

Unidad 11 - Medicina contemporánea. Los sistemas de salud desde una perspectiva socio-política

UNIVERSIDAD GRIGORI T. POPA OF MEDICINE AND PHARMACY (RO)

1. Información para los profesores

1.1 Descripción del Tema

Se ha diseñado un enfoque doble para describir la medicina contemporánea en Rumanía, desde el período precomunista hasta el poscomunista. El desarrollo actual del sistema sanitario médico rumano contemporáneo se ha tenido en cuenta en términos de su historia. En esta unidad, los autores han empleado una combinación de objetos de aprendizaje destinados a presentar el tema a los alumnos. Fieles al enfoque de la estrategia de objetos de aprendizaje, se han elegido objetos (informes oficiales, artículos de periódicos, artículos de investigación, videos, entrevistas) para ayudar a los estudiantes a desarrollar su comprensión de la práctica clínica.

Además, las cuestiones relacionadas con la ética médica se vuelven más conscientes del papel relevante que desempeñan las ciencias sociales médicas en la formación de un médico. Además, al comparar el ejemplo del sistema de salud rumano con sus propios sistemas, los estudiantes tienen la oportunidad de practicar sus habilidades de comunicación discutiendo en clase temas relacionados con la medicina contemporánea. El sistema de salud rumano es un ejemplo de cómo el legado del comunismo ha impactado la evolución del sistema de salud en el período poscomunista en toda Europa.

El primer objeto de aprendizaje es una lectura adaptada a los objetivos de aprendizaje de esta unidad a partir de artículos y entrevistas publicados en revistas médicas y se divide en dos subtemas principales: la historia del sistema sanitario rumano y el estado actual de la sanidad rumana. Estos temas se destacan aún más por un interludio yuxtapuesto sobre la historia muy reciente de la pandemia Covid-19.

El primer subtema describe la evolución de la medicina en los principados rumanos describiendo el carácter rudimentario del campo como la asistencia médica principalmente frente a las epidemias de la época. En este sentido, los alumnos reciben información sobre la región y el nivel de estas epidemias. A continuación, se discute la práctica médica en términos de precariedad de la asistencia sanitaria social en Rumanía antes del período comunista.

La unidad continúa destacando la mejora gradual de la situación sanitaria en el país y también la alineación de Rumania con los estándares de la práctica médica de Europa occidental y oriental. Específicamente, es importante que los estudiantes tengan en cuenta que varios médicos habían sido enviados al extranjero para adquirir experiencia médica y adquirir conocimientos prácticos en la práctica clínica de la época. Como se refleja en la unidad, los estudiantes también deben tener en cuenta que el régimen comunista en Rumania trajo cambios (ideológicos) que se hicieron notables en la práctica clínica, bioética, ciencias médicas, ciencias médicas sociales, comunicación afectada y restringida entre médico y paciente, médico y otros organismos oficiales. Esto se debe a que los médicos temían al sistema represivo que amenazaba su práctica y cambiaba el sistema de valores al que estaban acostumbrados. Los estudiantes descubrirán que la apertura hacia el mundo occidental característica en la época de la Segunda Guerra Mundial fue reemplazada por el modelo soviético (idioma ruso y especialistas incluidos), que dictaba en aspectos médicos especialmente a nivel de materias propensas a la interpretación (biología, genética).



Otro tema intrincado durante los años comunistas, como lo ilustra la unidad y, para el cual todavía se necesitan soluciones eficientes hasta el día de hoy, es la selección del personal médico en el cuidado de la salud. La selección basada en el profesionalismo fue reemplazada por el nepotismo, los criterios políticos, el origen social, de ahí el ascenso al poder médico del personal capacitado de manera ineficiente. Personalidades de renombre (como el Dr. Emil Gherman) fueron perseguidas y destituidas de los puestos que ocupaban con razón, mientras que otras fueron castigadas porque no se adhirieron a la ideología dominante o carecían de afiliación política "correcta".

Posterior a esta incursión cronológica en los aspectos político-históricos que ayudaron a dar forma al sistema de salud de Rumania, el fragmento sobre la visión rumana de la pandemia Covid-19 es oportuno porque no solo refleja el posicionamiento del país dentro de un contexto internacional similar, sino que también lo conecta. a su pasado anticipando, al mismo tiempo, el estado actual de su sistema de salud.

El segundo subtema de la unidad está representado por la asistencia sanitaria en Rumanía en la actualidad, tras la caída del régimen totalitario en 1989. Así, el objetivo de aprendizaje apunta a proponer soluciones integradoras para hacer frente a los graves problemas de salud de la población rumana. Esto requiere la acción proactiva de los estudiantes de medicina y la identificación de medidas de prevención y el diseño de soluciones para el tratamiento de enfermedades crónicas ampliamente diseminadas (por ejemplo, cáncer) y para evitar factores de riesgo. Entre otros temas delicados, está el tema de los servicios de salud restringidos dirigidos a los pobres que viven en las zonas rurales y especialmente a los que padecen enfermedades crónicas y el hecho de que buscan menos ayuda médica que la población más rica o educada. Además, los millones de personas que no pagan cotizaciones a la seguridad social por diversas razones representan un área de preocupación. Otras deficiencias del sistema de salud rumano incluyen las fuentes de financiación, que es más grave que la de otros países de la UE.

En el marco del enfoque de estrategia de objetos de aprendizaje en la Unidad, los estudiantes tienen la oportunidad de reflexionar sobre las fuentes de estos problemas, las debilidades de las instituciones incluidas y los pasos necesarios para su adecuada solución. Otro tema de política presentado como punto de partida para la discusión es el cierre de hospitales que condujo a situaciones absurdas (evacuación de pacientes en tratamiento, traslado de equipos a nuevas ubicaciones acompañado de la negativa de los médicos a abandonar la antigua ubicación) y protestas callejeras. Esto se sitúa en el contexto de la necesidad de reorganización de los hospitales y el controvertido tema de que los médicos prescriben demasiadas recetas a pacientes sin el control de los organismos reguladores.

Otros desafíos del sistema de salud rumano contemporáneo tratan el tema de la necesidad de estrategias de prevención para reducir las malas condiciones de salud de la población (una consecuencia importante de la cual representa el gran número de casos de obesidad, cáncer, diabetes, abuso de drogas o alcohol).) a nivel nacional y local. Además, la fuga de cerebros médicos como consecuencia de la movilidad profesional afecta drásticamente la implementación de la asistencia sanitaria. Esto también significa la reubicación de médicos de las zonas rurales a las urbanas, lo que deja a las zonas rurales desatendidas.

Por último, pero no menos importante, la unidad invita a la reflexión sobre problemas genéricos de los sistemas de salud pública europeos, en general y de Rumanía, en particular, en los que temas como la falta de financiación, a pesar de los elevados costes o la excesiva burocracia, no responden a las necesidades de la población. y contribuir a la disminución de la confianza en los sistemas de salud.

El segundo objeto de aprendizaje utilizado en esta unidad es un escenario de caso que incluye dos entrevistas, una con el dr. Vasile Ciurchea, presidente de la Casa de Seguros de Salud de Rumanía y el otro con el Prof. Dr. Corin Badiu, Catedrático de Endocrinología de la Universidad de Medicina y Farmacia Carol



Davila, Bucarest. Están respaldados por una tercera entrevista de YouTube con el dr. Eugen Tarcoveanu, cirujano y profesor universitario, exjefe de la clínica quirúrgica y director del Hospital St. Spiridon en Iasi dirigido por el dr. Richard Constantinescu, autor e iatro-istoiógrafo, jefe de la disciplina Historia de la Medicina y Curador del Museo de la Universidad de Medicina y Farmacia Grigore T. Popa de Iasi. Esta última entrevista es parte de una serie sobre Medicina rumana antes y después del comunismo iniciada y coordinada por el dr. Richard Constantinescu y que se incluye entre los resultados del proyecto europeo Erasmus plus llamado Alcmaeon, Número de proyecto: 2018-1-ES01-KA203-050606.

La primera entrevista se centra en las formas de aumentar la eficiencia de la Casa Nacional del Seguro de Salud mediante la gestión de desvíos internos para prevenir el fraude y la corrupción, tratando con el margen de maniobra que a menudo se invoca en el funcionamiento del sistema operado por NHIH y diversas disfunciones internas. También sugiere que es necesario revisar la forma de comunicación (con la prensa o los socios). Invita a los estudiantes a investigar sobre la estrategia de NHIH para tratar con pacientes crónicos.

La segunda entrevista describe los desafíos de los programas de residencia rumanos y propone soluciones para ellos: la inclusión de especialidades altamente tradicionales en el programa de residencia de medicina interna, la reducción del tiempo de formación para los médicos residentes y el impacto de diversas distorsiones en la calidad de la educación médica con ejemplos concretos (una residente de cirugía general que no había presenciado una intervención de cáncer de mama en 6 años). Ejemplos de soluciones, también adoptadas por países occidentales de la UE (como Alemania), incluyen una formación más regulada del personal residente por parte de formadores especializados.

Finalmente, la última entrevista concedida por el dr. Eugen Tarcoveanu se incluye como un nuevo objeto de aprendizaje que apoya los temas en discusión. Tiene el formato de un video disponible en YouTube y fue elegido porque el profesor, quien había sido una figura de renombre en el campo desde los años comunistas, habla del período de transición del comunismo a los nuevos desarrollos, en su calidad de testimonio y actor. Su celebridad médica perdura hasta el día de hoy y señala los aspectos positivos de la medicina y la cirugía rumanas después de la Segunda Guerra Mundial, que considera una prueba de su linaje europeo y su dependencia de las nuevas tecnologías.

La profesionalidad del personal médico (como el doctor Buțureanu) debe mucho a los contactos internacionales y los trabajos publicados internacionalmente: a pesar de los daños causados a los médicos, el comunismo también contribuyó al aumento del sentido clínico de los médicos durante el régimen totalitario y el hecho que durante esta era el sistema de salud médica dependía muy poco de las importaciones (de dispositivos, productos farmacéuticos, etc.) aumentó la capacidad de los médicos para ejercer bien la profesión médica basada en la experiencia y el aprendizaje de los libros.

1.2 Objetivos de Aprendizaje

Los objetivos de aprendizaje de esta unidad se centran en la descripción de lo que el alumno debe poder hacer al completar esta actividad educativa. Los objetivos de aprendizaje describen el conocimiento, las habilidades y / o la actitud que los alumnos obtienen de esta actividad educativa y también especifican la forma mensurable en la que se pueden medir el desempeño y el cambio. Dado que muchos de los objetivos de aprendizaje de los cursos de medicina disponibles en Internet se basan en la taxonomía de Benjamin Bloom (1956), los autores de la unidad encuentran muy útil escribir los objetivos de aprendizaje específicos de esta unidad para los aspectos cognitivo (saber), psicomotor (hacer: habilidad), y dominios afectivos (actitudes), para confiar en tal modelo. Gran parte de los planes de estudio de las escuelas de medicina modernas mencionados se centran principalmente en el dominio cognitivo, que Bloom categorizó en 6



niveles, comenzando desde el simple recuerdo o reconocimiento de hechos (conocimiento), pasando por niveles mentales cada vez más complejos y abstractos, hasta el nivel más alto (evaluación).

Para hacer más efectivos los objetivos de aprendizaje se incluyen los siguientes 5 elementos: quién, hará, cuánto o qué tan bien, de qué, para cuándo. El SMART mnemónico (específico, medible, alcanzable, relevante y de duración determinada) se utiliza para describir los elementos de cada objetivo de aprendizaje. Aquí hay algunos ejemplos de verbos de acción que representan cada uno de los seis niveles cognitivos, de menor a mayor, que consideramos usar:

- Conocimiento: definir, enumerar, nombrar, ordenar, reconocer, recordar, etiquetar
- Comprensión: clasificar, describir, discutir, explicar, identificar, localizar, informar, revisar
- Aplicación: aplicar, elegir, demostrar, ilustrar, practicar, resolver, utilizar
- Análisis: analizar, evaluar, calcular, comparar / contrastar, diferenciar, diagramar
- Síntesis: organizar, ensamblar, construir, diseñar, formular, preparar, escribir
- Evaluación: evaluar, discutir, juzgar, predecir, calificar, evaluar, puntuar, elegir

Un ejemplo de un posible objetivo SMART genérico para esta unidad es: “Al completar esta unidad, los participantes deberían poder comentar sobre la forma en que el sistema médico rumano se ha desarrollado y cambiado desde el período precomunista a través del comunismo hasta el período de transición posterior 1989”.

Subobjetivos de Aprendizaje

Para hacer esto, los participantes deben poder:

- a) Reconocer y enumerar al menos 5 dificultades y desafíos autoelegidos identificados en el estudio de caso, la unidad y el testimonio filmado;
- b) Describir e informar sobre las soluciones a estas dificultades con base tanto en los recursos proporcionados como en la práctica médica personal o la investigación personal;
- c) Analizar su contexto de trabajo y elegir un desafío principal y proponerle una solución;
- d) Evaluar la situación actual del sistema de salud rumano reflejada en su propia institución médica y formular un breve diagrama crítico de las principales dificultades identificadas;
- e) Predecir las posibles soluciones para los próximos 5 años en relación con los problemas mencionados en el punto d).

Como se detalla en la literatura específica (Kirkpatrick, 1998; Barr et al., 2000 para el campo de la medicina) otros objetivos genéricos de aprendizaje de esta unidad son:

- a) Fomentar la participación y motivación de los estudiantes para aprender;
- b) Contribuir a cambiar las actitudes de los participantes o las percepciones de los prejuicios que operan en el sistema de salud rumano (consulte el objeto de aprendizaje que se encuentra en el enlace de YouTube <https://youtu.be/yCMgzCeOFHg>);
- c) Contribuir al cambio de comportamiento de los alumnos para ayudarlos a transferir voluntariamente lo que han aprendido al lugar de trabajo (médico); estimular la actitud proactiva de los participantes para encontrar soluciones prácticas para las necesidades ilustradas en la unidad / escenario de caso / enlace de YouTube o identificadas por los participantes en la vida real en una institución médica;
- d) Diferenciar entre nuevos conceptos según los cuales los estándares de calidad de un sistema de salud son estructuras que incluyen procedimientos y principios;

- e) Ejercitar y practicar habilidades sociales, pensamiento cognitivo y habilidades de resolución de problemas como habilidades importantes para un médico a través de la unidad / escenario de caso / testimonio de YouTube;
- f) Estimular una actitud positiva para el cambio de la práctica organizativa de las instituciones de salud y señalar qué errores podrían evitarse (particularmente los propios del comunismo y los del período de transición posterior a la caída del comunismo en 1989);
- g) Identificar modelos positivos, la buena práctica médica de los predecesores para beneficiar finalmente a los pacientes y su bienestar (movilidad en el extranjero, desarrollo profesional continuo, etc.) e identificar los escollos de las prácticas ilegales (sobornos, prescripción excesiva de medicamentos, etc.)

2. Información para los estudiantes

2.1 Caso práctico



Escenario 1: Incrementar la eficiencia de la Casa Nacional del Seguro de Salud (Adaptado de una entrevista con el Dr. Vasile Ciurchea, presidente de la Casa Nacional del Seguro de Salud)

¿Cómo gestiona el deslizamiento interno para prevenir el fraude y la corrupción?

Cuando detectamos una irregularidad, investigamos a la Casa Nacional del Seguro de Salud (NHIH) dentro de los límites de la legislación. Ofrecemos nuestro apoyo a los órganos de investigación siempre que lo soliciten y les proporcionamos la información y los documentos necesarios. Tras las acciones de control llevadas a cabo en mayo de 2008 en 77 hospitales, se impusieron sanciones de aproximadamente 7 millones de LEI por las irregularidades encontradas. Acojo con satisfacción la iniciativa del Ministro de Salud de reorientar las sanciones del próximo año al grupo directivo. Tenemos la intención de aumentar el papel de los administradores de hospitales para hacerlos responsables tanto de las cosas buenas como de las malas.

2009 y 2014: dos años en los que la gestión de NHIH ha cambiado. ¿Qué traerá consigo lo que ha cambiado el ex presidente de la Cámara?

No podemos progresar si nos alejamos de los cambios anteriores y seguimos haciéndolo todo de nuevo con cada cambio de los responsables de la toma de decisiones. Cuando asumimos el cargo, encontramos en la institución el mismo equipo con el que trabajamos en el período anterior. Los más jóvenes entendieron que debían responsabilizarse de sus acciones en el sistema y coordinarse con otras oficinas para la realización de planes más amplios. Como director, creo que es muy importante ser responsable de todos los hombres de la estructura que coordino. El sistema de salud debe funcionar en su totalidad y no fragmentado.

A menudo se invoca un margen de maniobra en el funcionamiento del sistema administrado por NHIH. Hay disfunciones inherentes. ¿Cree que es necesario revisar la forma en que su organización se comunica con la prensa o con terceros?

Estamos tratando de simplificar y hacer que la burocracia existente sea menos agresiva. NHIH es una institución bastante técnica, por lo que los responsables de la formulación de políticas y los profesionales de la salud tienen varias insatisfacciones con la forma en que nos comunicamos. También hay pocos funcionarios públicos en el NHIH para responder a todas las consultas.

Analizamos todas las quejas y sugerencias que nos hacen los involucrados en el sistema, escuchamos las opiniones de pacientes, médicos, gerentes hospitalarios y profesionales de la salud y corregimos lo necesario bajo los "Contratos Marco" para asegurar un fundamento legal que permita al sistema para funcionar de la manera más eficiente posible. ¿Qué puede hacer NHIH por los pacientes crónicos?

Estas son las posibilidades que ofrece el sistema médico rumano a los pacientes de recibir fármacos y tratamientos comparables a los de los países europeos avanzados. Creo que no se trata solo de financiación, sino también de la relación médico-paciente y de la confianza en el tratamiento prescrito; incluso si este último no concierne a la última generación, puede tener efectos positivos similares. La conciencia de la población y el desarrollo tecnológico han llevado a la detección temprana de muchos cánceres. Los diagnósticos más rápidos no siempre están en consonancia con los recursos financieros de NHIH, lo que lleva a listas de espera más largas. La única parte positiva de estas listas es que identifican las necesidades de financiación. Para algunas enfermedades oncológicas, se han creado nuevos subprogramas, para los cuales se han asignado fondos específicos, para que los servicios prestados puedan ser monitoreados con mayor claridad. No hemos aprobado el tratamiento para todos los pacientes que han presentado los documentos necesarios a las casas de seguros. Para un expediente aprobado, se debe proporcionar financiación hasta el final del tratamiento. Mensualmente, el NHIH aprueba aproximadamente 500 nuevos casos de pacientes con enfermedades cancerosas que requieren moléculas caras. Estos nuevos expedientes se suman al tratamiento de seguimiento. En los últimos 6 años, el número total de pacientes con cáncer que han tenido acceso a tratamientos, terapias estándar o moléculas costosas ha aumentado en una media de 3.000 pacientes por año, de 90 474 pacientes en 2008 a 108.000 pacientes en 2014. La hepatitis es otro problema que nos preocupa. En 2014, el valor estimado de los tratamientos contra la hepatitis fue de 470.000 RON para aproximadamente 40.000 pacientes en comparación con el año anterior, cuando se trataron aproximadamente 32.000 pacientes y se asignaron 387 millones de RON.

Los objetivos prioritarios que he propuesto son aumentar la eficiencia en la gestión de los fondos públicos del seguro de salud, reducir el despilfarro y el mal uso del dinero público en el sistema de salud. El NHIH debe estar muy atento al determinar cómo los profesionales de la salud pública y privada cumplen con sus obligaciones para con los asegurados, quienes principalmente deben cumplir con sus obligaciones contractuales con el NHIC. La mejora del sistema de salud en Rumanía debe ser un objetivo en el que participen todos los actores del sistema.



Escenario 2: programas de especialización rumanos: desafíos y soluciones (Adaptado de una entrevista con el Prof. Corin Badiu, Catedrático de Endocrinología de la Universidad de Medicina y Farmacia Carol Davila, Bucarest)

¿Cuál es el estado actual de la educación de los graduados de la escuela de medicina en Rumania?

Es un problema en casi todo el sistema educativo de posgrado. En 2006 se emitió una orden de asimilación que recomendaba la desaparición de muchas especializaciones y la inclusión de algunas en especializaciones más grandes. Las especialidades altamente tradicionales, como la oncología o la neurología pediátrica, se han incluido en la medicina interna y la neurología de adultos, respectivamente. Estas distorsiones afectaron a todos y dieron lugar a reglas concordantes, que no duraron mucho, de 2007 a 2009. Posteriormente, otro Ministro de Salud redujo el tiempo de formación en uno o dos años, considerando que los médicos pasaban demasiado tiempo en la escuela y necesitaban Hágase independiente más rápido.

¿Cuál ha sido el impacto de estas medidas en la calidad de la educación médica?

Rumanía necesita una estrategia para establecer el número de médicos necesarios para una determinada especialización por número de habitantes del país y gestionar la calidad de estos médicos. Últimamente, la educación de posgrado se ha deteriorado significativamente. Se redujeron las pasantías complementarias y la formación básica y solo se retuvo la formación especializada. Quizás esta decisión se tomó sabiendo que los participantes no consideraban importantes los módulos complementarios. La formación debe ser uniforme. Por ejemplo, en Alemania, hay actividades que el médico residente debe dominar. Habiendo elegido su especialidad, no es posible comenzar a aprender o experimentar que puedan amenazar la salud de pacientes reales. ¡Esto se aprende durante la especialización! Si no han estado involucrados, por ejemplo, en operaciones durante su entrenamiento, no se les permite realizar cirugías mayores en sus hospitales posteriormente. Si un cirujano general tiene que realizar, por ejemplo, una cirugía de Hartmann para el cáncer de sigmoide, después del tiempo que haya obtenido su diploma, se da a entender que el cirujano sabe cómo aplicar correctamente el procedimiento. Si un alumno nunca ha sido el cirujano principal en una operación de este tipo, no puede realizarla correctamente.

¿Tiene un ejemplo concreto?

Cuando estaba en el CNPDS, un día estuve en la comisión que otorga los títulos de médico especialista en una de las comisiones quirúrgicas. Un candidato recibió un caso de cáncer de mama. Presentó el caso e insistió en el impacto psicológico de la enfermedad en el paciente. El presidente de la junta examinadora preguntó: "¿Cómo se hace?". Cuando se le preguntó sobre cosas elementales, la candidata dio una respuesta que sorprendió a todos: "Lamento admitirlo pero durante 6 años de universidad y 6 años de especialización en cirugía general, ¡no he visto ningún tipo de cáncer de mama!". Comisión ha optado por otorgarle el título de especialista. "En cirugía general, la mayoría de los residentes no ven muchos casos. No se les permite realizar muchas actividades clínicas. Esto no significa necesariamente que no trabajen, pero lo que hacen es principalmente trabajo de oficina, no trabajo clínico. "

¿Qué soluciones tiene para una formación seria de los aprendices?

Educación responsable. Es un error asumir que el alumno no tiene ninguna responsabilidad. Su responsabilidad es progresiva, pero también según los casos que ha visto y participado en el proceso



terapéutico. No hace mucho, propuse un cuestionario en el que se pide a los alumnos que hagan su propia lista de casos que hayan visto. Desafortunadamente, esto siguió siendo solo una teoría porque era demasiado complicado para ponerlo en práctica. De hecho, era una lista, que reflejaba el nivel de participación del aprendiz: desde el nivel 0 (era un observador de casos), hasta el nivel 5 (donde tenía la capacidad de coordinar a un aprendiz novato). Considerando todos los protocolos, observamos la progresión, de 0 a 5. Si miramos la lista y encontramos que la aprendiz no vio ningún cáncer de mama al final del entrenamiento, significa que fue culpa de nuestro sistema. No es una enfermedad rara; es una enfermedad neoplásica común. El coordinador debe asegurarse de que el alumno, al final de la formación, ha adquirido todo lo que se le ha sugerido. Este es el control de calidad final. En las últimas convocatorias de exámenes nos hemos negado sistemáticamente a otorgar el título de especialista en casos como el presentado anteriormente porque debe haber un estándar mínimo que debemos observar.

