

**IMPACTO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
EN LAS RELACIONES DOCENCIA-SERVICIO
Y EN LOS ESCENARIOS DE PRACTICA**

DR. RICARDO H. ESCOBAR GAVIRIA, MD.
JEFE DIVISIÓN DE SALUD Y EDUCACIÓN
ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA
ASCOFAME.

El contexto sociopolítico.

El Sistema de Salud de Colombia se ha modificado sustancialmente en el transcurso de los últimos 10 años, con una transformación orientada a incorporar la totalidad de la población del país dentro de un sistema de seguridad social.

El primer elemento de reforma en salud se dio con un proceso de descentralización de las competencias de organización y prestación de los servicios de salud, a departamentos y municipios, conservado la nación para sí la potestad de definición de políticas y normatividad y la vigilancia y control del Sistema, proceso que se inició con la elección popular de los alcaldes en 1988, propiciada por la reforma constitucional de 1986, y que en salud se concretó con la Ley 10 de 1990, y posteriormente con la Ley 60 de 1993.

Una evaluación hecha por el Gobierno Nacional en 1993 sobre la prestación de servicios mostraba deficiencia de cobertura: el subsector oficial atendía solo el 40% de la población, el de la seguridad social alcanzaba el 18% y el subsector privado 18% de la población, quedando un 25% de la población sin acceso a los servicios de salud. El sistema carecía, además, de eficiencia, eficacia y de solidaridad.

Las deficiencias identificadas en la prestación de servicios de salud condujeron a la implantación de un Sistema de Seguridad Social en Salud, el cual se concreta en la Ley 100/93 y la normatividad posterior. La Ley 100/93 propuso un modelo de cobertura universal, solidario y eficiente, y planteó dentro de este esquema una infraestructura normativa, institucional (administrativa y asistencial), y económica que garantizara este tipo de desarrollos.

Por otra parte desde el sector educativo se generaron reformas complementarias dentro de la misma concepción neoliberal.

La Ley 30 de 1992, que reforma la educación superior en Colombia entrega autonomía total a las universidades para la creación de programas académicos. La autonomía *per se* no hubiera sido problema si ella no se hubiera desarrollado por fuera del contexto de la responsabilidad social.

En 1959 se creó la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina por parte de las siete facultades existentes en ese entonces, pertenecientes a la Universidades Nacional de Colombia, de Cartagena, de Antioquia, del Valle, del Cauca, de Caldas y Javeriana; antes de la promulgación de la Ley 30 de 1992 el país contaba con 21 facultades de medicina y en la

actualidad se encuentran en funcionamiento 45 programas. Existen algunos programas aprobados que no han entrado en funcionamiento.

Medicina siempre ha constituido una disciplina especialmente atractiva para los aspirantes a ingresar a la Universidad, y no obstante un decremento en el número de aspirantes en los últimos años, mantiene el primer lugar de preferencia. Lo que sí continúa en ascenso es el número de admitidos, más aún si se tiene en cuenta el incremento de la oferta educativa y la laxitud que en los últimos años ha sufrido el proceso de selección de los mismos. Para 1998 se reportan 4232 admitidos en 32 de las 42 facultades existentes a la fecha. La tasa de crecimiento acumulada de los admitidos entre 1993 y 1998 para las 32 facultades fue de 23.4%.

Pero más importante que lo anterior es el número de egresados que actualmente están llegando al mercado laboral. De 1.256 egresados en 1980 se pasó a 2.202 en 1998. El rango de egresados en los 10 últimos años se ha mantenido entre 2.059 y 2.380 mínimo y máximo en 1992 y 1991 respectivamente, con un promedio de 2.183 egresados. Las nuevas facultades de medicina sólo hasta el año anterior empezaron a egresar médicos por lo cual sus cifras no alcanzan a reflejarse en este estudio. Sin embargo es de prever un gran incremento del número de egresados en los próximos dos años cuando la mayoría de las nuevas facultades ya estarán graduando médicos.

El impacto de las reformas.

El desarrollo de las reformas condujo a que se afectara la forma de enseñar medicina que estaba estrechamente vinculada a la prestación de servicios de salud en los hospitales y clínicas. Para éstas instituciones constituyó durante años motivo de orgullo ser consideradas como *Hospital Universitario*, término que ante la comunidad tenía connotaciones de calidad, y caridad en el mejor sentido de la palabra. Los hospitales, bajo el auspicio del Estado, y aún aquellas instituciones privadas que no gozaban de recursos oficiales, acogían con beneplácito a la Universidad para el desarrollo de labores de docencia y servicio, y las facultades, con sus eminentes profesores atendían a los pacientes mientras impartían educación a los futuros profesionales. La comunidad por su parte entendía la presencia de profesores y estudiantes como garantía de calidad.

Estas reformas incidieron de manera significativa en la forma como se desarrolla la docencia en salud. El primer cambio tuvo que ver con lo que se denominaban "áreas de influencia" y que consistían esencialmente en que el país, desde el punto de vista geográfico estaba repartido entre las Universidades, y que éstas en su área de influencia desarrollaban todos los aspectos propios del componente de extensión, en el caso de salud las relaciones docente asistenciales, en esta región. La responsabilidad de la Universidad en estos casos contribuyó a un compromiso de la misma con el desarrollo docente asistenciales en los escenarios de práctica que estaban en su área. La descentralización política, administrativa y fiscal de las regiones, y específicamente en salud, significó la desaparición de dichas áreas bajo el concepto nuevo de autonomía local y regional.

Con el advenimiento de todos los cambios estructurales en la organización del Sistema de Salud, Ley 10 de 1991, Ley 60 y Ley 100/93, se estableció un cambio sustancial en la forma de gerenciar los servicios de salud, dándole preponderancia al desarrollo de procesos

orientados a mejorar la eficiencia económica de los servicios, sobre la rentabilidad social. La Ley 30 de 1992, por su parte, complementó el sombrío panorama.

Dentro del esquema de la organización actual de los servicios de salud, se maneja la hipótesis de que la presencia de la Universidad incrementa los costos de la prestación de los servicios lo cual, además de no poderse afirmar de manera absoluta y categórica, no tiene en cuenta lo que significa en términos de calidad el valor agregado que genera la presencia de la Universidad en los hospitales. Surge la necesidad de los hospitales de evaluar la presencia de profesores y estudiantes y su impacto económico sobre el funcionamiento de los servicios. Ante esta situación los profesores vinculados como funcionarios de los hospitales, que hacían docencia mientras prestaban sus servicios se ven forzados a desarrollar sus actividades bajo criterios económicos de eficiencia; la docencia pasa a un segundo lugar, y la satisfacción por la labor docente se vulnera sustancialmente. Los esquemas de contratación adoptados, como mecanismo de contención de costos de las instituciones hospitalarias, tampoco estimulan la docencia.

Lo anterior, aunado a la proliferación de facultades de medicina, propiciada por la Ley 30/92, ha conducido a un deterioro desde el punto de vista cualitativo de los escenarios de práctica para la formación de profesionales de la salud. Instituciones de Salud, públicas y privadas, cobran por cupos a las universidades para recibir residentes y estudiantes; las instituciones hospitalarias, cada vez con mayor frecuencia reciben estudiantes de varias disciplinas profesionales, técnicas y auxiliares y de varias universidades simultáneamente, sin mejorar de manera sustancial su infraestructura física, tecnológica y humana para albergar una mayor cantidad de estudiantes. Los nuevos programas de salud se ven en la necesidad de *comprar* cupos en los hospitales reconocidos a altos costos o, a utilizar escenarios de práctica inadecuados desde el punto de vista docente asistencial.

Desde el punto de vista de la calidad, la formación del médico colombiano se caracteriza por un buen reconocimiento de su nivel profesional en el concierto latinoamericano. El perfil académico de nuestro médico general es un perfil exigente, que lo prepara para el desempeño en acciones de promoción y recuperación de la salud y prevención de la enfermedad, tanto en el nivel individual, como familiar y comunitario. Cada vez los componentes curriculares relacionados con aspectos gerenciales y administrativos de los servicios de salud, hasta los sistemas de salud están siendo considerados en mayor extensión y profundidad. El componente humanístico dentro de los planes de estudio requiere probablemente ser reforzado, la formación universitaria en nuestro país continúa siendo esencialmente profesionalizante, y ésta situación no es distinta para la medicina. Ospina y Rey¹ hacen una amplia descripción del perfil humano, científico, laboral y profesional del médico. Vale la pena destacar la acción de ASCOFAME durante los últimos ocho años para que la formación del médico sea de carácter integral en un sano equilibrio entre las acciones de atención individual de la enfermedad y las colectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Ante una sobreoferta educativa y un déficit de escenarios de práctica calificados para brindar docencia, se plantea un deterioro inminente de la calidad de los próximos egresados de las Facultades de Ciencias de la Salud. En los próximos dos años la necesidad de escenarios de

¹ Ospina J, Rey N; PERSPECTIVAS CURRICULARES DE EDUCACIÓN MÉDICA PARA EL SIGLO XXI. ASCOFAME, Santafé de Bogotá, D.C., 1995.

práctica se habrá duplicado, mientras vemos además que Hospitales de reconocida trayectoria docente están siendo cerrados o *ad portas* del cierre por dificultades económicas.

Una propuesta.

Bajo estas circunstancias es absolutamente urgente que se establezcan unas condiciones que permitan el desarrollo armónico de las relaciones docente asistenciales, teniendo en cuenta el interés de la nación. El gobierno debe establecer ajustes a sus políticas de desarrollo con el fin de no vulnerar la función social que le corresponde al Estado, en primer término, y a las instituciones de salud y educación.

En éste contexto es importante comenzar a generar iniciativas que permitan velar por la calidad de los procesos de articulación docente asistencial con el objetivo que se den las condiciones adecuadas para desarrollar actividades docentes en las instituciones prestadoras de servicios y que por lo tanto requerirán de acciones concertadas y de espacios de análisis en donde se integran decisiones alrededor de una política clara entre los sectores de educación y salud. Lo anterior se justifica aún más teniendo en cuenta la responsabilidad social, el ejercicio práctico con la mayor exigencia ética y el compromiso con la calidad que deben tener los recursos humanos de las ciencias de la salud.

Vemos la necesidad de que el país establezca un Sistema de Acreditación Docente para las Instituciones de Salud que tienen convenios docente asistenciales, acompañado de un esquema de incentivos que permitan el desarrollo de las mejores condiciones para la docencia en éstas instituciones.

Lo relacionado con un esquema de incentivos tiene que ver con disminuir a los Hospitales Universitarios² las presiones para sobrevivir bajo un sistema de mercado. Los Hospitales Universitarios deben poseer una razón social y jurídica que los proteja frente a los avatares de la competencia, y a la cual se llega por cumplir con unos claros criterios de calidad que lo acrediten para desarrollar funciones docente asistenciales. Estos incentivos probablemente significan el establecimiento de una serie de excepciones (de las cuales hay varios ejemplos en nuestro sistema de salud) que desde el punto de vista de su gestión financiera los libere del afán por "vender" servicios, que es lo que en últimas ha transformado su función social en una gestión económica dentro de un criterio de "empresa". Lo que se plantea no significa necesariamente un retroceso en el desarrollo del sistema, sino por el contrario, la manifestación por parte del Estado de su compromiso con la protección de una función social. Incentivos tales como exenciones de impuesto o el mantenimiento de un subsidio parcial, pero suficiente, a la oferta de servicios, entre otros, constituiría un alivio importante para alcanzar condiciones que mejoren la relación entre hospitales y universidad.

Los componentes de acreditación docente de estas instituciones deberán enmarcarse en claros y estrictos criterios de calidad que sustenten las condiciones del hospital para desarrollar la docencia. No se puede permitir que se continúe presentando la situación actual en la cual hospitales sin ninguna trayectoria ni vocación y mucho menos infraestructura académica se han constituido en escenarios de práctica para la docencia médica, y en salud en general. Las facultades de medicina, y en Colombia en conjunto con ASCOFAME, deben

² Cuando se habla de Hospital Universitario no solo se hace referencia al hospital del máxima tecnología, sino también a organismos de salud de 1er y 2º. Nivel de atención.

establecer las condiciones que se requieren para que un Hospital pueda considerarse *Universitario*. Existen experiencias pasadas y positivas en nuestro país, en este sentido, las cuales el Estado no debe desaprovechar.

Finalmente considero necesario hacer algunas consideraciones aclaratorias sobre lo anteriormente expuesto:

1) Este documento no constituye una apología a la formación intrahospitalaria del médico y en general de los profesionales de la salud. Hemos avanzado en la utilización de escenarios de formación no tradicionales en la comunidad y en instituciones de diversos tipos que nos han permitido ampliar la visión social del médico que estamos formando. El hospital, sin embargo, constituye un punto de referencia que sigue siendo fundamental en la formación de nuestros futuros profesionales de la salud, a fin de cuentas a ellos como egresados, se les exigirán altas calidades para atender situaciones de salud que requieren manejo institucional;

Es necesario reconocer que en el pasado se cometieron errores y abusos de parte de la Universidad que contribuyeron, en parte, al manejo ineficiente de los recursos hospitalarios. Dentro de un criterio academicista, no académico como se expuso anteriormente, la presencia de la universidad en los hospitales condujo a un aumento de los días de estancia hospitalaria de aquellos pacientes que padeciendo patologías "raras" se convertían en centro de atracción de profesores y estudiantes. Bajo este criterio no se puede someter a pacientes e instituciones a situaciones indebidas que desde el punto de vista científico son injustificadas, desde el punto de vista ético son inmorales, y desde la perspectiva económica ineficientes y atentatorias contra la sobrevivencia de unas instituciones financieramente frágiles. Por otra parte los beneficios de atender con responsabilidad y diligencia las misiones primarias de cada una de las instituciones, sólo podrá traer beneficios a ambas y a la comunidad por ellas