

El futuro de la educación médica se escribe en las comunidades

Por Nicolás Rincón Salamanca

Médico egresado de la Universidad Antonio Nariño

Especialista en Docencia Universitaria

Investigador en educación médica

E-mail: nirincon75@uan.edu.co

La educación médica en Colombia atraviesa un momento crucial. Durante décadas, la formación de los profesionales de la salud ha estado centrada en modelos tradicionales, profundamente arraigados en el hospital, en la enfermedad y en el conocimiento técnico. Sin embargo, el país que habitamos hoy exige una mirada distinta. Colombia no es únicamente un conjunto de instituciones de alta complejidad en las grandes ciudades; es también un territorio diverso, donde aproximadamente el 19,5 % de la población vive en zonas rurales, enfrentando múltiples barreras de acceso a los servicios de salud. En este contexto, surge una pregunta inevitable: ¿estamos formando médicos para el país real o para una versión limitada de él?

La desconexión entre la educación médica y las realidades sociales de las comunidades es uno de los principales desafíos actuales. Las facultades de medicina, en muchos casos, continúan privilegiando un enfoque hospitalocéntrico, donde el estudiante aprende a diagnosticar y tratar enfermedades en escenarios controlados, con acceso a tecnología avanzada y recursos especializados. Sin embargo, al egresar, muchos de estos profesionales se enfrentan a contextos completamente distintos: comunidades con limitaciones estructurales, donde el acceso a pruebas diagnósticas es escaso, donde las decisiones clínicas deben adaptarse a las condiciones del entorno y donde la comprensión del contexto social es tan importante como el conocimiento biomédico (1,2).



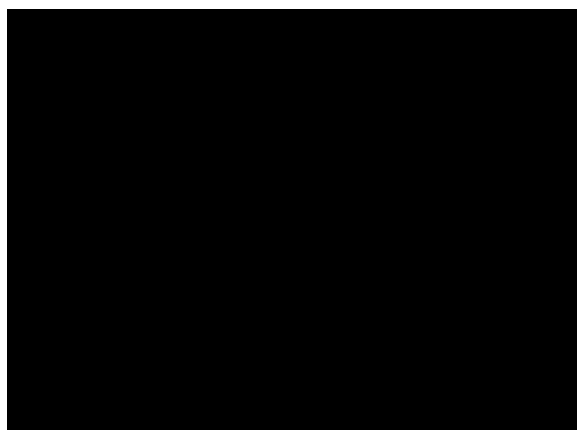
En la fotografía, el doctor Nicolás Rincón educando a la comunidad.

Esta brecha no es únicamente académica; es profundamente humana. La formación médica no puede limitarse a la adquisición de conocimientos científicos, por más rigurosos que estos sean. Ser médico implica comprender a las personas en su totalidad: su historia, su cultura, sus condiciones de vida y sus dinámicas comunitarias. En este sentido, la comunidad no es solo un escenario de práctica, sino un aula viva, donde se aprende aquello que ningún libro puede enseñar. Es en el contacto directo con las comunidades donde el estudiante comprende, por ejemplo, que una enfermedad no es únicamente un proceso fisiopatológico, sino también una experiencia social atravesada por desigualdades, creencias y barreras de acceso (3,4).



Desde la experiencia en contextos rurales, esta realidad se vuelve evidente. Allí, el médico no solo enfrenta desafíos clínicos, sino también éticos, sociales y humanos. La ausencia de recursos obliga a tomar decisiones más reflexivas; la cercanía con la comunidad exige una comunicación más empática; y la comprensión del entorno se convierte en una herramienta fundamental para la atención en salud. Estas experiencias transforman la manera de entender la medicina. Ya no se trata únicamente de curar, sino de acompañar, de orientar, de adaptarse y, en muchos casos, de gestionar soluciones con los recursos disponibles (5,6).

En este escenario, el cambio de paradigma en la educación médica no es una opción, sino una necesidad. Es fundamental pasar de un modelo centrado en la transmisión de conocimientos a uno enfocado en la formación de profesionales capaces de transformar los territorios en los que trabajan. Esto implica reconocer que el médico del futuro debe ser, además de competente en lo clínico, un líder social, un agente de cambio y un profesional con sensibilidad comunitaria (2,7).



En la fotografía el doctor Nicolás Rincón haciendo consulta en la comunidad.

La integración de tecnologías emergentes, como la inteligencia artificial y la simulación educativa, representa una oportunidad importante en este proceso. No obstante, su incorporación debe ser crítica y contextualizada. La tecnología, por sí sola, no resuelve los problemas estructurales del sistema de salud. De hecho, cuando se implementa sin considerar las realidades del territorio, puede incluso profundizar las desigualdades existentes. Por ello, es necesario

comprender que la tecnología no es un fin en sí mismo, sino un medio que debe estar al servicio de la equidad, de la atención primaria y del fortalecimiento de las capacidades locales (1,8).

La inteligencia artificial, por ejemplo, puede facilitar procesos diagnósticos, optimizar la toma de decisiones clínicas y mejorar el acceso a la información. Sin embargo, su verdadero valor radica en su capacidad para adaptarse a contextos específicos y responder a las necesidades de las comunidades. De nada sirve contar con herramientas tecnológicas avanzadas si estas no son accesibles o pertinentes para los territorios donde más se necesitan. En este sentido, la formación médica debe incluir no solo el uso de estas herramientas, sino también una reflexión ética sobre su aplicación y su impacto en la equidad en salud (8,9).

A partir de estas reflexiones, se hace evidente la necesidad de replantear los currículos de las facultades de medicina. Es fundamental diseñar programas formativos que integren la experiencia comunitaria desde etapas tempranas, que promuevan la interdisciplinariedad y que fomenten el desarrollo de habilidades sociales, comunicativas y de liderazgo. La educación médica debe ser inclusiva, contextualizada y orientada al servicio, entendiendo que el objetivo final no es únicamente formar profesionales competentes, sino contribuir a la transformación social (2,7,10).

La inteligencia artificial, por ejemplo, puede facilitar procesos diagnósticos, optimizar la toma de decisiones clínicas y mejorar el acceso a la información. Sin embargo, su verdadero valor radica en su capacidad para adaptarse a contextos específicos y responder a las necesidades de las comunidades.

Asimismo, es necesario fortalecer la atención primaria en salud como eje central de la formación médica. Este enfoque permite abordar los problemas de salud desde una perspectiva integral, considerando no solo la enfermedad, sino también los determinantes sociales que la condicionan. La atención primaria no es un nivel inferior de complejidad, sino un espacio estratégico para la prevención, la promoción de la salud y la construcción de relaciones sostenibles con las comunidades (3,5,11).

En última instancia, el futuro de la educación médica en Colombia no se define únicamente en los avances tecnológicos ni en la modernización de las infraestructuras educativas. Se construye, sobre todo, en la capacidad de las instituciones para reconocer y responder a las realidades del país. Formar médicos para Colombia implica formar profesionales que comprendan su diversidad, que se comprometan con sus territorios y que sean capaces de actuar con sensibilidad, ética y responsabilidad social (2,4,7).

El médico del futuro no puede limitarse a ser un experto en el manejo de enfermedades. Debe ser

un profesional capaz de comprender las dinámicas sociales, de establecer vínculos con las comunidades y de liderar procesos de transformación. Curar seguirá siendo una parte fundamental de la medicina, pero no será suficiente. Será necesario también acompañar, educar, prevenir y construir soluciones junto a las comunidades (6,10,11).

En este sentido, repensar la educación médica no es únicamente una tarea académica, sino una responsabilidad colectiva. Universidades, docentes, estudiantes y sistemas de salud deben trabajar de manera articulada para construir un modelo formativo más pertinente, equitativo y humano. Solo así será posible cerrar la brecha entre la formación médica y las realidades sociales, y avanzar hacia un sistema de salud más justo y accesible para todos (1,2,5).

Porque, en definitiva, el futuro de la educación médica no se escribe en los salones de clase ni en los hospitales de alta complejidad. Se escribe en las comunidades, en sus historias, en sus necesidades y en su capacidad de transformar la manera en que entendemos y practicamos la medicina (4,7).

Referencias

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010;376(9756):1923-1958. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)
2. Gonzalo JD, Dekhtyar M, Starr SR, Borkan J, Brunett P, Frank S, et al. Health systems science curricula in undergraduate medical education: identifying and overcoming implementation challenges. *Medical Teacher*. 2021;43(3):273-280. <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000001177>
3. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Annual Review of Public Health*. 2017;38:171-194. <https://doi.org/10.1177/003335491412915206>
4. Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva; 1970. <https://drive.google.com/file/d/1rGgKmLx0YTY5EiCbjdjlZgfBnm-VUMkgR/view?usp=sharing>
5. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018;6(11):e1196-e1252. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30386-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3)
6. Ngo H, Sokolovic N, Hu J, et al. A systematic review identifying effective teaching methods and their combinations for increasing empathy in physicians: pairwise and network meta-analysis. *BMC Medical Education*. 2025;25:1483. <https://doi.org/10.1186/s12909-025-07917-x>



7. Dewey J. Experience and Education. New York: Collier Books; 1938. https://drive.google.com/file/d/12wP4FA_fK1uT54hoQybbTnDCE-8hErklo/view?usp=sharing
8. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2020: Monitoreo de la salud para los ODS. Ginebra: OMS; 2020. <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>
9. Cate O, Burch VC, Chen HC, editores. Entrustable professional activities and entrustment decision-making in health professions education. Ubiquity Press; 2024. <https://www.siwf.ch/files/pdf30/entrustable-professional-activities-and-entrustmentdecision-making-in-health-professions-education.pdf>
10. Ausubel DP. Educational Psychology: A Cognitive View. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1968. <https://archive.org/details/in.ernet.dli.2015.112045>
11. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. Lancet. 2015;386(10011):2442-2444. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00150-6
12. Mathers CD, Stevens GA, Mascarenhas MN. Global Health Estimates: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Ginebra: OMS; 2017. <https://iris.who.int/items/c10881ed-aecd-402d-9615-d6ee244b2c57>

