

Artículo de reflexión

El Sistema de Educación Médica en Colombia: cien años de atraso

Colombian Medical Education System: A Hundred Years Behind

Arturo Argüello Ospina*, Carolina Sandoval García**

The very disappearance of many existing schools is part of the reconstructive process.

La desaparición de algunas de las Facultades existentes es parte inherente del proceso reconstructivo de la medicina.

Henry S. Pritchett. 16 de abril de 1910

Resumen

Hace casi 100 años, la Carnegie Foundation para el avance de la enseñanza le encargó a Abraham Flexner, experto en educación, realizar un estudio sobre la situación de la educación médica en Estados Unidos y Canadá. Este estudio resultó ser uno de los documentos más influyentes en la revolución de la educación médica de Norteamérica, que la llevó a ser lo que hoy en día es.

Casi un siglo después, la educación médica colombiana ha alcanzado un parecido asombroso con el sistema descrito en el informe Flexner.

El presente artículo resalta el paralelo entre la situación de la educación médica en Norteamérica hace 100 años y la situación actual de la educación médica en Colombia.

Presentamos una reflexión sobre el sistema educativo actual en ésta área, basados en lo descrito en 1910, que consideramos como la actualidad de la educación médica en nuestro país y, tal vez, la de muchos otros de América Latina.

Palabras clave: Educación médica, Abraham Flexner, Informe Flexner.

Abstract

Almost one hundred years ago the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching authorized a study and report about the medical education of the United States and Canada directed by Mr. Abraham Flexner an education expert of the time. This report turned out to be one of the most important documents of the medical education revolution that took place by that time in North America and that led it to become what it is today.

Almost a century after that, Colombian medical education has reached an outstanding similarity to the system described in the Flexner report.

The present article highlights the parallel between North America's medical education situation a hundred years ago and Colombia's actual medical education situation.

We present here some notions about the actual education system based on what was described on 1910 and which we consider, constitutes the current medical education

Recibido: Marzo 22 de 2006.

Aceptado: Abril 18 de 2006.

* Estudiante XI Semestre, Facultad de Medicina Universidad del Rosario. Correo electrónico: aargel@urosario.edu.co

** Estudiante XII Semestre, Facultad de Medicina, Universidad del Rosario.

situation on our country and possibly on many Latin American countries.

Key words: Medical Education, Abraham Flexner, Flexner report.

INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX, la Carnegie Foundation para el avance de la enseñanza se dio a la tarea de analizar la situación de la educación médica de Estados Unidos y Canadá; análisis que dio lugar a la evolución del sistema educativo médico de Norteamérica y lo llevó a ser lo que hoy en día es.

Para realizar la dispendiosa labor se encargó nada menos que a un maestro en educación llamado Abraham Flexner, nacido en Louisville, Kentucky, el 13 de noviembre de 1866, graduado de artes y humanidades de Johns Hopkins University y con especialización en educación de la escuela de graduados de Harvard (1). Flexner, tras una serie de minuciosos estudios, presentó un documento que revolucionó la educación médica norteamericana.

Casi 100 años después de publicarse el informe, la educación médica en Colombia ha alcanzado una similitud asombrosa con la educación médica de Estados Unidos y Canadá de hace 150 años (2).

El presente artículo pretende mostrar la increíble similitud entre la educación médica de Estados Unidos y Canadá antes de 1910 y la situación actual de nuestro país. Al igual que el informe Flexner, no constituye una visión idealista y utópica del futuro, sino más bien una aproximación razonable y necesaria de lo que debe ser la educación médica en Colombia, en Latinoamérica y en el mundo.

Solicitamos al lector que nos permita ilustrar algunas reflexiones iniciales, que deben ser complementadas necesariamente por un análisis más profundo de lo que aquí planteamos. El texto que en adelante encuentre entre comillas

son las palabras del propio Flexner, y asombrosamente veremos cómo se acomodan perfectamente a nuestra realidad.

De forma crítica, ilustraremos un panorama en ocasiones dramático y crudo, pero nuestros fines no son más que enteramente constructivos.

¿LA EDUCACIÓN DEL HOY, LA EDUCACIÓN DEL PASADO?

Cuando se afirma que en 36 años aparecieron 47 facultades de medicina, cualquier persona que tenga un mínimo nexo con el sistema de salud pensaría automáticamente en nuestro país; no obstante y para sorpresa de muchos, estas cifras corresponden a Estados Unidos (3). Lo paradójico es que son cifras de hace 130 años, que después se invertirían al desaparecer cincuenta facultades en doce años.

Con este ejemplo del incremento ilimitado de facultades de medicina y con otras situaciones similares, Flexner nos guía con su informe a través de un profético viaje en el presente, mientras relata el pasado. Ya conocemos la respuesta, pero veremos que con cada afirmación nos podremos preguntar: ¿Está Flexner hablando del ayer o, tal vez, de hoy?

Partiremos entonces de la siguiente afirmación: “Existe en este momento un gran número de facultades de medicina tan innecesarias como inadecuadas”.

DE LO INNECESARIAS

Por más de 25 años existió en Norteamérica una marcada sobreproducción de médicos educados de forma pobre y mal entrenados. Según las estadísticas de 1910, el número de médicos por número de habitantes de Estados Unidos era

cuatro veces mayor que en Alemania y otros países desarrollados.

Para ese entonces, la relación del número de médicos con el número de personas en los EE.UU. era de 586 personas por cada médico, cifra similar a la nuestra actual, que equivale a un médico por cada 751 personas. Nuestra población de médicos es superior a la de otros países y es cuatro veces mayor que en los países desarrollados y que lo recomendado en el informe.

La sobreproducción de estos hombres y mujeres que, como ya veremos, en muchos casos reciben un entrenamiento insuficiente, responde en parte a la existencia de un gran número de facultades con fines comerciales o lucrativos.

Por aquella época, algunas facultades se financiaban mediante métodos publicitarios que atraían a un buen número de incautos. Hoy en día, en nuestro país, se financian sin necesidad de tanta publicidad a partir de una gran masa ávida de un título de Médico, que acude a las facultades de medicina sin reparar en su deficiente calidad.

Anualmente, se presentan en promedio 30.000 aspirantes para cerca de 5.000 cupos disponibles. Es decir, las probabilidades de convertirse en un estudiante de medicina son bastante altas, diferencia marcada de las probabilidades de ingresar a una buena facultad. Suponemos que mientras la demanda aumente, y mientras no exista nada que lo prohíba, se seguirán creando facultades de medicina con fines enteramente lucrativos que respondan a esa gran demanda de personas ansiosas por acceder a esta profesión. En unos años será suficiente con solo desear ser médico para obtener un cupo en alguna facultad.

Por ejemplo, obedeciendo a esos fines comerciales, en EE.UU. entre 1810 y 1840 surgieron 26 nuevas facultades y entre 1840 y 1876 otras 47 más; en Colombia entre 1970 y 1999

surgieron 33 facultades de medicina y la mayoría se ubicaron en la región central, atlántica y en Antioquia (4).

Esto último nos sugiere que en Colombia existe un problema de producción, pero también de distribución del recurso humano en salud. Creemos que la deficiencia de médicos en algunas zonas y la enorme concentración de estos profesionales en otras, está dada por la inequidad de recursos entre las diferentes regiones del país. La falta de medios de comunicación, la deficiencia de los servicios públicos y las dificultades de acceso a ciertos lugares hacen que estas zonas sean poco atractivas para cualquier profesional.

En este sentido, se podría pensar que en las regiones donde no hay facultades de medicina se justificaría construir una, sólo con el fin de suplir el déficit de médicos de dicha región; pero como más adelante analizaremos "No es válido el argumento de que la ausencia de una facultad de medicina en una región, conlleve a la creación de una escuela médica en esas regiones donde la adecuada instrucción clínica no es posible; esto sería asumir que un médico mal entrenado en la región es mejor que un médico bien entrenado que provenga de otra región".

Lejos de justificar la creación de nuevas facultades en regiones remotas del país, el propio informe establece que es el progreso del país y la mejoría de las condiciones de vida en todas estas regiones, lo que llevará a la distribución más homogénea del recurso médico de la nación como efectivamente sucedió en Estados Unidos y Canadá. Entonces, es necesario que mejoren las condiciones de vida en la gran mayoría de las regiones de nuestro país, para hacer de estos sitios con una escasa calidad de vida, lugares amenos y agradables a los ojos de todos los profesionales.

Reconocemos que el problema de la sobreproducción de profesionales no se limita exclusivamente al excesivo número de facultades y a la inadecuada distribución de médicos. No basta con distribuir el recurso adecuadamente y con cerrar una buena parte de las facultades existentes; es necesario que aquellas facultades que no sean clausuradas, limiten el número de estudiantes a la cantidad de profesionales que necesita el país. No se pueden seguir graduando alrededor de 3.000 médicos anuales, cuando la nación necesita un número supremamente inferior. Teniendo en cuenta que tenemos una sobrepoblación equivalente a cerca de 59.000 médicos, tenemos un reservorio de otros 40.000 en las aulas de clase. Es muy posible que en unos años el número de médicos se duplique y esto no contribuya en nada al problema de la medicina, por el que atraviesa el país, y contrario a lo que muchos piensan, tan sólo se está deteriorando más nuestra profesión y se está retrasando la civilización colombiana.

Nos acercamos pues a otra gran verdad planteada por Flexner: "...parece claro que la tendencia debería ser limitar el número de estudiantes admitidos a carreras como Medicina a un estimado razonable del número de profesionales que realmente necesita el país en este campo".

DE LO INADECUADAS

Hasta este punto es evidente que se debe limitar el número de profesionales egresados y que de esto se deriva que deben cerrarse un buen número de facultades. Ahora la pregunta que nos surge es: ¿cuáles facultades? Llegar a esta respuesta requerirá de un análisis mucho más detallado. Empezaremos definiendo el término que nos señalará lo inadecuadas que son algunas escuelas de medicina en nuestro país: la calidad.

No es nuestro objetivo enfrascarnos en discusiones filosóficas y poco prácticas que nos desviarían de nuestro fin, tratando de definir el término de calidad en educación médica. Más allá de toda discusión que el lector desee plantear, para el presente artículo dicho término hará referencia a la infraestructura administrativa y académica de una facultad; es decir, a la planta física y al recurso humano como medios mínimos necesarios para poder impartir una educación adecuada.

El problema de la calidad es claramente planteado por Flexner cuando afirma que los médicos egresados de facultades deficientes se ven obligados a obtener su educación después de haberse graduado de dichas facultades.

Es claro que una facultad de medicina debe cumplir unos requisitos mínimos de calidad que, tristemente, han sido definidos de forma muy débil por el Ministerio de Educación Nacional en el decreto 917 de 2001 (5): para abrir un programa en ciencias de la salud tan sólo es necesario justificar el programa, definir el título de éste, en este caso: Medicina (con esa palabra acabamos de cumplir un requisito), definir un currículo básico, un sistema de créditos, de evaluación y de selección, tener formación investigativa, proyección social, infraestructura física, estructura académico-administrativa, bienestar universitario y, asombrosamente, publicidad del programa.

Lo anterior sugiere que un grupo de médicos con una casa moderadamente amplia (por ejemplo, un centro de salud de primer nivel) puede, con una mínima inversión, sentarse toda una tarde, redactar un documento y construir una facultad de medicina de la noche a la mañana.

Entonces no nos debemos sorprender ante la explosión demográfica de facultades de medicina que estamos experimentando, es claro que estos requisitos pueden ser cumplidos por cual-

quier particular y, sin ninguna duda, no garantizan en lo más mínimo ningún estándar de calidad, sólo contribuyen dando vía libre, permitiendo que día a día existan más escuelas de medicina que gradúan médicos de dudosas calidades profesionales.

Caso bastante distinto es el sistema nacional de acreditación que reconoce aquellas facultades que cumplen con unos estándares mínimos de calidad, punto que no entraremos a discutir, pero que si nos invita a reflexionar ¿por qué solo una quinta parte de las facultades de medicina de nuestro país está acreditada?, ¿por qué la mayoría de facultades no se han sometido al proceso de acreditación?, ¿acaso será que no cumplen con requisitos mínimos de calidad para obtener la acreditación? La discusión está abierta, aunque ya vemos la tendencia que esta tomará.

Entrando entonces en contexto, desglosaremos nuestra definición de calidad, puntualizando en primer lugar la idoneidad de una adecuada infraestructura administrativa.

Es evidente que una facultad de medicina demanda una planta física mucho más sofisticada que la que podría necesitar cualquier otra profesión. Es impensable tener una facultad de medicina sin laboratorios adecuados para desarrollar prácticas de materias básicas como biología, bioquímica, genética y anatomía, donde se permita la construcción del conocimiento desde la práctica hacia la teoría; no es suficiente, como lo enseñan ciertas tendencias “modernas”, contar con un laboratorio virtual que, a fin de cuentas, tan sólo sería un texto más de medicina con cierto tinte de sofisticación. Podría ser una tendencia entendible: ¡Es más fácil comprar un *software* de 5.000 dólares que construir un laboratorio de 50.000!, pero lo que está en juego es la educación de aquellos que tendrán en sus manos la vida de muchos humanos.

Flexner afirmaba: “Desde el punto de vista pedagógico, la medicina moderna, con toda enseñanza científica, se caracteriza por la actividad. El estudiante no solamente mira, oye y memoriza: hace. Su propia actividad en el laboratorio y en la clínica son los principales factores de su instrucción y formación disciplinaria”.

Ahora, si los laboratorios virtuales resultan bastante controvertidos, mucho menos se podría prescindir del todo de recursos prácticos para el aprendizaje de las ciencias básicas.

Pero contar con laboratorios no es suficiente. Recordemos que en nuestro país no existen lineamientos que regulen la calidad de un laboratorio (o por lo menos después de una gran búsqueda no los hemos encontrado), por lo que se le puede dar el título como tal a un espacio que cuente con un sistema de luz, agua, ventilación, extintores y uno o dos reactivos, no siendo esto sinónimo de una infraestructura que permita una buena praxis. Así que decir que una facultad cuenta con los laboratorios necesarios no significa que esta sea una buena facultad. Debería prestársele mayor atención a este tema.

Avanzando un poco en el concepto de la infraestructura administrativa y recordando las bases apropiadas de la medicina descritas en el informe Flexner, debemos tener en cuenta que la educación médica debe ser una combinación de, adecuada adquisición de conocimiento teórico acompañado de ejercicios de confrontación en el laboratorio y, por supuesto, una adecuada práctica clínica en constante comunión con los avances tecnológicos y posibilidades técnicas.

Esto nos lleva a un segundo punto. Debemos centrar ahora nuestra atención en la práctica clínica. Es claro para todos, y lo ha sido desde esa época como se encuentra explícito en el informe, que la enseñanza en un hospital constituye además de una necesidad, una aproximación

integral que ofrece los mayores beneficios para la enseñanza médica: "Un Hospital dentro del cual exista un control completo del proceso educativo es tan necesario para una Facultad de Medicina como lo es un laboratorio de bioquímica o anatomía".

Entonces vemos que no es suficiente contar con un hospital donde los estudiantes puedan realizar su práctica, sino que ese hospital debe estar centrado enteramente en la docencia y la investigación, es decir, debe ser un hospital universitario.

Para considerarse como tal es necesario que "de la mano de la Universidad en éstos centros se aseguren suficientes fondos para contratar médicos calificados y dedicados a la labor docente", y le añadimos, basados en las tendencias modernas ya descritas hace muchos años en el informe, que adicionalmente, parte de sus labores deben ser dedicadas a la investigación; pues hoy más que nunca es necesario construir un *modus vivendi* entre la docencia y la investigación.

La pregunta que resultaría entonces es: ¿Cuántas facultades de medicina de nuestro país cuentan con un hospital universitario propio? Respuesta que preferimos omitir.

Queda claro que es tan importante la adecuada infraestructura para la instrucción en ciencias básicas como la organización y los recursos necesarios, léase hospital universitario, para la enseñanza de las ciencias clínicas. No puede existir una facultad que carezca de alguna de estas dos partes.

Pero surge desde hace unos años, la "novedosa" idea de iniciar una facultad de medicina desde el seno de un hospital. A nuestro modo de ver, estas entidades tratan de venderle al público a través de métodos publicitarios, conceptos errados sobre la educación médica queriendo

reducirla a la simple adquisición y práctica del conocimiento médico con estudiantes inmersos, únicamente, en el ámbito hospitalario. ¡Lamentamos mucho el futuro de éstos técnicos! Ya se demostró hace más de 150 años que dichos intentos de crear escuelas de medicina sin el respaldo y la integralidad, que solo pueden ser dados por una institución universitaria, contribuyó únicamente al detrimento de la profesión médica.

Una facultad de medicina no debe existir sino en el seno de una universidad. La educación de la medicina, como cualquier otro proceso de educación superior, es competencia únicamente de las universidades.

Así como es impensable que IBM gradúe ingenieros de sistemas, que una firma de abogados gradúe abogados y que una empresa, por prestigiosa que sea, gradúe administradores, es inconcebible que un hospital gradúe médicos.

Reforzaremos nuestros argumentos acudiendo a la más fehaciente de las evidencias: la historia. "Las facultades de medicina eran una rama que crecía del tronco universitario garantizando adecuados estándares de calidad y una educación integral en el ámbito de la educación superior; pero en el siglo XIX, grupos privados que poseían un hospital deciden impartir "educación médica" constituyéndose como facultades de medicina que evidentemente no tienen la infraestructura ni los recursos adecuados con los que cuenta una buena universidad ya constituida".

Todo esto, en resumen, tan solo lleva, al igual que lo hizo hace 100 años, a que se pierdan los ideales de la educación antes descritos y la visión integral que sólo puede ofrecer una universidad.

Debemos concluir hoy, al igual que en ese entonces, que "Es necesaria la articulación defi-

nitiva de la medicina dentro del sistema general de educación superior” y que **“La práctica clínica debe complementar, no suplantar, la enseñanza teórica”**.

DEL RECURSO HUMANO

Ya hemos revisado a la luz de las ideas encontradas en el informe, algunas precisiones sobre la calidad del aprendizaje de las ciencias básicas y de la práctica clínica. Ahora centraremos nuestra atención en otro componente de la calidad: el recurso humano, entendido como el conjunto entre docentes y estudiantes.

Haciendo referencia a los primeros, es evidente para todos su importancia dentro del proceso educativo y solo resaltaremos su labor valiéndonos de la frase con que lo hizo en su momento el informe: “Ningún miembro de la sociedad es tan sacrificado como un verdadero médico, y de éste selecto grupo, nadie merece tanta consideración de la sociedad como quienes han dedicado su vida y han decidido tomar en sus manos la tarea de la docencia”.

Como el papel de los estudiantes dentro de la estructura de la calidad puede ser más discutido, consideramos que éste punto amerita un análisis más detallado.

En nuestra opinión, los jóvenes que acceden a una facultad de medicina deben como en otras carreras, ser cuidadosamente escogidos de acuerdo al perfil profesional y cumplir ciertos requisitos académicos y personales (principios, calidad humana etc.).

Tanto es así, que una facultad excelente en infraestructura y con el mejor recurso humano en docencia, no podrá formar nunca médicos de calidad si no cuenta con estudiantes del más alto nivel, pues son ellos los únicos capaces de darle el mejor uso y sacar el mayor provecho de todo cuanto la universidad pueda proveerles: “pro-

curar algo de instrucción técnica y de laboratorio a un estudiante incompetente lo hace un practicante, mientras que esta misma situación en un estudiante más preparado lo hace un verdadero científico”.

Haciendo un paralelo con nuestra situación, debemos aceptar que en muchas facultades de medicina es posible entrever que el sistema educativo no solo admite a un gran número de estudiantes no calificados, sino que también les facilita la obtención del grado, situación propiciada, entre otras cosas como ya veremos, por aspectos financieros. Y una vez más, pareciese que Flexner estuviera analizando más bien la situación colombiana: “Este sistema de requisitos de entrada inadecuados, numerosos estudiantes, clases cortas y magistrales, y las precarias condiciones para instrucción práctica, hacen que para el sistema actual de educación médica sea imposible detectar a los mal preparados e impartir una mejor educación a los más aptos... los estudiantes que se dan cuenta de las falencias del sistema, deciden viajar al exterior en busca de una mejor educación”.

Consideramos que es interesante analizar cómo sorteó Norteamérica este problema, dadas las condiciones que se implementarán muy pronto en nuestro país. A grandes rasgos, lo que llevó a solucionar todos los problemas de admisión de los menos aptos fue la creación de la *American Medical Association* quien asumió, entre otras cosas, la responsabilidad de velar porque los estudiantes que ingresaran a las facultades de medicina cumplieran unos requisitos académicos mínimos, y porque todas las facultades siguieran unos lineamientos adecuados para otorgar el grado de médico. Esta entidad nació como resultado de la preocupación por la calidad de los médicos Norteamericanos. Preocupación que comparten en la actualidad todos en nuestro país.

Pero mientras en Estados Unidos y Canadá la preocupación por la calidad de los médicos llevó a que se restringiera a nivel nacional, el estudio de la medicina únicamente para aquellos estudiantes claramente capacitados con un alto nivel académico, la misma preocupación en nuestro país llevará a que se implemente como el estado del arte un examen que los médicos ya graduados deberán presentar para recertificarse cada tres años. Interesante y novedoso concepto. Pero nos preguntamos: ¿no es mejor asegurar la calidad de los médicos desde sus inicios asegurando que sólo los mejores, académicamente hablando, puedan estudiar medicina?, ¿no es mejor controlar los requisitos mínimos de grado para los médicos?, ¿no es más lógico plantear medidas preventivas que soluciones para reducir el daño?

Nos enfrascamos con esto en un gran debate: se ha olvidado por completo que la medicina es también una ciencia práctica, no sólo es teoría. El mejor resultado en un examen puede no ser el mejor médico; les aseguramos que si hoy alguien se dedica únicamente a estudiar para ese examen será recertificado muy seguramente con honores, pero pobre del alma que en su sabiduría e imperitas manos caiga.

El problema de esta solución tan poco práctica se extiende inimaginablemente porque tiende a disociar aún más a la educación médica del sistema de educación nacional; la aplicación de estos exámenes de recertificación estará a cargo de sociedades gremiales que lejos están de fines académicos. Mal hacen estos grupos gremiales en aceptar esa responsabilidad que no les corresponde; solo un experto en educación (una institución única superior: el Ministerio de Educación Nacional, no el de Protección Social) puede determinar las calidades de los educados. Esta entidad superior debería asegurar que se man-

tenga un estándar mínimo de calidad en los procesos de admisiones, traducido en un requisito académico mínimo e igual para todas las facultades de medicina, restringiendo el estudio de las ciencias médicas para aquellos que realmente están preparados para asumir esa responsabilidad. Les aseguramos que si esto se hiciera, en general, la calidad de los médicos mejoraría enormemente.

Podemos decir en este punto que también los estudiantes hacen parte de una escuela de medicina apropiada. De nada le sirve al país que se creen escuelas con la mejor infraestructura administrativa y docente si están integradas por aquellos estudiantes que no resultaron aptos en otras escuelas; el destino de estas es más que evidente.

Agravando un poco el problema del recurso humano estudiantil queremos finalizar puntualizando el por qué de lo anterior y resaltar que este no sólo radica en el sistema educativo; la academia se mezcla con lo financiero no diferenciando claramente los límites entre sí, pues si un estudiante puede pagar, seguramente se podrá graduar. Finalizamos este punto diciendo que hoy, así como en 1871, "casi ninguna Facultad se atreverá a sacrificar el número de estudiantes que reciben y las ganancias que de ellos derivan para tratar de impartir una educación más adecuada".

CONCLUSIONES YA CONCLUIDAS

Existen muchos otros aspectos mencionados en el Informe Flexner que no hacen parte de nuestro objetivo, pero que no podemos dejar de mencionar porque suscitan una interesante discusión muy aplicable a nuestro país: la gran inversión económica que requiere una facultad de medicina, la necesidad de educar al público para que diferencie a los profesionales

bien entrenados de aquellos que no lo están, de la conciencia de la profesión, de un cierto 'patriotismo' médico y del sectarismo tan común y popular en esta época (con su más alto representante: la homeopatía). Temas que será interesante analizar en un estudio posterior.

En conclusión, observamos con asombro cómo el Informe Flexner, un siglo después de ser escrito, parece describir de forma bastante acertada el panorama de la educación médica en Colombia. Es necesario hacer un estudio detallado y profundo al igual que lo hizo la Carnegie Foundation, facultad por facultad y de todo el sistema de educación en Medicina de nuestro país, para encontrar soluciones y superar la desastrosa situación de la educación médica actual.

Como resultado del Informe Flexner, se dieron múltiples cambios en la formación médica norteamericana: un número considerable de facultades decidió voluntariamente cerrar sus puertas conscientes de su limitación para cumplir con las recomendaciones allí sugeridas. Sin duda, el estado actual y las condiciones de la

educación médica en estos países, se debe claramente a los cambios propiciados por el informe. Cambios que esperamos ansiosamente en nuestro país.

Queremos cerrar este paralelo y nuestra breve reflexión con ésta última afirmación:

"El progreso a futuro, aparentemente requiere de un número mucho menor de escuelas de medicina mejor equipadas y mejor dirigidas de lo que son en la actualidad; y las necesidades del público igualmente requieren un menor número de médicos graduados anualmente, pero con mejor entrenamiento y educación".

AGRADECIMIENTOS

- Dr. Andrés Isaza por hacer de la educación nuestra pasión.
- Dra. Dianney Clavijo por hacer de la docencia un arte invaluable.
- Dr. José Félix Patiño por introducirnos y permitirnos descubrir el maravilloso mundo de Flexner y el Flexnerismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patiño, J.F. Abraham Flexner y el Flexnerismo: Fundamento Imperecedero de la Educación Médica Moderna. *Medicina*;1998 (20): 2.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin Number Four (1910). New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching;1910.
3. Vicedo, A. Abraham Flexner: pionero de la educación médica. *Educación Médica*; 2002 5(4):163-7.
4. Ospina, J.E., Giraldo, D. y Rendón, C.A. Las facultades de medicina en Colombia: 1980-1998 características. Bogotá: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame);1999.
5. Ministerio de Educación Nacional. Decreto 0917 de Mayo de 2001: Por el cual se establecen los estándares de calidad en programas académicos de pregrado en ciencias de la salud. República de Colombia;2001.