

Servicio Social Obligatorio en Colombia: Incertidumbre de los recién graduados en medicina

Mervin José Moya Peñafiel.

Médico Rural (SSO), Universidad del Magdalena, Santa Marta, Magdalena, Colombia.

* Correo electrónico: mervin102988@outlook.com

Fecha de Recepción: 04-08-2013.

Fecha de Solicitud de Correcciones: 10-06-2014.

Fecha de Aceptación: 25-07-2014.

Fecha de Publicación Online: 25-07-2014

Resumen

El Servicio Social Obligatorio en Colombia, se ha convertido en una de las polémicas más influyentes y complejas de los últimos tiempos en los temas de salud nacional, creando estados de ansiedad, no solo en los galenos recién graduados, sino también, a todos los entes potencialmente involucrados, bien sea como: médicos, abogados, organizaciones y jurisdicciones de salud, entre otros. La distribución de los médicos rurales en toda la geografía colombiana, es hoy día uno de los temas más crítico de ésta problemática, centrándose principalmente en la innumerable cantidad de factores negativos, que presentan más de la mitad de las plazas reconocidas legalmente para su realización. En virtud a la problemática planteada, el presente artículo pretende dilucidar de una manera profunda y detallada, las principales dificultades e incertidumbres que padecen los médicos para obtener su respectiva plaza y/o llevar a cabo su año rural en Colombia, lo cual ha sido objeto de múltiples debates, reclamos y demandas, ante el Ministerio de Salud y Protección Social, y las Secretarías de Salud; y a su vez cómo se ha venido desarrollando ésta temática en otros países, y desde ésta perspectiva, plantear estrategias sobre las posibles soluciones.

Palabras clave: Servicio Social Obligatorio; Rural; Ministerio de Salud; Colombia.

Mandatory Social Service in Colombia: Uncertainty of recent graduates in medicine

Abstract

The Mandatory Social Service in Colombia, has become one of the most influential and controversial complex in recent times on national health issues, creating anxiety states, not just newly graduated physicians, but also to all entities potentially involved, either as doctors, lawyers, health organizations and jurisdictions, among others. The distribution of rural doctors in the entire Colombian geography, is today one of the most critical issues of this problem, focusing mainly on the countless number of negative factors, which have more than half of the seats legally recognized for its realization. Pursuant to the issues raised, this paper aims at exploring a deep and detailed way, the main difficulties and uncertainty experienced by doctors for their respective space and/or to carry out its rural year in Colombia, which has been multiple debates, claims and demands to the Ministry of Health and Social Protection, and the Ministries of Health; and in turn how it has developed this theme in other countries, and from this perspective, strategize on possible solutions.

Key Words: Mandatory Social Service; Rural; Ministry of Health; Colombia.

Introducción

Si bien es cierto que el servicio social obligatorio (SSO), es una vía para que los estudiantes apliquen los conocimientos adquiridos durante sus estudios, en una zona marginal o rural, como a su vez, poner a prueba su calidad humana en este servicio social; no es desconocido que las condiciones actuales en Colombia, no presentan el mejor panorama para que realmente las leyes puedan aplicarse, y que en conjunto con las IES, se puedan crear las condiciones dignas, para los jóvenes a quienes les aplica esta norma.

El Servicio Social Obligatorio en Colombia, desde su implementación ha desencadenado una serie de controversias, conflictos e incertidumbre, tanto para los médicos recién graduados, como para los entes gubernamentales encargados de la legislación del mismo. La dictadura de normas y leyes para el sorteo de las plazas rurales de todo el territorio nacional, así como la enorme cantidad de dificultades que éstas presentan, son barreras imperecederas frente a la problemática del SSO. Con el paso de los años, se han intentado reorganizar dichas leyes en pro del bienestar y mejor modelo de distribución de los médicos rurales en las plazas disponibles; sin embargo, es claro reconocer que existen vacíos muy abrumadores, de parte de estas leyes y aprovechamientos por las empresas contratistas, sean hospitales, instituciones prestadoras de salud (IPS) y Puestos o Centros de salud, en todo lo relacionado con la prestación de este servicio.

De ahí que uno de los aspectos que no permite que los pasantes realicen su labor de manera adecuada, es el hecho que ellos perciben el servicio social como una cuota injusta que el Estado les impone como requisito para graduarse, al igual que la temporalidad de su estancia en la comunidad rural, es demasiado corta (6 meses o 1 año) para conocer en detalle las necesidades de las poblaciones, su forma de entender la salud y la enfermedad, así como las expectativas que tienen las instituciones prestadoras de servicios (1).

Cabe resaltar que si no se logra un consenso y una adecuada organización en cuanto a la distribución de los nuevos profesionales y la intervención y/o monitorización de las plazas legalmente aprobadas para ellos, podría generar repercusiones trascendentales para la sociedad colombiana, especialmente a las poblaciones más vulnerables del país; siendo el Ministerio de Salud y Protección Social el ente regulador de todos los temas de salud en el país, debe formalizar lo más pronto posible modelos de gestión viables, entendiendo que no solo se afectan al médico egresado, sino también, a todas esas personas llamadas usuarios que confían en ellos (médicos) para mantener su salud y recuperarla cuando está en peligro.

El SSO y su real importancia

El Servicio Social Obligatorio es el desempeño de una profesión con carácter social, mediante el cual los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, contribuyen a la solución de los problemas de salud desde el campo de su competencia profesional, como uno de los requisitos para obtener la autorización del ejercicio, en los términos que definan las normas vigentes (2).

Dentro del marco de acciones establecido por SSO, éste está orientado a apoyar la ampliación de cobertura en salud, para las áreas rurales de difícil acceso y las zonas urbanas marginadas, en éste sentido es por ello, que el tema de los rurales es de suma importancia en todo país, porque en cierta forma un significativo porcentaje de la población más vulnerable, dependen de los médicos rurales, por tanto, es razonable comprender, la verdadera relevancia que ha de tener el mismo para las personas y entes involucrados, puesto que permite mantener de manera estable, la situación de salud en una determinada localidad (3).

Sin duda alguna es evidente que el SSO para todo recién graduado en medicina es de vital importancia; ya que, este servicio médico se convierte en la primera experiencia y puerta de entrada al mercado laboral, en donde se desarrollan las destrezas, se integran y consolidan los conocimientos previamente adquiridos en el alma máter. Además, es la primera vez que el médico tiene la responsabilidad del paciente, y el bienestar de éste depende del recién graduado en medicina. No obstante llevar a cabo el SSO es más que una labor de atención al paciente, de darle medicinas o prescribirle una receta, es una vocación de ayuda para contrarrestar determinada patología; pero en ciertas eventualidades, dicha labor debe ir más allá de lo establecido médicamente, es decir, es un servicio a la comunidad, es estar en permanente contacto con la gente o pacientes y compartir con ellos.

Por otra parte el autor a través de su experiencia, da fe de la verdadera importancia que tiene el SSO para el recién graduado en medicina, no solo por los beneficios que recibe la comunidad, sino también por la enriquecedora experiencia para el médico bisoño, quien vivencia una verdadera modalidad de ejercicio como profesional, ausente muchas veces en los programas de formación académica. En síntesis con lo expuesto, el SSO no debe constituirse como una carga impuesta a los profesionales de la salud, por el contrario, se debe derivar el principio de solidaridad justificado a partir de propósitos constitucionalmente legítimos, que se cifran en la obtención de beneficios para el sistema de salud, llevando servicios sanitarios a sectores que enfrentan dificultades de acceso al mismo.

A quiénes beneficia la aplicación del SSO

Sobre las bases de las ideas expuestas, la implementación del Servicio Social Obligatorio, obedece y satisface las necesidades sociales de todo un país en lo que respecta al campo de la salud, así mismo, para los profesionales recién graduados en medicina, es una figura que obedece a claros principios, valores, derechos y deberes de índole constitucional; es por ello, que SSO es una herramienta adecuada y necesaria tanto para el país especialmente en las zonas marginadas, como también para la formación del profesional de la salud.

Por mandato legal, el servicio social es un requisito para el ejercicio de la medicina, una vez culminado su ciclo académico, tienen la obligación legal de realizar el servicio social obligatorio, como requisito indispensable y previo para obtener la refrendación del correspondiente título y obtener su tarjeta profesional; en consecuencia deberán vincularse a cualquier área de la salud, con el objeto de dar respuesta inmediata a las necesidades profesionales que en este rubro (SSO) se tienen, como en su efecto contribuir al desarrollo en las instituciones médicas y a la sociedad en general (4).

Todas las normas que reglamentan el servicio social obligatorio para los profesionales de la salud, sin importar la fecha de su expedición ni su categoría, al igual que toda la demás legislación de nuestro país, deben articularse con la Constitución Política de 1991; por tanto, toda persona tiene el deber constitucional de obrar de conformidad

con el principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas. Por su parte, el servicio social obligatorio es una disposición claramente constitucional, pues sus objetivos encajan dentro de los principios, los valores y en general dentro de las disposiciones constitucionales; en éste sentido, aquellos estudiantes que cumplen con este requisito constitucional, tienen derecho de índole laboral de obligatorio cumplimiento por parte de las instituciones prestadoras de servicios médicos (5).

Antecedentes del Servicio Social Obligatorio

En el ámbito internacional, el comportamiento del SSO ha variado de acuerdo a las condiciones particulares de cada país o región; al respecto se pueden evidenciar las fortalezas o debilidades de este programa, las cuales deben tomarse en cuenta con el fin de reestructurar y mejorar las condiciones actuales del país, y en su efecto en la búsqueda del bienestar social. Partiendo de lo expuesto, resulta interesante mencionar algunos antecedentes sobre el SSO en otros países y en Colombia, los cuales sirvan como referente para analizar la problemática actual sobre la prestación de este servicio, con la finalidad de presentar estrategias o alternativas conducentes al mejoramiento del mismo.

El SSO desde sus inicios ha tenido un tratamiento desigual en los diferentes países latinoamericanos, debido a que se ha establecido como requisito de grado para diferentes carreras, pero se nota la tendencia exigente hacia los egresados de medicina.

México: Fue el pionero en la creación de este SSO en Latinoamérica, el cual surgió en el año de 1936, como iniciativa de los propios universitarios, con el fin de unir esfuerzos para prestar servicios en las partes marginales, estableciendo este servicio como requisito obligatorio para obtener el título profesional de médico. Dentro de este marco cabe resaltar que para la década de los 40, se creó una comisión de estudiantes universitarios para coordinar actividades con el gobierno, en aras del bienestar social y en la actualidad continua este vínculo entre estos sectores; continuando básicamente con los mismos fundamentos y objetivos establecidos, se denota que en dicho país, “el servicio social implica un compromiso para el participante, y un trabajo articulado entre las instituciones formadoras y las prestadoras de servicios donde se realiza o ejecute el mismo” (6).

Costa Rica: En ésta nación al igual que otros países a pesar de que aumentan las plazas, los profesionales también aumentan, presentando inconvenientes al momento de realizar estos servicios obligatorios, quedando muchos graduados sin plazas y por otro lado no existen programas de actualización para quienes cumplen con este requisito a nivel rural. En este país la práctica obligatoria del SSO es de un año, y la realizan los médicos graduados dentro o fuera del país, como requisito previo e indispensable a la incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos (CMC)⁷ de Costa Rica.

Ellos tomaron como base el modelo Mexicano e iniciaron este proceso en 1948, como trabajo obligatorio y remunerado, denominado Trabajo Comunitario Universitario, con el fin de proveer médicos en zonas rurales, en beneficio de la sociedad (8).

Nicaragua: Se estableció en 1968, el servicio social obligatorio para todos los egresados que obtuvieran un título profesional en todas las carreras; pero sólo está reglamentado en las carreras de salud.

Uruguay: Este servicio se exige en unas profesiones específicas como medicina, derecho, agronomía, arquitectura y odontología; pero a

pesar que se encuentran diseñados los programas integrales, existe inequidad geográfica especialmente en el área rural e interior del país, que afecta la práctica de los SOS (9).

Cuba: Este servicio hace parte de la extensión universitaria, con el objeto de llevar a cabo proyectos de desarrollo comunitario, incorporando el trabajo extracurricular de los estudiantes en el trabajo científico.

Argentina: En los años 70, algunas Universidades fueron pioneras de este servicio social, modificando sus planes de estudio, vinculándolos a proyectos de desarrollo social, tomando en cuenta los barrios marginales para la aplicación de los mismos, llevando a los barrios servicios médicos y otros. En este país los graduados universitarios realizan un servicio social comunitario, basado en la solidaridad social, organizados por cada universidad de acuerdo a las directrices nacionales que tratan sobre este tema.

Chile: El servicio social tiene una duración de tres años en áreas rurales y los estudiantes obtienen puntos a favor si deciden presentar el examen de residencias médicas para ingresar a estudiar la especialidad clínica (10).

Venezuela: El servicio es por 1 año en los egresados: medicina, odontología y enfermería.

Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Perú y Paraguay: Se presentó como una experiencia con una extensión más profesional, es decir después de finalizar los estudios y sólo incluyen la obligatoriedad de este servicio a los egresados de medicina (11).

Este servicio Social Obligatorio en Colombia como en otros países latinoamericanos, ha tenido dificultades como puede referenciarse el caso de México, que de acuerdo a lo analizado el SSO en medicina en su gran mayoría son asignados a la parte rural y marginada del país, en donde al igual que Colombia en las condiciones de violencia en algunas regiones, está actividad es sumamente riesgosa (12). Sin embargo en México se ha tratado de mejorar algunas condiciones, como la posibilidad de vincularse a tareas de investigación y docencia y se abre la posibilidad de asignar pasantes a unidades de salud en localidades urbanas de bajo desarrollo económico y social; pero en lo relacionado con la contratación, sufren situaciones similares a las de este país.

Servicio Social Obligatorio en Colombia

Abordando la situación de Colombia sobre el origen del SSO, éste programa fue creado en 1949 con el Decreto 3842, estableciendo el año rural, como requisito para obtener el título de medicina, reemplazando el año de internado; inició como una estrategia de atención primaria, promovido por el Dr. Héctor Abad Gómez (Médico colombiano, ensayista, político y especialista en Salud Pública), para que la población de las zonas rurales y más alejadas del país, tuvieran acceso a los servicios de atención primaria en salud (13).

Continuando con esta descripción, en 1957, se incluyen las dos modalidades para poderse graduar. En 1981 se crea la Ley 50 del 27 de mayo que modifica el concepto de año rural por el de Servicio Social Obligatorio y se reglamenta en todo el territorio nacional, para todas las carreras tecnológicas y universitarias, además se creó el Consejo Nacional Coordinador del Servicio Social Obligatorio adscrito al ICFES encargado de organizar todo lo relacionado con el SSO. En virtud de la creación de esta ley los profesionales de la salud, como paso previo a obtener su tarjeta profesional, deben desempeñar

funciones y actividades específicas en proyectos, programas y acciones de salud, en localidades con plazas habilitadas para tal fin.

Estas plazas deben ser previamente aprobadas por la autoridad competente y reportadas para participar en los procesos de asignación a las direcciones departamentales de salud correspondientes, quienes realizarán la validación de las mismas y las reportarán al Ministerio de Salud y Protección Social en los formatos y fechas que define la Dirección de Desarrollo del Talento Humano (14, 15).

En 1982 con el Decreto 3289, se disminuye a 6 meses el SSO en zonas afectadas por el conflicto armado. En 1994 con el Decreto 2865, se dio a los entes locales y distritales de salud, la selección, aprobación y renovación de las plazas para el cumplimiento del SSO, al año siguiente con la Resolución 795 de 1995, se establecieron los criterios técnicos y administrativos para la prestación del SSO, y a su vez, el Ministerio de Salud continuaría siendo el ente que supervisaría, evaluaría y controlaría permanentemente el procedimiento y funcionamiento de las plazas (16).

En el 2002 mediante la Resolución 1140, se definieron las localidades en las cuales el SSO sería de seis meses y podría ampliarse “hasta por seis meses más, siempre que se trate de garantizar la prestación del servicio o no exista solicitud de aspirantes, previo acuerdo con el profesional de salud” (17).

En la actualidad esta reglamentación no se tiene en cuenta, y se obliga a trabajar el año completo aun teniendo razones válidas para no querer o poder continuar en labor. Pues la principal razón, es la existencia de algunos lugares denominados “zonas rojas”, estigmatizados así por el conflicto armado que se apodera del lugar y el peligro inminente para el trabajador. Es por este motivo, que el Ministerio de Salud y de Protección Social, recibe a diario quejas y demandas generadas por las inconformidades de los rurales de sus plazas de trabajo (18,19); por otra parte, en la reglamentación colombiana quienes se desempeñan en el SSO, deben vincularse mediante una relación legal y reglamentaria, lo que les da la calidad de empleados públicos, y por ende, tienen un vínculo laboral con la entidad en que ejercen las funciones (20) y esto en el ejercicio de la labor no se está cumpliendo.

Por su parte para la anualidad del 2008 con el Acuerdo 002, se establece el sorteo para el servicio social obligatorio. Siguiendo en este orden con la Resolución 1058 del 2010, se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, y el sorteo de plazas pasa a ser liderado por el gobierno nacional. De igual forma la Resolución 2240 de 2011, establece lineamientos para este servicio, pero para un tiempo específico (21).

Esta serie de ordenanzas gubernamentales se encuentran en las leyes, decretos y resoluciones que el Ministerio de Salud y de Protección Social elaboraron desde 1949, las cuales han venido modificándose paulatinamente al transcurrir de estos años, con la finalidad de un supuesto mejoramiento, pero a ciencia cierta no pasa de ser letra muerta, quedando muchas veces solo en intenciones; pero penosamente la realidad es otra, ya que la gran mayoría de estas leyes son violadas en Colombia, o cegadas con malos manejos de interventoría.

Problemática presentada con el SSO

En Colombia hoy día llevar a cabo el servicio social obligatorio por los recién graduados en medicina, se ha convertido para estos profesionales, en un verdadero caos e incertidumbre debido a las

múltiples inexactitudes que presenta el sistema de salud del Estado; pues es una problemática que no sólo ha afectado al país, sino que también, desde el pasado ha repercutido negativamente en muchas naciones de este hemisferio.

Ámbito Latinoamericano: La problemática presentada con la valiosa labor del SSO, es un fenómeno que ha tenido resonancia en diferentes países del mundo, pero con mayor trascendencia en algunas naciones de Latinoamérica (México, Cuba, Argentina, Brasil, Costa Rica, Bolivia...etc.), los cuales han tenido diversas dificultades en cuanto a la aplicabilidad y al uso eficiente del servicio social obligatorio (22).

Ámbito Nacional Colombiano: En concordancia y realizando un diagnóstico objetivo, sobre los problemas más críticos que se han detectado con la ejecución del SSO en Colombia, se pueden citar algunos los de mayor trascendencia, entre ellos: "i.) Las discrepancias sobre la misión y los objetivos entre las instituciones formadoras, el gobierno de turno y las entidades prestadoras de servicios; ii.) Falta de definición de una política de recursos humanos de la salud; iii.) Obsolescencia, ausencia o descoordinación de normas; iv.) Cumplimiento coercitivo del servicio; v.) Inadecuadas condiciones laborales en zonas rurales y marginales; vi.) Dificultades para su desarrollo en la organización social existente por la falta de presupuesto; vii.) Carencia de consensos y coordinación entre las Universidades, el Gobierno Central y los Centros Hospitalarios" (23).

Problemática detectadas por el MPS

El Gobierno Nacional de Colombia en aras de hallar la solución a la problemática presentada con el SSO en el país, llevó a cabo en el año de 2006, un minucioso estudio ejecutado por el Ministerio de Protección Social – (MPS), en el cual se identificaron diversas categorías de dificultades concernientes al SSO, entre ellas:

Orden Conceptual y Filosófico: Descontextualización de las normas que orientaban el programa de SSO de acuerdo con la normatividad del SGSSS. Se identificó limitada reflexión y apropiación de la misión, los objetivos, propósitos y funciones del programa de SSO, por parte de las entidades empleadoras y de las formadoras.

Orden Técnico: Dificultades para contar con un sistema de planeación del personal de salud completo y actualizado que pudiera orientar y supervisar el programa de SSO; se observó insuficiente número de plazas para responder a las necesidades del país y a la oferta de egresados de las distintas disciplinas y profesiones.

Orden Operativo: Falta de disponibilidad de un sistema de información suficiente y adecuada sobre el SSO, limitaciones en la planeación e insuficiencia de mecanismos de seguimiento, vigilancia y control del personal de la salud.

Orden Normativo: Inconsistencias e incoherencias entre algunas de las normas que regulaban el SSO a la luz del SGSSS, dispersión de la regulación en muchas normas, insuficiente reglamentación de la Ley 100 de 1993 en aspectos específicos de SSO (24).

Problemática expresada por los recién graduados en medicina

Los médicos rurales han sido los únicos afectados con toda esta realidad, a la que se ven sometidos luego de tener en sus mentes la difícil manera de lograr la culminación del año rural. Estos profesionales han pregonado todas aquellas dificultades de sus plazas rurales tanto al Ministerio de Salud y de Protección Social como a las Secretarías de Salud Departamentales; dentro de las más relevantes para ellos se encuentran:

- i.) Zonas rojas o de conflicto armado: La inseguridad de las zonas rurales controladas por los grupos armados, permiten que estas poblaciones queden prácticamente desatendidas por falta de personal en los puestos de salud, desabastecimiento de insumos, confinamiento de la población, etc. (25).
- ii.) Zonas de difícil acceso: A todos los galenos a los cuales les son asignadas estas plazas (difícil acceso) por derecho de igualdad, deberían recibir estímulos como lo reciben otros profesionales (docentes), bien sea para su bienestar y así poder brindar una adecuada atención a la población.
- iii.) Contratos sin las debidas prestaciones laborales requeridas: No podrán celebrarse este tipo de contrato para el ejercicio de las funciones (SSO) administrativas (26).
- iv.) No se cuenta con seguridad social en el año rural: La seguridad social busca la protección de los ingresos del trabajador o del ciudadano ante la ocurrencia de ciertas contingencias que imposibilitan el trabajo de manera temporal o definitiva, el proceso de culpabilidad ante errores o mala praxis médica, la estabilidad de la renta y la satisfacción de las necesidades en momentos de particular vulnerabilidad (27).
- v.) Zonas con NBI y viviendas precarias: Se entiende por NBI (necesidades básicas insatisfechas) a todo aquello que tenga viviendas con hacinamiento crítico, condiciones físicas impropias para el alojamiento humano, servicios inadecuados, alta dependencia económica o niños en edad escolar que no asisten a la escuela (28). Las viviendas con servicios inadecuados expresan en forma más directa el no acceso a condiciones vitales y sanitarias mínimas.
- vi.) Baja remuneración salarial: Los trabajadores de la salud se aquejan constantemente, de esta dificultad que afronta este gremio.
- vii.) Remisiones a largas distancias: Remisión es transferir la atención en salud de un usuario, a otro profesional, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo (29). Existen desplazamientos de largas distancias, así como trayectos hostiles en donde se pone en juego la estabilidad de los pacientes en traslado. Generalmente no se cuenta con ambulancias con disponibilidad de 24 horas, teniendo además que transportar vía fluvial a los pacientes. Hay zonas en Colombia donde los grupos subversivos, no permiten la remisión de paciente por ríos, trochas o carreteras en horas de la noche, poniendo en riesgo la vida del paciente.

En referencia a lo manifestado, es sabido por muchos que el gremio encargado de estipular las leyes de salud en Colombia, está conformado por muchos expertos excepto médicos o especialistas en salud, quienes verdaderamente son los únicos que conocen el nivel de gravedad y las posibles soluciones del problema de salud colombiano.

En las contrariedades e inconvenientes de la defensa civil del país, solo intervienen los que se encuentran involucrados y los que conocen profundamente el problema o la manera de resolverlo; de igual manera ocurre con los problemas de educación, vivienda, desempleo, economía, tecnología, etc., en donde no se ve la participación de médicos o especialistas del área, sino solamente, la de los apoderados del tema. Desde allí, es donde radica o se originan todos los vacíos y desventajas del actual sistema de salud que rige las políticas

hospitalarias del país. Afectando no solo a los profesionales referidos, sino a los usuarios que no reclaman por algo material, reclaman por algo que no da espera y que no tienen precio, la salud o vida.

A pesar de que el gobierno central haya detectado mediante estudio ciertas falencias de la puesta en marcha del SSO, como en su momento las que han expresado los recién graduados en medicina, pues aún se percibe notablemente, que el Estado no ha tomado de manera contundente las medidas pertinentes, preventivas y correctivas, para hallar la solución definitiva a dicha problemática, en consecuencia es de vital prioridad, aunar sólidamente todos los esfuerzos (gobierno, universidades, instituciones prestadoras de servicios, estudiantes y egresados) posibles, los cuales permitan contribuir a la solución definitiva, de la problemática presentada con la ejecución del servicio social obligatorio en Colombia.

Ecós sobre la derogación del SSO

Es cierto que el Servicio Social Obligatorio que prestan ciertos programas de la salud, más conocido como el año rural, se encuentra en una situación bastante difícil y lamentable en Colombia, lo cual ha originado el debate de la posibilidad de acabar con los rurales, por los innumerables problemas que vienen presentando de manera constante, las instituciones prestadoras de servicios donde son enviados los médicos recién graduados, en las cuales no se cuenta con las garantías laborales dignas y en su efecto un pago justo para los galenos.

A este respecto, el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia Élmer Gaviria afirma que: “el sistema de salud colombiano actual no está para tener un SSO, pues las Empresas Sociales del Estado están quebradas, con carteras de deudas altísimas. Por esto, o no le pagan al egresado o terminan por no abrir las plazas para el rural. El Servicio Social Obligatorio deberá ser revisado estructuralmente y deberá acabarse porque no se puede permitir que un profesional que estudió durante más de seis años preste un servicio para que el Estado lo explote, en consecuencia el SSO no es una práctica académica, es un trabajo en el que el Estado debe garantizar todas las condiciones, incluido el salario.” (30).

Otro tema que se une a ésta problemática es la asignación de plazas, algunos estudiosos del tema (decanos de diferentes facultades de Medicina del país) expresan que: “cuando se expidieron las primeras normas se graduaban en Colombia probablemente menos de 300 médicos al año y las condiciones de atención médica eran muy rudimentarias o no existían en muchas zonas rurales del país”. Así mismo, el señor Osvaldo Barrera, profesional de la Dirección del Desarrollo de Talento Humano del área de la salud, manifiesta que: “hoy cada año se gradúan cerca de 3.800 médicos y en todos los municipios existen servicios de salud, algunos muy elementales, es cierto, pero en la mayoría de los casos aceptables. En los últimos años el número de plazas habilitadas para el servicio social obligatorio, no ha sido suficiente y se ha recurrido a realizar sorteos, de manera que quienes no salen seleccionados quedan exentos; pero éste aleatorio sistema muchas veces ha generado inconformidad para los profesionales de la salud, puesto que en algunas ocasiones la transparencia o meritocracia no se aplica cabalmente en tales sorteos” (30).

Por otro lado, el Presidente Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas el Dr. Roberto Esguerra, manifiesta que: “no tengo duda al afirmar que el año rural se debe acabar lo más pronto posible, pues no conviene a la sociedad ni a los profesionales, y aunque me refiera

solamente al caso de los médicos, pienso que también aplica a los otros profesionales de la salud que hoy cumplen con este requisito, lo que constituye un paradigma con el que hay que acabar bien sea por sus múltiples falencias (31).

El autor desde su enfoque crítico y objetivo, considera que al respecto con dicha problemática, antes de tomar una decisión radical o extrema para abolir el SSO, es necesario replantear de manera urgente e inmediata, alternativas eficaces de solución como las que se describen a continuación, con el objeto de poder sacar a flote el SSO del “estado de coma” y deprimente que hoy día se ha de encontrar, el cual perjudica a la nación en materia de salud, como también a los recién graduados en medicina, a las instituciones prestadoras del servicio, y a las innumerables poblaciones marginadas con alto grado de vulnerabilidad en el país, las cuales en cierta proporción carecen de tan significativo servicio.

Alternativas de solución frente al SSO

En relación a la problemática esbozada, es de suma importancia que todos los miembros y entes gubernamentales involucrados en lo que respecta al SSO, puedan ejercer un verdadero frente común, con ideales fructíferos y dirigidos hacia un mismo norte, en las que se pueda hallar mancomunadamente las respectivas alternativas de solución, que ha demandado por muchos años el servicio social obligatorio en el campo de la medicina. En este sentido el autor propone algunas de las tantas alternativas o estrategias, que se pueden llevar a cabo, para contrarrestar el problema de fondo que padece el SSO, entre las cuales se detallan:

1. Ejecutar mesas de trabajo permanentes (Gobierno: MPS, Universidades-Facultad de Medicina, Centros Hospitalarios, Secretarías de Salud, Estudiantes y Egresados de Medicina) en todo el país, con un verdadero seguimiento y dinámica intersectorial, buscando la transformación y solución definitiva sobre la problemática del SSO.
2. Generar oportunidades para transformar el Servicio Social Obligatorio, de tal manera que se pueda generar una dinámica mucho más efectiva desde la promoción y prevención, desde la estrategia de Atención Primaria en Salud.
3. Inyectar fuentes de financiación, para mejorar las necesidades laborales, actualización administrativa del SSO, y ejercer mayor garantías a los médicos en su año rural.
4. Establecer que quienes estén en el cumplimiento del SSO, puedan gozar de las mismas garantías del personal de planta, las cuales estén sujetas a las disposiciones vigentes en la administración de personal, y prestaciones sociales que rijan en las entidades de salud.
5. Implementar servicios de salud permanente en el medio rural, dotado profesionalmente apropiados, de tal manera, que el médico pueda desempeñar funciones importantes, prestando su servicio social obligatorio, bien sea como administrador, investigador, evaluador o profesor del personal local, sin desligarse de sus actividades médicas.
6. Ejecutar de una forma más efectiva la asignación de las plazas, optimizando la prestación de los servicios de salud, por parte de los galenos en cumplimiento del SSO; así mismo garantizar para todos los egresados, condiciones laborales dignas y de igualdad.
7. Establecer una plataforma especial en la web, donde los recién egresados en medicina, puedan apreciar los sorteos y plazas vacantes a nivel nacional, permitiéndoles una mayor agilidad para la obtención de la misma y el efectivo desarrollo de su SSO.

8. Realizar una exhaustiva revisión estructural del SSO, para liberarlo del círculo vicioso y ambigüedades en el que está sumergido, para que el año rural no se convierta en un calvario e incertidumbre para los recién galenos, sino por el contrario en múltiples satisfacciones.

Derechos de los Médicos: A las diversas alternativas de solución planteadas frente al SSO, es conveniente incluir en este legado, aquellos derechos constitucionales que tienen los médicos, los cuales deberían ser respetados y cumplidos cabalmente: “Ser libremente escogido por sus pacientes como depositario de su salud; Recibir trato digno y respetuoso por parte de sus pacientes, jefes, subordinados y público en general; Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional; Tener a su disposición y en forma oportuna, los recursos humanos y materiales necesarios para el adecuado desempeño de su profesión; Recibir protección e indemnización por los daños en su salud y los perjuicios que estos ocasionen derivados y/o a consecuencia de actos propios de la práctica de su profesión; Recibir remuneración extraordinaria a riesgos profesionales; Percibir un honorario, sueldo o salario justo y acorde a su dignidad, responsabilidad y preparación, independientemente del resultado de su trabajo; Protección, preservación y restauración de su prestigio profesional; Asociarse para la defensa de sus intereses profesionales gremiales y no recibir trato diferenciado ni discriminatorio; Autonomía del ejercicio profesional; Participar libremente en la atención médica del paciente; Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión; Obtener la evaluación de su ejercicio profesional, en todos los ámbitos, por médicos con conocimientos iguales o superiores; Poder elegir libremente a sus pacientes y rechazar a aquellos que no cumplen con el tratamiento adecuado, que sean agresivos, groseros, problemáticos o le falten al respeto en cualquier forma; Y por último, ejercer acción legal contra el paciente, sus familiares o cualquier otra persona que sin fundamento, le agrede, afecte su prestigio profesional e integridad física o moral” (32).

En síntesis, son innumerable las alternativas de solución que podrían detallarse frente al SSO, pues para ello, es fundamental que los miembros y/o entes involucrados, puedan brindar toda la disposición, garantía y voluntad necesaria, para poder contrarrestar y hallar la solución definitiva ante la problemática de incertidumbres, que padecen hoy día los recién graduados en medicina con su servicio social obligatorio. En consecuencia si se tienen en cuenta las consideraciones de alternativas planteadas por el autor, es factible que se pueda alcanzar el objetivo ideal, donde se beneficien las partes afectadas e involucradas en el SSO.

Conclusiones

Como se ha podido observar no sólo en Colombia, sino en los diferentes países latinoamericanos, a pesar de su interés por relacionar la academia con el servicio a la sociedad y las iniciativas con las que se ha tratado de unificar lo aprendido, en la prestación del servicio social, pese a que existe una reglamentación sobre la misma, en la realidad no se lleva a la práctica. De igual forma queda claro que existen diferencias entre estos países, en lo referente a objetivos, prácticas, formas de vinculación e intervención entre otros.

Basados en lo anteriormente expuesto, cabe anotar que evidentemente en Colombia el sistema de salud no se ajusta a las necesidades y factores de riesgos actuales de la población a nivel cultural, social, demográfico, de salud, daños ambientales, económico, estilos de vida poco saludables entre otros; que incrementan la incidencia de enfermedades, siendo sumamente valioso el papel protagónico de los

médicos que prestan sus servicios obligatorios en las regiones rurales, ya que las poblaciones tienen poco o escaso conocimiento sobre la prevención y tratamiento de estos problemas.

Frente a este panorama, crece cada vez más la incertidumbre sobre el futuro de los médicos rurales, quienes se enfrentan a diario con situaciones de desintegración social, enfrentamientos entre grupos al margen de la ley y el ejército o la población civil, desplazamiento forzoso, drogas, al mismo tiempo que se carece de programas realizables de incentivos que les permitan mitigar un poco la intranquilidad que experimentan en su diario vivir durante este servicio social obligatorio.

Sin embargo, si las partes involucradas dentro del SSO, iniciaran un proceso razonable de reforma al mismo, se podrían llegar a consolidar nuevos modelos conceptuales y prácticos, basado en las realidades actuales que se viven no sólo en Colombia, sino en otros países; el objetivo entonces debe ser fomentar espacios en donde se den iniciativas que busquen alternativas de solución, frente a las necesidades o problemas más apremiantes de la sociedad en lo que respecta al sector salud; en síntesis, se deben promover desde las universidades actividades solidarias de atención a las necesidades locales, que conduzcan al mejoramiento en la calidad del aprendizaje, en la formación ciudadana responsable, y el bienestar común.

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Barrientos-Gómez M, Lin-Ochoa D, Vázquez-Rodríguez E. El servicio social en la carrera de Medicina como una estrategia de formación para los estudiantes. *Medicina, Salud y Sociedad* 2012;(1).
2. Resolución 1058 Marzo 23 de 2010 - MINISTRO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL Conferidas por el parágrafo 1° del artículo 33 de la Ley 1164 de 2007; - Artículo 3°. Disponible: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=39644>
3. Ramírez M. Expectativas profesionales de internos de medicina y su inclinación por la atención primaria de salud. *A. Facultad de Medicina*. 2008; 69 (3):171-81.
4. *Revista Médico Legal – Servicio Social Obligatorio* - ISSN: 0124-8286 – Pág. 12-22. Disp: http://www.medicolegal.com.co/list_articulos/edicion/?id_papa=40&id_hijo=170
5. *Revista Médico Legal*. El SSO en Colombia. Dpto. Laboral Scare - Vol. 3 de 2004.
6. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. *El Servicio Social de Medicina en América Latina Situación Actual y Perspectivas*. Dic.1998. Pág. 4.
7. *Revista Médica Costarricense - Ley Orgánica del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*. Disponible: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-6002200000200007&script=sci_arttext
8. Estatuto Orgánico de la Universidad de Costa Rica, Capítulo 1.
9. Sollazzo A, Berterretche R. *El Sistema Integrado de Salud en Uruguay*. Ciencia & Salud Colectiva, (São Paulo) 2011; Volumen 16.

10. Organización Panamericana de la Salud. El servicio social de Medicina en América Latina. Situación Actual y Perspectivas. Informe de taller regional. Serie Desarrollo de Recursos Humanos no. 18, Washington: OPS, 1998.
11. Instituto de Servicio Global: Voluntariado juvenil y servicio cívico en América Latina y el Caribe. Una posible estrategia de desarrollo económico y social, Centro para el Desarrollo Social, Universidad de Washington, marzo del 2004.
12. Martínez M, Alatorre A. Crimen pega a médicos y pasantes en zonas de riesgo. Portal Terra. 4 de noviembre de 2012 [consultado 6 de junio de 2013]. Disponible en: <http://noticias.terra.com.mx/mexico/seguridad/crimen-pega-a-medicos-y-pasantes-en-zonas-de-riesgo,9242aef220cca310VgnVCM3000009acceb0aRCRD.html>.
13. Apráez G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud (APS) en Latinoamérica: historia con igual raíz. Polis, Rev. U. Bolivariana, Vol. 9, núm. 27, 2010.
14. Ministerio de la Protección Social. Resolución 00001058 de 2010 (Marzo 23): Reglamentos para el Servicio Social Obligatorio de los egresados de los programas de salud. Bogotá D.C. Abril de 2010.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 000566 de 2012 (16 Marzo): Modificación parcial de la Resolución 274 de 2011. Bogotá D.C. Marzo 2012.
16. Ministerio de Salud. Resolución número 000795 de 1995, Por la que se establecen los criterios técnico administrativos para la prestación del SSO.
17. Ministerio de Salud. Resolución número 1140 de 2002, Por la cual se determinan unas localidades para la prestación del Servicio Social Obligatorio en seis (6) meses. <http://www.minproteccionsocial.gov.co> Fecha de consulta 23/11/2005
18. Barbosa D. Caracterización de casos de responsabilidad Médico-Legal: Médicos en Servicio Social Obligatorio. Revista Médica Legal, Vol. XV N.1, Jun 2009.
19. Ministerio de Salud. Resolución 1140/2002: Determinación de localidades de plazas de 6 meses de duración para SSO. Bogotá D.C. Septiembre 2002.
20. Ministerio de Salud. Resolución 795 de 1995. Bogotá D.C. Marzo 1995.
21. Resolución 2240 de 2011 – Ministerio de Protección Social – Plazas Año Rural - SSO.
22. Organización Panamericana de la Salud. 2006-2015. Hacia una Década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Toronto, Canadá; Octubre de 2005.
23. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Memorias del taller sobre «El servicio social de Medicina en América Latina, situación actual y perspectivas». 1998.
24. Servicio Social Obligatorio y Becas Créditos - Facultad de Salud Nacional de Pública Héctor Abad Gómez. Ministerio de la Protección Social. Agosto de 2006. – Disponible: www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=16617&IDCompany=5.
25. Pino M. Atención Primaria Rural en Colombia. Proyectos de Médicos sin Fronteras. Disponible: www.msf.es
26. Gómez G, Urrutia J. El Contrato de Prestación de Servicios en la Legislación Contractual Administrativa Colombiana. Universidad Sabana de Bogotá D.C., Jul 2008.
27. Muñoz A. La Reforma Constitucional de 1936 y el Camino Hacia la Construcción de la Seguridad Social. - Bogotá (Colombia) N° 120: 101-124, Feb. de 2010.
28. DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas y Viviendas Inadecuados. Bogotá, Jun 2011.
29. Baena M, Cárdenas J. Fallas de Pertinencia en Remisiones en la Atención Médica. Facultad de Medicina Universidad CES de Medellín, 2008.
30. Revista Semana - 24 enero 2013- ¿Se acabará el año rural en Colombia? – Disponible: <http://www.semana.com/nacion/articulo/se-acabara-ano-rural-colombia/330479-3>
31. El Espectador – Roberto Esguerra Gutiérrez - “El año rural se debe acabar” Publicación: 24 Feb 2013 – Disponible: <http://www.elespectador.com/opinion/el-ano-rural-se-debe-acabar-columna-406668>
32. Instituto Nacional de Ciencias Médica – “Carta de los Derechos Generales de los Médicos” Colegio Médico de México, A.C. – Declaración de Manzanillo - Ley General de Salud - Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica NOM-168SSA1-1998.