

Misión británico colombiana para la salud Informe final 2000-2004

Final report of the Colombian-British Mission related to health, 2001-2004

Adrian Marston, Julio Enrique Ospina · Bogotá, D.C.

Antecedentes

Durante el siglo XX se realizaron las siguientes misiones educativas en Colombia: la Misión Alemana (1923), la Misión Francesa (1931), la Primera Misión de los Estados Unidos (1948) y la Segunda Misión de los Estados Unidos (1953).

En enero de 2000 se realizó en Leeds (Reino Unido) la conferencia sobre educación, asistencia médica y seguridad social en América Latina y en septiembre del mismo año la primera conferencia colombo británica sobre educación médica y salud. Una delegación de Ascofame (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina), invitada por la embajada británica, visitó las siguientes entidades del Reino Unido: el Servicio Nacional de Salud, el Consejo Médico General, la Sociedad Real de Medicina, el Colegio Real de Cirujanos, la Universidad de Londres, las escuelas de medicina Guy's, King's y St. Thomas, la Universidad de Sheffield y el Colegio Imperial de Londres.

En Colombia se realizaron talleres del consejo directivo de Ascofame sobre la pertinencia de la misión, temas fundamentales, imparcialidad y compromiso con las recomendaciones y planificación. Se acordaron conjuntamente con la Misión Británica los siguientes temas: programas de estudio, investigación, evaluación, acreditación e inscripción y capacitación de posgrado.

Durante los años 2003 y 2004 la Misión Británica efectuó tres visitas a las siguientes entidades:

Bucaramanga: Universidad Industrial de Santander y Universidad Autónoma de Bucaramanga.

Cartagena: Universidad de Cartagena

Barranquilla: Universidad Libre, Universidad del Norte, Hospital Universitario de la Universidad del Norte y Universidad Metropolitana

Bogotá: Universidad Javeriana, Hospital Universitario de San Ignacio, Universidad Militar Nueva Granada y Universidad del Rosario.

Se hicieron los siguientes comentarios generales: se sugiere que la salud y la educación no son prioridades presupuestarias para el gobierno. Puede ser que éste sea el caso, pero se debe tener en cuenta que el país se encuentra en un estado de guerra civil y que la economía ha estado en retroceso. A menos que se resuelvan los problemas socioeconómicos, será muy difícil reorganizar el sistema de salud y la capacitación médica. Al mismo tiempo, los programas educativos que se han visto muestran un loable grado de aplicación y donde existen deficiencias, éstas son reconocidas.

Existe consenso en que se necesitan de manera urgente médicos que brinden asistencia primaria en Colombia, y como consecuencia se deben implementar programas de capacitación para ellos.

Existe una clara necesidad de capacitación vocacional de posgrado para la práctica médica general.

Dr. Adrian Marston: Coordinador Británico de la Misión; Dr. Julio Enrique Ospina: Gestor y director de la Misión. Bogotá, D.C.

Este artículo corresponde al resumen de la conferencia dictada por el Dr. Julio Enrique Ospina durante el XVIII Congreso Colombiano de Medicina Interna, la cual está basada en el informe de la misión, escrito por los doctores Adrian Marston y Julio Enrique Ospina y enviado por el embajador del Reino Unido en Colombia, Sir Thomas Duggin, al presidente de la República de Colombia, a los Ministerios de Relaciones Exteriores, Protección Social y de Educación de Colombia, a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (Ascofame) y al Departamento de Comercio e Inversión del Reino Unido (UKTI) en Londres en el mes de octubre de 2004.

Correspondencia al Dr. J.E. Ospina Cra. 23 # 47-51 Tel. 2875973. Bogotá. e-mail: julio_ospina@cable.net.co

Recibido: 15/10/04. Aceptado: 15/11/04

Todas las facultades visitadas están completamente computarizadas. Es importante reconocer, sin embargo, que innovación y computarización no son sinónimos. Existe poca estandarización en las técnicas de enseñanza clínica y el contacto con el paciente. Por ejemplo, la enseñanza de la práctica médica general y la asistencia primaria es muy variable en todas las facultades. Se ignora si hay recomendaciones nacionales para acuerdos académicos.

Los requisitos para la evaluación durante la carrera son poco claros. No existe una evaluación de habilidades o directrices nacionales. Existen pocos ejemplos de programas para el desarrollo docente.

La segunda visita, realizada por los profesores Adrian Marston, Jeremy Dale y Jagdeesh Sing Dhaliwal, tuvo como objetivo observar, por un lado, las relaciones entre el servicio y las necesidades de capacitación en el hospital y la universidad, y por el otro, analizar la investigación médica en Colombia. Fueron visitados en Medellín la Universidad de Antioquia, el Hospital San Vicente de Paúl, el centro de salud anexo al hospital y el instituto de investigación en construcción; la Universidad Pontificia Bolivariana y la Clínica Universitaria; la Unidad de investigación de enfermedades tropicales y salud pública; el Centro de Estudios de Salud (CES); el Hospital General de Medellín y el Hospital Manuel Uribe de Envigado.

En Manizales, la Universidad de Caldas y el Hospital Universitario, el centro de salud La Enea y el centro de salud La Asunción.

En Pereira, la Universidad Tecnológica de Pereira, el centro de salud Kennedy y el Hospital Santa Mónica de Dosquebradas.

En Armenia, la Universidad del Quindío, el Hospital San Juan de Dios y el centro de salud de la universidad, el Centro de Investigación Biomédica Manuel Elkin Patarroyo.

En Bogotá, la Universidad San Martín y zonas de asistencia primaria en el Toberín, Horizonte, Ciudadela de Sucre y la Clínica Alvear, la Universidad de Ciencias Aplicadas UDCA, el Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá y la Universidad El Bosque.

Comentarios

1. La misión estableció claramente que para los efectos de esta visita observaría no solamente la tarea básica de laboratorio con las técnicas científicas que ella implica, sino también la investigación en la comunidad y en particular con referencia a la distribución de los servicios de salud.
2. La dedicación hacia la enseñanza expresada por los profesores que se entrevistaron fue impresionante, pero fue difícil ver exactamente cómo funciona en la práctica.
3. La investigación médica en Colombia es obviamente de alta calidad. El nuevo instituto de investigación de la Universidad de Antioquia constituye un comienzo imaginativo, a pesar de que le es difícil a la misión discernir

la manera exacta en que este edificio será equipado y que albergará a más de 800 personas dedicadas a la investigación.

4. Al contrario de lo ocurrido en la visita anterior, las facultades expresaron un compromiso claro con la capacitación en asistencia primaria. Sin embargo, éste no ha tenido el mismo eco en los estudiantes. Otra dificultad que se aprecia es la resistencia de varios pacientes a ser examinados por estudiantes de medicina, circunstancia totalmente opuesta a la experiencia en el Reino Unido.
5. La distribución de los servicios de salud es desequilibrada.

La tercera visita de los profesores Adrian Marston, Robin Williamson y Stephen Brerley señaló como objetivo analizar los temas de capacitación de posgrado con énfasis en la asistencia médica primaria y la revalidación y reacreditación de las facultades de medicina y/o los médicos. En Cali asistieron a la Universidad del Valle, el Hospital Universitario, el Hospital Psiquiátrico San Isidro, la Clínica Rafael Uribe, el centro de salud La Selva y la Universidad Libre.

En Popayán la Universidad del Cauca y el centro de salud Alfonso López.

En Tunja la Fundación Universitaria de Boyacá y la clínica universitaria (en construcción), la Universidad Tecnológica y Pedagógica de Colombia.

En conclusión, se constató una vez más que la enorme necesidad del sistema de salud colombiano es la implementación de un sistema de asistencia primaria eficiente. Resulta claro que esta visión es compartida por Ascofame y por la gran mayoría de las facultades visitadas, lo que acentúa la importancia de esta área de capacitación en la estructuración de los planes de estudio. Debe reconocerse la labor pionera de algunos departamentos para la enseñanza de la medicina familiar. Sin embargo, parece que estos esfuerzos no han causado demasiado impacto en los estudiantes o inclusive en los jóvenes médicos, la mayoría de los cuales, por motivos totalmente comprensibles, siguen optando por especialidades hospitalarias.

Situación sociopolítica de Colombia en el siglo XXI

Población 44 millones de habitantes, 71% en zonas urbanas. Treinta y dos departamentos, cuatro distritos, 1.079 municipios. Expectativa de vida 71 años. Veintiocho millones de personas viven con un sustento inferior a dos dólares diarios, este valor es aproximadamente el 50% del definido como nivel de pobreza. Desempleo 14%. Analfabetismo 10%.

Las causas principales de mortalidad infantil son las infecciones respiratorias, la parasitosis, la meningitis y la desnutrición. En adultos las enfermedades cardiotorácicas, la violencia (97 de cada 100.000 habitantes mueren por esta causa), y el cáncer. La mortalidad materno infantil asciende a 71 por cada 100.000 nacimientos.

El gasto público en salud alcanza aproximadamente el 10% del producto interno bruto (PIB), lo cual equivale a US\$216 por paciente al año (en el Reino Unido es el 6.9%). La asistencia médica cuenta con 57.000 médicos (10,36 por cada 10.000 habitantes comparados con la proporción mundial de 25,64). Hay 37.000 médicos generales y 20.000 especialistas.

Los médicos se encuentran en zonas urbanas y en Bogotá el número de especialistas excede al de médicos generales.

Conclusiones y recomendaciones

1. El Reino Unido invierte aproximadamente 6,8% del PIB en salud, Colombia casi un 10%; sin embargo, el servicio médico que brinda el Reino Unido es mejor. Hay que aprender algunas lecciones de esto.
2. Para una población de 60 millones, el Reino Unido cuenta con 30 facultades de medicina de un nivel similar. Colombia tiene 51 facultades de medicina de distintos niveles para una población de 43 millones. En Colombia el número podría reducirse o por lo menos se podría evitar que siga aumentando.
3. Algunas facultades están adoptando lo que consideramos como un programa de estudios progresivo, que incluye un enfoque integrado donde las ciencias básicas y las clínicas se imparten en forma conjunta. Recomendamos este enfoque.
4. El sistema nacional de salud del Reino Unido se basa en la asistencia primaria, y se refleja en el programa de estudios. Los economistas británicos que se dedican a temas de salud concuerdan que esto es efectivo en lo que hace a costos, y que los sistemas que permiten el acceso libre a especialistas sufren un malgasto de sus recursos (en comparación con Francia, donde el gobierno ha introducido leyes para restringir el acceso a servicios de especialistas). Ascofame, y casi todas las facultades de medicina que visitamos, comparten este enfoque y recomendamos un mayor esfuerzo para mejorar la asistencia médica primaria en Colombia y dirigir los recursos en este sentido. El Reino Unido puede contribuir con expertos en el área para asesorar a las universidades y al gobierno.
5. Esto tendrá un mayor impacto en la cultura. Actualmente los pacientes (por lo menos aquellos que pueden acceder a la atención médica) tienen la impresión que por lo general sólo un especialista universitario puede responder a sus necesidades. Los estudiantes no consideran la asistencia primaria como una opción atractiva (hay muchas razones comprensibles para ello) y en general prefieren especializarse en una rama de la medicina hospitalaria.
6. No se puede lograr un cambio en el público y en las actitudes profesionales de la noche a la mañana, y hay que desarrollar una estrategia para lograrlo. Identificamos tres objetivos distintos pero interconectados de esta estrategia: la disponibilidad de un número suficiente de aspirantes, la disponibilidad de profesores y de instalaciones adecuadas donde trabajar.
7. Los aspirantes podrían ser elegidos no sólo de los futuros grupos de estudiantes sino también de un amplio componente (alrededor de 37.000) de médicos generales.
8. Luego de su inicio en la Universidad del Valle, y extendiéndose actualmente a otras facultades de medicina, se están desarrollando departamentos académicos de asistencia primaria, para capacitar especialistas en la zona. Se están organizando en las facultades grupos de profesores que han establecido estos departamentos y hay que esperar que su número aumente.
9. La presencia de instalaciones mejoradas para la asistencia primaria en número de áreas previamente seleccionadas servirá como modelo para otras comunidades. El modelo policlínico, que actualmente funciona muy bien en algunas de las comunidades visitadas, bien podría ajustarse a las necesidades colombianas.
10. Uno de los principales elementos desalentadores para los estudiantes de posgrado colombianos es la deuda que acumulan durante la carrera, lo cual los insta a elegir especialidades más lucrativas. Recomendamos que los residentes colombianos sean pagados adecuadamente.
11. Para iniciar el cambio se necesita un ente regulador poderoso, equivalente al *General Medical Council* (GMC) británico, que no existe actualmente en Colombia. Dicho organismo debe ser responsable de mantener los niveles de las facultades de medicina, a través de inspecciones regulares; da la impresión que el mecanismo actual no es efectivo. Además, la responsabilidad del GMC se extiende también a los médicos en particular, inscribiéndolos o eliminándoles del registro, según corresponda.
12. Consideramos que en forma conjunta con Ascofame (y seguramente bajo sus auspicios) y con las distintas asociaciones médicas (Asociación Médica Colombiana, Federación Médica, Academia Nacional de Medicina, Ministerio de Protección Social, Ministerio de Educación) se considere la formación de un organismo de supervisión según se describió anteriormente. El Reino Unido puede ayudar en esta tarea, especialmente en materia de exámenes, donde podría aplicarse la experiencia prolongada con técnicas tales como el osce.
13. Si bien el organismo regulador debe mantener una mayoría profesional, es importante que también incluya una participación no médica.
14. Si se formara dicho organismo, lógicamente dará lugar a mecanismos reguladores para profesiones como enfermería, fisioterapia, etc.
15. En el área de la educación de posgrado, es esencial constituir un registro formal de especialistas. Los programas precisan ser actualizados cada cinco años bajo el liderazgo de Ascofame, con el apoyo del gobierno,

para así establecer una nomenclatura uniforme que será aprobada por el Ministerio de Educación.

16. El Reino Unido ha desarrollado modelos gerenciales sofisticados y costoefectivos de hospitales y centros de asistencia primaria. Luego de realizar un profundo análisis de la economía de la salud, el Ministerio de Protección Social debería considerar ofrecer recursos para el intercambio de gerentes, administradores y economistas, para poder compartir conocimientos y experiencias.
17. Reconocemos que la situación civil y militar en Colombia hace que la construcción de programas de capacitación y de instalaciones dedicadas a la asistencia médica sea no sólo difícil sino en algunas regiones, imposible.

A partir de las zonas relativamente bien provistas de recursos que visitamos, la creación de dichos sistemas de asistencia médica tendría una importante influencia en la estabilidad social.

18. Finalmente, un punto muy concreto y no por eso menos importante. A través de las dificultades que refleja la historia, es indiscutible que el idioma de la medicina es el inglés. Muchas facultades de Colombia incluyen el estudio del inglés como una materia esencial, y esta práctica debe extenderse aún más. Mediante el Consejo Británico y otros organismos de aplicación, el Reino Unido está en una posición privilegiada para colaborar en este proceso, especialmente en el área de la educación en la asistencia primaria.

Agradecimiento a pares académicos 2004

Nuestro sincero agradecimiento a los miembros del Comité de Revisión Editorial que actuaron como pares académicos durante el año 2004 por el invaluable aporte a Acta Médica Colombiana a través de sus acertados comentarios. Todos ellos, en unión del Comité Editorial y del Comité de Publicaciones constituyen parte fundamental para alcanzar la meta de excelencia académica de la revista.

Carlos Agudelo
Enrique Ardila
Carlos Awad
Jaime Casasbuenas
Juan Eduardo Céspedes
Mario Díaz
Iván Darío Escobar
Felipe Guhl
Ernesto Laverde
Jorge León
Darío Londoño
John Londoño
Carlos Elí Martínez
Nelly Martínez
Santiago Nicholls
Juan Daniel Ordóñez
Juan Bernardo Pinzón
Gonzalo Prada
Joaquín Rosales
Rodrigo Pardo
Gustavo Restrepo
Eduardo Rey
Alvaro Ruiz
Dora Inés Molina de Salazar
Jaime Saravia
María Elena Solano
Carlos Torres



Asociación Colombiana de Medicina Interna

Junta Directiva Nacional 2004-2006

Presidente:

María Nelly Niño de Arboleda

Secretario Ejecutivo:

Juan Diego Romero Gama

Tesorero:

Albis C. Hani de Ardila

Fiscal:

Jaime Alvarado Bestene

Presidente Electo**Período 2006-2008**

Jairo H. Roa Buitrago

Presidentes Capítulos**Antioquia · Chocó**

Juan Manuel Senior Sánchez

Caldas

Darío Mejía Gutiérrez

Caribe

Dereck de la Rosa Barranco

Central

Ramón Murgueitio Cabrera

Costa Atlántica

Jazmín Abuabara Turbay

Morrosquillo

Tatiana Espinosa Espitia

Nariño

Alvaro Portilla Cabrera

Norte de Santander

Germán Alberto Muñoz Durán

Quindío

Gregorio Sánchez Vallejo

Risaralda

Harold Miranda Rosero

Santander

Marcos Casas Galindo

Valle · Cauca

Roberto Gómez Mejía

Ex presidentes

Rafael Carrizosa +

Roberto de Zubiría

Gustavo Montejo +

Adolfo de Francisco

William Rojas

Eduardo de Zubiría

Hernando Sarasti

Roso Alfredo Cala +

Fernando Chalem +

Pérez Starusta

José María Mora

Alberto Restrepo +

Roberto Esguerra

Jaime Campos

Darío Maldonado

Javier Molina

Hernando Matiz

Adolfo Vera

Roberto D'Achiardi

Guillermo Vanegas

Dora Inés Molina de Salazar

Gustavo Márquez Salom

Asociación Colombiana de Medicina Interna

Cra. 16A No. 77-11 Oficina 204 · Tels.: 2368682 - 2368994 · Fax: 2187860 · Bogotá, D.C.

Línea gratuita 9800 - 911082

e-mail: acminal@etb.net.co · Internet: <http://www.acminal.com>