

Discurso inaugural

Conferencia Internacional de Educación Médica, ASCOFAME 2012: El Médico para el siglo XXI

Doctor Ricardo H Rozo¹

Este escenario, compuesto por las más altas figuras del Gobierno Nacional, directivos y docentes de las facultades de medicina y de salud, representantes de los prestadores de servicios y miembros de la academia y las sociedades científicas, y con invitados de internacionales de prestigiosas instituciones de educación médica, es el más adecuado para plantear la concepción de ASCOFAME respecto a lo que creemos que debe ser el Médico del Siglo XXI para un país que ha ingresado sin reparos a la globalización y a la internacionalización no solo en la economía sino en todos los ámbitos del desarrollo social.

Esta Conferencia Internacional aborda cuatro ejes centrales, que nos acercan al mundo y nos relacionan con nuestros problemas, que no son solo nuestros:

1. El Profesionalismo Médico: la ética, el humanismo, la autonomía y la calidad del acto médico.
2. La práctica de la medicina dentro de un Modelo de APS, y la consideración central sobre la capacidad resolutive del médico (y del Sistema).
3. Las prácticas curriculares para la mejor formación de médicos en el pregrado y en las especialidades; y
4. La calidad de la educación médica y su proyección internacional.

1. El Profesionalismo Médico: la ética, el humanismo, la autonomía y la calidad del acto médico.

La queja sobre el deterioro del Profesionalismo Médico (un término nuevo, pero con un fundamento ancestral) debe ser objeto de la mayor atención por parte de las facultades de medicina, porque no cabe duda que la sociedad de consumo, y la nueva era de la sociedad de la información, así como la cada vez mayor inmersión (y tal vez sumisión) del médico y del profesional de salud en la práctica dentro de modelos corporativos y mediados por la industria de la salud ha llevado a la crisis de la relación con el paciente (hoy usuario o cliente), con los colegas y, porque no decirlo, con la sociedad por falta de autonomía. El modelo de *medical care management* ha conducido a lo que el Doctor José Félix Patiño ha llamado la ética corporativa, en reemplazo de la ética hipocrática, con un tercer actor que media la relación médico-paciente.

¹ Director Ejecutivo, ASCOFAME

Y no solo la medicina corporativa ha generado este tipo de influencias. Los múltiples y muy variados desarrollos de las ciencias médicas con la industria de la salud presente, ha hecho que la vida se medicalice y que la práctica de la medicina se convierta en bien de consumo, para mantener la salud, retardar el envejecimiento y evitar cualquier supuesta disfunción social. Estamos llevando los espacios del acto médico, hacia terrenos más cercanos a los ámbitos de la transacción de bienes y servicios.

Si aceptamos que esta situación es así, al menos en parte, justo sería decir que el tema debe preocupar y requerir atención, no solo de las facultades de salud, sino del propio Sistema de aseguramiento y de la sociedad en general. Un visión positivista, unicausal, y el dedo acusador señalando a las facultades no serviría para acercarse a la solución del problema.

Tenemos como formadores de médicos, y profesionales de la salud, la obligación generar todas las estrategias y prácticas que mejoren el Profesionalismo. Promover el pensamiento crítico y la autonomía de nuestros egresados, su capacidad ética y su calidad científica.

La actuación del médico basado en guías y protocolos no sirve en las manos de un médico que no entienda las variables biológicas que presenta cada uno de sus pacientes. La incertidumbre es el centro del acto médico y el criterio profesional no puede supeditarse a la norma.

Por otro lado, la capacidad de autonomía y la autorregulación es la esencia que define una profesión, tanto en la práctica individual como colectiva. Las comunidades científicas y académicas están conformadas por núcleos sociales con capacidad de autorregulación, sin esta característica su existencia no tiene sentido. La autonomía, no se pide ni se recibe. ¡Se ejerce! El gobierno debe tener mecanismos que garanticen el ejercicio adecuado de la práctica profesional con estándares de calidad, pero son los profesionales quienes deben determinar autónomamente las características de su ejercicio y responder por sus prácticas ante la sociedad.

Como ASCOFAME reclamamos para la comunidad científica y académica médica un ejercicio de la autónomo y autorregulado, y como cualquier derecho se acompaña de deberes asumimos el compromiso que nos corresponde y exigimos a nuestros pares asumir el que les corresponde para responder con altura a las exigencias de la sociedad para resolver sus problemas de salud.

2. La práctica de la medicina dentro de un Modelo de APS, y la consideración central sobre la capacidad resolutive del médico (y del Sistema).

Quisiera abordar otro aspecto que requiere de un acercamiento complejo: ¿Están los médicos atendiendo las necesidades de salud de la población?; ¿El Sistema de salud se montó bajo un modelo curativo, y los médicos han aban-

donado las prácticas de promoción y prevención? ¿El propio Sistema abandonó los programas de Salud Pública durante los últimos 20 años? En fin ¿cuál debería ser el modelo de atención en salud y qué capacidad resolutive tienen y deberían tener los médicos y profesionales de la salud?

Cada pregunta de estas puede tener un sesgo que orienta la respuesta, pero lo importante es, desde la evidencia empírica y los estudios de ASCOFAME, que el desarrollo del Sistema General de Seguridad Social en Salud convirtió la presencia de los estudiantes (incluidos residentes) y los docentes en un accidente. El tema de la formación del recurso humano no fue relevante para el Sistema hasta 15 años después de la Ley 100 y la articulación entre los Ministerios de Salud y Educación apenas hoy se insinúa.

El crecimiento en el número de facultades de medicina y otras de la salud (propiciado por una apertura educativa, parte de una apertura económica) y la desaparición de los tradicionales Hospitales Universitarios, generó una lucha por escenarios de práctica sin identidad misional con el tema educativo, en muchos de ellos.

Los conceptos de eficiencia y eficacia (términos puramente económicos), acabaron con las plantas de médicos en los hospitales que fueron reemplazadas por cooperativas. Resultado: ¡Hospitales docentes sin planta de docentes! Y las restricciones económicas en las universidades nos llevaron a aceptar la figura del docente ocasional.

Si se puede evidenciar el deterioro de la capacidad resolutive de los médicos los aspectos señalados explican en gran medida el fenómeno.

Otro factor también fue determinante en el deterioro de práctica de la medicina, durante el desarrollo de la Ley 100 el médico se convirtió en remitidor de pacientes, perdió autonomía, capacidad de decisión, se le estimuló para no solicitar paraclínicos y se le restringió al acceso a la solicitud e interpretación de ellos.

Sin embargo hace dos años se le pidió que pudiera actuar como internista, pediatra o ginecólogo. ¡Cuándo el Sistema le había dicho durante 18 años que no podía desarrollar íntegramente su ejercicio profesional!

¿Cuántos médicos necesita el país?, ¿10 mil?, ¿20 mil?. Todo depende para qué y con que capacidad de acción dentro del Sistema. Si es un médico con baja capacidad resolutive, y dedicado a labores administrativas, incapacidades, y de contención de costos y demás, necesitaremos 20 mil o más. Si el Sistema le va a permitir desarrollar una capacidad resolutive del 70 u 80% como se afirma que debe ser dentro de un modelo de APS, pueden ser 10 mil, pero tenemos que reentrenar a los que ya salieron y fortalecer la formación de los que vienen en ambientes favorables al aprendizaje y la práctica de la APS.

¿Cómo entender la Atención Primaria en Salud es un tema que esperamos que nos ayude a dilucidar el Gobierno Nacional en este evento y en futuras reuniones?

Por otra parte este esquema de baja capacidad resolutive impactó la pirámide de atención y disminuyó también la de los especialistas generalistas, mientras aumenta la *especificidad resolutive* de los de tercer y cuarto nivel, generando una brecha en el primer y segundo nivel.

Definitivamente el Sistema privilegió la mayor complejidad, y la educación responde en el mismo sentido. No en vano el país ofrece más de 180 denominaciones distintas de especialidades en más de 400 programas, y gran parte de esta oferta son segundas y terceras especialidades.

Los Ministerios de Salud y de Educación deben entrar a conversar entre ellos y con la universidad para definir si es necesario dar un vuelco a la educación médica del país. Los costos que asumen el estado y los padres de familia en la formación de profesionales, que tienen que estudiar cada vez más para acceder a un ejercicio digno de la profesión (porque el papel del generalista no se valora), y lo que esto significa en el retardo al ingreso en la vida laboral, obligan a que repensemos la estructura vigente de la Educación Médica en el país.

3. Las prácticas curriculares para la mejor formación de médicos en el pregrado y en las especialidades.

La educación médica se ha convertido en una disciplina y ha dejado ser un acto empírico de prueba y error, o de adopción acrítica de los modelos tradicionales, aunque es necesario decir que romper con estas estructuras es difícil y ellos persisten en algunos casos.

El desarrollo de los conocimientos médicos y el aprendizaje centrado en el estudiante, dentro de una sociedad global, han modificado el énfasis en la formación haciendo que sea necesario adoptar nuevas aproximaciones en los procesos curriculares y didácticos.

Lo anterior para decir que con la cantidad de información y de conocimiento que hoy se tiene no es posible pretender que un médico, generalista o especialista, tenga el dominio total de dicho conocimiento, como posiblemente ocurría a mediados del siglo pasado. Por lo tanto el modelo de evaluación no puede ser ese profesional del siglo pasado y el concepto de trabajo en equipo debe tener la mayor relevancia.

La aproximación a las competencias del médico debe hacerse con la definición de niveles de complejidad y de responsabilidades entre los médicos y los especialistas, así como con otros miembros del equipo. No todos tienen que hacer todo, y por lo tanto la definición de roles, desde

la perspectiva de la fundación epistemológica de las profesiones, debe ser central en el entendimiento del trabajo en equipo. Esto debe ser claro para el sistema de salud, y para el modelo de formación.

4. La calidad de la educación médica y su proyección internacional.

El trabajo por la calidad de educación médica en Colombia ha sido muy importante. Es necesario decir que el Sistema de Aseguramiento de la Calidad de la Educación Superior ha generado acciones para desarrollar altos estándares en la formación de los médicos. ¿Hay desarrollos heterogéneos? Sí. Sin embargo el papel de ASCOFAME como espacio de reflexión e intercambio académico y científico, debe generar estrategias de solidaridad para disminuir la brecha, como el Seminario Permanente de Autoevaluación, Autorregulación y Acreditación que adelanta la Asociación involucrando en el proceso facultades acreditadas. El tema no es quiénes son acreditados o no. El tema es *cómo* disminuimos, con la colaboración de todos, la brecha?

Las facultades de medicina de Colombia, además de los procesos nacionales, están mirando el mundo. La Acreditación Internacional de la calidad está en la mira de muchas de nuestras facultades y ASCOFAME está desarrollando acciones que faciliten dichos procesos. La inserción de nuestras facultades en la esfera de la educación médica mundial requiere que sus desarrollos estén acordes con un mundo globalizado.

Los médicos formados en el país deben poder responder por los problemas de salud de su población, deben ser igualmente capaces de desempeñarse en cualquier lugar del mundo con igual calidad. Finalmente, aunque la epidemiología sea distinta, la ciencia médica es una.

Esta reunión es un espacio clave para adelantar acciones en este sentido. La presencia de los Doctores Emmanuel Casimatis, Albert Scherbierp y Pablo Pulido, hablan del interés en establecer una agenda de trabajo orientada en este sentido.

Agradezco inmensamente dicha presencia desinteresada de todos nuestros invitados internacionales y esperamos que su visita sea la oportunidad para estrechar lazos de colaboración y amistad entre nuestras instituciones.

Agradezco la presencia de la Señora Ministra, quien enaltece este acto, y a quien le ofrecemos toda la capacidad y empeño de ASCOFAME para llegar al objetivo común de lograr una formación profesional que repercuta positivamente en las condiciones de salud de nuestra población.

Agradezco a todos los asistentes: directivos y docentes de las facultades y demás actores interesados en la formación del Talento Humano en Salud que propiciaron y acogieron esta invitación, y quienes nos enriquecerán con sus aportes.