

Contexto de la educación médica en Colombia

Ricardo Humberto Escobar Gaviria¹

Resumen

Durante los últimos cinco lustros, Latinoamérica ha asistido a una serie de reformas de Estado que comprometen la prestación de servicios de salud y educación. En efecto, en estos 25 años, Colombia ha visto el desarrollo de dos importantes reformas que han incidido sobre la educación médica: la Ley 30 de 1992 de educación superior, y la Ley 100 de 1993 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud². La primera introdujo un concepto amplio de autonomía universitaria (en su momento) y permitió abrir programas de medicina (y en general de todas las carreras) bajo las leyes de la oferta y la demanda, y la segunda propuso la creación de un modelo de aseguramiento en salud. En ambos casos, el mercado fue considerado un elemento de regulación de la cantidad y calidad.

Palabras clave

educación médica, sistema de salud, educación superior.

¹ MD. Magíster en Planeación Socioeconómica, especialista en Epidemiología. Director de Proyectos Especiales, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

² Por supuesto, la Ley 1438 de 2011 y la Ley Estatutaria podrán tener algún impacto, pero en general se desarrollan en el mismo marco.

Reformas y educación médica

Los inicios de 1990, marcaron una importante época de transformaciones políticas, económicas y sociales en el país, que aún hoy se reflejan en el desarrollo social y, para el caso que nos ocupa, en la educación médica del país.

Estas transformaciones, si bien se venían anunciando y desarrollando desde años anteriores, se concretaron en la Constitución Política: moderna, garantista en cuanto a derechos y de corte neoliberal, en la cual el Estado reducía su tamaño y entregaba gran cantidad de sus funciones al sector privado. Los análisis sobre el alcance y realización de estos postulados están más allá del alcance de este documento. Sin embargo, no cabe duda de que, durante estos últimos cinco lustros, las tensiones entre regulación y desregulación estatal han incidido en las políticas sociales y económicas del país de manera fundamental, y que todavía no es claro ni el papel ni la intencionalidad en muchos aspectos del ejercicio del Estado, en nuestro caso sobre la educación médica (1).

La organización de la educación superior y del sistema de salud no fueron ajenos al marco impuesto por la Constitución, y a las olas de reformas internacionales de la época. En sus inicios, la Ley 30 de 1992 propició la proliferación

de programas (en todas las áreas del conocimiento) con escasos procesos regulatorios para ese entonces, varios años después se comenzó a reglamentar lo relacionado con la acreditación de alta calidad, para encaminar y asegurar la excelencia académica en la educación superior. Lo que hoy conocemos como registro calificado apareció muy tardíamente en el marco regulatorio, lo que permitió el incremento de las facultades de medicina en más de un 100 %. Solamente hacia el 2003 apareció el Decreto 2566, que establece las condiciones mínimas para la creación y funcionamiento de los programas de educación superior, lo que hoy se puede asimilar a los requisitos de registro calificado del Decreto 1295 de 2010. En este periodo, entre 1992 y 2003, se produjo el mayor incremento de programas de educación superior y de medicina.

Según Ruiz, “Se pasa de 37 instituciones en 1984 a 83 en el año de 1999 que ofrecen programas de salud y que tienen estadísticas en las bases de datos. En este crecimiento se hace a expensas del sector privado que crece de 21 a 54 instituciones mientras el sector público pasa de 16 a 29” (2). En medicina son 58 programas activos, lo que significa un incremento de más del 150% con respecto a los 21 existentes al inicio de la

década de 1990³. Este incremento ocurrió por un proceso de desregulación para la creación de programas (en todas las profesiones). Para el 2017, según el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES)⁴ del Ministerio de Educación Nacional en Colombia existen 58 programas de medicina activos, de los cuales 40 son de origen privado. Esto tiene importantes implicaciones en el acceso de la población a este tipo de programas y, como se analizará más adelante, en las relaciones docencia-servicio.

Para efectos de esta introducción, se aborda el tema de la calidad de los programas de medicina. La Ley 30 de 1992 creó el Consejo Nacional de Acreditación como organismo para acreditar la educación superior de alta calidad, la cual se ha concebido desde su origen con carácter voluntario. De las 58 escuelas de medicina activas, 27 cuentan con registro de alta calidad.

La Ley 100 de 1993 crea el Sistema General de Seguridad Social, con su componente en salud, el cual significa para el país transitar de un Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista,

a uno de aseguramiento de tipo bismarciano-neoliberal (3). El nuevo esquema de aseguramiento reorganizó la prestación de servicios, creando varias figuras nuevas: las aseguradoras (Empresas promotora de salud -EPS-, en su momento contributivas y subsidiadas), los prestadores (Instituto prestador de servicio - IPS) y los regímenes de prestación de servicios (contributivo y subsidiado). La relación EPS-IPS marcó una nueva forma de prestación de servicios mediada por la eficiencia administrativa y la rentabilidad económica (3), con frecuencia en desmedro de la calidad del servicio. Esto generó gran cantidad de transformaciones en los servicios y, en el campo de la formación de talento humano en salud, en las relaciones entre las instituciones de educación y las asistenciales.

El componente de eficiencia condujo a unas estructuras organizativas ligadas a planes de beneficios (en su momento diferenciales según los regímenes) y manuales de procedimiento y actividades (MAPIPOS) que limitaban la autonomía de los médicos. El cierre de hospitales universitarios públicos y posterior reestructuración como *empresas sociales del*

³ En los años 60 del siglo pasado eran siete programas de medicina, cinco de ellos públicos.

⁴ <https://snies.mineducacion.gov.co/consultasnies/programa#> consultado el 15 de agosto de 2017.

estado, como producto de la necesidad de mantener la eficiencia administrativa, se convirtió en noticia diaria, especialmente a finales de la década de 1990 y hasta mediados de la siguiente. Sin embargo, hoy es todavía frecuente asistir a la crisis y anunció de cierre y reestructuración de emblemáticas instituciones hospitalarias con vocación docente. La aguda crisis hospitalaria, las condiciones de contratación de los médicos por prestación de servicios y la búsqueda de la rentabilidad económica han afectado las relaciones docencia-servicio.

La relación docencia-servicio pasó a ser objeto de negociación y limitó fuertemente el desarrollo de las prácticas asistenciales, especialmente entre instituciones docentes y de servicio del sector privado, lo que, a su vez, afectó de manera inequitativa a las entidades educativas oficiales. El incremento de programas de formación en medicina y en salud en general y la crisis de los hospitales universitarios condujo a un mercado imperfecto por escenarios de práctica que aun hoy persiste.

El impacto de estas reformas en la educación médica ha sido sustancial y ha cambiado la concepción tradicional de cómo se desarrolla la misma. Sin embargo, las expectativas de la sociedad, del gobierno, y de muchos grupos de

opinión (inclusive académicos y profesionales de la salud) siguen aferradas a la capacidad resolutive del médico de los años 90 del siglo pasado, sin entender que el desarrollo del sistema de salud ha limitado las prácticas clínicas, y que los desarrollos científicos y tecnológicos de la medicina mundial también hacen que se superen las competencias del médico general e inclusive del especialista generalista, lo que disminuye su capacidad de acción. Esto ha dado lugar a un doble discurso: limitar al máximo los escenarios de aprendizaje, pero esperar profesionales de desempeño destacado.

Aunque no se puede afirmar que la relación médico-paciente constituye sobreoferta (según datos del Ministerio de Salud y Protección Social para 2015, es 19/10.000 habitantes (4)) en los ámbitos gubernamentales y de las instituciones médica del país, sí preocupa la calidad de las instituciones de educación superior y de los egresados de las facultades de medicina del país y sobre todo la pérdida de su capacidad resolutive dentro del sistema de salud, si bien tampoco se ha comprobado que esté originada en los procesos formativos.

Es importante anotar que la capacidad resolutive del médico no es un factor aislado del sistema y que desconocerlo resulta en una visión estrecha, y deforma

el concepto, si no se mira el contexto. “Desconocer en un área de salud, la capacidad resolutoria de la estructura instalada es impedimento para el desarrollo de estrategias de mejora de la estructura y procesos en base a información contrastable” (5). Son varios los factores que inciden en una buena resolución en este ámbito. Según Martínez, “Entre ellos destacan, los recursos económicos, la organización del centro de salud, la burocracia, la demanda asistencial, la dotación tecnológica, el acceso a pruebas diagnósticas, la comunicación entre niveles, el conocimiento y habilidades de los profesionales, la cartera de servicios, la formación, el compromiso y motivación de estos profesionales y las expectativas del paciente” (5).

La pérdida de capacidad resolutoria del médico general y de los especialistas generalistas son el resultado de múltiples factores relacionados con los cambios en la educación y la práctica de la medicina en el contexto de las reformas, Ley 30 de 1992 y Ley 100 de 1993.

Transformación del concepto de docencia servicio

Dentro del esquema de la organización actual de los servicios de salud, se ha planteado y puesto en el centro de la discusión el costo de la docencia en la

prestación de los servicios a partir de la presencia de la universidad con sus programas de ciencias de la salud, lo cual ha generado relaciones inequitativas para el desarrollo de las prácticas docentes en los escenarios asistenciales.

Para Rodríguez (6) “Los hospitales que participan en educación médica graduada incurrir en gastos adicionales a los del cuidado médico. Esto incluye el costo directo (*direct cost*) que considera los salarios y los beneficios de los residentes y los costos del espacio institucional destinado al entrenamiento y a la investigación. Los costos indirectos (*indirect cost*) reflejan los recursos del hospital necesarios para envolver a los residentes en el cuidado del paciente”. También hay que considerar que los hospitales de entrenamiento atraen pacientes severamente enfermos, quienes, a su vez, generan más gastos en el cuidado.

La educación médica graduada es apoyada por los “recobros del cuidado al paciente”. Tradicionalmente, muchos pagadores han financiado implícitamente la educación médica graduada porque sus costos están incluidos en los cargos de los hospitales de enseñanza. Medicare es la organización que provee la mayor cantidad de dinero a los hospitales de enseñanza para cubrir los costos indirectos. También hace pagos a los hospitales

de enseñanza para ayudar a cubrir los costos directos de la educación médica graduada”

Según Quintero (7) para Koenig *et al.*, “la misión académica de los hospitales universitarios es responsable por el 27,6 % de los costos. De estos, la investigación ocupa un 3,6 %, y los costos indirectos de la educación médica, el 11,5 %. Para estos autores, el futuro de la medicina académica depende de cuánto la sociedad esté dispuesta a apoyar el financiamiento de los hospitales universitarios. Una realidad bastante lejana para nosotros, donde por el contrario el hospital universitario no es políticamente importante”.

El problema, sin embargo, no es si la presencia de la universidad genera sobrecostos o no a los servicios, sino la forma como incide la estructuración del sistema de educación superior y el sistema de salud en la educación médica, la cual, a partir de la promulgación de la Ley 30 de 1992 y de la Ley 100 de 1993, se ha visto afectada por el impacto de estos dos mercados.

La desaparición de las llamadas *áreas de influencia*, regiones geográficas asignadas por el gobierno a las

instituciones de formación, que hacían uso de la infraestructura asistencial del antiguo Sistema Nacional de Salud, a cambio de una contrapartida académica y responsabilizándose en gran medida de las acciones de salud de las poblaciones del sector, generó, entre otras, la situación que en cuanto a convenios se ve en la actualidad, es decir, una proliferación de convenios entre múltiples y heterogéneas instituciones, con objetos variados y definitivamente difíciles de controlar en términos de la calidad de la función social que desarrollan.

El Decreto 2376 de 2010 permite el desarrollo de un “modelo” enmarcado en la libre oferta y demanda, que establece que la condición principal para que se desarrolle esta relación es un acuerdo de conveniencia entre las partes. Esto ha generado una red en la cual cada escenario de prácticas puede ser utilizado para un mismo programa (medicina, enfermería u otro) por distintos centros de formación, y a su vez cada institución formadora cuenta con múltiples convenios para el desarrollo de las prácticas de un programa. Este modelo podría ilustrarse como sigue:

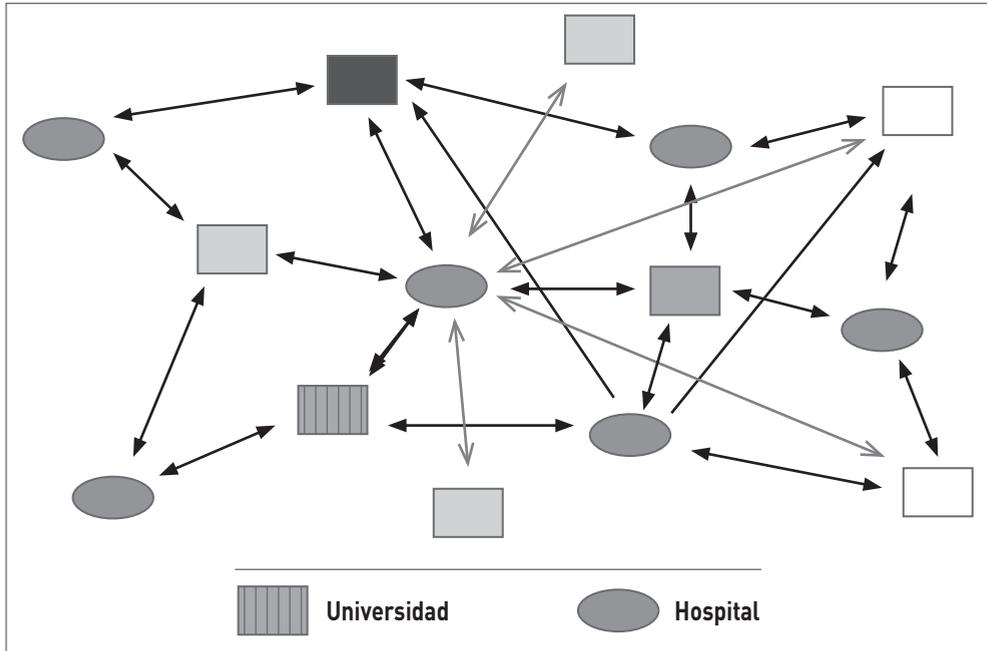


Figura 1. Modelo actual de docencia-servicio.

Fuente: elaboración propia

El exceso de programas de formación y el déficit de escenarios de práctica adecuados, así como la confluencia de múltiples instituciones y programas de formación en los de servicios ocasiona que:

- a. El proyecto educativo queda en manos de la institución de servicios. Es lógico que una institución asistencial no esté en condiciones para adecuar sus prácticas de docencia-servicio según los requerimientos de más de un proyecto educativo institucional. Por lo tanto, el esfuerzo de los

programas de medicina al momento de presentar sus documentos para registro calificado o acreditación quedan en el papel, pues la práctica queda supeditada a lo que establezca el escenario asistencial.

Ante la multiplicidad de instituciones formadoras, el escenario de práctica no se identifica con una propuesta educativa, y termina desarrollando planes de estudio propios a los cuales se acogen las instituciones de educación. Esto es especialmente claro con el internado

- y las residencias, en los que se dan casos de hospitales que desarrollan una propuesta académica dirigida a diversos programas.
- b. Se pierde, además, el control por parte de los programas de formación del desarrollo docente. Los docentes son esencialmente asistenciales que, debido a su vinculación laboral con el hospital, terminan ejerciendo funciones docentes sin que estas sean, en algunos casos, parte de su proyecto de vida. Existe escaso o ningún estímulo al asistencial para la docencia y, en algunos casos, se da que docentes no se encuentran vinculados al proceso asistencial. Por ello, se pierde en gran medida el valor de la doble relación docente-asistencial de los formadores. Por otra parte, las formas de contratación docente, en las que los ingresos del médico están ligados especialmente a la labor asistencial, causan una pérdida de la *governabilidad* del equipo docente por parte de las facultades. No hay diálogo de saberes y no se estimula el desarrollo investigativo que mueva la frontera del conocimiento. Para los docentes académicos, se privilegia la labor asistencial y no hay asignación equitativa de funciones.
 - c. El seguimiento a los procesos de formación es escaso o nulo si no hay presencia directa de la institución formadora. Por lo expresado anteriormente, le resulta complejo a la institución formadora garantizar la adquisición de competencias en un ambiente con un proyecto educativo distorsionado por la presencia de múltiples formadores. Hay una fuerte tendencia a monetizar todas las actividades docentes (facturar).
 - d. Se establece, adicionalmente, un riesgo para el modelo de formación en las especialidades médicas (que en Colombia está en cabeza de las Instituciones de Educación Superior) que ya se advierte, y es que ante una reforma de la Ley 30 de 1992, los hospitales sean autorizados para otorgar títulos, como sucede en otros países.
 - e. Se hace muy difícil y costoso el desarrollo de los procesos de verificación de la calidad de la relación docencia-servicio. El Ministerio de Salud y Protección Social debe ser garante de la calidad del desarrollo de los convenios docencia-servicio, situación virtualmente imposible ante la cantidad de los mismos.

f. Por lo expresado anteriormente, se pierde la posibilidad de concretar el concepto de *hospital universitario* alrededor de la propuesta de una Institución de Educación Superior, dado que esto significa, más que crear una estructura universitaria al interior de un hospital, la acción armónica, complementaria y la potenciación conjunta de la triada docencia, servicio e investigación por parte de dicha alianza. El hospital es universitario, en nuestro modelo de educación superior, en el cual no tiene atribuciones de titulación, solo lo puede ser en función de la presencia de la universidad.

Desde 2014, ASCOFAME ha venido discutiendo a fondo este modelo de docencia-servicio, en sus Asambleas Generales y con el Comité de Educación Médica de Pregrado, y ha llegado a aproximarse a un consenso alrededor de una

propuesta que Escobar⁵ ha promovido desde el 2005, en la que se plantea como premisa que un hospital (escenario de práctica) solo puede tener convenio de docencia-servicio con una universidad para el desarrollo de un programa académico (ej. medicina), lo que en Chile han llamado la *Ley de No Cohabitación*. Cualquier otra universidad o programa que quisiera acceder a este escenario de práctica debe hacerlo a través de un intercambio académico con la universidad o programa titular del convenio docencia-servicio (los decanos de ASCOFAME lo han denominado hospital tutelar). El hospital puede tener convenios con otras instituciones de educación en áreas o servicios que no están comprometidos previamente. La Institución de Educación Superior sí puede, y debe, tener convenios con varios centros asistenciales.

El esquema se puede representar gráficamente de la siguiente manera:

⁵ Ricardo Escobar es parte del equipo directivo de ASCOFAME y desde 2005 ha venido promoviendo y perfeccionando el documento "Modelo de docencia servicio: a propósito del decreto 2376 de 2010", el cual en su quinta versión ha sido acogido por las autoridades colegiadas de ASCOFAME.

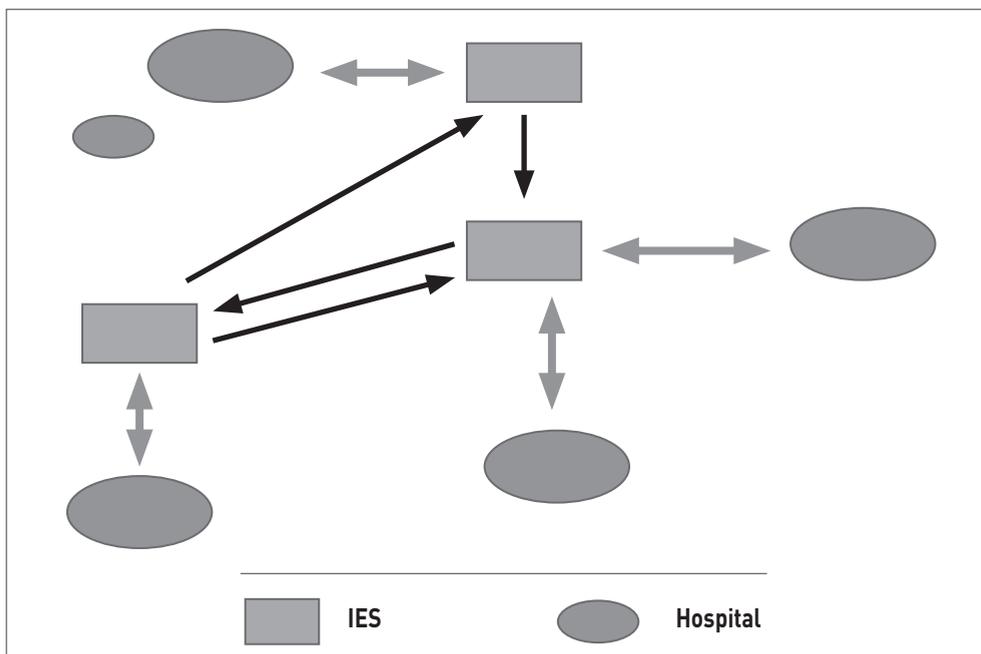


Figura 2. Modelo de docencia servicio propuesto.

Fuente: elaboración propia

Este esquema tiene las siguientes ventajas:

1. Permite reducir de manera muy importante el número de convenios docencia-servicio, lo cual facilita su administración.
2. La universidad o programa titular del convenio docencia-servicio se encargaría de todo el desarrollo académico del programa, y a su vez el hospital se compromete totalmente con este programa. Esta institución se ha denominado *universidad tutelar*.
3. Facilita la aplicación de instrumentos de evaluación de las condiciones de calidad de la docencia servicio.
4. Devuelve a la universidad la responsabilidad sobre la oferta educativa. En este caso, los hospitales no podrían abrir convocatorias *motu proprio*.
5. Permite racionalizar recursos humanos al no tener docentes contratados por varias universidades en un hospital, o no tener por parte de las universidades que contratar docentes para cubrir las prácticas en varios hospitales.

6. Facilita el desarrollo de propuestas educativas innovadoras alrededor de programas de pregrado, al generarle *exclusividad* al programa académico.
7. El modelo permite rescatar el sentido de las áreas de influencia, ya no desde el punto de vista territorial, sino desde la declaración de conveniencia por las partes.
8. Rescatar el criterio de área de influencia fortalecerá los programas comunitarios de las áreas de *influencia* de estos hospitales.
9. Permitiría el desarrollo del concepto de *hospital universitario*, pues estos escenarios de práctica girarían alrededor de una sola universidad y por lo tanto de una sola propuesta educativa.
10. Disminuye al Estado los costos de verificación de las condiciones de calidad de docencia-servicio.

Este modelo se debe desarrollar a través de convenios de largo plazo, 10 años o más, en los cuales las instituciones se comprometen con una propuesta de formación. Por lo demás, la contraprestación se dedica íntegramente al fortalecimiento de la labor docente asistencial, es decir, puede beneficiar la función de servicio a través de la docencia.

Finalmente, para racionalizar el uso de los escenarios de práctica, es necesario empezar a considerar el segundo nivel de complejidad y de atención como el centro de la formación del pregrado, dado que en él confluye la baja y la alta complejidad, permitiéndole al médico tener una relación más cercana con el primer nivel y deshospitarlo de la alta complejidad.

Es necesario considerar una propuesta de algo así como un 60 % de rotaciones en segundo nivel, 25 % en primer nivel y 15 % en tercer y cuarto nivel. Esto conduce a replantear el modelo de evaluación de los escenarios de práctica, dado que el concepto que prima de alta calidad está alrededor del escenario de alta complejidad con los docentes subespecialistas, y se considera de segunda a los que hacen formación en segundo nivel con especialistas generalistas (este tema ha sido bien visto por el Comité de Educación Médica de Pregrado de ASCOFAME).

Entre la autonomía y la regulación estatal

Del estado de desregulación casi total al inicio de la Ley 30 de 1992, con ausencia de requisitos mínimos para la creación y funcionamiento de programas, a la fecha el marco regulatorio ha

sido nutrido sustancialmente. Ya hay normas para la creación y funcionamiento, el registro calificado y los procesos de acreditación de alta calidad deben ser renovado periódicamente, se debe sustentar el proyecto educativo ante los pares designados por el Ministerio de Educación Nacional, modificar casi cualquier aspecto de un proyecto educativo debe ser reportado y autorizado, los programas deben demostrar su pertinencia; los escenarios de práctica deben ser evaluados en sus características docentes y los cupos son asignados por los ministerios; en fin, ya hay norma para casi todo.

No obstante, el incremento de programas de medicina y de especialidades médico-quirúrgicas no ha cesado y muchos sectores solicitan regulaciones más efectivas a dicho crecimiento. Los actores principales en este proceso son entidades de origen privado, académicas y asistenciales, a quienes el Estado ha delegado la prestación de dos servicios públicos: la salud y la educación. Resulta obvio dentro de un esquema de mercado que los ingresos por matrícula, así como el uso de la fuerza laboral de los internos y residentes, resultan ser el factor más atractivo para que esta situación persista, dado que, como se mencionó antes, este aumento de programas es a expensas de las instituciones privadas.

Más allá de si es el mercado o el Estado quien debe controlar este fenómeno, parece ser que la autonomía y la consecuente (y necesaria) autorregulación son los más afectados en este proceso.

La Corte Constitucional, en Sentencia T-310-99 define: “la autonomía universitaria como la capacidad de autoregulación filosófica y de autodeterminación administrativa de la persona jurídica que presta el servicio público de educación superior”. En efecto, la jurisprudencia constitucional ha señalado que “la autonomía universitaria es un principio pedagógico universal que permite que cada institución tenga su propia ley estatutaria, y que se rija conforme a ella, de manera que proclame su singularidad en el entorno”⁽⁸⁾.

En otro aparte establece que “Para ello la universidad cuenta con la potestad de señalar los planes de estudio y los métodos y sistemas de investigación. Y, de otro lado, la potestad para dotarse de su propia organización interna, lo cual se concreta en las normas de funcionamiento y de gestión administrativa, en el sistema de elaboración y aprobación de su presupuesto, la administración de sus bienes, la selección y formación de sus docentes”

Sin embargo, aclara que, “La autonomía universitaria no es **soberanía**

educativa⁶, pues si bien otorga un margen amplio de discrecionalidad a la institución superior le impide la arbitrariedad, como quiera que ‘únicamente las actuaciones legítimas de los centros de educación superior se encuentran amparadas por la protección constitucional’”. La autonomía universitaria encuentra límites claramente definidos por la propia Constitución, a saber: a) la enseñanza está sometida a la inspección y vigilancia del Presidente de la República; b) la prestación del servicio público de la educación exige el cumplimiento estricto de la ley. Por ende, la autonomía universitaria no excluye la acción legislativa, como quiera que ésta “no significa que haya despojado al legislador del ejercicio de regulación que le corresponde”, c) el respeto por los derechos fundamentales también limita la autonomía universitaria”.

De acuerdo con lo anterior, la regulación estatal, en ejercicio de su competencia de vigilancia y control, encuentra un campo amplio de acción para la formulación de cuanta norma existe para el desarrollo de la actividad académica. No obstante, un factor que se ha limitado sustancialmente en medio de la cultura

de la regulación estatal (justificada o no) es el papel de las comunidades científicas y académicas de auto-regularse.

Los dilemas de la práctica académica bajo las influencias del mercado parecen propiciar la regulación estatal frente a la autorregulación de la comunidad académica. Este es un factor de contexto que amerita, como se está haciendo, profundas reflexiones.

Un insumo para la autorregulación

Un documento de gran importancia académica fue publicado por un grupo de expertos que, a instancias de la Ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, se reunieron para presentar el *Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia* entregado en el mes de marzo de 2017, el cual recoge importantes insumos para la discusión que debe guiar el desarrollo de la Educación Médica de los próximos años.

La Comisión para la Transformación de la Educación Médica (como fue denominado el grupo de expertos) presenta 104 recomendaciones distribuidas en los siguientes ítems (9):

⁶ La negrita es nuestra.

I.- Educación médica de pregrado

- 1.- Entender el contexto.
- 2.- Necesidades del entorno.
- 3.- Necesidades del individuo.
- 4.- Metas y objetivos de aprendizaje.
- 5.- Estrategias educativas.
- 6.- Recursos educacionales.
- 7.- Evaluación.

II.- Educación médica de posgrado

- 1.- Entender el contexto.
- 2.- Necesidades del entorno.
- 3.- Necesidades del individuo.
- 4.- Metas y objetivos de aprendizaje.
- 5.- Estrategias educativas.
- 6.- Recursos educacionales.
- 7.- Evaluación

III.- Desarrollo profesional permanente

- 1.- Entender el contexto.
- 2.- Necesidades del entorno.
- 3.- Necesidades del individuo.
- 4.- Metas y objetivos de aprendizaje.
- 5.- Estrategias educativas.

6.- Recursos educacionales.

7.- Evaluación.

Adendum: Hospital universitario

Acciones recomendadas para el hospital universitario

Esta constituye, sin duda alguna, una ambiciosa agenda de trabajo que debe ser abordada por un grupo ampliado de expertos aglutinados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, con la participación de Decanos, Directores de Programas de Medicina, Jefe de Educación Médica, Jefes de Posgrados, Directores de Programas de Educación Continua y Directores de Educación Médica de Hospitales Universitarios, buscando que sea la auto-regulación la que oriente los procesos de mejoramiento de la Educación Médica del país, sin desconocer que algunos aspectos (no muchos) requieren de normatización por parte del Estado.

Referencias

1. Vásquez T. La Constitución del 91, entre los derechos y el modelo de desarrollo. Ciudadanía, derechos económicos, sociales y culturales y medidas de ajuste económico. Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza. 2006.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Los recursos humanos de la salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección social. 2004.
3. Universidad de Antioquia. Los doce principios de la seguridad social en la ley 100. <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/?redirect=0> consultado el 15 de agosto de 2017.
4. Ministerio de Salud y Protección Social y Ministerio de Educación Nacional. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia. Informe Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Bogotá. 2017.
5. Rodríguez, J. Educación Médica Graduada. [Internet]. Revista Galenus [citado 2017 agosto 15]. 2017;11(2). Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/Educacion-medica-graduada.html>,
6. López P, García A, Segredo A, Alonso L, Santana A. Procedimiento para medir la capacidad resolutive de los equipos básicos de salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2014;40(4):249-262.
7. Quintero Q. Gerencia, centro de gestión hospitalaria. VíaSALUD. Año; 44:15.
8. Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social, Comisión para la Transformación de la Educación Médica. Documento de Recomendaciones para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. 2016. Corte Constitucional. Sentencia T-310799 Disponible en <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1999/t-310-99.htm>