



Editorial

Redefinición del Sistema General de Seguridad Social en Salud: la titulación en especializaciones médicas y quirúrgicas

Redefining the National Health Social Security System: medical and surgical specialist qualifications

La seguridad social en salud es un tema complejo, es decir, es un conjunto de problemas y situaciones que atiende muchas dimensiones, y que la reforma a la salud propuesta por el Gobierno presenta en diferentes capítulos: la salud pública, la prestación de servicios en la atención médica individual y sus componentes (diagnóstico, tratamientos, medicamentos, tecnología de salud y rehabilitación), la financiación, el manejo de los recursos, la administración del sistema y la formación y ejercicio del talento humano en salud.

En el capítulo VII “*De la formación y ejercicio del talento humano en salud*” los legisladores dirigen su atención a la titulación de especializaciones médicas y quirúrgicas en medicina e introducen una modificación a la norma vigente al incluir a los Hospitales Universitarios de forma aislada o en unión con las instituciones de educación superior (no se refiere solo a las universidades) como posibilitados para otorgar títulos en estos posgrados médicos.

Este punto desencadenó una movilización y debate notorios y poco frecuentes entre los médicos y los estudiantes de medicina. La controversia suscitada reveló dos cosas: primero, que el Gobierno Nacional no es congruente cuando, por un lado, plantea un modelo de salud fundamentado en la atención primaria en salud, pero por otro, centra su estrategia de educación médica en los hospitales de alta complejidad, además de promocionar tácitamente un modelo de sociedad individualista y segmentada, en consonancia con la perspectiva neoliberalista del Estado colombiano. En segundo lugar, también deja ver el desconocimiento de un sector importante de médicos y estudiantes de medicina del país acerca de cómo ha sido la evolución de la educación médica en Colombia, que se remonta a la institución del protomedicato en la época

colonial, en la que históricamente la formación de los médicos ha girado alrededor de los hospitales, más que de las universidades.

Es evidente que la reforma de la salud propuesta por el Gobierno es también una reforma a la educación médica en Colombia y cambia la imagen que tenemos de la formación de los médicos especialistas, aunque no cambie el modelo de fondo, lo que nos inquieta y amerita una reflexión desde una perspectiva histórica.

A comienzos del siglo XIX un médico cartagenero escribió en el libro “*Cartagena y sus cercanías*”, en relación con los estudios médicos en Cartagena, que: “la medicina se enseñaba en el Hospital de Caridad y posiblemente, no recuerdo si o no se enseñaba en la Universidad”, igual situación describe el historiador de medicina de Estados Unidos Kenneth Ludmerer antes de la reforma que se dio posterior al informe Flexner en ese país.

El Estado no se interesaba por los estudios médicos. La transformación de los estudios médicos en Estados Unidos, a comienzos del siglo XX, conllevó la inclusión de las escuelas de medicina en las universidades, el énfasis en el conocimiento positivo experimental y las ciencias naturales, que no por casualidad se llamaron las ciencias “básicas” de la medicina.

Muy publicitada y reconocida fue la introducción de la figura del “*clerkship*”, es decir el internado, por el maestro de medicina clínica William Osler, en 1893, en el Johns Hopkins Medical School como un indicador claro que permanece en el tiempo de cómo la clínica se convertía en ciencia y cómo el hospital “*medicalizado*” se convertía en un lugar de experiencias y experimentación del nuevo modelo: el “*hospital universitario*”.

Lo que ha sido menos publicitado de las investigaciones de este autor es que antes de la Primera Guerra Mundial muy pocos hospitales universitarios en Estados Unidos seguían siendo exitosos. Los costos médicos fueron prohibitivos, pocas escuelas médicas poseían los recursos para construir y operar tales hospitales, y como resultado la mayoría estaban imposibilitados para cumplir su tarea y comprar los equipos que la educación médica necesitaba.

Contrario a lo que todos aprendimos de oídas no hubo en las escuelas de medicina de Colombia, mientras tanto, una influencia importante de estos, nuestras escuelas de medicina de hecho siguieron el modelo francés hasta bien entrado el siglo xx. Es de anotar que la “medicalización” del Hospital de Caridad de Cartagena se dio en 1923 y su transformación nominal –no arquitectónica ni práctica– en Hospital Universitario se dio en 1963.

En 1931 André Latarjet viene a Colombia y redacta el informe de la misión francesa que visitó la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, invitado por el Gobierno colombiano. Esta misión, al igual que la misión alemana de 1925, no tuvo influencias políticas: no generó leyes ni decretos, a lo sumo un plan de estudios y una propuesta de educación posgraduada en higiene que solo produjo cambios cosméticos en los planes de estudios médicos en Colombia.

La influencia Norteamericana en los estudios médicos en Colombia tiene su gran impacto después de la Segunda Guerra Mundial, al inicio de la segunda mitad del siglo xx, en lo que se llamaría un flexnerismo tardío. Liderado por médicos antioqueños trajo consigo los cambios introducidos bajo la influencia del informe Flexner, pero más importante: traía consigo la Medicina Preventiva y su ciencia, la ciencia médica del siglo xx, la epidemiología con toda su carga de matemática médica y estadística, y el concepto novedoso de la posibilidad de interrumpir la historia natural de la enfermedad: una manera nueva de hacer medicina colectiva, la salud pública, mas allá de la higiene pública y la salubridad de finales del siglo xix y comienzos del siglo xx.

En la introducción de este modelo se ve el proceso de la medicina del Estado: los cambios en medicina se hacen a través de la enseñanza de la medicina bajo el control del Estado y el objetivo es el conocimiento médico que se transmite. Son ejemplo de ello los seminarios médicos liderados por el Dr. Hector Abad Gómez, adalid del prevencionismo en América Latina y el Dr. Abel Dueñas para el caso de Cartagena. Esta transformación se hace visible con la creación de la Universidad del Valle, la conformación de ASCOFAME, garante de la “normatización”, la transformación de los estudios médicos en Colombia y la transformación del Ministerio de Higiene en Ministerio de Salud Pública.

También con este cambio llegó la organización de las sociedades científicas en el seno de las cuales se gestan las especializaciones –que remplazan al viejo modelo de las especialidades– organizadas desde los Departamentos de Educación Médica y liderados por médicos con titulación de posgrado en Estados Unidos. Esta transformación del recurso humano, el dominio de la industria farmacéutica y

la tecnología médica, después de la década de 1960, hacen que la medicina individual avance a pasos de gigante en la “curación” de la enfermedad.

Así que los cambios hacia un modelo de salud colectiva, aunque positivista y biotecnológica siguieron siendo la cenicienta en los estudios médicos y rápidamente la salud pública, la medicina preventiva, la medicina social, la salud mental y la salud ocupacional, fueron dando espacio en las Facultades de Medicina al “alto clero” de la medicina individual. La Ley 100 de 1993 introdujo cambios profundos en la forma de “laborización” de los médicos, en especial, de los especialistas, y de esta manera acentuó la concentración de los mismos en las tres grandes ciudades de Colombia y en los centros de alta tecnología y producción.

Por ello, no es de escasa importancia que el Gobierno proponga llevar, por Ley, la formación de los médicos especialistas de forma taxativa a los hospitales universitarios y deje en la misma Ley la Salud Pública al cuidado de los entes territoriales departamentales, distritales y municipales que, todos sabemos, carecen del apoyo financiero y científico, y la capacidad administrativa para soportarla de manera eficiente.

No es que los que estudiamos en los hospitales como “la Hortúa”, el Hospital Militar Central, el Instituto Neurológico de Colombia, el Instituto Nacional de Cancerología o el Hospital Universitario de Cartagena –hoy todos cerrados o transformados– se sientan “mal formados” o consideremos de baja calidad esos escenarios o a nuestros profesores.

Todos sabemos que al analizar una Ley no se analiza si se cumple o si se cumplirá, sino lo más importante es comprender a qué pensamiento hegemónico responde, a qué axiología, a qué intereses. Lo que preocupa es lo que se percibe en “el espíritu” de la Ley: los médicos especializados en salud individual serán formados en hospitales de alta complejidad ubicados en el “centro” y de espaldas a la salud pública. Una impresión muy usada por comentaristas de leyes se nos viene a la memoria: “la Ley trae en sí misma su propio fracaso”: el fracaso de la Salud Pública.

Se percibe en el espíritu de esta Ley que esa salud, con sus múltiples fragmentaciones, entre lo público –Higea– y lo individual –Panacea–, entre ricos y pobres, se plantea de ahora en adelante como dos líneas paralelas y se puede prever con algún nivel de certeza, aprendido con la historia reciente, que los altos costos y las inequidades del Sistema actual aumentarán.

Por último, debemos preguntarnos, ¿somos los médicos: especialistas agrupados por disciplinas, los médicos en general o los profesores universitarios un actor social que pueda tener una postura coherente y escuchada por el Gobierno central?

Rita Magola Sierra Merlano^{a,*} y Edwin Herazo^b

^aUniversidad de Cartagena

^bUniversidad Nacional de Colombia. Instituto de Investigación del Comportamiento Humano

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rmagola@unicartagena.edu.co