parte de un programa de seguridad del paciente y salvaguarda de la confianza.
- Confidencialidad. Mantener el secreto profesional y solo revelarlo en los casos previstos para defender el interés público o de terceros.
- Adecuadas relaciones con los pacientes. Dada la vulnerabilidad y dependencia de los pacientes por la relación asimétrica generada con el profesional hay ciertas relaciones que debe ser evitadas.
- Calidad en la atención. Implica empeño por mejorar continuamente la calidad y mantener la competencia, trabajar para reducir el error médico, aumentar la seguridad del paciente, optimizar la utilización de los recursos de salud y los resultados de la atención.
- Mejorar el acceso a la atención. Implica trabajar para lograr la cobertura y disponibilidad de un buen estándar de atención para todos eliminando las barreras de acceso y favoreciendo la promoción de la salud pública y preventiva.
- Distribución justa de recursos limitados. Implica proveer servicios de salud basados en análisis costo-efectivos de los recursos clínicos. Igualmente el desarrollo de protocolos de atención basados evidencia científica evitando procedimientos y exámenes innecesarios.
- Conocimiento científico. Conlleva uso apropiado del conocimiento científico y la tecnología, promover la investigación y la creación de nuevo conocimiento.

La profesión es responsable por la integridad de este conocimiento y que esté basado en evidencia científica y experiencia calificada.

- Mantener la confianza manejando conflictos de interés. Implica la obligación de reconocer, revelar y tratar los conflictos de interés que surgen en el curso de sus deberes y actividades profesionales, evitando poner en riesgo las responsabilidades personales o de sus organizaciones al relacionarse con industrias de insumos para la salud, compañías de seguros y otras.
- Responsabilidades profesionales. Se espera que los médicos trabajen en equipo para maximizar la calidad de la atención, tengan buen colegaje aceptando la corrección de los miembros que hayan fallado en el cumplimiento de los estándares profesionales, participen en procesos de autorregulación, evaluación externa y escrutinio por terceros de su desempeño.

Exigencias de la sociedad actual al médico

Las más importantes exigencias que la sociedad del siglo XXI le hace al profesional médico son:

- Vocación. Implica preminencia del rol social por encima del beneficio económico.
- Disciplina. Subordinación del médico individual a los protocolos y reglas de la profesión.
- Competencia. Conocimientos actualizados, buenas habilidades y una positiva y respetuosa actitud.
- Compromiso. Brindar asistencia calificada al paciente, preocupación por la salud de la comunidad y gestión eficiente de los recursos para la salud.

Riesgos actuales para mantener el profesionalismo médico

El médico y el ejercicio de la Medicina, enfrentan en el Siglo XXI, conflictos y riesgos que amenazan sus principios y deterioran las relaciones Médico- paciente y Medicina – sociedad. Esta situación está poniendo en riesgo el contrato social que la medicina tiene con la sociedad. Algunos de las situaciones que están poniendo en riesgo el profesionalismo médico son:

- Pérdida de confianza de la sociedad en los profesionales.(6)
- Evidencias de deshumanización de los médicos.

- Desequilibrio creciente entre recursos y necesidades de salud.
- Creciente dependencia de las fuerzas del mercado para transformar y regular la prestación de los servicios de salud.
- Falta de autorregulación en la profesión y concepto equivocado de la autonomía profesional al entenderla como autonomía individual.
- Debilidad de los Organismo colegiados representativos de la profesión. (7)

Hay un elemento preocupante. La autonomía de la profesión que es parte de la contrapartida que la sociedad le da a cambio de su profesionalismo está en riesgo. Tres supuestos sobre los que sustenta la autonomía y el profesionalismo (Maestría técnica, altruismo y autorregulación) se han debilitado lo cual ha generado reacciones sociales e intromisión en la autonomía. Una hipótesis aceptada es que falló la autorregulación y sin ella no hay autonomía y sin ésta se pone en riesgo el profesionalismo médico.

Lo anterior se acompaña de la alteración de la armonía entre la sociedad y la profesión por varias de las diferentes razones expresadas anteriormente. Igualmente se ha debilitado la transmisión del profesionalismo, como un modelo de conducta profesional, a los estudiantes de medicina y a la sociedad. Esta cada vez más duda del altruismo de los médicos y los acusa de anteponer su propio beneficio, especialmente el económico, al de la sociedad.

¿Qué puede hacer la profesión?

La única manera efectiva de mantener la fidelidad al contrato social de la profesión médica en la sociedad postmoderna y en tiempos de crisis y cambios en los sistemas de salud, es reafirmando la adherencia a los principios del profesionalismo. Si las asociaciones médicas, los profesionales y las instituciones de salud y educación médica, entendemos estos principios, los enseñamos y los cumplimos, podemos ir recuperando la autonomía de la profesión y la confianza de la sociedad.

Para que el profesionalismo médico sobreviva en la sociedad actual es necesario y pertinente:

- Restablecer la racionalidad en el ejercicio profesional.
- Adherirse al concepto de autonomía de la profesión con lo que ello implica y abandonar la defensa de la autonomía individual del profesional.
- Fortalecer el ejercicio profesional guiado por los valores de una ética civil.

- Redimensionar los privilegios y compensaciones que la sociedad da al médico a cambio del cumplimiento de sus obligaciones.
- Restablecer las relaciones de la profesión con el Estado y las otras profesiones.
- Enfatizar la enseñanza del profesionalismo en la educación médica.

En el Siglo XXI el ejercicio adecuado de la profesión se debe centrar en la autonomía del paciente pero sin olvidar que los médicos, tenemos responsabilidades y deberes con la sociedad, por lo que se requiere un gran esfuerzo para llegar a consensos que definan sobre qué bases operacionales prácticas se apoyarán los estándares del profesionalismo para su aplicación en el ejercicio diario, como una manera de recuperar, mantener y conservar la confianza del ciudadano hacia la profesión como un todo y en sus médicos en forma individual. Igual es necesario que todo médico comprenda claramente los orígenes y naturaleza de su condición profesional y las obligaciones necesarias para sostenerla. El profesionalismo debe ser enseñado (8) en forma explícita para que teniendo un conocimiento claro de él sea adoptado como modelo a seguir.

Las asociaciones médicas deben adoptar unas normas de conducta a tono con los principios del profesionalismo, lo que requiere ser extremadamente prudentes en la forma de negociar para sus miembros. Cualquier indicio de que el bien público está siendo ignorado es perjudicial para la credibilidad de la profesión y el resultado es la pérdida de la confianza en la misma. Si no hay transparencia en su actuación y la asociación aparece como quien encubre un ejercicio inadecuado de la profesión, el precio que pagaremos será muy alto. Si la profesión lleva acciones en contra del bien común y solo nos ven defender nuestros propios intereses, es probable que perdamos la posibilidad de ejercer con base en un verdadero profesionalismo.

Igualmente el Sistema de salud debe promover activamente un comportamiento deseable de los profesionales médicos para evitar que pongamos nuestro propio interés en primer lugar o que defendamos una autonomía individual en el ejercicio profesional aislándonos de la profesión como colectivo auto regulador o que ignoremos la autonomía del paciente en la relación o abandonemos el compromiso con la salud pública y el uso razonable, justo y eficiente de los recursos que el sistema ha destinado para todos los ciudadanos.

“Ni los incentivos económicos, ni la tecnología ni el control administrativo ha demostrado ser sustituto efectivo del compromiso con la integridad evocado en el ideal del profesionalismo” (9)

William Sullivan

Conclusión

Se hace necesario reconstruir el profesionalismo médico a partir de una clarificación común entre los profesionales y la sociedad, lo cual será de beneficio mutuo. Las academias y colegios médicos deben ser el vehículo para impulsar el profesionalismo con el apoyo de las escuelas de Medicina. El desafío está en fortalecer la profesión (el ser) como prerrequisito para mejorar la ocupación (el hacer). Hacer lo que la sociedad espera de los profesionales médicos (altruismo, competencia, respeto por la autonomía, aceptación de la primacía del bien común) para lograr lo que queremos, que es vivir la profesión a plenitud y como fuente de paz interior y felicidad y no solo ocuparnos de ella. Si la profesión se guía por los valores y principios del profesionalismo la sociedad terminará entendiendo que es bueno para ella y la apoyará.

Bibliografía

1. Cruess R, Cruess S. El credencialismo como garantía social en el contexto social. Relaciones con el profesionalismo médico. En: BOSH Albert y ALENTA Elios. La profesión médica: los retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades médicas; 2004. p. 33-46.
2. Consejo de Acreditación para educación Médica para Graduados. Competencias generales. Chicago: ACGME; 1999. Disponible en <http://www.acgme.org/acWebsite/home/home.asp> consultado febrero 5, 2012.
3. Patiño JF. El Profesionalismo médico. Rev Colomb de Cirugía 2004; 19 (3): 146-152.
4. Cohen Jordan J. Teoría de las profesiones. La medicina como paradigma de profesión preminente. En: BOSH Albert y ALENTA Elios. La profesión médica: los retos del milenio. Barcelona: Fundación medicina y humanidades médicas; 2004. p. 5-10.
5. Medical professionalism in the New Millenium. A Physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP Foundation, European Federation of Internal Medicine. Ann Intern Med 2002;136 (3): 243-246.
6. Pellegrino E. Trust and Distrust in Professional Ethics. En: Pellegrino Edmund., VEATH Robert, Langan John. Ethics, Trust and the professions: Philosophical and cultural aspects. Washington D.C.: Georgetown University Press; 1991. p. 69-85.
7. Pellegrino E., Relman A. Professional Medical Associations: Ethical and Practical Guidelines. JAMA 1999; 282 (10): 984-986 Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/282/10/984.full.pdf+html> consultada febrero 24, 2012.
8. Cruess R, Cruess S. Professionalism must be taught. BMJ 1997; 315: 1674-1677.
9. Sullivan W. Citado por Cruess R, Cruess S. El credencialismo como garantía social en el contexto social. Relaciones con el profesionalismo médico. En: Bosh A, Alenta E. La profesión médica: los retos del milenio. Barcelona: Fundación Medicina y Humanidades médicas; 2004. p. 5

Cómo entender el profesionalismo en la práctica médica actual

Gustavo Malagón Londoño, MD.¹

Síntesis

La medicina es un contrato moral, es un compromiso con la comunidad para respetar sus derechos, atender sus solicitudes de bienestar y respetar su autonomía. Por esas razones la medicina difiere de las demás profesiones u ocupaciones por el compromiso moral que suscribe el profesional y que debe cumplir a lo largo de su ejercicio.

Hace más de 25 siglos, Hipócrates preconizaba “trataré a los enfermos de acuerdo con mi capacidad y buen juicio y los apartaré del perjuicio y la injusticia” y tiempo después Platón, en su libro IV de las Leyes reconocía que “la buena relación médico-paciente es la esencia de la práctica médica” y afirmaba que la inadecuada relación es medicina de esclavos.

En la actualidad se debilita la esencia del profesionalismo por la presión de los intereses diferentes a los basados en el altruismo y el concepto moral y por la prevalencia de las tendencias comercialistas, lo cual significa o que cedemos a éstas o que insistimos en los futuros médicos sobre la inmodificable posición de preservar el contrato moral.

Muchos esfuerzos se han adelantado por parte de las grandes asociaciones para estudiar a fondo la disyuntiva entre profesionalismo y comercialismo y las grandes recomendaciones surgen a favor de preservar el profesionalismo como valor nuclear.

Jordan Cohen, expresidente de la Asociación de Colegios Americanos, expresaba ante la Convención Anual: “En estos momentos una obligación de la profesión médica es cultivar los valores nucleares del profesionalismo en los futuros médicos y mantenerse en el soporte de éstos, que convierte nuestra profesión en una actividad honrada y honorable”.

El profesionalismo es precisamente lo que ha ganado el respeto de los pacientes y ha hecho grande la relación entre éstos y sus médicos. De ahí la trascendencia de reafirmar, o mejor, de reconquistar la deteriorada relación médico-paciente, que es lo mismo que volver a humanizar la medicina, lo cual equivale a profesionalizar el ejercicio del médico. La deshumanización destruye el contrato moral con la sociedad y convierte la profesión en un simple oficio al servicio de intereses particulares y/o corporativos.

¹ Presidente de la Academia Nacional de Medicina.

La deshumanización o despersonalización de la medicina inclusive precipita la creciente insatisfacción y frustración de los médicos frente a los cambios de Sistema de Salud que están llevando, a pasos agigantados, a negarle al paciente una atención de calidad sobre la consideración de que el profesional mismo encuentra desestímulo para su progreso científico y tecnológico.

Día a día se erosiona el concepto tradicional que llevó en un momento a la oportuna práctica del enfoque bio-psico-social. El concepto del profesionalismo se estructura en los pilares básicos de sus componentes: conocimiento especializado, autonomía en la toma de decisiones, compromiso de servicio y autorregulación de la actividad por pares académicos. Lo anterior bajo el marco de referencia de la ética al tenor del mandato hipocrático.

¿Cómo superar la desprofesionalización de la medicina o la deshumanización?

Se consideran como principios inalienables:

- Sobreponer el bienestar del paciente sobre cualquier otra consideración.
- Respetar su autonomía.
- Buscar por sobretodo la justicia social.

Ante las consideraciones anteriores, se debe alertar al futuro profesional sobre el inalienable compromiso de mantenerse firme en los valores nucleares del profesionalismo y de ninguna manera formarse para el servicio de los intereses comerciales que llevarían a considerar al paciente como un simple consumidor de servicios.

Lo más sagrado y noble del ejercicio profesional es la relación médico-paciente que engrandece el contrato moral de la medicina y enaltece las premisas básicas de la justicia social.

Es oportuna la síntesis dramática que Giacomantoni y Suárez escribieron sobre la situación actual del médico:

*"Antes era un doctor, ahora un prestador de servicios médicos
Antes practicaba la medicina, ahora un funcionario para la atención
gerenciada
Antes atendía pacientes, ahora se brinda atención a una nómina de
consumidores
Antes diagnosticaba, ahora se espera la aprobación de una consulta
Antes trataba, ahora se está pendiente de la autorización para proveer
atención
Antes dedicaba tiempo al paciente, ahora se llena una planilla para
justificarse ante el empleador
Antes tenía sentimientos, ahora actitudes
Antes era médico, ahora no se sabe que es"*

El tiempo detenido

Álvaro Bustos González, MD.¹

Dice Borges que Jaromir Hladík, un personaje de uno de sus cuentos, procuraba afirmarse de algún modo en la sustancia fugitiva del tiempo. Daría la impresión de que Jaromir se colgaba de la cola del tiempo como de la cola de un cometa, para mirar hacia abajo y ver reiteradamente el mismo paisaje, como en un delirio circular. Algo así me viene ocurriendo ahora que ando entre pedagogos, a propósito de los conceptos del saber, el saber hacer y el saber relacionarse éticamente con uno mismo y con la sociedad.

En el medio universitario lo cognitivo, lo praxiológico y lo axiológico, que son la encarnadura del saber, el saber hacer y el saber relacionarse, conforman un triángulo en el que se encierra la formación integral del individuo. Esto significa que no basta el conocimiento puro ni la destreza en su aplicación. El ser humano, además de intelecto y competencias, requiere de una cultura, de un humanismo.

Para el caso del médico, su profesionalismo no puede prescindir de las palabras del Dr. Ignacio Chávez, el legendario cardiólogo mexicano, quien afirmó que no hay peor forma de mutilación espiritual en un médico que la falta de una cultura humanística. Esta cultura es la única que podría permitirle al profesional de la medicina una cabal comprensión de las miserias humanas, de las dimensiones de lo bello y lo justo en la existencia, y sería el mejor camino para entender aquel ideal de “igualar con la vida el pensamiento”.

Al indagar sobre el concepto de profesionalismo del médico en el siglo XXI, no encuentro en él nada distinto de lo que escuché en los torreones de la Universidad Javeriana con el nombre de deontología médica en mis épocas de zagal. Por aquellos días de agitación estudiantil, cuando los radicalismos se habían propuesto descuajar los cimientos de la sociedad y todas las culpas se le adjudicaban al sistema capitalista y a sus siervos del imperialismo norteamericano, experimentados maestros apaciguaban los ánimos recordando que la información no es el conocimiento, que nada vale un hombre bien informado si es una mala persona, que sin un humanismo culto o compasivo el médico es un fraude y un peligro, porque tiende a anteponer sus intereses personales al sufrimiento del enfermo, y que sin esa perspectiva renacentista, antropocéntrica, no habría futuro para la ciencia ni para el arte de la medicina.

Días atrás, interesado en aprender algo sobre Responsabilidad Social, tema que expusieron un par de conferencistas internacionales en la Universidad del Sinú, vi ante mis ojos otra vez el movimiento circular del tiempo. La geometría de la formación integral hizo su renovado acto de presencia casi con las mismas acepciones

¹ Decano, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm. Montería, Colombia.

pedagógicas ya citadas y con las mismas nociones de ética general, ética médica, deontología y bioética que son afines al mundo de la medicina. Los valores formativos que tuvieron su origen en la Grecia antigua se pavonearon una vez más por el auditorio, remozados con un lenguaje más técnico y menos romántico, a la sombra de la globalización, la gestión y la competitividad. Es cierto: nada nuevo hay bajo el sol. Ya se ha dicho que nuestro discurrir intelectual no es más que una nota al pie de página de la antigüedad clásica. Los revolucionarios descubrimientos sobre el substrato psico-neuro-inmuno-endocrino de las enfermedades no hacen sino corroborar la vieja sospecha de que las emociones negativas influyen notablemente en el desarrollo de los procesos patológicos del hombre.

El uso de la palabra alma, que no tiene un sustento científico pero que se puede asimilar a la parte invisible de la biología, nos pone de presente que la relación del médico con el paciente es una relación entre una confianza y una concien-

cia, la misma que tendría la sociedad con sus líderes en los diversos campos del saber, la economía y la espiritualidad. Sin confianza no hay economía boyante; sin conciencia no hay ética ni civilización. Sin confianza no se puede reivindicar el humanismo como un símbolo de respeto auténtico por la dignidad humana, y sin conciencia no habrían existido las diferentes concepciones religiosas ni se habrían dado las grandes corrientes filosóficas que registra la tradición.

Este tímido atisbo del hombre a través de unas nociones antropológicas que parecen detenidas en los laberintos del tiempo, ya que su esencia permanece inmutable desde antes de la era científica y tecnológica, pretende mostrar que la criatura humana, noble y sórdida, generosa y egoísta, ilusa y mortal sin remedio, en el fondo es la misma de siempre: quimérica cuando se aferra a la sustancia fugitiva de la historia, y realista cuando, como el Jaromir del cuento de Jorge Luis Borges, regresa perpetuamente a las trémulas vísperas de su muerte con la vaga certidumbre de su inútil destino.

Formación de profesionales en especialidades médicas

Sergio Parra Duarte, MD.¹

La formación de médicos en cualquiera de las especialidades reconocidas en nuestro país se debe considerar como una función sustantiva de las facultades de medicina, pues los programas de residencias médicas demuestran el compromiso de las mismas en llevar a sus alumnos a la culminación de sus proyectos de vida. Los sistemas de salud descansan en buena parte en los especialistas que generan los programas de residencia.

Esta formación se adquiere mediante el aprendizaje de saberes y actos profesionales de complejidad progresivas, enunciados y planeados en los currículos de cada especialidad.

Observemos entonces que estos modelos curriculares en la actualidad se basan en la adquisición de competencias en los médicos en formación.

Entendemos las competencias desde los núcleos ser e interactuar, saber y saber hacer. El primero gira entorno a la persona que se forma, evidentemente desde su fuero interno en relación con el contexto académico, social y laboral que lo rodea.

Tenemos entonces un especialista eficiente y competente cuando integra conocimientos, habilidades y actitudes.

Estas competencias deben ser transmitidas y moldeadas por docentes tutores, también competentes que muestren conductas a seguir y generen en el alumno las propuestas de acción eficientes para las diferentes situaciones que deba enfrentar en su especialidad.

Estos modelos de enseñanza deben llevarse a cabo en el ámbito de instituciones de salud reconocidas para tal fin y con programas educativos aprobados. La relación programa- escenario de práctica debe ser reglamentada y supervisada con los mecanismos de ley actuales.

En los sistemas de planeación y gestión de los programas de especialización médica, se deben analizar.

- Políticas de programas de residencia médicas. Estas las directrices orientadoras que articulan las funciones de las instituciones de educación superior con las necesidades del entorno donde actuará el futuro especialista.

¹ Decano Facultad de Medicina, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, FUCS.

- La gestión y regulación de los programas. Aquí debemos observar lo relacionado con procesos académicos, aseguramiento de la calidad del programa y los reglamentos del mismo.
- La formación del especialista. En este ítem debemos conocer las necesidades de la salud que nos rodean, entender la investigación como eje fundamental de la formación y verificar el modelo de enseñanza (conductivo – constructivista) y la relación universidad – I.P.S.
- El papel de docente–tutor. La formación docente y las funciones del mismo a través de la relación docencia–servicio.

- Las condiciones de aprendizaje y los escenarios de formación. Las condiciones a evaluar son: Trabajo, estrés, bienestar y seguridad.
- Los nuevos perfiles de formación. Entendido como aquella orientación general y específica que se desea generar en los alumnos residentes; competencias valores y principios desarrollados durante formación.

Analizando cada uno de estos factores podemos llegar a un marco adecuado de profesionalización en especialidades médico–quirúrgicas.

¿La formación del médico da respuesta al perfil epidemiológico nacional?

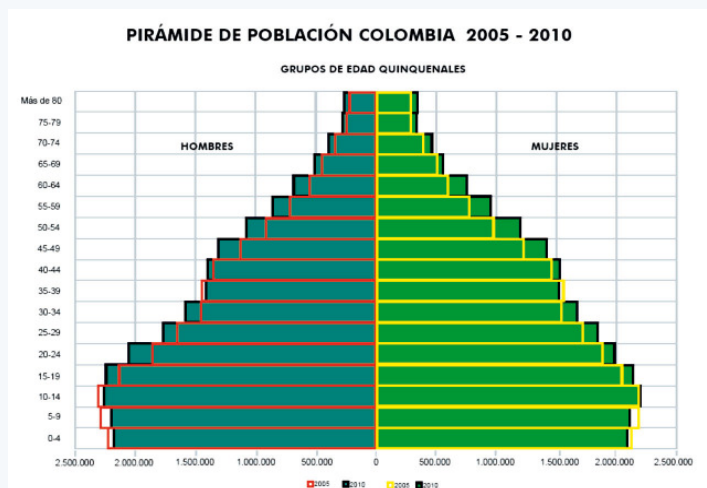
Mónica Uribe Ríos, MD.¹

En el contexto actual, diferentes problemáticas y reflexiones surgen en relación a los procesos de enseñanza y aprendizaje de los estudiantes de Medicina. En éste orden, uno de los cuestionamientos esenciales al valorar la pertinencia de las propuestas curriculares es sí la formación del médico da respuesta al Perfil Epidemiológico Nacional. Para dar respuesta a esta pregunta es necesario analizar las partes que la componen, Perfil epidemiológico Nacional y Formación del Médico, a partir de una serie de indicadores que servirán como referentes para profundizar al respecto.

Datos iniciales

Perfil Epidemiológico Colombiano

El informe de indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010 publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>) presenta los siguientes datos sobre el perfil de Colombia (copia textual)



Fuente: indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010 publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>)

¹ Médica Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. Especialista en Gerencia en Economía y Finanzas de la Salud. Universidad Pontificia Bolivariana. Colombia. Magister Salud Pública y Gestión Sanitaria. Escuela Andaluza Salud Pública-Universidad de Granada. España. Decana Escuela Ciencias de Salud – Directora Facultad Medicina. Universidad Pontificia Bolivariana.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

ESTRUCTURA DE LA POBLACION (2010) (1)	
Población total	45.509.584
Población femenina	23.042.924
Población masculina	22.466.660
Proporción de población menor de 15 años	28,6
Proporción de población adolescente entre 15 y 19 años	9,7
Proporción de mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años	26,6
Proporción de población de 60 y más años	9,8
Tasa media anual de crecimiento (período 2010 - 2015)	1,15
DINÁMICA DE LA POBLACIÓN (ESTIMACIONES PARA 2010)	
Tasa global de fecundidad por mujer (2010-2015)	2,35
Tasa específica de fecundidad en mujeres de 15 a 19 años de edad (por 1000) (2010-2015)	74,50
Media anual de nacimientos (estimada) (2010-2015)	884.901
Tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por 1000 habitantes) 2010-2015	18,89
Media anual de defunciones (estimada)	271.754
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes (2010-2015)	5,80
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos (2010-2015)	17,10
Esperanza de vida al nacer (años) (2010-2015)	Total Hombres Mujeres
	75,22 72,07 78,54
Número de personas desplazadas por la violencia en 2009	356.715

Fuente: *indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010* publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>)

VINCULACION AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN EL 2009

REGIMEN DE AFILIACIÓN	TOTAL PERSONAS	PROPORCIÓN POBLACIONAL	COBERTURA POBLACION POTENCIAL
Régimen subsidiado (a noviembre 30 de 2009)	23.882.314	53,10%	84,29%
Régimen contributivo (a noviembre 30 de 2009)	18.062.855	40,16%	86,20%
Régimen de excepción (fuerzas militares, magisterio, Ecopetrol, policía nacional)	1.038.471	2,31%	NA
Número de personas no afiliadas al SGSSS	1.995.192	4,44%	NA
Población total referente (proyección 2009)	44.978.832	100%	88,80%
Cobertura de afiliación al Sistema General de Riesgos Profesionales a agosto de 2009	6.707.433	14,91%	NA
INDICADORES DE OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL COBERTURAS DE SERVICIOS DE SALUD			
ATENCIÓN DEL PARTO (2008) (porcentaje)		Parto institucional	98,1
		Proporción % de partos atendidos por médico	97,9
		Proporción % de partos atendidos por enfermera	0,2
		Proporción % de partos atendidos por auxiliar de enfermería	0,2
		Proporción % de partos atendidos por promotora	0,1
		Proporción % de partos atendidos por parteras	1,0
Número de Instituciones Prestadores de Servicios de Salud con Atención Ambulatoria		Sector público	3.691
		Sector privado	12.343
Razón de egresos hospitalarios por 1000 habitantes (2009)			39,5
RECURSOS HUMANOS EN SALUD. PROYECCIONES 2010			
Razón de médicos generales por cada 1000 habitantes			1,0
Razón de médicos por cada 1000 habitantes			1,6
Razón de enfermeros profesionales por cada 1000 habitantes			0,7
Razón de odontólogos por cada 1000 habitantes			0,9
Razón de auxiliar de enfermería por cada 1000 habitantes			2,7
Total de médicos egresados por año (2008)			3.799
Total de enfermeros profesionales egresados por año (2008)			2.424
PORCENTAJE DE HOGARES CON COBERTURA NACIONAL DE SERVICIOS PUBLICOS (22)			
Cobertura del servicio de acueducto 2010			87,6
Cobertura del servicio de alcantarillado 2010			75,3
Cobertura del servicio de Energía 2010			97,7

Fuente: *indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010* publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>)

INDICADORES BASICOS PARA MONITOREO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, Y OTROS INDICADORES EN COLOMBIA Y LA REGION DE LAS AMERICAS

REGIONES COMPARADAS (a)	Las Américas	América Latina y el Caribe	América Latina	Área Andina	Colombia actualización 2010
INDICADORES DEMOGRAFICOS Y MORTALIDAD					
Población Total 2010 (miles)	940.271	588.672	581.537	128.646	45.508 (2010)
Población Urbana 2010 (%)	80,6	79,4	80,0	78,1	75,6 (2010)
Tasa cruda Natalidad 2010 (1000 hab.)	16,4	18,0	18,1	20,6	18,9 (2010-15)
Media anual de Nacimientos 2008 (miles)	15.421,1	10.638,6	10.518,2	2.655,0	884,9 (2010-15)
Tasa Global Fecundidad 2010 (hijos/mujer)	2,1	2,2	2,2	2,5	2,3 (2010-15)
Esperanza de vida al nacer Total 2010	76,2	73,7	74,1	73,3	75,23 (2010-15)
Esperanza de vida al nacer Hombres	73,4	70,7	71,0	70,3	72,07 (2010-15)
Esperanza de vida al nacer Mujeres	79,0	77,0	76,9	77,3	78,54 (2010-15)
Razón de Dependencia (100 hab.)	51,6	53,0	53,2	55,6	54,6 (2010-15)
Tasa cruda Mortalidad 2006-2008 (1000 hab.)	6,4	5,7	5,7	5,3	5,80 (2010-15)
Media anual Defunciones 2010 (miles)	6.264,1	3.524,8	3.471,4	710,5	271,75 (2010-15)
Tasa Mortalidad General todas las causas 2006-08 (1.000 hab.)	6,4	5,7	5,7	5,3	4,4 (2008)
Tasa Mortalidad General todas las causas en Hombres 2006-08 (1.000 hab.)	6,9	6,9	6,5	6,1	5,1 (2008)
Tasa Mortalidad General todas las causas en Mujeres 2006-08 (1.000 hab.)	6,0	5,0	5,0	4,5	3,7 (2008)
Tasa Mortalidad por Enfermedades Transmisibles 2006-08 (100.000 hab.)	51,9	58,2 5	8,3	63,3	29,1 (2008)
Tasa Mortalidad por Neoplasias malignas 2006-08 (100.000 hab.)	127,2	94,2	94,3	88,7	76,5 (2008)
Tasa Mortalidad por Enfermedades sistema circulatorio 2000-04 (100.000 hab.) *	227,8	177,1	176,6	141,6	132,2 (2008)
Tasa de mortalidad por diabetes mellitus 2006-2008 (100.000 hab.)					
Mayores de 45 años	30,9	34,8	34,8	22,1	66,7 (2008)
Tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón 2006-2008 (100.000 hab.) Mayores de 45 años	87,5	57,0	57,1	58,1	263,7 (2008)
Tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares 2003-2005 (100.000 hab.) Mayores de 45 años	45,2	45,0	45,0	35,3	130,0 (2008)
Tasa Mortalidad por Causas Externas 2006-08 (100.000 hab.)	67,9	72,8	73,1	91,3	74,7 (2008)
Tasa Mortalidad estimada por Homicidio 2006-08 (100.000 hombres.)	30,3	42,3	42,4	61,7	72,7 (2008)
Razón de tasa de mortalidad por homicidio hombre/mujer (2006-08)	7,4	9,5	9,5	11,6	11,1 (2008)
Tasa Mortalidad estimada por Suicidio 2006-08 (100.000 hab.)	7,6	5,6	5,6	5,0	5,0 (2008)
Tasa Mortalidad estimada por Accidentes de Transporte terrestre 2006-08 (100.000 hab.)	17,1	18,3	18,3	18,7	14,8 (2008)
Causas de Mortalidad mal definidas e ignoradas 2008 (%)	3,7	5,2	5,2	2,7	8,5 (2008)
Subregistro de Mortalidad 2003-05 (%)	8,4	12,4	12,4	23,2	SD (2008)

Fuente: indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010 publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>)

INDICADORES BASICOS PARA MONITOREO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO, Y OTROS INDICADORES EN COLOMBIA Y LA REGION DE LAS AMERICAS

REGIONES COMPARADAS	Las Américas	América Latina y el Caribe	América Latina	Área Andina	Colombia actualización 2010
INDICADORES ODM 4 REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL					
Tasa de Mortalidad Infantil, 2006-2009 (1000 nv)	15,6	19,6	19,7	20,0	14,7 (2008)
Tasa Mortalidad estimada en menores de 5 años, 2008 (1000 nv)	18,0	23,0	23,0	24,0	17,7 (2008)
Tasa Mortalidad en menores de 5 años (100.000 <5 años)	SD	SD	SD	SD	295,7 (2008)
Defunciones registradas por EDA en menores de 5 años (%) 2005 -2008	2,5	3,6	3,6	4,1	8,3 (2008)
Defunciones registradas por IRA en menores de 5 años (%) 2005 -2008	5,5	7,5	7,5	4,1	20,3 (2008)
Cobertura de inmunización DPT3 en menores de 1 año, 2009 (%)	90	88	88	91	92,2 (2009)
Cobertura de inmunización POLIO 3 en menores de 1 año, 2009 (%)	90	88	88	89	92,1 (2009)
Cobertura de inmunización BCG en menores de 1 año, 2009 (%)	96	96	96	93	90,2 (2009)
Cobertura de inmunización Sarampión /SRP en niños de 1 año, 2009 (%)	94	94	94	92	92,4 (2008)
INDICADORES DE ODM 5 MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA					
Razón de mortalidad materna, (100.000 nv) indicadores 2008	65,7	88,9	89,1	79,8	62,8 (2008)
Atención PRENATAL por personal de salud capacitado, 2005-2009 (%)	94,6	93,2	93,3	90,7	95,9 (2008)
Atención DEL PARTO por personal de salud capacitado, 2005-2009 (%)	93,0	89,8	90,0	87,7	99,4 (2008)
Uso de anticonceptivos (mujeres todo método), 2006-2009 (%)	66,0	68,0	68,0	51,0	68,2 (2005)
INDICADORES ODM 6 COMBATIR EL VIH/SIDA, MALARIA, DENGUE Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES					
Tasa de Incidencia de SIDA, 2008 (100.000 hab.)	9,9	10,5	10,4	4,1	15,4 (2009)
Razón hombre/mujer. Casos de SIDA, 2008	SD	2,7	2,7	2,9	2,2 (2008) *
Casos reportados de Malaria, 2009	567.711	566.413	550.613	166.557	79.198 (2009)
Población en riesgo de Malaria, 2009 (%)	2,6	4,3	4,3	10,1	22,6 (2009)
Índice Parasitario Anual -IPA Malárico, 2009 (1000 hab.)	4,2	7,0	7,1	10,8	7,8 (2009)
Casos reportados de Dengue, 2009	1.165.399	1.165.396	1.161.184	215.132	51.543 (2009)
Casos confirmados de Sarampión, 2009	89	4	4	4	0 (2009)
Tasa de Incidencia de Tuberculosis, 2008 (100.000 hab.)	23,8	35,5	35,7	51	24,3 (2009)
Tasa de Incidencia de Tuberculosis BK+, 2008 (100.000 hab.)	13,1	19,9	20,1	30,3	16,3 (2009)
Casos reportados de Cólera, 2009	17	5	5	5	0 (2009)

Fuente: indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010 publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>)

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN HOMBRES SEGÚN LISTA 6/67 DE LA OPS, COLOMBIA 2008
(Tasa por 100.000 habitantes)

		Total	Porcentaje	Tasa
MENORES DE 1 AÑO	404-Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	1.512	25,2	344,8
	615-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1.332	22,2	303,8
	407-Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	620	10,3	141,4
	405-Sepsis bacteriana del recién nacido	452	7,5	103,1
	109-Infecciones respiratorias agudas	415	6,9	94,6
DE 1 A 4 AÑOS	615-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	118	9,9	6,7
	506-Ahogamiento y sumersión accidentales	113	9,5	6,5
	109-Infecciones respiratorias agudas	104	8,8	5,9
	602-Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	88	7,4	5,0
	510-Otros accidentes, inclusive secuelas	72	6,1	4,1
DE 5 A 14 AÑOS	501-Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	191	13,2	4,2
	512-Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	135	9,4	3,0
	212-Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	116	8,0	2,6
	506-Ahogamiento y sumersión accidentales	109	7,6	2,4
	604 Enfermedades del Sistema Nervioso, excepto meningitis	105	7,3	2,3
DE 15 A 44 AÑOS	512-Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	12.446	47,3	121,4
	501-Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	3.183	12,1	31,0
	108-Enfermedad por el VIH/SIDA	1.222	4,6	11,9
	511-Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	1.187	4,5	11,6
	514-Eventos de intención no determinada, inclusive secuelas	878	3,3	8,6
DE 45 A 64 AÑOS	303-Enfermedades isquémicas del corazón	3.724	16,9	101,3
	512-Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	2.165	9,8	58,9
	307-Enfermedades cerebrovasculares	1.279	5,8	34,8
	501-Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	1.096	5,0	29,8
	201-Tumor maligno del estómago	884	4,0	24,1
DE 65 AÑOS Y MAS	303-605-Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	5.385	9,9	415,1
	307-Enfermedades cerebrovasculares	4.896	9,0	377,4
	302-Enfermedades hipertensivas	2.237	4,1	172,5
	611-Otras enfermedades del sistema digestivo	2.208	4,1	170,2

Fuente: indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010 publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>)

CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN MUJERES SEGÚN LISTA 6/67 DE LA OPS, COLOMBIA 2008
(Tasa por 100.000 habitantes)

		Total	Porcentaje	Tasa
MENORES DE 1 AÑO	615-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1074	23,8	256,6
	407-Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	473	10,5	113,0
	405-Sepsis bacteriana del recién nacido	316	7,0	75,5
	109-Infecciones respiratorias agudas	279	6,2	66,7
DE 1 A 4 AÑOS	615-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	107	11,2	6,4
	109-Infecciones respiratorias agudas	85	8,9	5,1
	602-Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	73	7,6	4,4
	506-Ahogamiento y sumersión accidentales	71	7,4	4,2
	510-Otros accidentes, inclusive secuelas	64	6,7	3,8
DE 5 A 14 AÑOS	501-Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	88	9,2	2,0
	604-Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	84	8,8	1,9
	212-Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	83	8,7	1,9
	512- Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	61	6,4	1,4
	615-Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	56	5,9	1,3
DE 15 A 44 AÑOS	512-Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	1.011	12,1	9,6
	501-Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	602	7,2	5,7
	614-Embarazo, parto y puerperio	416	5,0	4,0
	209-Tumor maligno del útero	413	4,9	3,9
	616-Residuo (todas las demás causas)	410	4,9	3,9
DE 45 A 64 AÑOS	303-Enfermedades isquémicas del corazón	1.945	12,9	48,4
	307-Enfermedades cerebrovasculares	1.373	9,1	34,2
	208-Tumor maligno de la mama	1.013	6,7	25,2
	601-Diabetes mellitus	924	6,1	23,0
	209-Tumor maligno del útero	863	5,7	21,5
DE 65 AÑOS Y MAS	303-Enfermedades isquémicas del corazón	10.576	19,6	675,9
	307-Enfermedades cerebrovasculares	6.169	11,4	394,3
	605-Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores 4	.743	8,8	303,1
	601-Diabetes mellitus	3.098	5,7	198,0
	302-Enfermedades hipertensivas	2.779	5,1	177,6

Fuente: indicadores Básicos de Salud en Colombia 2010 publicado por el Ministerio de Protección Social (Link: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Indicadores%20Básicos%202010.pdf>)

Perfil de formación de los médicos en Colombia

Para poder analizar este tema se realiza una búsqueda de información en el SNIES (Sistema Nacional de Información de la Educación Superior) sobre los programas de Medicina encargados de la formación de los médicos en Colombia. De acuerdo con lo reportado en el SNIES, en Colombia se cuenta con 72 programas registrados de los cuales 55 están activos. De éstos, 11 pertenecen a Instituciones Universitarias/Escuela Tecnológica y 44 a Universidades, 17 son del sector oficial y 38 del sector privado. Se encuentra una importante variedad en la titulación otorgada por estos 55 Programas:

- Médicos: 36
- Médicos y cirujanos: 15
- Médicos generales: 3
- Profesionales en Medicina: 1

De la misma manera se realiza una búsqueda de la duración y el número de créditos con el fin de encontrar algún estándar que permita un análisis y se encuentra una variabilidad importante en los programas: en promedio los 55 programas tienen una duración de 12 semestres con un promedio de 264 créditos en un rango de créditos amplio entre 159 a 345.

Programas (#)	# Semestres	Créditos promedio	Rango de créditos
4 programas	10 semestres	253	234 a 281
41 programas	12 semestres	262	159 a 340
7 programas	13 semestres	277	247 a 316
2 programas	14 semestres	302	260 a 345

Se realiza también una búsqueda de información en los 55 programas analizando el perfil profesional y el plan de estudios declarado por cada uno. Se identifica diversidad en lo encontrado con perfiles de enfoque social y de salud pública hasta perfiles de corte investigativo y de proyección hacia las especialidades médico quirúrgicas.

Se encuentran de manera general las siguientes características, complementarias entre sí, en los diferentes perfiles profesionales definidos y publicados por algunos de los programas:

CARACTERISTICAS DEL PERFIL PROFESIONAL	# programas
Valores: honestidad, respeto, disciplina, responsabilidad	10
Manejo integral	10
Atención primaria	5
Promoción y prevención	25
Atención, diagnóstico y rehabilitación	21
Características administrativas	9
Trabajo interdisciplinario	13
Enfoque comunitario	12
Enfoque familiar	7
Enfoque de salud pública	9
Enfoque en perfil epidemiológico	8
Liderazgo–emprendimiento	11
Compromiso ético y humanista	19
Compromiso social	21
Investigación y desarrollo científico	24
Calidad y excelencia en el ejercicio de su profesión	11
Comunicación en salud	2
Uso de TIC´s	3
Inglés como segunda lengua	1
Educador	3

Al analizar los planes de estudios de 39 de los 55 programas se observan cursos comunes en denominación en el área de básicas, algunos con enfoques clásicos por áreas del conocimiento, por sistemas, o por ciclo vital, todos tienen como áreas comunes la ética, la medicina familiar y comunitaria, la salud pública y la investigación con diferentes énfasis e intensidades. Algunas complementan la formación con inglés, informática, cultura, deporte, emprendimiento y liderazgo. En general es una formación diversa con diferentes denominaciones de los cursos y se necesitaría una investigación de contenidos para poder definir afinidades o puntos comunes entre los programas.

Análisis

Existe una importante variabilidad en la formación de médicos en Colombia la cual no permite darle una respuesta completa a la pregunta ¿LA FORMACIÓN DEL MÉDICO DA RESPUESTA AL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NACIONAL?

Respecto a la Formación, durante los últimos años como parte de una tendencia global, se han venido gestando en las Escuelas de Medicina alrededor del mundo, una serie de reflexiones conducentes al replanteamiento de las estructuras curriculares y de las didácticas idóneas para la enseñanza y el aprendizaje de la misma. Esto con el fin de lograr que los profesionales egresados de los programas de medicina alcancen unos niveles básicos en la formación que le permitan tener un adecuado ejercicio profesional tanto en el país como en el exterior.

De estas reflexiones han surgido diferentes artículos y estudios de los cuales se han obtenido conclusiones importantes que se aplican en la actualidad; varios autores hablan del Core Currículo, que defina cuales son las competencias mínimas que deben lograrse en un egresado de Medicina de cualquier programa académico del mundo.^{1,2}

También se habla del término de Competencias en la planificación y diseño curricular como la forma de “definir los resultados esperables”³. El proyecto Tuning desarrollado en Europa define las competencias como una combinación dinámica de atributos, habilidades y actitudes, de la misma

manera refiere que los resultados de aprendizaje finales de un período formativo se expresan en forma de competencias⁴ y se complementa con la definición de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una excelente práctica médica, en continuo perfeccionamiento, adecuada al contexto social en que se desarrolla⁵.

Estudios más recientes como el publicado en la Revista Lancet en 2010: Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente⁶, realizado por una Comisión global independiente refiere textualmente “...la Comisión presenta una visión: todos los profesionales de la salud en todos los países deberán ser entrenados para movilizar el conocimiento y comprometerse al razonamiento crítico y a una conducta ética de modo que se hagan competentes para participar en los sistemas de salud centrados en el paciente y la población como miembros activos de los equipos de salud que proveen una respuesta local y están conectados globalmente. El propósito fundamental es asegurar la cobertura universal de los servicios integrales de alta calidad que son esenciales para mejorar las oportunidades de igualdad en salud entre los países y dentro de ellos. . . . Como parte de un valioso resultado, un aprendizaje transformacional involucra tres cambios fundamentales: un alejamiento de la memorización de hechos en dirección a la búsqueda, el análisis y la síntesis de la información que conduzca a la toma de decisiones; el reemplazo de la búsqueda de credenciales profesionales por el logro de competencias esenciales para un trabajo en equipo efectivo dentro de los sistemas de salud; y de la adopción sin crítica de modelos educativos hacia una adaptación creativa de recursos globales para enfrentar prioridades locales.”

Todos coinciden en las necesidades de definir unos mínimos esenciales en la formación de los profesionales médicos a través de un Currículo Médico que cuente con una estructura pertinente con respecto al medio y que reconozca aspectos como el Perfil Epidemiológico de la población, las demandas del medio y del profesional en concordancia con el Sistema de Salud, la ética personal y profesional, las nuevas tecnologías adaptadas a las didácticas del aprendizaje y la globalización del conocimiento.

¹ Martínez Emilio G. El Core Currículo un debate en la Educación Médica. Educación y Educadores 2006. Vol.9 No 2. 189-196

² Palés Jorge L. Planificar un currículum o un programa formativo. Educ. méd. [revista en la Internet]. 2006 Jun; 9(2): 59-65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132006000200004>.

³ Peinado Herrerros José María. Competencias Médicas. Educ. méd. [revista en la Internet]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132005000600002>.

⁴ Palés-Argullós J., Nolla-Domenjó M., Oriol-Bosch A., Gual A. Proceso de Bolonia (I): educación orientada a competencias. Educ. méd. [revista en la Internet]. 2010 Sep; 13(3): 127-135. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132010000300002>.

⁵ Lafuente José-Vicente, Escanero Jesús F., Manso Jose M^a, Mora Sergio, Miranda Teresa, Castillo Manuel et al. El diseño curricular por competencias en educación médica: impacto en la formación profesional. Educ. méd. [revista en la Internet]. 2007 Jun; 10(2): 86-92. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132007000300004>.

⁶ Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world The Lancet 2010; 376:1923-58. Traducción: Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente Rev Peru Med Exp. Salud Publica. 2011; 28(2): 337-41.

Con relación al Perfil Epidemiológico es importante tener en cuenta que durante la última década, la situación de salud en las Américas ha mejorado como reflejo de diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, así como de la mayor accesibilidad a los servicios de atención de salud y a los programas de salud pública. Se advierte en general una tendencia al mejoramiento de las condiciones de vida de la población teniendo en cuenta una serie de indicadores básicos del desarrollo humano en las últimas décadas. Ha aumentado la accesibilidad de la población a servicios como agua potable, manejo de aguas residuales y saneamiento ambiental, así como un incremento en el nivel de alfabetismo y el acceso a la educación. Sin embargo, el crecimiento económico de la década actual no se ha reflejado en los indicadores de empleo, presentándose porcentajes significativos de desempleo, de la misma manera no se ha mostrado el mismo comportamiento en todos los países, ni en todos los grupos humanos de un mismo país, ya que en algunos casos persisten los tradicionales problemas de salud asociados con la pobreza, las deficiencias del medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida⁷.

También es importante tener en cuentas que desde la segunda mitad de los años setenta, como producto tanto de los cambios demográficos —aumento de la esperanza de vida al nacer y variación en la estructura por edades de la población— como de las características económicas contingentes, se está hablando de una “transición epidemiológica” (Omran -1971). Aunque esta teoría ha tenido múltiples detractores es cierto que existe un cambio en las características de las poblaciones que implican cambios en la atención en salud⁸. En este contexto, se han incrementado otras enfermedades y problemas relacionados con el envejecimiento de la población, la urbanización acelerada y los modos de vida perjudiciales para la salud. El fenómeno de transición demográfica, que se presenta en forma acelerada en Colombia, se caracteriza principalmente por la concentración humana en las grandes ciudades, la participación creciente de la mujer en los mercados laborales y los mayores niveles educativos de buena parte de la población⁹.

Por un lado se ha logrado el control y la reducción de las enfermedades transmisibles y de la morbilidad y mortalidad materna e infantil, así como el aumento de la expectativa de vida. Sin embargo se ha dado un aumento en las últimas décadas de las enfermedades crónicas y degenerativas, con un incremento de muertes e incapacidades por enfermedad coronaria, cáncer y enfermedad cerebro vascular y una incidencia creciente (número de casos nuevos) de las

denominadas enfermedades emergentes y reemergentes, las cuales dependen en gran medida de las intervenciones de un sistema de salud eficiente. Se trata de enfermedades infecciosas como la malaria, la Leishmaniasis, el dengue, la lepra, la tuberculosis y el SIDA, entre otras y que presentan un crecimiento alarmante. Persiste la preocupación en torno a patologías que amenazan y afectan de forma significativa el desarrollo global de la población infantil como la desnutrición crónica.

Así mismo, surgen nuevos desafíos relacionados con la creciente expansión de la movilidad de personas, bienes y servicios impulsada por las iniciativas de integración subregional y regional⁸

Una preocupación de las autoridades sanitarias nacionales son los efectos para la salud pública de problemas sociales tales como las distintas formas de violencia, incluida la familiar, y los accidentes. En la última década, aunque el riesgo de muerte por causas externas ha permanecido estable para el conjunto de los países de la Región, en algunos se observa una tendencia general a la disminución de las defunciones por accidentes y un marcado aumento de los homicidios. De esta forma, la violencia, se constituye en el principal problema de Salud Pública en Colombia. Su inmenso impacto social apenas empieza a cuantificarse, pero sus cifras de morbilidad y mortalidad son ya abrumadoras.

De la misma manera, la morbilidad creciente por trastornos mentales y la morbimortalidad asociada con el tabaquismo y el alcoholismo crean la necesidad de fortalecer los programas de prevención de estos problemas en prácticamente todos los países de la Región.

Se ha asignado prioridad a la revisión de los modelos de atención, haciendo hincapié en la integración de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; la coordinación de los programas de atención de la salud; la incorporación de enfoques intersectoriales, y la participación social efectiva. La promoción de la salud y la prevención y control de las enfermedades son estrategias fundamentales para el mejoramiento continuo de la salud de las poblaciones. Es así como en la actualidad de acuerdo con la reforma del capítulo de Seguridad Social en Salud de la Ley 100 de 1991, refiere: *“El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones*

⁷ “La Salud en Las Américas”. Volumen I. Publicación Científica No 569. ISBN 92 75 11569 9. OPS.

⁸ CEPAL – Colección Documentos de proyectos El perfil epidemiológico de América Latina y el Caribe: desafíos, límites y acciones. Naciones Unidas, abril de 2011. Chile.

⁹ FEDESARROLLO. Coyuntura Social. Lito Camargo, Bogotá, Colombia. 2000

que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros”¹⁰.

En nuestro país, los cambios demográficos y epidemiológicos que se vienen presentando producen un llamado a cambios importantes en la forma de prestar la atención en salud, mediante la formación de profesionales con un perfil diferente, es decir, recursos humanos capacitados para el trabajo interdisciplinario con conocimientos técnicos en salud y administrativos que le permitan trasladar, en buena medida, su radio de acción de los hospitales a la comunidad. Profesionales que puedan contar e interactuar con una comunidad cada vez más informada y activa y, finalmente, con capacidad de buscar el balance entre el énfasis curativo y el potencial de la prevención.

La reforma actual del Sistema de Salud refiere: “Las instituciones y programas de formación del talento humano en salud buscarán el desarrollo de perfiles y competencias que respondan a las características y necesidades en salud de la población colombiana, a los estándares aceptados internacionalmente y a los requerimientos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, fundados en la ética, calidad, pertinencia y responsabilidad social.”¹¹

Conclusión

Basado en lo anterior se sugiere que Colombia debe realizar un trabajo de revisión y transformación curricular en los programas de Medicina con el fin de lograr planes de estudio con unas competencias mínimas comunes y necesarias para lograr formar el profesional que realice una atención en salud coherente con las necesidades del País, la región y el mundo con alta calidad, responsabilidad, ética y compromiso social.

Los planes de estudio deben estar contextualizados con el medio nacional e internacional, enfocados a la interdisciplinariedad, a la integración de saberes, a desarrollar metodologías de enseñanza que logren un aprendizaje significativo, a brindar herramientas de análisis y empoderamiento del estudiante como actor principal de su formación. Deben buscar el mejoramiento de la capacidad resolutoria del médico general a través de cursos que equilibren la teoría con la práctica, que les brinden herramientas de análisis y disertación, que los capacite para el trabajo comunitario con capacidad de intervenir no solo en el campo asistencial, sino también en atención primaria en salud, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación de las personas, en cada uno de los niveles de atención; teniendo siempre presente el rol que debe desempeñar como Educador en Salud y la importancia de la enseñanza del autocuidado como la herramienta a usar para empoderar a las personas de su salud.

¹⁰ Ley 1438 de 2011 POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES’

¹¹ Ley 1438 de 2011 POR MEDIO DE LA CUAL SE REFORMA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y SE DICTAN OTRAS DISPOSICIONES’

