

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina



Documento Posición

Pregrado, Especialidades Médicas y Educación Continua

Derivado de las mesas de trabajo de la
XXXI Asamblea General Extraordinaria de ASCOFAME
26 y 27 de noviembre de 2015.

Editor
Ricardo H Escobar Gaviria

Bogotá, D.C., julio de 2016

Contenido

Asistentes a la Asamblea General de ASCOFAME de 2015.....	26 y 27 de noviembre 3
Introducción	7
1. La formación de pregrado, la capacidad resolutoria de los médicos generales y su futuro dentro del Sistema	8
2. La situación de las especialidades médico quirúrgicas	10
2.1. Contexto.....	10
2.2. Desarrollo de la mesa de trabajo y conclusiones de la plenaria.....	12
2.3 Conclusiones y mandatos de la Asamblea con respecto a las Especialidades Médico Quirúrgicas.	18
3. Educación Continua y Recertificación Profesional.....	19
ANEXOS	20
Anexo 1: Conformación Mesa de Trabajo sobre Pregrado	20
Anexo 2: Declaración de ASCOFAME: Competencias Esenciales Comunes del Médico General	21
Anexo3: Conformación Mesa de Trabajo sobre Especialidades Médicas.....	23
Anexo 4: Examen Nacional de Ingreso a Residencias Médicas de ASCOFAME.....	24
Anexo 5: Conformación Mesa de Trabajo sobre Educación Continua y Recertificación Profesional	29
Anexo 6: Sistema de Certificación Profesional Periódica Voluntaria.....	30
1. ¿Qué es EduConASCOFAME?	30
2. ¿En qué consiste la plataforma <i>EduConAscofame</i> ?	30
3. ¿Por qué EduConAscofame?	30
4. ¿Por qué Certificación Periódica Voluntaria con <i>EduConAscofame</i> ?	31
5. ¿Cuáles son las actividades por las cuales otorga créditos?	31
6. Tipología y asignación de créditos	31
7. Certificación Profesional Periódica Voluntaria	32
8. Condiciones de uso	32

Asistentes a la Asamblea General de ASCOFAME

26 y 27 de noviembre de 2015

Mesa Directiva de la Asamblea

Doctor Gustavo Quintero
Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario
PRESIDENTE PRIMERA PARTE DE LA ASAMBLEA

Doctor Gerardo Campo Cabal
Decano Facultad de Salud de la Universidad del Valle
PRESIDENTE SEGUNDA PARTE DE LA ASAMBLEA

Doctor Jorge Julián Osorio Gómez
Decano Facultad de Medicina Universidad CES
Presidente Junta Directiva de ASCOFAME

Doctora Ana Isabel Gómez
Vicedecana Facultad Medicina y Ciencias de la Salud Universidad del Rosario
SECRETARIA DE LA ASAMBLEA

Equipo Directivo de ASCOFAME

Doctor Ricardo H Rozo Uribe
Director Ejecutivo

Doctora Juliana Vallejo Echavarría
Jefe División de Educación e Investigación

Doctor Ricardo H. Escobar Gaviria
Director de Proyectos Especiales

Dra. María Martha Martínez Lesmes
Gerente Administrativa y Financiera

Miembros de la Asamblea

ÁLVARO GRANADOS CALIXTO

Decano Facultad de Medicina Fundación Universitaria de Ciencia de la Salud – FUCS

MARY BERMÚDEZ GÓMEZ

Decano Facultad de Medicina Pontificia Universidad Javeriana – Bogotá

JUAN JOSÉ REY SERRANO

Decano Facultad Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de Bucaramanga

JORGE JULIÁN OSORIO GÓMEZ

Decano Facultad de Medicina Universidad CES

CARLOS ALBERTO PALACIO ACOSTA

Decano Facultad de Medicina Universidad de Antioquia

AIDA GONZÁLEZ CORREA

Facultad Ciencias de la Salud Universidad de Caldas

WILLIAM REYES SERPA

Decano Facultad de Medicina Universidad de Santander

JOSÉ LUIS DIAGO FRANCO

Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca

HERNANDO BAQUERO LATORRE

Decano Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Norte

JORGE ENRIQUE GÓMEZ MARIN

Decano Facultad Ciencias de la Salud Universidad del Quindío

ÁLVARO BUSTOS GONZÁLEZ

Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Sinú, Montería

GERARDO CAMPO CABAL

Decano Facultad de Salud Universidad del Valle

HUGO CÁRDENAS LÓPEZ

Decano Facultad de Medicina Universidad el Bosque

FABIO BOLÍVAR GRIMALDOS

Decano Facultad de Salud Universidad Industrial de Santander

ALFONSO VALENCIA CAICEDO
Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Libre, Cali

JORGE ENRIQUE LUQUE SUÁREZ
Decano Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Universidad Militar Nueva Granada

GABRIEL MOJICA PUERTO
Director Escuela de Medicina Universidad Pedagógica Y Tecnológica de Colombia

VICTOR ALEJANDRO ACEVEDO URREGO
Coordinador de Prácticas Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Pontificia Bolivariana

JOSE DOMINGO ALARCÓN
Decano Facultad de Salud Universidad Surcolombiana

RODOLFO ADRIÁN CABRALES VEGA
Decana Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Tecnológica de Pereira

RICARDO DE JESÚS JIMÉNEZ MEJÍA
Rector Ejecutivo Fundación Universitaria Autónoma de Las Américas

ROBERTH ALEXANDER ORDÓÑEZ
Docente de la Facultad Ciencias de la Salud Fundación Universitaria Navarra

PEDRO JOSÉ VILLAMIZAR BELTRÁN
Decano Facultad Ciencias de la Salud Pontificia Universidad Javeriana- Cali

ALEJANDRA SALCEDO MONSALVE
Decana Facultad de Medicina Universidad Antonio Nariño

JAVIER ANTONIO GUTIÉRREZ RODAS
Decano Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia Medellín

JOHN PABLO MEZA
Decano Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia Pasto

SALÍN RAMÓN TOUCHIE MEZA
Decano Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Cooperativa de Colombia Santa Marta

DIVA STELLA DÍAZ
Decana Facultad de Medicina Universidad Cooperativa de Colombia Villavicencio

NOHORA SÁNCHEZ CAPACHO
Directora del Programa de Medicina Universidad de Boyacá

PEDRO BUSTAMANTE
Docente Facultad de Medicina Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales UDCA

ANTONIO DUQUE QUINTERO
Decano Facultad de Medicina Universidad de Manizales

GUSTAVO ADOLFO QUINTERO HERNÁNDEZ
Decano Escuela de Medicina y Ciencias de la Universidad el Rosario

JORGE ELIECER BOLAÑO BARRIOS
Decano Facultad de Medicina Universidad Metropolitana de Barranquilla

SONIA MARIA GÓMEZ ERAZO
Decana Facultad Ciencias de la Salud Universidad Nariño

JOSÉ RAFAEL CONSUEGRA MACHADO
Decano Facultad de Medicina Universidad Simón Bolívar

Documento de posición
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
ASCOFAME:
Pregrado, Especialidades Médicas y Educación Continua

Derivado de las mesas de trabajo de la
XXXI Asamblea General Extraordinaria de ASCOFAME
26 y 27 de noviembre de 2015.

Introducción

Los decanos de las facultades de medicina de Colombia reunidos en Asamblea General Extraordinaria convocada por el Doctor Ricardo H Rozo Uribe, Director Ejecutivo de ASCOFAME, analizaron la posición de las facultades frente a la problemática de la Educación Médica de Pregrado, de las Especialidades Médicas, de la Educación Continua y de la Recertificación Médica en el país, con base en unos planteamientos iniciales, generales del equipo ejecutivo de la Asociación.

Se establecieron mesas de trabajo para los tres temas y las recomendaciones de cada una fueron llevadas a plenaria de donde se desprende el presente **Documento de Posición**, presentado y aprobado por la XXXII Asamblea General Ordinaria reunida el 31 de marzo de 2016, el cual será llevado a conocimiento de los distintos estamentos relacionados con la educación y la práctica médica: Ministerios de Salud y Educación, Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, Sala de Salud del CONACES, Consejo Nacional de Acreditación, Asociación Colombiana de Universidades ASCUN, Academia Nacional de Medicina, Asociación Colombiana de Sociedades Científicas, Federación Médica Colombiana, Colegio Médico Colombiano, Asociación Médica Sindical ASMEDAS, Asociación Nacional de Internos y Residentes ANIR, Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral ACEMI, Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas ACHC, Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI, Asociación Colombiana Médica Estudiantil ACOME, Asociación de Sociedades Científicas de Estudiantes de Medicina de Colombia ASCEMCOL, facultades de medicina no afiliadas a ASCOFAME, y demás organizaciones académicas, científicas y gremiales.

Los planteamientos generales e iniciales que dieron origen al trabajo de las respectivas mesas y las conclusiones se presentan en el presente documento.

1. La formación de pregrado, la capacidad resolutive de los médicos generales y su futuro dentro del Sistema

La capacidad resolutive de los médicos generales colombianos, y con ello la capacidad formadora de las facultades de medicina del país, está seriamente cuestionada. Ya es común que en diferentes foros e instituciones como el gobierno, la academia, sociedades científicas y más aún, la comunidad en general, se cuestione la calidad del médico general. Tal situación se ha vuelto recurrente; incluso ya no encuentra una voz de protesta en las propias facultades y parece que se ha aceptado de manera unánime como hecho real.

El Sistema de aseguramiento desconfió de su médico general y le limitó su acción en un afán de contención de costos, lo que lo convirtió en un remitidor de pacientes (ver Mapipos), situación que además se replicó en los especialistas generalistas lo cual ha llevado a tener un sistema basado en el alto costo. Cada vez con más frecuencia el Estado solicita certificación de competencias (adicionales al título de idoneidad que otorgan las universidades) para el ejercicio de la práctica profesional; algunos ejemplos son los cursos en reanimación básica y avanzada, entrenamiento para toma de una citología vaginal, entre otros. Parece ser que la próxima certificación exigida será para actuar en cuidados paliativos.

Las facultades de medicina le están entregando al país un profesional que puede hacer mucho más de lo que el Sistema le permite y que se deteriora en el transcurso de su práctica profesional. La capacidad resolutive del médico general es buena pero se desarticula durante el ejercicio dentro del sistema. Debemos defender esta posición ante la sociedad. Un documento del CENDEX publicado en el 2012 incluye un estudio de satisfacción de médicos generales y especialistas y reporta que los primeros tienen 30% de capacidad resolutive y los segundos, 66%. Es necesario explicar esta afirmación porque aunque egresan bien formados, el sistema no les permite aplicar sus competencias. En consecuencia, es importante que ASCOFAME se pronuncie. Los decanos deben llevar estas discusiones a las facultades.

Por consiguiente queda claro que el tema de la capacidad resolutive de los médicos se debe abordar tanto desde la formación como desde el campo laboral.

Los procesos de formación son permanente revisados, no así los modelos de atención en salud. Las escuelas tienen el deber de transformar el currículo acorde con las necesidades del entorno por competencias y evaluación. Esta formación, sin embargo se ve influenciada por los modelos de docencia servicio, en los cuales los docentes, en muchas situaciones, resultan circunstanciales (¿accidentales?) por tener un contrato de servicios con una institución que recibe estudiantes.

El modelo docencia servicio no favorece la calidad de la formación como lo ha manifestado en múltiples ocasiones ASCOFAME: hospitales en los cuales confluyen estudiantes de múltiples instituciones con proyectos educativos distintos donde finalmente predomina el modelo del hospital (que en la mayoría de los casos no es un modelo docente estructurado). Es necesario transformar el modelo docencia servicio y fortalecer la vinculación formal de los docentes y la formación en educación médica.

Otro factor de gran importancia derivado de este modelo con respecto a los docentes asistenciales deriva de la pérdida de gobernabilidad de las facultades frente a ellos. Los docentes no derivan la mayoría de sus ingresos de la relación docente, si no de la parte asistencial y deben rendir cuentas a lo asistencial antes que a los programas. Las plantas docentes en las áreas clínicas se encuentran deterioradas en términos de vinculación formal y efectiva. Esto dificulta por supuesto la vinculación de profesores con mayor apropiación de los modelos pedagógicos, desestimulada por la contratación por hora cátedra.

Se planteó la posibilidad de llegar a la situación de establecer un pregrado no habilitante (y el último año de internado como parte inicial de una residencia) que permita el paso a la formación especializada en medicina familiar, o en otras especialidades, como ocurre en la mayoría de los países desarrollados. Esto implicaría cambiar la base de la atención por parte de médicos generales a profesionales especializados. En la medida en que la capacidad resolutive del médico general no sea reconocida por el Sistema y la sociedad, se debería llegar a poner sobre la mesa esta opción.

Sin embargo la Asamblea General de ASCOFAME es clara en apoyar el fortalecimiento de la formación del médico general y en reconocerlo como base del modelo de atención (Anexo Declaración sobre el perfil del Médico General, Asamblea de ASCOFAME 2012). Esto no implica que no haya que desarrollar la especialidad en medicina familiar disponiendo estrategias que permitan el incremento de estos especialistas en el país.

La formación en el enfoque de la medicina familiar es fundamental, no es una moda, y el médico general debe liderar la incorporación del enfoque en los primeros niveles. ASCOFAME desde hace 30 años ha promovido la incorporación de contenidos de salud/medicina familiar en los programas de pregrado de todo el país, pero hasta ahora el gobierno está reconociendo la importancia de este modelo.

ASCOFAME debe ser líder en la definición de este perfil y las competencias básicas. Se espera que el Comité de Pregrado genere propuestas para el año venidero (2016) que permitan abordar el debate y llegar a consensos.

La mesa propone centrar las actividades en los siguientes puntos:

1. Se debe establecer un programa de asesoría y acompañamiento a las facultades para el fortalecimiento de sus procesos de formación y las competencias de sus egresados.
2. Velar por la calidad médica.
3. Gestionar proyectos conjuntos entre las facultades (plan padrino).
4. Realzar la oferta de educación médica continua.
5. Funcionar como un centro de análisis y propuestas de políticas públicas en lo que tenga que ver con educación médica (ASCOFAME ya cuenta con un Centro de Pensamiento en Educación Médica).
6. Hacer un repositorio de experiencias en educación medica.
7. Definir competencias mínimas del médico general, y revisar modelo de atención.

8. No promover certificaciones de terceros (que no sean Universidad) a los profesionales de la medicina, sobre competencias que como médicos generales deben tener. Las certificaciones deben ser otorgadas por la Universidad y respetadas por parte de los prestadores.
9. Respecto al papel de la Medicina Familiar, se plantea que aunque esta es una especialidad médico-quirúrgica con reconocimiento nacional e internacional, en Colombia aún se desconoce su rol; por tanto, se debe trabajar en readecuar el modelo de atención contando con este recurso.
10. Las mesas regionales de ASCOFAME deben asumir una dinámica que permita fortalecer la reflexión sobre este tema y el Centro de Pensamiento.
11. Se propone financiar una campaña de credibilidad en el médico general, que debe incluir un pronunciamiento resaltando las competencias básicas que tienen los médicos generales y el reconocimiento inminente que debe hacer el sistema de su capacidad resolutoria.
12. Se debe abordar de manera urgente, como tema de fondo, el modelo de docencia asistencia.

2. La situación de las especialidades médico quirúrgicas

2.1. Contexto

Las especialidades médicas en Colombia nacen en los años 60 del siglo pasado como producto de su desarrollo en otras partes del mundo a partir de la segunda guerra mundial, y con especialistas formados en el exterior, o médicos del país que se dedicaron *motu proprio* al ejercicio de una especialidad convirtiéndose en expertos en las respectivas áreas.

ASCOFAME, creada en marzo de 1959, jugó un papel preponderante en el desarrollo de las mismas a través del Consejo General de Especialidades Médicas, que para la época se convirtió en la mano derecha del Gobierno Nacional a través de la Ley 14 de 1962 (que regula la medicina en Colombia, y de la cual no hay referencia que haya sido derogada legalmente) y el Decreto 605 de 1963. Estas normas delegan en ASCOFAME el reconocimiento de los especialistas formados en el exterior, y de los denominados *por derecho adquirido* hechos a través de la práctica en el país.

El Consejo General de Especialidades Médicas de ASCOFAME funcionó de manera efectiva y eficiente dando un norte al desarrollo de las especialidades, al unísono con el Gobierno Nacional (a través del ICFES y del Ministerio de Salud) hasta la promulgación de la Ley 30 de 1992, que sin ser explícita le quitó las competencias al Consejo al desarrollar la autonomía universitaria.

De lo anterior se desprende la siguiente reflexión: *El país, y en especial la Universidad, había alcanzado el grado de madurez necesario para permitir que las especialidades médicas se rigieran por la autonomía y la consecuente auto-regulación; no obstante muy pronto fue evidente que tal auto-regulación no se daría y empezaron a proliferar especialidades con múltiples y heterogéneas denominaciones, contenidos y duraciones, algunas de ellas en facultades recién creadas, sin pregrado completo.*

El ciclo desregulación-regulación-sobrerregulación que hemos visto con la implementación de la Ley 30 de 1992 y de la Ley 100 de 1993 hizo su tránsito, con los efectos iniciales manifestados en el párrafo anterior. La regulación estatal, y posterior sobre-regulación podría decirse, llegó con el Decreto 1665 de 2002, y ASCOFAME fue invitada a participar del proceso regulatorio con la definición de los requisitos mínimos para la creación y funcionamiento de las especialidades médico quirúrgicas y la producción por parte de la Asociación del Libro de Especialidades Médico Quirúrgicas 2002-2003.

Uno de los objetivos de este trabajo era poder homologar aproximadamente 140 definiciones diferentes de especialidades que confluían en aproximadamente 80 perfiles profesionales. Esto se logró en las reuniones de los comités creados con jefes de postgrado y presidentes de las respectivas sociedades científicas, pero el Ministerio de Educación Nacional no estuvo a la altura a la hora de actualizar las definiciones; en su momento, exigieron presentar los programas como si fueran nuevos.

La alarma con respecto a la heterogeneidad de denominaciones y, todavía en algunos casos, contenidos y duración sigue vigente, pero otro fantasma viene asomando desde hace unos 8 años, la escasez real o distributiva, de especialistas en el país y la falta de capacidad del sistema formativo para aumentar los cupos de formación de residentes.

Los elementos regulatorios se han incrementado, como por ejemplo los estudios de pertinencia, y la autonomía universitaria (tan útil para achacar desmanes) se ve cuestionada por los excesos normativos.

La capacidad auto-regulatoria, (*auto* por tener origen en un ente nacido de las propias facultades de medicina) como la que tuvo el Consejo General de Especialidades Médicas, fue reemplazada por la regulación estatal y del mercado de ciertas especialidades que ejercen posiciones dominantes en la formación de recurso humano.

2.2. Desarrollo de la mesa de trabajo y conclusiones de la plenaria.

2.2.1. Con respecto a denominaciones y perfiles de egreso por competencias

En el momento existen en el país casi 200 denominaciones de especialidades médicas para un número de perfiles profesionales muy inferior (varias denominaciones de títulos para el mismo perfil profesional). Esta situación supera lo visto en el mundo. En Estados Unidos no exceden las 50 titulaciones, y en la Unión Europea no son más de 30. Lo que llamamos subespecialistas, en esos países se trata de expertos en un área específica en lo que se llaman *Clínicas* (la Clínica de Mano, la Clínica de Diabetes) por ejemplo.

En nuestro país esto ha generado problemas que llegan a prácticas médicas ilógicas por efecto de habilitación de servicios: en algunos casos un ortopedista o cirujano plástico no puede realizar una cirugía de mano, si no cuenta con la especialidad.

De otro lado, la parte regulatoria está considerando, en el análisis de *pertinencia* que se hace en el Ministerio de Salud y Protección Social, que no es necesario el desarrollo de algunas especialidades que podrían ser ejercidas por quien tiene la especialidad básica (por ejemplo que no se necesita anestesia pediátrica porque la puede hacer el anestesiólogo general)

La regulación estatal vía *pertinencia* que afecta la autonomía universitaria, y la posibilidad de una regulación por decreto que homologue las especialidades es inminente.

La Asamblea General de ASCOFAME considera que la **autorregulación** es el mejor camino y por lo tanto manifiesta que:

1. Las facultades de medicina vinculadas a ASCOFAME están en disposición y consideran necesario reorganizar las denominaciones de las especialidades haciendo las respectivas homologaciones de los perfiles profesionales de egreso, a través del Consejo de Especialidades Médicas reconstituido en marzo de 2015.
2. Esta posición debe ser presentada a los Ministerios de Salud, Educación y al Consejo Nacional de Talento Humano en Salud, para buscar de manera conjunta las estrategias necesarias para facilitar la actualización de las denominaciones y perfiles.
3. Además de unificar las denominaciones y definir competencias, se deben crear mecanismos de actualización.

4. Igualmente se debe identificar en que situaciones se hace necesaria nueva denominación (especialidad) que sea reconocida por el Estado, con base en el contexto internacional y documentos trabajados en Colombia.
5. Es necesario considerar de manera coordinada con el Ministerio de Salud y Protección Social de que manera repercuten estos cambios en los requisitos de habilitación de servicios.
6. Se deben revisar tanto las competencias de ingreso como de egreso; así mismo, repensar los tiempos y las estrategias pedagógicas (modelos de 3 años más 1 o 2 con énfasis)

La Asamblea asigna como responsable al Consejo de Especialidades Médicas creado al interior de ASCOFAME, para desarrollar estos mandatos.

2.2.2. Con respecto a la dificultad para incrementar cupos de residencia

De acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social el país adolece de especialistas que brinden oportuna atención sus necesidades. Dicho déficit ha sido puesto de manifiesto a través de estudios realizados por el Cendex en 2009 y 2011, pero no han sido corroborados a través de estudios detallados, tipo censo, de recursos humanos en salud. Esta carencia por otra parte puede ser, de acuerdo con el tipo de especialidad, absoluta o relativa, si se tiene en cuenta la distribución de los médicos y de la tecnología, en el país.

Por otra parte resulta claro, y se ha convertido en una práctica consuetudinaria, la existencia de la **medicina itinerante** en el país, la movilización de ciertos especialistas de ciudad en ciudad, para atender una demanda no resuelta localmente. Esta práctica puede ser la responsable de contar con más unidades de cuidado intensivo que intensivistas, o unidades de oncología que oncólogos, por no hablar de unidades de cuidado coronario y electrofisiología.

La dificultad para el ingreso a las residencias médicas, por déficit de cupos, y no por falta de calidad de los aspirantes, es también otro hecho contundente: en promedio solo uno de cada cuatro médicos que se presentan obtienen un cupo en ella.

La Asamblea ante estos planteamientos expresa:

1. Es difícil saber si se trata de una falta absoluta o relativa, y que especialidades abarca. Los especialistas están concentrados en las grandes ciudades. Se debe buscar y establecer un sistema de incentivos en las regiones (educación, salarios, infraestructura), que permita la redistribución de algunas especialidades.
2. Es necesario aumentar capacidad resolutive del médico general y el sistema le debe dar libertad para obrar. El médico general debe recuperar su papel principal

dentro del sistema de salud con base en la delegación juiciosa de responsabilidades para las cuales lo hemos estado formando en las facultades.

3. Se deben fortalecer nuevas formas de prestación de servicio en medicina general (médico GP o medicina familiar). El impacto de la medicina familiar en el país no será importante mientras no se desarrolle una masa crítica de estos especialistas para abordar la atención primaria en el país.
4. Se requiere favorecer la extensión de programas en algunas regiones (inclusive con estrategias pertinentes de teleeducación), y el desarrollo de la telemedicina.
5. Se puede trabajar un plan padrino. En ciertas regiones el factor limitante es el Decreto 1295, pero se puede superar implementando un plan padrino para desarrollar especialidades compartiendo experiencias y docentes.
6. El número de cupos se ve limitado por los recursos para la formación de los estudiantes, particularmente en los escenarios de docencia servicio (humanos, físicos, tecnológicos, bienestar, investigación). La crisis hospitalaria y del sector es un obstáculo, así como los conflictos de interés de las sociedades científicas. La red hospitalaria pública tiene muchos problemas para sustentar los programas; esta situación obliga a contratar con instituciones privadas que no tienen vocación por la docencia. No se debería pagar por estudiante y cohonestar con la concurrencia de estudiantes de diversos programas. Los servicios que soportan la docencia dependen de las fluctuaciones del sistema de aseguramiento: de la vigencia de una EPS y de los contratos. No todos los campos de práctica cumplen las condiciones de calidad para tener estudiantes de postgrado. El pago de la docencia establece una posición dominante por parte del hospital. Las contraprestaciones a los hospitales deben ser para fortalecer la docencia, la investigación, y posibilitar más cupos.
7. Las facultades deben asociarse para no pagar por campos de práctica y contraprestar únicamente en temas relacionados con docencia e investigación.
8. Los tiempos que se toma el Estado en el estudio y la aprobación de programas para registro calificado son muy prolongados y cada vez se presentan más obstáculos como los anexos técnicos y ahora el estudio de pertinencia. Los Ministerios de Salud y Educación no mantienen una unidad en cuanto a la urgencia de formar especialistas.
9. Se deben buscar modalidades y estrategias de aumento en el número de cupos estableciendo alianzas entre universidades y hospitales.
10. Se debe promover que el especialista recién egresado ejerza inicialmente en la provincia obteniendo remuneración bajo unas tarifas comunes en el país.
11. Las instituciones públicas y privadas de manera obligatoria deben tener al menos un programa de formación en postgrado (¿medicina familiar?)
12. Se deben establecer incentivos a la docencia médica (exención tributaria, tiempos de jubilación diferentes, concurrencia de horarios). La práctica docente no constituye el ingreso principal de los profesores de las facultades y por lo tanto esta es un elemento marginal en su desarrollo profesional. Debe haber incentivos

académicos a los docentes *ad honorem*. Se debe formar a los médicos para la educación médica.

13. Se debe reglamentar la matrícula con igualdad de oportunidades para universidades públicas y privadas
14. Es necesario establecer mecanismos transparentes de asignación de cupos para ingreso a especialidades teniendo en cuenta las necesidades diferenciales de las regiones.
15. ASCOFAME debe liderar este tema, con el soporte del Consejo de Especialidades Médicas.

2.2.3 Sobre el pago a los residentes

La Ley 1438 de 2011 estableció el pago a los residentes, situación que no se ha reglamentado en el país. Sobre el particular la Asamblea General de ASCOFAME considera que es necesario que este mandato legal se haga efectivo y se plantean distintas alternativas que no son excluyentes sino complementarias, así:

1. Sistema de becas por parte del Estado; el estudiante puede pagar su beca una vez egrese, con trabajo en las regiones donde requieran especialistas.
2. En especialidades de interés el gobierno debe aportar al pago.
3. Dirigir la contraprestación de universidades a hospitales, realizando estos últimos el pago de los residentes.
4. Permitirles laborar como médicos generales (primera especialidad), y o como especialistas (segunda especialidad).
5. En especialidades de interés se propone no solicitar contraprestación; sino disminuir el costo de la matrícula y subsidios.
6. Pre pagar la residencia con trabajo como médico general antes o como especialista después de egresado en regiones de interés para el Estado.
7. Crear un fondo que se alimente de un porcentaje de la factura de los hospitales producto del trabajo de los residentes y dirigirlo al pago de ellos.
8. Asimilar el sistema de pasantías de otras profesiones donde la empresa es quien remunera al pasante.
9. Crear un sistema único de ingreso a especialidades.

El equipo de la sede central de ASCOFAME ha estudiado una propuesta para pago a residentes que parte de la siguiente premisa:

El residente, matriculado en universidad pública o privada, y rotando en instituciones públicas o privadas, se desempeña dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país. ***El Sistema, independientemente de la naturaleza jurídica de las IPS es UNO, y está sustentado en el pago de una UPC. El pagador es UNO solo, independientemente de que las IPS sean públicas o privadas.***

Por lo tanto la propuesta es:

El residente debe recibir una compensación por los servicios que le presta al Sistema, con recursos de un fondo especial del Sistema para la formación de este tipo de talento humano. Esto debe suceder por lo menos para las especialidades definidas como prioritarias para el Sistema. Los recursos de las becas que se entregan actualmente deben servir para fondear esta cuenta. Al egresado se le puede exigir una contraprestación con servicios en lugares donde el recurso sea deficitario (pero que las condiciones permitan una práctica efectiva y eficiente)

2.2.4 Sobre la Red de Postgrados Médico Quirúrgicos.

Se consultó a la Asamblea General ***¿Qué papel tiene la red de postgrados médico quirúrgicos en la organización de las especialidades y cuál debe ser la posición de ASCOFAME?***

ASCOFAME debe contactar la red y liderar los temas académicos. El trabajo de la red de posgrados es complementario al de la Asociación. Se menciona igualmente que existe una red de Hospitales Universitarios trabajando sobre este tema, y que la Universidad del Rosario, la Universidad Javeriana y Universidad de Antioquia hacen parte del Comité Técnico de Postgrados en la red de hospitales universitarios. Se deben hacer las coordinaciones pertinentes.

Se anota además que los hospitales ***no deben titular***. Deben titular las universidades por las siguientes razones:

1. La titulación de especialistas por parte de los hospitales fue una iniciativa del Ministerio de Salud para menguar los costos y así solventar parte de los factores de la crisis del sector salud; de esta manera, algunos hospitales en su afán de ofertar servicios apoyaron la propuesta.
2. Ya se tuvo esta experiencia y no fue adecuada. Significa retroceder en el tiempo.
3. Los hospitales tienen una razón de ser diferente. Tienen profundos conflictos de interés que atentan contra la formación integral de un especialista, como es la dedicación exclusiva a actividades laborales, o debilidades en la formación para la investigación, o el riesgo de corrupción y politización de este proceso especialmente en hospitales públicos.
4. Solo una minoría de hospitales está acreditada como hospitales universitarios.
5. Las facultades deben tener hospital con docentes universitarios. Se deben producir documentos que orienten el buen desarrollo de hospitales universitarios.

6. Se debe revisar la posibilidad de autorizar universidades extranjeras que tienen hospitales en Colombia, como campo de práctica para estudiantes extranjeros.

2.2.5 Sobre la creación de nuevos programa y la acreditación de alta calidad de los postgrados

Se le pide a la asamblea que realice un pronunciamiento acerca de la necesidad de agilizar los trámites en los Ministerios de Salud y de Educación.

Persisten prolongados tiempos de espera para la obtención de registros calificados de programas médico quirúrgicos en el Ministerio de Educación, que se adicionan a los pasos que deben surtir al interior de universidades, incluso para programas y universidades acreditadas. El Ministerio de Salud creó una sala de pertinencia que es un filtro inicial antes de que pase por el Ministerio de Educación. Los miembros de esta sala se extralimitan en sus funciones, como es revisar la pertinencia académica del programa. Han devuelto todas las solicitudes de subespecialidades en pediatría para la Universidad de Antioquia, ICESI, CES y Rosario. Sostienen que el especialista de adultos es pertinente para atender niños. Todas las solicitudes están represadas. La sala de CONACES del Ministerio de Educación resolvió revisar los programas sin el visto bueno de la sala de pertinencia, para salvar su responsabilidad.

La Universidad de Antioquia inició el proceso de acreditaciones de la calidad de programas de especialidades médicos quirúrgicos hace algunos años. Para formalizar estos procesos contactaron al CNA y al Ministerio para dicho efecto. El mayor problema es que no existen estándares específicos de acreditación en calidad para postgrados clínico quirúrgicos. Se ha aplicado el estándar de maestrías, y las especialidades médico quirúrgicas no son maestrías y requieren de estándares propios. Hasta la fecha hay siete postgrados clínico quirúrgicos acreditados en calidad. Es una responsabilidad de los postgrados la formación en competencias para generar conocimiento y resolver las necesidades de salud de los pacientes. Se deben revisar las particularidades de los procesos de formación postgradual. Se identifican varias problemáticas: no hay pares, no hay procesos serios de autoevaluación, no se reconocen las diferencias de estos procesos. El referente del CNA es ASCOFAME, es muy importante inscribirnos como pares. Es necesario crear un centro de pares para evaluación externa de los postgrados.

De ASCOFAME debe salir un pronunciamiento frente a las dificultades para obtener registros calificados, a la revisión de pertinencia (en el comité de pertinencia solo hay dos médicos) y al interés de esta entidad para trabajar en la acreditación de alta calidad en programas de postgrados.

2.2.6 El proceso de selección de estudiantes a residencia

La Asamblea mencionó en varias ocasiones la premura de establecer mecanismos transparentes de asignación de cupos para ingreso a especialidades, teniendo en cuenta las necesidades diferenciales de las regiones; y así crear un sistema único de ingreso a especialidades.

Se enfatiza por lo tanto la necesidad de unificar el proceso de selección de estudiantes para postgrados clínicos; realizando la selección con base en una prueba objetiva y publicar estadísticas básicas de los procesos en mención.

El equipo de la sede central de ASCOFAME, propone que se establezca un sistema nacional de ingreso a residencias, con una base de evaluación, con criterios establecidos por las facultades, y que mantengan un nivel de ponderación que incluya criterios de selección propios de cada facultad. Se haría un solo examen público en una única fecha que ahorraría tiempo y costos a los aspirantes. ASCOFAME ya desarrolló una propuesta que será puesta a disposición de los decanos para ser estudiada. (Ver anexo)

2.3 Conclusiones y mandatos de la Asamblea con respecto a las Especialidades Médico Quirúrgicas.

1. Recomponer el Consejo de Especialidades Médicas de ASCOFAME e iniciar su operación de manera inmediata. (Fue creado en Asamblea de marzo de 2015).
2. El Consejo de Especialidades Médicas (CEM) debe iniciar el estudio de las denominaciones y perfiles de las especialidades del país y presentar una propuesta a la Asamblea y a los Ministerios en los próximos seis meses. Se deben proponer a los Ministerios las estrategias pertinentes para que este trabajo tenga repercusiones válidas en la actualización de las denominaciones de los registros calificados vigentes.
3. Hacer un estudio de necesidades de incrementos de cupos en especialidades y establecer una estrategia para proponer a la Asamblea y a los Ministerios.
4. Generar propuestas que permitan propiciar el pago a los residentes dentro del Sistema y hacer los contactos pertinentes para hacerlas efectivas.
5. Coordinar acciones con la red de postgrados médico-quirúrgicos.
6. Proponer mecanismos a los Ministerios para agilizar los trámites de registro calificado y para el establecimiento de un sistema de acreditación de especialidades médico-quirúrgicas.
7. Presentar a la Asamblea una propuesta de examen nacional de ingreso a residencias médicas.

3. Educación Continua y Recertificación Profesional

En el año 2007 la Ley 1164 estableció la recertificación obligatoria de los profesionales de la salud. Aunque el artículo correspondiente se cayó en la Corte Constitucional por vicios de forma, hay unanimidad sobre su necesidad. ASCOFAME considera que es parte de la autorregulación y la responsabilidad social de las profesiones.

ASCOFAME ha venido trabajando en la estructuración de un Sistema de Certificación Periódica Voluntaria desde hace varios años, el cual ya está estructurado desde el punto de vista de su conceptualización política, académica y metodológica, y ya cuenta con un instrumento para hacer seguimiento a la hoja de vida de los profesionales que se inscriban; es una especie de CvLAC. (<http://ascofame.org.co/web/que-es-educonascofame>)

Las sociedades científicas con el CAMED fundaron un grupo para recertificar especialistas; no ha funcionado muy bien, muy pocas personas se han presentado. Al parecer de esta propuesta se han deslindado la SCARE y la ACMI que ya están proponiendo un sistema propio. El Colegio Médico Colombiano tiene delegación para este tema y con él se ha venido trabajando una alianza.

Se planteó igualmente la conveniencia de certificar periódicamente el desarrollo profesoral. Aunque las universidades tienen mecanismos de mejoramiento de las competencias docentes es necesario reconocer que no todos los esfuerzos de las universidades son suficientemente estructurados y que una iniciativa nacional liderada por ASCOFAME podría generar una dinámica de mejoramiento de la formación en Educación Médica de nuestros profesores.

La Asamblea consideró que es necesario que participemos de manera activa, no solo en los procesos mejoramiento de la calidad de la educación continua sino también en la certificación periódica de competencias profesionales de los médicos. ASCOFAME debe participar junto con otros actores como las sociedades científicas y el Colegio Médico Colombiano en procesos de recertificación.

La Universidad de Antioquia exhorta a la Asamblea para que ASCOFAME sea la encargada de dar el visto bueno a la educación continua para recertificación, como estrategia de autocontrol y auto-regulación de las facultades. No son incompatibles el trabajo de las universidades y ASCOFAME.

ANEXOS

Anexo 1: Conformación Mesa de Trabajo sobre Pregrado

COMITÉ NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA DE PREGRADO	
CENTRO	Pontificia Universidad Javeriana
	Universidad de Ciencias Aplicada y Ambientales UDCA
	Universidad del Rosario
	Universidad de los Andes
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	Universidad CES
	Universidad Tecnológica de Pereira
	Universidad Cooperativa de Colombia sede Medellín
	Universidad Autónoma de las Américas
	Universidad de Caldas
NORTE	Universidad del Norte
	Universidad Libre de Barranquilla
	Universidad Metropolitana
	Universidad Cooperativa de Colombia sede Santamarta
	Corporación Universitaria Rafael Nuñez
	Universidad Simón Bolívar
ORIENTE	Universidad de Boyacá
	Universidad Industrial de Santander
	Universidad de Santander
	Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio
SUROCCIDENTE	Universidad Cooperativa de Colombia sede Pasto

Anexo 2: Declaración de ASCOFAME: Competencias Esenciales Comunes del Médico General

La Asamblea General de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina



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 sean formados con las siguientes **Competencias Esenciales Comunes**:

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 prevalentes en nuestro medio.
4. Establecer diagnósticos sobre condiciones de salud prevalentes; y sospecha diagnóstica de las menos frecuentes, de situaciones que amenacen 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, D.C., a los 20 días del mes de marzo de 2012

Jorge Julián Osorio Gómez
Presidente Junta Directiva

Ricardo H Rozo Uribe
Director Ejecutivo

Anexo 3: Conformación Mesa de Trabajo sobre Especialidades Médicas

CONSEJO NACIONAL DE ESPECIALIDADES MÉDICAS	
CENTRO	Pontificia Universidad Javeriana
	Universidad de Ciencias Aplicada y Ambientales UDCA
	Universidad del Rosario
	Universidad de los Andes
	Universidad el Bosque
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	Universidad CES
	Universidad Tecnológica de Pereira
	Universidad Cooperativa de Colombia sede Medellín
	Universidad Autónoma de las Américas
	Universidad de Antioquia
	Universidad de Caldas
NORTE	Universidad del Norte
	Universidad Libre de Barranquilla
	Universidad Metropolitana
	Universidad de Cartagena
	Corporación Universitaria Rafael Nuñez
	Universidad Simón Bolívar
ORIENTE	Universidad Autónoma de Bucaramanga
	Universidad Industrial de Santander
	Universidad de Santander
	Universidad Cooperativa de Colombia sede Villavicencio
SUROCCIDENTE	Fundación Universitaria Navarra
	Universidad Surcolombiana
	Universidad Libre de Cali

Anexo 4: Examen Nacional de Ingreso a Residencias Médicas de ASCOFAME

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA



EXAMEN DE ASCOFAME PARA INGRESO A RESIDENCIAS MÉDICO QUIRÚRGICAS **ENASIR**

JUSTIFICACIÓN

Las facultades/programas de medicina de Colombia que cuentan con especialidades médicas (médico-quirúrgicas) realizan de manera periódica, hasta dos veces por año, procesos de selección de aspirantes a residencias, la mayoría de los cuales incluyen exámenes de conocimientos, de manera independiente, con características heterogéneas y en momentos distintos.

Este procedimiento, útil para los efectos buscados por la Universidad, es sin embargo complejo, engorroso, e ineficiente en términos de país, toda vez que cada institución está dedicando recursos que duplican los esfuerzos tanto de la institución como de los aspirantes.

Durante las conversaciones que en el año 2009 se tuvieron con los Ministerios de Educación Nacional y de Protección Social se planteó la posibilidad de establecer un proceso similar al *matching program* que se aplica en Estados Unidos y en varios países del mundo (España, México, entre otros). El mismo tema fue mencionado en el Consejo de Especialidades Médicas de ASCOFAME, realizado en octubre del año 2009 y en reuniones de la Junta Directiva de ASCOFAME. Finalmente el proceso fue presentado en la Asamblea General de ASCOFAME de noviembre de 2010 y recibió el aval de las facultades.

ASCOFAME, desde 1990, ha desarrollado una amplia experiencia en el diseño y aplicación de pruebas de conocimiento en medicina con alcance nacional, a través del Examen al Mejor Interno, que dio a su vez origen al ECAES en medicina, y que progresivamente se amplió a las demás profesiones en el país. Durante el desarrollo de los ECAES en cabeza del ICFES la Asociación ha sido la encargada del diseño de la prueba.

Por lo demás se considera un avance significativo para el país contar con una prueba **inicial** única de ingreso a especialidades médicas, toda vez que esto significaría una más eficiente utilización de recursos por parte de la Universidad, sin duplicación de esfuerzos, mayor homogeneidad de los criterios de selección de los estudiantes y facilidades para los mismos al momento de aplicar al ingreso a la residencia. Se contaría además con un instrumento de evaluación de la calidad de los aspirantes a las especialidades médicas, información que es de gran utilidad en términos del conocimiento de la educación médica ofrecida en el país.

Es de aclarar que el proceso no afecta la autonomía universitaria, dado que tiene unas implicaciones de vinculación institucional voluntaria, y que no impide que las instituciones de educación superior que así lo quieran desarrollen metodologías de selección complementarias.

OBJETIVO

Desarrollar un Programa Nacional de Selección de Residentes, de carácter voluntario, con las facultades de medicina vinculadas a ASCOFAME, y otras que lo quieran acoger, a través de un examen de alta calidad diseñado con la participación de docentes de las facultades de medicina afiliadas, aplicado y calificado por ASCOFAME.

METODOLOGÍA

El proceso se desarrolla en dos etapas:

1. El desarrollo de la prueba que responde a una tabla de especificaciones diseñada por el Consejo de Especialidades Médicas de ASCOFAME.

El examen es una prueba dirigida a médicos generales y en ese nivel de dificultad se debe ubicar; no es una prueba sobre la especialidad a la cual aspira el médico, éste componente se evalúa más como un aspecto *vocacional*; la clasificación en esta tabla de especificaciones es simplemente para establecer un equilibrio entre las áreas de aplicación de la medicina.

Para el efecto se conformará un banco de preguntas organizadas por área del conocimiento, dimensión de la pregunta, competencia evaluada, y nivel de complejidad.

Se seleccionará un grupo de docentes expertos que valide la pertinencia, veracidad y complejidad de las preguntas.

Se establecerán los mecanismos necesarios para garantizar la aplicación de la prueba con criterios de oportunidad, seguridad y transparencia.

Se establecerán los mecanismos técnicos y administrativos que garanticen el funcionamiento permanente del programa.

2. Desarrollo del Programa Nacional de Selección de Residentes.

Como se mencionó antes, este programa se desarrolla bajo el esquema del *matching program*, el cual puede irse desarrollando en un mediano plazo. Fundamentalmente consiste en que las facultades o programas de medicina que acojan el modelo a nivel nacional coloquen a disposición del programa los cupos de residentes disponibles para tener un inventario nacional que será al que tendrán acceso, en orden de puntuación, los aspirantes que presenten el examen. El proceso por lo tanto, para poner un ejemplo sería de la siguiente forma:

Las facultades/programas de medicina (25) ofrecen 120 cupos para Medicina Interna y se presentan 600 aspirantes a esta especialidad, quienes junto con los aspirantes a otras especialidades presentarán un único examen de ingreso a residencia. Los primeros 120 puntajes tendrán la posibilidad, si cumplen con los demás requisitos académicos y administrativos de la Universidad, escoger en donde desean hacer su residencia.

De esta manera el proceso de selección se hace con una sola prueba de reconocimiento nacional, en un solo día, con absoluta transparencia y rigor para todos.

Examen de residentes

El examen se compone de 150 preguntas de selección múltiple con una única mejor respuesta, y tiene una duración de 3 horas. Las preguntas requieren trabajar sobre información de gráficas o tablas, imágenes, resolver problemas sencillos ubicados en un contexto clínico, y realizar análisis de textos cortos en inglés y lectura crítica de literatura científica.

Las preguntas del examen se clasifican en dos categorías: áreas y dimensiones. Las áreas incluyen ciencias básicas (10% de la prueba), especialidades clínicas y énfasis (56% de la prueba), y áreas complementarias (34% de la prueba). Las dimensiones a su vez están constituidas en términos de evolución de la enfermedad, (agudas, crónicas, urgencias).

El examen evalúa si los aspirantes pueden aplicar el conocimiento médico y la comprensión de las ciencias clínicas consideradas como esenciales para brindar cuidado al paciente y si los médicos pueden entender y aplicar conceptos significativos de las ciencias básicas a la práctica de la medicina (con énfasis en principios y mecanismos de salud y enfermedad).

La relación entre cada una de las áreas clínicas y las dimensiones incluye conceptos de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Las áreas clínicas son las siguientes:

- Medicina interna y especialidades
- Pediatría y especialidades
- Ginecología y obstetricia
- Cirugía y especialidades
- Psiquiatría

El énfasis hace relación al área de interés del aspirante a una residencia.

Las áreas complementarias son:

- Patología
- Imágenes diagnósticas
- Administración
- Lectura crítica
- Comprensión lectora inglés
- Aspectos éticos legales
- Salud pública

El examen además busca, a través de casos clínicos, los cuales simulan un contexto de desempeño potencial del médico, evaluar las competencias argumentativas, interpretativas y propositivas del aspirante, para lo cual hacemos referencia a las definiciones utilizadas por el ICFES en la aplicación del ECAES.

“Interpretar”

Hace referencia a las acciones que realiza una persona, con el propósito de **comprender una situación en un “contexto”** específico. La interpretación implica **dar cuenta del sentido** de un texto, de una proposición, de un problema, de un evento o de una gráfica, mapa, esquema o simbología propia de la disciplina objeto de evaluación, e involucra acciones tales como:

- Identificar las variables involucradas en una situación problema y sus relaciones.
- Describir el estado, las interacciones o dinámica de un sistema, en términos gráficos o simbólicos.
- Traducir información de un sistema de representación a otro (identificar el esquema ilustrativo correspondiente a una situación dada, o identificar la descripción más apropiada para determinada gráfica).
- Plantear conclusiones válidas a partir de un conjunto de datos o eventos.

“Argumentar”

Hace referencia a las acciones que realiza una persona con el propósito de **fundamentar o sustentar** un planteamiento (etiológico), una hipótesis (diagnóstica), un diseño, el uso de un procedimiento, la solución a un problema o a una decisión. Al evaluado no se le

solicita que exponga un discurso argumentativo personal, se le pide que se apropie de los sentidos que articulan un texto o discurso breve o un enunciado y encuentre los fundamentos que los explican. Esta competencia exige exponer el porqué de lo que se hace, e involucra acciones tales como:

- Fundamentar la ocurrencia de determinados fenómenos con base en planteamientos teóricos.
- Sustentar conclusiones para diferentes eventos o fenómenos, mediante el establecimiento de cadenas de relaciones entre conceptos, postulados o principios teóricos.
- Sustentar conclusiones a partir de datos o procedimientos experimentales.
- Argumentar cuál es la información relevante para la resolución de un problema.

“Proponer”

Hace referencia a las acciones que realiza una persona, con el propósito de **plantear alternativas de decisión o de acción** (por ejemplo diagnósticas o terapéuticas); establecer lo que puede ocurrir en un sistema o situación cuando cambian las condiciones y dilucidar relaciones o vínculos no evidentes entre eventos o conceptos. Esta competencia implica una actuación argumentada, crítica y creativa para seleccionar entre opciones o alternativas encaminadas a la solución de un problema, en un contexto determinado. Esta competencia involucra acciones tales como:

- Predecir el comportamiento de un sistema o situación si se realizan cambios en las interacciones o en sus condiciones iniciales
- Conjeturar, a partir de un estado final, las condiciones o estados precedentes que lo hicieron posible.
- Plantear el diseño experimental o la estrategia más adecuada y pertinente para realizar un determinado estudio o contrastar una hipótesis.
- Establecer regularidades válidas para un conjunto de situaciones aparentemente desconectadas.
- Plantear hipótesis.

Este examen no pretende evaluar la totalidad de los conocimientos de los aspirantes, sino que busca indagar la apropiación y utilización de conocimientos relevantes para el cuidado del paciente con condiciones prevalentes. Debido a su diseño, tiene las limitaciones de una prueba de papel y lápiz, que no evalúa componentes actitudinales y destrezas de los aspirantes, pero constituye una herramienta poderosa para acercarse a la valoración de los fundamentos científicos del médico. Cada una de las facultades o programas podrá determinar otras herramientas valorativas que complementen este examen si lo consideran pertinente.

Anexo 5: Conformación Mesa de Trabajo sobre Educación Continua y Recertificación Profesional

CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTINUA CERTIFICACIÓN Y RECERTIFICACIÓN	
CENTRO	Universidad del Rosario
	Universidad el Bosque
	Universidad de los Andes
ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	Universidad de Antioquia
	Universidad del Quindío
	Universidad Cooperativa de Colombia sede Medellín
	Universidad Autónoma de las Américas
NORTE	Universidad del Sinú Cartagena
	Corporación Universitaria Rafael Nuñez
ORIENTE	Universidad de Boyacá
SUROCCIDENTE	Universidad Libre de Cali
	Universidad del Valle

Anexo 6: Sistema de Certificación Profesional Periódica Voluntaria.

<http://ascofame.org.co/web/que-es-educonascofame/>



Logo y Nombre registrado ante Superintendencia de Industria y Comercio

1. ¿Qué es EduConASCOFAME?

Es una iniciativa de ASCOFAME para sistematizar las actividades de educación continua en medicina y ciencias de la salud de forma que, si cumplen con criterios de calidad, se incluyan en un proceso individual de certificación periódica voluntaria. Con esto se busca mantener y mejorar el desempeño profesional para beneficio de la atención en salud de la población.

Cada actividad de educación continua es evaluada en términos de calidad técnica y pedagógica y le son asignados créditos educativos **EduConAscofame** que servirán para que ASCOFAME certifique la formación profesional permanente del profesional que cumpla con un número mínimo de créditos en un período de dos (2) años.

2. ¿En qué consiste la plataforma EduConAscofame?

Es una plataforma virtual de ASCOFAME diseñada para llevar el registro de los médicos generales y especialistas, docentes y otros profesionales de la salud que están participando en diferentes actividades de educación continua, en su proceso de certificación periódica voluntaria.

Adicionalmente, en la plataforma se realiza la divulgación y gestión de las diferentes actividades de educación continua, que puedan servir para el proceso de certificación periódica voluntaria, dentro de **EduConAscofame**. Incluye actividades de Desarrollo Profesional Permanente, provistas por la Asociación de manera directa o en alianza con sus facultades de medicina, multinacionales de producción y difusión de conocimientos del más alto nivel académico y otras organizaciones comprometidas con la calidad de la educación médica y de ciencias de la salud, como la Sociedades Científicas.

3. ¿Por qué EduConAscofame?

El mundo, en la denominada sociedad del conocimiento, exige que los profesionales de la medicina mantengan un nivel actualizado de sus conocimientos y competencias clínicas,

que puedan ser certificadas ante sus pacientes, empleadores y el propio sistema de salud. **EduConAscofame** facilita este propósito a través de medios de Desarrollo Profesional Permanente altamente pertinentes y provee las condiciones para la Certificación Periódica Voluntaria de los profesionales a través de la educación continua.

4. ¿Por qué Certificación Periódica Voluntaria con **EduConAscofame**?

Porque la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, es una institución autónoma e independiente con más de 54 años de existencia que congrega las instituciones de formación médica más prestantes del país, tanto de pregrado como de postgrado, y su Misión permanente ha sido velar por la calidad de la Educación Médica que comprende el componente continuo. Así, se puede garantizar que las actividades de educación continua que ASCOFAME avale, han pasado por filtros de calidad que le garantizan al profesional y a la sociedad su idoneidad. Las facultades y programas de medicina afiliadas a ASCOFAME reconocen esta idoneidad.

5. ¿Cuáles son las actividades por las cuales otorga créditos?

Una vez ASCOFAME verifique las condiciones de calidad de las actividades que registre el profesional, le otorga un número de créditos en el **Sistema de Certificación Profesional Periódica Voluntaria**. Para ello se ponderan la intensidad horaria, la estructura metodológica y la adquisición potencial de habilidades y destrezas (ver tipología de créditos) a los siguientes tipos de actividades:

En el área de formación médica:

Cursos Largos, Cursos Libres, Congresos, Conferencias, Seminarios, Simposios, etc.

Exámenes de conocimientos.

Trayectoria Académico-Científica por reconocimiento de Hoja de Vida.

En el área de competencia docentes:

Diplomados, cursos, Congresos, Conferencias, etc. en Educación Médica.

Trayectoria académica por reconocimiento de Hoja de Vida.

6. Tipología y asignación de créditos

a. ¿Cómo se asignan los créditos académicos?

En el sistema **EduConAscofame** un (1) crédito académico es equivalente a 1 hora de actividad académica que se pondera con base en el tipo de competencia prevalente que desarrolla, y según el impacto potencial en el proceso formativo; para ello se tiene en cuenta el rigor académico de la actividad y el énfasis en el hacer. De acuerdo con lo anterior, hemos adoptado la siguiente clasificación:

Créditos Tipo A: Son créditos académicos obtenidos a partir de actividades presenciales intensivas y prácticas tipo taller o pasantías que desarrollan competencias cuyo énfasis está en el HACER, y que implican evaluaciones de DEMOSTRACIÓN Y APLICACIÓN ACCIÓN. El factor de ponderación es de 1,5 a 2 por cada hora de trabajo del estudiante.

Así, un taller de Cirugía Mínimamente Invasiva de 24 horas, otorgará entre 36 y 48 créditos académicos tipo A.

Créditos Tipo B: Se refieren a créditos originados en actividades cuyo énfasis está relacionado con el SABER HACER, que requieren de demostración de conocimientos a través de evaluaciones escritas, o inclusive orales. Este tipo de créditos corresponde a actividades como cursos y diplomados. El factor de ponderación es 0,6 a 1 por cada hora de trabajo del estudiante.

Por lo tanto 24 horas de este tipo de eventos, corresponde a 14,4 a 24 créditos académicos.

Créditos Tipo C: En este caso los eventos están orientados fundamentalmente al desarrollo de competencias en el SABER, y se trata de Conferencias, Congresos, Seminarios, Simposios, entre otros. Este tipo de eventos tiene un factor de ponderación entre 0,2 y 0,5.

Por lo tanto un evento de estas características de 24 horas de duración (manteniendo el ejemplo de duración para efectos puramente ilustrativos), podrá asignar entre 4,8 y 12 créditos académicos.

NOTA: En un evento que mezcle actividades tipo Conferencia, con talleres se acreditará con estos criterios las horas respectivas. Si el certificado no aclara los tiempos de Conferencia y Taller se evaluará como Conferencia.

En este modelo hemos adoptado como válido la utilización de un decimal.

El Comité Académico del **EduConAscofame** evaluará cada evento en particular y otorgará los créditos correspondientes de acuerdo con criterios previamente establecidos.

7. Certificación Profesional Periódica Voluntaria

Para efectos de la Certificación Periódica Voluntaria, el aspirante debe haber desarrollado al menos 200 créditos académicos en dos años consecutivos, de los cuales mínimo el 10% deben ser créditos Tipo A (con énfasis en el hacer). El Sistema **EduConAscofame** reconoce para el primer ciclo de certificación los últimos dos años, siempre y cuando las actividades de educación continua registradas cumplan con los criterios definidos; en caso de no cumplir con los requisitos expuestos, el aspirante tendrá en el primer ciclo, un año más para alcanzar los criterios.

8. Condiciones de uso

EduconAscofame es una plataforma de gestión y desarrollo de actividades de Educación Continua orientadas a la acreditación de actividades de Desarrollo Profesional

Permanente y Certificación Periódica Voluntaria de las competencias profesionales de los médicos y otros profesionales de la salud. El registro del profesional en **EduConAscofame** se refleja en una **Hoja de Vida Académica CERTIFICADA y la acreditación con Sello de Calidad de ASCOFAME** de los eventos de Educación Continuada que cada uno desarrolle. Por lo tanto la información que el profesional consigne en el formulario de registro tiene que ser veraz y verificable; de no ser así NO será admitido o podrá ser excluido ante cualquier inconsistencia no resuelta. La información que se consigne en **EduConAscofame** y la que se vaya acumulando con el desarrollo de actividades de Desarrollo Profesional Permanente, en principio está disponible solo para el titular del registro quien le dará el uso que considere pertinente.

Sin embargo, cada persona puede autorizar a **EduConAscofame** a entregar una Certificación de su Hoja de Vida Académica a terceros, tales como pacientes, asociaciones de pacientes o empleadores; esta autorización la hace al momento de diligenciar su formulario de registro y puede ser modificada en cualquier momento.

EduConAscofame no hará uso de la información personal con otros fines a no ser por solicitud judicial o por autorización expresa de los participantes. La base de datos que obtenga **EduConAscofame** podrá ser utilizada para el desarrollo de procesos de investigación, respetando la identidad de los integrantes de dicha base de datos. **EduConAscofame** exigirá los documentos que permitan verificar información sobre los médicos y otros profesionales inscritos en su base de datos, pero no garantiza al 100% la veracidad de la información obtenida; su papel en este caso es de medio y no de resultado.

RHEG14072016