

La enseñanza de la medicina en Ecuador, desde 1990 hasta la actualidad: crisis, transformaciones y retos pendientes

The teaching of medicine in Ecuador, from 1990 to the present: crises, transformations and pending challenges

Enrique Terán¹

La educación médica ecuatoriana ha transitado, en tres décadas, de la expansión descontrolada a la regulación exigente, y de allí a una etapa híbrida donde conviven estándares mínimos, innovación pedagógica y cuellos de botella persistentes (especialmente en posgrados y talento docente). Ese cambio no fue espontáneo: lo precipitaron crisis —cierre de universidades, dudas sobre la calidad, precariedad en residencias, déficit y desajuste de especialistas, y fuga de cerebros— que forzaron soluciones con impacto real (examen de habilitación, modelos de acreditación, simulación clínica, fortalecimiento de la vinculación y discusiones sobre bienestar del residente). A continuación, se presenta una lectura crítica y propositiva de ese trayecto, enriquecida con voces de actores clave que han empujado el debate público e institucional.

El legado histórico —cátedra, clínica y hospital docente— sostiene una ética del cuidado y un modo de enseñar que hunde raíces en la Escuela Médica de Quito; Estévez y cols relatan que la Cátedra de Medicina de Quito (1693) es la más antigua del país y una de las primeras de la América hispana; y cómo desde los dominicos y la figura de Eugenio Espejo, se marcó la impronta humanista, la lectura crítica y el hospital docente marcaron tres siglos de trayectoria y ethos profesional, recordándonos que modernizar no es romper con la tradición, sino volverla competente para el presente¹.

Esa herencia convive hoy con otra lógica: la educación basada en competencias, la evaluación objetiva y la simulación de alta fidelidad. La transición no fue espontánea: fue empujada por la presión de la acreditación, por sentencias de realidad (falta de pacientes disponibles para docencia, límites éticos, asimetrías de acceso) y por un diálogo cada vez más

estrecho con estándares internacionales. De hecho, fuimos de los primeros en defender públicamente la simulación y su valor para “romper el círculo vicioso” de entrenar sin casos ni supervisión adecuada, así como “vivir experiencias únicas frente a situaciones críticas”². De hecho, el desafío fue instaurar el concepto de que la simulación no es solo cuestión de hardware, sino pedagogía con aplicación del debriefing y evaluación de desempeño; sin eso, la implementación de los centros de simulación solo agregaría costo. Ecuador avanzó en infraestructura y lenguaje común (competencias), pero la calidad del debriefing y la coherencia longitudinal del currículo siguen marcando la diferencia entre programas. La integración ecuatoriana a agendas regionales —por ejemplo, los talleres de la COPAEM en Quito sobre ECOE/OSCE y REDCap— refuerza ese viraje basado en evidencia³.

La década de 1990 marcó un período de crecimiento acelerado de la educación superior en Ecuador. El país atravesaba un contexto de liberalización económica, debilidad institucional y alta demanda de educación universitaria. En este escenario, la oferta de carreras de medicina se expandió de manera significativa, tanto en universidades públicas como privadas, muchas de ellas sin condiciones mínimas de infraestructura hospitalaria ni capacidad docente especializada. La lógica predominante era la de la matrícula como fin en sí misma, más que la de la calidad académica.

El marco regulatorio vigente —la Ley de Universidades y Escuelas Politécnicas de 1982, reformada en 2000 con la creación del Consejo Nacional de Educación Superior (CONESUP)— otorgaba un papel formal de supervisión, pero carecía de mecanismos efectivos de control. Esto permitió que se autoriza-



Usted es libre de:
Compartir — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato.

Adaptar — remezclar, transformar y construir a partir del material para cualquier propósito, incluso comercialmente.

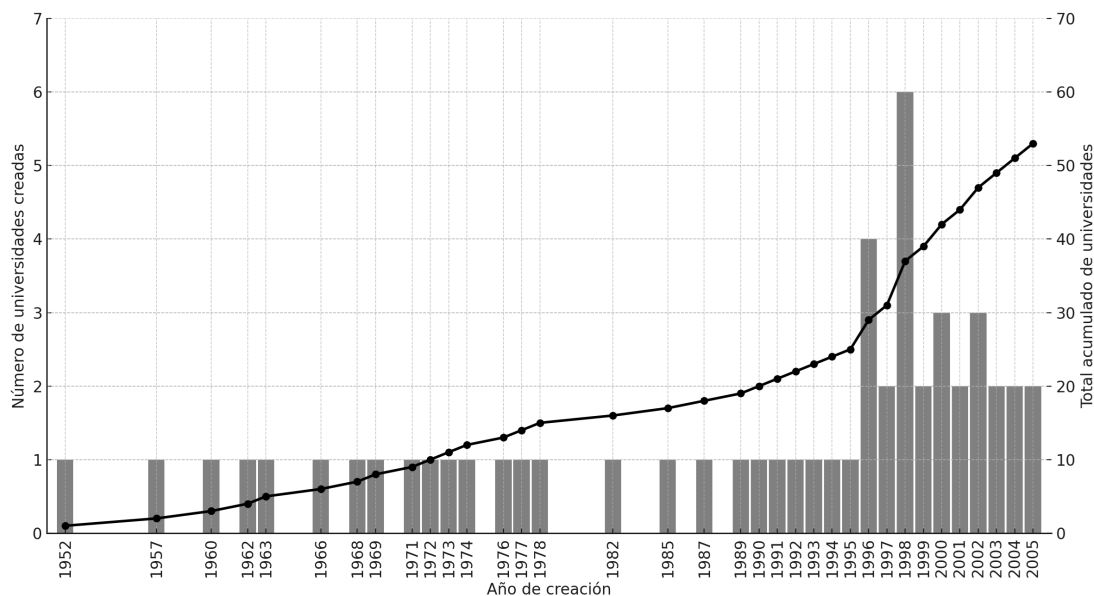
Publicado: 10-10-2025

DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol33/Suplemento-1/2025/s29-s34

*Correspondencia autor: eteran@usfq.edu.ec

ran múltiples carreras de medicina en instituciones con serias limitaciones: bibliotecas insuficientes, ausencia de laboratorios de simulación, escaso número de profesores con formación de cuarto nivel y, sobre todo, una carencia estructural de hospitales docentes. Por ejemplo, entre el año 1998 y el 2000, se crearon 15 universidades (13 particulares autofinanciadas y 2 públicas; figura 1).

Figura 1. Número de instituciones de educación superior

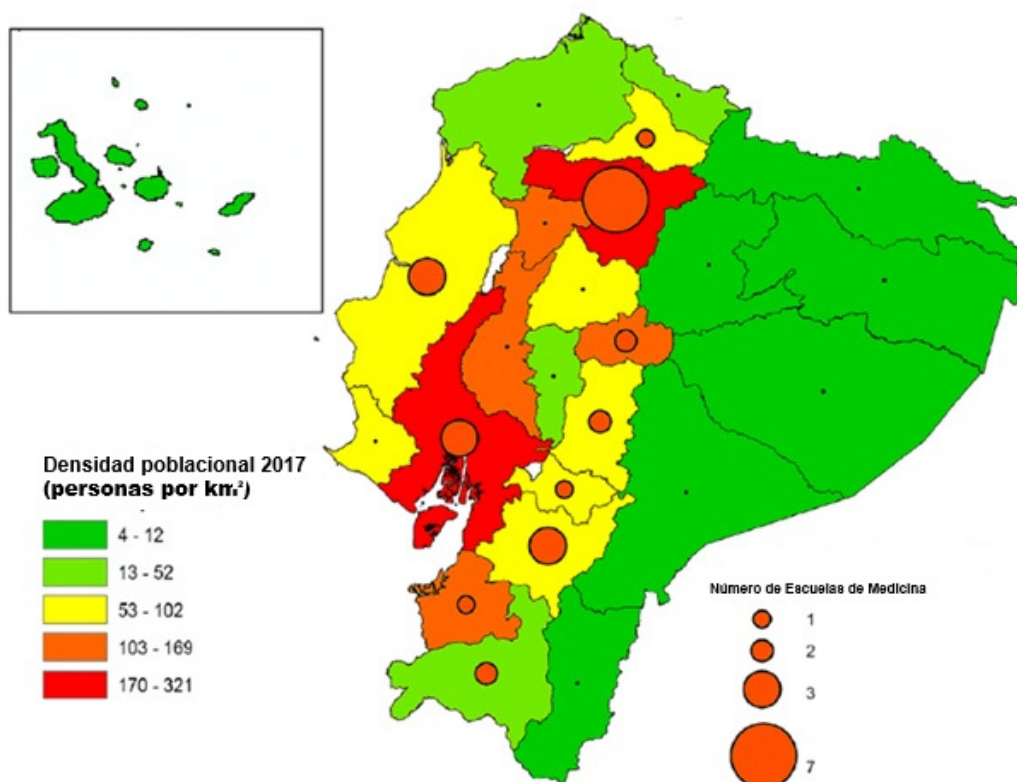


El error fundamental de esta etapa fue la permisividad del Estado frente a una expansión sin planificación. La consecuencia directa fue la generación de cohortes de médicos con formación heterogénea, donde la calidad dependía más de la universidad que de un estándar nacional. La sociedad médica empezó a cuestionar la legitimidad de ciertos títulos, y la población comenzó a percibir con desconfianza a los médicos recién graduados de instituciones de dudosa trayectoria⁴.

Los noventa y la primera década del 2000, como se presenta en la figura 2, en un simplista intento de facilitar el acceso al estudio de la medicina, garantizar una mayor distribución geográfica e inclusive un mayor acercamiento a la realidad local, se multiplicaron las carreras y aumentaron las matrículas sin mapear capacidad real (campos clínicos, docentes formados, simulación, bibliotecas)⁵. La Constitución (2008) y la LOES (2010) instalaron docencia, investigación y

vinculación como funciones sustantivas e hicieron posible la creación del Consejo de Educación Superior (CES) y del Consejo de Evaluación, Acreditación y Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior de Ecuador (CEAACES); que en una primera gran sacudida cerró instituciones de baja calidad y obligó a profesionalizar plantillas y convenios docentes-asistenciales. La reforma de 2018 maduró modelos específicos de evaluación para la carrera de Medicina, y el CEAACES se transformó en el Consejo de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior (CACES), que consolidó el Examen de Habilitación Profesional (EHEP) como filtro de competencias y señal de mínimos nacionales⁶. En paralelo, la conversación regional sobre estándares internacionales (p. ej., WFME) trasladó a la agenda local la urgencia de acreditación con estándares globales y transparencia de resultados⁷, mientras AFEME coordinó el paraguas asociativo nacional para promover autoevaluación, pares y mejora continua⁸.

Figura 2. Distribución geográfica de las escuelas de medicina en el Ecuador (tomado de ref. 5).



Hoy, el sistema mide y exige más que antes, pero la correlación entre acreditación y excelencia no es automática: cuando la acreditación se convierte en “cumplimiento” y no en cultura de mejora, se hipertrofian sílabos y actas, no resultados⁹.

Para el año 2017, el Ecuador tenía 37.293 médicos, equivalentes a una tasa de 22,2 médicos por 10.000 habitantes, contando entre estos a los médicos residentes, rurales y de postgrado. Sin embargo, si se toman en cuenta solamente los médicos generales y especialistas (27.004), la tasa es de 16,2 por 10.000 habitantes. Por lo tanto, en el año 2017, había un déficit de aproximadamente 11 mil médicos (29%) con relación a la tasa sugerida por la OMS (23 por 10.000 habitantes)¹⁰.

En el estudio de los Nuevos Médicos por año¹⁰, se pudo observar que, en los años 2013-2015 solamente se graduaron el 14,5% de los estudiantes y el 10% de las estudiantes que ingresaron a una escuela de medicina, existe por lo tanto un desperdicio de recursos humanos, de tiempo y económicos considerables que afectan la educación médica actual. Los pocos cupos disponibles para realizar una especialidad médica en el país, frente al gran número de egresados, constituyen otro importante cuello de botella para el sistema de salud, y han derivado en residencias sobrecargadas. En 2024, se describieron con datos y testimonios “condiciones adversas” para

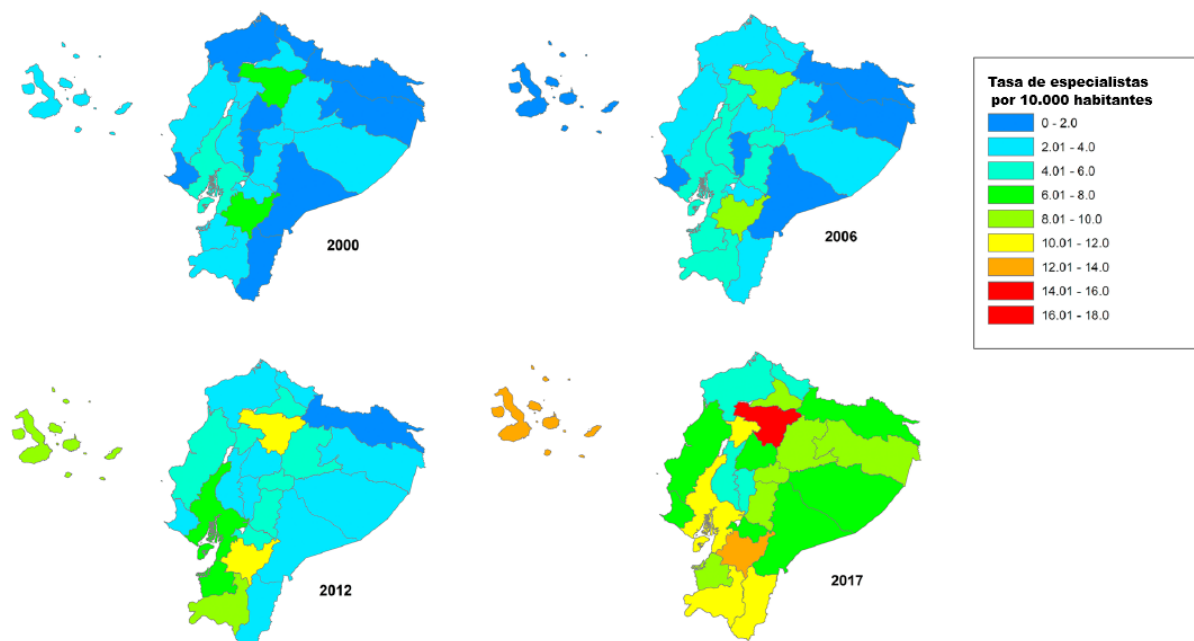
residentes y abogaron por salario digno, regulación de horas, apoyo en salud mental y evaluación por competencias, en línea con ACGME/CanMEDS¹¹, que llevaron inclusive a la propuesta de reformas estructurales urgentes¹². En resumen, la residencia no puede ser “mano de obra barata”: es formación tutelada con estándares, financiamiento y tutoría. Afortunadamente, hace unos pocos días, el Ministerio de Salud Pública, atendiendo a esta problemática, presentó oficialmente el acuerdo ministerial para el pago de médicos y enfermeros residentes¹³.

El Estado tiene la obligación de instruir a las escuelas de Medicina acerca de los médicos que requiere cada año, cada quinquenio y una proyección a más de 10 años para preparar profesionales que cubran a cabalidad este espectro planteado¹⁴. Es decir, el papel del estado es crucial para evitar dos situaciones muy malas que ahora prevalecen en nuestro país: por un lado existe un nutrido grupo de médicos sin trabajo, a pesar de las grandes deficiencias de profesionales en los sistemas de salud y, por otro, la grave fuga de talentos que buscan su especialización en centros del exterior pero que no regresan por la dificultad de obtener una plaza de trabajo digna que incluya un salario razonable y el disponer de una tecnología avanzada que permita poner en práctica los conocimientos adquiridos en una vida muy dura y de alto sacrificio como son las especialidades cursadas en centros hospitalarios del primer mundo¹⁴.

En el caso específico de los médicos especialistas, el Ecuador experimentó una tasa de crecimiento del 158% entre 2000 y 2017⁵. Sin embargo, al comparar la tasa ecuatoriana con las de los países de ingresos altos y otros países de la región, el número de espe-

cialistas en el país es relativamente moderado⁵, más todavía cuando en el análisis de la distribución de estos, en las diferentes provincias del país se puede claramente ver su concentración en las principales ciudades (figura 3).

Figura 3. Evolución de la tasa de médicos especialistas en el Ecuador durante los últimos 20 años (tomado de ref. 5).



La otra cara es el desajuste por especialidades: exceso relativo en algunas (p. ej., cirugía general, traumatología) y déficit en otras (p. ej., medicina interna, alergología, psiquiatría), especialmente fuera de Quito–Guayaquil–Cuenca. Cuando el posgrado local no absorbe ni protege, los mejores egresados migran a matches y fellowships; si el ecosistema local no ofrece carrera académica y condiciones competitivas, no regresan. La solución realista es expandir residencias donde se atiende (red pública integral y complementaria), con estándares únicos y rutas de retorno (reconocimiento de competencias, fast-track a plazas asistenciales/académicas en zonas críticas)^{5,10}.

En varias escuelas, la expansión de matrícula no se acompañó de carrera académica ni formación pedagógica sistemática, y lo que fue aún peor, la Ley Orgánica de Educación Superior, vigente desde octubre 2010, estableció que los docentes universitarios con una edad mínima de 60 años, 30 años de servicio y de estos 20 en la docencia, si se jubilaban hasta el 2014 recibirán esta pensión adicional. El resultado fue que de 35.319 maestros universitarios del país que registraba la SENESCYT, hasta el 2014 cerca del 10%, es decir, 3.532, se acogieron a la jubilación (15).

Esta evidente e inevitable “pérdida” de talentos o de educadores de “tradición” hizo que se tuviera que recurrir a mecanismos alternos como la contratación por horas, profesores a tiempo parcial y, por supuesto, el ingreso de una considerable cantidad de profesores venidos del extranjero. El resultado: aulas centradas en diapositivas, evaluación irregular y poca retroalimentación, esto junto a la exigencia de profesionalización (formación y evaluación del profesor, tiempo protegido, comunidad de práctica), por parte del Estado¹⁴.

La docencia universitaria, y particularmente en medicina, es compleja, pues se espera que los profesores que educarán al alumnado, sean poseedores de una alta experticia en su materia, aun cuando no deben constituir la fuente principal de conocimientos, porque para eso están los libros, sino más bien que tengan la habilidad y la preparación suficiente para ser una fuente de inspiración para guiar a sus pupilos y estimularlos¹⁴.

Con relación a la investigación, siempre he dicho que “hace más de treinta años, se pensaba que la medicina era únicamente clínica-asistencial, pero a medida que la sociedad ha progresado, se han planteado

nuevas interrogantes que responder a través de una manera distinta de acercarse al problema, la investigación” y las escuelas de medicina en el Ecuador se han visto “forzadas” a implementar cambios¹⁶. Sin embargo, y a pesar de que la producción crece en nodos y el impacto promedio sigue siendo bajo y muy concentrado, en parte por esa desmedida presión ejercida sobre las instituciones por parte del ente evaluador, que a su vez se traduce en presión de las instituciones hacia sus profesores, bajo el mal denominado concepto de “publicar o morir”¹⁷. En el caso particular de las escuelas de medicina, es importante rescatar que, para sistemas con pocos profesores con un título de PhD, un médico especialista bien formado en metodología de la investigación puede liderar proyectos relevantes; el obstáculo no es el título, sino la estructura (comités de ética ágiles, bases de estadística, fuentes de financiamiento, acceso a datos, etc.)^{16,18}.

En resumen, el objetivo de la LOES y la función primordial del CACES ha sido tratar de disminuir las brechas entre las diferentes escuelas/facultades de medicina a nivel país. Para ello se han realizado sendos procesos de evaluación, basados en indicadores concretos que se deben cumplir de forma inequívoca y que en último término pretenden que los contenidos y la exigencia sean similares para todos los estudiantes. Se ha hecho particular énfasis en los contenidos mínimos que se deben abordar, en el número de estudiantes por docente, en los sistemas

de calificación y, por supuesto, en la concordancia entre la formación del docente y la cátedra que este dicta¹⁹.

Sin embargo, en el 2024 solo el 63,3% de los 2.037 postulantes de medicina aprobó el examen de habilitación, mientras que en 2023 se evaluó a 2.488 egresados y el 71,4% pasó el examen. Queda claro entonces que, por más alta que intente ser la exigencia en la universidad, la evaluación de su desempeño, por parte del CACES, va a depender de cuántos de esos indicadores que terminan forzando a los profesores a la elaboración de bancos de preguntas, exámenes remediales, trabajos extra o incluso curvas de ajuste de calificaciones. No solo para que los estudiantes aprueben, sino para que en las llamadas “hetero” evaluaciones, el docente no salga perjudicado con una calificación baja por parte de sus estudiantes¹⁹.


Es hora de instar a los cuerpos colegiados, llámense colegios médicos o sociedades médicas, para que instauren procesos formales de capacitación que lleven a la “acreditación” de los profesionales, independiente de que tengan o no una especialidad, y por supuesto a la autoridad sanitaria nacional, en la búsqueda de que sus funcionarios permanezcan en una determinada posición bajo la premisa de que mantienen esa actualización y no que tienen un contrato indefinido que fomente su conformismo científico-profesional.

Bibliografía

1. **Estévez E, VI, Zapata M, Echeverría C.** La Escuela Médica de Quito: origen y trayectoria de tres siglos. *Rev Fac Cien Med (Quito)*. 2018; p. 145-63.
2. **Teran E.** Robots revolucionan las pasantías de los futuros médicos. [Online].; 2014 [cited 2025 08 20]. Available from: <https://www.elcomercio.com/tendencias/salud/robots-revolucionan-pasantias-de-futuros/>.
3. **AFEME; FEPAFEM/PAFAMS; WFME.** XXIII Conferencia Panamericana de Educación Médica. [Online].; 2025 [cited 2025 08 04]. Available from: <https://quitoecuadorcopaem2025.com/index.html>.
4. **Ramírez R, Minteguiaga A.** Transformaciones en la Educación Superior Ecuatoriana: Antecedentes y perspectivas futuras como consecuencia de la nueva constitución política. *Educación Superior y Sociedad*. 2010; p. 129-154.
5. **Rodríguez A, Romero-Sandoval A, Sandoval B, Romero N.** Medical specialist distributions in Ecuador: a geographical and temporal analysis of data from 2000 to 2017. *BMC Health Serv Res*. 2022; p. 671.
6. **CACES.** Rendición de cuentas 2024–2025: Examen de Habilitación y modelos de evaluación. [Online].; 2025 [cited 2025 08 20]. Available from: <https://www.caces.gob.ec/>.
7. **Diario El Expreso.** Facultades de Medicina en Ecuador y el estándar WFME. [Online].; 2025 [cited 2025 08 20]. Available from: <https://www.expreso.ec/>.
8. **AFEME.** Misión institucional. [Online].; 2025 [cited 2025 08 20]. Available from: <https://afeme.org.ec/>.
9. **Juanes Giraud B.** El proceso de evaluación y acreditación de carreras en Ecuador.. *Revista Universidad y Sociedad*. 2022; p. 536-542.
10. **Hidrobo E.** La Oferta y la DemandadeMédicos en el Ecuador 2016 – 2030. Quito: AFEME; 2019.

11. **Izquierdo-Condoy J, Ruiz-Sosa C, Tello-De-la-Torre A, Ortiz-Prado E.** From education to exploitation: the high price paid by resident physicians in Ecuador's medical specialization. *Front Med (Lausanne)*. 2024; p. 1409471.
12. **Cevallos-Miranda I, Mantilla G, Sisa I.** Commentary: From education to exploitation: the high price paid by resident physicians in Ecuador's medical specialization.. *Front Med (Lausanne)*. 2025; p. 1550144.
13. **Ministerio de Salud Pública del Ecuador.** presentó oficialmente el acuerdo ministerial para el pago de médicos y enfermeros residentes. [Online].; 2025 [cited 2025 09 23. Available from: <https://www.salud.gob.ec/msp-presento-oficialmente-el-acuerdo-ministerial-para-el-pago-de-medicos-y-enfermeros-residentes/>.
14. **Arizaga E.** La Docencia Médica. *Revista Ecuatoriana de Neurología*. 2024; p. 10-11.
15. **El Comercio.** 3 532 docentes universitarios se jubilarán hasta fines de este año. [Online].; 2014 [cited 2025 08 20. Available from: <https://www.elcomercio.com/sociedad/docentes-jubilacion-maestros-universidades-senecyt/>.
16. **Cañizares S, Blacazar M, Perez D, Sisa I, Caicedo A.** El Médico - Investigador; opiniones y desafíos. [Online].; 2019 [cited 2025 08 20. Available from: <https://noticias.usfq.edu.ec/2019/02/el-medico-investigador-opiniones-y.html>.
17. **Vasconez-Gonzalez J, Izquierdo-Condoy J, Naranjo-Lara P, Garcia-Bereguian M, Ortiz-Prado E.** (2024) Integrity at stake: confronting "publish or perish" in the developing world and emerging economies. *Front. Med*. 2024; p. 1405424.
18. **Sisa I, Mena B, Teran E.** The negative impact of ad hoc committees for ethical evaluation: The case of COVID-19-related research in Ecuador.. *Dev World Bioeth*. 2021; p. 3-6.
19. **Teran E.** La acreditación de los profesionales de la salud: entre la polémica y la necesidad. [Online].; 2024 [cited 2025 08 20. Available from: <https://www.noticieromedico.com/post/la-acreditaci%C3%B3n-de-los-profesionales-de-la-salud-entre-la-pol%C3%A9mica-y-la-necesidad>.

Enrique Terán¹

Colegio de Ciencias de la Salud,
Universidad San Francisco de Quito.
Miembro de Número de la Academia
Ecuatoriana de Medicina y Presidente de la
Academia de Ciencias del Ecuador;
Quito, Ecuador
 <https://orcid.org/0000-0001-6979-5655>

Cómo citar: Terán E. La enseñanza de la medicina en Ecuador, desde 1990 hasta la actualidad: crisis, transformaciones y retos pendientes. *MetroCiencia* [Internet]. 10 de noviembre de 2025; 33 (Suplemento1):s29-s34. DOI: 10.47464/MetroCiencia/vol33/Suplemento-1/2025/s29-s34