



Revista Colombiana de Anestesiología

Colombian Journal of Anesthesiology

www.revcolanest.com.co



Reflexión

La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia

Juan M. Ospina^{a,*}, Fred G. Manrique-Abril^{a,b,*} y Abel Fernando Martinez-Martin^a

^a Escuela de Medicina, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia

^b Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de julio de 2011

Aceptado el 15 de febrero de 2012

Palabras clave:

Educación Médica

Salud

Médicos

Sistemas de Salud

R E S U M E N

Con un enfoque de análisis histórico se hace una reflexión sobre los conceptos y hechos más relevantes que han llevado al desarrollo y estructuración del modelo de Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de los modelos curriculares de formación médica en Colombia, para establecer los puntos que constituyen controversia y los aspectos que ameritan un acuerdo de voluntades que podrían llevar a mejorar en beneficio de los dos sectores tanto la formación de médicos generales como la calidad del sistema de prestación de servicios de Salud.

© 2011 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Publicado por Elsevier.

Todos los derechos reservados.

Training of General Practitioners in Accordance with the Requirements of the Colombian Social Security System

A B S T R A C T

The following is a historical perspective of the most relevant concepts and events that resulted in the development and structuring of the model for the Social Security System in Healthcare, and of the curricular models for medical training in Colombia. This review highlights the controversial issues and the aspects that warrant agreements that would lead to improvements for the benefit of the two areas, namely, training of general practitioners and the quality of healthcare provision.

© 2011 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Published by Elsevier.

All rights reserved.

La coordinación entre instituciones formadoras en salud y entidades reguladoras y prestadoras de servicios del sistema normalizado por la Ley 100 de 1993 enfrenta visiones prospectivas diferentes que comprometen la atención oportuna y

eficaz, en razón a divergencias que desde lo conceptual profundizan la crisis.

Se pretende evaluar las raíces del sistema de formación médica para establecer puntos de convergencia que orienten

*Autor para correspondencia: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Avda. Central del Norte, Tunja, Boyacá, Colombia.
Correo electrónico: fgmanriquea@unal.edu.co (F.G. Manrique); juan.ospina@uptc.edu.co (J.M. Ospina).

enfoques formativos para estructurar un perfil profesional acorde con las nuevas realidades tecnológicas y organizativas de la atención.

Entre 1975 y 1993, el Sistema de Salud en Colombia se estructuraba sobre tres componentes, seguro social, sector público y entidades privadas¹. El financiamiento tenía orígenes diversos o mixtos. Durante 15 años no se logró descentralizar; se dieron pasos importantes en regionalización, niveles de atención, consolidación de políticas, modelos preventivos acordes con directrices internacionales.

Hacia 1990, el diagnóstico evidenció falencias del sistema: apenas 31% de la población tenía acceso a los servicios; la complejidad de funciones asignadas a las seccionales —como atención a personas, al ambiente, educación en salud, participación comunitaria y educación continuada— hacía ineficiente el sistema. La atención asistencial tenía bajo nivel de calidad y los mecanismos de asignación del gasto facilitaban la corrupción; los presupuestos se definían con registros históricos, que no correlacionaban con volumen y demanda; el sistema se mostraba desigual sin solidaridad².

La reforma se afianzó sobre los artículos 48 y 49 de la Constitución Política, giró la conceptualización de salud desde el derecho fundamental hacia el servicio público.

La Ley 100/93 implementó un modelo de seguridad social³, apuntalado sobre premisas de universalidad, solidaridad y eficiencia, libre mercado, competencia y discrecionalidad del usuario para seleccionar el prestador, mecanismos de regulación, solidaridad financiera contribuyentes-subsidiados, y funciones concretas de planeación y coordinación con el sector estatal⁴.

Como cadena productiva, el sistema permite identificar miembros primarios: clientes, proveedores, entidades administradoras (Entidades Promotoras de Salud [EPS]) y proveedores del cuidado (Instituciones Prestadoras de Servicios [IPS]); funciona como sistema de mercado regulado, bajo vigilancia y control del Ministerio, Comisión de Regulación en Salud (CRES) y Supersalud. Hay altos costos de transacción por incertidumbre de demanda y naturaleza compleja de insumos a negociar; las transacciones revisten características de oligopolio e incluso de monopolio⁵. Hay marcado desequilibrio numérico y de costos entre los regímenes contributivo y subsidiado.

La Atención Primaria en Salud (APS) se estableció ambiguamente, se centró en educación y programas específicos: control prenatal, inmunizaciones y crecimiento y desarrollo como ejes, lo que se tradujo en retroceso respecto de logros del antiguo sistema: incrementos en enfermedades reemergentes, transmitidas por vectores, mortalidad infantil-perinatal y bajas coberturas de vacunación⁶.

En 2010 se decretó la crisis, fruto de falencias estructurales y operativas, coincidente con una recesión económica mundial. El déficit, estimado en 900 mil millones de pesos, puso de presente el caos en la regulación: en 2005, las mayores EPS reportaron utilidades⁷.

La reforma contempló cambios en la prestación de servicios, aunque poco o nada se ocupó de las competencias deseables en trabajadores de la salud⁸.

Calidad y oportunidad han sido poco estudiadas en los análisis de impacto⁹. El sistema ofrece servicios deficientes en todos los niveles, mas en atención básica hacen carrera conceptos como “paseo de la muerte” o el imperativo de acudir a la acción

de tutela, que desprestigian y restan credibilidad¹⁰, en la medida en que EPS e IPS muestran desmesurado interés por resultados económicos, a expensas de sacrificar el beneficio social¹¹.

Formación médica: del pasado integral al presente específico

Hacia 1975, la formación médica se desarrollaba acorde con el modelo flexneriano: requisitos mínimos de ingreso, tiempo mínimo de estudios, división en básicas y clínicas, profesores de tiempo completo, hospital universitario administrativamente dependiente de la universidad, excelencia del profesorado e investigación¹².

La formación se centra en el análisis fisiopatológico y se fundamenta en capacidades que reclaman conocimientos sobre daño estructural y alteración funcional. Hasta la Ley 100/93, el generalista debía asumir decisiones terapéuticas en ámbitos ambulatorio y hospitalario. La prevención con enfoque de riesgo era un tema abordado superficialmente.

El avance tecnológico desarrolló el abordaje optimista de enfermedades crónicas como cáncer, enfermedades degenerativas, trasplantes e infecciones virales, consideradas insolubles en el pasado, que generan interés prioritario por la especialización^{13,14}, ya que el quehacer generalista se limita a la ejecución de tareas rutinarias de control y referencia¹⁵.

El Sistema ha golpeado un pilar de la formación médica: el hospital universitario; se han cerrado para “reestructuración”⁷. Las IPS no ven rentables los convenios docencia-servicio, las posibilidades de capacitación en competencias clínicas como semiología son reducidas; los estudiantes encuentran limitaciones para abordar a los pacientes, lo que lleva a desmedro en la formación de un profesional capaz de ganarse la confianza del paciente e interpretar la enfermedad.

El avance tecnológico en diagnóstico, disponible solamente en hospitales de tercer nivel, obliga a que los estudiantes, prescindiendo de la capacitación semiológica, se entrenen en interpretación de resultados, con la consecuencia de que, al verse abordando clínica en IPS de primer nivel, sin tecnología de avanzada, aflora la crisis de desempeño, traducida en errores y mayores costos de atención: la referencia es la opción.

Los posgrados en Colombia se remontan a 1962: la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) conformó el Consejo General de Especialidades Médicas y reglamentó requisitos mínimos, extensión y estructura de los programas¹⁶. En 2002, propuso en pregrado un diseño curricular adaptable y flexible, que permita la formación de profesionales adecuada a los requerimientos de EPS e IPS.

Los propósitos de formación médica y económicos del Sistema General de Seguridad Social en Salud concuerdan, el generalista será excelente diagnosticador, con capacidad decisoria para manejar las enfermedades de mayor endemidad¹⁷.

El entorno de práctica limita la autonomía y la iniciativa del médico al regular sus actuaciones con normatividad que opera desde lo económico: desconoce la complejidad de circunstancias del acto médico formal y lo que el tiempo significa en términos de pronóstico y oportunidad para resolver problemas sencillos que pueden complicarse en lapsos breves. Esta estructura funcional, lejos de regularizar costos, hace

que la oportunidad del acto médico se difumine en trámites que encarecen la atención¹⁸.

Nuevos enfoques de la enseñanza médica

El cambio invita a repensar estrategias adecuadas que permitan mantener una metodología de educación médica, que desarrolle en los estudiantes competencias adecuadas al perfil epidemiológico.

Se debe privilegiar los enfoques fisiopatológico y de riesgo para establecer las características del entorno del paciente, que incidan en el pronóstico; la medicina preventiva debe apuntalar la APS.

Un paradigma y dos metodologías de capacitación han aflorado: el aprendizaje basado en problemas (ABP) y las técnicas de simulación, enmarcadas en el concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE).

La MBE y la epidemiología exploran diversas áreas como etiología, pronóstico, pautas terapéuticas, prevención, eficacia y eficiencia, impacto y calidad de tecnología, lo que consolida sólidos cuerpos de conocimiento en salud. La MBE es un proceso de aprendizaje que integra experiencia clínica con evidencia para la atención: encontrar la mejor información, evaluarla críticamente respecto de validez y utilidad. Integra experiencia clínica con los mejores niveles de evidencia para ofrecerlos al paciente¹⁹.

El ABP, como enfoque pedagógico, facilita la enseñanza y el aprendizaje, enfatiza el autoaprendizaje y la autoformación: es un enfoque dinámico de concepción constructivista; fomenta la autonomía cognoscitiva, se enseña y se aprende a partir de problemas con significado, se utiliza el error como una oportunidad, se valoriza la autoevaluación y la evaluación formativa cualitativa e individualizada²⁰.

La simulación aporta pericia, fluidez mental y respuesta oportuna; en situaciones críticas, estas competencias son necesarias, indelegables e impostergables. Las primeras experiencias de simulación ocurren en la formación de aviadores, para responder rápida y acertadamente a las exigencias de toma de decisiones en breves lapsos, en escenarios de vuelo simulados²¹. Ningún modelo, diseñado para simulación, reemplaza la vivencia integral de seres humanos en el papel de pacientes.

En busca de construir escenarios de formación, se han explorado actos médicos simulados, protagonizados por actores; el impacto aún no ha sido evaluado, pero procedería como alternativa.

El impulso a la investigación es una competencia que hasta el momento ha recibido atención parcial en la formación. La investigación de carácter epidemiológico, sumada a las metodologías de ABP, podría potenciar las capacidades de generación del conocimiento y constituir una singular estrategia de educación hacia el futuro.

Financiación

Recursos propios del autor.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

REFERENCIAS

1. Gaviria A, Medina C, Mejía C. Evaluation the Impact on Health Care Reform in Colombia, From Theory to Practice. Bogotá: CEDE, Uniandes; 2006.
2. Santamaría M, García F, Prada CF, Uribe MJ, Vásquez T. El sector salud en Colombia: impacto del SGSSS después de más de una década de reforma. Bogotá: Fedesarrollo; 2008.
3. Frenk J, Londoño JL. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud. *Boletín Salud y Gerencia*. 1997;15:6-28.
4. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2002;18:991-1001.
5. Gorbaneff Y, Torres S, Contreras N. Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. *Innovar*. 2004;14:168-81.
6. Patiño Restrepo JF. El Proyecto de Ley 052. *Rev Colomb Cir*. 2005;20:176-8.
7. Nieto J, Borrero F. Evolución de la educación médica en Colombia. *Rev Colomb Cir*. 2005;20:179-91.
8. Delgado-Ramírez M. ¿Será posible la formación ética y profesional de médicos y especialistas en el sistema de salud actual? *Rev Colomb Anestesiología*. 2011;39:15-9.
9. Uribe J. Perspectivas del Sector Salud y de la Práctica Médica en el país. *Revista Colombiana de urología*. 1999;VIII [citado 24 Ago 2010]. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/urologia/urologia8399-laperspectiva.htm>
10. Midgley J. ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? *Revista internacional de Seguridad Social*. 1999;55:111-21.
11. Franco A. Seguridad social y salud en Colombia: estado de la reforma. *Rev Salud Pública*. 2000;2:1-16.
12. Rosselli DA, Moreno IS. El Desarrollo Histórico de las Especialidades Médicas en Colombia. *MedUNAB*. 2000;3(8) [citado 24 Ago 2010]. Disponible en: http://editorial.unab.edu.co/revistas/medunab/pdfs/r38hm_c1.html
13. Rivero Serrano O. Factores que han modificado la práctica médica. *Rev Fac Med UNAM*. 2002;45:258-60.
14. Terrés Speziale AM. Medicina del tercer milenio. *Rev Med IMSS*. 1998;36:245-52.
15. Wilson CB. The impact of medical technologies on the future of hospitals. *BMJ*. 1999;319:1287-94.
16. ASCOFAME. Las especialidades medicoquirúrgicas. Informe consolidado 2002-2003. Bogotá: ASCOFAME; 2004 [actualizado 2004; citado 24 Ago 2010]. Disponible en: <http://ascofame.org.co/boletin/ev/fn/informeconsolidado.20022003.especialidades.doc>
17. Cañones Garzon PJ. El perfil profesional del médico general. *El médico-Anuario* 2001. 2001;1:32-4. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/documentos/anuarioap2001/32-34.pdf>
18. Patiño Restrepo JF. Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud: un dilema ético y un imperativo social. *Medicina*. 2001;23:169-78.
19. Sackett DL, Rosenberg W, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*. 1996;312:71-2.
20. Dueñas VH. El aprendizaje basado en problemas como enfoque pedagógico en la educación en salud. *Colomb Med*. 2001;32:189-96.
21. Gough VE, Whitehall SG. Universal tyre test machine. *F.I.S.I.T.A*. 1962.