

Entender EL CONTEXTO



Imagen: <https://www.linkedin.com/>



Carlos A. Palacio A.

Decano F. de M. / U. de A. / 2017

cpalacio.palacio@gmail.com



EDUCACIÓN MÉDICA DE POSGRADO

Entender EL CONTEXTO



...El **ciclo desregulación-regulación-sobrerregulación** se ha dado debido a la implementación de la Ley 30 de 1992 y de la Ley 100 de 1993. La regulación estatal, y posterior sobre-regulación se inició con el Decreto 1665 de 2002.



Los elementos regulatorios se han incrementado, por ejemplo a través de los análisis de pertinencia y en consecuencia la autonomía universitaria se ha visto cuestionada por los excesos normativos. **Es casi imposible abrir un programa nuevo.**



La capacidad auto-regulatoria, (auto por tener origen en un ente nacido de las propias facultades de medicina), como la que tuvo el Consejo General de Especialidades Médicas, fue reemplaza por la **regulación estatal, y el mercado de ciertas especialidades** que ejercen posiciones dominantes en la formación de recurso humano”.

Entender EL CONTEXTO



Los lineamientos para la acreditación de las especializaciones médico-quirúrgicas volverán casi inviables muchos programas de posgrado por los desproporcionados requerimientos que quedaron consignados en el **Acuerdo 3 de 2016 del CESU**, que se hizo a espaldas de quienes tenemos la potestad formadora y que ciertamente fuimos convocados a participar para ignorar totalmente nuestras recomendaciones.

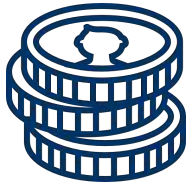


Por el lado de los servicios, el estudiante de medicina -y en alto grado **el especialista en formación**- se ha transformado en un rubro de costo, debido a un modelo de formación que **ha reducido su resolutividad** en el internado y **ha limitado la autonomía del residente**, al considerarlos simples estudiantes, desconociendo el proceso de formación médica que se da **en los demás países**, aún los más desarrollados, donde los internos y residentes forman parte de los equipos médicos, tienen autonomía para tratar pacientes y **su trabajo como profesionales en formación es retribuido económicamente** y reembolsado por los aseguradores y demás agentes del sistema.

Entender EL CONTEXTO



El médico en formación de posgrado debe hacerlo en **una red hospitalaria** con presencia e integración de procesos académico y universitarios que le permitan a éste adquirir todas las competencias necesarias en su formación, desde los niveles de baja a alta complejidad en la asistencia.



Los residentes en Colombia son estudiantes; sin embargo, **existen obligaciones académicas del orden universitario que originan unos costos** (contraprestaciones a los hospitales que los reciben, seguridad social, y ahora pago a médicos que atienden los posgrados como profesores de medio tiempo que, según el origen de estas, sean públicas o privadas requieren de un retorno institucional, desde lo público a lo social y desde lo privado a la institución formadora. **Por eso se justifica el cobro de matrícula.***

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

01

Crear la **Sala de Posgrados** dentro del Consejo General de Educación Médica (CGEM), y devolver la capacidad auto regulatoria, como la que tuvo el Consejo General de Especialidades Médicas (Ascofame), a la sala de Posgrados del CGEM.

02

Crear o ajustar una **base de datos** basada en la evidencia que soporte la toma de decisiones sobre recursos humanos en salud.

03

Crear un **Observatorio de la educación médica** que establezca y ajuste el número y tipo de especialistas necesarios y poder determinar el número de plazas requeridas en los programas de posgrado de forma tal que se pueda suplir las necesidades de la sociedad.

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

04

Ajustar continuamente los recursos y programas de residencia médico quirúrgicos para responder a las **necesidades locales, regionales y nacionales.**

05

Integrar los posgrados nacionales al **ámbito internacional.**

06

Notificar permanentemente a los graduados de medicina sobre las necesidades del país para que estos se alineen mejor con las necesidades del mismo

07

Que los programas de posgrado dispongan de una **Red de Atención en Salud** Universitaria acreditada en calidad y como hospital universitario.

Implementar la Ley 1438 de 2011 que estableció el **pago a los residentes**, situación que no se ha reglamentado en el país. Los residentes son trabajadores en entrenamiento y se les debe pagar.

08

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

.....

09

Crear un fondo de becas de los ministerios de salud y educación (Recurso humano para la protección de un derecho fundamental). Además de las fuentes de pago anotadas es importante recordar la posibilidad de cobro al Sistema General de Seguridad Social de las actividades asistenciales realizadas en el marco de la delegación de funciones.

10

Implementar un “**Estatuto del Residente MQ**” en el cual se contemplen todos sus deberes y derechos relacionados con este punto en relación con pago de matrícula, pago laboral, horarios de trabajo, etc.*

11

Que **los estándares de acreditación** se alineen a lo largo del **continuum** de la educación de pregrado, posgrado y de la educación continuada para favorecer la responsabilidad social y lograr las metas de salud de los colombianos.

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

.....

12

Crear un sistema de acreditación de posgrados basado en las **recomendaciones de quienes tienen la potestad formadora** y en concordancia con los cambios propuestos por esta comisión para la transformación de la educación médica que deben ejecutarse de acuerdo con los lineamientos del propuesto CGEM.

13

Revisar y documentar los **lineamientos de acreditación internacional**, para optar a ella por Facultades que pretendan y consideren cumplen con ellos en virtud a las exigencias internacionales de intercambio y otras la llegaran a exigir.

14

Que la Sala de Posgrados del CGEM, elabore un **listado de competencias basadas en el conocimiento** para desarrollar un modelo que conduzca a un entrenamiento de posgrado en las especialidades medico quirúrgicas que conlleve a una práctica eficiente.

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

15 16

Evitar la **proliferación de posgrados basados en técnicas o procedimientos**; aplicar con rigurosidad los lineamientos para otorgamiento de registros calificados.

Que la **convalidación** de títulos esté basada en la equivalencia de créditos y en una revisión detallada de las actividades clínicas/quirúrgicas que realizaron en el país de origen (cualitativa y cuantitativa), realizada por la sala de posgrados del CGEM; llevando a cabo un período de observación en instituciones universitarias.

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

17

Estudiar la posibilidad de la **integración de los posgrados clínicos a los posgrados universitarios** (opciones de salida) actuales. Otra alternativa, sería a través de procesos de homologación, vincular al médico en formación de posgrado a la estructura de maestría y doctorado.

18

Hacer la equivalencia de **la primera especialidad a las maestrías y la segunda especialidad a un doctorado**, aumentando el **componente de investigación** en las especialidades.

19

Mejorar el acceso a las especializaciones para lo cual es necesario hacer **correctivos estructurales en el sistema de salud**, mejorar la calidad y equipamiento de los hospitales, tener acceso de bases de datos y bibliotecas, aumentar el número de docentes, capacitar a los especialistas clínicos en aspectos pedagógicos y mejorar las condiciones de trabajo de los docentes clínicos.

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

20

Establecer por parte del CGEM, un Examen Nacional de Ingreso a Residencias Médicas (**ENIR**).*

21

Revisar y determinar por parte del CGEM la **extensión ideal de los programas y su contenido** que incluya las competencias y habilidades a desarrollar en razón de cada especialidad.

22

Revisar y determinar por parte del CGEM la **pertinencia de los programas** de especialización MQ.

23

Reorganizar las denominaciones de las especialidades haciendo las respectivas homologaciones de los perfiles profesionales de egreso, a través de la sala de posgrados del CGEM.

Revisar, a través de la sala de posgrados del CGEM, tanto las **competencias de ingreso como de egreso**, repensar los tiempos y **las estrategias pedagógicas** (modelos de 3 años más 1 o 2 con énfasis).

24

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

25

Desarrollar una estrategia nacional para el programa de **Desarrollo Profesional Permanente** que sea accesible, comprensible y de apoyo a las actividades de la docencia clínica que incluyan nuevas formas de enseñar, evaluar, servir en el rol de modelo o liderazgo con el ejemplo de los profesores.

26

Estimular el **reconocimiento y promoción de los docentes clínicos**.

27

Identificar los **incentivos** necesarios para estimular el desarrollo de los docentes clínicos por su productividad docente e investigativa (académica).

28

Desarrollar un programa de **evaluación docente** por parte de los residentes que sirva de retroalimentación para el mejoramiento continuo de los profesores.

Reformas INSTITUCIONALES

Tratándose de formar recurso humano para servir un derecho fundamental,

RECOMENDAMOS

29

Reconocer el valor del **residente como docente**

30

Prohibir el **cobro de porcentajes de la matrícula** de residentes por parte de los hospitales en convenio docencia-servicio.

31

Que los **Hospitales Universitarios** no puedan **titular especialistas**.

32

Crear un fondo de subsidios a los hospitales universitarios para **incentivar la apertura de nuevos cupos** para especialización.

Reformas CURRICULARES

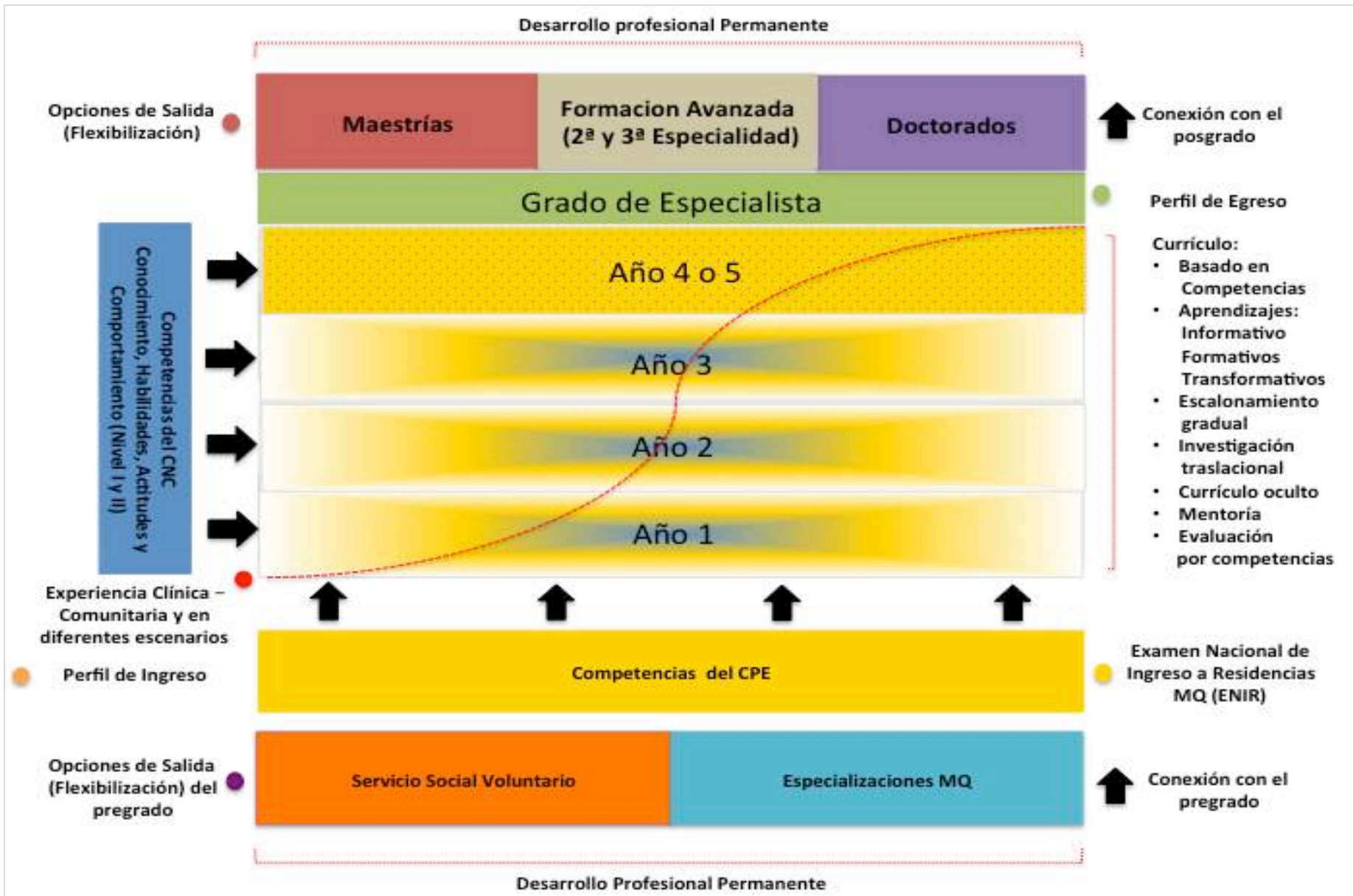


Imagen: <http://www.aspetar.com/>



CURRÍCULO PROPUESTO

Reformas CURRICULARES





PRESENTE Y FUTURO DE LAS ESPECIALIDADES MÉDICAS EN COLOMBIA

“Inversión y retorno de las especializaciones médicas”

Introducción

La práctica médica depende en alto grado de las personas que la ejecutan.

La **OPS/OMS**, recomienda que los sistemas de salud de países de ingresos medios/bajos, mínimo 25 médicos+enfermeras por cada 10 mil habitantes.

Relación médico - enfermera (1:1)

En nuestro país, en contraste con lo que ocurre en la mayor parte de países desarrollados, hay más médicos que enfermeras: para 2015 se estimó que había 55.256 enfermeras y 92.470 médicos.

De esta forma, el indicador de 2015: 11,5 enfermeras y 19,2 médicos por cada 10 mil habitantes.

Las estimaciones incluyen todos los profesionales disponibles, incluyendo los que no ejercen actividades clínicas o asistenciales (docentes, investigadores, dirigentes, administradores, etc).



Tabla distribución TALENTO HUMANO

INDICADOR	2015
Número estimado de médicos	92.470
Número estimado de médicos especialistas (-)	21.643
Número estimado de residentes (-)	4.888
Número estimado de médicos generales	65.939
Número de médicos en actividades no asistenciales (-)	9.247
Número de a distribuir en el territorio nacional	56.692



TIPO POBLACIÓN	POBLACIÓN 2015	MÉDICOS	DENSIDAD X 10 MIL HAB.
Urbano	18.175.384	38.886	21,4
Rural	30.028.021	17.805	5,9
TOTAL	48.203.405	56.692	11,8

Demanda para ingreso A ESPECIALIDADES

Los programas, las competencias de los egresados estructurados desde los postulados de la Ley 30 de 1992, y determinados por el principio de la **autonomía educativa** otorgado a las universidades.

Este modelo regulatorio la oferta educativa haya crecido de **siete programas de medicina** hacia el final de los años setenta, a 55 en 2015. Esta expansión (¿a expensas de quiénes?)



5000 médicos por año (4,2 veces el número de graduados que en 1980) 19 capitales de departamento tienen programas de medicina.

Calidad en la formación DE ESTA DEMANDA

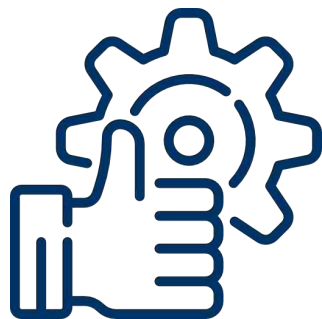
■ Modelo tergiversado.

■ Sistema de obtención de registro calificado (ME-MS) y acreditación en calidad deficiente (CNA).

■ De las 57 facultades en funcionamiento **sólo 25 acreditadas en calidad.**

■ Sin pruebas estatales, sin procesos de recertificación.

■ Procesos de selección a especializados deficientes y viciados en una gran mayoría.



Oferta de ESPECIALIDADES

Cupos por año: 1900 para un total de 4900 residentes en formación (Déficit??), 500 programas y mas de 150 denominaciones.

Cobro de matrícula: 5 millones a 20 millones semestre (100-150 millones costo total del posgrado).

Costo de formación de especialista: 100-250 millones/año.

Cobro de rotación de residentes en Hospitales Universitarios, hasta de un 30-50% del valor de la matrícula.

No existen cálculos de costo de labores asistenciales de residentes en la asistencia (delegación de competencias).

Becas Icetex 1700 de los 4900 residentes en formación.

Calculo bruto de becas 2 salarios mínimos vigentes: 90 a 100.000 millones anuales.



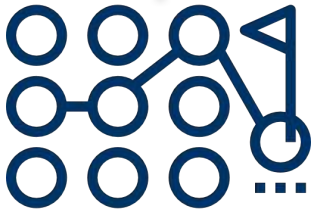
Resultado

Desconocimiento de las necesidades de formación de especialistas en el país.

Mala calidad en la formación (nace de la informalidad) sin rigor académico, sin procesos pedagógicos ni didácticos.

Proceso rígido y vertical que retrasa el inicio de vida productiva de quien lo elige (dificultades vitales/económicas).

Altos costos de la formación (docentes, academia, administración, investigación).



Resultado II

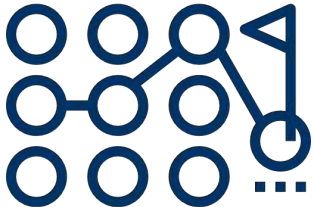
Mano de obra “*barata*” (no la asume nadie), se diluye en el complejo sistema: IPS-EPS-Fosyga

Sistema de salud debería asumir el costo (UPC) ya sea por IPS (HU) o por el sistema de giro directo al Icetex.

Acceso de personas con alto nivel socio-económico.

Pequeños monopolios para controlar el mercado oferta/demanda (no aumento de cupos), búsqueda de formación en el exterior elevando los costos de ella (se afecta la calidad).

El sistema de salud no funciona adecuadamente no tiene posibilidad de dar acceso a este talento humano formado.



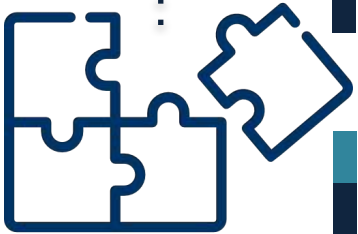
Medidas

Observatorio (definir y toma de decisiones).

Estructurar académicamente los posgrados (denominaciones, currículos, planes de estudio, estrategias didácticas).

Flexibilidad en la formación (especialidades, maestrías y doctorados).

Lineamientos para obtención de registros calificados y acreditación en calidad.



Medidas II

Pago durante de la residencia, redistribución de financiera en el sistema.

No pago de matrícula si hay retribución social.

Replanteamiento conceptual del modelo médico (médico general resolutivo).

