



# Educación Médica

[www.elsevier.es/edumed](http://www.elsevier.es/edumed)



## EDITORIAL

## La educación de pre y postgrado en América Latina

### Pre and post-graduate education in Latin America

Roberto Reussi

*Director de la carrera de Médico Especialista en Medicina Interna-Clinica Médica de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina*



América Latina y el Caribe representan un amplio territorio con diferentes identidades sociales y culturales, mezcla de etnias que influyen en sus organizaciones políticas, educativas y también sanitarias. Según la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), América Latina y el Caribe cuentan con el 10% de la población mundial: 625.000.000 de habitantes.

Por inspiración del profesor Jesús Millán Núñez-Cortés, nos reunimos un comité editorial de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, Argentina, presidido por el profesor Roberto Reussi, director de la carrera Médico Especialista en Medicina Interna-Clinica Médica, junto a los profesores Viviana Falasco, Jorge Mercado, Silvia Falasco y Miguel Ángel Falasco, con el objetivo de analizar qué ocurre con la formación de pre y postgrado en América Latina. Para ello, tomamos diez países de la región: República Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, República Federativa de Brasil, República de Chile, República de Colombia, Estados Unidos Mexicanos, República de Paraguay, República de Perú, República Oriental del Uruguay y República Bolivariana de Venezuela.

De cada país, les pedimos a reconocidos profesores que escribieran una monografía acerca de la formación médica de pre y postgrado, que se transcriben tal como originalmente ellos las redactaron. Luego de cada una hay un comentario del comité editorial sobre cinco aspectos que nos parecieron de valor para ver semejanzas y diferencias

entre estos países: 1) algunos datos geográficos, demográficos y la relación de médicos por cada 1.000 habitantes; 2) la cantidad de escuelas de medicina, la existencia de escuelas estatales y/o privadas, el sistema formativo clásico flexneriano o nuevas modalidades; 3) los requisitos para ejercer la profesión; 4) las diferentes posibilidades de formación de postgrado; y 5) los programas de recertificación, si existen, si son voluntarios u obligatorios. Esta información está disponible en la versión online, como material adicional de cada documento.

Sin lugar a dudas, el mundo ha cambiado y, también, cambia la forma de aprender. Cambiaron las ciencias de la educación, las formas de comunicación y el acceso a la información científica. Los países han crecido, y las escuelas médicas se han multiplicado. Los nuevos paradigmas educativos obligan a asumir un mayor compromiso social por parte de las escuelas médicas, cambiando la forma de entregar y practicar la medicina. En este sentido, muchas organizaciones como la Organización Mundial de la Salud han emitido recomendaciones sobre la formación y la práctica médica.

Pero si queremos mejorar la calidad de atención, hay tres procesos fundamentales que debemos tratar de cumplir en forma universal: 1) la acreditación de las instituciones de enseñanza, que asegura la calidad de la formación impartida; 2) la certificación del título, que garantiza la formación adquirida; y 3) la recertificación periódica, que da lugar a la capacitación continua.

En este binomio práctica-educación, lo primero que encontramos es que en Latinoamérica la acreditación de facultades y escuelas de medicina y la

Correo electrónico: [becoa504@gmail.com](mailto:becoa504@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.03.001>

1575-1813/© 2018 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

certificación/recertificación están en diferentes estadios de desarrollo y son de desiguales modalidades, según el tamaño del país y las características de su política social y económica.

La evaluación de universidades y escuelas médicas a través de la acreditación da como resultado la obtención, por lo menos, del mínimo grado de estándar en enseñanza universitaria. Acreditar significa que una autoridad competente afirma que una institución educativa cumple con los requisitos necesarios para impartir enseñanza.

Certificar es hacer constar por escrito una realidad, un hecho. Asegurar, dar algo por cierto. La certificación se logra a través de un proceso (con examen o no), que lleva a la habilitación en el ejercicio de la profesión.

Recertificar es un proceso de control sobre el estado de los conocimientos del médico ya certificado, que se realiza en general cada 5 años. La recertificación estimula la necesidad de la formación médica continua y, a través de ella, mejora la calidad de la asistencia médica.

El postgrado es una instancia de formación permanente, que necesita módulos de aprendizaje de competencias, que deberían ser comunes para toda Latinoamérica. La especialización es una educación superior que incrementa, actualiza y profundiza el conocimiento obtenido en la universidad. La formación continua y su evaluación (recertificación) permiten el mantenimiento de los avances científicos y técnicos del médico. Esta etapa de la carrera médica está directamente relacionada con la calidad de la prestación.

En América Latina existen contrastes de todo tipo. El primero, grandes diferencias territoriales y poblacionales. Encontramos países como Brasil, con 200.000.000 de habitantes, y México, con 127.000.000; y en el otro extremo, Paraguay con 6.700.000 y Uruguay con solo 3.400.000. La organización de la enseñanza para estos volúmenes educacionales es muy diferente.

En cuanto a la cantidad de médicos por 1.000 habitantes, están a la cabeza Argentina (3,88), Uruguay (3,74), México (2,80) y Brasil (2,17), pero con la salvedad de que, en todos los casos, la distribución es desigual, con concentración de médicos y especialistas en los centros económicos más desarrollados. En el resto de los países analizados los valores por 1.000 habitantes están por debajo de los estándares esperados: Chile (1,70), Colombia (1,47), Venezuela (1,30), Perú (1,28). Esto demuestra la necesidad de incrementar en Latinoamérica los programas para el crecimiento del número de profesionales.

En la región hay una tendencia al replanteo de la formación médica, tanto del pre como del postgrado. En la mayoría de los países estudiados se sigue el método clásico Flexner, el currículum de grado dura 6 años, incluyendo el internado rotatorio al finalizar. Como eje de cambio se propone homogeneizar la formación en todas las escuelas, fomentar la investigación, incrementar las competencias y brindar una formación integral y continua.

Hay planes especiales en diferentes universidades. En la Universidad de Tucumán, Argentina, se propone trabajo in situ desde el primer año para conocer los determinantes sociales en diferentes ámbitos. En la Universidad de La Matanza, también en la Argentina, se trabaja para vencer la dicotomía entre lo curativo y lo preventivo. Por su lado, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile busca integrar las ciencias básicas preclínicas y clínicas con

epidemiología genética, enfermedades crónicas, geriatría y ciencias sociales. En Temuco, también en Chile, el acento está puesto en la actitud frente al desastre y emergencia de salud y medio ambiente, deporte y salud reproductiva. La Universidad de San Martín, en Sabaneta, Colombia, ha incorporado la visión familiar y comunitaria para un entendimiento ecosistémico de la salud. La Facultad Federal de Londrina, São Paulo, Brasil, trabaja actualmente en la enseñanza basada en problemas y está orientada a la comunidad. La Universidad de la República del Uruguay presenta una experiencia de innovación curricular, con un primer ciclo dedicado a lo básico, clínico y comunitario; un segundo ciclo de clínica médica integral; y el tercer ciclo, un año preprofesional. Al promediar la carrera, en el cuarto año, los alumnos pueden optar por finalizar sus estudios como Técnicos en prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Casi todos estos cambios en universidades latinoamericanas priorizan la atención primaria de la salud.

Así como es llamativa la variación del número de habitantes, lo es también el de las escuelas médicas. En Brasil, por ejemplo, han crecido en forma explosiva. Existen en la actualidad 257 facultades y escuelas de medicina, con la dificultad que conlleva el control de calidad de sus planes de estudio y de las habilidades de los médicos que egresan de ellas. En el otro extremo se encuentra la República Oriental del Uruguay, con solo dos universidades.

En ninguno de los países analizados es necesaria la formación de postgrado para ejercer la profesión. Sin embargo, un número grande de los médicos recibidos opta por este camino como una forma de obtener una mejor valoración en su profesión, mayor conocimiento y una mejora salarial.

En Bolivia, Chile, Colombia, México, Paraguay y Venezuela solo se obtiene el título de especialista a través de la residencia. En Uruguay el modo es la residencia rentada y no residencia (es como una residencia, pero de menos horas y sin renta); Brasil entrega el título a través de la residencia y de las sociedades científicas. Perú, aparte de las residencias, por la falta de especialistas ha implementado un programa de titulación por competencias.

La Argentina es el país con más formas para obtener el título de especialista. Se puede hacer de siete formas diferentes: residencia, concurrencia formal o informal, carreras de especialización en universidades, sociedades científicas o colegios médicos, y el ser profesor universitario por concurso de la materia y en actividad. Esto hace que lleguen muchos médicos latinoamericanos a hacer su especialización en medicina interna.

Aunque muchos países ofrecen maestrías y doctorados, dictados por instituciones estatales y privadas, que no otorgan el título de especialista pero sí habilitan el desarrollo de una carrera académica, en todos los países la forma más habitual para la formación de postgrado es la residencia y, sin duda, a nuestra manera de entender, la más efectiva. La duración varía entre 3 y 4 años; la carga horaria, guardia, descansos y postguardias tienen algunas diferencias; y todas tienen alguna forma de remuneración, con excepción de Colombia, donde los médicos pagan por su formación (a excepción de la Universidad de Antioquia, donde no se paga matrícula y el estudiante percibe una bonificación económica).

El propósito de la recertificación es contribuir al mejoramiento del sistema de atención médica, estimulando la formación continua de los internistas. Médicos actualizados significa pacientes mejor atendidos. Recertificar es someterse a la evaluación por los pares, demostrando un proceso de educación continua. Lo ideal es la recertificación periódica para todos los médicos. En América Latina este objetivo está en diferentes etapas en cada país. El proceso es obligatorio en Perú y México. Argentina, Paraguay y Venezuela tienen por ahora un sistema voluntario. En Chile, por ley, se iniciará la recertificación en 2019. En Uruguay, la Sociedad de Medicina Interna de Uruguay está comenzando conversaciones con diferentes entidades médicas con el objetivo de implementar la recertificación, en principio con carácter voluntario. La recertificación en Colombia no está validada ni legalizada por el Estado, aunque la Asociación Colombiana de Medicina Interna tiene actualmente un modelo en marcha. En Brasil y Bolivia no existen aún programas de recertificación.

Un tema de gran trascendencia y preocupación es que, salvo en Colombia —donde las plazas de residencias para

medicina interna son muy solicitadas—, en Argentina, Paraguay y Venezuela se ha producido una falta importante de ocupación de las vacantes en las residencias de medicina interna. En la Argentina los médicos prefieren especialidades como la imagenología o anestesiología, especialidades con poco contacto con el paciente, menos compromiso interpersonal y, en general, mejor remuneración.

Releyendo estos informes surgen varias preguntas. ¿Es el médico que hoy tenemos el que necesitamos? ¿Se requiere un nuevo modelo educativo? ¿Qué estrategias educativas comunes se deberían plantear? ¿Quiénes son los responsables de estos cambios: los docentes, las universidades, el Estado? ¿Qué papel juegan las sociedades científicas en estos cambios?

Esperamos que este trabajo revele una riqueza de conocimientos sobre la situación de la educación médica en América Latina y, seguro, al haber conectado a profesores de distintos países, habrá nuevas expectativas para avanzar en los cambios requeridos para la transformación del perfil de médicos que necesita el continente.