



Editorial

El sistema general de seguridad social en salud y la formación de su talento humano

The general health social security system and the formation of its human talent

Julián Alberto Herrera^{1*}, Lina María García Zapata², Mario Hernández Álvarez³

¹Facultad de Salud. Universidad del Valle, Cali, Colombia

²Escuela de Odontología. Facultad de Salud. Universidad del Valle, Cali, Colombia

³Departamento de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia

Herrera JA, García ZLM, Hernández AM. The general health social security system and the formation of its human talent. *Colomb Med.* 2014; 45(2): 52-53.

© 2014 Universidad del Valle. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acrediten.

Historia: Recibido: 26 marzo 2014, Revisado: 30 abril 2014, Aceptado: 6 junio 2014.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud presta una doble función cual es la atención en salud y la formación de su talento humano. Existe una relación histórica en el mundo entre los sistemas de salud y los sistemas de educación superior en salud. En Colombia, esta relación ha sido reglamentada por los ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social, no sin dificultades de articulación. De hecho, cualquier situación que afecte el sistema de salud impactará necesariamente la calidad de la formación de su talento humano en el sector.

El país inició, con la Ley 100 de 1993, un modelo de aseguramiento en salud con la intención de alcanzar la cobertura universal. En la actualidad, más del 90% de la población tiene alguna forma de seguro y, gracias a la presión de la Corte Constitucional, los dos regímenes principales tienen el mismo plan de beneficios, aunque con diferentes valores de la unidad de pago por capitación (UPC). Si bien se ha reconocido que la población vulnerable tiene hoy más acceso a servicios de atención de enfermedad y que existe en la actualidad un sistema de garantía de la calidad, también es cierto que existen inequidades inaceptables según capacidad de pago de las personas, se ha perdido la visión de salud pública que debe ordenar el sistema en su conjunto y no existe una intervención efectiva de los determinantes sociales de la salud.

Entre tanto, los aseguradores y los prestadores se centran en lo que es “rentable” y dejan de lado lo que consideran no lo es, como la prevención y la promoción de la salud. Existen problemas en la calidad y la oportunidad de la atención de enfermedades crónicas o cánceres curables. Esto tiene que ver con la poca

capacidad resolutive de los médicos generales, bien sea por su formación insuficiente o por obstáculos operativos del mismo sistema, y un déficit evidente de especialistas tanto para el cuidado ambulatorio (medicina familiar) como para el clínico hospitalario, especialmente en medicina interna, reumatología, geriatría, oncología y especialidades quirúrgicas.

La ley 30 de 1992 reformó el sistema educativo y desarrolló el principio constitucional de la autonomía universitaria. En la lógica de la articulación de los dos sistemas, de salud y educación superior, existen normas en la relación docencia-servicio cuya normativa y control es del Ministerio de Educación Nacional, junto con la habilitación de los escenarios de práctica para la formación del talento humano en salud a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Las universidades públicas, a pesar de las restricciones presupuestales y a los altos costos que implica la formación de un especialista en área clínica, estamos comprometidas con el aumento de cupos para residencias médicas que necesita el país, a pesar de estar inmersos en hospitales universitarios en crisis financiera y con riesgo en su sostenibilidad en el tiempo. La crisis de los hospitales universitarios no sólo golpea la atención de la población mas pobre sino a la educación de calidad, única opción para los estudiantes de más bajos recursos; por tanto, el impacto es doble, para la salud y para la educación, y constituye una enorme responsabilidad social.

El sistema general de seguridad social en Colombia cuenta con una abundante normatividad, protocolos y guías, cuya adherencia por los actores del sistema no es la mejor. Por su lado la formación del talento humano ha estado centrada en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades hospitalarias y su rehabilitación, y muy poco en la promoción de la salud, la protección específica

*Autor de correspondencia:

Faculty of Health. Universidad del Valle, Cali, Colombia
Calle 4b 36-00 Cali, Colombia. Telephone: 3212100 ext. 4076
E-mail: julian.herrera@correounivalle.edu.co

y el enfoque preventivo de las patologías crónicas o catastróficas que mas golpean a la comunidad. Si lo que se expresa no fuera cierto, no tendríamos los negativos indicadores de morbilidad y mortalidad evitable, que el país presenta, con el consecuente deterioro de la salud pública¹.

Los países que han logrado los mejores indicadores de salud, en términos de morbilidad y mortalidad evitable, independiente de su sistema político y social, son los que han tomado la decisión política de tener como base del sistema la Atención Primaria en Salud (APS) renovada con una medicina familiar fuerte y resolutive, como especialidad básica, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. Tal es el caso de Inglaterra, España, Cuba, Brasil, Costa Rica, Suecia y Canadá. Este último país, a diferencia de Estados Unidos, ha centrado sus esfuerzos en la actividad comunitaria con médicos familiares, logrando mejores indicadores a menor costo; igual en Cuba, que tiene los mejores indicadores en salud de América Latina².

La ley 1438 de 2011 estableció la APS renovada como base del sistema; sin embargo, este aspecto no se ha podido reglamentar, en parte por la marginalidad del tema en el sistema actual y en parte por la falta de médicos especialistas en medicina familiar que son el recurso humano idóneo para su implementación, no solo en la parte clínica sino comunitaria. Es un imperativo desarrollar en el corto plazo estrategias audaces, sin menoscabar la calidad en la formación, que le permitan al país contar con el talento humano necesario en las especialidades básicas, con competencias en salud pública y teniendo en cuenta las exigencias para el cumplimiento de programas que aborden las familias en el marco de la APS.

En la relación entre las Instituciones prestadoras de servicios de salud y la academia se deberán preparar los espacios adecuados para la docencia, la extensión, la investigación y la innovación en APS que busquen solucionar los problemas de salud de la población, situaciones que al interior de los comités docencia-servicio deben ser objeto de seguimiento y monitoreo, tal como se ha realizado a la fecha con otras actividades clínicas.

Este reto exige a los ministerios de Educación Nacional y de Salud y Protección Social facilitar la construcción concertada con las universidades de nuevos modelos de formación para tal fin, que permita su sistematización, que sean flexibles y operativos y que permita dar cuenta del impacto que puede generarse a nivel comunitario a través de la APS renovada.

Es evidente que el país necesita una estrategia de formación de especialistas en primeras y segundas especialidades, especialmente en áreas básicas, para lo cual se debe tener en cuenta las lecciones

aprendidas, tanto nacionales e internacionales, de acuerdo a las necesidades del sistema. Si bien es cierto que la comunidad académica se movilizó en contra de la formación de especialistas médicos en los hospitales universitarios, sin el concurso de las universidades, en el contexto del proyecto de ley de reforma a la salud, también es un deber de la academia, plantear propuestas alternas que cumplan esta necesidad de formación, para lo cual estamos preparados³.

El Plan Decenal de Salud Pública plantea la intervención en los determinantes sociales de la salud, elemento fundamental para controlar los condicionantes del bienestar, pero sin resolver el predominio de la atención de enfermedades de alto costo pierde toda viabilidad. Es necesario contar con una red de prestadores eficiente y articulada, centrada tanto en la prevención como en la curación de la enfermedad, con un sistema universal basado en la condición de ciudadano, con oportunidad y calidad, sin inequidades acumuladas, sin mortalidad evitable y con los mejores indicadores de salud.

El país cuenta con herramientas, muchas de ellas generadas desde la academia y desde la investigación. Tenemos la capacidad, la experiencia y el talento para lograrlo. Son urgentes cambios profundos, tanto en salud como en educación, y queremos manifestar nuestra responsabilidad para hacerlo bien, en beneficio social de nuestra población que es la razón de ser de nuestra actividad académica y sanitaria.

Conflicto de intereses:

Ninguno declarado.

References

1. Gómez-Arias RD, Nolasco BA, Pereyra-Zamora P, Rodríguez-Ospina FL, Agudelo-Londoño SM. Mortalidad evitable y políticas en salud. Colombia 1985-2002. *Colomb Med (Cali)*. 2009; 40(4): 373–86.
2. Neggers Y, Crowe K. Low birth weight outcomes: why better in Cuba than Alabama? *J Am Board Fam Med*. 2013; 26(2): 187–95.
3. Hernández-Álvarez M. Reforma a la salud la incertidumbre de una crisis no resuelta. http://www.razonpublica.com/index.php/política_y_gobierno_temas/27/7260_reforma_a_la_salud_la_incetidumbre_de_una_crisis_no_resuelta.html.