

MEMORIAS DEL FORO SOBRE COMPETENCIAS DEL MÉDICO GENERAL EN COLOMBIA

CELEBRADO EL 23 DE AGOSTO DE 2023



MEMORIAS DEL FORO SOBRE COMPETENCIAS DEL MÉDICO GENERAL EN COLOMBIA

CELEBRADO EL 23 DE AGOSTO DE 2023



**Organización Panamericana de la Salud
y Academia Nacional de Medicina, Colombia**

Doctor Mario Torres
Editor general

Doctor Gabriel Carrasquilla
Doctora Ginna Tambini
Doctora Mónica Padilla
Flga. Laura Ariza
Comité editorial

Richard Aguirre Fernández
Corrección de estilo

Silvia Carolina López Sánchez
Diseño y diagramación

I. Presentación.	6
Academia Nacional de Medicina. Doctor Gabriel Carrasquilla, presidente.	6
Organización Panamericana de la Salud (OPS). Doctora Gina Tambini, representante en Colombia.	6
II. Introducción. Doctor Mario Torres.	10
III. Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre las competencias del médico general en Colombia.	11
IV. Sustentación de las presentaciones realizadas en el foro:	16
Instalación. Doctor. Gabriel Carrasquilla.	16
La Academia Nacional de Medicina y sus aportes a las competencias del médico general. Doctor Ricardo Salazar.	17
Competencias del médico general en Colombia. La visión de la OPS. Doctora Mónica Padilla.	21
Las competencias del médico general analizadas por los empleadores. Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales Cosesam. Doctor Julio Rincón.	28
Las competencias del médico general analizadas por los empleadores. Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos Acesi. Doctor Leonardo Quiceno.	32
Las competencias del médico general analizadas por los empleadores. Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud Gestarsalud. Doctora Carmen Eugenia Dávila.	34

● Tabla de contenido

Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame. Universidad de los Andes. Doctora Natalia Mejía.	37
Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina. Corporación Universitaria Remington. Doctor Jhon Botello.	41
Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina. Universidad Nacional de Colombia. Doctor Fernando Galván	44
Los médicos generales y sus competencias. Portal web Médicos Generales Colombianos. Doctor Juan Pablo Poveda.	50
Los médicos generales y sus competencias. Asociación Colombiana de Medicina General. Doctor César Cortés.	53
Panel. Coordinado por el Doctor Eduardo Guerrero, con la participación de los doctores: Martha Ospina exdirectora del Instituto Nacional de Salud (INS), Julio Rincón, de Cosesam; Carmen Eugenia Dávila, de Gestarsalud; Natalia Mejía, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, representante de Ascofame; Jhon Jairo Botello, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Remington, y Fernando Galván, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.	58
Competencias del médico general. Academia Nacional de Medicina de Venezuela. Doctora Isis Nezer.	65
Competencias del médico general. Academia Nacional de Medicina del Perú. Doctor Agustín Iza.	67
V. Anexos.	71

I.

Presentación

1. Academia Nacional de Medicina. *Doctor Gabriel Carrasquilla, presidente*

La Academia Nacional de Medicina, órgano asesor del Gobierno Nacional en salud pública y educación médica, según las Leyes 71 de 1890 y 02 de 1979, ha hecho recomendaciones en documentos previos tales como Perfiles y Competencias Profesionales en Salud (2016)¹ y el Documento de Recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia (2017)², además de haber participado en 2021 y 2022 en las actividades convocadas por la Dirección de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social, con el objeto de actualizar el documento Perfiles y Competencias Profesionales en Salud, tanto en las competencias transversales como las específicas, con varias de las profesiones que participaron en la elaboración del documento en el 2016 (Bacteriología, Enfermería, Fisioterapia, Medicina y Odontología). Por otro lado, en el año 2022, la Comisión de Educación de la Academia Nacional de Medicina actualizó las competencias transversales, específicas y las recomendadas por las especialidades para el médico general.

Teniendo en cuenta que durante 2023 se debatía en la Cámara de Representantes el Proyecto de Ley 339 “Por el cual se transforma el Sistema de Seguridad Social en Colombia y se dictan otras disposiciones”, en el cual se plantea que el médico sea un profesional confiable, que su formación sea basada en la comunidad, que tenga excelente capacidad resolutive en el primer nivel de atención, basada en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en el marco de la atención primaria renovada, la Academia de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocaron a un foro en agosto del 2023, sobre las competencias del médico general a entidades responsables de la formación (facultades y escuelas de medicina), el empleo (IPS y EPS), el primer nivel de atención (Confederación de Secretarios Municipales de Salud – Cosesam) y, por supuesto, las asociaciones de médicos generales, para analizar, desde diferentes perspectivas, si los médicos egresados poseen las competencias y

.....
¹Ministerio de Salud y Protección Social & Academia Nacional de Medicina. Perfiles y competencias del médico general en Colombia. 2016 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

²Ministerio de Salud y Protección Social & Ministerio de Educación Nacional. Documento de recomendaciones para la transformación de la educación Médica en Colombia. 2017 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/recomendaciones-comision-para-la-transformacion.pdf>

la capacidad resolutive que les permita responder a las necesidades de salud del país. Además se contó con la participación de las academias nacionales de medicina de Perú y Venezuela, para conocer la situación en estos países.

Este documento presenta una relatoría de las intervenciones realizadas por los diferentes participantes y propone las recomendaciones que la Academia Nacional de Medicina plantea a consideración del Gobierno Nacional, representado para este propósito por los ministerios de Salud y Protección Social y Educación Nacional, a los principales empleadores de los médicos generales (IPS, EPS, secretarías municipales y departamentales de Salud), a las escuelas y facultades de medicina, todas esas organizaciones que prestan servicios de salud, principalmente en el primer nivel de atención, donde se requiere capacidad resolutive, incentivos para que los profesionales de salud, médicos en particular, se desplacen a zonas vulnerables y apartadas, a hospitales públicos de primer nivel articulados con la estrategia de atención primaria, que es el propósito del pro-

yecto de ley en debate en el Congreso de la República.

La Academia de Medicina subraya la relevancia de desarrollar la Ley Estatutaria de Salud de 2015 y destaca, en relación con la presentación de este documento, el artículo 17 de esta ley sobre autonomía y autorregulación de los profesionales de salud, que son principios fundamentales para el desempeño del médico y el equipo de salud, con la calidad que se requiere y para tener una capacidad resolutive contando con la tecnología, los recursos y los incentivos, para cumplir con el propósito de tener el mejor sistema de salud posible para la población colombiana.

Haber realizado este foro en alianza con la OPS y con la participación de las academias de Medicina de Perú y Venezuela hará que las discusiones y recomendaciones trasciendan a la región latinoamericana, donde tenemos en común, no solo los principales problemas y determinantes que afectan la salud, sino los mismos retos para la formación de profesionales de la salud.

2. Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Doctora Gina Tambini, representante en Colombia

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados por las Naciones Unidas en 2015, son un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que, para el 2030, todas las personas disfruten de paz y prosperidad. El objetivo 3 “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal”, invita a todos los países del mundo a trabajar para lograr la cobertura sanitaria universal y proporcionar acceso a medicamentos y vacunas seguros y asequibles para todos, en el marco del cumplimiento de los derechos universales.

Alcanzar esta meta es el gran desafío de los sistemas de salud; la pandemia COVID-19 permitió identificar claramente las debilidades acumuladas a nivel global y qué decir para la región de las Américas, la más inequitativa del mundo, para cuidar la salud de sus comunidades; el impacto de este evento de emergencia global, puede verse en detalle en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible³, con un retroceso en tasas de mortalidad, morbilidad y acceso a servicios, lo cual es muy preocupante.

Pero ¿cómo garantizar que las necesidades de salud y bienestar de las personas puedan ser atendidas en forma oportuna, con la calidad y calidez adecuada y con la ca-

pacidad resolutive suficiente? Esta pregunta nos lleva a examinar las formas en que los estados modulan sus sistemas de salud; sin duda, la evidencia apunta a que aquellos países con sistemas de salud basados en APS, organizados en RIISS, lo que se considera una APS fuerte, tienen mayores posibilidades de alcanzar mejores resultados sanitarios⁴. Igualmente, aquellos sistemas que se organizan centrados en las personas con modelos de salud familiar, donde los profesionales de la salud, la población y el territorio están fuertemente alineados, se acercan con mayor facilidad a lograr vidas más saludables y protegidas⁵.

Un factor fundamental para el éxito de los sistemas de salud es sin duda la capacidad resolutive del Primer Nivel de Atención, y en este nivel la suficiencia del personal sanitario, respaldado por la infraestructura y tecnología necesarios para resolver sobre el 80 % de las necesidades de salud de la población de su responsabilidad; se resalta que el Plan Decenal de Salud Pública de Colombia ya ubica esta como meta a alcanzar para el 2031⁶.

La Academia Nacional de Medicina de Colombia organizó el foro “Competencias del médico general en Colombia”, proponiendo

³Naciones Unidas Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Edición Especial 2023 https://unstats.un.org/sdgs/report/2023/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2023_Spanish.pdf.

⁴James Macinko 1, Barbara Starfield, Temitope Erinosh. The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries 2009 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19305227/>

⁵Frederico C Guanais 1, James Macinko, The health effects of decentralizing primary care in Brazil <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19597212/>

⁶MSPS Plan Decenal de Salud Pública 2023 – 2031 Pp 340 – 354 https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf

un análisis de distintos actores nacionales e internacionales sobre la práctica profesional que hoy por hoy tiene el médico general en el marco del sistema general de la seguridad social en el país.

El interesante debate evidenció una clara restricción en el tipo de competencias, funciones, atribuciones e intervenciones concretas que un médico general puede desarrollar frente a la demanda de atención de la población como primer contacto, aspecto que afecta la capacidad resolutive, especialmente del primer nivel de atención, genera una sobrecarga para el nivel especializado y le crea barreras de atención que afectan a la población.

Debatir sobre este tema constituye un aporte fundamental en el proceso de fortalecimiento del sistema de salud. El presente documento ofrece elementos concretos que pueden contribuir a identificar cambios e innovaciones útiles para los procesos de reforma de la salud; en sus páginas, los lectores encontrarán análisis críticos y propuestas factibles que pueden facilitar cambios que sin duda el sistema de salud requiere.

Para la Organización Panamericana de la Salud fue un gusto participar en este encuentro de construcción conjunta y promover junto a la Academia Nacional de Medicina diálogos sustantivos y propositivos para la salud colombiana.

II.

Introducción.

El documento de las memorias del foro Competencias del médico general en Colombia, recopila todas las actividades realizadas en el evento. El objetivo del foro fue evaluar, desde diferentes perspectivas, cómo se consideran las competencias y la capacidad resolutoria con las que el médico general se desempeña en su práctica diaria.

Es importante recordar que la educación médica actualmente enfrenta retos relacionados con la cantidad, la calidad, la pertinencia y la financiación de la formación médica. Dentro del reto relacionado con la cantidad, se considera que no existen suficientes médicos a nivel global; esta crisis es más aguda en países de bajos y medianos ingresos. En cuanto a la calidad, independientemente del número de médicos existentes, si ellos no poseen las habilidades necesarias, no podrán mejorar la salud de la población. En relación con la pertinencia, aún los médicos supuestamente bien preparados, pueden sentirse incapaces para resolver los problemas de salud que encuentran, cuando realizan sus prácticas. Por otro lado, es conocido que la inversión global en educación médica ha sido tradicionalmente insuficiente.

Teniendo en cuenta algunas de las anteriores reflexiones y dado que la Academia Nacional de Medicina es el órgano consultor del Gobierno Nacional en temas de salud pública y educación, el primer aspecto que se presenta se refiere a la posición analítica y crítica de la institución, en relación con las competencias del médico general, mensajes que deben ser tenidos en cuenta por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, las facultades de

medicina, las entidades empleadoras, el sector asegurador, los médicos generales, los otros profesionales de la salud y la comunidad en general.

Más adelante se plantean las diferentes reflexiones de los participantes, incluyendo inicialmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS), posteriormente representantes de los empleadores, tales como la Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales (Cosesam), la Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos (Acesi) y la Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud (Gestarsalud).

De igual manera se expone la visión de algunas facultades y escuelas de medicina, representadas por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame), la Universidad de los Andes, la Universidad Nacional y la Corporación Universitaria Remington. Igualmente, se muestra la posición de dos entidades de médicos generales, la Asociación Colombiana de Medicina General y el portal web Médicos Generales Colombianos. Adicionalmente se presenta la experiencia de la Academia Nacional de Medicina de Venezuela y de la Academia Nacional de Medicina del Perú.

Además, a través del panel, se plantean diferentes consideraciones de los empleadores y los formadores, en relación con algunos factores referentes a las competencias del médico general. Finalmente, en el apartado de los anexos se encuentran las presentaciones de los ponentes.

III.

Posición de la Academia Nacional de Medicina sobre las competencias del médico general en Colombia

La Academia Nacional de Medicina realiza foros sobre temas centrales de la medicina, la salud pública, la ética y la investigación, con académicos y expertos nacionales e internacionales y, a partir de las discusiones y aportes de los participantes, genera recomendaciones dirigidas al Gobierno Nacional y a las instancias a las cuales corresponda el tema tratado en el respectivo foro. A continuación se presentan algunas consideraciones relacionadas con el sistema de salud, la capacidad resolutoria y la formación médica y las recomendaciones de la Academia.

Sistema de salud

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, vigente durante los últimos 30 años, ha mostrado limitaciones en la prestación de servicios de salud de calidad y no se ha enfocado en la atención integral de la persona, sino que se ha centrado en la atención a la enfermedad con un enfoque de mercado. Sin embargo, si se desarrolla la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) se da la oportunidad de cambio y permitirá la participación de múltiples actores, incluyendo instituciones de educación superior públicas y privadas, sociedades científicas, asociaciones gremiales,

la Academia Nacional de Medicina, junto con los ministerios de Salud y Educación.

En el país se observa una deficiencia en la prestación de servicios en regiones remotas, con problemas de acceso, oportunidad y calidad, debido a la falta de médicos generales y especialistas, por ejemplo Caquetá o Chocó. Se hace necesario promover la reglamentación y el cumplimiento de condiciones adecuadas incluyendo salario, descanso, elementos para laborar y calidad de vida, para estimular la presencia de los médicos generales en las regiones.

A pesar de que el 80 % de los problemas de salud pueden ser atendidos por médicos generales, la resolutoria en este nivel es de aproximadamente del 30 %; esta situación se presenta porque se limita la capacidad de los médicos generales para realizar diversos procedimientos, ordenar exámenes pertinentes y prescribir tratamientos, por las restricciones normativas o establecidas por las aseguradoras. Se requiere una adecuada coordinación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación, los empleadores, los aseguradores y las facultades de medicina.

En este contexto, la Academia Nacional de Medicina ha manifestado reiteradamente que la verdadera reforma a la salud se dio con la Ley Estatutaria de Salud que no se ha desarrollado completamente y que la Academia en alianza con otras 16 organizaciones del sector salud, ha presentado 14 puntos o acuerdos fundamentales para el completo desarrollo de la Ley 1751 logrando así un sistema con mayor calidad, equidad y cobertura a las regiones más apartadas del país.

Capacidad resolutive

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 se debe garantizar la autonomía profesional de los médicos para tomar decisiones en el manejo de pacientes. La capacidad resolutive del primer nivel debería estar alrededor del 80 %, en el segundo nivel un 15 % y del tercer nivel 5 %; sin embargo, esta relación actualmente se ha invertido, ubicando los tres niveles en 30 %, 40 % y 30 % respectivamente; la autonomía médica con autorregulación, racionalidad y ética, como lo establece la Ley Estatutaria, debe recomponer esta relación mejorando la capacidad resolutive del médico general.

El médico general desempeña un papel fundamental como la puerta de entrada al sistema de salud en el primer nivel de atención. Sin embargo, en la actualidad, su ejercicio no responde de manera adecuada a los problemas de baja complejidad, como se esperaba. Esto se debe a las limitaciones impuestas, tanto por el marco asegurador que restringe las acciones de los médicos en función de los posibles gastos que se generan, como por la normatividad existente.

Así mismo, los diferentes actos administrativos producto de la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) restringen el ejercicio de los profesionales, lo que a su vez afecta la prestación de un servicio de calidad a la población. No obstante, es importante destacar que la capacidad resolutive no depende únicamente del médico, sino también de la disponibilidad de recursos físicos, técnicos y de otros profesionales de la salud. Por lo tanto, no se puede esperar un desempeño destacado de los médicos teniendo en cuenta las limitaciones en los escenarios de aprendizaje y las restricciones en el ejercicio profesional.

Por otro lado, la pérdida de capacidad resolutive se puede atribuir, en parte, a factores relacionados con cambios en la educación y la práctica médica, en el contexto de las reformas planteadas en las leyes 30 de 1992 y 100 de 1993. Los profesionales de la salud se enfrentan a realidades que dificultan su ejercicio, incluyendo la falta de suministros, equipos y dotaciones adecuadas, además de deficientes formas de contratación, ya que una gran cantidad de profesionales se encuentran vinculados bajo contratos de prestación de servicios, en donde ha habido un deterioro gradual en los salarios de los médicos generales en los últimos 30 años. Todo lo anterior afecta la dignidad profesional y la atención a la salud de la población, puesto que si los profesionales no tienen motivación e incentivos adecuados, su ejercicio se verá afectado.

De igual forma es esencial promover la formación de nuevos especialistas para abor-

dar la creciente demanda, sobre todo que se establezcan más allá de las grandes ciudades, donde actualmente se concentran. Se requieren incentivos para los especialistas de manera que mejore la capacidad resolutoria del sistema en ciudades más pequeñas y no se congestionen los servicios en grandes capitales.

En concordancia con lo anterior, se resalta la necesidad de realizar procesos de diálogo con la comunidad, pues actualmente a través de sus exigencias constantes de tener consultas directamente con especialistas, se ha reforzado la idea generalizada de la baja resolutoria de los médicos generales.

Formación médica

La Ley 30 de 1992 generó un aumento de programas de formación sin suficientes controles, que llevó a una disminución de la calidad educativa. La formación de médicos generales en Colombia debe producir profesionales competentes y comprometidos en la atención de la salud, pero enfrenta desafíos en términos de distribución, actualización y calidad de la formación.

El enfoque de la educación médica se fundamenta en un modelo basado en el tiempo de práctica más no en alcanzar unas metas de aprendizaje. Además, la Ley 100 de 1993 planteó el mercado como ente regulador, lo que ha influido en la relación entre la docencia y los servicios de salud.

Otro de los problemas identificados es que los profesionales de la salud que se forman, no regresan a sus lugares de origen. Se recomienda formar profesionales en sus propias regiones, lo que permite desarrollar una visión territorial en universidades que ya es-

tán establecidas y acreditadas; además, es crucial establecer incentivos para promover la redistribución del talento médico, considerando condiciones adecuadas, garantizando a los médicos estabilidad laboral, atención a sus necesidades familiares, acceso a educación de calidad para sus hijos, atención médica y seguridad personal, generando condiciones similares a las de las grandes ciudades.

Se destaca la importancia de que los profesionales de la salud tengan formación en las patologías de los diferentes territorios, como la medicina tropical, teniendo en cuenta el perfil epidemiológico del país. De igual forma, se menciona la necesidad de una educación y formación más territorializada y en el marco de redes integrales e integradas de atención en el primer nivel, con capacidad resolutoria.

Además de formar médicos de alta calidad, se subraya la necesidad de que los médicos generales sean autónomos, éticos que den una atención integral, que tengan comunicación efectiva y se comprometan con la defensa de los derechos del paciente. Es esencial que la formación de médicos incluya aspectos de liderazgo, ética y responsabilidad, así como la evaluación de resultados de aprendizaje específicos en contextos tanto clínicos como no clínicos. La meta es formar ciudadanos íntegros con conciencia social.

La formación debe buscar desarrollar médicos altamente competentes y resolutorios, enfocándose en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo cual requiere una comprensión de la salud poblacional, la gerencia hospitalaria, la tecnología y la inteligencia artificial; además es fundamental la formación en humanización en la atención médica.

Además es importante investigar en pedagogía médica, estrategias de aprendizaje, sistemas de evaluación, en todos los escenarios de aprendizaje. La exposición a rutas integrales de atención debe diversificarse, ofreciendo oportunidades de exposición comunitaria temprana en varios escenarios de práctica y no solo los hospitalarios.

La relación entre las universidades y los hospitales ha evolucionado de ser una de estudio y trabajo conjunto a convertirse en una de tipo económico, especialmente referente a los montos que se exigen para las rotaciones de los estudiantes de pre y posgrado; esto desplaza la importancia y responsabilidad formativa que tiene el escenario de práctica en los diferentes niveles, siendo este un aspecto fundamental en el desarrollo de competencias y habilidades para los estudiantes en formación.

Recomendaciones de la Academia Nacional de Medicina

La Academia Nacional de Medicina, órgano asesor del Gobierno Nacional en salud pública y educación médica (Leyes 71 de 1890 y 02 de 1979), desarrolló el Foro: Competencias del Médico General en Colombia con el objetivo de generar una discusión propositiva en torno a las competencias de un médico general en Colombia. Al foro asistieron secretarios de salud, decanos, aseguradores, representantes de Ascofame y Cosesam, y las academias de Medicina de Perú y Venezuela.

En Colombia, donde cada año se gradúan seis mil nuevos médicos generales, hay un

total de 130 mil profesionales de la medicina, de los cuales 100 mil son médicos generales. La mayoría de ellos, el 76,9 % son formados en instituciones de educación superior privadas. Colombia cuenta, según cifras de Ascofame, con 63 programas de formación en medicina, 18 oficiales y 45 privados. Además, del total de profesionales de la salud en el país, el 31,9 % son médicos.

Dado el panorama actual de reforma a la salud que se tramita en el Congreso de la República y las distintas modificaciones que se vienen dando al sistema de salud vía decreto, la Academia Nacional de Medicina hace las siguientes consideraciones con base en el foro realizado:

1. La capacidad resolutoria no depende solamente del médico general, sino de un sistema de salud que cuente con los recursos de talento humano, infraestructura, tecnología, comunicación y redes de apoyo para el ejercicio profesional.
2. El desarrollo de cualquier cambio en el sistema de salud debe ir acompañado de una revisión de la formación de los médicos y el talento humano en salud, y debe abordarse con una comprensión clara de lo que es un primer nivel de atención y lo que es un modelo de atención primaria en salud, APS, sobre el cual van a ejercer.
3. La formación médica debe realizarse en distintos escenarios de práctica, no debe estar limitada al contexto hospitalario. El futuro del cuidado de la salud se trasladará del hospital a la casa, con el

uso cada vez mayor de la tecnología y el cuidado primario como el lugar ideal para la atención del paciente.

4. El desarrollo del sistema de salud colombiano en los últimos 30 años se ha concentrado principalmente en la atención de los servicios de salud en centros urbanos, con una demanda insatisfecha principalmente en las zonas rurales y dispersas. Se necesitan médicos que
5. El médico general debe estar formado en habilidades para el liderazgo y el ejercicio ético y responsable. Es un médico que debe comunicarse mejor y tener mayor capacidad de resiliencia en un sistema de salud que es complejo.

conozcan los problemas de salud y el contexto social de las poblaciones que debe atender.

IV.

Sustentación de las presentaciones realizadas en el foro

1. Instalación.

Doctor Gabriel Carrasquilla, presidente de la Academia Nacional de Medicina

El Foro Competencias del Médico General en Colombia, organizado por la Comisión de Educación Médica y Talento Humano en Salud de la Academia Nacional de Medicina tiene como objetivo evaluar, desde diferentes perspectivas, cómo se consideran las competencias y la capacidad resolutive con las que el médico general se desempeña en su práctica diaria.

La Academia Nacional de Medicina, de acuerdo con la Ley 2 de 1979⁷, es el órgano asesor del Gobierno Nacional en materia de salud pública y educación médica, por lo que es fundamental que ejerza el rol de pensar y reflexionar sobre dichos temas, contando con los diferentes actores que hacen parte de la formación y el ejercicio de los médicos en el país.

Las competencias del médico general son un tema que la Academia Nacional de Medicina ha abordado ampliamente; entre 2009 y 2016 quince profesiones de la salud trabajaron en el seno de la Academia, en la cons-

trucción del documento “Perfiles y competencias profesionales en salud”⁸, de la mano de los ministerios de Salud y Educación del país. De igual forma, la actualización de dicho documento se inició en el 2022, cuando la Comisión de Educación inició la revisión de las competencias específicas del médico general, junto con las recomendadas por las especialidades.

En el foro se da apertura a la discusión acerca de a quiénes se están formando como médicos generales, qué expectativas tienen, quiénes los forman, cómo los están formando, para que salgan a dónde, cómo se están desempeñando y quiénes los están recibiendo, principalmente los hospitales del primer nivel de atención en los municipios, que son los entes que los emplean, así como las aseguradoras.

Todo lo anterior se alimenta de las visiones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las entidades formadoras, los empleadores, los aseguradores y como punto

⁷Disponible en: https://www.camara.gov.co/sites/public_html/leyes_hasta_1991/ley/1979/ley_0002_1979.html

⁸Ministerio de Salud y Protección Social & Academia Nacional de Medicina. Perfiles y competencias profesionales en salud. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Perfiles-profesionales-salud.pdf>

adicional, de la visión de dos academias hermanas, la Academia Nacional de Medicina de Venezuela y la del Perú, que plantean su perspectiva desde la formación y ejercicio de los médicos generales, y en el caso de Venezuela, de los médicos integrales comuni-

tarios, lo cual es un tema de gran pertinencia teniendo en cuenta las discusiones recientes por el proyecto de reforma a la salud del actual gobierno de Colombia.

2. La Academia Nacional de Medicina y sus aportes a las competencias del médico general.

Doctor Ricardo Salazar, miembro de la Comisión de Educación Médica y Talento Humano

El propósito de esta presentación es plantear algunas de las acciones llevadas a cabo por la Academia Nacional de Medicina en los últimos años en el ámbito educativo. La Ley 02 de 1979, que actualmente está vigente, faculta a la Academia Nacional de Medicina para estudiar y revisar los eventos que afectan el ejercicio y la educación del personal de salud. Asimismo, permite proponer soluciones dentro del marco legal, como aporte a las autoridades gubernamentales.

En la actualidad, tanto el ejercicio como la formación del personal de salud en la mayoría de las instituciones de formación y atención presentan numerosas deficiencias, las cuales afectan la prestación de servicios y la atención a los pacientes, además de la formación, frente a lo cual la Academia ha expresado su inquietud y ha planteado algunas recomendaciones.

De acuerdo con diferentes análisis de la Academia Nacional de Medicina, junto con la recopilación de las sugerencias de organismos internacionales, se han documentado definiciones y reflexiones por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el objetivo de comunicar al sector educativo acerca de las competencias relacionadas con la formación y la capacitación del personal de salud, especialmente los médicos. Además, la OMS, en sus recomendaciones sobre escenarios de práctica y escuelas de medicina, enfatiza acerca de la responsabilidad gubernamental de los diferentes ministerios. Adicionalmente, en relación con la formación del personal de salud, propone la

implementación de un mecanismo de coordinación entre el sector educativo y las autoridades gubernamentales.

La Academia Nacional de Medicina se ha dedicado a facilitar el enlace entre el sector educativo y el de la salud, en búsqueda de formar competencias aplicables y reglamentadas para las diferentes profesiones, tanto en entornos laborales como educativos. A pesar de los esfuerzos, la gestión coordinada entre los dos ministerios no siempre ha sido efectiva, pero sigue siendo prioritaria para la Academia. La formación y gestión del profesional de la salud se ha discutido en múltiples escenarios, destacando el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OMS, el cual ha sido estudiado y difundido por la Academia, recomendando su aplicación en Colombia.

El desarrollo de las diferentes recomendaciones no ha sido fácil, dado que se busca una articulación entre las instituciones formadoras, las de servicio y el sector asegurador, con el fin de adaptar la gestión al mercado laboral y ofrecer calidad, tanto para el personal de salud como para la comunidad.

Es importante distinguir entre hospitales universitarios, escenarios de práctica e instituciones prestadoras de servicios de salud, frente a la proliferación de facultades de medicina. La Ley 1438⁹ regula estas actividades, planteando requisitos para evaluar, cumplir y aplicar normativas en las facultades de Medicina. Aunque la ley, en su artículo 100, especifica los estándares para ser reconocido

como hospital universitario, la Academia Nacional de Medicina observa que, en ocasiones, las instituciones educativas proporcionan recursos tecnológicos a los escenarios de práctica, sin evaluar su capacidad ni la formación del personal.

Por otro lado, la Ley 1188 de 2008 regula el registro calificado de programas de educación superior, estableciendo requisitos y componentes necesarios para que las instituciones educativas los incluyan e implementen en sus programas; además esto viene acompañado con una política de seguimiento y control, dentro de lo que se incluyen visitas de inspección que son realizadas por pares académicos, algunos de ellos miembros de la Academia que figuran en la base de datos de la Comisión nacional intersectorial de aseguramiento de la calidad de la educación (Conaces), que es la sección del Ministerio de Educación encargada de establecer y verificar la calidad y el funcionamiento de los diferentes programas de educación superior. Es importante tener en cuenta que en algunos casos el concepto y el informe de los pares académicos se elaboran de manera subjetiva y se omiten muchos de los conceptos y requisitos requeridos, generando problemas por la falta de calidad y el incumplimiento de algunos de los requisitos exigidos.

La Academia, como asesora del Estado, insta a las instituciones educativas, personal docente, directores de hospitales, jefes de educación y sectores aseguradores a abordar este problema, todos ellos tienen que preguntarse, inquietarse y manifestarse en relación con la parte educativa, para lo cual es importante definir y cumplir con los objetivos acordados y definidos en los diferentes convenios docente-asistenciales.

En la formación, la Academia Nacional de Medicina trabajó durante muchos años en la elaboración del documento Perfiles y Competencias Profesionales en Salud, que define las competencias que debe tener un profesional de la salud en los diferentes entornos donde realiza su ejercicio profesional; no obstante, esto no excluye que cada institución educativa defina el perfil de sus egresados, respetando las competencias básicas que son necesarias.

En los convenios docente-asistenciales se debe especificar cuáles son los objetivos y las funciones del personal en formación y de la misma manera la capacitación y gestión docente de los diferentes funcionarios a quienes se les ha delegado esta función. La Academia Nacional de Medicina se ha preocupado por lograr la aplicación de los objetivos planteados en la Ley 1438 de 2011 determinando los diferentes perfiles de los profesionales de la salud, de la misma manera enfatiza la necesidad de efectuar un diseño curricular que permita la formación y capacitación en las diferentes competencias formativas, además de la implementación de diferentes metodologías docentes e investigativas inherentes a cada programa. A la Academia Nacional de Medicina le ha llamado la atención que en muchas instituciones no hay una definición detallada de los objetivos, funciones y capacitaciones en algunos programas.

Otro objetivo importante es el de evaluar y actualizar permanentemente los diferentes diseños curriculares de cada programa, así como definir los contenidos específicos de cada uno, determinar qué es lo que debe aprender un médico cuando va a realizar una rotación, no solamente desde el punto

de vista teórico, sino también valorar su capacidad práctica.

Se resalta la importancia de definir perfiles para los profesionales de la salud y el personal administrativo en las instituciones prestadoras de salud, siendo necesaria una política educativa para el personal administrativo, promoviendo una atención humanizada y una comunicación cordial con los usuarios; es fundamental tener en cuenta las necesidades de la comunidad y establecer mecanismos de información y comunicación sobre la gestión, servicios, interrelaciones y programas de promoción y prevención.

Además, se enfatiza en la necesidad de definir roles y perfiles específicos para los diferentes profesionales de la salud, coordinando funciones de manera efectiva para lograr un trabajo colectivo y un servicio adecuado a la comunidad, respetando la autonomía y los protocolos de atención de cada institución, adaptándose a los avances científicos y tecnológicos, así como a las directrices del sistema de salud.

Es importante identificar los entes de atención en cada comunidad, tanto institucionales como individuales, y especificar sus roles y responsabilidades. La gestión debe ser compartida con líderes comunitarios para lograr una adecuada difusión y comunicación. Se hace hincapié en el reconocimiento y manejo del riesgo, destacando la necesidad de evaluar y analizar situaciones que comprometan la salud y la aplicación de tratamientos oportunos; es además importante el uso de avances tecnológicos, dependiendo de las políticas administrativas de las instituciones

de salud, para estimular la actividad docente y facilitar la investigación, enfatizando en la importancia de la educación continua para el personal de salud.

En la actualidad existe un exceso de programas tanto de pregrado como de postgrado en el ámbito de la salud, y muchos de ellos carecen de escenarios adecuados para la docencia. La falta de estructuras claramente establecidas, estímulos para la docencia y capacitación del personal, junto con la ausencia de procesos de seguimiento, control y evaluación, han llevado a la necesidad de definir claramente los requisitos y cualidades que caracterizan a un Hospital Universitario y distinguirlo de otros escenarios de práctica.

Tanto los hospitales como las instituciones designadas como escenarios de práctica mayormente emplean personal por contratación con funciones asistenciales y objetivos de productividad. Cuando se establecen convenios con instituciones educativas, se asignan funciones docentes al personal de planta sin garantizar su capacitación, y sin políticas de estímulo docente.

Es importante mencionar que las instituciones educativas aportan económicamente a los escenarios de práctica a través de convenios, pero estos fondos no siempre se destinan a infraestructura educativa o investigación; además muchas instituciones prestadoras de servicios de salud no priorizan las actividades docentes. Adicional a esto se destaca que el sector asegurador, en la mayoría de los casos se interesa más por la productividad que por la docencia y la investigación, y el personal estudiantil no siempre

está informado sobre la normatividad y legislación del sistema de seguridad en salud.

En ese sentido la Academia Nacional de Medicina ha insistido en socializar el documento de perfiles y competencias, para estimular al sector educativo a que cumpla con los requisitos básicos y competencias pertinentes de sus diferentes egresados; además, es fundamental tener en cuenta la problemática de profesionales que estudian en el extranjero y

buscan convalidar sus títulos al regresar a Colombia, pues se subraya la falta de calificación de algunas instituciones no académicas ni educativas, para realizar estas convalidaciones.

A modo de cierre se resalta la importancia de articular la parte hospitalaria con la ambulatoria, enfocándose en la promoción, la prevención y el manejo del riesgo, destacando la necesidad de humanizar a los profesionales de la salud, como un aspecto crucial en este contexto.

3. Competencias del médico general en Colombia

La visión de la OPS

Doctora Mónica Padilla, asesora regional de la Organización Panamericana de la Salud

Este foro es una oportunidad de abordar, como tema estratégico, la capacidad resolutoria de los sistemas de salud a nivel global y es especialmente importante en el marco del proceso de avance a la salud universal que propone Colombia.

El reflexionar sobre las competencias del médico general exige caracterizar el escenario de análisis, es por esto que se propone abordar los siguientes cuatro aspectos: 1. La situación de la salud y el campo del recurso humano; 2. El profesional médico como parte de la fuerza de trabajo y como bien fundamental de la salud; 3. La educación y sus desafíos; y 4. El profesional médico y la capacidad resolutoria del sistema.

La situación de la salud y el campo del recurso humano

El impacto de la pandemia de COVID-19 develó la fragilidad acumulada de los sistemas de salud a nivel global, pues fueron evidentes las dificultades para responder a las necesidades de la población, llegando a la suspensión de los servicios básicos impactando de manera contundente la vida y

salud de las personas, un indicador claro de lo mencionado es el exceso de mortalidad visto en 2021.

En el estudio realizado durante la pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Tracking continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic"¹⁰, aborda las causas de suspensión de los servicios de salud, y señala que a nivel global el 56 % se atribuyeron a un déficit de recursos humanos.

El realizar un análisis de la salud requiere reconocer las grandes diferencias en las condiciones de vida de las poblaciones, los indicadores de salud a través de la vida permiten identificar el impacto diferencial tanto en el acceso a servicios de salud como en los resultados sanitarios; en este sentido es fundamental incorporar este contexto de actuación profesional del médico tanto para su ejercicio como para su formación.

Para lo anterior se encuentra material como el planteado por el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el documento Atlas Nacional de

¹⁰ Disponible en <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/global-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic/dashboard>

¹¹ Atlas Nacional de Equidad en Salud Sostenible: Colombia. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275325223>.

Equidad en Salud Sostenible: Colombia¹¹, en el que se realiza un análisis basado en el Índice de Desarrollo Sostenible (IDS), que se construye mediante la integración de diferentes indicadores que se relacionan con las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental.

El profesional médico como parte de la fuerza de trabajo y como bien fundamental de la salud

El campo del recurso humano de la salud se ha constituido como objeto de estudio muy complejo y fragmentado, lo cual se puede describir a partir de la noción de campo planteada por Bourdieu, citado por Rovere en 2006¹², en la que se expone al recurso humano como agente dentro del campo de la salud, en el que se da una interacción entre actores que tienen diversas perspectivas, espacios de acción, injerencia e intereses, muchas veces contradictorios, pero que hacen parte de una realidad común y potencialmente tendrían la capacidad de afinar sus decisiones en función de la salud de la población, lo que no siempre es así.

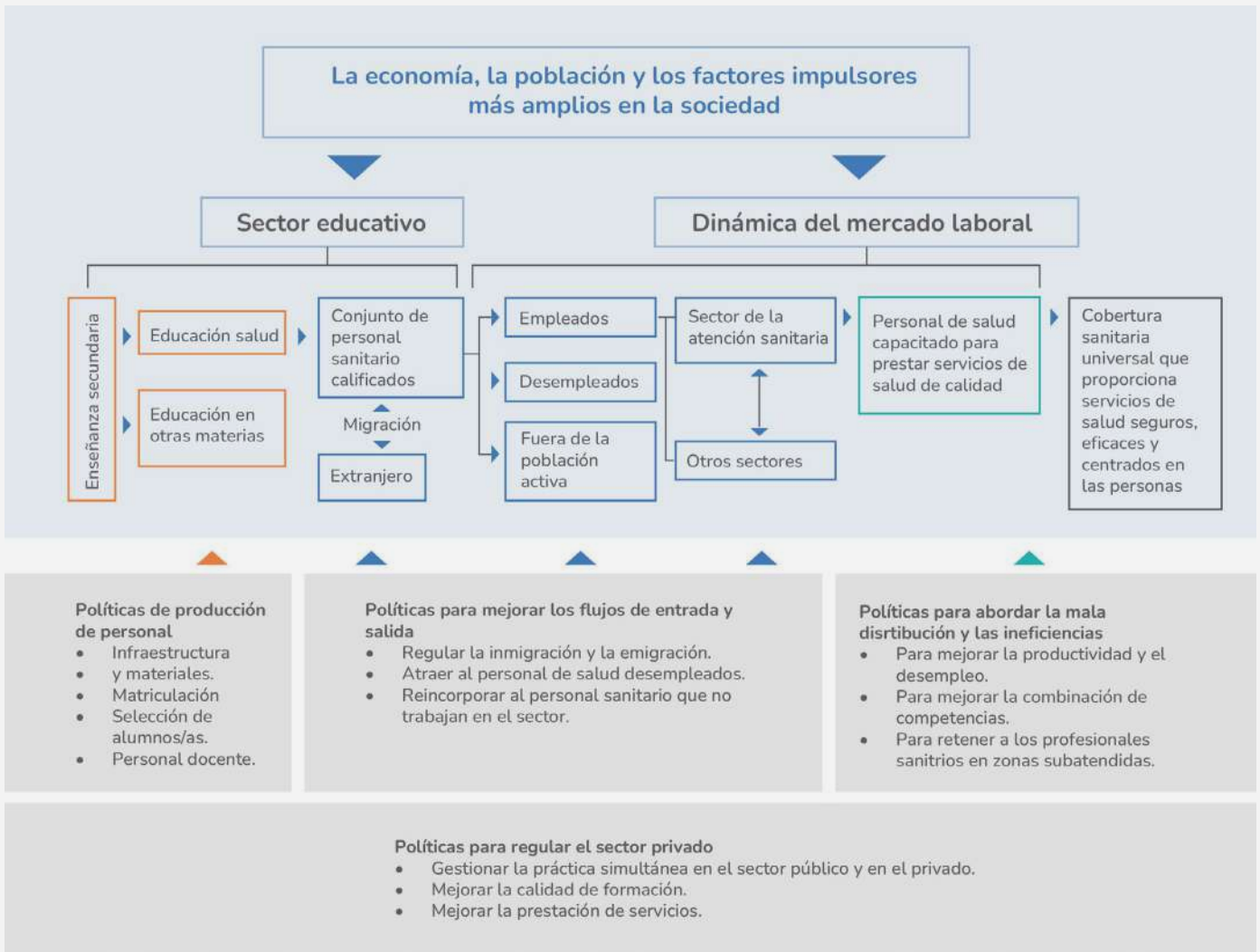
El campo del recurso humano en salud se ha visto desde una lógica de mercados (oferta/

demanda), donde se encuentra el educativo, el de trabajo y el de servicios; ese es el escenario en el que se desenvuelve el médico general y donde las decisiones de política pública y de intercambio de bienes inciden definitivamente en la formación, el empleo, el ejercicio profesional y el servicio que se da a la población, los cuales son elementos clave para analizar la realidad colombiana, quién decide sobre qué y en este caso, cuál es el espacio que los marcos regulatorios han determinado para este médico. Lo mencionado anteriormente es fundamental para analizar la autonomía del profesional para resolver procesos en el primer nivel de atención.

La OMS propone el esquema 1, para entender el campo de la política pública cuando se habla del recurso humano en salud y las opciones de decisión que pueden tomarse en función de la salud de las poblaciones.

En conclusión, la política pública de este campo incluye la educación, el trabajo, la salud, la ciencia y la tecnología y, por supuesto, la economía. Para analizar el rol del médico general en Colombia es importante considerar qué políticas públicas vigentes se tienen que condicionan al momento de ejercer la práctica, además de cómo esto apoya los procesos de acceso a la salud universal.

.....
¹²Rovere MR. Planificación estratégica de recursos humanos en salud Segunda edición ampliada y corregida. Paho.org. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51595/9275326223_spa.pdf?seq



Esquema 1- Marco del mercado laboral del sector sanitario. Tomado de la OMS.

Sin duda el talento humano es factor estratégico en los sistemas de salud. Para dar garantía a su operación, la OMS propone cuatro aspectos clave para orientar la política pública: disponibilidad, accesibilidad, calidad y protección, salud y seguridad; es importante preguntarse ¿cómo está Colombia respecto a esta propuesta?

Un elemento central es entender la salud como un sector de la economía que crece en forma sistemática a nivel global, donde el empleo constituye no solo la forma de garantizar la disponibilidad de personal estable, comprometido, calificado, sino también, el crecimiento económico de la masa de profesionales y trabajadores de la salud como parte del desarrollo social en los países. Teniendo en cuenta el estudio realizado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹³ acerca del porcentaje del empleo total en el sector de la salud y el trabajo social del 2000 al 2019 en diferentes países, se evidencia que Colombia se encuentra en los últimos lugares, no registrando cambios en el porcentaje de empleo, manteniéndose durante casi 20 años en 4,2 %. Esta es una gran barrera que se encuentra en el país para el desarrollo de la salud, que es la precariedad del trabajo en salud y en servicios sociales, aspecto que además de establecer un panorama de inestabilidad del trabajo, repercute en el acceso, la calidad y continuidad de los servicios y cuidados de la salud.

Muchas veces el problema no es la escasez de profesionales sino la baja capacidad de los sistemas para emplearlos, esto es muy frecuente en enfermería y niveles técnicos con graves problemas de formación masiva, usualmente de baja calidad en marcos de poca regulación, que afectan a miles de jóvenes a lo largo de la región.

Sin duda, corresponde mantener un análisis constante de cómo se comporta la medicina tanto en la parte de pregrado como en la de las especialidades, porque este es un proceso permanente, en el cual el análisis de la situación de los profesionales respecto al mercado y la formación, son elementos que ayudan en la toma de decisiones. Un aspecto por considerar es la publicación brasileña de los últimos 10 años “Demografía Médica”, un abordaje integrado de la información que aporta elementos para la tomas de decisiones de los profesionales y jóvenes postulantes a la carrera de medicina.

Queda pendiente una revisión pormenorizada de la composición de la fuerza de trabajo de la salud, donde el rol del médico es clave; hay aspectos fundamentales que requieren una revisión profunda de la combinación de competencias y la interacción entre niveles generalistas y especialistas, todo esto en el entorno de trabajo que involucra la infraestructura, la tecnología, los insumos y demás.

¹³ Health at a Glance 2021 : OECD Indicators https://www.oecd-ilibrary.org/sites/ae3016b9-en/1/3/8/index.html?itemId=/content/publication/ae3016b9-en&_csp_=ca413da5d44587bc56446341952c275e&itemGO=oecd&itemContentType=book

La educación y sus desafíos

Cuáles son las competencias que hoy se necesitan del profesional, teniendo en cuenta el contexto actual después de una pandemia, con los cambios de la tecnología, los niveles de información de las personas y la complejidad de los problemas. Si bien los modelos de atención se han centrado muchas veces en la enfermedad y la resolución frente a la muerte, lo cual es la base de la autoridad cultural del médico, hoy las competencias incluyen la capacidad de mantener la salud de la población y eso no es una característica únicamente individual, también es colectiva, y es aquí donde se empiezan a encontrar algunas tensiones de cómo se aprende a mantener la población sana, además de cómo se integra esto en el conocimiento durante el momento de la formación.

Otro aspecto es la complejidad de los procesos a los que deben responder los profesionales, hay una carga de morbilidad más compleja cuando se enfrentan a un proceso que no se puede resolver en una consulta médica, como los procesos crónicos que se transforman en pacientes para toda la vida. Esa es la capacidad que debe tener el sujeto y el médico necesita una red con la cual atender lo que está sucediendo.

Hay distintos factores adicionales, como la atención y el cuidado en el marco de los sitios de la propia población, como lo es la atención domiciliaria y para esto hay que resaltar que aquí en el país el aspecto geográfico es un desafío muy grande, así como el tema del impacto ambiental, la interculturalidad y la respuesta a la diversidad son una serie de elementos que están determinados, que se hacen presentes en cada intervención que se realiza y que no solo son individuales, sino

que se constituyen como factores de riesgo colectivos, que deben estar incorporados en las competencias y que aportan a la capacidad de incidir en los entornos con una visión intersectorial.

Por otro lado, es fundamental tener en consideración los temas de la tecnología, la innovación, la inteligencia artificial, la nanotecnología, la robótica, la telemedicina, entre otros. Como se ha mencionado anteriormente, después de la pandemia de COVID-19 ingresaron muchos elementos, que si bien facilitan algunos procesos dentro de la práctica, no eliminan el factor humano que es el único que puede pensar, reaccionar y construir estrategias para responder a la realidad, teniendo en cuenta el compromiso y respeto a la salud y a la vida de las personas, sin eliminar la esencia de los médicos.

El profesional médico y la capacidad resolutive del sistema

Un indicador importante del sistema es identificar los procesos de mortalidad que eran evitables y ahí parecería que se encuentra la posibilidad de responder, hay una competencia importante que se relaciona con ser una fuente para conocer aquello que se hubiese podido prevenir, evitando la enfermedad y la muerte, como se ha mencionado, tanto desde lo individual como desde lo colectivo, teniendo en cuenta que la identificación de esto en el ámbito colectivo aumenta la efectividad de los procesos. Por lo anterior, a lo largo del trabajo se va indicando qué competencias de análisis de la realidad, desde la perspectiva colectiva, son fundamentales. Es conveniente resaltar que el médico requiere de un entorno resolutivo para realizar su trabajo, sin este entorno su trabajo no alcanzará los resultados de salud que se

buscan, hablando puntualmente de la capacidad del primer nivel de atención, que en la literatura global puede resolver hasta el 90 % de las demandas de la población cuando esta es fuerte.

Partiendo de la propuesta de la OPS sobre los sistemas basados en APS y organizados en Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud¹⁴, es fundamental abordar el concepto de capacidad resolutive, como el conjunto de actividades y recursos necesarios para responder a las necesidades y demanda de atención de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y la tecnología actual de acuerdo con sus contextos.

El rol que aquí juega el médico general es una decisión central en los sistemas de salud, su ámbito de decisión y acción y la autonomía de sus decisiones son elementos clave. En un sistema basado en APS, es el primer nivel de atención el que actúa como primer contacto y asume la organización de la población en función de sus necesidades, estas decisiones dependen de cada sistema de salud, pues los flujos y roles de sus actores son una construcción histórica propia de cada realidad, que se expresa en sus marcos legales, administrativos, organizativos y financieros, integrando toda la arquitectura del sistema de salud que cada país busca construir.

Hay que reflexionar sobre la importancia de la presencia médica y la salud misma, así como la necesidad de que el médico reconozca los determinantes sociales de la salud. Un informe del Banco Mundial que presenta la relación directa que hay entre los años de

vida potencialmente perdidos y la presencia de los profesionales de la salud, plantea que para el caso de una persona que vive en Bogotá, tiene 8 años más de posibilidades de vida que alguien que nace en Caquetá.

Para el profesional de la salud que se encuentre en ese territorio la competencia es mucho más complicada, ¿cómo hace el médico en un marco tan complejo para poder reaccionar? De igual manera, el informe muestra la proporcionalidad directa entre los años de vida potencialmente perdidos y la disponibilidad de talento humano, reconociendo las limitaciones. Sin duda hay una diferencia en la calidad y esperanza de vida de las personas con el acceso a servicios y cuidados a la salud.

Ahora, desde la capacidad resolutive, es importante abordar la discusión que hay entre el médico general y el médico familiar. El dar fuerza al rol del médico familiar es la estrategia preferida de los sistemas de salud con una atención primaria fuerte.

Hay multiplicidad de programas y ejemplos de política pública que se conocen, países como Brasil, España, Canadá e Inglaterra, en función de reforzar su capacidad resolutive en el primer nivel de atención, han tomado la decisión de incorporar la medicina familiar como centro base de esa capacidad resolutive del sistema, dado que teóricamente el primer nivel de atención debe cubrir al menos el 80 % de las necesidades de la familia. Eso implica también una capacidad instrumental, operativa y de infraestructura, que le permita al médico conducir un equipo de personas

.....
¹⁴OPS Renovación de la APS OPS No. 1 Estrategias de apoyo para el desarrollo de equipos de APS https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/aps-estrategias_desarrollo_equipos_aps.pdf

para responder a la salud colectiva, además de resolver temas claves como cirugías de emergencia ejerciendo realmente su función como médicos.

En la formación médica se cuenta con la residencia médica, el servicio rural o el periodo de internado, en el que se generan oportunidades de movilidad profesional constituyendo un periodo en el cual, ofreciendo condiciones adecuadas e incentivos apropiados, se da mayor cobertura del servicio y se garantiza un primer empleo de calidad al personal de salud. Sin embargo, la oferta de profesionales para garantizar el acceso universal a la salud es otro desafío, tanto por el tiempo que lleva la formación de un profesional, que puede durar entre 7 y 10 años, como en la calidad de los profesionales, quienes deben desarrollar esa serie de competencias.

Es importante también tener en cuenta las competencias específicas, pues para trabajar la renovación de la atención primaria se deben abordar las competencias de todo el equipo básico. No es posible hablar de competencias de uno solo de los miembros de todo ese equipo, es necesario considerar esa perspectiva.

Finalmente se plantea el gráfico 1, creado por el doctor Francisco Campos, que busca explicar el proceso de formación de los profesionales para lograr responder a las exigencias de la salud, a partir de la realidad sanitaria de cada país. El gráfico pone tres factores clave para garantizar una formación pertinente: los espacios de aprendizaje, los contenidos y el método de enseñanza. Utilizando un semáforo propone que la política debe incentivar el trayecto de la educación en salud desde una formación en el ámbito hospitalario, con una concepción centrada en la enfermedad y con un método de enseñanza tradicional a una formación en la comunidad, con conceptos de salud y con un estudiante activo y reflexivo. Sin duda la combinación de estos enfoques es necesaria e interpela a los procesos de educación que aún hoy están presentes.

Se han abordado diferentes temas muy relevantes para la reflexión, es trascendental continuar disponiendo estos espacio de debate, en los que se dé un intercambio de saberes que permitan orientar las decisiones en las diferentes áreas para mejorar la calidad de la atención en salud.

4. Las competencias del médico general analizadas por los empleadores Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales Cosesam

Doctor Julio Rincón, director ejecutivo

Se pretende abordar las competencias del médico general en el ámbito local, directamente en el primer nivel de complejidad, teniendo como primera fuente la experiencia y visión del panorama de las personas directamente involucradas.

En primer lugar, es importante plantear que el primer nivel de atención no es el que se conocía hace 30 años, el médico general de hoy es muy diferente, así como la atención en salud. Para el desarrollo de esta presentación, se aborda una mirada integral de la medicina, el médico que llega a ejercer a los municipios y el primer nivel de atención donde desarrollan la profesión.

En particular, los pequeños municipios colombianos, aproximadamente 800, con poblaciones menores a 25.000 habitantes, son lugares en los que el médico general, en muchas ocasiones es el único faro en salud, acompañado de todo el recurso humano sanitario, donde posiblemente no hay forma de que las diferentes especialidades apoyen al servicio de salud, lo que representa un escrutinio a los servicios de primer nivel de complejidad en estos municipios.

Adicional a lo anterior, se resalta que los sistemas de salud producen lo que se paga, es decir, se harán los procedimientos que se paguen dentro del sistema, por lo que dichos sistemas están perfectamente diseñados para obtener los resultados que se están persiguiendo.

El médico general que llega a los municipios es un diamante en bruto que necesita terminar de pulirse y tiene algunos problemas que se plantean a continuación:

1. Pobre conocimiento de los problemas de salud y el contexto social de las poblaciones que deben atender.
2. Escasas habilidades quirúrgicas para atención básica de urgencias como el trauma, suturas, anestesia, obstétricas, catéteres, etcétera.
3. Gran temor de ser demandado, lo cual en ocasiones se cree que es un problema de países desarrollados; sin embargo, en pequeños municipios del país, los profesionales manifiestan que hay toda una gavilla de abogados viendo dónde se equivoca el médico general para iniciar procesos contra ellos, lo que les ha restringido el ejercicio y ha promovido la autocensura.
4. Profunda aspiración a lograr la especialización, no a ser médicos generales, lo cual parece que se ha inculcado desde las universidades y el mercado.
5. Baja preparación para la vida real de un médico rural, son profesionales susceptibles a la frustración y con poca capacidad de resiliencia.

6. Pocas habilidades de empatía con sus pacientes. Quieren una vida tranquila, por ello no desean atender urgencias ni participar en la remisión de pacientes.
7. Poco contacto con los pacientes, lo cual se ha visto agravado en los graduados post pandemia.

En relación con el ejercicio de los médicos rurales se puede destacar que:

1. Falta inducción para el ingreso en la maraña administrativa del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en un pequeño hospital donde estos profesionales tienen que asumir diferentes roles y tareas más allá de la atención de los pacientes.
2. Poco acceso a la tecnología y a los apoyos diagnósticos.
3. Falta de apoyo de los gerentes no médicos, porque no saben cómo hacerlo.
4. En ocasiones se encuentran solos, sin posibilidad de recibir apoyo.
5. Abandono por parte de las universidades una vez se gradúan, no tienen redes de apoyo, ni personal, ni clínica, y deben resolver con lo que puedan.
6. Los hospitales no quieren médicos rurales, consideran que es una carga, ni quieren estudiantes de pregrado, a menos que representen un apoyo económico a la institución.

La formación del médico general, algunas supuestas explicaciones desde lo local:

1. Fueron formados por profesores (cátedra) no por maestros.
2. Tuvieron escaso contacto y examen semiológico del paciente, además de poca o nula práctica real en procedimientos médicos que son imprescindibles en las atenciones de primer nivel, como atención de partos, suturas, cesáreas, anestesia local, cateterismo, inyecciones, etcétera; siendo reemplazados por simulación.
3. Sus títulos pasaron de “Médicos Cirujanos” a “Médicos”.
4. La dependencia de especialistas y disponibilidad de apoyo en tecnologías en los centros de formación no les exige desarrollar autonomía para tomar decisiones.
5. Las universidades se han enfocado en las acreditaciones de alta calidad, siendo incierto si olvidan las necesidades y el escenario donde los estudiantes se desempeñarán, con importantes diferencias entre facultades.
6. Los primeros niveles de complejidad no quieren recibir estudiantes de pregrado, lo que impide que se formen adecuadamente para trabajar en esos sitios.

Otro aspecto para considerar es que la formación del médico general del país se distancia de lo que se considera que se requiere,

aunque posiblemente responde a lo que el mercado de la salud ha pedido, dando como resultado años y años en los que el sistema se ha ido modulando a cada agente, dentro la prestación del servicio de salud.

Para hablar del primer nivel de atención donde ejercen estos colegas, es importante recordar que Colombia en las últimas décadas desvalorizó la atención de baja complejidad en salud, en favor de las especialidades y la alta complejidad. Asimismo, los compradores de servicios de salud consideraron que los servicios de primer nivel de complejidad no agregan valor mayor monetario, teniendo en cuenta que se ha transformado en un sistema de mercado. Además hay que resaltar que las EPS no contratan los servicios integrales de primer nivel, llevando la oferta a las ciudades, empleando las flotas de ambulancias únicamente cuando son urgencias, recargando el acceso a los servicios en los pacientes, quienes deben pagar el transporte para recibir el servicio, lo cual es una barrera real en el sistema.

Ahora se plantean algunos aspectos que contribuyeron a la destrucción del primer nivel de complejidad, puntualmente relacionados con la precarización laboral. En primer lugar, el Ministerio de Salud facilitó la flexibilidad laboral en los hospitales y pagó con créditos, hizo estudios de reestructuración a finales de la década del 90 e inicios del siglo XXI, para ver cómo se eliminaba y se excluía de la planta de personal al profesional misionero, al recurso humano, para contratarlos con otras condiciones laborales a través de cooperativas y órdenes de servicios, llegando al extremo de ver como deseable tener empresas sociales del estado ESE (Decreto 1491

del 2002), con un único funcionario de planta, lo que se evidencia hoy en que un 70 % a 80 % del personal de los hospitales se vinculan a las instituciones con contratos precarios. Los primeros niveles de complejidad se hicieron insostenibles para tener personal sanitario debidamente vinculado, los ministros de Salud o más bien de finanzas de la salud hicieron caso omiso a esta destrucción del capital humano de la atención básica.

Por otro lado, los primeros niveles fueron sometidos a condiciones contractuales difíciles como pago mínimo, demora en el pago o la no contratación, generando supuestas eficiencias financieras, ocasionando a su vez un desmembramiento de los servicios de primer nivel de complejidad, como farmacia, laboratorio, etcétera. Se aceptó la política de no pago y las consecuencias de esto se cargaron al acreedor, además la clasificación de riesgo financiero dio pie a una política de solvencia financiera en contraria a la solvencia social.

Finalmente, el Ministerio de Hacienda consideró que sin autosostenibilidad financiera se deberían cerrar los servicios o el hospital. Así ocurrió con servicios como pediatría, ginecología-obstetricia, urgencias, además de centros y puestos de salud, afectando también al segundo nivel de atención.

Igualmente, desde la normatividad, en el primer nivel de atención se han limitado los servicios y el desarrollo tecnológico, además del ejercicio mismo de la medicina general, restringiendo los procedimientos que puede realizar el médico general, imponiendo condiciones complicadas que afectan la prestación de un servicio de calidad.

Desafortunadamente los hospitales de primer nivel y en general los hospitales del país no han sido ajenos a la corrupción, lo que ha afectado la adquisición de medicamentos, equipos y otros insumos, otros han sido afectados por intereses políticos y de garantía de burocracia.

Es importante plantear la reflexión de si realmente es el Ministerio de Salud el que realiza la organización de la red de servicios, ubicación y operación, y la posible respuesta es no, ese gran poder ha sido entregado al “dios mercado”, orientado por las empresas administradoras de planes de beneficios. Es así como se afirma que ha sido ese mercado el que en las últimas décadas decidió que no es la medicina general lo que se debe pagar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Como conclusiones se plantea que han sido de gran impacto las consecuencias de la política pública desarrollada entre 1998 y 2022, donde se observa que después de 30 años la medicina general está desvalorizada, con precarización del personal sanitario. Se perdió el sueño de ser un médico para la gente, el cual se ha reemplazado por ser un especialista reconocido y pagado adecuadamente por la sociedad, dejando a los primeros niveles fuera de las aspiraciones del talento humano en salud.

El sistema disminuyó la inversión en el primer nivel de complejidad y su personal sanitario; hay una pérdida ostensible de la capacidad de resolución de problemas de salud de las comunidades, subsanada parcialmente con una red ambulancias que cruzan de un lado a otro la geografía en pésimas carreteras.

Finalmente se resaltan algunas propuestas, si se considera que la medicina general es necesaria, la Academia Nacional de Medicina podría promover los siguientes aspectos:

1. Repensar qué debe conocer y tener capacidad de atender un médico general (reforma curricular).
2. Definir las herramientas que debe tener el personal sanitario general, para cumplir con el objetivo de su formación.
3. Promover la garantía del apoyo clínico, tecnológico, administrativo y económico necesario para el ejercicio profesional en los hospitales de primer nivel de complejidad, con sus centros, puestos de salud y equipos comunitarios, respondiendo a las necesidades de las poblaciones y a la aspiración de personal sanitario.
4. Determinar mecanismos para blindar estas instituciones de la corrupción y captura por grupos políticos.
5. Alinear las necesidades de las comunidades, de los primeros niveles de complejidad y del mercado, teniendo en cuenta que todo lo que se decide es el mercado el que lo dirige.

Como reflexión final, se plantea que si el mercado continúa orientando la medicina general, esta tenderá a desaparecer ya que su rentabilidad social y su ejercicio no es el gran negocio. Es por esto que se debe preparar el curso remedial para recuperar los médicos generales actuales.

5. Las competencias del médico general analizadas por los empleadores: Asociación Colombiana de Empresas Sociales del Estado y Hospitales Públicos ACESI

Doctor Leonardo Quiceno, presidente Junta Directiva, gerente Hospital Pio X de La Tebaida, Quindío

Inicialmente, desde la perspectiva de los empleadores, se busca expresar desde un punto de vista práctico qué es lo que pasa con las competencias del médico general, lo cual definitivamente es un tema muy complejo. Las competencias son el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que permiten una excelente práctica médica, en continuo perfeccionamiento, adecuado al contexto social en que se desarrolle. Teniendo esto presente ahora, se abordan diferentes aspectos en relación con los médicos.

En primer lugar se recuerda que, anteriormente el ingreso de los estudiantes a las facultades de medicina representaba una mayor exigencia que la que se ve ahora. Las facultades no han sabido desarrollarse en el contexto de la legislación en salud cuando se habla desde una perspectiva social, pues los médicos que se gradúan presentan diferentes problemas, ya que son formados más como científicos. Desde que entran a la academia piensan que la medicina es una ciencia que les permitirá tener solvencia económica. De igual forma, han fallado en medir la vocación de servicio que debe tener el profesional de la salud, teniendo en cuenta que en sus manos se encuentra la vida de las personas y las poblaciones.

Por otro lado, con la socialización de la medicina, mediada por la Ley 100 de 1993¹⁵,

el médico se convirtió en un trabajador común y corriente, restando valor a la medicina general. En este orden de ideas, los médicos generales se han ido especializando dentro de la misma medicina general, siendo esta la realidad que está ocurriendo en los hospitales y las clínicas de primer nivel en el país, puesto que hay médicos que solamente se dedican a la consulta externa, otros que trabajan en el área de urgencias y hay médicos que, por cierto son pocos, que se desenvuelven en la parte extramural en atención primaria en salud, que es donde el médico debe hacer todas sus actividades teniendo en cuenta el bienestar social, ambiental, el cultural y el económico, para que, luego las posibles acciones que se puedan dar desde el punto de vista clínico tengan un efecto positivo; sin embargo, desafortunadamente de esta clase de médicos hay muy pocos.

Ahora, con la nueva reforma que está basada en el modelo APS, es posible que se presenten dificultades porque hay pocos médicos que les interesa este tema, si se recuerda lo mencionado anteriormente de que en las universidades se les enseña la parte científica y el manejo de pacientes con diferentes métodos terapéuticos; no obstante, en general se puede mencionar que los médicos actuales no son tan expertos en los aspectos clínicos, como los médicos que se graduaron hace 20 o 30 años.

¹⁵Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Hay que destacar que desafortunadamente el sistema actual es mercantilista, lo que repercute en que nunca habrá dinero suficiente, ya que todos los actores quieren obtener ganancias. Eso, sumado a que con el avance de las tecnologías en salud se incrementarán continuamente los costos, considerando que los médicos actualmente son más dependientes de dicha tecnología para los diagnósticos y en general el ejercicio, lo que hace más costosa la operación del sistema.

Los médicos, como cada actor y profesional, tienen un papel muy importante en esta sociedad. Es importante mencionar que cuando se creó el Sistema de Seguridad Social Integral en 1993, los honorarios e ingresos de los médicos bajaron considerablemente. Otro asunto por mencionar es que las universidades tienen cierta responsabilidad porque, en la formación se ha dado mayor énfasis al enfoque científico y la solvencia económica, lo que ha afectado el ejercicio profesional, puesto que los médicos de hoy en día no se involucran en el contexto personal y familiar de los pacientes.

Es de resaltar que la reforma que está presentando el actual gobierno, desde el punto de vista del modelo de salud que está basado en atención primaria, es una gran oportu-

nidad para salvar este sistema, pues el fortalecer dicho modelo que se basa en la promoción y la prevención, es posible evitar o reducir los grandes gastos en salud y el gran costo médico, que es de interés para los consorcios de IPS privadas de mediana y alta complejidad, considerando que es un sistema totalmente mercantilista, donde se quiere rebajar el costo médico sacrificando la calidad y buscando más ganancia.

Para concluir, se destaca que el médico general es un generalista que debe estar al servicio de toda persona que necesite su atención, sus conocimientos deben ser amplios, la práctica debe ser de alta calidad, teniendo un mayor protagonismo en la toma de las decisiones y enfocándose en la atención en las personas.

Finalmente, se enfatiza en que el médico debe desarrollar dos aspectos principales: primero la responsabilidad y vocación de servicio, ya que tiene en sus manos la salud y vidas de las personas y, segundo, “el calor humano”, puesto que con el progreso de la tecnología, las máquinas están reemplazando a los seres humanos y es importante que la medicina general no sea de las profesiones en las que esto suceda.

6. Las competencias del médico general analizadas por los aseguradores: Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud en Colombia.

Doctora Carmen Eugenia Dávila, directora ejecutiva, Gestarsalud.

El abordar la temática planteada desde la visión de las entidades agremiadas y las aseguradoras puede resultar un poco complejo; sin embargo, se encuentran varias coincidencias con lo que se ha expuesto anteriormente.

En esta presentación se realizará una aproximación a algunas de las problemáticas relacionadas con el recurso humano en salud, siendo eje central los temas de disponibilidad y distribución, capacidad resolutiva, condiciones laborales y formación del talento humano.

Disponibilidad y distribución

Uno de los elementos esenciales de la Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015¹⁶ es que, para tener un sistema de salud que atienda el derecho fundamental de las personas, está en ese tema de la disponibilidad; la mayor deficiencia en la disponibilidad que se observa en el país es el talento humano en salud, también hay deficiencias en cuanto a camas, a posibilidades de acceso y a otro tipo de servicios; sin embargo, el mayor problema que ha sido calificado por la Defensoría del Pueblo está en la disponibilidad de talento humano.

Por otro lado, se encuentra el tema de la distribución del talento humano y en este as-

pecto Colombia no se puede comparar con ningún país de la región, pues se presentan unas condiciones geográficas particulares que son muy complejas y que invitan al médico a no querer hacer, pues afecta directamente sus proyectos de vida. Estas son circunstancias que otros países no tienen y que Colombia no ha podido resolver dentro de la política pública.

Capacidad resolutiva

Para comprender cómo lograr mayor capacidad resolutiva en el médico general, hay que preguntarse cuándo la perdió. Al conversar con médicos graduados a finales de los 60 y principios de los 70, comentan que dentro de las competencias que desarrollaron durante el año rural se encontraban procedimientos como cirugías, partos, cesáreas, etcétera, procedimientos que hoy en día un médico general no tiene la oportunidad de realizar.

Al analizar en dónde ha estado la falla, se ha identificado que por querer hacer más se ha hecho menos. A continuación se plantea una hipótesis que se debe comprobar, tomando como referencia actos administrativos, que son resoluciones del sistema obligatorio de garantía de calidad, el cual califica al sistema como un sistema ambicioso, que puede estar pensado para otro tipo de país y la pregunta

¹⁶Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

que los diferentes actores deben realizarse es si realmente es funcional, si es el que los colombianos necesitan.

Con la regulación que existe hoy, no va a ser posible que los médicos generales desarrollen todo su potencial de curar y generar bienestar y salud. Además, hay que considerar que posiblemente el problema tiene una solución sencilla, ¿por qué no revisar esos actos administrativos de hace algunas décadas y establecer qué es lo que está limitando al médico general?

En el país se presentan diferentes situaciones a diario en las regiones más apartadas, donde hay problemas de atención en salud, no hay capacidad instalada del sistema para brindar los servicios a la población y el médico general que se encuentra en la zona no puede realizar procedimientos para los que está completamente capacitado, que pueden ser determinantes en situaciones de vida o muerte, y no los pueden realizar porque puede incurrir en dificultades legales para ellos. Por esto que hay que analizar qué se hizo en ese sistema obligatorio de garantía de calidad, que es muy ambicioso y que, se resalta, tal vez no es para la Colombia actual.

Condiciones laborales

Es de destacar que de unos años hacia la actualidad, las condiciones laborales del talento humano en salud se precarizaron, derivando toda la contratación a las llamadas “cooperativas de trabajo asociado”. No obstante, un aspecto a destacar de lo que está planteando el gobierno actual es rescatar la estabilidad laboral del talento humano, si bien aún no conocemos si son los mejores

planteamientos, se resalta que el Estado se está preocupando por estas situaciones, lo que se debe hacer es evaluar cómo se mejora en ese proceso de reforma.

Formación del talento humano en salud

Dentro de este aspecto, es importante considerar si a los futuros médicos generales los van a formar para que obligatoriamente deban especializarse o van a poder ayudar y aportar en la salud de las personas cuando se gradúen, cuando hagan su rural, cuando estén en su servicio social.

Para 2021, según Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (Rethus), en el país había 94.892 médicos generales y 31.387 médicos especialistas, para un total de 126.879. Claramente hay una concentración de médicos generales. Es importante cuestionar qué están esperando las personas, qué es lo que dicen las guías de atención y qué es lo que está pasando frente a la posibilidad de atención del médico general, con la reglamentación actual del sistema obligatorio de garantía de calidad. Se ha planteado que lo que está esperando la gente es que haya más especialistas de ciertas áreas y esta relación numérica tan cargada hacia el médico general, probablemente no es la que el país necesita. Al compararlo con los países de la OCDE, se encuentra que hay unas deficiencias importantes en torno a esta distribución.

Sin duda hay un problema, no solamente a nivel de la resolutivez del médico general y de cómo hacer para que las universidades, los profesores y la academia formen

los médicos de manera adecuada. Estos aspectos anteriores no se considera que sean el gran problema de la situación, sino el cómo hacer para modificar esas normas del sistema obligatorio de garantía de calidad y responder a la realidad de un país que tiene regiones dispersas, las cuales necesitan la presencia de un médico y que seguramente los muchachos que se van a graduar o que se están graduando tienen la capacidad y la competencia para atender ciertos problemas de salud.

Se afirma que el 80 % de los problemas de salud podrían ser atendidos por el médico general en el primer nivel; sin embargo, no es eso lo que sucede, la resolución de este nivel está alrededor del 30 %. La pregunta, entonces, ¿es por falta de formación?, ¿es por falta de compromiso?, ¿es por falta de capacidad?, ¿es que la norma también los está restringiendo?, ¿o es la combinación de todos estos factores? Al observar la proporción de especialistas y médicos generales para el año 2019, en distintos países de la OCDE, Colombia tiene una desproporción grande frente a la cantidad de médicos generales y médicos especialistas, por lo que es importante anotar que también estamos fallando

en la formación de talento especializado que requiere el país.

Para resolver el problema descrito, es el gobierno, a través de los ministerios de Salud y Educación, además de las academias y las sociedades científicas, las entidades que deben tomar el primer llamado, y todos los colombianos deben entender que no es un marco sencillo, considerando que los procesos de formación se demoran y que probablemente esta situación debe continuar por un tiempo. No obstante, se pueden generar apoyos en el corto plazo, por ejemplo, realizar modificaciones a la norma que le permita al médico desarrollar al máximo su potencial de atención, su autonomía y su capacidad resolutive.

Finalmente, se hace un llamado a analizar una mayor cantidad de aspectos y resaltar la complejidad de los problemas en el sistema actual. El gobierno muestra disposición para trabajar en diferentes factores y el talento humano es uno de ellos; sin embargo, no está proponiendo las soluciones que debería, por ejemplo, en la formación no propone una sola medida para aumentar el número de cupos y así abrir la posibilidad a que el médico general pueda acceder a una especialidad.

7. Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame.

Doctora Natalia Mejía, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, presidenta de la sala de pregrado de Ascofame.

Esta presentación aborda la temática propuesta desde la perspectiva de la decanatura de la facultad de Medicina de una universidad privada y desde la dirección y presidencia de la sala de calidad de pregrado de Ascofame.

Se abordarán los siguientes temas: 1. Médico general como altamente resolutivo y pertinente, 2. Consenso desde la academia para la formación de los médicos generales, 3. Capacidad resolutiva en el marco del sistema.

Médico general como altamente resolutivo y pertinente

Desde la academia se considera que se forman muy buenos médicos generales, ellos están aprendiendo lo que debe aprender un médico general, las debilidades que se perciben vienen en el sistema en el que debe ejercer su profesión.

El médico general de 2023 es altamente competente, en Ascofame la sala de pregrado en el 2018 trabajó intensamente en dar algunas recomendaciones para el futuro de la educación médica¹⁷, y se realizó la publicación de un documento en el que se plantean diferentes aspectos entre los que se mencio-

na que los médicos generales son la puerta de entrada al sistema de salud, aunque en su ejercicio actual parecieran más enfocados en la tarea de remitir pacientes a especialistas, dejando de lado la capacidad resolutiva con la cual deberían estar capacitados.

Algunas de las recomendaciones planteadas por Ascofame se relacionan con formar un médico confiable y con alta capacidad resolutiva, además de incentivar la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en el marco de una atención primaria renovada. No se puede continuar pensando que la capacidad resolutiva es que un médico general pueda operar un ACV, lo que debe hacer un médico general resolutivo es entender la atención primaria y solucionar problemas dentro de un modelo que responda a esas necesidades de la población.

Asimismo, otro aspecto relevante es que se deben disponer de escenarios de práctica clínica como consulta externa, urgencias y hospitalización; y escenarios no clínicos como comunidades, casas de adultos, centros de atención infantil, entre otros. Todas estas recomendaciones fueron consensuadas entre las facultades de medicina pertenecientes a Ascofame y el Gobierno Nacional las conoce;



¹⁷Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame. Avances, acuerdos y recomendaciones. Sala de pregrado. Recomendaciones para el futuro de la educación médica en Colombia. 2018. Disponible en: https://ascofame.org.co/Descargas/Anexo_2._Sala_de_pregrado.pdf

sin embargo, dado que los cambios que se han presentado son complejos y se vienen desarrollando desde la Ley 100, desde hace más de 30 años, los efectos e impactos de las recomendaciones planteadas solo se verán en el mediano y largo plazo.

No obstante lo que se plantee debe sostenerse en el tiempo, permear todos los currículos, apuntando a incrementar la resolución del médico general, enfocándose en que entienda el sistema de salud y su rol dentro del mismo.

Consenso desde la academia para la formación de los médicos generales

En relación con la educación médica, el país cuenta con 63 programas de medicina con registro calificado vigente, 18 de ellos se encuentran en instituciones de educación superior oficiales y 45 en instituciones privadas, todas estas distribuidas en 26 municipios de 20 departamentos del país; sin embargo, casi el 50 % de esos programas se concentra en las ciudades grandes, Bogotá-Chía, Medellín, Barranquilla-Puerto Colombia y Cali.

Las entidades privadas en 2018 graduaron más o menos el 80 % de los nuevos médicos en Colombia, con un incremento de nueve puntos porcentuales frente al 2014. En Colombia hay actualmente más o menos 130.000 médicos, de los cuales cerca de 100.000 son médicos generales, el resto son especialistas.

En la sala de pregrado del Consejo Nacional de Educación Médica existe consenso, preocupación, dinamismo y responsabilidad para

formar los médicos que el país necesita. Es importante comentar que hoy en día los sitios de prácticas son cada vez más diferentes, la enseñanza médica en el hospital deja por fuera la mayoría de los lugares comunes donde el médico moderno debe actuar, como la familia, el consultorio, la comunidad, la casa. En el mundo futuro de la medicina, su práctica pasará del cuidado del hospital, de la sala de cirugía y de la sala de hospitalización, al cuidado básico en la casa y al uso cada vez más intenso de la tecnología.

Si bien se han transformado algunas competencias en relación con la formación médica que se realizaba hace algunos años, es importante mencionar que es consecuencia del cambio del mismo sistema de salud, en el que ahora se debe entender la salud poblacional, la gerencia hospitalaria, la tecnología, la inteligencia artificial, que son recursos cada vez más fundamentales, y que se constituyen como nuevas competencias adaptándose mucho más a la capacidad de darle herramientas resolutivas al médico, siendo el cuidado primario el lugar predilecto de atención para el paciente.

Hace algunos años atrás los médicos se titulaban como “médicos cirujanos”, hoy en día se gradúan únicamente como médicos; no obstante, se debe comprender que ese cambio no lleva implícito perder competencias, por el contrario, responde a la transformación que ha tenido el sistema de salud, además de las condiciones legales y exigencias que difieren con las que había hace 30 o 40 años.

Todo lo mencionado ha tenido una continuidad en Ascofame, pues ahora se está trabajando en una segunda parte enfocada en adaptar los currículos para el año de in-

ternado, integrando a los primeros niveles de atención. Hoy en día hay procedimientos que antes se enseñaban, que ya no se incluyen en la formación de los internos y eso no quiere decir que no sean resolutivos, con ellos se abordan nuevos elementos como las habilidades de comunicación, el entender las rutas integrales de atención, la gestión del riesgo, el liderazgo, la ética y la responsabilidad. En esos factores se fundamenta la alta capacidad de resolución del médico actual.

Dentro de las estrategias que recomienda Ascofame para continuar el trabajo relacionado con la integración de los elementos nuevos se encuentran las siguientes:

1. **Liderazgo, ética y responsabilidad:** medir los resultados de aprendizaje esperado específicos, en contextos clínicos y no clínicos.
2. **Alta capacidad resolutiva:** velar por la integración de dichos aprendizajes en los diferentes escenarios de práctica a un continuo curricular, dentro de la concepción del proceso de salud y enfermedad.
3. **Gestión del riesgo:** investigar en educación médica sobre aprendizajes en diferentes escenarios, no solo los clínicos.
4. **Exposición a Rutas Integrales de Atención:** diversificar los escenarios de práctica de acuerdo con los resultados de aprendizaje definidos: hospicios, colegios, ligas, centros de rehabilitación y centros comunitarios.
5. **Procedimientos terapéuticos y diagnósticos:** ofrecer oportunidades de exposición comunitaria temprana en diferentes escenarios de práctica.

Capacidad resolutiva en el marco del sistema

Al abordar el tema de la capacidad resolutiva es importante comprender que esta no depende únicamente del médico, y por lo tanto tampoco de lo que las universidades estén enseñando; por el contrario, integra otras condiciones como la disponibilidad de recursos físicos, técnicos o de talento humano de diversas profesiones y disciplinas.

Adicional a eso, opuesto a lo que se cree, sí se están formando la cantidad de médicos generales que se necesitan, la gran dificultad se encuentra en su distribución, la gran mayoría se queda en las ciudades grandes donde cuentan con todas las condiciones mencionadas anteriormente, pues aunque los médicos tengan todas las competencias, si no se integran los demás factores relacionados, la capacidad resolutiva tan anhelada no se va a lograr.

Desafortunadamente la expedición de la Ley 100 de 1993 cambió la situación, generando que en la actualidad la manera como funciona el sistema de salud no sea la más adecuada y no se dignifique el desempeño del médico general.

Para finalizar es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. No se debe confundir la atención primaria de salud con primer nivel de atención, son diferentes. La APS es una estrategia y un modelo de atención en salud, no simplemente brindar el servicio en un consultorio en el nivel más básico.

2. La APS requiere un cuidador primario ambulatorio y uno complementario hospitalario, eso quiere decir que los médicos generales tienen un lugar como hospitalarios.
3. Hay una deuda con la prevención y la curación, es importante abordar ambos puntos de vista.
4. Se requieren escenarios de atención primaria de salud en un contexto abierto, respondiendo a las necesidades del país, pues hoy en día la formación sigue teniendo un énfasis hospitalario lo cual limita el ejercicio.
5. No se necesitan más facultades de medicina y no es necesario modificar el enfoque que se está dando a la formación.

8. Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina.

Doctor Jhon Botello, decano de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Remington

En relación con la temática propuesta de la capacidad resolutoria del médico general y los principales problemas de salud, en primer lugar se debe mencionar que efectivamente el objetivo final es formar una persona que tenga unas competencias del saber, del hacer y del ser, para llegar a una formación disciplinar relacionada con el conocimiento y la formación profesional dirigida hacia el desempeño; estos dos tipos de formación deben tener un equilibrio sin dar mayor énfasis a ninguna de las dos.

El Consejo Nacional de Educación Superior (CESU) en el 2020 publicó el acuerdo 02, que guía la orientación de la acreditación de alta calidad de programas e instituciones, donde se habla de los resultados de aprendizaje que se definen como lo que las universidades declaran que el médico tendrá la capacidad de desempeñar en la sociedad, y es desde allí donde se debe iniciar el trabajo.

Los resultados de aprendizaje son un eje para el mejoramiento, si bien son propios de cada universidad, deben ser alimentados por el sector externo, porque de lo contrario la autonomía universitaria no permitirá que haya mejoras. De igual forma, estos deben ser establecidos, teniendo en cuenta las tendencias de las disciplinas que configuran la profesión, el perfil de formación que se espera y de los estándares nacionales e internacionales que existan.

Al abordar el tema de competencias es importante definir las como el conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades, disposiciones, actitudes y aptitudes para comprender y analizar problemas o situaciones en diferentes contextos y poder responder a ellas actuando coherente y eficazmente, tanto desde lo individual como desde lo colectivo. Además, se debe reconocer que las competencias le pertenecen al individuo que las desarrolla y se continúan alimentando a través del ejercicio profesional a lo largo de la vida. Lo que las universidades deben hacer es declarar unos resultados de aprendizaje que sean coherentes con esas necesidades y a su vez brindar unas competencias iniciales, teniendo en cuenta que se está formando a un ciudadano y es desde la educación que debe comenzar la humanización en salud.

Ahora, dentro de Ascofame, en el Consejo General de Educación Médica (CGEM), se cuenta con tres salas: pregrado, posgrados y desarrollo profesional permanente. En la de pregrado se dan unas recomendaciones desde los componentes genérico y específico. En el genérico se describen como competencias la comunicación, la colaboración y el trabajo en equipo, la abogacía de la salud, el rol de educador (hacia la comunidad, las familias, los pacientes), el profesionalismo y la investigación; y en el específico, promoción de la salud, prevención de la enferme-

dad, diagnóstico de la salud a nivel individual y colectivo, tratamiento médico, la rehabilitación, cuidado paliativo y gestión, calidad y seguridad del paciente.

Si bien estas competencias están planteadas y descritas, es importante evaluar o valorar el nivel de la competencia o del resultado de aprendizaje, pues se puede tener un estudiante que haga un diagnóstico en el que solamente identifique la patología, sin hacer una integración de todos los procesos necesarios para el ejercicio.

Al cuestionar por qué no se están alcanzando las competencias, el trabajo *“Competency assessment of residents of intensive care medicine through a simulation-based objective structured clinical evaluation (OSCE), a multicenter observational study”*¹⁸, realizado en España, puede dar algunas nociones que si bien se sitúan en ese país, no están alejadas de la realidad de Colombia. Actualmente se tiene una formación basada en tiempo que muchas veces no es suficiente para adquirir competencias, pues los estudiantes rotan por un lugar una cantidad de horas establecidas; sin embargo, si durante ese tiempo no se presentan oportunidades de aprendizaje, aunque se cumplan las horas, no se habrán adquirido las competencias. Es entonces como se transforma en un aprendizaje oportunista que no está guiado por metas.

Es fundamental reflexionar sobre los procesos académicos, cuyos componentes incluyen lo siguiente: la magistralidad (lo ex-

positivo/dialógico), el aprendizaje basado en problemas, retos y pensamiento, el aprendizaje en la cabecera del paciente (escenarios no clínicos y comunitarios) y lo relacionado con la experimentación e innovación que comprende la simulación clínica, la virtual y la anticipación.

Estos cuatro elementos se combinan en el proceso enseñanza-aprendizaje, y es importante integrar las herramientas pedagógicas en cada uno de los aspectos mencionados, además de dar una gran relevancia a la simulación clínica de alta fidelidad, ya que puede permitir que una vez el estudiante llegue al sitio de práctica, ya haya tenido una experiencia inicial, que permita desarrollar a profundidad las habilidades y competencias en el ejercicio real.

Por otro lado, debe existir una interrelación entre el sistema social, el de salud y el educativo. Desafortunadamente en el país hay una gran desarticulación entre el sistema de salud y el sistema educativo, a lo cual se suman las restricciones en las entidades prestadoras de servicios, lo que genera una barrera en la adquisición de competencias.

También es importante recordar que en la formación del médico debe existir la integración de las competencias técnicas y científicas, con las competencias de humanismo, personales y profesionales, además de definir cuáles son los elementos críticos esenciales del desempeño y cuáles son los elementos críticos no esenciales del desempeño.



¹⁸Castellanos-Ortega Á, Broch MJ, Palacios-Castañeda D, Gómez-Tello V, Valdivia M, Vicent C, et al. Competency assessment of residents of Intensive Care Medicine through a simulation-based objective structured clinical evaluation (OSCE). A multicenter observational study. *Med Intensiva* [Internet]. 2022;46(9):491–500. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2022.01.011>

En el sistema educativo actual, los estudiantes deben tener una nota mínima para ser promovidos al siguiente nivel; sin embargo, esos sistemas de calificación no contemplan que hay algunos aspectos preponderantes sobre otros. Un claro ejemplo se puede demostrar con el caso de un paciente que tiene una anemia severa, dentro del conocimiento, el profesional en formación decide prescribir una transfusión. Suponiendo que se deben tener en cuenta 10 diferentes aspectos, antes de indicarla, entre los que se encuentra el valorar que el paciente tiene alto riesgo de hacer una reacción anafiláctica; no obstante, el estudiante olvida ese único aspecto, se hace la prescripción y finalmente el paciente fallece.

Desde el sistema evaluativo tradicional el médico en formación aprueba, pues olvidó un único elemento entre 10; sin embargo, no se puede afirmar que realmente adquirió las competencias necesarias, dado que el elemento que no se tuvo en cuenta era crítico esencial y finalmente acabó con la vida del paciente, que es lo que un médico debe preservar.

En la misma línea del párrafo anterior, se destaca que en el estudio realizado en España que se mencionó previamente, se plantean cinco niveles que responden a la diferenciación de los elementos críticos esenciales y los no esenciales, además del nivel de autonomía y acompañamiento que deben tener

los estudiantes, definiendo qué debe demostrar una persona para aumentar de nivel, en función de la aplicación e integración de dichos elementos en la práctica.

Como conclusiones, se destacan las siguientes:

1. Se deben definir los elementos críticos esenciales, a partir de la construcción de los mínimos éticos de las competencias o los resultados del médico colombiano.
2. Es necesario establecer los elementos críticos no esenciales y definir los mínimos que debe tener el médico.
3. Se debe tratar de cambiar ese aprendizaje oportunista de volumen de práctica, a un aprendizaje guiado por metas, independientemente del tiempo de la rotación.
4. Es fundamental la participación de las salas del Consejo General de Educación Médica (CGEM), para dar una guía en medio de la autonomía universitaria.
5. Existe una necesidad de realizar una construcción colectiva que apunte a la articulación del sistema de salud con el sistema educativo y el sistema social, lo cual permita disminuir las restricciones en las entidades prestadoras de servicios para rotación y adquisición de competencias.

9. Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina.

Doctor Fernando Galván, decano Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia

Desde la Universidad Nacional de Colombia se plantean algunas reflexiones y propuestas que buscan complementar todo lo que se ha abordado en el foro en relación con las competencias del médico general.

Para lo anterior, se agruparon cinco ítems de la siguiente manera: 1. Evidencia para repensar las competencias, 2. La problemática y las particularidades del país, Ley 100/93 y Ley 30/92; ya algunas han sido esbozadas durante el transcurso del foro, 3. Puntos de encuentro y más que puntos de encuentro (trabajo colectivo de 2016, 2017), es el reconocimiento a un trabajo colectivo que en ese mismo escenario. Hace 7 y 6 años se realizó, en torno al trabajo de las competencias de los médicos generales. 4. Apuesta desde la Universidad Nacional; 5. Reflexiones finales y preguntas que creemos que deben quedar para nosotros.

Evidencia para repensar las competencias

Se ha mencionado el concepto de Educación Basada en Competencias, el cual ha impactado en las demandas de la sociedad y las regulaciones, en la práctica clínica, en las normas, en las horas de trabajo, en la acumulación de conocimiento científico y avances tecnológicos, generando dificultades que

impactan los estándares de calidad en la formación y la prestación de servicios, siendo estas últimas razones por las que hay personas que también cuestionan este concepto de formación basada en competencias.

En Colombia ya hay varias escuelas que la están implementando dentro de las estrategias de formación; sin embargo, como se mencionó anteriormente, se presentan dificultades que impactan los estándares de calidad, tanto en la formación como en la prestación de servicios.

A continuación se presenta un recuento de las posturas de algunos autores, que sustentan el por qué, a pesar de los esfuerzos, persisten las dificultades que impactan en el proceso de formación. Inicialmente se plantea que al aplicar la estrategia de manera inadecuada puede resultar en desmotivación, enfocado en solo un estándar mínimo aceptable, aumentando la carga administrativa y reduciendo los contenidos educativos¹⁹. Por otro lado, se menciona que es un enfoque reduccionista basado en el conductismo, lo que recae en asuntos de ética y moralidad que son difíciles de abordar y medir²⁰. En consonancia con lo anterior, existen aspectos que son difíciles de medir como la conciencia de la situación, la metacognición, la automaticidad y cognición²¹. No hay instru-

¹⁹Leung WC. Competency based medical training: review. *BMJ*. 2002 Sep 28;325(7366):693-6. PMID: 12351364; PMCID: PMC126659.

²⁰Brooks MA. Medical education and the tyranny of competency. *Perspect Biol Med*. 2009 Winter;52(1):90-102. doi: 10.1353/pbm.0.0068. PMID: 19168947.

²¹Leung K, Ang S, Tan ML. Intercultural competence. *Annu Rev Organ Psychol Organ Behav* [Internet]. 2014;1(1):489-519. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-031413-091229>

²²Lurie SJ, Mooney CJ, Lyness JM. Measurement of the general competencies of the Accreditation Council for Graduate Medical Education: A systematic review. *Acad Med*. 2009;84(3):301-9.

mentos que puedan evaluar con validez las competencias²². Otro aspecto fundamental es que se ha devaluado el rol de los educadores, centrándose en formas burocráticas de evaluar, lo que a su vez, combinado con la definición de unos mínimos de competencia, recae en una reducción en la formación, llevando a los docentes a caer en el riesgo de preparar a los estudiantes únicamente para pasar las pruebas de evaluación, no para el ejercicio profesional.

Problemática y particularidades del país

En este segundo punto se abordará la problemática del país. Si bien se deben tener como referentes otros escenarios y modelos, es necesario recordar que Colombia tiene algunas particularidades que no se observan en otras regiones.

En primer lugar es el único país del mundo en el cual los residentes deben pagar 30 millones de pesos por semestre y donde la Ley del Residente terminó siendo un subsidio para pagar la matrícula. Por otro lado, los escenarios de práctica cobran a las universidades entre el 50 % y el 60 % de la matrícula, para permitir que los estudiantes roten en las instituciones. Además, el mercado regula la prestación de los servicios de salud y la prestación de la educación en salud, lo que se constituye como un escenario que quizás no es el idóneo para la formación.

Hay influencia importante de dos grandes reformas; la Ley 100 de 1993 de salud, la cual planteó al mercado como regulador, ocasionando un impacto en los escenarios y

la relación docencia-servicio, dado por una aguda crisis hospitalaria, además de la vinculación de los profesionales por contratos de prestación de servicios, adoptando modelos de facturación por productividad, siendo a estos profesionales a quienes las facultades de medicina les confían buena parte de la formación de los estudiantes cuando van a los hospitales.

Finalmente, promovió un desplazamiento de lo público con situaciones como el cierre de instituciones universitarias emblemáticas, como los hospitales Lorencita Villegas de Santos o el San Juan de Dios.

Por su parte, la Ley 30 de 1992 de educación ocasionó la apertura y programas bajo la lógica de la oferta y demanda, dando como resultado un incremento de programas de formación con bajos controles en el proceso de creación y seguimiento. Se generó un déficit en plantas profesoriales, tanto en cantidad como calidad, pues usualmente no cuentan con la formación adecuada.

Retomando el tema del incremento de los programas de formación, es posible hacer un recuento histórico, recordando que en 1960 había 7 facultades de medicina, en 1993, 21, siendo 70 % públicas. Hoy, 30 años después, el número se ha triplicado llegando a 63 programas, de los cuales 18 son oficiales, lo que corresponde a un 28 % y 45 son privadas, siendo esto el 72 % del total, es decir que el índice se invirtió, siendo ahora un mayor número de facultades privadas.

Por otro lado, al preguntar cuál es el médico que Colombia necesita, es importante consi-

derar un factor adicional y es el que necesita dónde. En el gráfico se encuentra la densidad de profesionales de medicina por 100.000 habitantes, donde se muestra como Bogotá está por encima de 45, superando incluso lo esperado por la OMS para 2030; sin embargo, al prestar atención a otras regiones del país como Caquetá o Chocó, se observa que el porcentaje es muy bajo. En esas zonas no hay suficientes médicos. Es allí donde es relevante dar espacio a la discusión acerca de qué pasa, ¿dónde están?, ¿se formarán a los médicos generales para que trabajen en Bogotá?, ¿cuál es el perfil que se necesita?

El exceso de programas de formación y el déficit de escenarios de práctica ha llevado a que el proyecto educativo quede en manos de la institución de servicios, lo que significa una pérdida de la propuesta educativa, porque gran parte de la docencia está a cargo de médicos en instituciones que no tienen estímulos ni formación adecuada. Además de eso, hay pérdida de los programas de formación docente, dado que no hay una capacitación pedagógica, ya que para el sistema es más relevante la actividad asistencial, conllevando a su vez a un poco o nulo seguimiento a los procesos de formación.

Se ha construido un doble discurso en el que por un lado se limita al máximo los escenarios de aprendizaje y por otro se esperan profesionales con un desempeño destacado que puedan cumplir con los requerimientos que se quieren como país. Asimismo se habla de la pérdida de la capacidad resolutive de los médicos generales, calificándolos de médicos tramitadores o remitidores, reduciendo su profesión a ser un requisito para llegar al especialista, pero no se habla de que tienen unas condiciones inapropiadas

para el ejercicio y de que es necesario mejorar los requerimientos de la formación de los médicos que están graduándose hoy en día.

Para cerrar este punto, vale la pena mencionar que el doctor Ricardo Escobar, una de las personas que más ha escrito de este tema en los últimos años, mencionaba en 2017 que “la pérdida de capacidad resolutive del médico general y de los especialistas generalistas es el resultado de múltiples factores relacionados con los cambios en la educación y la práctica de la medicina, en el contexto de las reformas planteadas en las leyes 30 de 1992 y 100 de 1993”.

Puntos de encuentro

Para este tercer punto se debe hacer una reflexión en torno a que la temática del presente foro ya se había planteado hace varios años, teniendo como resultado dos documentos, el primero titulado “Perfiles y Competencias Profesionales en Salud”, cuyo proceso fue liderado por el doctor Luis Carlos Ortiz desde el Ministerio de Salud, siendo publicado en el año 2016, y el segundo texto “Documento de recomendaciones para la transformación de la educación médica en Colombia”, publicado en el 2017.

A continuación se hace un recuento de algunos de los planteamientos de los documentos mencionados, que son relevantes para la discusión. Inicialmente se menciona que “la clara posición dominante de los aseguradores y los empleadores, imperante en el sistema de servicios de salud, ha restringido el ejercicio autónomo de la actividad profesional”; además que “la modalidad de vinculación laboral y el deterioro de las condiciones de trabajo, constituyen fac-

tores de distorsión que evidencian la existencia de un reconocimiento adecuado del rol y de las funciones fundamentales, que corresponde cumplir a los profesionales en el sistema de servicios de salud colombiano”. Los profesionales se ven enfrentados a múltiples realidades del ámbito de servicios que entorpecen y distorsionan su ejercicio profesional, incluyendo la carencia de los suministros necesarios y la inexistencia de equipos y dotaciones apropiados para llevar a cabo las actividades de atención, lo cual restringe las posibilidades de un ejercicio profesional apropiado con menoscabo a la atención otorgada a la población y deterioro de la dignidad profesional.

A nivel de formación, se menciona que la oferta de escenarios de práctica adecuados no ha crecido en la misma proporción que lo hicieron las facultades, lo cual impacta negativamente en la calidad de la formación. El núcleo no es la escuela médica, sino la agregación curricular de prácticas sin mayor integración clínica y muy limitada integración pedagógica. Adicionalmente, la relación entre universidades y hospitales pasó de ser estudio-trabajo, a constituirse como relación económica en la que muchas instituciones prestadoras de servicios de salud empezaron a proveer servicios educativos y la educación médica se constituyó en un objeto de transacción.

Por otro lado, se aborda que el ejercicio laboral de los médicos generales en Colombia muestra severas deficiencias, además de la limitada capacidad resolutoria para el primer nivel de atención y cómo se ha fomentado la reducción de las competencias del médico general y la derivación innecesaria, situación que ha redundado en un ejercicio poco mo-

tivante para los médicos generales y en la reducción de sus competencias formativas.

Ahora, realizando una lectura de lo que plantea el doctor Escobar, donde se considera importante tomar el segundo nivel de complejidad y de atención como el centro de la formación de pregrado, dado que en él confluyen la baja y la alta complejidad, permitiéndole al médico tener una relación más cercana con el primer nivel y deshospitalizarlo de la alta complejidad.

Otro aspecto relevante para la discusión es recordar la Ley Estatutaria 1751 de 2015, puntualmente tomando los artículos 6. Calidad y la idoneidad profesional, 18. Respeto a la dignidad de los profesionales y los trabajadores de la salud y 20. De la política pública en salud. Claramente es responsabilidad de estas aulas de la academia, en las que se gestaron los artículos mencionados, que se promueva la reglamentación y se exija el cumplimiento de esta, pues la temática que se está abordando acerca del médico general y su rol está estipulada en esta ley.

Apuesta desde la UNAL

Los planteamientos que hoy en día se están desarrollando, desde la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional se construyeron de la mano del profesor José Félix Patiño Restrepo, en donde se abordó el enfoque interprofesional, en el cual el médico general debe trabajar de manera conjunta con sus colegas de las diferentes profesiones de una manera idónea. Además de la formación integral, los procesos de humanización en salud y la formación con enfoque territorial, donde se resalta el reto de las universidades públicas para cerrar brechas y contribuir en

la formación de ciudadanos íntegros con conciencia social.

Se han identificado déficits en la formación, que seguramente también existen en muchas de las 63 facultades. Es fundamental desarrollar acciones para mejorar aspectos como la formación en conceptos básicos de atención primaria en salud, atención al adulto mayor, ética, salud pública, nutrición y seguridad alimentaria, todo lo anterior situado en el contexto particular de país en el que van a ejercer los profesionales.

A continuación se enumeran algunas de las apuestas que está haciendo la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional:

1. Planta docente extendida con formación pedagógica, pues los profesionales de las instituciones hospitalarias deben tener una capacitación pedagógica, con estímulos que les permitan desarrollarse como docentes.
2. Semilleros de investigación para el fomento del pensamiento crítico.
3. Atención primaria en salud ajustada a las demandas locales (aprendizaje basado en problemas).
4. Caracterización del estado de las necesidades de la población en búsqueda de soluciones.
5. Internado formador buscando recuperar el escenario del año rural y el servicio social.

6. Aumento de cobertura con calidad, lo cual representa un gran reto.

7. Prácticas en escenarios de media y baja complejidad.

De igual forma, se debe mencionar el modelo que se ha estado trabajando, relacionado con la humanización en salud, que incluye tres ejes: humanización en la atención en salud, en la educación en salud y en la calidad de vida y las condiciones del ejercicio de los profesionales de la salud. El eje 1, de humanización en la atención en salud, dirigido a pacientes, familias y cuidadores, es el eje que se ha relacionado con la comunicación y con la empatía con la que se debe trabajar.

El eje 2, de humanización en educación en salud, está dirigido a estudiantes de pre y postgrado, incluyendo la formación integral, las situaciones de salud mental y el burnout, además de las posibles modificaciones de estrategias pedagógicas y el aprovechamiento del tiempo libre. Y finalmente, el eje 3, de la humanización en la calidad de vida y las condiciones del ejercicio de los profesionales de la salud, está dirigido a ellos y comprende la consideración de las condiciones adecuadas en cuanto a salario, descanso, horarios, elementos para laborar, además del disfrute del tiempo libre, el deporte, la cultura, las actividades artísticas y la familia.

De todos estos aspectos adolecen los médicos generales en gran parte de nuestro país y finalmente se resume en tener dignidad, algo a lo que se debe apuntar en torno al ejercicio y a la formación de los médicos generales en Colombia.

Reflexiones finales

Es relevante preguntar si es válido lo que se había planteado desde hace 7 años en los documentos mencionados, enfatizando en cómo construir desde lo colectivo frente a las propuestas de cambio de las leyes 100 y 30, teniendo en cuenta que ya se había mencionado que había que mejorar las condiciones, promoviendo un trabajo digno, remunerado con una base salarial.

Se debe cuestionar qué grado de autonomía tienen las universidades y el gremio frente a una lógica del mercado imperante, además de cuál es el papel del Estado, recalcando que es el momento de que tenga un papel destacado y regulador, en algunos aspectos que implican calidad en la formación.

En relación con las competencias, hay que considerar si es una situación que se resuelve

en las facultades o es un tema que integra las condiciones del ejercicio y el sistema mismo.

Ahora, se debe clarificar qué retos hay en los temas de competencias, es necesario revisar los diagnósticos de las propuestas ya hechas en 2016 por el ministerio y en 2017, con un compromiso claro de las escuelas de formación, pensando en posibles ajustes curriculares en todas las facultades.

Finalmente, debe haber un compromiso de todos los actores del sistema. No solo es cuestión de números, la calidad en la formación es primordial y es necesaria la redistribución geográfica del talento humano en el país, y tiene que estar basada en estímulos reales, trabajando en dignificar el rol del médico general en el sistema de salud, buscando cumplir la Ley Estatutaria en salud 1751 de 2015.

10. Los médicos generales y sus competencias.

Doctor Juan Pablo Poveda, director del portal web:
www.medicosgeneralescolombianos.com

El tema de las competencias profesionales es un aspecto que ha tenido y tiene constringidos a los médicos generales del país.

En primer lugar, se pretende abordar el documento publicado en el año 2016 por la Academia Nacional de Medicina y el Ministerio de Salud, titulado “Perfiles y competencias profesionales en salud”. En ese texto se resaltan aspectos que son muy relevantes para la situación actual, se presenta una cita en la que se menciona algunos de ellos:

“...los esquemas de seguros en salud que desde una perspectiva financiera ofrecen ventajas, son también proclives a generar problemas cuando los aseguradores asumen el rol de contratistas y pagadores de los servicios; ese ha sido el caso de Colombia, donde las empresas promotoras de salud se convirtieron además en proveedores de servicios, asumiendo prácticamente el control total del sistema de salud, situación que se agravó por la relativa laxitud de los organismos del estado”.

“...en esta perspectiva, el médico general se ha convertido en un trabajador cautivo y por tanto dependiente de múltiples sistemas de contratación y remuneración, que le generan graves problemas para su ejercicio profesional. En esta dimensión el médico ha perdido la estabilidad laboral, está sujeto a formas amaña-

das de contratación y a bajas e irregulares remuneraciones, en muchos casos carece de seguridad social y casi siempre de afrontar serias dificultades para mantener la requerida actualización permanente de sus competencias profesionales”.

La lectura de estos apartados permite afirmar que tanto el Gobierno Nacional como la Academia Nacional de Medicina conocen la situación que rodea a los médicos generales del país y es preocupante que después de 7 años de esta publicación, no ha habido modificaciones sustanciales para tratar de corregir lo anteriormente mencionado.

Dentro de algunos datos de contexto se encuentra que según la OCDE, la tasa de médicos en Colombia es muy baja, típicamente son 3,3 médicos por cada mil habitantes, mientras que en el país esa cifra no es superior a 2,3. Además de eso, la distribución entre médicos generales y especialistas está completamente disgregada, siendo 70 % médicos generales y solo 30 % médicos especialistas, lo que en regiones apartadas puede estar afectando la efectiva prestación del servicio y el acceso, entonces se debe reflexionar sobre ¿qué es lo que ha hecho que Colombia tenga cifras tan bajas en comparación con otros países de la región y del mundo?

Es importante recordar la Ley Estatutaria en Salud 1751 de 2015, en la que también se aborda de alguna manera el tema de las

competencias profesionales, el artículo 17 sobre autonomía profesional menciona que se garantiza la autonomía de los profesionales de la salud, para adoptar decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que tienen a su cargo, teniendo en cuenta los esquemas de autorregulación, ética, racionalidad y evidencia científica, haciendo énfasis en que se prohíbe todo constreñimiento, opresión o restricción del ejercicio profesional que atente contra dicha autonomía.

Igualmente, en el artículo 18 se plantea lo referente a las competencias profesionales. Si bien no las aborda de manera directa, menciona, en relación con el respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud, que el talento humano en salud estará amparado por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidad para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales.

Sin embargo, los dos artículos anteriores no han sido reglamentados después de 8 años, lo cual es una función del Ministerio de Salud, con la participación de los organismos o asociaciones que representan al gremio.

Desde el portal medicosgeneralescolombianos.com, en el que se encuentran 49.000 médicos generales en Colombia de las diferentes regiones, se ha realizado un seguimiento de sus percepciones ante distintos aspectos de la profesión y se ha cuestionado acerca de qué porcentaje de lo aprendieron en la universidad, tienen permitido ejecutar dentro del ejercicio de la medicina, a lo que los colegas médicos generales responden que únicamente se les permite hacer el 20 % de lo que saben hacer, por lo que es válido afirmar que al médico general no se le permite ejercer en Colombia.

Sin embargo, lo que los médicos generales pueden aportar en términos de atención en salud es realmente significativo. El médico está bien formado, contrario a lo que se plantea, pues lo que realmente ocurre es que no le dejan ejercer. En el documento de la Academia del 2016 se planteó un listado en el que se describía qué procedimientos debe poder realizar el médico general de acuerdo con las diferentes especialidades, y allí se encuentra un gran número de procesos que desde la parte normativa no le es permitido ejecutar, siendo que el médico general está completamente capacitado para abordar temas en diferentes áreas y particularmente en especialidades como medicina familiar, medicina interna, ginecología, pediatría, incluso cirugía.

Un estudio que hizo el Observatorio del Talento Humano en Salud del Ministerio de Salud define cuáles son las falencias, carencias o dificultades que en términos de oferta de atención en salud, por especialidad, y se evidencia que en Colombia hay deficiencias en la oferta de casi todas las especialidades, siendo más acentuado en las de pediatría, medicina interna y ginecología.

Por otro lado, a nivel de formación, los médicos generales egresan de la carrera sin haber realizado procedimientos básicos que debe estar en capacidad de atender, lo cual se replica en la práctica, en la que no se le permite ejercer con el total de sus capacidades.

Otro tema fundamental es la actualización médica, tema constante de discusión; sin embargo, hay que resaltar que para lograr este aspecto es necesario contar con recursos económicos y de tiempo, factores con los que normalmente el médico general no cuenta de manera adecuada.

En ese sentido, se realizó una nueva pregunta a la comunidad de médicos generales, acerca de si asistían a congresos, eventos, simposios o cursos para actualizarse dentro del ejercicio, obteniendo que el 26 % nunca asiste a eventos académicos, el 59 % lo hace dos veces al año, el 10 % asiste cuatro veces al año y solo el 5 % lo hace mensualmente. Estos datos muestran que la actualización médica en Colombia es demasiado pobre y es importante entender que posiblemente el médico general no tiene motivación para realizar este tipo de actividades, que implican dinero y tiempo, si no le permitirán poner en práctica los nuevos conocimientos que adquieran.

A nivel laboral se debe mencionar que hay un deterioro desde la implementación de la Ley 100 de 1993, hace 20 años los médicos ganaban el equivalente a 22 salarios mínimos y tenían un vínculo laboral completo, hoy en día el ingreso del médico general se encuentra en promedio de cuatro salarios mínimos; sin embargo, únicamente el 42 % se encuentra dentro de la planta de personal, los demás están vinculados a través de formas aberrantes de vinculación al trabajo y eso afecta muchísimo su calidad de vida, sus posibilidades de capacitación y el mantener sus competencias profesionales actualizadas.

Como conclusiones se puede destacar que las dificultades que están presentes en el ejercicio de la medicina general en Colombia se pueden enmarcar en los siguientes aspectos:

1. Pérdida de la autonomía profesional y constreñimiento del trabajo como médico en aras de contener el gasto y así

lograr mayores rendimientos en el negocio de la salud.

2. Bajo ingreso y vínculo laboral anormal con una evasión y elusión en el pago de la seguridad social.
3. Escasas plazas para especialización, es el país con el menor número de especialistas, proporcionalmente comparado con el total de médicos que hay en el territorio.
4. Bajo número de médicos por habitante, generando menor oportunidad en la atención, afectando directamente la calidad en salud.
5. Corrupción en la asignación de plazas para ingresar a las especializaciones.
6. Pérdida del respeto social hacia el médico general.
7. No hay acciones concretas de quienes representan a los médicos generales para corregir las condiciones actuales del ejercicio.

Todo lo mencionado anteriormente deja como resultado un talento humano cansado, deprimido y frustrado.

Para proponer acciones de cambio se considera que no se trata de conocer qué saben y qué pueden hacer los médicos generales en Colombia, se trata más bien de conocer qué de todo lo que se plantea que conoce y está en capacidad de hacer, se le debe permitir ejecutar al médico.

11. Los médicos generales y sus competencias.

Asociación Colombiana de Medicina General

Doctor César Cortés, presidente

El desarrollo de esta presentación incluye complementar el diagnóstico acerca de la situación de los médicos generales en el país, además de plantear algunos comentarios con propuestas de solución. Para iniciar, es importante partir de las definiciones de médico general y medicina general. En Colombia, el médico es el profesional universitario graduado de pregrado, a diferencia de muchos países en los que la dinámica es que la profesión se convierta en un posgrado.

Además de eso, la medicina general es la rama básica de la medicina que en el campo asistencial atiende los casos más relevantes de la enfermedad de los individuos, las familias, las comunidades o la sociedad. Lo hace normalmente en las distintas fases del ciclo vital individual: niñez, adolescencia, adultez, vejez o del ciclo de reproductivo vital. Asimismo, se constituye como la puerta de entrada al sistema asistencial de prestación de servicios en el primer nivel de atención o de la atención primaria en salud.

Por otro lado, se encuentran los niveles de atención los cuales son una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población. Existen tres niveles que se articulan. El primer nivel es el más cercano a la población, en el que se espera que se resuelva el 80 % de problemas de baja complejidad; el segundo nivel, el hospitalario y de especialistas, en el que se resuelven problemas de mediana complejidad no resueltos antes y finalmente, el tercer nivel, en el que se encuentran los

especialistas y subespecialistas que atienden problemas poco prevalentes, procedimientos especializados de alta tecnología. Sin embargo, aunque se afirme que en el primer nivel de atención se debe resolver el 80 % de los problemas en salud, eso no es lo que está ocurriendo en la práctica.

De igual forma, el trabajo de los médicos se distribuye de acuerdo con niveles de complejidad, el primer nivel son los consultorios o centros de salud en los que atienden médicos generalistas, que incluyen los médicos generales, los familiares, los comunitarios, los pediatras y los ginecoobstetras, pues todos tratan patologías comunes que tienen que ser derivadas posteriormente. El segundo nivel se compone de centros especializados, IPS y hospitales, allí atienden especialistas. Y, finalmente, el tercer nivel, que son centros hospitalarios, prestaciones de salud y quirúrgicas en el que se encuentran subespecialistas, procedimientos o tecnologías. Sin embargo el sistema se concentró en la medicina de las enfermedades, de los diagnósticos, todo atado al sistema del seguro, concentrado en los costos del sistema y no en la atención de la persona.

Como parte de la política de salud de atención y de prevención, es muy importante rescatar la prevención en todos los niveles. El primario, que se refiere a la atención de personas sanas, dando orientación de acuerdo con el ciclo vital, previniendo patologías o educando para continuar sanos individual o colectivamente. El secundario, en el que se

habla de la atención precoz de la enfermedad, con el objetivo de lograr la curación o prevenir complicaciones mayores, y el terciario, en el que se da una atención apropiada para la recuperación y la rehabilitación.

De igual forma, es fundamental recordar las grandes estrategias a rescatar. En primer lugar se encuentra la atención primaria en salud, que fue propuesta en ALMA ATA en el año 1978, la cual es una estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad, con el fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios.

Otra estrategia es la promoción de la salud, entendida como acciones de educación y concientización, ofrecidas por equipos interdisciplinarios dirigidos a nivel individual, familiar o grupal, según su estado de salud o entorno, con el objetivo de mantener la salud, lograr nuevos objetivos de vida saludable y fomentar el autocuidado y la solidaridad; sin embargo, con las EPS se han convertido en empresas pagadoras de servicios y no han cumplido su rol como promotoras de salud.

En relación con los contextos para revisar las competencias profesionales de los médicos generales en Colombia, se pueden considerar los sistemas de salud, el profesionalismo en medicina, los paradigmas médicos, los modelos educativos universitarios/currículo, la tipología de los actos médicos, los problemas pedagógicos y la coordinación interinstitucional.

Iniciando con el contexto del sistema, se recuerda que entre 1974 y 1992 funcionó el

Sistema Nacional de Salud mixto privado y de seguridad social, el cual cambió a partir de 1993, mediante la Ley 100, estableciéndose el Sistema General de Seguridad Social, que aún está vigente.

Hoy existe una oportunidad muy importante de cambio con el proyecto de la reforma a la salud 339 de 2023, en el que se debe integrar lo propuesto en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, pues allí se recogen las posiciones de todos los actores, incluyendo a las organizaciones gremiales, a través de los Acuerdos Fundamentales para la reforma a la salud, gestados en la Academia Nacional de Medicina.

Desde el contexto de los paradigmas médicos se plantea la importancia de superar el modelo biologicista, transitando a un modelo social epidemiológico y llegar a comprender la medicina como un fenómeno social-histórico que va más allá de las enfermedades y de causalidades epidemiológicas.

En relación con los currículos, se resalta la diferencia entre el modelo médico hegemónico y el modelo renovado de la medicina, pues dentro de las instituciones es fundamental formar ciudadanos críticos, activos y dispuestos a comprometerse, no quedándose únicamente en ser profesionalizante.

Para abordar el profesionalismo, se recuerda que el doctor José Félix Patiño fue un gran referente en el tema y él planteaba que el profesionalismo en medicina es esencial y debe cumplir con condiciones de conocimiento técnico. Es muy importante que el médico sea autónomo, que tenga un compromiso social y ético, y que se autorregule; no obstante, esto no se ha logrado porque las que las regulan son las condiciones que imponen las EPS, en donde hay una visión

política amplia del Estado y de la sociedad, es en ese sistema de seguridad social en el que se llevan 30 años y de ahí se deriva la normatividad que ha limitado la prestación de calidad del servicio a la salud.

En cuanto a la tipología de actos médicos, el autor Ángel Rodríguez de Chile propone 5 modelos; en primer lugar se encuentra el modelo hipocrático, donde el médico de una manera paternal daba indicaciones al paciente y este confiaba plenamente, ese era el médico antiguo, que tenía la jerarquía y el conocimiento.

En segundo lugar está el modelo tecnológico, el cual está más concentrado en la enfermedad que en la persona. Posteriormente se plantea el modelo legal, en el que el servicio es un contrato, sin confianza en la relación médico-paciente, por lo que se generan muchas demandas y el médico ejerce su labor a la defensiva. En cuarto lugar se encuentra el modelo comercial, en el cual el médico es un agente, el paciente es consumista y la medicina está sujeta a la economía de mercado, donde los usuarios consideran que solamente acuden a un servicio utilizando un seguro de salud o un seguro de enfermedad, para procedimientos o requerimientos. En esto es importante comprender que ha habido unos cambios culturales muy importantes, en la medida en que el usuario conoce más sobre las situaciones de salud y de enfermedad, es más exigente. Finalmente, se encuentra el modelo de alianza, en el que hay una confianza entre el paciente y el médico, enmarcada en el respeto mutuo y la comunicación.

En conclusión, este tipo de actos médicos está concentrado en que los médicos gene-

rales únicamente representan a la EPS que pone unas condiciones, que los maneja inclusive con unas guías ocultas, las guías de práctica clínica que son parte del proceso de habilitación de los consultorios y las IPS, las cuales son muy concretas y científicas. Estas son evaluadas por profesores e investigadores, pero en la vida real el médico en la EPS únicamente sigue órdenes que limitan su ejercicio.

Dentro de los problemas pedagógicos se destaca que existen fallas en el modelo educativo básico nacional, pues las personas estudian para obtener una calificación, compitiendo por una nota, no cultivando un real interés por su proceso educativo. Por otro lado, el modelo universitario se considera profesionalizante, no formando ciudadanos críticos, es una educación pasiva, no transformadora. Además de eso, el modelo de currículo está en debate por pedagogos.

Por otro lado, el modelo de educación médica continuada, que es el espacio en el que se actualizan los conocimientos y las competencias, es desorganizado, aleatorio y está sometido al sistema comercial. Todo el mundo ofrece cursos de actualización, pero muchas veces no se relacionan directamente con las necesidades del médico que esté trabajando.

Finalmente, el modelo de posgrados está atrasado en comparación con otros países, además de que en Colombia no hay una propuesta para desarrollar médicos familiares y comunitarios, que es la tendencia en los sistemas que están enfocados en la atención primaria en salud. En la práctica, para los médicos generales que terminan su carrera,

su mayor aspiración es hacer una especialidad. Aquellos que no lo logran ejercen su profesión sufriendo por no haberlo logrado.

En relación con el último de los contextos, es indispensable que exista la coordinación interinstitucional entre el Ministerio de Salud, como entidad reguladora; los empleadores y aseguradores, como prestadores de servicios, y las facultades de medicina, como entes formadores.

Es así cómo es posible responder a la pregunta que se plantea acerca de la capacidad resolutive. El médico puede tener una adecuada formación de pregrado; sin embargo, el sistema de salud ha limitado al máximo su capacidad resolutive.

Ahora, en consonancia con lo mencionado en el párrafo anterior, es importante abordar algunas de las dificultades de los médicos generales en el sistema de salud actual. Hace 7 años el doctor Alejandro Gaviria, en el Ministerio de Salud, realizó un diagnóstico, teniendo en cuenta los temas de equidad, sostenibilidad y legitimidad, del cual se destacan los siguientes puntos:

1. **Problemas laborales:** 70 % por contratos orden de prestación de servicios e informalidad, lo que llevó a un progresivo deterioro del salario promedio del médico general en los últimos 30 años.
2. **Brecha en aumento entre los médicos especialistas y los médicos generales:** la retribución social por meritocracia

está en declive por lo cual han perdido legitimidad social.

3. Problema multicausal.
4. Invisibilidad ante la sociedad.
5. En un mundo globalizado se generan nuevas expectativas de trabajo.

Por otro lado, el Ministerio de Salud detectó algunas debilidades en los médicos generales, entre las que se encuentran deficiencias en salud pública y epidemiológica, problemas en comunicación para trabajar en equipo, fallas en semiología y escaso conocimiento de cómo funciona el sistema de salud.

Se debe resaltar, como se ha mencionado antes, que los médicos generales tienen muchas restricciones para ejercer la medicina general, como los problemas relacionados con la proliferación de contrataciones sin garantías básicas, la falta de insumos, equipo y tecnología que se presenta en algunos sitios de trabajo, las limitaciones administrativas acerca de la remisión de pacientes, formulación de medicamentos y apoyos diagnósticos, la falta de incentivos para educación, el tiempo limitado para hacer consultas, entre otros aspectos que entorpecen el ejercicio y la prestación de un servicio de calidad a la población.

Sumado a lo anterior, faltan estudios o encuestas para analizar cómo son los perfiles de los médicos generales en los distintos campos de trabajo, en consulta externa, en urgencias, en atención primaria y hospitalaria, en temas administrativos, etcétera.

Como conclusiones se plantean los siguientes aspectos que se han analizado en la Asociación de Médicos Generales:

1. Deficiencias en conocimientos de temas éticos, de derechos humanos y de legislación sobre la responsabilidad médico legal.
2. Deshumanización y displicencia de parte de algunos médicos generales con los pacientes en el acto médico.
3. Olvido de algunos médicos de por qué estudiaron medicina, son muy dependientes de las nuevas tecnologías, afectando su ejercicio cuando no tienen acceso a ellas.
4. Pérdida de la actitud de ser cuidadores o voceros de los pacientes que van a representar.
5. Falta de manejo diferencial con respecto a la diversidad cultural, sexual, de raza, etcétera.
6. Desactualización en fisiopatología por la concentración de guías resolutivas no analíticas.
7. Falta de aprovechamiento en el manejo del proceso de las historias clínicas, aprovechando cada uno sus los componentes, lo cual actualmente no se está haciendo. La historia debe ser completa, con datos demográficos, antecedentes, revisión de sistemas. El examen físico debe ser real, los médicos ahora por el tiempo de consulta no alcanzan ni a examinar a los pacientes, confían más en los exámenes o tienen que convertirse en médicos de los especialistas, se convirtieron en internos de los especialistas.
8. Falta de conocimiento en el manejo de exámenes y procedimientos comunes, además de fortalecer conceptos de triage y ser más pedagógicos con los pacientes.
9. Deficiencia en el manejo de las habilidades de comunicación con el paciente, con el equipo interprofesional y con la administración en pro de defender los derechos del paciente y su autonomía médica.
10. Falta de liderazgo en salud pública y temas afines, vinculándose a sociedades científicas, a la Federación Médica, al Colegio Médico Colombiano y a las asociaciones gremiales y sindicales.
11. Falta de médicos generales docentes e investigadores enseñando Medicina general, que los formadores no sean únicamente especialistas.
12. Necesidad de una política pública para establecer incentivos de los médicos generales, promoviendo que recuperen su nivel de capacidad adquisitiva.

12. Panel, coordinado por el doctor Eduardo Guerrero, presidente de la Asociación Colombiana de Salud Pública, médico cirujano en la Universidad del Valle y magíster en Salud Pública de la Universidad de Antioquia

Participación de los doctores: Martha Ospina, exdirectora del Instituto Nacional de Salud (INS); Julio Rincón, de Cosesam; Carmen Eugenia Dávila, de Gestarsalud; Natalia Mejía, decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes, representante de Ascofame; Jhon Jairo Botello, decano de la facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Remington, y Fernando Galván, decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

A través de la presente discusión se desea buscar el camino para resolver una situación tan compleja como lo es la formación de los médicos generales, y a su vez el funcionamiento del sistema de salud.

Es indudable que cuando se habla del médico general y de sus competencias, se involucren las aristas de los distintos actores, la pregunta que surge indudablemente es ¿cómo lograr un acuerdo nacional a través de esas diferentes instancias, utilizando las facultades que tiene la Constitución de la República, el valor que tiene la Academia Nacional de Medicina y las posturas y opiniones de los diferentes grupos que participan en estos procesos, generando rutas de cambio que permitan dar una solución a los problemas que se han esbozado?

Desde hace muchos años se ha presentado esta discusión acerca de cómo formar y cuáles son las competencias del médico general. Lo que se observa es que hay disposiciones

internacionales sobre cuáles son las competencias que deben tener los médicos generales y cómo deben adaptarse en los diferentes contextos.

Colombia tiene documentos importantes sobre las competencias y hacia dónde se debe avanzar y se ha presentado el cuestionamiento acerca de qué está ocurriendo estructuralmente, que impide el progreso del sistema de salud en una forma coherente para poder prestar los servicios. Es allí donde las diferentes universidades deberían evaluar si es necesario cambiar de estrategia, buscando avanzar hacia una mirada que abarque la situación de los territorios, ya que se ha visto que formar a las personas únicamente en las grandes ciudades no es suficiente y que es necesario que se territorialice la educación y la formación de todo el conjunto de profesionales de la salud, para acercar esas capacidades de la docencia a los territorios, y que permita crecer en el tiempo de manera autónoma.

Igualmente, se evidencia que no es suficiente solo formar a los profesionales, pareciera que los escenarios de práctica, las universidades y las instituciones deberían tener una sinergia de modificación de esas instituciones prestadoras de servicios en los territorios, que a su vez deberían avanzar hacia unas redes integrales territoriales con la estrategia de atención primaria y con capacidad resolutive.

Todo lo anterior implica inversión, la cual se concentra en las grandes ciudades, además los territorios han perdido su capacidad tecnológica y de respuesta. Por esto es importante pensar en cómo las universidades, junto con el Estado y las regiones, convergen para recuperar la capacidad territorial resolviendo los problemas más cerca de las personas. Esto requiere reorganizar el sistema lo cual lleva tiempo y una inversión en el mediano plazo para lograrlo, con un nuevo incentivo que se dirija al logro de los resultados sociales.

Cuando se habla de la capacidad resolutive es importante destacar que no es únicamente el médico general el que resuelve el 80 %, sino que hay un conjunto de profesiones que deben actuar para generar esa capacidad en los territorios, y por lo tanto el cambio de paradigma que está surgiendo, y que hay instituciones trabajando en ese sentido, es cómo llegar a esa formación interprofesional para poder hacer la apuesta de ser resolutivos en ese 80 %, tanto en lo clínico como en la promoción, prevención y mantenimiento de la salud de la población.

En ese sentido la primera pregunta es la siguiente: **1. ¿Cómo lograr que lo que se está pensando y está expuesto se vuelva realidad?**

Doctora Martha Ospina

El tema de competencias del médico general está más vigente que nunca, es fundamental volver a pensar y hablar de la puerta de entrada al sistema, la cual se conforma como un equipo de personas de aproximadamente 28 o 29 servicios de atención básica o especializada. Si esa puerta de entrada no existe completa, no hay profesional que sea capaz de resolver las demandas por sí solo.

De igual forma esa entrada debe adaptarse a territorios rurales dispersos y urbanos.

Por otro lado, es importante plantear una reflexión sobre 3 aspectos que hay que mejorar de los médicos generales:

1. Los profesionales deben tener formación en medicina tropical, aquella medicina que es tan común en el país, no lo es para los médicos generales.
2. Los médicos generales no están preparados en modo de emergencia, no reconocen una situación extraordinaria así sea colectiva o individual y no saben actuar en consecuencia, más allá del manejo médico.
3. La mayoría de los médicos generales tienen buena teoría, pero no la práctica para todo aquello que está fuera de los hospitales. Los escenarios de práctica no existen o no han sido creados, lo que genera que, cuando llegan al terreno en diferentes lugares del país, están paralizados, no saben cómo se despliega una respuesta real. Por otro lado, cuando hay profesionales preparados, las condiciones no son las idóneas para que se desplacen a la zonas rurales del país.

Doctor Eduardo Guerrero

2. La siguiente pregunta se dirige a los representantes de las instituciones formadoras **¿Qué aspectos consideran que se deben modificar en los sitios de práctica, para avanzar en la situación actual?**

Doctora Natalia Mejía

A raíz de las propuestas de la reforma en salud es importante reflexionar acerca de diferentes planteamientos, como el abrir otras

facultades en las regiones, pensando en cuál sería la mejor forma de hacerlo; sin embargo, luego de analizar detenidamente la situación se llegó a la conclusión de que no se trata de hacer otras facultades regionales, pues el problema real es que los profesionales que se están formando no se quedan en las zonas apartadas del país.

En algún momento también se pensó en hacer una carrera alterna de un médico que resolviera los problemas de atención primaria en las regiones, pero se decidió que no era conveniente, pues por las diferencias de los currículos podrían ser considerados incompetentes al compararlos con los egresados con un currículo habitual.

Una estrategia que se considera puede funcionar es formar profesionales procedentes de las regiones, en universidades ya establecidas, acreditadas, promoviendo el compromiso de regresar a su sitio de origen, garantizándoles estabilidad laboral, atención a sus necesidades familiares, acceso a educación de calidad para sus hijos, atención en salud, seguridad personal, generando condiciones similares a las grandes ciudades, hasta donde sea posible.

Doctor Fernando Galván

Es una problemática compleja a la cual no se le encontrará solución desde la perspectiva de uno solo de los muchos actores que intervienen. Es importante resaltar lo mencionado anteriormente acerca de la puerta de entrada al sistema, de cómo llega el paciente y es que actualmente el paciente llega cuando ya está enfermo. Pensar en lograr que ingrese antes a otro nivel puede ser una solución en el que el rol del médico general sea prominente, apuntando a la atención prima-

ria en salud. En ese sentido, la puerta de entrada al sistema de salud debe ser oportuna, no dejando llegar a que la atención se realice cuando se incrementen los gastos.

En relación con la pregunta que se da en torno al territorio, la Universidad Nacional tiene 9 sedes desde las que se está trabajando en que los estudiantes próximos se formen en sus territorios, complementando con períodos de estudio en las grandes ciudades y luego del internado vuelvan al territorio, lo que permite que, sin entrar en ninguna formación diferente, tengan las mismas capacidades que otros, pero con una formación y una visión de territorio. Esto se tiene que dar de la mano con que haya estímulos para la redistribución del talento humano, tienen que darse condiciones adecuadas, pero también lo relacionado con la familia, la seguridad y otros tipos de estímulos tributarios.

Vale la pena mencionar los resultados de un trabajo donde se les preguntó a los médicos especialistas por qué no se iban para las regiones y ellos mencionaban todos los factores abordados anteriormente, por lo que pensar en generar una política de Estado que esté favoreciendo que haya estímulos reales para ir al territorio, es una apuesta que puede dar solución y respuesta a las falencias en la distribución del talento humano.

Desde las universidades se debe fomentar el conocimiento de las enfermedades y patologías que se presentan en la población, todas las del trópico, pues Colombia es un país del trópico y hace falta más formación en esos temas.

En conclusión, son todos los actores quienes deben tomar medidas pues no solo es salud,

también se integra la educación, y los demás actores, es una solución que se debe construir en conjunto.

Doctor Jhon Botello

Debe haber corresponsabilidad en la formación del personal de salud, la formación no es solo de las universidades, en los sitios de práctica se dan momentos de formación y no se trasciende a lo interprofesional.

Cuando las clínicas comentan que los médicos que se están formando no resuelven, la pregunta que habría que hacer es si es únicamente responsabilidad de las universidades. Como entidades formadoras, se tiene el compromiso de que las diferentes instituciones mejoren en su capacidad docente, pero finalmente no se hace. Por otro lado, las clínicas y los hospitales restringen cada vez más el ejercicio formativo, disminuyendo las oportunidades para los estudiantes dentro de la práctica. Además, cuando se piensa en abrir espacios en hospitales locales y regionales, se genera el cuestionamiento de cuántas de esas instituciones están habilitadas como escenarios de práctica. Por esto se debe definir cómo hacer que los hospitales locales y regionales estén debidamente habilitados, para que participen del proceso de formación de los estudiantes.

Por otro lado, es importante que esos hospitales no solo piensen en la contraprestación, ya que la mayoría de las universidades tienen funciones sustantivas de docencia, investigación, extensión o proyección social. Un ejemplo de lo anterior es lo que se está ejecutando en Antioquia, las 7 universidades plantearon unos acuerdos para potenciar el sistema de salud antioqueño.

En relación con el aspecto de salud familiar y comunitaria, el problema es la falta de articulación al sistema, porque se asiste a escenarios no clínicos, en los que no se ingresan formalmente esas personas al sistema de salud, lo que trae como consecuencia que las personas se enojen con las universidades, pues lo que se logra hacer es dar un diagnóstico, pero no una solución al problema de salud que presenta la población. En respuesta a lo anterior, en Medellín se está generando un convenio con Metrosalud, en el que los especialistas van a las casas, pero si no se busca incorporar las diferentes acciones al sistema de salud, no se va a lograr un cambio significativo.

Doctor Eduardo Guerrero

3. La siguiente pregunta se dirige al doctor Julio Rincón, **¿cuál sería el rol de la autoridad sanitaria, empezando por los ministerios y las secretarías departamentales y municipales, para ayudar a reconstruir ese proceso de organización de nuestros servicios, que estén más cercanos a la gente, que se pueda trabajar junto con las universidades, los gobiernos y con las comunidades? ¿Cómo se logra sacar el mayor potencial no solo de los médicos generales, sino del equipo interprofesional, y cómo lograr que los especialistas de las ciudades puedan apoyar a ese grupo que está trabajando en los territorios, conformar redes territoriales en regiones y microrregiones, qué habría que hacer con los nuevos secretarios de Salud municipales y departamentales, que junto con la academia pudieran vislumbrar ese cambio los próximos 10 años?**

Doctor Julio Rincón

Puede que en la universidades se formen excelentes profesionales, pero si luego, en la vida laboral tienen inadecuadas condiciones de trabajo, no se obtendrán los resultados esperados.

Se deben generar estrategias para complementar la formación de los médicos, el servicio social obligatorio podría ser la oportunidad idónea; sin embargo, es importante acompañarlos y darles el apoyo necesario para desarrollar todas sus capacidades, si no se logra que el sistema de salud pague lo que se necesita, generar salud, generar las condiciones, pues no lo va a producir.

Se menciona que hay que formar más especialistas, se debe recordar el triángulo de atención que dice que el 80 % se resuelve en el primer nivel, el 15 % en el segundo nivel y el 5 % en el tercer nivel. Hoy se redujo a que en el primer nivel solo se resuelve el 30 %, esa demanda de médicos especialistas es clara, pues en ese primer nivel no se está atendiendo, lo cual limita cualquier propuesta.

En los municipios no se ofrecen garantías, cómo se alinea lo que se espera del médico general y lo que está en disposición para retribuir a su trabajo. Si no se genera el estímulo del mercado, el sistema seguirá produciendo lo que se está produciendo.

Doctora Martha Ospina

Es importante resaltar que la resolutiveidad no se basa únicamente en los médicos generales, como se mencionó anteriormente, es toda una puerta de entrada con diferentes servicios que se complementan. Además de eso, se pueden observar otras apuestas que se han implementado como los médicos expertos, que no son especialistas, están en

la mitad. El ejemplo de oro es el programa de VIH Colombia, se sabe y está publicado, y no es manejado por un médico especialista, es el médico experto que como médico general tiene un entrenamiento especial, con quien se pueden crear programas especializados, gestando un cambio que involucre la gestión de riesgo, la progresión hacia estadios superiores, una buena puerta de entrada al sistema, unos buenos programas manejados por médicos expertos y excelentes especialistas, todo esto constituye servicios resolutivos.

Doctor Eduardo Guerrero

4. La pregunta final va dirigida al sector asegurador, representado por la doctora Carmen Eugenia Dávila **¿cómo se logra, desde el aseguramiento, modificar formas de pago que acerquen el potencial de los médicos generales con los médicos especialistas para llegar a los territorios?**

Doctora Carmen Eugenia Dávila

Con relación a las formas de pago de cualquier asegurador o pagador al prestador, la peor forma de pagar es la que se estaba planteando en la reforma de pagar por evento, pues eso implica que no se haga una atención integrada y resolutiva. Hoy en día se ha avanzado hacia otras formas de contratación, es así como en la última versión de la reforma se aceptan nuevas maneras de vincular al personal; sin embargo, no hay un punto donde haya todavía un consenso.

Adicionalmente, la contratación involucra información que permite hacer formas de pago que sean más eficientes, que le favorezcan al paciente y que hagan rendir los recursos. Más allá de querer mercantilizar, la verdad es que el dinero es un factor absolutamente relevante para mantener los servi-

cios de salud, ya sea de hospitales públicos o privados, todos tienen la necesidad de tener unas utilidades legítimas.

Las formas de contratación deben procurar ser más integrales, atendiendo las enfermedades y todas las complicaciones que se puedan dar y eso solo se logra con información. En ese sentido, uno de los mayores riesgos relacionados con este tema en la reforma actual es que se pretende otorgar a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Adres) una capacidad para hacer ese tipo de negociaciones, y el sector prestador es el mismo, los médicos son los mismos, no solo se van a prestar los servicios de salud con la red pública y el 80 % de los prestadores o más son privados. Si no se logra implementar las redes y formas de contratación globales, no se llegará a un equilibrio necesario en el sistema, pues hoy en día no existe un equilibrio entre la Unidad de Pago por Capitación (UPC) y el Plan de Beneficios. Esta situación se debe revisar y corregir.

Ahora, el cómo garantizar mejores resultados para el paciente, es precisamente con esas formas de contratación que sean más integrales y es lo que deben hacer las EPS, se debe evaluar quién puede hacer mejor el trabajo.

Finalmente se debe promover un proceso de diálogo con el gobierno, es necesario el diálogo para avanzar y permanecer aliados en la construcción, se deben ejecutar cambios en pro del mejoramiento continuo. Para lo anterior es necesario ampliar el escenario, en gran medida el fracaso del intento de reforma ha sido la falta de concertación y diálogo con los interesados y los involucrados.

Doctor Eduardo Guerrero:

Para finalizar este panel se plantea que queda abierto que, para poder lograr esos cambios en las competencias y en la organización de los servicios, y esa visión que se tiene de llegar a los territorios, es importante discutir con las diferentes instancias, con la Adres, con los aseguradores, con la academia, con los prestadores, etcétera, de cuál es el nuevo camino para cambiar el modelo de organización del sistema, porque no queda ninguna duda de que el sistema como está actualmente no logra resolver los problemas de las grandes mayorías, de las grandes poblaciones vulnerables del país y que es necesario hacer un cambio que implica modificaciones enormes en la forma de contratación, en las relaciones entre las instituciones académicas, los hospitales y los territorios, e implica cambios financieros.

Si eso se tiene como conciencia, es posible que una mesa de trabajo que analice los aspectos en las diferentes regiones propicie la creación de acuerdos regionales diferenciados para poder llevar la academia a los territorios.

Se requiere que aparezcan recursos nuevos que incentiven esa relación de la docencia, la asistencia y los territorios en una nueva forma de contratación del sistema. El sistema, como hasta el momento se ha vivido, no ha tenido esa visión en la forma financiera de contratación, se deben modificar las formas de pago en los territorios para lograr esa forma diferente de trabajo que se requiere en el país.

Esas conclusiones que se han planteado para el modelo de aseguradores que tiene que hacer modificaciones profundas e importantes junto con el gobierno, además

de las modificaciones que se han percibido y que se entienden desde la academia, con experiencias que ya están en curso desde las diferentes universidades que avanzan hasta llegar a los territorios, pueden permitir modificaciones importantes y sobre todo entender la relación entre profesionales, médicos generales y especialistas, porque posiblemente allí hay una clave interesante de que los especialistas se acerquen al potencial de los médicos generales, tiene que haber organizaciones que propicien ese tipo de propuestas.

La autoridad sanitaria y la gobernanza en los territorios ha estado ausente. Se debe hacer un llamado de atención para que no solamente se considere al hospital como una

fuentes de rentabilidad financiera, sino que lo vean como rentabilidad social para las situaciones de su territorio, ver cómo hacer con ese conocimiento del especialista en el territorio con el recurso que se tiene, y cómo los médicos generales hacen parte de una propuesta que estimula la formación de agentes comunitarios promotores de salud.

Es importante dar continuidad a tener un segundo y tercer foro, además de formular unas mesas de trabajo de seguimiento, porque allí posiblemente se puede conversar sobre resultados y pasos concretos y específicos hacia las soluciones que los diferentes actores están visualizando y pueden llevarse a cabo.

13. Competencias del médico general.

Academia Nacional de Medicina de Venezuela.

Doctora Isis Nezer

Este foro es una oportunidad de intercambiar información y opiniones sobre la formación de los médicos que se ocupan de la atención primaria de salud. Se trata de un tema de alta complejidad; sin embargo, esta presentación propone planteamientos concretos con el objeto de que el panorama de la situación sea lo más conciso, pero basado en la realidad.

Hasta hace pocos años, alrededor del 2008, la formación de todos los médicos de Venezuela se hacía a través de los estudios realizados en las universidades autónomas nacionales existentes en el país. La carrera tiene una duración de 6 años, el último de los cuales se dedica al internado rotatorio de pregrado, con pasantías prácticas supervisadas en diferentes hospitales y en el medio rural. Cumplidos estos requisitos se recibe el título de médico cirujano; no obstante, la ley de ejercicio de la medicina establece en su artículo octavo la obligatoriedad de un año adicional de ejercicio rural para el reconocimiento de este título por parte del Ministerio de Salud, de tal manera que se requieren realmente 7 años para comenzar a ejercer.

Este programa, que todavía se cumple estrictamente en las universidades mencionadas, resulta en la formación de un médico que puede optar por la especialización o simplemente ejercer como médico general para un primer nivel de atención a los pacientes sin límite de edad, con patología crónica estabilizada, siendo responsable del paciente en

su conjunto y para decidir su derivación al especialista cuando lo considere necesario.

Un caso particular es el que se presenta en la Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (Unerg), la cual pasó de un programa como el expuesto anteriormente, con un promedio de unos 300 médicos egresados anualmente, a multiplicar por 10 esa cifra ya mencionada, con las deficiencias correspondientes en su formación y cuyo título de médico cirujano les permite optar a todos los posgrados dictados en las escuelas de medicina, incluyendo los de la Universidad Central.

El perfil de competencia profesional del egresado de las escuelas de medicina de las universidades autónomas coincidentes y con pequeñas variaciones, comprende una variedad de aspectos clínicos básicos para su desempeño sin supervisión y a nivel de un estándar predeterminado que les permiten realizar la anamnesis, el examen físico, interpretar los resultados que se obtengan, identificar los problemas y formular el plan para el diagnóstico, tratamiento y educación del paciente y llevar los registros correspondientes.

Asimismo, pueden llevar a cabo ciertos procedimientos prácticos de medición de las variables fisiológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos específicos (electrocardiograma, glucómetro, oxímetro, análisis con tiras reactivas y otros), lo relativo a primeros auxilios y temas de inclusión, exáme-

nes ginecológicas, seleccionar e interpretar estudios de laboratorio e imagenológicos, ecográficos, de resonancia magnética nuclear, reconocer la necesidad de atención por el especialista, usar racionalmente la terapéutica farmacológica, identificar los casos quirúrgicos más comunes, realizar procedimiento de cirugía menor, valorar el impacto de la relación médico paciente, evaluar el estado y ofrecer soporte nutricionales en casos necesarios, brindar atención a la mujer embarazada, vigilar el crecimiento y desarrollo infantil, controlar el programa de inmunizaciones, entre otros.

En el campo de la salud pública, el médico general debe valorar su responsabilidad en la promoción de salud y en la prevención de la enfermedad y en la identificación de los factores de riesgo, aplicar los conceptos de epidemiología, realizar estudios observacionales y perfiles de salud comunitaria y poblacionales, controlar y promover las inmunizaciones, promover la salud y prevenir enfermedades.

En resumen, la preparación básica, pero fundamental para la atención médica primaria integral y sin límite de edad a todos los pacientes, incluyendo a los que deban ser orientados adecuadamente para acudir al especialista cuando sea necesario.

Ahora se abordará el tema de la formación de los médicos integrales comunitarios. En el trabajo "Educación Universitaria en Venezuela: ponencia sobre educación médica", publicado en el volumen 13º de la colección Razetti de la Academia Nacional de Medicina, por un grupo de académicos y profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad

Central de Venezuela, se presenta en detalle la evolución de los estudios médicos en el país.

El surgimiento hacia el año 2007 de un proyecto propuesto al presidente de Venezuela por el presidente de Cuba, para formar en los siguientes 10 años un total de 200.000 médicos entre los dos países, con la idea de su exportación a un tercer mundo que "necesita cientos de miles de médicos", en consonancia con la política del gobierno cubano de exportar médicos a diferentes países del mundo, como una política de cooperación internacional.

Los médicos provenientes de Cuba, la Misión Médica Cubana conforma en Venezuela la Misión Barrio Adentro y se desempeña como docentes de la carrera de medicina integral comunitaria, una carrera cuyo título tuvo que ser validado a través de una reforma de la ley de ejercicio de la medicina, realizada por una imposición en el año 2011.

Al ser conocido el plan de formación, se publicó en el diario El Nacional el comunicado firmado por 350 profesores de la facultad de medicina y de otras facultades afines de la Universidad Central y de otras instituciones académicas, advirtiendo las fallas en la carrera propuesta, que se hicieron evidentes cuando estos estudiantes fueron evaluados en su actuación hospitalaria, ya en los últimos años de su carrera. El programa de formación de los médicos integrales comunitarios incluyó, además del participante de la misión médica cubana, a varias universidades experimentales casi todas sin tener una facultad de medicina y, por supuesto, sin experiencia docente en la carrera médica.

Llama poderosamente la atención que el progreso mundial en el campo médico, tanto en lo referido a las ciencias básicas, como en el campo de la medicina clínica, experimenta cada día un avance extraordinario en lo que se refiere al conocimiento científico, especialmente en el desarrollo de la bioquímica, de la biología molecular y la ingeniería genética.

Hay mejores sensores para procedimientos diagnósticos, el uso de células madre, la clonación bien sea con fines terapéuticos o reproductivos, y en nuestro país debemos reconocer la ínfima calidad de la enseñanza en estas inmensas cohortes de los denominados médicos integrales comunitarios que ingresan año a año, en gran número, muy lejos de alcanzar el perfil propuestos para formar a los médicos cirujanos que egresan de nuestras universidades.

Adicionalmente a todo lo anterior, se experimentó la masiva migración de más de 50.000 médicos generalistas y mucho más especialistas, con un alto nivel de formación que se han unido al éxodo que por primera vez en su historia afecta al país.

Lo anterior condiciona uno de los mayores desafíos éticos que se están confrontando en Venezuela, aunado a un panorama del

subdesarrollo caracterizado por la pobreza, el hambre y la crisis económica. Los servicios de salud son insuficientes y escasos de personal, en esta situación el esfuerzo económico y social que significa la formación masiva de miles y miles de estos médicos integrales comunitarios representa, por decir lo menos, un ejemplo de un errada política sanitaria para atender el país.

Las escuelas de medicina de la Universidad Central de Venezuela no aceptan a estos médicos en sus programas de posgrado por haber comprobado la deficiencia de su formación. En aquellas universidades donde pueden ser aceptados al aprobar un examen de admisión, se han producido abandonos masivos de esos posgrados por la importante deficiencia de su preparación.

Su masivo egreso como médico integral comunitario, se dice que ya existen unos 80.000 en el país, les exige a las instituciones de educación superior diseñar programas adicionales que permitan a estos jóvenes calificados como médicos integrales, adquirir los conocimientos y las destrezas para alcanzar su completa formación y facilitar su inclusión en los programas de atención primaria de salud del país, con la firme esperanza de un cambio en el panorama.

14. Competencias del médico general.

Academia Nacional de Medicina del Perú.

Doctor Agustín Iza

Este es un importante evento con un excelente nivel al abordar las problemáticas que tienen los médicos generales en Colombia y en general en Latinoamérica, además de las probables soluciones que son complicadas.

En el Perú la medicina se estudia en 7 años que incluyen un año de internado, al término del cual el estudiante recibe su título de médico cirujano. Desde hace un tiempo existe el Servicio Urbano Marginal (Serum), que en principio era obligatorio; sin embargo, aunque ya no lo es, es un requisito para presentarse a concursos de especialidad y para trabajar con el Estado, de manera que el médico que no lo hace podrá ejercer la medicina, pero no tendrá la oportunidad de acceder a la formación en una especialización y no podrá vincularse laboralmente con instituciones del Estado.

Por otro lado, al comparar la oferta educativa con las necesidades del país, se evidencia que hay una concentración de médicos en las ciudades principales, mientras que hay otras regiones en las que se encuentra un déficit significativo. En el Perú existen 94.345 médicos, de los cuales el 57 % son médicos generales y el 43 % son médicos especialistas, dejando un déficit de aproximadamente 15.000 especialistas. Adicional a esto, la distribución muestra que el 50 % de los médicos se encuentran en Lima y otras regiones fundamentalmente de la costa del Perú.

Lo que ha ocurrido en Perú y en América Latina en general con la liberalización de la

economía es que ha aumentado el número de facultades. En el país en 1992 había 13 facultades de medicina. Cuando en 1996 se expide el Decreto legislativo 882, que permite que las instituciones privadas participen en la educación superior, ese número se duplica llegando a 28, por lo que en el 2000 se crea la Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (Coneau), que tiene como propósito acreditar las facultades existente; no obstante, el número de facultades de medicina continuó creciendo.

En el 2014 se crea la Supervisoría de la Educación Universitaria en el Perú (Sunedu), y como producto de una evaluación de las universidades, un tercio de ellas desaparece y por ende también de las facultades de medicina, reduciendo el número de 51 a 32 en el país, de las cuales más de una tercera parte está en Lima.

En relación con la proyección de egreso de los médicos generales, cabe anotar que en los últimos 20 años se ha duplicado la cifra anual, teniendo para 2023 una cifra aproximada de 4.000 médicos por año, de los cuales únicamente 2.000 pueden acceder al estudio de una especialidad, pues es el número de plazas para residentado con el que cuenta el país.

Teniendo en cuenta este panorama se pueden plantear diferentes problemas en torno al mismo. En primer lugar se anota que entre el 2019 y el 2023 se han graduado aproximadamente 19.547 médicos, de los cuales 16.989 lo hicieron de instituciones

nacionales y 2.538 en países extranjeros, cifra que ha crecido en los últimos años, representado una gran dificultad, pues no ha sido posible equiparar la formación realizada en otros países en términos de tiempo o conocimientos.

Todo lo anterior conllevó a que la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (Aspefam) iniciara la aplicación de un examen nacional de medicina, el cual el Colegio Médico adscribió como requisito indispensable para la colegiatura. Los resultados obtenidos fueron deficientes, ha habido cohortes de médicos formados en el extranjero en las que ninguno aprueba el examen. Debido a esto, se generaron presiones políticas y de los mismos médicos porque querían ser certificados y finalmente, luego de ejercer presión gremial al Instituto Nacional de Defensa del Consumidor, lograron que dicha entidad prohibiera al Colegio Médico realizar el examen, justificándolo en que era simplemente un acto burocrático innecesario.

En el Perú las facultades y escuelas de medicina dan el título de médico cirujano, a pesar de que ya no se ejerza la cirugía, es un médico general más clínico que quirúrgico, que, luego de 7 años de formación, debe tener las competencias para hacer una historia clínica adecuada, recomendar pruebas para llegar a un diagnóstico, elaborar prescripciones médicas, formular interrogantes clínicos y obtener evidencias, dar y recibir referencias y contrarreferencias, colaborar como miembro de un equipo interprofesional, reconocer a un paciente que tenga una urgencia, iniciar la evaluación, obtener consentimiento informado, realizar algunos procedimientos médicos y adicionalmente colaborar con el sistema, identificando las

fallas para que contribuyan a una cultura de seguridad y de mejoramiento.

Estos médicos al egresar tienen la opción de presentar el examen de residentado, que como se mencionó anteriormente, únicamente se cuentan con 2.000 plazas anuales. Aquellos que no tienen la oportunidad de ingresar a una especialidad pueden convertirse en médicos de familia y comunitarios; sin embargo, esa idea que lucía interesante, en la práctica no ha dado mayores resultados. Primero, porque no es muy atractivo para los estudiantes de medicina en general que aspiran a tener una especialidad que les brinda mayores beneficios intelectuales y económicos que la medicina general, comunitaria o familiar.

Otro problema de la enseñanza de medicina es que en el Perú las facultades de medicina no tienen hospitales propios, los hospitales son del Estado, lo que ha generado una disputa por las plazas para las prácticas de los estudiantes y ha traído como consecuencia que los directores de hospitales emprendan una negociación con las facultades de medicina, solicitando una cantidad de dinero por cada alumno que ingresa a la institución.

Es importante reflexionar sobre la afirmación de que se debe formar profesionales de salud que el país necesita, ¿es esto válido en este tiempo de globalización? Y existen desafíos en la formación de esos médicos generales, pues deben tener conocimiento de los desarrollos científicos y tecnológicos que la globalización exige; sin embargo, debe analizarse la situación teniendo en cuenta que las condiciones de ejercicio son diferentes, siendo médicos generales ya no pueden trabajar en hospitales de tercer o cuarto ni-

vel, porque no tienen plazas. Los hospitales del Ministerio de Salud, de la seguridad social, de las Fuerzas Armadas y policiales no buscan contratarlos, de tal manera que el médico general, si no es un médico de familia, tiene pocas opciones. Un campo que está tomando fuerza en el ejercicio es la medicina ocupacional.

El Ministerio de Salud de Perú comenzó a trabajar las competencias de los profesionales de salud desde el año 2018, convocó al Colegio Médico, a las facultades de medicina, a los prestadores, a representantes de pacientes, a las academias, a todos los actores que están involucrados en el mantenimiento de la salud y el manejo de la enfermedad. De igual forma se realizó una evaluación del perfil de la población en diferentes años, pues las competencias tienen que estar relacionadas con lo que requiere la población y se define a la medicina como una profesión científica y humanista.

Con los cambios que se han presentado, el trabajo se ha ampliado, el ejercicio no se restringe únicamente a la atención de pa-

cientes, se abordan espacios como el asesoramiento médico legal, la investigación en medicina, la docencia, la administración en salud, además de la salud pública, lo que recae en una atención integral e integrada de la persona dentro de una familia, una comunidad y un sistema, en el que el médico debe tener la capacidad de responder a todas las exigencias, que no solamente tengan conocimientos en medicina, sino lo que tengan liderazgo, habilidades de comunicación, ética y profesionalismo.

Como conclusión, se resalta que en el Perú el médico general ha ido perdiendo prestigio gradualmente, no se les ofertan plazas para concursar y cuando se le contrata por tiempos cortos, tiene menor remuneración. Adicionalmente, las facultades de medicina se han dedicado al cultivo de las especialidades, dejando de lado la creación de programas para los médicos generales. Lo anterior se ha tratado de corregir a través del Colegio Médico, generando espacios de charlas masivas dirigidas por internistas, pediatras, ginecobstetras o cirujanos.

V.

Anexos

[La Academia Nacional de Medicina y sus aportes a las competencias del médico general](#)

Doctor Ricardo Salazar.

[Competencias del médico general](#)

La visión de la OPS.

Doctora Mónica Padilla.

[Las competencias del médico general analizadas por los empleadores](#)

Corporación Colombiana de Secretarios de Salud Municipales Cosesam.

Doctor Julio Rincón.

[Las competencias del médico general analizadas por los empleadores](#)

Asociación de Empresas Gestoras del Aseguramiento en Salud Gestarsalud.

Doctora Carmen Eugenia Dávila.

[Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina](#)

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina Ascofame.

Universidad de Los Andes.

Doctora Natalia Mejía.

[Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina](#)

Corporación Universitaria Remington.

Doctor Jhon Botello.

[Las competencias del médico general vistas por las facultades y escuelas de medicina](#)

Universidad Nacional de Colombia.

Doctor Fernando Galván.

[Los médicos generales sus competencias](#)

Portal web Médicos Generales Colombianos.

Doctor Juan Pablo Poveda.

[Los médicos generales y sus competencias](#)

Asociación Colombiana de Medicina General.

Doctor César Cortés.

[Competencias del médico general.](#)

Academia Nacional de Medicina de Venezuela

Doctora Isis Nezer.

[Competencias del médico general.](#)

Academia Nacional de Medicina del Perú

Doctor Agustín Iza.

