



Reflexiones sobre la Educación Médica en Colombia *

Quiero agradecer a la Sociedad Colombiana de Cirugía la gentil invitación para compartir con ustedes unos minutos de reflexión sobre la encrucijada en que se halla nuestra profesión y la atención médica en Colombia.

Deseo empezar analizando algunas realidades del ejercicio profesional de repercusiones trascendentales, no todas susceptibles de ser modificadas directamente por nosotros los médicos. Simultáneamente y con base en este análisis les transmitiré algunas de mis reflexiones y los interrogantes que ellas me han generado. Espero crear en ustedes inquietudes que puedan conducir a buscar soluciones a los serios desequilibrios, que a mi juicio, existen en la formación médica general y en la del especialista, así como en la calidad de la atención al paciente.

Algunos de los aspectos que quiero estudiar con ustedes podrán generar reflexión, mas no controversia, porque como decía nuestro colega el profesor Luis López de Mesa, "los hechos no se discuten". Otros en cambio crean interrogantes para los cuales no tengo respuestas claras y me limitaré a sugerir posibles soluciones.

El llamado "médico general" se ha convertido en Colombia sólo en un paso obligatorio para poder llegar a ser especialista.

En entrevistas con Decanos de Facultades de Medicina, estudiantes, internos, médicos rurales y especialistas, encontré que el 95% de los estudiantes quieren hacer una determinada especialidad; el resto no sabe cual, pero ninguno quiere ser médico general.

Ciertamente el médico general constituye uno de los tipos o clase de médicos que requiere Colombia, pero no el único; su perfil se ha ido haciendo borroso, ha perdido importancia y aceptación. No obstante, continúa siendo una pieza clave y fundamental dentro del engranaje de la asistencia médica.

Hagámonos los primeros interrogantes: si se requiere de médicos generales, ¿por qué los estudiantes no quieren serlo?; ¿por qué el público acude directamente y en forma creciente al especialista?

A poco de meditar sobre estos interrogantes se llega fácilmente a la conclusión de que los sistemas de prestación de servicios de salud, subvaloran al médico general y no le dan el *estatus* ni le asignan la remuneración adecuada.

También surge la inquietud de que la Universidad no les está dando la formación requerida.

El médico general está siendo formado por especialistas, en muchos casos por superespecialistas, en hospitales superespecializados como los universitarios, a donde llegan los pacientes que representan el uno por mil con la patología más compleja.

Creo que no hay Facultades de Medicina que tengan médicos generales como profesores; los centros de salud y los hospitales de primero y segundo nivel, sólo en algunas Facultades, y en forma tímida, son empleados como campos de docencia. El especialista no puede formar generalistas.

No podemos pretender que superespecialistas en centros superespecializados formen adecuadamente un médico para el nivel primario. No es posible que en 10 semestres se forme un "todero" que atienda adecuadamente complicaciones obstétricas, meningitis en niños, un coma diabético en un adulto, una herida penetrante, un abdomen agudo o una apendicitis; que dé anestesia y tenga los conocimientos necesarios de administración para manejar un centro de salud o un hospital de primer nivel.

* Conferencia de apertura del XVII Congreso de la Sociedad Colombiana de Cirugía, pronunciada el 14 de agosto de 1991 en el Salón Rojo del Hotel Tequendama, en Bogotá, Colombia.

No obstante no ser posible formar un médico adecuadamente en tan poco tiempo en tan variados y complejos procedimientos, al salir de su medicatura rural, se descarga en él toda la responsabilidad asistencial, aun en hospitales regionales en donde casi sin excepción, pasadas las 5 de la tarde, tiene que afrontar sin ayuda y sin supervisión el manejo de toda la patología de urgencias.

Conversar sobre estos temas con los médicos rurales de hospitales regionales, como lo he hecho en repetidas ocasiones desde cuando recibí la invitación a estar acá con ustedes, ha sido una de las experiencias más traumáticas en mi ya larga vida profesional.

En la mayoría de los hospitales regionales los especialistas no trabajan sábados ni domingos y toman sus vacaciones en forma conjunta sin ser remplazados durante éstas ni en ninguna de sus ausencias, recayendo todo el manejo de los pacientes cristianamente enfermos en los internos y médicos rurales.

No hay derecho a dejar tamaña responsabilidad en manos de jóvenes, que si bien son excelentes trabajadores e interesados en hacer un buen trabajo, no están preparados para el manejo total de un hospital. Es duro decirlo, pero se están dejando de salvar muchas vidas y se están ocasionando muchas muertes. Al médico general recién egresado no se le puede obligar, ni se le puede permitir hacer de todo, en las peores circunstancias sin ayuda ni supervisión.

El desconocimiento de la situación o la irresponsabilidad de las autoridades de salud es macabra. No sólo ocurren casos muy graves en nivel de hospitales regionales, sino también en nivel terciario.

Recientemente una Universidad retiró uno de sus internos de un hospital de tercer nivel del Seguro Social porque durante 5 días quedaron como los únicos responsables de un servicio de medicina interna de 30 camas. No hay derecho.

Por consideraciones que quiero hacer más adelante, deseo dejar con ustedes un concepto: “al médico general que están graduando nuestras facultades se le está obligando a hacer cosas para las cuales no tiene el adiestramiento apropiado; por otra parte, no están recibiendo la formación requerida para el desempeño de las funciones que deberían realizar”.

Veamos que ocurre con los especialistas.

Ya vimos cómo todo médico joven recién egresado quiere ser especialista. Encontramos también que si desea quedarse ejerciendo en una población, el estado lo retira porque tiene que darle cabida a otro egresado para que cumpla su año rural. Así empieza a presentárenos igualmente borrosa la estructuración y conveniencia del año social obligatorio en los términos actuales. Veamos qué ocurre en la formación del especialista.

Como todos los médicos jóvenes quieren ser especialistas y como los cupos no son suficientes, al teminar el año rural muchos tienen que entrar a engrosar en las ciudades el grupo de los desempleados o subempleados en espera de encontrar cabida en un programa de posgrado.

El problema se agrava por el hecho de que varias universidades no reciben personal en programas de posgrado, antes de un período de 2 años, durante el cual el profesional debe cumplir un proceso de “maduración” o adquirir “experiencia”. Si como médico que ya es, no ha madurado, nunca lo va a lograr. Y poca experiencia puede adquirir un desempleado.

Sigamos el calvario del joven que quiere ser especialista. Ustedes, señores cirujanos, así como nosotros los internistas, estamos prolongando cada vez más el período de formación. Ya son muchos los programas de posgrado de 4 años y uno, el de cirugía cardiovascular, dura 6. Al paso que vamos, para ser cirujano cardiovascular serán requisitos mínimos: tener más de 36 años, haber sido sometido a cirugía de *by-passes*; usar bordón y, posiblemente, pasar antes por manos del urólogo.

Si para formarse como “biólogo molecular”, el *súmmum* en la formación científica, se requieren, después del bachillerato, 8 a 10 años de estudio, no creo que sea justo que para ser cirujano cardiovascular se requieran de 12 a 14 años. Algo anda mal.

Para hacer el panorama más sombrío, a nuestro candidato a especialista hoy en día tiene, en casi todas las universidades, que pagar matrícula y debe costearse su mantenimiento. Hemos pasado de pagarle al residente una modesta beca y darle alojamiento y alimentación en el Hospital, a cobrarle matrícula. Preguntémonos ¿que pasaría si hoy se retiraran todos los internos y residentes de un hospital universitario?. Creo que el caos que se crearía sería dantesco, kafkiano, colombiano.

De los hospitales que conozco, uno solo, el Pablo Tobón Uribe de Medellín, en donde ningún interno o residente puede ejecutar un procedimiento de día o de noche, sin directa supervisión, podría sin trauma mayor, prescindir de estos colegas.

Esto me lleva a pensar que en la larga duración de los programas hay mucho de asistencial y, en consecuencia, se está empleando al estudiante de posgrado como mano de obra barata.

Surge entonces otro punto de reflexión para consideraciones posteriores : “la formación del especialista toma en Colombia muchos años y durante el período de formación el médico tiene que hacer un sacrificio económico muy grande. Mientras él estudia, sus compañeros de bachillerato que siguieron Ingeniería, Administración, Derecho, Agronomía, etc. ya están ubicados en la vida, han constituido una familia y funcionan como ciudadanos con todos los derechos”.

Creo que los residentes, que son nuestros colegas, no están siendo justamente tratados ni por el sistema, ni por nosotros.

Según ASCOFAME, para junio de 1990 el país tenía aproximadamente unos 30.000 médicos de los cuales 11.803 eran especialistas. En 1945 éstos no llegaban a 500. De los especialistas, ustedes los cirujanos representan el 10%, los internistas un poco menos, 9%, y nos superan los pediatras, los obstetra-ginecólogos que representan el 12 y 13%, respectivamente. El 38% de los especialistas está radicado en Bogotá, en tanto que departamentos como el Chocó sólo tienen 6 y en Arauca sólo hay 1. Obviamente los especialistas están mal distribuidos. Los hospitales regionales requieren muchos más y en ciudades de 10.000 a 50.000 habitantes deberían ejercer al menos 1 de cada especialidad principal. Esta mala distribución se debe en parte a que el estado con nuestro silencio cómplice, ha relegado la salud en el nivel de cenicienta.

Hace 25 años, el 12% del presupuesto nacional era para salud, hoy es apenas el 4% y el pueblo colombiano y los políticos y nosotros, tan orondos.

A mi entender, el problema no es que Colombia tenga más médicos generales y más especialistas de los que requiere, sino que no están debidamente aprovechados.

Pero veamos otros aspectos de importancia práctica en la planeación de estudios de posgrado. La capacidad de aprendizaje no es ilimitada. Hay factores físicos que la limitan. Hace algunos años en una conferencia en el Congreso Colombiano de Medicina Interna el Dr. Salomón Hakim decía, y este concepto me lo ratificó recientemente, que según estudios de un neuropatólogo de Harvard, pasados los 25 años el ser humano pierde 1.000 neuronas cada 24 horas. En el breve lapso de esta grata reunión, entre los presentes, habremos perdido unas 125.000 neuronas. Afortunadamente el cerebro funciona en paralelo y no todo lo que se aprende se borra de la memoria a esta velocidad. Los trabajos o descubrimientos que generan un Premio Nobel en Química, Física o Ciencias Básicas son logrados antes de los 35 años. Durante los años más productivos nuestros médicos jóvenes están aún en período de formación más que aportando soluciones a los problemas de salud. Al limitante físico en el aprendizaje se le suma la avalancha de conocimientos. Un bachiller graduado hoy tiene más conocimientos de los que tuvo en su época Aristóteles. Ojalá el 1x1.000 de ellos tuviera siquiera la mitad de su inteligencia. Se ha estimado que el conocimiento médico adquirido antes de 60.000 años de progreso de la humanidad hasta el año de 1900, se duplicó entre éste y el de 1950, y nuevamente entre los 50's y 70's. Se estima que en la actualidad se está duplicando cada 7 a 10 años.

Para dramatizar la avalancha del conocimiento, permítanme construir con ustedes un calendario cósmico en el cual el 1º de enero hubiera tenido lugar hace 60.000 años, cuando el *homo sapiens* apareció en la tierra y ahora, en este mismo instante, estuviéramos a las 12 de la noche del 31 de diciembre. Pues bien, si dentro de este calendario colocamos algunos de los avances médicos más importantes, tendríamos que la medicina científica se inició, o por lo menos así lo vemos los inmunólogos, con el desarrollo de la vacuna contra la viruela por Edward Jenner, hecho ocurrido en 1796, y que en nuestro calendario cósmico correspondería al 30 de diciembre, a las 10 p.m., casi el último día del año. La anestesia con el uso del cloroformo por James Young Simpson empezó el día 31 de diciembre a las 4 de la tarde. El descubrimiento del *Vibrio cólera*, por Robert Koch el 31 de diciembre a las 9 a.m. El mismo día a la 1.50 p.m. se descubrió la Insulina por Banting y Best, y a las 3 de la tarde la Penicilina. El primer trasplante exitoso de corazón se efectuó hace unas pocas horas, a las 8 p.m. de hoy 31 de diciembre, y la reacción en cadena de la polimerasa, PCR, se descubrió a las 11.40 p.m. Los primeros monoclonales de uso clínico, se empezaron a usar hace pocos minutos.

La forma vertiginosa como se están generando los conocimientos, hace imposible el pretender una formación integrada y actualizada para un solo tipo de médico. Creo que es indispensable diversificar.

Por otra parte, el país ha sufrido profundos cambios demográficos que repercuten en los problemas que he venido estudiando con ustedes. En 1935, el 70% de la población colombiana vivía en el campo, hoy ese mismo porcentaje vive en 130 municipios que en su cabecera albergan más de 10.000 habitantes cada uno. En 30 de éstos viven más de 100.000 habitantes. Además, la pirámide poblacional muestra cómo el grupo de menos de 15 años se contrae, en tanto que los mayores de 50 se expande. Estos marcados cambios demográficos deberían estar acompañados con cambios en los programas de educación médica de pre y posgrado y en los programas de atención médica. Necesitamos proporcionalmente menos obstetras y pediatras y más geriatras y oncólogos.

La distribución de especialistas debería estar adecuada a la distribución de la población. Una comunidad urbana de más de 10.000 habitantes debería tener, además de 3 o 4 médicos generales, un obstetra-ginecólogo, un pediatra, un cirujano, un anestesiólogo, un traumatólogo, un internista y un siquiátra. No creo que sea justo con la comunidad, que un parto complicado, una anestesia y un acto quirúrgico en un politraumatizado o un abdomen agudo, sean atendidos por un médico general. Infortunadamente ocurre así.

En ciudades como Bogotá, Medellín, y Cali hay ya desempleo y subempleo de especialistas. Lo anterior pone en evidencia la mala distribución de este valioso recurso de salud.

Básicamente corresponde al Estado crear en los hospitales regionales una planta adecuada de especialistas, pero es nuestra obligación como ciudadanos y como médicos, formar un grupo de presión que obligue a modificar la situación actual de salud.

Creo que hasta el momento hemos hecho un análisis pisando terreno firme, porque nos hemos basado en hechos, no en conjeturas.

Al entrar en el estudio de posibles soluciones me siento como que empiezo a caminar, sobre arena movediza. Pero prefiero correr el riesgo de hacerlo, a cometer la omisión de no exteriorizar ante ustedes mis reflexiones de las últimas 6 semanas.

Como el panorama que he descrito es sombrío, quiero curarme en salud para no ser calificado de pesimista.

La expectativa de vida al nacer, que en 1905 era en Colombia de 33 años, es hoy, pese a la violencia, de 68 años y si en ese entonces moría 1 de cada 3 niños antes de los 5 años, hoy muere 1 de cada 25.

La educación médica era caótica. Y cualquiera después de un viaje de recreo en el exterior podía llamarse especialista. En algunas tipografías se vendían diplomas de Universidades Norteamericanas certificando especialistas. Hoy, gracias a ASCOFAME se ha estructurado la educación, tanto de pregrado como de posgrado.

Ha habido un progreso importante. Soy optimista, pero igualmente creo ser realista y la observación de lo que está ocurriendo me lleva a solicitarles a ustedes que no seamos conformistas, que ideemos nuevos esquemas de formación o de atención médica para que cada vez más colombianos tengan una mejor atención médica. Luchemos porque cambie la suerte de ese millón de compatriotas condenados hoy a morir sin nunca haber recibido el beneficio de la medicina moderna.

Veamos las posibles soluciones.

¿Cómo formar un médico general con perfiles adecuados de competencia?.

Después del ciclo de 6 semestres de ciencias básicas, debería buscarse que su formación tuviera lugar en gran parte en el centro de salud y en hospitales de niveles 1 y 2, controlados por las Universidades con la colaboración de especialistas pero bajo la tutela de médicos generales muy bien seleccionados y nombrados como profesores.

Su formación debe prolongarse posiblemente 1 año, pero no debe pretenderse que hagan de todo. El sistema de salud debe darles más *status* y estabilidad y mayor remuneración.

¿Cómo formar al especialista?

Por favor no se aterroricen, ni protesten sin antes meditar un poco en lo que les voy a sugerir y si aún así creen que deben protestar, por favor háganlo con sugerencias de alternativas mejores y no con conservación del statu quo.

Sugiero que la especialización se inicie precozmente, en el 7º semestre de la carrera, después del ciclo básico. Que en ese momento pueda escoger el estudiante la línea de medicina general ya propuesta u orientarse hacia obstetricia y ginecología, pediatría, medicina interna general, cirugía general, siquiátria, salud pública, medicina del deporte, anestesia, oftalmología, otorrino, ortopedia, cirugía plástica, fisiatría. No más médicos cirujanos con licencia para hacer de todo y mal hecho. Los ingenieros nos tomaron delantera hace ya más de 25 años. Ya no se forman ingenieros generales. Hay ingenieros civiles, de minas, industriales, de administración, de sistemas eléctricos, de comunicaciones, hidráulicos. Se han adaptado admirablemente al progreso técnico, a la avalancha del conocimiento, a las necesidades de la comunidad y a las aptitudes del estudiante.

Para el año rural del médico general debería crearse una especie de "carrera administrativa" con promociones a base de méritos y mayores conocimientos, que se inicie en poblaciones pequeñas para luego, si lo desea y de acuerdo con sus méritos, pueda pasar a hospitales de nivel primario, secundario, universitario como profesores y a los distintos sistemas de prestación de salud, pero con un mejor *status*. Si abarca menos, podría ser más útil, más acertado, más productivo.

El año de servicio social obligatorio de los especialistas se cumpliría en los hospitales de ciudades de más de 10.000 habitantes. Así se mejoraría extraordinariamente la atención médica en este nivel, corrigiendo las graves aberraciones existentes.

Atrévamonos a formar jóvenes médicos con gran competencia en un campo determinado y aprovechemos sus ímpetus y capacidad de trabajo para hacer más cosas y mejores en beneficio de los pacientes.

Para ser un buen internista no hay que rotar 6 meses por cirugía y otros tantos por pediatría y por obstetricia, ni hay que aprender a dar anestesia.

Creo que un esquema de formación de médicos y especialistas como el que he esbozado, permitiría hacer médicos más competentes en un campo más restringido, en menos tiempo, con una gran economía social e individual y aseguraría una mejor atención para la población colombiana que tiene derecho a una atención médica más técnica y justa.

Igualmente permitiría al joven médico ser "ciudadano" y "persona" a la misma edad que sus compañeros de secundaria que se dedicaron a otras profesiones y que tan útiles están siendo a la comunidad, ejerciendo con gran competencia en campos restringidos acordes con los avances del conocimiento científico y tecnológico. No sigamos haciendo las mismas cosas por la razón de que siempre se han hecho. Seamos capaces de hacer nuevas cosas que nunca se han hecho, ideemos, cambiemos, progreseemos, adecuémonos a las condiciones demográficas, a la avalancha de conocimientos, a las necesidades sociales. Involucrémonos en las decisiones sobre las políticas de educación y atención médica. Seamos promotores no invitados de piedra. Seamos protagonistas de un cambio lógico, no espectadores de la aplicación de políticas obsoletas, inadecuadas e injustas.

DR. WILLIAM ROJAS M.

Director Científico de la Corporación para Investigaciones Biológicas (C. I. B.) en Medellín, Colombia.

REFERENCIAS

1. ASCOFAME: La Educación Médica en Colombia. Bogotá, julio de 1990
2. ASCOFAME: Programas de Especialidades Médicas. Bogotá, octubre de 1990
3. DANE: Censo 1985. Vol 1, Bogotá, julio de 1986
4. II Reunión de Expertos. CXX Consejo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Revista Nacional de Educación Médica. Vol II No. 1, 1990
5. ASCOFAME: Reflexiones de Expertos. Encuentro sobre Educación Médica. Villa de Leiva, 14-15 de marzo de 1987