



EDITORIAL

Infraestructura, recurso humano, ambos o racionalidad en el desarrollo del sector salud colombiano

Infrastructure, human resources, both, or rationality in the development of the Colombian health sector

Juan Manuel Herrera Arbeláez

Ortopedista y traumatólogo. Director editor, Revista Colombiana de Ortopedia y Traumatología

Recientemente, con la discusión de la Ley Ordinaria en Salud en el Congreso de la República de Colombia, los colombianos, seamos médicos o pacientes, hemos sido bombardeados por una lluvia de información sobre la carente disponibilidad de médicos especialistas en el país; las sociedades científicas han sido responsabilizadas de impedir la formación de médicos especialistas, y las universidades han sido señaladas como el cuello de botella para mejorar la disponibilidad de servicios médicos especializados en el país.

Mi infancia estuvo marcada por una serie de cambios domiciliarios en diferentes países a expensas de la actividad laboral de mi padre, y cuando decidí estudiar medicina a finales de la década de los ochenta, jamás tuve la más mínima duda acerca de dónde hacerlo: en Colombia. Las razones caían por su propio peso. En primer lugar, el nivel académico de los médicos colombianos era ampliamente reconocido en otros países; la experiencia y competencia en habilidades manuales de los médicos colombianos sobrepasaba ampliamente la de médicos formados en otros países, y la educación basada en el aprendizaje de conceptos y no solo de procedimientos fortalecía el perfil educacional del país en el área de la salud. Por lo tanto, es absolutamente indispensable preguntarnos en qué momento los médicos colombianos perdimos nuestra capacidad para atender a nuestra propia población, llegando a semejante situación,

que tuvimos que volcarnos como gremio en las calles para reclamar por nuestra realidad presente. Y todo esto, en tan solo 25 años.

Los factores básicos determinantes de la disponibilidad de un servicio médico especializado son 5:

1. La carga de enfermedad de una población.
2. La disponibilidad de infraestructura física para que se preste el servicio especializado.
3. La capacidad resolutive del médico (competencias).
4. La disponibilidad de talento humano para prestar el servicio.
5. La disponibilidad de recursos económicos para pagar las anteriores.

La carga de enfermedad de una población es lo que se conoce en salud pública como la prevalencia y la incidencia ponderadas de las distintas enfermedades en una población determinada. Se dice entonces que una población tiene una carga mayor de enfermedad cuando en comparación con otras poblaciones tiene una prevalencia y una incidencia mayores para determinada enfermedad o grupo de enfermedades. Este es un valor discriminado, que sirve de línea de base para la toma de decisiones con respecto a los demás factores involucrados en la disponibilidad de un

Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmherreraarbelaez@gmail.com

servicio médico. Por ejemplo, si en una población dada hay una prevalencia y una incidencia mayores de una enfermedad ginecológica, se deberán realizar los ajustes necesarios para prevenirla, en primer lugar, y si no es previsible, se deberá entonces asegurar la disponibilidad de servicios médicos generales o especializados para atender la demanda del servicio por parte de la población. Hasta ahora, en la discusión pública generada, esto no se ha tenido en cuenta. No existe una línea de base que permita tomar decisiones inteligentes como, por ejemplo, en dónde debería haber 5, 10 o 15 ortopedistas. La metodología para definir esto está ampliamente normalizada (estandarizada); y, mientras en Colombia no existan estudios acerca de este tópico, poco o nada se puede concluir al respecto, y mucho menos se deberían realizar afirmaciones temerarias, y peor aún en el escenario del Honorable Congreso de la República. Tanto las universidades como las sociedades científicas, los gremios y los políticos deberían exigir esta línea de base para iniciar la discusión sobre qué hacer con el sistema de salud colombiano. La recolección de la información la realizamos todos los médicos a diario en el registro individual de prestación de servicios de salud. No hay excusa para que el ministerio no utilice la información que le llega mes a mes, puesto que sin registro (financiado además por los prestadores) no se remunerar los servicios médicos.

En cuanto a la disponibilidad de la infraestructura física requerida para la prestación de servicios médicos especializados, hay que ser claros en que a diciembre de 2012, Colombia ocupa el puesto n.º 145 entre 182 países en la disponibilidad de camas por 1.000 habitantes/año. Si se entiende que el puesto de trabajo de un médico especializado es la cama hospitalaria, salvo algunas pocas excepciones, hay que entender que mientras no se aumente la disponibilidad de puestos de trabajo, poco o ningún sentido tiene aumentar la disponibilidad de médicos especializados. Mientras que Japón tiene definido que su requerimiento de camas por 10.000 habitantes/año debe ser de 14 para que su sistema de salud sea eficiente, en Colombia disponemos de 1 cama por 1.000 habitantes/año, y nuevamente no hay una línea de base acerca de cuántas camas por 1000 habitantes/año necesitamos para que nuestro sistema de salud sea eficiente.

Una vez que se tiene la disponibilidad de camas hospitalarias, se debe tener un personal médico idóneo atendiendo en esas mismas camas hospitalarias. Idóneo no significa que el médico tenga un título universitario; significa que al tiempo con la consecución de ese título universitario, el profesional debió haber desarrollado una serie de competencias que le permitirán curar o aliviar oportunamente a su paciente. Para que esto sea cierto, debe haber desarrollado estas competencias mediante entrenamiento y estudio, a lo cual se le conoce como curva de aprendizaje, y que tiene una metodología ampliamente conocida para su determinación. Sin un desarrollo sostenible de infraestructura hospitalaria, no se puede pensar en aumentar el número de médicos especialistas.

Hace 15 años, cuando yo inicié mi residencia, en uno de los hospitales públicos de Bogotá se realizaban de promedio 10 procedimientos diarios de ortopedia y traumatología, en 1,5 salas de cirugía disponibles para ortopedia al día, y yo asistía cada 4 días a esos 10 procedimientos como primer ayudante, porque éramos 4 residentes en dicho hospital.

Hoy, se realizan los mismos 10 procedimientos en las mismas 1,5 salas de cirugía disponibles para ortopedia al día, pero la periodicidad de entrenamiento del residente es menor porque hay el doble de residentes. En últimas, la curva de aprendizaje está siendo menor hoy. Existirían entonces 2 escenarios hipotéticos: hace 15 años yo recibí un sobreentrenamiento u hoy se está recibiendo un subentrenamiento. No me corresponde decirlo, pero nuevamente no hay una línea de base para poder realizar de manera inteligente discusiones e igualmente tomar decisiones sobre cómo educar médicos especialistas con alta capacidad resolutoria (ni tanto que queme al santo, ni tan poco que no lo alumbré).

Una vez que un Estado tiene definida la carga de enfermedad de la población, ha desarrollado la infraestructura hospitalaria y ha formado adecuadamente su talento humano especializado en salud, dicho talento humano debe estar a disposición de una comunidad que lo requiera, para que esta pueda hacer uso del servicio médico especializado. En este punto, hay que aclarar que la oportunidad y la usabilidad no son lo mismo. Durante los últimos 15 años, ha sido una costumbre de las instituciones prestadoras del servicio médico “ajustar” el indicador de oportunidad para tratar de mantenerse con ocupaciones del 100% con el fin de ser rentables. Por ejemplo, definen un día específico del mes para entregar fichas correspondientes al número de consultas que tienen disponibles para el siguiente mes. El 100% de los pacientes que recibieron la ficha tendrán oportunidad de ser atendidos en los siguientes 30 días. Sin embargo, todos los pacientes que no recibieron la ficha (100% no serán atendidos en los siguientes 30 días y tampoco registrados como sin oportunidad, es decir, no tienen usabilidad del servicio y nadie en Colombia sabe cuál es la cuantificación de estos pacientes, salvo por aquellos muy gravemente enfermos que utilizan la vía de la tutela para usar su servicio. De nuevo, no hay una línea de base para tomar decisiones al respecto.

Finalmente, en cualquier sistema de salud medianamente racional, la disponibilidad de recursos económicos para pagar las anteriores es igualmente vital. De manera inquietante, aparecen cifras exorbitantes deficitarias en el sistema, y como todo en la vida es susceptible de empeorar, las discrepancias entre las cifras (que son en billones de pesos) son aún más exorbitantes. No puede ser que yo no sepa si debo 2 o 14 pesos. Puede ser que me confunda entre deber 2,3 y 2,4 pesos, pero entre 2 y 14 hay una diferencia de 700%. Y para empeorar incluso más la situación, el fondo de reaseguramiento desapareció, y en cuanto a este “temita” tampoco hay una línea de base por donde arrancar la discusión.

Lo único claro después de 20 años de Ley 100 es que no hay línea de base con la cual discutir absolutamente nada. De lo cual se puede concluir que la primera especialización médica que se debe impulsar es la de salud pública, y en segundo lugar la de administración en salud. En todas las demás especializaciones, ha habido avances sustanciales a través de los últimos 20 años. Sin embargo, en estos 2 campos estamos en la misma situación que hace 20 años. No sabemos nada, e irresponsablemente nos lanzamos a discutir leyes sin elementos de juicio reproducibles que permitan alimentar las discusiones. Nos aplicaría entonces el dicho popular de “quien nada sabe, nada teme”.

La medicina es una profesión noble; los médicos en su inmensa mayoría buscan el bienestar de su comunidad, somos

en general buenas personas, dedicados al estudio y consagrados a la cura o alivio de nuestros pacientes. Sin embargo, nuestro entorno cambió, y del romanticismo médico de hace 25 años poco o nada queda. A veces, ni siquiera las cortesías por “colegaje”. Irremediablemente, los médicos hemos tenido que ir especializando nuestros perfiles generales en gremiales, políticos, educadores o investigadores, y hoy somos absolutamente interdependientes.

Como epílogo a la desafortunada “fábula del sistema de salud colombiano”, solo me resta decir que si no apren-

demos a manejar sin ego y con respeto estas interdependencias, y retomamos las riendas de nuestra profesión con acciones soportadas científicamente, en estudios de investigación econométricos sometidos a revisión por pares y con metodologías validadas, muy prontamente los educadores e investigadores tenderemos a desaparecer, y los desafortunados y sobrevivientes políticos y gremios no sabrán entonces nada, y por supuesto poco o nada temerán ante las inminentes amenazas externas que se ciernen sobre el comportamiento médico diario en Colombia.