ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Órgano consultor del Gobierno Nacional en temas de salud y educación médica.
Creada por Ley 71/1890, ratificada por Ley 86/1928, Ley 02/1979, Ley 100/1993

Foro:
Competencias del Médico General en Colombia

23 de agosto de 2023

Las competencias del médico general vistas por las facultades y las escuelas de medicina

Reflexiones y propuestas desde la UNAL

José Fernando Galván Villamarín
Decano
Facultad de Medicina-UNAL

Esquema

1. Evidencia para repensar las competencias.
1. Problemáticas y particularidades de país (Ley 100 y Ley 30).
1. Puntos de encuentro (Trabajo colectivo de 2016- 2017).
1. Apuesta desde la UNAL.
1. Reflexiones finales.

Evidencia para repensar las competencias:

El cambio a competencias ha impactado a miles de escuelas en el mundo: El concepto de educación basada en competencias es familiar.

Hemos cambiado de forma rápida y forzada, impactando en:

- Las demandas de la sociedad y las regulaciones.
- Cambios en la práctica clínica.
- Modificación de normas.
- Cambios en horas de trabajo.
- Acumulacion del conocimiento cientifico y avances tecnologicos.

Dificultades que impactan los estándares de calidad tanto de la formación como de la prestación de los servicios.

Touchie, C., & ten Cate, O. (2016). The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Medical education*, *50*(1), 93-100.

La evidencia indica que a pesar de los esfuerzos persisten dificultades en los procesos de formación (1/2)

Si se aplica de manera inadecuada resulta en **desmotivacion**, se enfoca solo en un **estándar mínimo aceptable**, se incrementa la c**arga administrativa** y se r**educen los contenidos** educativos (Leung , 2002).

Enfoque reduccionista basado en el conductismo. Hay un asunto de **ética y moralidad que son difíciles de abordar y medir** (Brooks, 2009).

Aspectos difíciles de medir: Otros aspectos de la mente competente de un médico deben incluir conciencia de la situación, metacognición, automaticidad atenta y cognición compartida o distribuida en el trabajo colaborativo (Leung, 2012).

La evidencia indica que a pesar de los esfuerzos persisten dificultades en los procesos de formación (2/2)

Lurie, Mooney y Lyness (2009) en una revisión sistemática encuentran que n**o hay instrumentos que puedan con suficiente validez evaluar las competencias.**

Las formas de evaluar son más burocráticas reduciéndose a listas de chequeo **devaluando el rol de los educadores** (Malony & Supri, 2012).

La reducción a los mínimos de competencia también se puede relacionar a una **reducción en la formación** (Brightwell & Grant, 2013).

Los educadores pueden caer en el riesgo de **preparar para pasar la prueba,** no necesariamente para el ejercicio profesional.

Evidencia para repensar las competencias:

- La evidencia indica que a pesar de los esfuerzos persisten dificultades en los procesos de formación.

- ¿Cómo reconciliar las visiones disímiles de la formación en medicina?

Touchie, C., & ten Cate, O. (2016). The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Medical education*, *50*(1), 93-100.

Problemáticas de país:

- Los residentes pagan alrededor de 30 millones de pesos por semestre.
  - Ley del Residente terminó siendo un subsidio para pagar la matrícula
- Los escenarios de práctica le cobran a las universidades (50-60%) por recibir a sus estudiantes.
- El mercado “regula” la prestación de los servicios de salud y educación.

⇒ ***“El negocio de la educación en salud”***

Problemáticas de país:

Influencia de dos grandes reformas: Ley 100 y Ley 30

Ley 100: el mercado como regulador

- Escenarios docencia servicio:
- Desplazamiento de lo público: cierre de los hospitales públicos y/o transformación para mantener la eficiencia administrativa.
- Crisis de instituciones emblemáticas: (Lorencita Villegas de Santos, Hospital San Juan de Dios, Universitario del Valle , entre otros)
- Afectaciones a la relación docencia servicio:
  - Aguda crisis hospitalaria.
  - Profesionales vinculados por prestación de servicio y modelos por facturación o productividad .
    ⇒ Búsqueda continua de rentabilidad institucional y personal .

Problemáticas de país:

Influencia de dos grandes reformas: Ley 100 y Ley 30

En la educación : Ley 30

Apertura de programas bajo la lógica de la oferta y demanda.

-Incremento de los programas de formación.
(Bajos controles en el proceso de creación y de seguimiento)

- Déficit en plantas profesorales

-Mercado imperfecto por escenarios de práctica.

-Planta profesoral no capacitada/recursos.

Número de facultades de Medicina en Colombia

- 1960: 7 facultades.

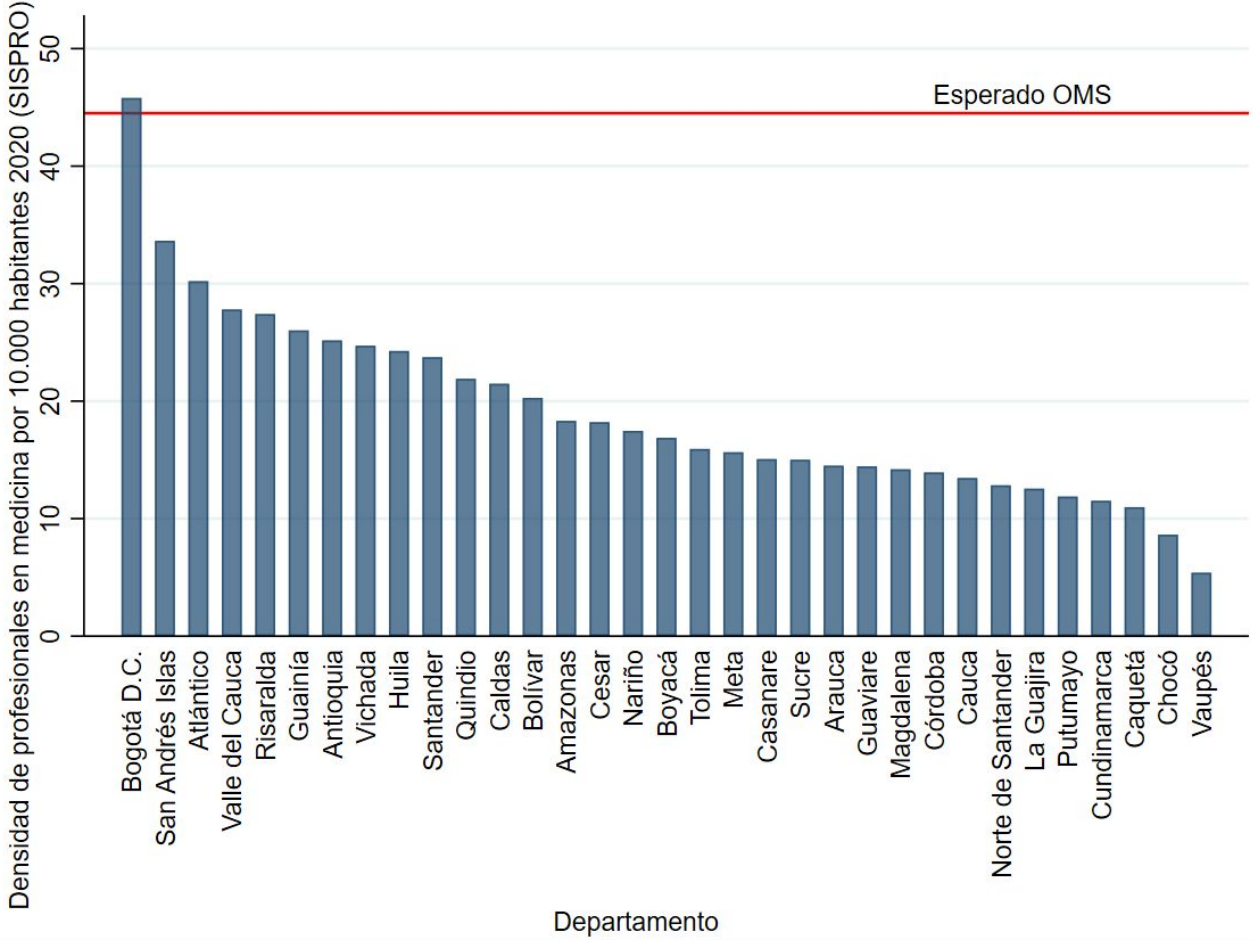
- En **1993** : **21** facultades **(70% públicas)**

- 30 años después (**2023**) : **63** programas de pregrado de medicina

  18 de IES **oficiales (28%)** y 45 de IES **privadas (72%)**

(Ospina, et al. 2000; Ortíz, 2020)

Distribución de médicos en Colombia



El exceso de programas de formación y el déficit de escenarios de práctica

a. El proyecto educativo queda en manos de la institución de servicios: perdida de la propuesta educativa.

   (Docencia a cargo de médicos en instituciones sin estímulos y sin formación adecuada)

a. Pérdida de los programas de formación docente: no formación pedagógica, más relevancia a la actividad asistencial.

b. Poco o nulo seguimiento a los procesos de formación: varias escuelas en una institución y tendencia a monetizar todas las actividades docente-asistenciales.

c. Pérdida de los conceptos y oportunidades de trabajo en territorio

Escobar R. (2017). La educación médica en Colombia.

Limitar al máximo los escenarios de aprendizaje

Doble discurso

Esperar profesionales con desempeño destacado

Rozo Uribe, R. H., & Escobar Gaviria, R. H. (2011). La educación médica en Colombia. *Revista Med*, *19*(1), 7-9.

Pérdida de la capacidad resolutiva de los médicos generales

- “Poca capacidad de resolución”
- “Médicos tramitadores”
- “Médicos remitidores”
- “Un requisito para llegar al especialista”

⇒ Condiciones inapropiadas para el ejercicio

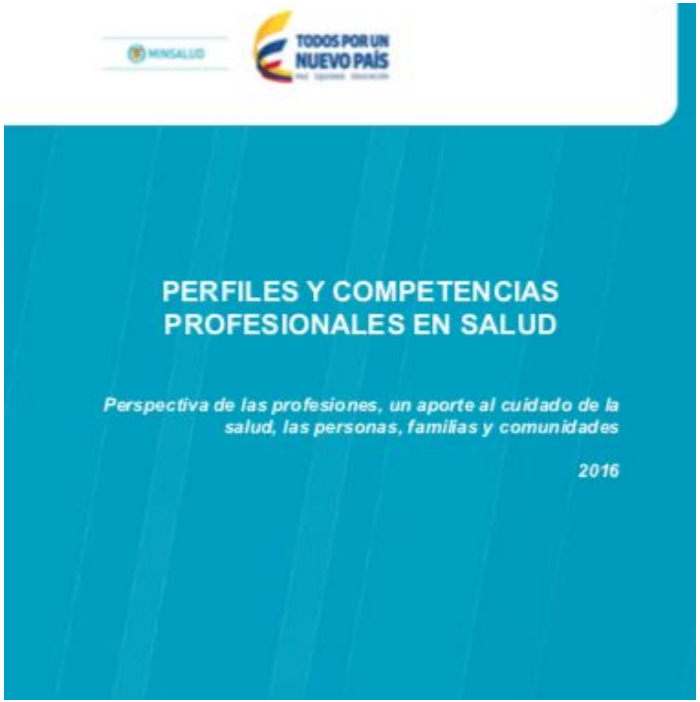
Gaviria, R. H. E. (2017). Contexto de la educación médica en Colombia. *Salud Areandina*, *6*(2).

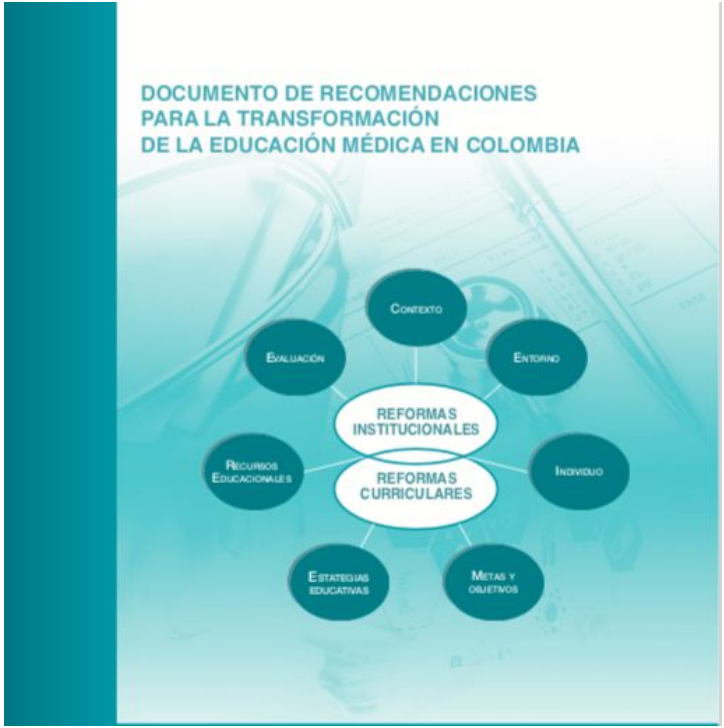
Múltiples causas

La pérdida de capacidad resolutiva del médico general y de los especialistas generalistas son el resultado de múltiples factores relacionados con los cambios en la educación y la práctica de la medicina en el contexto de las reformas, Ley 30 de 1992 y Ley 100 de 1993.

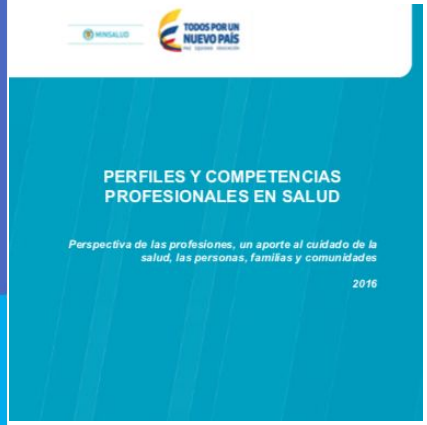
Escobar R (2017) : Contexto de la educación médica en Colombia

Puntos de encuentro

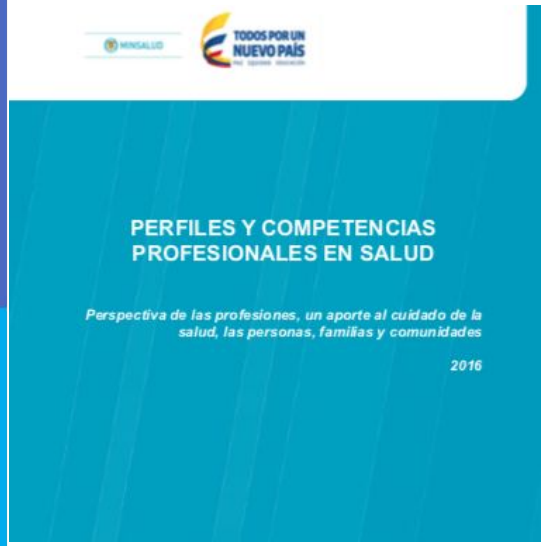




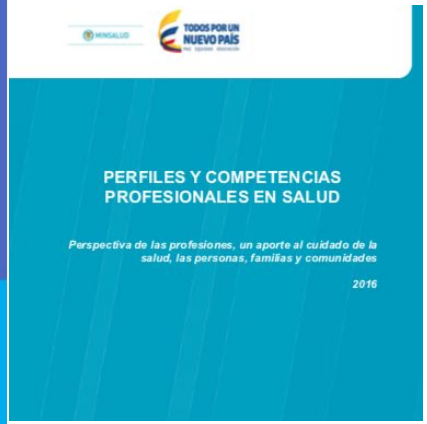
En el país, desde la perspectiva de los servicios, la intermediación introducida en los procesos de atención de la salud, ha transformado substancialmente la naturaleza de la relación profesionales-usuarios de los servicios de salud y por ende, ha afectado el ejercicio y la práctica de estas profesiones. La clara posición dominante de los aseguradores y empleadores, imperante en el sistema de servicios de salud, **ha restringido el ejercicio** autónomo de la actividad profesional que, por principio y por tradición, ha constituido el bien más preciado de estos profesionales, reconocido y respetado, hasta ahora, en el ámbito nacional, en concordancia con las respectivas acciones y comportamientos en todos los contextos internacionales.



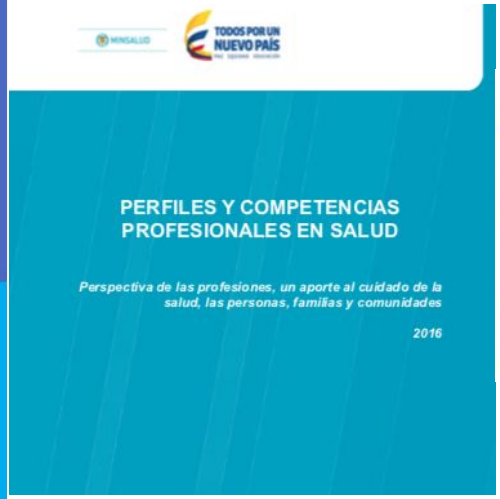
Los condicionamientos que hoy existen han significado serias restricciones para el libre ejercicio de las profesiones de la salud lo cual, en particular, afecta a los médicos generales a quienes, en la mayoría de los casos, el sistema ha convertido en instancias de tránsito ("remitidores" es el calificativo usualmente empleado), con abolición de su función resolutiva de una alta proporción de las situaciones de salud que deberían estar en capacidad de atender y solucionar apropiadamente. Como resultado inmediato, los servicios de urgencias de los hospitales se han trasformado en la "puerta de entrada" al proceso de atención, lo que en nada ayuda al sistema de servicios de salud; por el contrario, ese modelo hospitalario de atención, al orientar toda la carga asistencial hacia los especialistas y sub-especialistas, fragmenta la atención y, además, desvirtúa las posibilidades de acciones de promoción y prevención propias de las instancias iniciales de contacto con la población, e incide en el aumento de costos del sistema de servicios.



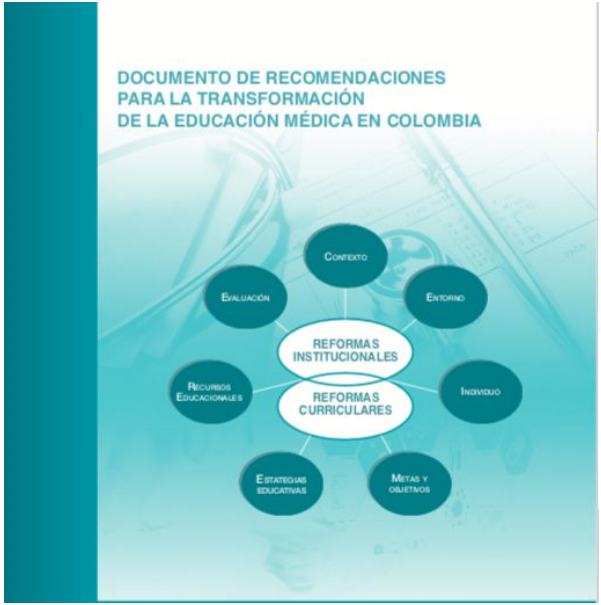
Las modalidades de vinculación laboral y el deterioro en las condiciones de trabajo, actualmente imperantes, han señalado los grupos profesionales, constituyen factores de distorsión que evidencian la ausencia de un reconocimiento adecuado del rol y de las funciones fundamentales que corresponde cumplir a los profesionales en el sistema de servicios de salud colombiano.



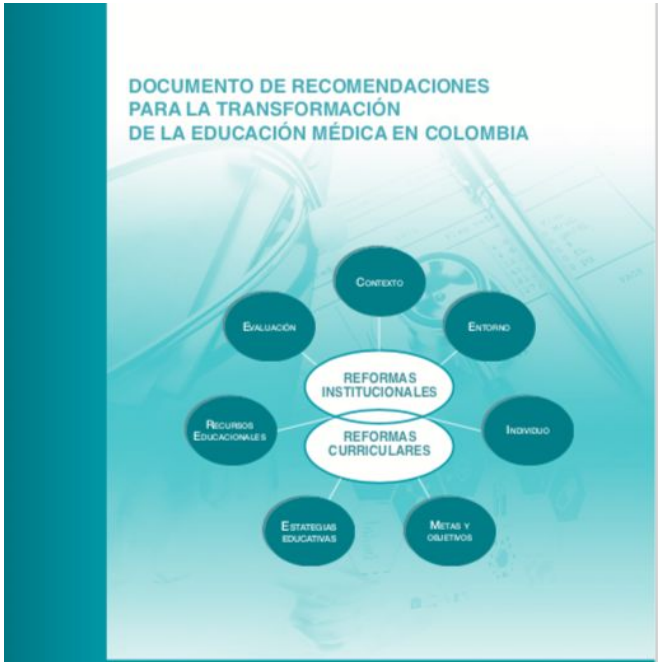
A lo anterior, han señalado también los grupos profesionales, se agrega la frecuente carencia de recursos suficientes, así como la ausencia de un sistema efectivo que regule la oferta, frente a la demanda que justifique su existencia. Si bien, en el panorama nacional, se evidencian múltiples programas de pregrado, de maestrías y de especializaciones, es también clara la carencia de un sistema de control y vigilancia efectivo que regule la oferta, articulada con las necesidades del recurso pertinente; por otra parte, anotan los grupos, existe carencia de orientación profesional, al igual que una deficiente formación en el nivel de educación media. Lo anterior, evidencia la ausencia de planificación en el desarrollo del



En la realización de sus labores, los profesionales de la salud, usualmente se ven enfrentados a múltiples realidades del ámbito de los servicios que entorpecen y distorsionan su ejercicio profesional; la frecuente carencia de los suministros necesarios y la inexistencia de equipos y dotaciones apropiados para llevar a cabo las actividades de atención que corresponden al grado de complejidad de los establecimientos en donde laboran, evidencian deficiencias de gestión en esas entidades, que restringen las posibilidades de un ejercicio profesional apropiado, con menoscabo en la atención otorgada a la población y detrimento de la dignidad profesional.

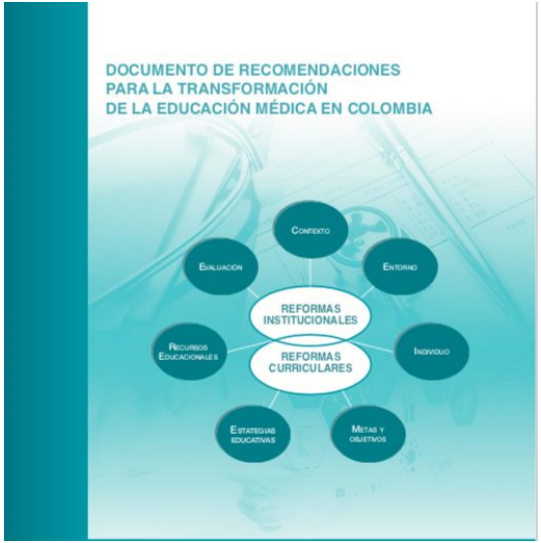


oferta de escenarios de práctica adecuados no ha crecido en la misma proporción, lo cual impacta negativamente la calidad de la formación en una profesión en la que la práctica es sustancial para la generación de competencias y en la cual, más del 70% del ciclo formativo se realiza en servicios ambulatorios u hospitalarios.



PRIVATIZACIÓN

Debido a la expansión en la oferta de programas de formación, se generó un cambio sustancial en el modelo institucional de la educación médica. De un esquema de tipo flexneriano, con integración universidad-hospital universitario, se pasó a un modelo del tipo universidad como centro y múltiples escenarios de práctica, en los cuales el núcleo no es la escuela médica sino la agregación curricular de prácticas sin mayor integración clínica, y muy limitada integración pedagógica. El arreglo institucional entre universidad y hospitales pasó de estar centrado en la relación estudio-trabajo a una relación económica en la que muchas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) pasaron a proveer "servicios educativos" y la educación médica se constituyó en objeto de transacción. Unas pocas escuelas tradicionales han mantenido el modelo de universidad-hospital universitario, y existen casos excepcionales de nuevas universidades y programas que están transitando hacia el modelo de integración.



El ejercicio laboral de los médicos generales en Colombia muestra severas deficiencias. El Sistema de Seguridad Social ha optado por un modelo de atención centrado en los especialistas y el hospital de alta complejidad, con muy limitada capacidad resolutiva en el primer nivel de atención. Lo anterior lleva a un círculo vicioso, en el que se ha fomentado la reducción de las competencias del médico general y la derivación innecesaria, situación que ha redundado en un ejercicio poco motivante para los médicos generales y en la reducción de sus competencias formativas.

Racionalización de los escenarios de práctica

Considerar el segundo nivel de complejidad y de atención como el centro de la formación del pregrado, dado que en él confluye la baja y la alta complejidad, permitiéndole al médico tener una relación más cercana con el primer nivel y deshospitalizarlo de la alta complejidad.

Escobar R (2017) : Contexto de la educación médica en Colombia

Ley Estatutaria en salud (Ley 1751 de 2015)

Artículo 6 d) ***Calidad e idoneidad profesional.***
... Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos.

Artículo 18. ***Respeto a la dignidad de los profesionales y trabajadores de la salud****. Los trabajadores, y en general el talento humano en salud, estarán amparados por condiciones laborales justas y dignas, con estabilidad y facilidades para incrementar sus conocimientos, de acuerdo con las necesidades institucionales*

Artículo 20. ***De la política pública en salud.***
.... De igual manera dicha política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.

FACULTAD DE MEDICINA
SEDE BOGOTÁ

Apuesta desde la UNAL- Plan de acción

- Enfoque interprofesional.
- Formación integral.
- Humanización.
- Formación con enfoque territorial
- Reto de las Universidades Públicas: cierre de brechas.
- Estudios generales e impacto en formación de ciudadanos íntegros con conciencia social.

Apuesta desde la UNAL-

Cambios curriculares

- Atención primaria en salud
- Atención al adulto mayor
- Ética
- Salud pública
- Nutrición y seguridad alimentaria
- Actividad física y ejercicio
- Cáncer
- Humanización.
- Formación con enfoque territorial

⇒ Inclusión transversal en el plan de estudios

Apuesta desde la UNAL-Frente a competencias

1. Planta docente extendida con formación pedagógica (Profesionales de las instituciones hospitalarias)
1. Semilleros de investigación - Fomento del pensamiento crítico.
1. Atención primaria en salud ajustada a las demandas locales (aprendizaje basado en problemas).
1. Estado de las necesidades de la población - búsqueda de soluciones.
1. Internado formador. Capacidades.
1. Reto frente al aumento de cobertura, con calidad.
1. Fomento de prácticas en escenarios de media y baja complejidad

Tres ejes del Modelo de Humanización en Salud UNAL

Humanización en salud

- Humanización en la **atención** en salud
- Humanización en la **educación** en salud
- Humanización en la **calidad de vida y las condiciones del ejercicio** de los profesionales de la salud

Galván-Villamarín, J. F., & Lara- Díaz, M. F.. (2022). Diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, *70*(3), e98649-e98649.

Humanizacion en salud

- ***Eje 1: Humanización en la atención en salud***

Dirigido a los Pacientes , familias y cuidadores

Comunicación

Empatía

Humanizacion en salud

- ***Eje 2: Humanización en la educación en salud***

- **Dirigida a estudiantes de pregrado y postgrado**

  Formación integral

  Situaciones de salud mental y Burnout

  Posibles modificaciones de estrategias pedagógicas

  Aprovechamiento del tiempo libre

Humanizacion en salud

- **Eje 3: Humanización en la calidad de vida y las condiciones del ejercicio de los profesionales de la salud**

- **Dirigida a los profesionales de la salud**

Condiciones adecuadas : Salario, descanso , horarios, elementos para laborar

Disfrute del tiempo libre, deporte, cultura, actividades artísticas

Familia

Dignidad

Reflexiones finales

- ¿Es válido lo que decíamos hace 7 años ?
- ¿Cómo actuamos como colectivo frente a las propuestas de cambio (Ley 100 y Ley 30)?
- ¿Qué grado de autonomía tenemos las universidades y el gremio frente a una lógica del mercado imperante? ¿Cual es el papel del estado?
- Las competencias: ¿Es una situación que se resuelve en las facultades o es un tema que integra las condiciones del ejercicio y del sistema mismo ?

¿Qué retos tenemos en los temas de competencias?

Revisar los diagnósticos y las propuestas de 2016 y 2017

- Compromiso de las escuelas de formación (Universidades) ⇒ Ajustes curriculares
- Compromiso de todos los actores del sistema (Hospitales, Ministerios)
- No es solo cuestión de número: la calidad en la formación es primordial
- Cumplimiento de la Ley Estatutaria en salud (1751 de 2015)
- La redistribución geográfica del talento humano en el país es una necesidad (estímulos).
- Dignificar el rol del ejercicio del Médico general en el sistema de salud.

Referencias

Brightwell, A., & Grant, J. (2013). Competency-based training: who benefits?. *Postgraduate medical journal*, *89*(1048), 107-110.

Brooks, M. A. (2009). Medical education and the tyranny of competency. *Perspectives in biology and medicine*, *52*(1), 90-102.

Galván-Villamarín, J. F., & Lara- Díaz, M. F.. (2022). Diseño e implementación del modelo de humanización integral en salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Revista de la Facultad de Medicina, 70(3), e98649-e98649.

Lurie, S. J., Mooney, C. J., & Lyness, J. M. (2009). Measurement of the general competencies of the accreditation council for graduate medical education: a systematic review. *Academic Medicine*, *84*(3), 301-309.

Malone, K., & Supri, S. (2012). A critical time for medical education: the perils of competence-based reform of the curriculum. *Advances in health sciences education*, *17*, 241-246.

Ortiz, L.C. (2020) Estadísticas Regionales de Pregrados de Medicina en Colombia 2014-2018. Ascofame.

Ospina, J. E., & Samper, D. G. (2000). La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en los procesos de Autoevaluación hacia la acreditación en la dé de los Noventa. *Medicina*, *22*(1), 61-64.

Rozo Uribe, R. H., & Escobar Gaviria, R. H. (2011). La educación médica en Colombia. *Revista Med*, *19*(1), 7-9.

Touchie, C., & ten Cate, O. (2016). The promise, perils, problems and progress of competency-based medical education. *Medical education*, *50*(1), 93-100.

Muchas gracias

FACULTAD DE MEDICINA
SEDE BOGOTÁ