



Reeducando la medicina en Colombia

Parte I: Contexto histórico y normativo

Artículo de Opinión

Lina Maryudi Rodriguez López¹ 

1 Lina Maryudi Rodriguez López*, MD.; Magister Economista en Salud - Pontificia Universidad Javeriana - PUJ; Epidemióloga Clínica - Universidad Autónoma de Bucaramanga - UAB; e-mail: linismrl@gmail.com

Historia del Artículo:

Recibido el 28 de marzo de 2021

Aceptado el 5 de abril de 2021

On-line el 15 de abril de 2021

A través de la historia, el ser humano ha padecido de diferentes enfermedades, que hacen implícita la necesidad de tener una voz experta que los anime y reforzante, y que les permita combinar los sentimientos del alma que la enfermedad conlleva, con los conceptos paliativos de la ciencia; Lo anterior hace que la vocación del médico sea un arte, que aplica sus conocimientos desde lo científico, pero los da a conocer a su paciente desde lo humano.

Lo anterior hace referencia al médico que desde la antigüedad ha sido concebido como un ser casi perfecto, dado 100 % a la sociedad, anteponiendo de manera frecuente las necesidades de sus pacientes sobre las necesidades particulares o familiares y dispuesto siempre sin descanso alguno a aportar desde sus distintas esferas de acción.

Durante este artículo de opinión, se hablará específicamente sobre la educación médica en pleno siglo XXI, en dónde las necesidades sociales han sufrido una auto reestructuración generacional, lo que permite que hoy el individuo sigue depositando su confianza en el médico, pero al ser un paciente más informado (lo cual es nutrido paralelamente con herramientas que el entorno le ofrece), le permite demandar más al médico, cuestionar abiertamente sus conductas y decisiones médicas; lo anterior invita a replantear la forma como la educación médica se está impartiendo a las nuevas cohortes, es evidente que necesita evolucionar, pasar de una praxis médica tradicional a una praxis médica acorde a la nueva realidad generacional, que se apoya en nuevas herramientas tecnológicas actuales; todo lo anterior sin desalinearse de los parámetros éticos y disciplinares de la formación médica.

Haciendo un recorrido por los diferentes censos, encontramos, que Colombia cuenta con una fuerza de trabajo de 96 mil médicos aproximadamente, equivalente al 36% del total de los profesionales de la salud. De acuerdo con el indicador de densidad, el país tiene 30,6 médicos y enfermeras por cada 10 mil habitantes. En 1993 esta razón era de 13,7, lo cual indica que, en 22 años, el recurso humano básico del sector se multiplicó 2,2 veces. La distribución de la densidad es de 19 médicos y 12 enfermeras, diferencia que se ha venido ampliando ligeramente a favor de la disponibilidad de médicos en los últimos 30 años (1). Según lo anterior, el Indicador de Densidad de Talento Humano (IDTH) supera

* Autor para correspondencia:

Lina Maryudi Rodriguez López, MD.; Magister Economista en Salud - Pontificia Universidad Javeriana - PUJ; Epidemióloga Clínica - Universidad Autónoma de Bucaramanga - UAB. e-mail: linismrl@gmail.com

Cómo citar:

Rodríguez López. Reeducando la medicina en Colombia. S&EMJ. Año 2021; Vol. 2: 242-245.

la recomendación de 25 médicos y enfermeras por 10 mil habitantes que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) para países de bajo y mediano nivel de desarrollo. Sin embargo, subsisten profundos desequilibrios en la distribución de personal sanitario entre los departamentos del país. Mientras en Bogotá, D.C. la densidad es de 65 por 10 mil habitantes, en Chocó, Vichada y Vaupés es alrededor de seis ; existen otros cinco departamentos con densidad menor de diez; Diez y ocho departamentos por debajo de Veinte y solo ocho departamentos Antioquia, Atlántico, Cesar, Meta, Quindío, Risaralda, Santander y Valle del Cauca, y Bogotá, D.C. superan la densidad recomendada de 25 (2). Una vez dicho lo anterior, hace que tengamos que ubicar al médico actual en el contexto real de la necesidad en salud de Colombia y en la falla del sistema de salud sanitario como por ejemplo el acceso a salud de manera equitativa por todos los Colombianos.

El perfil demográfico del médico ha venido cambiando aceleradamente, al punto que actualmente existe una equivalencia por sexo de 1:1 entre hombres y mujeres, lo que lleva a un crecimiento exponencial del talento humano disponible en Colombia. Sin embargo, la progresión más pausada que la general de profesionales, es de 2,6 mujeres por cada hombre. El 62% de los médicos tiene entre 26 y 35 años, y solo el 5,9% tiene más de 50 años(1). El perfil de egreso de los médicos generales ha cambiado sustancialmente durante los últimos 20 años. No existen estudios representativos al respecto, pero es evidente que en la actualidad los médicos generales ingresan al mercado laboral con menores competencias prácticas y emocionales generadas por su corta edad y premura en la celeridad de la culminación de la educación desde la época escolar básica.

Lo preocupante es que la mayor parte de ellos egresa sin haber realizado de manera autónoma procedimientos quirúrgicos básicos, manejo de partos complicados, Manipulación de vía aérea complicada, entre otros, dichas habilidades en proceso de desarrollo se encuentran altamente limitadas por la normatividad actual vigente en el área médica. ya que no se consideran como parte fundamental de las competencias del ejercicio de la medicina general, esto afecta de manera directa el desarrollo de la capacidad Resolutiva de cada galeno, necesaria en la praxis Médica cotidiana , la cual es Vital frente a situaciones inhóspitas del día a día , dicha incapacidad de solución podría desencadenar un evento fatal en un paciente que como único sitio de acceso a la salud, tiene un primer nivel de atención, por ejemplo.

Es así como surge la preocupación frente a las limitadas competencias para la práctica clínica, lo cual motiva de manera directa el principal fundamento de la reducción médica. Al retroceder en la historia natural de la evolución de la formación académica de cada médico, se hace hincapié en la descontextualización

que ha sufrido el internado Medico, en el cual antes el estudiante tenía la oportunidad de ejercer autónomamente, bajo supervisión, claro está, pero poco regido por el actual marco legal del ejercicio de la profesión y del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que es el primer óbice para El desarrollo de la Resolutivita Profesional.

En cuanto al conjunto de competencias adquiridas por los médicos generales, existen reportes sobre limitaciones en el desempeño, la falta de seguridad frente al manejo de los pacientes, la precariedad en los conocimientos sobre temas más relevantes de salud pública y las dificultades para la comunicación y el trabajo en equipo (3). Lo cual expone abiertamente los pilares fundamentales que se debería estructurar y desarrollar durante un plan académico de pregrado.

La ley 1438 de 2011, a través de "Situación actual de la formación médica" da la competencia al Ministerio de Salud para emitir un concepto sobre pertinencia de los nuevos programas de formación de personal en salud. Abordadas muy superficialmente(4), lo cual es carente de un contexto social futurista del régimen de salud colombiano y las políticas de aseguramiento manejadas actualmente, puesto que Colombia tiene actualmente un sistema de salud mixto, de prevalencia publica y asistencialista, lo anterior hace que se demande a gritos la inclusión en la educación médica de un contexto que contexto que logre no solo la optimización ,si no modulación activa del recurso en salud disponible, de esta manera la configuración actual de los programas, las competencias de los egresados y el desempeño en los servicios han sido estructurados desde los postulados de la Ley 30 de 1992, y determinados desde el principio de la autonomía educativa otorgado a las universidades. Dicho modelo regulatorio ha posibilitado que en el país la oferta educativa haya crecido desde siete programas de medicina hacia el final de los años setenta, hasta 55 en 2015 Y 64 en el 2020(1). Esta expansión ha permitido el ingreso de un número importante de jóvenes a la educación superior, de manera que a partir de 2015 se estén graduando más de 5.000 médicos cada año, lo cual representa 4,2 veces el número de graduados en 1980. (7). Lo cual permite el surgimiento de la oportunidad perfecta para que, a partir de la formación académica del galeno, se fomente la restructuración del sistema de calidad en la prestación y gestión del riesgo en cada individuo que pertenezca al sistema sanitario colombiano.

A continuación, en la siguiente tabla se recopilan las variables observadas en el actual modelo colombiano educativo en Medicina, con los planteamientos analíticos de acción que podrían contribuir al desarrollo de las principales competencias médicas, necesarias en el ejercicio diario de la medicina. entre ellas se encuentran la empatía, las habilidades clínicas resolutivas y la permanecía de la vocación proactiva(3).

Con la implantación de la Ley 100 de 1993, y ante el

incremento esperado de médicos, existía incertidumbre sobre el futuro de esta profesión, de tal manera que el Estudio de Recursos Humanos (ERH) realizado por el Ministerio de Salud en 2001, analizó diferentes escenarios de absorción laboral para los médicos, evidenciando la necesidad de estos (2), dejándose muy suelto el marco educativo necesario. En ocasiones las universidades ven al estudiante solo como un generador de Recurso económico, lo cual acrecienta el déficit de competencias emocionales requeridas en el futuro galeno, fundamentales en su desenvolvimiento práctico y social.(5). Algunas evidencias cuantitativas de los agentes del sistema indican que Colombia enfrenta en este momento un escenario de déficit de médicos, lo anterior puede ser corroborado por los datos de países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) que cuentan con

aseguramiento universal, cuya disponibilidad de médicos por 10 mil habitantes oscila entre 2,1 y 4,2, lo que indica que el sistema de salud colombiano todavía puede absorber un número apreciable de egresados si se mantienen las condiciones de acceso actuales(6). Finalmente el anterior recorrido permite al lector tomar conciencia sobre la necesidad de hacer un stop de re modelamiento en la educación médica en Colombia, específicamente hacia el marco normativo del presente del sistema de salud , combinado con la introyección académica en cada galeno de las fallas del mercado de la salud , haciéndose posible entregar a la sociedad generaciones capaces de afrontar los nuevos desafíos de la salud , provenientes del contexto social que la mayoría viven como una realidad no propia.

Tabla 1: Variables del contexto social educativo médico en Colombia (3-7).

VARIABLE OBSERVADA	DESCRIPCIÓN	ANÁLISIS IMPACTO DE ACCIÓN
Recurso Humano En Salud	Incluye las condiciones de la oferta educativa, las características del mercado laboral y el desempeño en los servicios de salud, De cada galeno recién Egresado. Así como la cobertura de medicina general en las áreas más vulnerables de Colombia.	El modelo institucional de los recursos humanos en Colombia separa la regulación de la oferta educativa de la propia de los servicios de salud. Dando sobreoferta actual de médicos disponibles en Colombia. No interesados en SSO. Punto de Acción: Priorizar la Caracterización de los componentes del contexto social influyentes en la necesidad de la educación médica actual en Colombia.
Privatización	Debido al aumento de oferta educativa médica, se pasó a un esquema de tipo flexneriano, con integración Universidad-Hospital universitario, a un modelo del tipo universidad. Como centro de escenarios de práctica, en los cuales el núcleo no es la escuela médica sino la agregación curricular de prácticas sin mayor integración clínica, y muy limitada integración pedagógica.	La educación médica se constituyó en objeto de la transacción, sensible a la expansión del aseguramiento hasta la cobertura universal. esto ha posibilitado la absorción de los médicos egresados en los últimos 20 años. Punto de Acción: Trabajar el talento social desde la empatía del egresado en formación, ya que actualmente Colombia sigue siendo un país con déficit de médicos generales especialmente en regiones vulnerables.
Apuesta Sectorial	A partir de la Ley Estatutaria de Salud, el artículo 65 de la Ley del Plan de Desarrollo, formula una Política de Atención Integral en Salud (PAIS). Este modelo busca transformar los servicios a través de un modelo de atención centrado en el paciente, lo cual implicó migrar de un esquema centrado en el hospital hacia uno centrado en la atención primaria. Reforzado en la actualidad con el proyecto de ley 010 del 2020 .	Se busca que más del 80% de la capacidad resolutiva se logre en el prestador primario, lo cual requiere el incremento del talento humano, de infraestructura y tecnología en salud. Punto de Acción: Una educación con predominio en la gestión del riesgo y en la prevención, sin dejar de potencializar las habilidades clínicas. Para ello, es necesario un nivel alto de integración y coordinación funcional, así como de seguimiento del riesgo por parte del prestador primario.

Fuente: Tomada y modificada con fines académicos y opinión personal . de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia/ Minsalud y Mineducacion/2018.

Bibliografía

1. Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia/ Minsalud y Mineducacion/2018.
2. *Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia.* Bogotá: Ministerio de Educación Nacional, Ministerio de Salud y Protección Social;2017.
3. Foro 'Presente y futuro de las especialidades medico quirúrgicas en Colombia'. Bogotá, Colombia, 19 de abril de 2017.
4. Miller WR, Thoresen CE. Spirituality, religion, and health: an emerging research field. *Am Psychol* 2003.
5. Lucchetti G, Granero-Lucchetti AL, Badan-Neto AM, Peres PT, Peres MFP, Moreira Almeida A, et al. Religiousness affects mental health, pain and quality of life in older people in an outpatient rehabilitation setting. *J Rehabil Med* 2011.
6. Williams DR, Sternthal MJ. Spirituality, religion, and health: evidence and research directions. *Med J Aust* 2007.
7. Cobb MR, Puchalski CM, Rumbold B. *Oxford textbook of spirituality in healthcare.* Oxford: Oxford University Press;2012.