

SALUD, SISTEMA DE SALUD Y EDUCACIÓN MÉDICA

Reflexiones desde Ascofame

1. Densidad, suficiencia y distribución regional de los médicos generales

En el 2022 Colombia contaba con más de 127.000 médicos, con una densidad de 24,44 médicos por cada 10.000 habitantes¹. Hoy se ofrecen 63 programas de medicina que titulan a más de 6.300 médicos cada año², faltando aún cuatro programas por graduar sus primeras cohortes, por lo cual el número de médicos graduados ascenderá a más de 6.500 por año.

La matrícula del primer curso en medicina pasó de 7.969 estudiantes en 2014 a 10.345 en 2022, con un crecimiento de 29.8%. Con estos datos, se estima que en el 2030 habrá más de 171.000 médicos en el país, para una densidad de 31 médicos por 10.000 habitantes³, lo que ubicará a Colombia cerca del promedio actual de este indicador de los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), que es de 34.

De los 63 programas de medicina de pregrado, 18 oficiales y 45 privados, 38 (60%) cuentan con acreditación de alta calidad. Los 63 programas están ubicados en 26 municipios diferentes de 20 departamentos de nuestro país, con una amplia cobertura del territorio nacional. Ciudades como Cúcuta, Ibagué, Montería, Neiva, Palmira, Pasto, Tuluá, Villavicencio y Valledupar cuentan con oferta de medicina de pregrado, algunas con dos o más programas.

No obstante, existen brechas significativas en la distribución regional de los médicos y otros profesionales de la salud, que obedecen a aspectos relacionados con el desarrollo socioeconómico regional, la infraestructura de comunicaciones y servicios, el equipamiento de las instituciones de salud, las posibilidades de crecimiento profesional y familiar de los profesionales y dificultades de orden público y seguridad, entre otros.

Salvo el servicio social obligatorio que deben cumplir los médicos y otros profesionales de la salud recién egresados⁴ no existen estrategias integrales, ni incentivos efectivos, que permitan atraer y retener a los profesionales en regiones tradicionalmente desatendidas, para cerrar las brechas regionales y urbano-rurales en la dotación de personal sanitario.

2. Densidad, suficiencia y distribución regional de los médicos especialistas

Para 2022 se estimaba que Colombia contaba con cerca de 33.000 médicos especialistas, equivalentes al 28.3% del total de médicos. De las 63 facultades de medicina del país, 39 ofrecen programas de especialidades médico-quirúrgicas (EMQ) en diversas regiones.

Hoy se ofrecen más de 470 programas de EMQ que titulan cada año a más de 1.800 nuevos especialistas, con lo cual casi se ha duplicado los 956 especialistas que se graduaban en el año 2000. En las especialidades básicas, que son la base para la prestación de servicios y la formación

¹ Fuente: Observatorio de Talento Humano en Salud. Consulta realizada en enero 2 de 2024.
<https://www.sispro.gov.co/observatorios/ontalentohumano/Paginas/Indicadores.aspx>

² Fuente: Sistema Nacional de Información de la Educación Superior, SNIES.
<https://snies.mineducacion.gov.co/portal/ESTADISTICAS/Bases-consolidadas/>

³ Estimaciones propias con base en información histórica del SNIES.

⁴ El servicio social obligatorio está regulado por la Ley 1164 de 2010.

de otros especialistas, contamos con 5.244 internistas; 4.988 pediatras; 3.655 ginecólogos y 2.528 cirujanos generales.

Recientemente se han abierto programas de EMQ en ciudades como Neiva, Pasto, Tunja y Villavicencio. Se destaca el crecimiento de la oferta de programas de especialización en medicina familiar, pasando de 6 en 2011 a 17 en 2023.

Sin embargo, persiste una percepción de escasez de médicos especialistas, particularmente en algunas regiones y áreas específicas de especialización. Se reconoce que, considerando las características sociodemográficas y epidemiológicas de nuestra población, así como la evolución del sistema de salud, hay la necesidad de ampliar el número de psiquiatras, médicos familiares y especialistas en áreas oncológicas, entre otras, para lo cual Ascofame ya ha presentado una propuesta al gobierno nacional que más adelante se explica.

Es una situación que requiere ser estudiada con prioridad para identificar las necesidades específicas y enfocar los esfuerzos y recursos para el fortalecimiento de la oferta de educación médica especializada, considerando que existen más de 70 denominaciones distintas de este tipo de programas⁵.

3. La capacidad resolutive de los servicios de salud: más allá de la educación médica

Se ha vuelto recurrente hacer referencia a la calidad y la pertinencia de la educación médica cuando se presentan dificultades en relación con la capacidad resolutive y la calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención. Es una visión que omite elementos importantes para entender cómo se ha llegado al estado actual y, a partir de un buen diagnóstico, construir soluciones pertinentes.

Entre estos elementos se destacan los siguientes:

- a) No se ha implementado en Colombia un modelo de atención⁶ en salud que fortalezca la capacidad resolutive del primer nivel de atención, que es el ámbito de ejercicio profesional por excelencia de los médicos generales y los profesionales de los equipos básicos de salud. A esto se suma la falta de claridad sobre la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud⁷ y las rutas de atención para dar respuestas integrales y resolutiveas a los pacientes.

La existencia de un modelo de atención en salud es fundamental para orientar la formación del personal sanitario, particularmente de los médicos, esto permite conocer los perfiles, competencias y ámbitos de ejercicio profesional requeridos por las instituciones y servicios de salud, como referentes para el diseño, planificación y gestión de los currículos y sus estrategias de evaluación.

⁵ Parte de la información requerida se puede obtener con la aplicación de las disposiciones contenidas en la Resolución 1552 de 2013, sobre mantener abiertas las agendas de citas médicas todos los días hábiles, para hacer una adecuada medición y gestión de la oportunidad en las citas médicas con especialistas. Una responsabilidad de las EPS, IPS, la Supersalud y el Ministerio de Salud.

⁶ En la última década se ha planteado la implementación de modelos de atención en salud, pero no se han logrado operativizar, salvo en territorios y momentos específicos. Uno de ellos, surgió de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), definida con la Resolución 429 de 2016 que se operativizaría a través del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Recientemente, el gobierno ha propuesto el desarrollo de un modelo de salud preventivo y predictivo.

⁷ Ver por ejemplo <https://periodico.unal.edu.co/opinion/que-pasa-con-nuestra-atencion-primaria-en-salud>

Las universidades han orientado sus procesos de formación en Atención Primaria en Salud (APS), con base en la mejor evidencia disponible y en las experiencias internacionales⁸. Sin embargo, las competencias desarrolladas no son aplicables en un sistema de salud donde no se ha desarrollado esta estrategia como eje de la atención en salud, por lo cual ésta sigue desarticulada, desintegrada y no involucra al talento humano como base de su desarrollo.

- b) Se percibe una falta de confianza de los pacientes en las instituciones del primer nivel de atención, acompañada de una baja utilización de sus servicios y capacidad instalada⁹, como resultado de equipos de salud incompletos e inestables, que enfrentan limitaciones administrativas y carencia de tecnologías e insumos básicos para dar soluciones en “la puerta de entrada” del sistema, lo cual los convirtió en “remitidores de pacientes” a las instituciones de mayor complejidad¹⁰.

Esto también ha afectado la consolidación de escenarios de práctica para la formación de médicos generales y profesionales de salud en este nivel de atención, que llevó, por ejemplo, a la concentración de las rotaciones del año de internado en niveles de mediana y alta complejidad.

- c) La creciente especialización de los servicios de salud y de la medicina, con la aparición de nuevas especialidades médicas¹¹, ha implicado la reconfiguración de los ámbitos de ejercicio y competencias del médico general. La atención de algunos pacientes o servicios que antes hacían parte del ejercicio regular del médico general (niños, adultos de la tercera edad, partos no complicados) progresivamente van siendo asumidos de manera exclusiva por médicos especialistas.

Además, las normas de calidad del sistema de salud, como las que reglamentan la habilitación de los servicios de salud, y algunas leyes que regulan las especialidades médicas¹² han limitado progresivamente el ejercicio de los médicos generales, configurando un contexto adverso para el despliegue de las competencias de los médicos generales.

Así, los pacientes o sus familias exigen la atención por parte de médicos especialistas, sin importar que el médico general y los equipos básicos de salud tengan la capacidad para resolver su situación de salud. Este es un fenómeno que también impacta algunas especialidades básicas, como medicina interna y pediatría, donde se solicita a priori la atención por parte de una segunda especialidad.

⁸ De hecho, una de las recomendaciones del CGEM-Ascofame para la transformación de la educación médica es “promover la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en el marco de la atención primaria renovada”

⁹ Según información del Ministerio de Salud y Protección Social, entre 2007 y 2012 el nivel de ocupación de las IPS pública del primer nivel de atención se mantuvo por debajo del 40%.

¹⁰ Ver “Política de Atención Integral en Salud” Ministerio de Salud y Protección Social. 2016 <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

¹¹ Colombia llegó a tener más de 120 denominaciones distintas de especialidades médico-quirúrgicas. Con la propuesta de la sala de posgrados de Consejo General de Educación Médica, CGEM, se busca que este número se reduzca alrededor de 70 denominaciones.

¹² Leyes 6 de 1991 y 657 de 2001, que reglamentan, en su orden, las especialidades de Anestesiología y de Radiología e imágenes diagnósticas.

- d) A esto se agrega la aparición de normas garantistas de los derechos de los pacientes, cada vez más informados y exigentes¹³, situación que también ha derivado en cambios sustanciales en la educación médica, particularmente en las prácticas formativas de los estudiantes de medicina general, donde su exposición al contacto con pacientes es cada vez más restringida y controlada.

La situación anterior se refuerza con los riesgos jurídicos, legales, civiles y penales, tanto para los médicos como para las instituciones de salud, que llevan a tomar medidas preventivas, que en muchos casos implican restricciones tanto para el ejercicio de los médicos generales, como para los procesos de formación que se realizan en las instituciones de salud para los futuros profesionales.

- e) De otro lado, con la implementación de la Ley 100 de 1993, la relación médico-paciente cada vez está más intermediada por instituciones como las IPS y las EPS y procesos como la habilitación de servicios, auditorías médicas, comités, etc.

Las EPS e IPS han generado procesos, estrategias y lineamientos administrativos buscando eficiencia en el uso de los servicios y recursos, que en muchos casos terminan limitando la capacidad resolutoria de los médicos generales y, en algunos casos, la autonomía médica. Esto se concreta, por ejemplo, en la estandarización de los tiempos de consulta, las limitaciones que tiene el médico general para formular medicamentos, ordenar laboratorios, imágenes, tratamientos o remisiones a servicios especializados.

- f) Se suma a lo anterior las formas predominantes de vinculación de los médicos y profesionales de la salud¹⁴, caracterizadas por plazos fijos menores a un año, que dificultan los procesos de desarrollo profesional, minan el compromiso mutuo entre el médico y el empleador y afectan la calidad y continuidad en la atención de los pacientes.

- g) A las capacidades o competencias clínicas históricas y universales que se esperan de un médico, hoy se suman: que sea un buen comunicador con sus pacientes y familiares, compañeros de equipo, administradores y autoridades; que tenga la capacidad de desaprender e incorporar en su ejercicio los constantes cambios en el conocimiento y la tecnología médica; que comprenda y se ajuste al funcionamiento de un sistema de salud complejo y en constante evolución; que comprenda los diversos contextos donde se desempeña y sea un agente de transformación social; que se adapte a unas condiciones laborales que no garantizan estabilidad y condiciones laborales adecuadas para su óptimo desempeño, entre otras.

Por lo anterior, desde 2018 Ascofame y sus facultades asociadas asumieron la responsabilidad de hacer un análisis reflexivo y autocrítico de la educación médica en Colombia, que llevó a plantear una serie de recomendaciones que son de conocimiento público:

¹³ La tutela ha sido un instrumento fundamental para promover y garantizar los derechos de los pacientes, así como los fallos de los jueces y altas cortes. La Ley 1751 de 2015, conocida como Ley estatutaria de la salud, reguló el derecho a la salud de manera integral.

¹⁴ Como referencia de este fenómeno, según datos del Ministerio de Salud y Protección Social, para el año 2014 del total de gastos de personal de las IPS públicas, el gasto de personal de planta representaba del 37% y el de servicios personales indirectos el 63%.

4. ¿Qué ha hecho y qué está haciendo Ascofame?

Entre los años 2016 y 2017 Ascofame participó y fue relator de la Comisión para la Transformación de la Educación Médica, convocada por el gobierno nacional, con el objetivo de *“plantear propuestas entre el corto y el mediano plazo con visión de futuro para resolver los problemas centrales de la educación médica en el país. Estas propuestas deberían consolidarse como el derrotero para el cambio y la cualificación profesional de la profesión médica durante los próximos años”*.

Esta comisión planteó 104 recomendaciones para mejorar la calidad y la pertinencia de la educación médica, de las cuales una parte requerían la expedición o ajuste de normas legales y reglamentarias, a cargo del Congreso de la República y el Gobierno Nacional, y otra parte de decisiones y acciones de autonomía de las facultades de medicina.

A partir de lo anterior Ascofame se dio a la tarea de implementar las recomendaciones que son de competencia y autonomía universitaria, compromiso que quedó consignado en el documento conocido como el “Consenso de Montería”, del año 2018, que refleja el compromiso de las facultades de medicina asociadas en Ascofame con el mejoramiento de la calidad y la pertinencia de la educación médica,¹⁵ del pregrado, los posgrados y el desarrollo profesional permanente (DPP)

Para esto, se revitalizó el Consejo General de Educación, espacio donde los decanos y directores de programa de Ascofame, en conjunto con representantes del gobierno, las sociedades científicas, ASCUN, residentes y estudiantes, trabajaron en el consenso de recomendaciones concretas, así:

4.1 Pregrado:

Se plantearon 10 recomendaciones para la transformación del pregrado de medicina en Colombia, con estrategias concretas para su implementación¹⁶, a saber:

- Educación basada en las necesidades de la comunidad
- Formar un médico confiable y con alta capacidad resolutoria
- Promover la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en el marco de la atención primaria renovada
- Proponer un perfil de ingreso para los programas de medicina que responda a requisitos establecidos de conocimiento y de vocación para la admisión
- Fomentar la enseñanza integrada e integral de las ciencias básicas-clínicas-socio humanísticas y de salud de poblaciones
- Fomentar los aprendizajes transformativos
- Promover ambientes de enseñanza-aprendizaje inter e intra profesional
- Incentivar el aprendizaje y la práctica del profesionalismo (valores y principios y autonomía)
- Cerrar la brecha que crea el Currículo Oculto contrario a lo que se pregona en las aulas
- Disponer de escenarios de práctica clínica y escenarios no clínicos (comunidades, casa de adultos, centros de atención infantil, entre otros.)

¹⁵ https://ascofame.org.co/Descargas/Anexo_1._Sobre_el_CGEM.pdf

¹⁶ https://ascofame.org.co/Descargas/Anexo_2._Sala_de_pregrado.pdf

Estas recomendaciones son válidas aún en un contexto de reforma a la salud como el que se plantea actualmente. Adicionalmente, se realizan actividades nacionales y regionales periódicas para promover y hacer seguimiento a la implementación de las recomendaciones.

Para complementar las recomendaciones anteriores, se está culminando un documento con los resultados de aprendizaje esperado para el pregrado de medicina, así como una propuesta curricular para el año de internado, dos instrumentos clave para aterrizar las recomendaciones de transformación del pregrado, orientar los ajustes curriculares y armonizar la educación médica con las necesidades de los pacientes y los servicios de salud.

De otro lado, Ascofame, en desarrollo de su misión fundacional y de sus Estatutos, sigue impulsando la acreditación entre sus asociados, para lo cual está estructurando estrategias de acompañamiento y seguimiento periódico. De los 57 programas asociados en Ascofame, 37 (65%) cuentan con acreditación en calidad, los restantes 20 se encuentran en distintas fases del proceso, por lo cual Ascofame está promoviendo de manera activa los avances concretos hacia este estatus.

Finalmente, vale mencionar el impulso y acompañamiento que dio Ascofame al proceso que llevó a la certificación del Consejo Nacional de Acreditación, CNA, para lograr su certificación internacional por la World Federation for Medical Education, WFME, que facilitará el intercambio y la formación de nuestros médicos en el exterior.

4.2 Posgrado

Se elaboró un documento con criterios para la definición de qué es y qué no es una especialidad médico-quirúrgica, a partir de los cuales se realizó un proceso de revisión y racionalización de los programas que se ofrecen en el país, permitiendo pasar de más de 120 a 70 denominaciones¹⁷, lo cual tendrá un impacto positivo para la organización de los servicios de salud. Esta propuesta fue avalada en más del 90% por los Ministerios de Educación y de Salud, como se observa el documento *Consenso para la normalización de las denominaciones de las especialidades médicoquirúrgicas en Colombia*¹⁸.

Se presentó al gobierno y al Congreso de la República una propuesta para la implementación de un examen único nacional para el acceso a las especialidades médico-quirúrgicas. En desarrollo de este compromiso se presentó una propuesta de redacción de una disposición que actualmente hace parte del articulado del proyecto de ley de reforma a la salud.¹⁹ De manera consistente, Ascofame, junto con la Asociación Colombiana de Universidades ASCUN, se pronunció sobre el proyecto de ley número 024 de 2023 Senado “por medio de la cual se establece el examen nacional de especialidades médicas como requisito obligatorio de mérito y oportunidad en las instituciones y facultades nacionales de medicina para el acceso a programas de especializaciones médicas.”

En este momento la sala de Posgrado del CGEM, con la participación de representantes de los directores de los programas de especialización, representantes de las sociedades científicas, docentes, residentes y expertos, avanzan en la actualización de los perfiles, competencias y lineamientos curriculares de las EMQ. Se tiene previsto que este año queden publicados y socializados los documentos correspondientes a Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría,

¹⁷ https://ascofame.org.co/Descargas/Anexo_3._Sala_Posgrado.pdf

¹⁸ https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-408425_recurso_7.pdf

¹⁹ Artículo 104 del proyecto de ley 339 C, aprobado por la Cámara de Representantes

Anestesiología, Radiología, Psiquiatría y Medicina Familiar, que constituye la base para la prestación de los servicios de salud y para la formación de otros especialistas.

En diciembre de 2023 Ascofame envió a los ministros de Salud y de Educación una propuesta para fortalecer la formación y disponibilidad de médicos especialistas en Colombia y sus regiones, sustentada en el artículo 23 de Ley 1797 de 2016, con la cual se busca aumentar el número de cupos de las especialidades médico-quirúrgicas que priorice el gobierno, a través de un proceso que permitiría a las facultades acreditadas en calidad cumplir con este objetivo en un plazo razonable.

Lo anterior, considerando que abrir un nuevo programa o aumentar sus cupos requiere articular esfuerzos de la universidad para disponer de los docentes (médicos especialistas), recursos tecnológicos y pedagógicos, escenarios de práctica (IPS) y finalmente someterse al proceso de autorización (registro calificado) por parte del gobierno, que, de acuerdo con la experiencia, una vez solicitado puede demorarse entre 2 y 3 años, no siempre logrando la autorización.

Sin embargo, no será suficiente fortalecer la oferta de las EMQ. Se necesita un modelo de atención que organice las acciones y recursos de las instituciones del sector para mantener, promover y atender la salud de las personas, con un nivel primario que ofrezca respuestas resolutivas, adecuadas y oportunas evitando complicaciones de salud, demoras y derivaciones a servicios de mayor complejidad y especialización.

También se requiere racionalizar la demanda de servicios especializados. Es ineficiente que un pediatra atienda consultas de crecimiento y desarrollo; que un internista realice el control de pacientes crónicos que pueden ser atendidos por personal no especializado, o que un ginecólogo realice cesáreas cuando no es lo indicado. Esto no contradice la posibilidad de contar con algunas especialidades básicas en los niveles primarios de atención.

Así mismo, la concentración de médicos especialistas en los centros urbanos y su baja disponibilidad en territorios rurales y apartados, es una situación que debe intervenir con estrategias que integren el mejoramiento de las condiciones de desarrollo profesional, familiar y personal de estos médicos, la disponibilidad de servicios equipados con la tecnología e insumos adecuados para la prestación de los servicios especializados e incentivos para atraer y retener a este importante capital humano en territorios desatendidos.

Finalmente, las facultades que hacen parte de Ascofame, están comprometidas con la aplicación de un examen único nacional, coherente con la autonomía universitaria, para garantizar mayor rigurosidad y transparencia en el acceso a las especializaciones médico-quirúrgicas.

En síntesis, mejorar el acceso y la oportunidad a los servicios médicos especializados, no es solo un tema de números, involucra la gestión coordinada del gobierno y los actores de los sectores salud y educación. Y las facultades de medicina tienen la voluntad, experiencia y capacidad para participar en el diseño y desarrollo de una estrategia que permita avanzar con firmeza hacia el cumplimiento de ese propósito nacional.

4.3 Desarrollo Profesional Permanente

Se elaboró un sistema para la evaluación de los oferentes y las acciones de formación continua para los médicos y profesionales de la salud y un sistema de calidad de los programas de

entrenamiento avanzado en medicina²⁰. Estos documentos se han puesto a disposición del gobierno y del país, para impulsar y orientar las iniciativas que se implementen para organizar, racionalizar y evaluar la calidad de la oferta de educación continua para los profesionales de la salud.

Ascofame también ha diseñado una estrategia para la capacitación de médicos generales y equipos de salud, que busca fortalecer las competencias requeridas para la implementación de la Atención Primaria en Salud, enfocada en los territorios con dificultades de acceso. El curso tiene un diseño pedagógico innovador, estructurado en casos para que los profesionales de la salud “aprendan haciendo”, en equipos multidisciplinarios, comprendiendo las características del contexto, el funcionamiento del sistema de salud y con un uso adecuado de las TICs.

Esta estrategia ya se ha presentado al Ministerio de Salud, donde se ha valorado positivamente y estaríamos a la espera de que se concreten los recursos para su ejecución.

Ascofame y sus 57 facultades asociadas continuarán trabajando por el mejoramiento de la educación y la pertinencia de la educación médica en Colombia, ofrecen al gobierno nacional, al Congreso de la República y a las demás entidades estatales, su experiencia y liderazgo de 65 años en educación médica, su capacidad institucional y cobertura nacional y su voluntad para trabajar mancomunadamente en la estructuración de estrategias, proyectos y acciones que tengan un impacto positivo en la salud y el bienestar de la población.

²⁰ <https://ascofame.org.co/web/wp-content/uploads/2020/07/GUIA-PROGRAMAS-DE-ENTRENAMIENTO-AVANZADO-SALA-DPP-V-12-marzo-2020.pdf>