

Utilización del Médico General en el Instituto de Seguros Sociales

*Carlos Agualimpia M.**

Creo que cualquier discusión sobre la utilización del Médico General en el Instituto de Seguros Sociales debe incluir en alguna medida y como marco de referencia, una descripción de por lo menos la situación general de nuestros servicios y de los esfuerzos que estamos realizando para superar sus deficiencias. Contudo, no haré alusión a las interrelaciones del Instituto de Seguros Sociales con o Sistema Nacional de Salud y con la práctica privada. Tampoco entraré a describir las características generales de la organización de los servicios del ISS, inherentes a los sistemas de servicios prepagados mediante cotizaciones que hacen los empleadores y trabajadores, antes de su uso por los beneficiarios.

En la presentación me referiré a cuatro aspectos:

1. la situación general de los servicios de salud del ISS, destacando sus deficiencias y problemas;
2. los fundamentos para un replanteamiento del papel de los servicios ambulatorios generales y como eje de ellos, de la misión del médico general;
3. las innovaciones a los sistemas de prestación de servicios que afectan

* Jefe Médico Nacional del ISS y Presidente de la Comisión Técnica de Reglamentación del ISS, Colombia.

más directamente la utilización del médico general, desarrolladas en cumplimiento de la reestructuración del ISS que el gobierno nacional inició a mediados del año pasado;

4. las innovaciones educativas y en la organización profesional que se deben desprender del esfuerzo reorganizativo institucional y acompañar a éste.

El problema fundamental de los servicios de salud del ISS radica en su tendencia a concentrar su atención en un grupo reducido de la población del país, a costos desproporcionadamente altos, con un sistema que entorpece la expansión de las coberturas y que produce insatisfacción y frustración tanto a los proveedores como a los usuarios de los servicios.

A pesar de todos los esfuerzos, la cobertura del ISS sigue limitada a menos del 10% de la población, proporción que está por debajo de todos los países del continente latinoamericano con excepción de El Salvador y Ecuador (1). Para la atención de ese reducido grupo el ISS destinará en 1978 cerca de 6.5 mil millones de pesos, lo que significa una apreciable disponibilidad de recursos per-cápita frente a todos los estándares. El contraste más claro se establece con el Ministerio de Salud que, con un presu-

puesto similar, confronta la tarea de cuidar por la salud de una población por lo menos ocho veces superior, con más serios problemas de salud y en su mayoría desprotegida de todo sistema de atención.

Por un defecto estructural del ISS esta relativa abundancia de recursos ha conducido, a la manera de un parkinsonismo financiero, a una situación en la que todos los recursos arbitrados se consumen y, a pesar de su escaso rendimiento, a diario se presiona para incrementarlos. Es ilustrativo ver como recurren las presiones para incrementar las camas hospitalarias a pesar de que en muchos lugares solo un poco más de la tercera parte de estas son efectivamente ocupadas y ello, con pacientes hospitalizados para procedimientos que podrían realizarse ambulatoriamente con la misma eficacia y con menores riesgos. Una presión semejante se presenta para aumentar los recursos humanos a pesar de su bajo rendimiento. No es de extrañar entonces que los médicos del ISS resulten ocupados en la atención de casos que, por su naturaleza, no requieren sus habilidades y conocimientos y que ya muchos países, inclusive con mayores recursos, han decidido asignar a personal del nivel intermedio o auxiliar.

Existen numerosas manifestaciones de esta inapropiada utilización de nuestros médicos. Por ejemplo, los controles del embarazo normal y del post-parto normal constituyen cerca del 85% del total de consultas atendidas por médicos generales y especialistas de los departamentos maternos. El 31.2% de las consultas efectuadas por los pediatras son controles a niños sanos que, agregadas a las consultas por diarreas y nasofaringitis, representan las dos terceras partes de las consultas de esta especialidad. Los vicios de refracción constituyen el 36% de las con-

sultas de los oftalmólogos. Y la misma causa, con las faringitis y rinitis, el 27.0% de las consultas realizadas por los especialistas en otorrinolaringología (2). Sin embargo, nuestros servicios se ven con frecuencia trastornados por la "falta" de estos especialistas.

Como otro aspecto del mismo problema, los médicos están siendo utilizados en el control reiterado de pacientes ya vistos y tratados. De cada cuatro citas disponibles para el médico general una se destina a controles y, en el caso de las especialidades, los controles constituyen más de la mitad del total de citas destacándose el caso de algunas especialidades como gastroenterología, en la cual el 90% de las citas expedidas son controles a pacientes ya vistos con anterioridad (2).

A lo anterior se agrega que las tasas de consulta por los beneficiarios son señaladamente altas en comparación con el resto de la población del país. El alto promedio de 9.8 consultas médicas de control del embarazo y puerperio por egreso materno es injustificado si se tiene en cuenta que en la gran mayoría de los casos se trata de embarazos normales. Lo mismo puede decirse del número de controles por niño sano que, en algún departamento alcanza el increíble promedio de 28.6 por año (3).

La inapropiada utilización de las habilidades y conocimientos de los médicos del ISS aunada a la deficiente productividad de los recursos y al uso excesivo de los mismos por la población, encarecen innecesariamente los costos de atención, contribuyen a prolongar los tiempos de espera para las citas del especialista y cadyuvan a la insatisfacción profesional de los propios médicos que trabajan en la institución.

A pesar de la relativa abundancia de recursos, los servicios de salud del ISS tampoco son satisfactorios para los usua-

rios que los reciben. Esto es particularmente cierto en el caso de nuestros servicios ambulatorios caracterizados por su descoordinación, fragmentación y discontinuidad.*

Nuestros beneficiarios tienen que hacer largas listas de espera, a veces por prolongados períodos, para ver al médico que solicitan. Cuando logran la cita son atendidos cada vez por un médico distinto que, apresuradamente y de manera impersonal, les ordena nuevos procedimientos o los remite a otros médicos o les prescribe una fórmula. Pero, a menudo las drogas o los elementos de laboratorio no están disponibles para cumplir lo ordenado.

Cuando es enviado al especialista y este decide que necesita otras consultas o admisión al hospital, el pobre paciente es "procesado" a través de una cadena de profesionales y lugares de manera similar a como un vehículo es procesado a lo largo de su línea de ensamblaje. Cada parte del proceso es manejada separadamente por diferentes personas quienes, por lo mismo, se ven desprovistas de la mínima responsabilidad que suelen tener en otros sitios de práctica.

En el caso particular del médico general, la situación imperante ha reducido en tal grado la responsabilidad de este profesional con seis años de estudios universitarios, que lo ha convertido —ante sus propios ojos y los ojos del público— en un personaje que simplemente da citas para la consulta de los especialistas, certifica incapacidades y distribuye especies que la institución ha puesto a su disposición.

* La descripción es necesariamente general y no significa que la situación sea igual en todas las seccionales e instituciones. Por el contrario, en sitios como Barranquilla y Cúcuta donde se adelanta una modalidad de extensión de servicios de tipo familiar, la situación es menos desfavorable.

Las condiciones descritas comprometen la continuidad y eficacia de la atención suministrada y provocan un uso negligente y a veces irresponsable de los recursos del Instituto. Por ello, la frecuente certificación complaciente de incapacidades, la ordenación tan expedita como innecesaria de procedimientos diagnósticos, la negligente prescripción de tratamientos, la hospitalización innecesaria de casos que deberían ser atendidos ambulatoriamente.

En síntesis, el proceso de atención es no solo altamente costoso e ineficiente, sino despersonalizado, fragmentario e insatisfactorio para los pacientes y frustrante para el personal que presta los servicios.

Como si esto fuera poco cabe esperar que, en el futuro, diversas circunstancias determinarán nuevas exigencias y presiones cada vez mayores sobre los servicios de salud, con riesgo de agravar la situación descrita. Entre dichas circunstancias son claramente previsibles el crecimiento y envejecimiento de la población, la emergencia de problemas y defectos crónicos, el incremento de los costos de todos los insumos, el impulso hacia la sofisticación de todos los servicios, las crecientes expectativas de la población y las renovadas presiones de los gremios.

Aún sin poder establecer el impacto de los anteriores agravantes, serios estudios que antecedieron a la reestructuración del ISS el año pasado mostraron como, si no se introducen cambios radicales que mejoren la eficiencia del sistema, el déficit presupuestal crecerá a niveles inmanejables en los próximos lustros y hará imposible extender significativamente la limitada cobertura de los Seguros Sociales (4).

Puede ser suficiente para ilustrar esta última situación mencionar que, a los costos actuales, una extensión de los ser-

vicios de salud al 50% de la población del país costaría 36.744 millones de pesos, alrededor del 7.5 del producto nacional bruto. Una erogación de tan considerable magnitud en servicios personales no parece posible, ni resulta conveniente para la economía del país, ni es justificada en virtud de los limitados beneficios y de los defectos del actual sistema.

Aunque los hechos registrados causan justificada alarma debemos interpretarlos como un oportuno llamado de atención que invoca la introducción de reformas radicales al ISS que mejoren su gestión para asegurar su futuro. El ISS dispone de una infraestructura física y humana notable por su calidad y magnitud que, si adecuadamente aprovechada, puede satisfacer el doble propósito de mejorar los servicios y de extender su cobertura.

PRIDES* ha estimado que, si se racionaliza la utilización de los recursos, los recursos disponibles son más que suficientes para atender adecuadamente las necesidades de salud de los actuales beneficiarios y que, solo con moderadas adiciones, serían suficientes para atender las necesidades de una extensión de los servicios a las familias de los afiliados del Instituto en todo el país.

En ese proceso de racionalización los recursos humanos son, entre todos los recursos el sujeto crucial pues determinan la operación de todo el sistema y por lo tanto, el desempeño de todos los demás recursos. De allí nace nuestra convicción de que el fundamento de los cambios para salvar al ISS radica prioritariamente en establecer mecanismos que permitan la óptima utilización de sus recursos humanos. Especialmente de sus

recursos médicos profesionales que son los más costosos, difíciles de preparar y los que más fácilmente atrofian su capacidad por el uso inadecuado.

En esta presentación examinaremos este problema, haciendo especial referencia al médico general.

Quiero, para empezar, enunciar algunas tesis generales en relación con la práctica de la medicina general en el ISS sobre las cuales hemos venido apoyando nuestro esfuerzo.

En primer lugar, reconocemos que existe una enorme brecha entre lo que el médico general puede y debe hacer y lo que está haciendo en la práctica. La verdad es que, con escasas excepciones, nuestro médico general no cumple adecuadamente funciones elementales de su profesión tales como el seguimiento de sus pacientes, las investigaciones adicionales para esclarecer el diagnóstico, la educación y orientación de sus pacientes, la evaluación del tratamiento, el manejo de los problemas psicosociales de sus pacientes.

En segundo lugar, consideramos que es tan difícil encontrar en nuestros servicios condiciones favorables para un buen ejercicio profesional que resulta por lo menos aventurado imputar sus fallas a defectos de la formación básica o a perversión de nuestros médicos generales. El ISS los ha puesto a operar en medio de una tremenda confusión respecto a su papel, con deficientes medios de trabajo, sin asistencia científica y administrativa, con reducidas oportunidades de actualización, en condiciones francamente desventajosas frente a las que se ofrecen a los especialistas, sus compañeros de universidad, en el ambiente hospitalario. Son estas condiciones desfavorables de trabajo las que, a mi juicio, explican en gran parte las diferencias entre lo que se

* PRIDES es la sigla del programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud, con sede en Cali.

enseña como "buena medicina" en las escuelas de medicina y lo que constituye la práctica de la medicina general en nuestras instituciones.

En tercer lugar, nunca ha existido en el ISS una definición clara y categórica de las funciones técnicas administrativas que corresponden a los servicios ambulatorios generales y como eje de ellos, al médico general. Esa falta de definición explica la precaria atención y el escaso respaldo que hasta ahora, se le ha concedido a estos servicios. A través del tiempo todos los esfuerzos del ISS han estado dirigidos, por el contrario, hacia la expansión de los servicios especializados con fuerte énfasis en la reclusión hospitalaria de los pacientes y con inclinación excesiva hacia intervenciones cada vez más sofisticadas y posiblemente menos eficaces.

En cuarto lugar, y en franca revisión de la postura tradicional, hemos resuelto fortalecer y reorganizar los servicios generales, básicos o primarios, como estrategia fundamental para el mejoramiento de la calidad de los servicios y el eficiente uso de los recursos de salud del Instituto.

Nuestro respaldo a un resurgimiento de los servicios generales obedece, entre otras, a las siguientes razones:

- los servicios generales son los más apropiados en el manejo de la gran mayoría de los problemas de salud, para los cuales no es necesario ni conveniente el ambiente hospitalario.
- los servicios generales ofrecen excelentes oportunidades para establecer relaciones educativas constructivas con los pacientes y sus familias, para fomentar las acciones preventivas en la comunidad y para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento precoz de la

enfermedad, en los individuos de alto riesgo.

- por ser el primer punto de contacto con el paciente en nuestro sistema, los servicios generales son claves en el beneficio que se obtenga y en la utilización que se dé al creciente, complejo y especializado arsenal de recursos técnicos y científicos.
- precisamente, la variedad de funciones y de servicios especializados que requiere hoy en día la provisión de una buena atención médica relleva, en vez de debilitar la importancia de la función integradora y humanizadora que de todos ellos debe hacer el médico general en mejor beneficio del mayor número de pacientes.
- los servicios ambulatorios generales condicionan la operación y con ello la eficiencia de todo el sistema. Al iniciar los procedimientos, diagnósticos, prescribir tratamientos, certificar incapacidades, ordenar interconsultas, expedir admisiones hospitalarias, el médico general está determinando el uso de todos los demás recursos físicos y humanos existentes.

Al mismo tiempo que concedemos especial importancia a los servicios generales y al médico general, reconocemos que su situación no mejorará a menos que se especifique claramente su papel frente a los servicios especializados y se introduzcan modificaciones favorables en la organización de los servicios, en las condiciones de trabajo, en las oportunidades de capacitación, en la interacción entre médicos generales y especialistas.

En seguida quiero presentar a ustedes algunas estrategias consistentes con los anteriores enunciados, las cuales hemos venido elaborando en el ISS en desarrollo de las disposiciones contenidas en los

Decretos Ley de Julio/77 que reestructuraron el ISS.

Organización de los servicios de salud en tres niveles de atención: básico, intermedio y de alta especialización. Se busca establecer un sistema escalonado que permita ajustar los recursos a las necesidades de salud de los beneficiarios: es decir, que la atención se preste en instalaciones que correspondan con el nivel de recursos más simple y menos costoso pero al mismo tiempo compatible con la obtención de favorables resultados para el paciente.

Estructurar el nivel básico de atención en Unidades de Atención Integral (U.A.I.). Las Unidades de Atención Integral conformadas por grupos multidisciplinarios, bajo el liderazgo del médico general, cuya responsabilidad es proveer, con carácter integral, la atención de salud que requiere una población determinada. Las U.A.I. constituyen una innovación que supera a los grandes hospitales o dispensarios, pues promueve el trabajo en equipo, propicia el confort de los usuarios y eleva la eficiencia en la prestación de los servicios.

Orientación de los servicios hacia poblaciones definidas. Para ello se delimitan claramente las áreas geográficas de influencia de los respectivos niveles y en el caso del nivel básico, de las Unidades de Atención Integral. De esta manera se busca poder evaluar con precisión la gestión de los servicios frente a las necesidades de la población con el objeto de individualizar responsabilidades sobre logros e fracasos.

Fortalecimiento del papel del médico general en sus variadas responsabilidades. El mayor esfuerzo consistirá en fortalecer el papel del médico general a fin de que pueda tratar, de manera integral, una proporción mayor de los problemas de sus pacientes que en la actualidad son

desviados hacia los especialistas*. Esfuerzos complementarios tienen que ver con su papel en la interpretación de las necesidades de sus pacientes en relación con servicios especializados a los cuales puede referirlos y en su rol como principal ordenador del gasto de las instituciones.

Replanteamiento de las funciones de los especialistas. Las modificaciones en el papel del médico general conllevan necesariamente modificaciones en el papel de los especialistas (también, aunque en menor grado, en el de los administradores de salud). Los especialistas dedicarán la mayor parte de su tiempo a problemas para los cuales únicamente ellos están preparados. De esta manera se incrementan el grado de utilidad y el nivel de interés de los especialistas en su trabajo y se abren oportunidades para que, en el tiempo que se libera, presten su asistencia al nivel básico y realicen actividades docentes y de investigación.

Incorporación del médico general al trabajo hospitalario. Estamos considerando varias opciones alternativas de esta estrategia entre las cuales figura la asignación de responsabilidades en atención hospitalaria básica de los pacientes cuyo diagnóstico y tratamiento requiere la infraestructura hospitalaria pero no necesariamente el cuidado por el especialista. Otra opción posible consiste en la vinculación del médico general, por tiempo parcial, a servicios especializados mientras continúa su práctica general externa. Y otra opción más, la designación de camas o salas de medicina general en nuestros hospitales sobre las cuales el médico general asumiría la responsabilidad con la ayuda de los servicios

* La proporción dependerá, sin embargo, del grado de mejoramiento de sus condiciones de trabajo y de su capacitación para cumplir esas nuevas responsabilidades.

especializados próximos, en casos de necesidad.

Resignación de funciones al personal paramédico y auxiliar. Las mayores responsabilidades y obligaciones que asume el médico general conllevan la necesidad de resignar parte de sus actuales funciones a otras personas del equipo de salud. Estamos revisando cuidadosamente la extensión de esta resignación y creemos que se pueden citar ejemplos muy interesantes y aprovechables en esta materia. El personal paramédico y auxiliar adecuadamente entrenado y supervisado ha demostrado su capacidad para asumir las responsabilidades en el control de embarazadas de bajo riesgo, el manejo de casos de primeros auxilios, el control de ciertos pacientes crónicos, el tratamiento de problemas de comportamiento, etc. Además, la enfermera puede ayudar a revivir la práctica del cuidado domiciliario que, si bien organizado y programado, contribuye a un desarrollo más integral de la atención. La trabajadora social por otra parte, puede resultar un asistente indispensable en el manejo de muchas situaciones de carácter psicosocial (dificultades en el trabajo, desajustes maritales, alcoholismo, etc.). Y la misma recepcionista, adecuadamente entrenada, puede tratar directamente con los pacientes y orientarlos sobre prácticas de salud y condiciones del tratamiento.

Asignación de una población definida de familias al médico general para su cuidado integral. Cada afiliado y su familia tendrán su propio médico general, quien proveerá los servicios de salud de manera integral y ejercerá la tutela de los pacientes durante la hospitalización y el proceso de atención por especialistas. Además, el afiliado tendrá la libertad de escoger el médico bajo cuyo cuidado quiere permanecer y el derecho a cambiar de médico por razones justificadas.

Con estas medidas se busca asegurar la necesaria continuidad en el proceso de atención, humanizar la relación entre el médico y sus pacientes y estimular su mutua responsabilidad.

Modificación del sistema de remuneración del médico general de manera que éste no sea pagado por reloj ni por procedimiento realizado, sino por la atención global de los pacientes asignados bajo su responsabilidad durante todo el año.

Se ha considerado que las nuevas características de la práctica médica general —la relación continuada con el paciente, la atención integral de la familia, el liderazgo del médico general sobre el equipo de salud— no son compatibles con el sistema actual de remuneración en que el médico es pagado por horas, con el compromiso predeterminado de realizar solo cierto número de consultas por cada hora contratada. Por este motivo la remuneración de los médicos (y odontólogos) generales que presten servicios en el nivel básico, serán remunerados mediante el llamado "Sistema de lista", es decir, según el número de beneficiarios asignados a su cuidado y a los cuales deberán prestar atención médica integral. Así mismo, con el objeto de promover y garantizar una eficaz prestación de los servicios se consagra un régimen especial de incentivos de carácter pecuniario vinculado a un sistema de evaluación en el que sobresalen además de los elementos tradicionales (el cabal cumplimiento de las funciones propias del empleo, el grado de capacitación, el nivel técnico científico) la calidad de la relación entre el médico y los beneficiarios.

Impulso preferencial al desarrollo de una infraestructura física adecuada para los servicios ambulatorios. La adecuación de los lugares de trabajo es un com-

ponente esencial de cualquier plan para reorganizar y estimular los servicios ambulatorios y no es menos cierto que los pacientes tienden a asociar la buena práctica con es clase de ambientes. Si tales facilidades no son provistas, el médico será subestimado ante sus colegas y ante sus propios pacientes. En este sentido, creemos que las condiciones ideales corresponden a la organización del trabajo en centros de salud o dispensarios de limitado tamaño y complejidad, bien equipados, donde el médico general pueda trabajar al lado de un grupo de sus propios colegas con facilidades diagnósticas a su próximo alcance y con la asistencia de especialistas, cuando los requiera.

Desarrollo de una capacidad organizativa y técnica en salud comunitaria, debido al énfasis desproporcionado que reciben las actividades de tipo curativo y la prestación de los servicios con base en la demanda exclusivamente. Se considera indispensable desarrollar una infraestructura técnica en salud comunitaria que estimule, oriente y asista a nuestros médicos generales en actividades tales como el establecimiento de las necesidades de salud de la población a su cargo, la evaluación de los resultados de su trabajo y el desarrollo de actividades de promoción de la salud, vigilancia epidemiológica, control de los accidentes y las enfermedades profesionales, etc. Asimismo, una infraestructura que estimule, oriente y asista en la identificación de los grupos de alto riesgo con el fin de que el médico general desvíe ciertos recursos necesarios hacia quienes, a pesar de sus síntomas, no buscan los servicios de salud o lo hacen tardíamente, o a quienes por sus características epidemiológicas pueden obtener el máximo beneficio de las actividades educativas, de prevención o de promoción de la salud.

Para que los cambios organizacionales propuestos se conviertan en realidad y surtan los efectos esperados, es imprescindible el concurso organizado de la profesión médica. Esto quiere decir, más que una simple aceptación, que todos los profesionales al servicio del ISS compartan la necesidad del cambio, aún en sus esfuerzos para que el mismo ocurra y lo asistan en su arduo devenir. Se me ocurre que, en este sentido, conviene estimular el surgimiento de algún tipo de organización de los médicos generales, relacionada con la estructura administrativa de las instituciones a distintos niveles (local, seccional y nacional).

Esta organización no se da en los actuales momentos lo que constituye un vacío que priva a las instituciones de la guía y de las experiencias que la profesión puede y deb aportar, de manera integral y sistemática, respecto a la orientación y al desarrollo técnico-administrativo de los servicios.

En la medida que representan el futuro del ISS, las estrategias señaladas constituyen un marco de referencia indispensable para determinar los cambios concomitantes en la orientación y contenidos de la educación médica que favorezcan y consoliden el esfuerzo reorganizativo del ISS.

Los decretos ley por medio de los cuales se reestructuró al ISS concede especial importancia a los programas y actividades de capacitación, inducción y motivación del personal. Algunas de las estrategias que hemos comentado, involucran o son en sí mismas, mecanismos que se han venido desarrollando en ejercicio de la facultad reglamentaria para estimular la educación continuada del médico general o su educación vocacional y de post-grado.

De las nuevas condiciones de ejercicio de la medicina general en el ISS se des-

prenden además, ciertos cambios necesarios en la formación del médico y en las actitudes de los propios educadores médicos. Entre los numerosos ejemplos quiero destacar la mejor preparación del médico en cuanto hace a las condiciones sociales y psicológicas que vulneran y afectan al paciente e influyen en el resultado de la atención*.

La necesidad de establecer un mejor balance entre la trasmisión de conocimientos y la destreza para aplicarlos en beneficio de la comunidad y en las condiciones naturales de nuestros servicios ambulatorios que son muy diferentes a las de los hospitales universitarios. La relación que se debe conceder a la enseñanza de procedimientos y técnicas de demostrada eficacia**.

La concientización de los médicos —o sus prospectos— sobre los costos de los servicios, la relación costo efectividad de sus decisiones y su papel clave en la economía de las agencias de salud. La introducción de elementos conceptuales y metodológicos relativos al cuidado integral de la familia como unidad-objetivo de los servicios. El desarrollo de una

* Se estima que por lo menos un 5% de la población tiene condiciones psiquiátricas bien definidas; si a esto se agregan los pacientes con grados importantes de descomposición emocional, problemas psicofisiológicos o condiciones sin una base orgánica aparente (ulcera péptica, asma, problemas vasculares) la proporción de casos puede llegar a superar la cuarta parte del total de la población.

** La OMS ha estimado que, por lo menos en algunas especialidades, un 2 a 5% de la tecnología médica convencional contribuye con el 90% de la calidad necesaria o que está al alcance para la atención. Si se identifica y estandariza esta tecnología y sobre ella se concentran —no exclusivamente pero si prioritariamente— los esfuerzos educativos será posible entrenar en muy corto tiempo a nuestros médicos para que provean servicios de una calidad equivalente a los que presta un especialista con muchos años de preparación (5).

capacidad de liderazgo que permita optimizar la gestión del equipo de salud.

Pero, de nuevo, debo reiterar que los esfuerzos educativos verán limitados sus efectos si no son precedidos de una clarificación del papel del médico general y acompañados de un mejoramiento de las condiciones para el ejercicio profesional. De otra manera, los estándares de nuestros servicios ambulatorios no mejorarán sustancialmente así prosigamos los debates sobre el "médico que el país necesita".

Insistir académicamente en preceptos no compartidos, en la difusión de conocimientos menos que útiles o en el desarrollo de destrezas que no van a poderse aplicar en la práctica, difícilmente va a incidir en el mejoramiento de los servicios y puede, por el contrario, producir mayores frustraciones o reforzar expectativas por el trabajo especializado en hospitales, dentro o fuera del país.

En este sentido, si la universidad colombiana quiere mejorar su contribución al desarrollo de la medicina general del futuro debe ampliar su radio de acción y de preocupaciones. Debe encarar el problema docente teniendo en cuenta la misión y las reales posibilidades del ejercicio de la medicina general en nuestro medio. Debe involucrarse más en el proceso de cambio para lograr mejores condiciones en los servicios ambulatorios y en ejercicio profesional.

Referencias Bibliográficas

1. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Coordinación entre los Sistemas de Seguridad Social y Salud Pública*. Washington 1977. Anexo nº 2.
2. PROGRAMA de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud; PRIDES. Los Servicios de Salud del I. S. S. Valle, Cali, 1976.

3. JARAMILLO GOMEZ, Mário. *Resultados Preliminares de la Aplicación del Modelo de Proyección Financiero del ISS a la Caja Seccional de Antioquia*. Medellín, 1977.
4. REESTRUCTURACIÓN de los Seguros

Sociales Obligatorios. Estudios especiales. Bogotá, 1977.

5. PITCAIRN, Donald M. & FLAHAULT, Daniel. *El asistente médico. Cuardenos de Salud Pública nº 60*. Ginebra, 1974.