

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME)
DIRECCION EJECUTIVA
DIVISION DE EVALUACION
DIVISION DE EDUCACION

FEDERACION PANAMERICANA DE FACULTADES (ESCUELAS)
DE MEDICINA - FEPAFEM -
FUNDACION MACY

EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN COLOMBIA

(Segundo Documento)

Dr. ABEL DUEÑAS PADRON:
Director del Estudio
Director Ejecutivo ASCOFAME

Dr. DIEGO GIRALDO SAMPER:
Colaborador principal del estudio
Jefe División Evaluación ASCOFAME

Dr. HUMBERTO JANNER RUIZ
Asesor
Jefe División Educación ASCOFAME

Dr. RICARDO ESCOBAR GAVIRIA
Colaborador Auxiliar
Coordinador Centros-Escuela ASCOFAME

Bogotá, Septiembre 11 de 1991

CONTENIDO

I ANTECEDENTES HISTORICOS, OBJETIVOS Y MODALIDADES.

II SITUACION ACTUAL DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

2.1 Aspectos Epidemiológicos y socioeconómicos del país.

2.2 La transición social y epidemiológica del país y sus repercusiones.

2.3 Características Generales de la atención médica en Colombia.

2.4 La Universidad y el Servicio Social Obligatorio.

III EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO: UN DIAGNOSTICO APROXIMADO.

3.1 Las cifras actuales y percepciones sobre la importancia del Servicio Social Obligatorio para la prestación de servicios de salud.

3.2 Encuestas, entrevistas y discusiones en grupo con los médicos actualmente en Servicio Social Obligatorio. (Muestreo y Resultados).

3.3 Entrevista y resultados con los Decanos de Facultades de Medicina del país.

3.4 Encuesta y resultados con los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud.

IV SINTESIS DE FACTORES CRITICOS QUE HAN IMPACTADO EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

V FUTURO, TENDENCIA Y CAMBIOS QUE SE POSTULAN.

VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Este es el segundo documento elaborado por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), para responder a la solicitud que el Grupo Coordinador y Técnico del Programa sobre Servicio Social en la Formación Médica y Profesional, ha hecho a diferentes países de América Latina con el fin de aportar documentos de trabajo para la implementación de un programa colaborativo entre la Fundación MACY y FEPAFEM.

El documento tiene como objetivo presentar las características del Servicio Social Obligatorio en Colombia mediante un análisis que recoge las experiencias y discusiones que sobre el particular han venido realizando diferentes instituciones y personas, vinculadas a este proceso en el país.

Para este documento se reunió la información bibliográfica disponible en ASCOFAME y en la Dirección de Recursos Humanos - División de Utilización- del Ministerio de Salud, dependencia ésta encargada de la habilitación y asignación de los cupos, por medio de los Servicios Seccionales de Salud.

Esta información fue complementada con las opiniones y posición de los Decanos y Jefes de Educación de las Facultades de Medicina, así como también con los resultados obtenidos de la aplicación de una encuesta, complementada con entrevistas a grupos de médicos que se encuentran prestando el Servicio y posteriormente con una encuesta a los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud. En ese sentido, este estudio adquiere mayor validez, dado que se sustenta no solo en la experiencia pasada sino en hechos y consideraciones actuales, tal como se incluye en esta segunda versión.

El análisis que se realiza encuentra limitaciones por la disminución del tiempo a que fué sometida la elaboración del presente documento, aunque creemos que ello no ha sido un obstáculo mayor dado que el tema ha sido debatido en otras ocasiones en el Seno de ASCOFAME. Por otra parte, este es un primer documento, que estará sujeto a ampliaciones, profundización y ajustes en sus etapas posteriores.

Agradecemos la disposición e interés que el Ingeniero Alvaro Mallarino, Jefe de la División de Utilización de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, tuvo a bien concedernos durante el tiempo en el cual se realizó este trabajo.

EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO EN COLOMBIA

I ANTECEDENTES HISTORICOS, OBJETIVOS Y MODALIDADES

La realización de un año obligatorio de servicio social tiene en Colombia un antecedente de largo tiempo desde cuando se promulgó el Decreto 3842 de 1949, en el cual se exigía un año de servicio para poder recibir el título de médico y tres años para los médicos graduados en universidades de países con los cuáles no existían convenios internacionales.

Actualmente, el marco legal, está dado por la ley 50 del 27 de mayo de 1981 y un conjunto de posteriores decretos y resoluciones que reglamentan diferentes aspectos del servicio social obligatorio,¹ que incluye no sólo a Medicina, sino también a Enfermería, Odontología, Bacteriología y Laboratorio y las Terapias.

1

- Las principales normas que regulan el Servicio Social Obligatorio de Medicina son:
- La ley 80 de 1981 por lo cual se crea el Servicio Social Obligatorio en todo el territorio nacional
 - El Decreto 2396 por el cual se dictan las disposiciones relacionadas con el Servicio Social Obligatorio.
 - El Decreto 2684 de 1982 por el cual se modifica el Decreto 2396.
 - La Resolución 11632 de 1980 por la cual se dictan normas sobre el Servicio Social Obligatorio en Medicina, Odontología, Microbiología, Laboratorio Clínico, Bacteriología, Enfermería.
 - El Decreto 3289 de 1982 mediante el cual se indica que el Servicio Social Obligatorio en zonas sometidas a enfrentamiento armado será de 6 meses.
 - El Decreto 1155 de 1983 en el cual el Servicio Social Obligatorio se extiende a Biología, Trabajo Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Fonoaudiología, Nutrición y dietética, Química y Farmacia, Medicina Veterinaria, Zootecnia y Psicología.
 - El Decreto 3448 de 1983 que establece un estatuto especial para las zonas fronterizas y se disminuye el tiempo de 12 meses a 9 meses.
 - La Resolución 2317 de 1986 por la cual se autoriza habilitar plazas en los servicios de urgencias de los Hospitales de centros urbanos.
 - La Resolución 1067 de 1984 del Ministerio de Justicia por la cual se reglamenta la prestación del servicio médico forense y según la cual el médico en servicio social obligatorio está obligado a hacer reconocimientos legales y a practicar autopsias.
 - La Resolución 9334 de 1984 del Ministerio de Justicia que establece la obligación de incluir una rotación de medicina forense durante el período de inducción.
 - Decreto 2455 de 1986 por medio del cual se establece el uso de "anfiteatros" y de consultorios adscritos al Sistema Nacional de Salud para la práctica de autopsias y reconocimientos médico-legales.

De acuerdo con lo anterior, el Servicio Social Obligatorio persigue cuatro fines:

- "Promover la vinculación de las instituciones de educación superior y fundamentalmente la de sus egresados, en la solución de los problemas de la población desprotegida".
- Racionalizar el mercado de trabajo de los profesionales.
- Fortalecer la capacitación del egresado como fuerza laboral, supervisado por los Servicios de Salud antes de ingresar al ejercicio formal de su profesión.
- Colaborar para el desarrollo armónico y social de las zonas rurales y de las zonas marginales urbanas"²

Esto permite que a través del Servicio Social Obligatorio se haga presencia efectiva del Estado en las regiones apartadas logrando una utilización más óptima del recurso humano y brindando a las Universidades la oportunidad de integrar sus egresados de inmediato con las comunidades y su realidad socio-económica y cultural, así como facilitar que siga participando en los procesos educativos por medio de la Educación Continua.

El servicio social obligatorio que en el pasado, se prestaba únicamente en áreas rurales, ha tenido algunas modificaciones extendiéndose actualmente a las poblaciones urbanas. Se presta bajo diferentes modalidades:

² MINSALUD, Dirección de Recursos Humanos: Boletín Sobre Servicio Social Obligatorio. Abril 1983. p. 1.

- a) Un año de tiempo completo en entidades oficiales y privadas sin ánimo de lucro, ubicadas en zonas rurales o urbanas marginadas.
- b) Seis meses de tiempo completo en zonas donde existan programas de rehabilitación social o que estén sometidas a enfrentamiento armado.
- c) Nueve meses de tiempo completo en zonas fronterizas.
- d) Cumplimiento del servicio social obligatorio en Ciencias Básicas, para aquellos egresados que aspiren, en virtud de su vocación a ingresar como docentes en una de estas disciplinas.

Al contemplarse estas diferentes modalidades es claro establecer que la tendencia ha sido la de ampliar el radio de acción del servicio social obligatorio, en la medida que se han operado cambios en la situación económica y demográfica del país y en razón de las nuevas necesidades, como la de contar con el número y cualificación de docentes en ciencias básicas, todo ello, en forma paralela al crecimiento del número de egresados de las facultades de medicina, de tal manera que no se han creado desequilibrios críticos entre la disponibilidad de cupos y el volumen de egresos.

En síntesis, el servicio social obligatorio que inicialmente tuvo como objetivo realizar acciones de salud en las áreas rurales, ha ido evolucionando teórica y programáticamente.

En relación con su enfoque se han ido introduciendo modificaciones para orientar el servicio social obligatorio más en función de acciones de medicina comunitaria y de atención primaria, que si bien han sido definidas, en la práctica se han visto limitadas por la necesidad de concentrar la actividad del médico en labores de atención de urgencias y de administración de unidades locales de salud, dada la limitación de recursos humanos en algunas regiones del país. Pero,

por otro lado, se han ido creando nuevas plazas en áreas urbanas y en instituciones privadas, muchas de las cuales son justificadas dada la redistribución espacial de la población, pero en otros casos, han desviado la filosofía del servicio social obligatorio hacia actividades muy específicas de acuerdo con el tipo de institución, impidiendo una práctica integral y orientando hacia la comunidad; esta situación que se presenta en pocos casos, no es generalizable ni mayoritaria, pero es necesario corregirla.

II SITUACION ACTUAL DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

2.1 Fundamentación y determinantes.

Existen aspectos de orden epidemiológico, social, económico, cultural que se han constituido en Colombia en fundamentos y determinantes para exigir como obligatorio el cumplimiento del servicio social de médicos que egresan de las Facultades.

2.1.1 Aspectos Epidemiológicos y socioeconómicos del país

En los últimos cuarenta años los indicadores generales de mortalidad, morbilidad y demográficos

demuestran que la situación de salud de la población colombiana ha mejorado sustancialmente y se han presentado cambios en la cobertura de atención médica.

La mortalidad general de la población descendió del 26 % en el período 1950-1955, a 7.4 % en el período, 1985-1990.

El descenso acelerado en la mortalidad infantil, principalmente en menores de 1 año, es el hecho que más contribuyó al descenso de la mortalidad general y al aumento de la esperanza de vida al nacer. En 1973 el 35 % de las muertes ocurrían en menores de 5 años, mientras que en la actualidad se ha disminuído al 15 %. La tasa de mortalidad infantil descendió de 196 % en 1938 a 135 % entre 1950-55, y a 46% entre 1985-90. Otros estudios muestran un descenso mayor y sitúan el nivel de la mortalidad infantil en 33 % entre 1981-1986. La esperanza de vida al nacer aumentó de 33 años en 1910 a 65 años en la actualidad. Sin embargo, la situación específica de algunas regiones del país dada la existencia de enormes diferencias socio-económicas, en sectores postergados de la población de las áreas rurales no reflejan esta mejoría de la situación de salud.

Debido a las diferencias regionales, es posible encontrar a lo largo del país áreas donde la situación de salud es deplorable y equiparable a la de los países más subdesarrollados del mundo, con tasas de mortalidad infantil de 150 %, y esperanzas de vida al nacer marcadamente inferiores a las de las regiones más desarrolladas. En contraste existen

sectores en las grandes ciudades cuya situación de salud es buena, con posibilidades de acceso oportuno y de magnífica calidad a los servicios de salud.

Ejemplo de estas diferencias regionales se evidencian al analizar la tasa de mortalidad infantil en distintos departamentos. Así: En Chocó, Cauca y Nariño la mortalidad está entre 120 y 150 %.; Santander, Norte de Santander, Caldas y Bolívar alrededor del 70 % y Cundinamarca y Atlántico entre el 35 y 40 %.; la mortalidad infantil en Colombia es actualmente del 46 %..

2.1.2 La transición social y epidemiológica del país y sus repercusiones.

Dada la evolución histórica que vive el país, donde se han presentado grandes migraciones del campo a la ciudad y donde se está pasando de una sociedad predominantemente agraria a una cada vez más industrializada y moderna, se presenta una situación de transición epidemiológica que se refleja en la disminución de las enfermedades parasitarias e infecto-contagiosas y el aumento de la enfermedad coronaria, el cáncer, el trauma, la violencia, etc.

Este estado de transición epidemiológica se evidencia al analizar diferentes indicadores. Por ejemplo el porcentaje de población en las áreas urbana y rural era, respectivamente, en 1938 del 29.1 % y el 70.9 %; para 1964 la población urbana sobrepasaba (52.0 %) a la rural (48.0%), y en 1985 la urbana era el 67.2 % y la rural el 32.8 %.

En relación con los principales grupos de enfermedades; en la actualidad, las enfermedades

infecciosas y tropicales ocasionan el 10 % de las muertes (cuarto grupo de causas), 14 % de la morbilidad por egreso hospitalario (tercer grupo de causas) y 30 % de la morbilidad por consulta externa (segundo grupo de causas). Esto contrasta con la situación anterior al inicio de la década del 70, cuando ocasionaban la mayor cantidad de mortalidad y morbilidad en la población.

Simultáneamente con la disminución de las enfermedades infecciosas y tropicales, las enfermedades crónicas (no infecciosas) aumentaron. En la actualidad son las causas más importantes de mortalidad y morbilidad (principalmente en las ciudades de mayor desarrollo social). Ocasionando el 43 % de la muertes, 34 % de la morbilidad por consulta externa y 35 % de la morbilidad por egreso hospitalario.

El trauma y la violencia, son el principal problema de salud pública en Colombia. Ocasionan la mayor cantidad de mortalidad prematura y su incidencia viene aumentando desde la década anterior. Representan el 20% de las muertes ocurridas y son el segundo grupo de causas más importantes de muerte, después de las enfermedades crónicas.

2.1.3 Características Generales de la atención médica en Colombia

Las diferencias, anotadas se ven acentuadas por la distribución desigual de los recursos humanos, tecnológicos, físicos y financieros del sector salud y de los demás sectores del desarrollo, los cuales son menores en las áreas más deprimidas.

En efecto, el sector salud muestra una desigualdad en la atención de las personas que se manifiesta con una disponibilidad diferencial e inequitativa de los recursos y con una fuerte orientación hacia lo asistencial.

Podemos abordar este problema desde dos puntos de vista:

- A- La distribución desequilibrada del recurso humano para la salud.
- B- La distribución desigual del recurso institucional.

- A- La distribución desequilibrada del recurso humano para la salud.

Aunque las cifras no son totalmente precisas para algunos de los puntos que se tratarán a continuación, esto no constituye un gran limitante para los propósitos de esta parte del trabajo en el cual se busca presentar las principales características y tendencias de los recursos humanos en salud.

Empecemos por indicar que en relación con el número de médicos se maneja en el país una cifra que se mueve entre un mínimo de 29.000 y 30.000 para el año de 1990, dependiendo de la fuente que se tome como base para adicionar los egresos de las Facultades en los últimos años. Esta cifra arroja una relación médico/habitante de 8.79 a 9.09 por 10.000 habitantes. Los odontólogos se calculan en 14.800, con una relación de 4.5 odontólogos por 10.000 habitantes en el mismo año y las enfermeras en 8.000 con una relación de 2.4/10.000 habitantes. Estos cálculos demuestran un aumento en relación con los obtenidos tres años atrás por el estudio La Salud en Colombia que para 1987, indicaba cifras 8.3/10.000 médicos, 3.5/10.000 odontólogos y 2.1/10.000 enfermeras.

Para los recursos humanos médicos se ha estimado que el 74 % de ellos se ubica en las capitales de departamento, lo cual daría que entre 21.460 y 22.200 de los médicos están desempeñándose en donde vive el 68 % de la población, quedando entre 7.540 y 7.700 para atender el resto de la población. Esto en términos de la relación médico/habitante da tasas diferenciales de 9.5 ó 9.8/10.000 habitantes en las ciudades capitales a 7.1 ó 7.3/10.000 habitantes en el resto de localidades.

Del total de médicos calculados y según el Estudio sobre Especialidades Médicas que

adelantan ASCOFAME y la Universidad de Antioquia, el 40.7 % ó 39.3 % corresponde a médicos especialistas (11.803), los cuales se distribuyen en un 37.72 % en Bogotá, 13.67 % en Antioquia, Valle 11.1 % y Atlántico 6.49 %, que constituyen las cuatro regiones de mayor desarrollo del país y concentran el 68.98 % de los especialistas, mientras que existen 11 departamentos con porcentajes entre el 1 y el 4 % de especialistas en cada uno de ellos y otras once divisiones político-administrativas con un porcentaje menor al 1 %.

Si las relaciones médico/habitante se observan separando médicos generales y especialistas, tenemos valores entre el 5.2 - 5.5/10.000 habitantes y el 3.57/10.000 habitantes respectivamente.

La situación que se ha presentado muestra que si se comparan las relaciones encontradas de médico/habitante con las de otros países de América Latina como Argentina (16.5/10.000), México (12.3/10.000) y Cuba (22.8/10.000), encontramos una relación menor para Colombia. Si bien existe discusión sobre si las cifras del país, son adecuadas o inadecuadas, es necesario reconocer tres hechos:

- a) Se presentan problemas de disponibilidad regional en cuanto a los recursos médicos si se comparan las tasas correspondientes a los médico/habitante en las ciudades capitales y en el resto de localidades.
- b) Se aprecia una tendencia hacia la especialización con una marcada orientación a la concentración regional en las zonas de mayor desarrollo del país.
- c) La disponibilidad de médicos generales se ve disminuída en relación al total de médicos/habitante, dado el alto porcentaje de médicos especialistas en el país, que ocasiona un cambio en la relación pasando del 8.79-9.09/10.000 al 5.2 - 5.5 médicos generales por 10.000 habitantes.

B- La distribución desigual del recurso asistencial.

Algunos indicadores nos muestran esta situación. En el país existen 1.011 municipios, de los cuales solo 617 disponen de servicios hospitalarios del sector oficial, 43 de la seguridad social y 155 de tipo privado. Para el sector oficial se da una distribución de 10 hospitales universitarios, 93 regionales o de nivel dos y 474 locales o de nivel uno. La situación actual muestra al país con 430 municipios que solamente tienen infraestructura ambulatoria y 20 que no cuentan

con ningún tipo de organismo de salud. La Seguridad Social concentra el 63 % de sus instituciones en las capitales de departamento y los organismos privados el 82.75%, mientras que los hospitales oficiales directos se ubican en 83 % en el resto de municipios y tienen en esta misma categoría de municipios el 56.5 % de los Centros de Salud y el 85.8 % de las puestos de salud.

De otra parte, el Ministerio de Salud menciona que las actividades de promoción, prevención y recuperación no superan el 35 % de la población total, exceptuando las campañas de vacunación que tienen coberturas por encima del 80 %.

Diferentes estudios de tipo sectorial y regional han mostrado que existen diferencias en cobertura para los afiliados a la seguridad social y los no afiliados, la tasa de consulta al médico para los primeros es de 15.4 % y para los segundos de 6.2 %. y las tasas de hospitalización total son respectivamente de 113 % y 46.7 %, ello, debido a los diferenciales de ingresos, ocupación, educación y lugar de residencia entre afiliados y no afiliados.

Finalmente, el Estudio Nacional de Salud (1.977/80) señala que "La accesibilidad es diferencial porque la cobertura y la disponibilidad también lo son... De las personas con necesidad de consultar y que no consultaron, 53.9 % no lo hicieron por

limitaciones económicas y el 3.7 % por inaccessibilidad geográfica”³

2.1.4 La Universidad y el Servicio Social Obligatorio
Dentro del ámbito universitario las Facultades de Medicina han sido pioneras en el aporte de sus egresados para prestar un Servicio Social al Estado de tipo obligatorio.

Pero si bien las Facultades de Medicina se han venido preocupando intensamente en los últimos años por la formación del médico general orientada y centrada en la comunidad y han mostrado su respaldo y simpatía hacia el año del Servicio Social Obligatorio, sin embargo, su intervención ya dentro del desarrollo de este proceso, ha sido mínimo, manifestado muy esporádicamente con algunos esfuerzos de Educación Continua.

No ha habido ni recursos económicos, ni toma de conciencia, ni articulación entre los servicios de salud y las Facultades de Medicina para concertar una labor en pro del proceso.

Ha sido más bien considerado este proceso como un momento de transferencia o entrega que hace la universidad de sus egresados a los servicios de salud para que estos lo utilicen en pro del desarrollo de un programa social, que a pesar de ser social, se categoriza compulsivamente como obligatorio.

³ Minsalud - D.N.P: La Salud en Colombia. Tomo II. p.347, 1990.

Ha venido existiendo pues, por parte de la universidad, una solución de continuidad o brecha entre la formación del médico en el pregrado, que ella orienta y dirige, y la que ocurre, o puede ocurrir después, en el año de Servicio Social Obligatorio que pasa a la esfera administrativa de los servicios de salud.

III EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO: UN DIAGNOSTICO APROXIMADO

3.1 Las cifras actuales y percepciones sobre la importancia del Servicio Social Obligatorio para la prestación de servicios de salud.

Las plazas para el desarrollo del año Servicio Social Obligatorio están distribuidas en todo el territorio nacional y comprenden los diferentes niveles de atención en diferentes tipos de instituciones, en las diversas modalidades que ya se indicaron.

En total, actualmente existen 3.661 plazas aprobadas, de las cuales 2.408 que corresponden al 65.8 % están ubicados en las instituciones de los servicios seccionales de salud; estas cifras nos están indicando que hay una disponibilidad suficiente de plazas dado que el número de egresos oscila entre 1752 y 2057 como mínimo y máximo. Según estadísticas del Ministerio de Salud para 1987, el 47.8 % de los cargos del nivel local dependían del personal en servicio social y en otros niveles un 14 % de los médicos generales correspondían a personas que estaban en su año de servicio social, lo cual está indicando la importancia que tiene este recurso para dar servicios de salud en el país.

En efecto, la situación que describimos anteriormente, y en una forma muy general, pero suficiente para los objetivos de este trabajo, podemos decir, que el médico en servicio social obligatorio asume, en la mayoría de los casos, la carga asistencial de estas poblaciones de escasos recursos, prestando sus servicios en áreas alejadas de los centros urbanos o en las zonas marginadas de los mismos, en condiciones generalmente desfavorables para la realización de una adecuada atención médica, pero convirtiéndose en un elemento de apoyo, invaluable para la comunidad y en ocasiones en factor de cambio en pro de las condiciones de vida de la población.

El Servicio Social Obligatorio ha permitido mantener y mejorar la cobertura de atención médica a la población más pobre, si bien no en un nivel óptimo, aportando soluciones a nivel local sobre la mayoría de los problemas médicos que se presentan o remitiendo a los pacientes, que así lo ameritan, a niveles de mayor complejidad de atención, constituyendo este médico una puerta de entrada del paciente al Sistema Nacional de Salud.

Además de lo anterior, se han habilitado plazas en otro tipo de instituciones como son algunas del sector de la seguridad social, principalmente en cajas de compensación; en instituciones privadas sin ánimo de lucro como por ejemplo la Cruz Roja, la Federación de Cafeteros, etc. y en otros organismos oficiales no dependientes del Ministerio de Salud como son las Fuerzas Armadas, el Instituto Colombiano Agropecuario, la Caja Agraria o la Aeronáutica Civil. En estas otras instituciones se han habilitado 1253 plazas. Dada la cantidad de plazas habilitadas y relacionando estas con

el número de egresados y su distribución por áreas de influencia de las facultades, se puede concluir que ni a nivel nacional ni regional se deberían tener problemas para la consecución de un cupo para el servicio, tal como se muestra con los siguientes datos:

REGION	No. DE FACULTADES	% DE EGRESADOS	% DE CUPOS AREA DE INFLUENCIA
Bogotá	6	33.8	28.0
Costa Atlántica	4	26.6	26.0
Antioquia y Viejo Caldas	6	22.0	22.3
Santander	1	2.1	7.3
Valle y Cauca	3	8.3	12.8
Huila	1	1.1	2.5

La distribución anterior, que demuestra la amplia disponibilidad de plazas hace pensar que los problemas para la asignación de los cupos se reducen a dos aspectos. En primer lugar, la preferencia del médico por obtener un cupo cercano a su lugar de residencia y con mayor facilidad de recursos para su desempeño y en segundo lugar, porque si bien hay un número suficiente de plazas habilitadas, no existen las apropiaciones presupuestales para el mantenimiento de los cargos.

3.2 Encuestas, entrevistas y discusiones en grupo con los médicos actualmente en Servicio Social Obligatorio. (Muestreo y Resultados)

Para complementar los aspectos anteriores, se decidió realizar un estudio de tipo exploratorio sobre una muestra intencional de 47 médicos en servicio social obligatorio en diferentes regiones del país. El cuestionario se estructuró con 26 preguntas sobre diferentes tópicos del desempeño del médico y también se organizó una discusión de grupo en la cual los médicos tuvieron oportunidad de profundizar y analizar con mayor detalle aspectos importantes del servicio. Se aplicaron cuestionarios a médicos ejerciendo el Servicio Social Obligatorio en los departamentos de Cundinamarca, Valle, Antioquia, Bolívar, Caldas y Risaralda. Si bien los resultados obtenidos no son representativos estadísticamente, constituyen una información cualitativa que permiten explorar algunos rasgos y problemas del servicio. A continuación se presenta un resumen de lo obtenido.

De los médicos entrevistados, todos estaban realizando o realizaron su servicio social obligatorio en zonas donde éste tiene una duración de un año. Ocho de ellos correspondiente al 17.2% acababan de terminar la medicatura y la mayoría de los entrevistados el 55.3% llevan más de 6 meses en su desempeño.

El 23.4% ha conseguido el cupo en menos de un mes, una vez obtenido su grado, la mayoría, el 42.55% demoró entre 1 y 3 meses para ubicarse y el 34.04% ha tenido que esperar más de tres meses para lograr el cupo. Entre los motivos para no obtener el cupo en corto tiempo, se aduce con una frecuencia del 10.64% entre el total de entrevistados, la falta de influencias y apoyo político. Este motivo, fue igualmente enfatizado, posteriormente en las entrevistas de grupo, en las cuales, se manifestó que en algunos casos se obligó a una afiliación política o a demostrar sus simpatías por algún sector político regional. Otros motivos que demoraron la iniciación al servicio social fueron la no disponibilidad de cupos y la espera para que desocupara un cupo, motivos que indicaron el 21.28% de los entrevistados. Sin embargo, el número de cupos disponibles no es motivo limitante para iniciar el servicio social obligatorio, el 51.06% no encontró limitaciones de disponibilidad inmediata de cupos.

De otra parte, se encuentra insatisfacción, en relación a la forma como el médico recién graduado tiene que enfrentarse al desempeño de la medicatura, muchas veces, sin una inducción, o información adecuada por parte de los servicios de salud, como lo manifiesta el 44.6%, o en el caso de haberla recibido, se indica que esta fue muy corta. El 12.8 recibe una capacitación de menos de 7 días con contenidos disímiles y con una gran dispersión, tal como se muestra en la siguiente distribución de las respuestas obtenidas sobre el particular.

	%
Manejo de programas TBC, Lepra, SIDA	23.1
Inducción administrativa	15.4
Presentación del personal	1.9
Medicina legal y salud pública	19.2
Enfermedades premalignas y malignas	3.8
Niveles de atención	3.8
Participación comunitaria	21.1
Aspectos jurídicos	5.8
Taller epidemiología	5.4

Para el 53.2% que tuvo oportunidad de recibir el curso de inducción, un 31.9% indica que éste es inadecuado e incompleto. En las entrevistas de grupo, este aspecto se destacó como uno de los puntos que deberían ser considerados por los servicios seccionales de salud para que el médico pudiera entrar con conocimiento de la institución y del personal con el cual tendrá un contacto permanente y para darle una mayor seguridad en su futuro desempeño.

Otro aspecto sobre el cual se indagó fue el relativo a las funciones que se le asignan al médico; las respuestas se pueden clasificar de la siguiente forma, entendiendo que un médico puede y debe desempeñar varias funciones.

	%
1. Atención primaria, medicina comunitaria, educación comunitaria.	23.1
2. Consulta externa	20.0
3. Consultas y actividades en los servicios de urgencias.	21.5
4. Salud ocupacional	10.0
5. Actividades administrativa	6.9

	%
6. Investigación y docencia	6.1
7. Medicina legal	5.4
8. Evolución y actividades con pacientes hospitalizados	4.6
9. Programas especiales	2.3

Como se puede observar, los entrevistados realizan múltiples funciones, las labores asistenciales concentrarían el 46.1 % de las actividades, un 23.2 % están orientadas a labores de promoción de la salud y educación comunitaria, un 6.9 % de las actividades son funciones administrativas y un 6.1 actividades de investigación y docencia. Algunas de las actividades señaladas corresponden a programas especiales y de salud ocupacional correspondiente a algunos de los médicos que están haciendo su servicio en los programas de ciencias básicas de las facultades o en instituciones de la seguridad social.

Estas funciones son consideradas como adecuadas para el 65.9% de los entrevistados. aunque también se indica que en algunos casos se carece de oportunidades para ejercer en cirugía, cuestión que por el porcentaje indicado 8.5% de quienes manifiestan esta opinión, parece obedecer más a situaciones particulares, que a situaciones generalizadas.

Si bien, como se anotó, la mayoría destacó que sus funciones eran adecuadas, también resaltaron en un 65.9 % la insuficiencia, escasa disponibilidad y deficiencia de los recursos físicos y tecnológicos para cumplir con un adecuado desempeño. mientras que solo un 27.7%

considera que tiene recursos adecuados. Las razones sobre la insuficiencia de los recursos son las ya conocidas, tales como insuficiencia de drogas y equipos, falta de una dotación mínima para prestar una atención adecuada y dificultades administrativas creadas por múltiples trámites para obtener un suministro oportuno.

De otra parte, llama la atención la múltiple y heterogénea clasificación de desempeños que se le asignan a los médicos en las distintas plazas. De 28 personas que contestaron la pregunta sobre el particular se encontró que el 32.14% tiene funciones exclusivas como médico rural, el 21.4 % como monitores de ciencias básicas y el resto en cargos como por ejemplo: Director Programa de Rehabilitación Oral, Director Comité de Vigilancia Epidemiológica, Coordinador Programa ETS, Jefe (e) Programa Materno Infantil, Jefe Programa Hipertensión Arterial y Director Puesto de Salud. Todos los 47 médicos entrevistados se desempeñan por más de 8 horas diarias en el servicio social y perciben en un 55.3% entre dos y tres salarios mínimos (De 102.100 a 153.599 pesos mensuales), llama la atención que el 14.9% percibe menos de un salario mínimo en tanto que el 10.6% tiene una remuneración mensual superior a los 4 salarios mínimos equivalente a más de \$206.000 mensuales. Con este ingreso, la mayoría tiene que atender sus necesidades de vivienda, el 55.3% no tiene disponibilidad de ésta en su lugar de trabajo; de alimentación, el 38.9% no la recibe y de vestuario, dado que el 68.1% no obtiene esta dotación. Además por la dedicación de tiempo no se tienen posibilidades de aumentar los ingresos. Sólo el 6.4% manifestó tener actividades de consultorio particular o de turnos hospitalarios adicionales a sus actividades de servicios social

obligatorio, percibiendo aquellos que lo hacían un ingreso mensual adicional de menos de \$51.500.

En otro tipo de aspectos, se preguntó si en su desempeño mantenían algún vínculo con la universidad, obteniéndose una respuesta positiva para el 53.2% y negativa para el 46.8%. Sin embargo, el contacto con la universidad y su relación con los servicios de salud, no se traduce en actividades de evaluación de su desempeño ya que el 78.7% indica no haber sido evaluado. De los pocos que si lo han sido, el 6.3% le ha correspondido una evaluación mensual por parte de los servicios de salud y en un 10.6% se ha hecho por intermedio de las facultades.

También se preguntó por el grado de satisfacción y por los proyectos hacia el futuro ejercicio. El 17.0% califica de excelente su experiencias en el servicio social obligatorio, el 44.7% lo considera como bueno, mientras que el 27.7% responde que su satisfacción es regular y un 8.51% lo clasifica como de satisfacción nula.

Entre las razones para justificar las respuestas anteriores, se aducen como positivas y más importantes en un 53.4% de las razones, el aspecto de que es una importante experiencia para el ejercicio como médico general y en un 20.7% el hecho de constituir un beneficio para las zonas más deprimidas del país. Por lo tanto, el 91.5% de los entrevistados manifiesta explícitamente que el servicio social obligatorio debe continuar. Entre las razones de tipo negativo, las principales son para un 10.6% de los entrevistados la asignación de zonas no adecuadas, la mala remuneración y la falta de educación continua y un 4.2% indica que el servicio social

obligatorio, solo sirve para llenar un requisito.

Los proyectos de futuro desempeño se clasifican de la siguiente forma:

	%
Realizar una especialidad	74.5
Seguir ejerciendo la profesión como médico general.	23.4
Vincularse como docente.	2.1

Por último, en las encuestas individuales y en las entrevistas de grupo se obtuvieron una serie de recomendaciones, en las cuales los médicos opinaron que debe establecerse un contrato de trabajo con especificaciones claras respecto al número de horas de trabajo, los descansos compensatorios y el aspecto de mejorar su retribución salarial, sobre estos puntos se expresaron un 21 % de las recomendaciones, a lo cual habría que agregar el 17.2 % que se pronuncia para sugerir que el Servicio Social tenga un carácter más "humano", con mejores condiciones laborales y de comunicación con los superiores.

También se destaca un 23.4 % de las sugerencias que solicitan efectivos procesos de capacitación y educación continua durante el tiempo que dura el Servicio.

Finalmente, sólo un 3.7 % de las recomendaciones apuntan a considerar que se acabe el Servicio y a formular una disminución del carácter obligatorio de 6 meses.

3.3 Entrevista y resultados con los Decanos de Facultades de Medicina del país

En diversas oportunidades con las personas vinculadas a la Educación Médica han surgido interrogantes y comentarios sobre el Servicio Social Obligatorio. Así, en el Consejo Directivo, celebrado los días 6, 7 y 8 de septiembre de 1990 el Ministro de Salud y los Decanos de las Facultades de Medicina acordaron realizar un proceso de reflexión sobre el programa del Servicio Social. Para el efecto, se organizaron grupos regionales de Facultades quienes trabajaron en el tema y posteriormente se reunieron en la sede de ASCOFAME, el 31 de octubre pasado, donde se examinaron los documentos de cada región y se sacó un consolidado, cuyos principales aspectos se presentan a continuación.

Es necesario trabajar para elaborar criterios que permitan identificar qué plaza es válida para la realización del Servicio Social Obligatorio. Esto debe hacerse partiendo de la premisa de que sean instituciones públicas o en instituciones privadas sin ánimo de lucro.

Se sugiere, por parte de los Decanos, que se establezca una asignación básica para el médico en el año social que permita evitar la explotación económica y el desplazamiento de funcionarios en propiedad para utilizar un recurso humanos menos costoso y que de paso puede afectar la calidad de la atención médica a la comunidad. Esto, implicaría tener en cuenta que en aquellas

instituciones del nivel primario que cuenten con más de dos médicos, no se deberían habilitar cupos para el Servicio Social Obligatorio.

Se reitera la importancia del Servicio Social Obligatorio como experiencia vital en la formación del médico, pero que el programa se debe desarrollar bajo unos objetivos específicos, los cuales deben definir explícitamente aspectos relacionados con: a) Las funciones y actividades del Servicio y b) La forma cómo se refuerce el aprendizaje y se consolide la formación recibida. Esto implica establecer un esquema de integración docente asistencial eficaz, en el cual el Ministerio-Facultades aborden conjuntamente problemas de planeación, desarrollo y evaluación del Servicio Social.

En razón de lo anterior, se debe entrar a trabajar en aspectos tales como la redefinición de las áreas de influencia, el desarrollo de programas de educación continua con participación directa de ambas instancias y en la planeación y desarrollo de programas de extensión en los cuales a través de convenios inter-institucionales se haga efectivo el trabajo de la universidad con la comunidad.

Por su parte los servicios de Salud deben reforzar el equipamiento y adecuación de las instituciones que tienen habilitados cupos y desarrollar conjuntamente con las universidades instrumentos de evaluación. De acuerdo con la evaluación de los médicos y de las instituciones, los cupos podrán ser aprobados por tiempos determinados y según circunstancias del mercado de trabajo y considerando la situación de desarrollo de las comunidades.

Se destaca la necesidad de conservar el Servicio Social Obligatorio en Ciencias Básicas, como mecanismo que permite fortalecer en alguna medida la formación de recursos en este campo.

También los señores Decanos señalaron dos propuestas concretas sobre aspectos particulares del Servicio Social Obligatorio:

- a) La adjudicación de los cargos, deberá hacerse teniendo en cuenta los siguientes criterios: el 70% por el promedio crédito de las notas durante la carrera y el puesto final ocupado por el estudiante, y el 30% restante, por los resultados obtenidos en el examen realizado por los servicios seccionales de salud sobre los contenidos suministrados en el curso de inducción.
- b) Si en la ciudad correspondiente existe más de una Facultad de Medicina la adjudicación de los cupos requerirá la elaboración con base en los dos porcentajes anteriores de un percentil de cada Facultad con el cual se otorgaría equitativamente los cupos.

Por último, los Decanos proponen hacer más efectivos los sistemas de estímulos para aquellas localidades distantes y con condiciones de vida difícil mediante el establecimiento de mecanismos de remuneración adicional, capacitación, posibilidades de ascenso, facilidades de alojamiento y alimentación.

3.4 Encuesta y Resultados con los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud.

Para obtener una visión más completa se estructuró un cuestionario dirigido a los Jefes de los Servicios Seccionales de Salud. Los resultados que ha continuación se presentan corresponden a once Servicios, entre los cuales respondieron los de las regiones más importantes, que tienen el mayor número de médicos en Servicios Social Obligatorio y que corresponden también a las áreas donde se entrevistaron los médicos.

En primer lugar se indagó sobre si el Servicio Social Obligatorio constituye un medio adecuado para hacer accesible la prestación de servicios de salud en comunidades marginales de áreas urbanas y rurales. Las respuestas de los Jefes de Servicio se dividen positiva y negativamente, no mostrando una tendencia sobre el particular. Entre quienes lo consideran medio adecuado, ofrecen razones en el sentido de que es un medio para aumentar accesibilidad (en la totalidad de los casos positivos) y que es un medio para ofrecer un servicio permanente y actualizado que beneficia a las comunidades. En los cinco Servicios Seccionales que argumentan la inadecuación del Servicio Social Obligatorio, se presentan como razones principales, la falta de continuidad en el trabajo del médico y la carencia de compromiso con la comunidad. Sin embargo, la mayoría de los encuestados consideran que el Servicio Social Obligatorio tiene repercusiones satisfactorias para el médico que lo realiza. Diez de los once encuestados, así lo manifestaron, indicando razones tales como:

- Constituye una importante y novedosa experiencia para el médico al permitirle un trabajo concreto con la comunidad, a la vez que le brinda un conocimiento del medio. Respuestas que se encuentra en todas las encuestas.
- Brinda la oportunidad para afianzar conocimientos y permite al médico la toma de decisiones clínicas. (Cinco de las once encuestas).
- Permite al médico iniciarse en la toma de decisiones de carácter administrativo. (Dos respuestas).

Como razón de insatisfacción para el médico en su Servicio Social Obligatorio se aduce, la falta de asesoría y de educación continua. (Una respuesta). Si el servicio tiene repercusiones satisfactorias para la Universidad y presenta las siguientes opiniones: Seis Jefes de Servicios consideran que si, porque permite la revisión de los programas académicos y crea un espacio para la formulación de actividades de educación continua; mientras que tres servicios no encuentran ninguna repercusión para la Universidad señalando como razones la ausencia de ésta en el Servicio Social Obligatorio y la no realización de evaluaciones de los egresados.

En cuanto a repercusiones sobre los Servicios Seccionales de Salud, seis respuestas fueron positivas, dos negativas y tres no respondieron. Como razones positivas, se indican la ampliación de la cobertura, la posibilidad de contar con un recursos humano importante por su capacitación y actualización de conocimientos que incide en el desarrollo de los programa de salud. Mientras que

como razón negativa, se argumenta que el carácter transitorio que tiene el Servicio Social Obligatorio hace que éste se realice en medio de un desconocimiento de las condiciones de las instituciones de salud.

La continuidad del programa del Servicio Social Obligatorio, es considerada por nueve de los once encuestados como necesaria, aunque se sugieren modificaciones como la eliminación de la modalidad de seis meses, que el Servicio Social Obligatorio sólo se preste en organismos del sistema de salud y no en entidades privadas, que se oriente preferencialmente a áreas no metropolitanas; y que se incorpore efectivamente actividades de investigación y de educación continua e introduzca la evaluación del desempeño.

Entre quienes opinan sobre la no continuidad, lo hacen argumentando sobre la base de la situación de desempleo médico que vive el país y que por lo tanto se está impidiendo la vinculación de médicos desempleados. Igualmente, se indagó sobre incentivos para el mejoramiento de las condiciones del médico, las respuestas se concentran alrededor de dos puntos: Mejoramiento de los salarios y condiciones de vida y dotación y disponibilidad de recursos técnicos y físicos en las respectivas instituciones. Con una frecuencia menor, se opina que se deberían establecer programas de desarrollo educacional, profesional y laboral y reconocimientos especiales a los mejores desempeños.

En relación con la capacitación a los médicos que van a realizar su año de Servicio Social Obligatorio, en todos los Servicios Seccionales de Salud se realizan cursos de inducción con una duración entre cinco y diez días, lo

cual según la opinión de varios de los jefes encuestados, es un tiempo insuficiente. En estos cursos, preferentemente se tiene como objetivo dar información sobre los Programas Médicos Especiales del Ministerio de Salud y sobre aspectos de orden administrativo y legal de los servicios. En uno o dos servicios seccionales, esta capacitación se complementa con temas relacionados con metodologías de trabajo para con la comunidad, medicina legal y ética profesional.

si se confronta esta información con la aportada por los médicos que estaban realizando su año de Servicio Social Obligatorio, se corrobora que éste sigue siendo un aspecto, crítico para lograr un adecuado compromiso en el ejercicio de la medicatura y que por lo tanto, se requiere del diseño y realización de programas de capacitación completas y más ajustados a las realidades que el médico va a enfrentar. Este punto debe ser un compromiso tanto de las Facultades como de los Servicios. Las primeras debe tener un espacio dentro de su plan de Estudios para facilitarle al estudiante un contacto con los programas de atención que se realizan en las diferentes instituciones del Estado y los Servicios deben organizar cursos más completos y de mayor duración para lograr una adecuada inducción.

Para lograr lo anterior deben crearse los mecanismos necesarios de coordinación en la planeación, ejecución y evaluación de los programas de Servicio Social Obligatorio, entre facultades de medicina y servicios seccionales de salud. Esta participación conjunta es casi inexistente en la actualidad. Sobre el particular, solo en un Servicio se anotó que existían acciones conjuntas.

También se obtuvo información sobre la evaluación del desempeño del médico, destacándose que si bien en la mayoría de los casos se supervisa el trabajo, esta tarea se realiza en forma no sistemática y sin una metodología explícita de evaluación.

Finalmente, se preguntó la opinión de los Jefes de Servicios sobre los problemas y limitantes que encontraban para desarrollar efectivamente el programa de Servicio Social Obligatorio. Las respuestas se pueden clasificar alrededor de los siguientes puntos:

- a) En su mayoría existe consenso en afirmar que las principales limitantes se ubican alrededor de la falta de recursos, en aspectos tales como la falta de dotación de los organismos de salud, la insuficiencia de recursos financieros para habilitar cupos en áreas que requieren de éste programa y las dificultades para la remuneración, alojamiento y transporte de los médicos.
- b) En segundo lugar, se opina que existen problemas relacionados con la motivación y compromiso del médico recién egresado, anotándose que la falta de continuidad ya sea para mantener un médico en forma permanente en algunos sitios o por rotación del personal donde el Servicio Social Obligatorio es de seis meses, impide desarrollar un sentido de pertenencia con la comunidad y con la institución. Anotándose también que en algunos casos, la motivación hacia el servicio no se logra porque la actitud del médicos es la de cumplir con un requisito lo más rápido posible para obtener su tarjeta profesional.

- c) Por último, se señalan problemas que involucran a las facultades en el sentido que para algunos Jefes de Servicio, la formación de pregrado no ha logrado inculcar en el estudiante una actitud positiva hacia el trabajo en equipo y una sólida formación en aspectos relativos a la gestión de los servicios. También se anota que la Universidad, en algunos casos, no colabora en programas de educación continua y que no se ha logrado un desarrollo eficaz de programas de docencia servicio.

IV SINTESIS DE FACTORES CRITICOS QUE HAN IMPACTADO EL DESARROLLO DEL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO.

En primer lugar, se destaca que dentro del marco filosófico general de dar salud a las comunidades/localidades apartadas, periféricas o marginales, el servicio social obligatorio, debe mantenerse y se deben procurar mecanismos para su desarrollo. Destacamos que un 50 a 60 % de los cargos en servicios de salud en el nivel local dependen de médicos en servicio social obligatorio. En ese sentido y frente a la imposibilidad de ofrecer alternativas diferentes por limitaciones en los recursos, se considera fundamental mantener los propósitos del servicio social obligatorio. Sin embargo, se observa que la forma como está concebido el servicio social, como una rotación de seis meses a un año, impide contar con un recurso humano experimentado y que tenga la necesaria identificación e integración con las comunidades en las cuales trabajan. Por ello el estudiante debe incorporar desde los primeros años una actitud positiva hacia la comunidad, en la cual a través de contenidos y prácticas adquiera la motivación adecuada para que cuando se llegue el tiempo de realizar el servicio social obligatorio, pueda desempeñarse con las habilidades,

responsabilidades y dedicación requeridas; por lo tanto es necesario que el estudiante enfrente contactos dirigidos y supervisados con la comunidad a lo largo de su formación académica.

Se argumenta así mismo en favor del Servicio Social Obligatorio que a través de él, se han organizado y administrado unidades locales de salud que permiten un desarrollo perceptible en las infraestructuras de dichos organismos y se prestan servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. En algunos casos se interviene en actividades de organización de la comunidad, ejerciendo un liderazgo eficiente, que si bien no es una situación que se pueda generalizar a todo el país. Si es oportuno destacar el potencial existente a través del servicio para el desarrollo comunitario. De allí que amerita, dicho servicio un diseño de estrategias que permita su afianzamiento en las comunidades periféricas.

Es necesario por ende, insistir en los aspectos no sólo de revisión curricular sino sobre estrategias o innovaciones adecuadas que permitan reorientar el proceso de formación ya que, no obstante los cambios que han venido teniendo las facultades, en la práctica existe una excesiva orientación hacia las actividades de docencia del tercer nivel.

Otro aspecto crítico que ha limitado al servicio social obligatorio, ha sido el desbalance entre el número de egresados y la distribución regional de los cupos disponibles. Se presenta así una mayor presión sobre aquellas localidades próximas a la sede de las facultades, dando paso a la ingerencia política y al clientelismo en la asignación de los cupos, y a que se adopte el servicio más como un requisito para obtener la tarjeta profesional que como un compromiso

real con una comunidad.

También otro limitante, ha radicado en las condiciones de poco acceso a la información médica actualizada, que generan durante el desarrollo del servicio social obligatorio la pérdida de motivación y que hace que, por lo tanto, muchos médicos opinen que éste es un período de desactualización. No se ha logrado una adecuada proyección de la integración docente-asistencial que permita a la Universidad desarrollar programas de educación continua, en coordinación con los servicios de salud.

Siguiendo en el orden de los limitantes, se ponen de presente las fallas en los procesos de supervisión y evaluación en lo que respecta al nivel local.

Esto es importante ya que se ha encontrado un desfase entre el modelo teórico de formación en las facultades, en el sentido de producir un profesional que pueda desempeñarse como médico general o familiar, frente al esquema de prestación de servicios que lo induce a buscar la especialización en la práctica.

En la reunión de Expertos en Educación Médica, realizada en Villa de Leyva en 1987, se enfatizó esta situación, indicando que existe desfase entre los modelos educativos y los asistenciales.

V FUTURO, TENDENCIAS Y CAMBIOS QUE SE POSTULAN

Hacia el futuro se preveen acciones y estrategias, que a diferentes niveles permitan consolidar y mejorar el servicio social obligatorio.

En primer lugar, se ha reiterado la necesidad de trabajar en el inmediato futuro en la determinación de los criterios básicos para declarar una plaza como válida para la realización del servicio social. Lo anterior con el fin de corregir algunos errores que se han presentado en la asignación de cupos que no corresponden a la filosofía del servicio. La habilitación de estas plazas deberá consultar además aspectos que hagan efectivos los compromisos de la integración docente asistencial.

Así, es necesario el desarrollo de mecanismos que provean información médica y permitan mantener la actualización necesaria para que el médico no se desmotive y conlleve a un desempeño más integral en los niveles locales.

Esto implica fortalecer la integración docente-asistencial, en términos de una eficaz proyección de la universidad hacia sus egresados y de una eficaz acción de supervisión y evaluación por parte de los servicios, con la cooperación de las Facultades de Medicina.

Para el efecto la sede de ASCOFAME ha emprendido importantes iniciativas para el fortalecimiento de la educación continua que es necesario llevar conjuntamente con las Facultades de Medicina y el Ministerio de Salud a los médicos en servicio social.

De otra parte es necesario ajustar el Servicio Social Obligatorio a las nuevas situaciones de desarrollo que enfrenta el país, de acuerdo con las nuevas políticas de salud reglamentadas en la ley 10 de 1990 que implican redefinir la misión, objetivos, estrategias y acciones que debe realizar el médico. Esto requiere un estudio para obtener una redistribución regional más equitativa de las plazas, proceso

que debe ir paralelo en la medida que en las diferentes localidades se vaya generando la descentralización y conformación de sistemas municipales (locales) de salud. Consecuencia importante en este proceso, será la participación efectiva del fisco municipal en el financiamiento de sus propias plazas, generando un carácter más permanente en el empleo médico y permitiendo una redistribución más equitativa de las plazas.

Finalmente en el futuro deberán mantenerse la filosofía sobre los cupos de Servicio Social Obligatorio en Ciencias Básicas. Esta ha sido una experiencia positiva para los egresados que tienen vocación para la docencia e investigación en este campo.

VI CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El análisis de los diferentes aspectos que fue posible realizar en el presente trabajo permiten obtener las siguientes conclusiones y recomendaciones, las cuales a su vez ponen de presente la opción que tiene cada país para la aplicación de programas de servicio social obligatorio, consultando sus políticas sociales económicas y culturales, así como los enfoques de salud y educación y en relación con la situación de organización del sistema político y de gobierno, como también con los aspectos de orden jurídico que predominan en los diferentes países. Estos hechos, ponen de presente la necesidad de profundizar en el análisis de lo anterior para poder llegar a conclusiones en materia de la posible replicabilidad y de la modalidad del servicio social obligatorio que se pretende establecer.

El Servicio Social Obligatorio es un programa que permite extender la cobertura de atención médica a las poblaciones desprotegidas y de escasos recursos y ampliar la proyección social de la universidad.

El Servicio Social Obligatorio ha constituido y se proyecta como un excelente campo para la consolidación de la formación profesional del médico.

El programa en algunas plazas encuentra limitaciones que le restan efectividad y eficacia dados los problemas existentes en la disponibilidad y suficiencia de los recursos. Sin embargo, se espera que la descentralización municipal genere un ambiente propicio para mejorar esta situación.

En algunos casos, no se logra una vinculación laboral adecuada del médico. Estos expresan su insatisfacción en términos de un exceso de carga asistencial, baja remuneración, inadecuadas condiciones de vivienda, alimentación y dotación de uniformes. Además de que existen quejas sobre subvaloración en el trato personal y profesional.

Se reconoce por la mayoría de directivos de facultades, de servicios de salud y médicos en el servicio social, que éste en sus propósitos es un programa de significativo aporte social pero que en algunas plazas ha sido desvirtuado no permitiendo un desempeño con enfoque integral y comunitario.

Algunas instituciones no proporcionan condiciones de infraestructura adecuadas que permitan una mejor utilización del recurso.

Al existir plazas con diferentes condiciones se distorsiona la demanda y se abren posibilidades para tener que utilizar

influencias para la consecución de un determinado cupo.

En muchos casos, el médico se desvincula abruptamente del medio académico y el año de servicio constituye un período en el cual se desactualiza no teniendo acceso a programas de educación continua.

RECOMENDACIONES

El Servicio Social debe mantenerse y fortalecerse.

Se deben revisar los criterios de habilitación de los cupos de acuerdo con las necesidades de la población y con las condiciones que ofrecen las instituciones para el desarrollo del servicio social obligatorio.

Es necesario impulsar el desarrollo de la infraestructura de salud para una mejor utilización del recurso humano y una atención de mayor calidad.

Deben hacerse efectivas las apropiaciones presupuestales necesarias en sitios ya existentes con el fin de mejorar la oferta de ellos.

El otorgamiento de incentivos para el bienestar del médico, partiendo de una adecuada remuneración y de un plan organizado de Educación Continua, constituyen una imperiosa necesidad.

Las Facultades de Medicina deben enfatizar la motivación en el estudiante hacia el ejercicio en áreas rurales y marginales, y planificar la acción universitaria durante ese período, organizando con los servicios de salud programas diversificados de educación continua. El seguimiento del egresado durante el servicio social debe ser una obligación

conjunta entre los servicios seccionales de salud y las Facultades de Medicina.

Es necesario estructurar mecanismos de asignación de cupos con base al rendimiento y mérito académico.

Los encargados de realizar los cursos de inducción, deben adecuar los contenidos y duración para que estos sean efectivos al ejercicio del cargo.

Los servicios de salud, en colaboración con las Facultades de Medicina, deben incorporar oportunos mecanismos de evaluación del médico, del rendimiento y calidad de su desempeño y utilizar los resultados para el mejoramiento de la atención y para retroalimentar el proceso de formación médica.

La orientación de una verdadera integración docente-asistencial debe permear las diferentes instancias de planeación, ejecución y evaluación de los programas de servicio social. Se sugiere que bajo esta perspectiva de integración se conforme un Comité con participación de personas de las Facultades y de los Servicios en el cual se examine y se decida sobre los diferentes aspectos del Servicio Social, reforzando esta integración docente-asistencial y la promoción de la educación continua.

Se considera también pertinente que se haga efectivo el Servicio Social Obligatorio en todas las disciplinas de la Salud y se extienda a otras carreras universitarias, con el fin de promover el trabajo en equipo en función del desarrollo de las comunidades.

BIBLIOGRAFIA

ASCOFAME-División de Evaluación: Consolidado sobre el Servicio Social Obligatorio en Colombia. Conclusiones para ser presentadas al Ministerio de Salud. ASCOFAME, Noviembre 1990.

Facultades de Medicina de las Universidades de Antioquia, Bolívariana, CES y Caldas: Ideas Básicas sobre el Servicio Social Obligatorio, Medellín, octubre 1990.

Facultad de Medicina Universidad del Norte: Año Social Obligatorio, Barranquilla, octubre 1990.

Facultad de Medicina Universidad Javeriana: Programa de Servicio Médico Obligatorio en Epidemiología Clínica. Bogotá 1989.

Facultad de Medicina Universidad Metropolitana: Año Social Obligatorio y su actual utilización. Barranquilla, octubre de 1990.

Universidad Libre de Cali, Facultad de Medicina: Conceptos sobre el Servicio Social Obligatorio, Cali, 1990.

Mallarino Paz, Alvaro: Servicio Social Obligatorio en Colombia. Minsalud, octubre 1990.

Minsalud-Dirección de Recursos Humanos: Boletines sobre el Servicio Social Obligatorio, Julio 1981, Septiembre 1982, Abril 1983.

Minsalud-Dirección de Recursos Humanos: Boletín Informativo sobre el Servicio Social Obligatorio. 1990.