




DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e994>

# ¿La anestesiología en Colombia ante una encrucijada? *Colombian anesthesiology at a crossroad?*

Pedro Ibarra <sup>a,b</sup> 

<sup>a</sup> Anestesiología, Clínica Reina Sofía. Bogotá, Colombia.

<sup>b</sup> Postgrado Anestesia y Medicina Perioperatoria, Unisanitas. Bogotá, Colombia.

**Correspondencia:** Av. calle 127 # 21-60, C218. Bogotá, Colombia.

**Email:** halogenado@gmail.com

## ¿Como citar este artículo?

Ibarra P. Colombian anesthesiology at a crossroad?. Colombian Journal of Anesthesiology. 2021;49:e994.

La asamblea de delegados de la S.C.A.R.E. celebrada el 31 de marzo 2021 fue reveladora: su leitmotiv fue el difícil clima laboral que viven los colegas en el país. Una asombrosa similitud con el de la primera asamblea a la que asistí como delegado, recién graduado, instado por el incansable doctor Jorge Osorio, en Pasto en 1990. Es muy llamativo que en el transcurrir de estos 31 años se repita la historia de épocas que presumíamos eran pretéritas.

¿En el intermezzo que ocurrió? La Ley 6 de 1991 —por la cual se reglamenta la especialidad de anestesiología—, y la Ley 100 de 1993. Ambas tuvieron un impacto enorme en el ejercicio de la especialidad. La primera, lograda por el gran esfuerzo de líderes de la especialidad que a través de su lobby en el Congreso lograron su aprobación; la primera que regulaba el ejercicio de especialidad médica alguna en el país, ¡todo un hito! Esta se complementó con su decreto reglamentario —que para efectos prácticos fueron las Normas Mínimas que la SCARE publicó en 1992 (1)— que el doctor Manuel Galindo propulsó para su implementación en el país y que pronto fueron adoptadas por el Gobierno en los decretos de habilitación. Esto transformó la especialidad en cuanto a elevar el nivel de quienes la ejercían, limitándolo únicamente a médicos especialistas, lo cual se implementó con gran celeridad al punto de que, apenas en 4 años, los no especialistas desaparecieron del panorama laboral. Esto, sumado a la mejora en equipo de vigilancia, redundó en una caída de los procesos médico-legales relacionados con la especialidad, lo que es un indicador indirecto de la mejora de la calidad del ejercicio en el país (2).

La Ley 100 fue trascendental en cuanto a revolucionar la cobertura nacional de salud, lo que aumentó considerablemente los recursos del sector y generó un significativo aumento de la demanda de servicios quirúrgicos que antes eran prohibitivos para muchos colombianos. Esto, naturalmente aumentó la demanda de anestesiólogos que, además, nos beneficiamos de un sistema en el que

todos los ciudadanos tienen un “pagador”, y los servicios mal llamados de “caridad” —así como aquellos dramas humanos donde se hacían rifas, bazares y colectas para poder practicarse una intervención— desaparecieron. Simultáneamente, ocurrió un debilitamiento de la figura del cirujano “capitán de barco”, pues el nuevo “dueño” del paciente son las EPS o equivalentes.

La combinación de estas circunstancias, resultado de las leyes 6 y 100, llevó a lo que considero una época de gran florecimiento de la especialidad: con la creación de FEPASDE y la revolución en la actividad académica de S.C.A.R.E., posgrados y departamentos de anestesiología promovieron la especialidad de modo que muchos de los mejores médicos graduandos aspiraron a ser anestesiólogos, lo que a su vez ha ayudado a que la especialidad prospere.

Sin embargo, como víctima de nuestro propio éxito, el prestigio de la especialidad llevó a una gran demanda de cupos de formación, y los médicos que no podían entrar a los programas nacionales empezaron a salir a otros países y al graduarse regresaron a incorporarse al mercado laboral. Esto ha llevado a una situación de crisis en la especialidad, pues el ingreso al mercado laboral de casi el doble de los anestesiólogos formados en el país (los convalidados del exterior casi igualan el número de los nacionales) ha causado que en apenas 7 años se haya aumentado cerca de 46 % de la fuerza laboral (ya restado un 6% de retiros del mercado), llegando ya a cifras superiores a los 4000 anestesiólogos en el país.

Ante un incremento del 46 % de la oferta laboral, la única forma de mantener el statu quo podría ser con un aumento de la demanda de servicios; sin embargo, como la demanda de cirugías indispensables en Colombia está casi totalmente satisfecha (3), el incremento se debería generar para satisfacer servicios no esenciales, propios de las economías más boyantes, por ejemplo, sedaciones para procedimientos que habitualmente no se hacen, más intervenciones estéticas, actividades nuevas como medicina perio-

peratoria, etc. Sin embargo, el crecimiento del PIB fue muy inferior a lo que se requeriría en los últimos 7 años, 17 % generando un hiato de casi 30 %. Inevitablemente, hay una oferta en exceso de la demanda de servicios actual. La situación puede empeorar al considerar el probable impacto económico de la pandemia durante el 2020 que redundará en un hiato aún mayor.

La realidad es que en nuestro sistema económico la única consecuencia de una oferta de servicios cada vez mayor, sin un incremento paralelo de la demanda, es la caída del precio del servicio. Esto genera una gran presión en el mercado laboral, en el que los anestesiólogos, con remuneración cada vez más baja, buscan trabajar donde puedan, con más horas. Al observarse una tendencia al incremento de casos de procesos médico-legales\* se puede inferir, con este monitor grosero del “bienestar” de la especialidad, que empezamos a tener síntomas de debilitamiento como grupo profesional.

Si se hace un análisis absoluto con esa cifra de anestesiólogos, 8/100.000, teóricamente podrían necesitarse más (4); sin embargo, todos los países con cifras superiores tienen ingresos per cápita significativamente superiores a los de Colombia, luego, sus economías pueden “sufragar” más atención médica no fundamental. En Colombia, la cirugía fundamental aparentemente está satisfecha, según los índices de la Lancet Commission (5), pues se han logrado tasas de cirugías esenciales adecuadas en el país.

## ¿QUE HACER FRENTE A ESTA REALIDAD APLASTANTE?

Como cualquier iniciativa de mercado, y como lo manifesté como delegado neófito en 1990: un producto solo puede costar más, si es de mejor calidad o si es escaso. En el mercado tenemos que los dispositivos Apple cuestan significativamente más por su diseño e innovación de conveniencias, así presten los mismos servicios básicos que otras marcas; más calidad lleva a mayor costo. O el de la escasez, donde el precio del

petróleo, cuyas diferencias de calidad son marginales, se define por la relación oferta vs. el consumo. En verano, en Estados Unidos, hay mucho más uso de los vehículos, luego hay mayor demanda y mayor precio; o si encalla un barco en el canal de Suez, se restringe el suministro del petróleo y el precio aumenta transitoriamente.

Al ejercer una profesión, nuestro principal deber es para con la sociedad, luego la calidad de la atención debe ser lo primordial. Este es un problema mayor, pues la medición de la calidad del ejercicio anesthesiológico es incierta. Un ejemplo de la dificultad de evaluar la calidad del ejercicio se evidencia con un estudio reciente que un parámetro de “calidad” que a priori se esperaría fuera benéfico, mantener la presión media por encima de 65 mm Hg, algo simple de verificar, es dudoso que tenga impacto en la mayoría de los pacientes (6).

La calidad del ejercicio de la especialidad que se traduce en beneficios objetivos sobre los desenlaces, probablemente solo se pueda establecer en un esquema de trabajo en equipos multidisciplinarios donde es muy difícil establecer el impacto de un factor aislado. Aunque hay algunas mediciones simples que puedan ser útiles, como incidencia de náusea y vómito, hospitalizaciones o UCI no planeadas, bloqueos fallidos, cefalea pospunción, rotación/eficiencia de salas de cirugía, etc. Estas mediciones pueden servir para demostrar una atención de mejor calidad que se traduce en mayor confort para el paciente e incluso reducción de costos como las hospitalizaciones o admisiones a UCI no planeadas, o rendimiento de un quirófano con una atención ágil, que también es un parámetro de calidad.

El otro determinante, el número, es también un problema complejo. Primero debe considerarse la calidad de la formación de los colegas que entran al mercado laboral. ¿Cómo determinar que su formación es idónea? Varios programas de posgrado tienen debilidades grandes en su oferta de formación, en los que, por ejemplo, podrían tener mínima exposición a cirugía neonatal, cirugía de tórax, craneotomías, bloqueos periféricos, pacientes complejos, etc.

La dificultad que hay alrededor de este cuestionamiento es: ¿cuál es perfil del anestesiólogo para Colombia? ¿Necesita Sibundoy, Putumayo, un anestesiólogo que maneje ventilación selectiva o atresias esofágicas? ¿O puede uno que no tenga esas competencias trabajar en un hospital de tercer nivel en una ciudad grande? Si la respuesta a la primera es sí, y a la segunda no, ¿cómo discriminar la titulación para los dos sitios? Y se suscitaría un dilema, si se considera que los posgrados puedan formar anestesiólogos básicos y avanzados.

Ahora bien, si las respuestas son diferentes, que cualquier egresado pueda ejercer en cualquier cargo de un hospital sin casuística altamente especializada, como lo son la mayoría de nuestros hospitales, entonces los encargados de la formación tenemos la responsabilidad social de garantizar egresados que llenen ese perfil general para Colombia.

Ahí surge el siguiente problema: que los posgrados definan cuáles son las competencias mínimas que deben tener los egresados. Recientemente, a partir de una reunión de directores de posgrados de anestesiología, la S.C.A.R.E. publicó un documento describiendo las rotaciones que se consideran esenciales en el país (7). Sin embargo, esto es teórico; tener una rotación no garantiza que se logre lo planeado para ella, es decir, no garantiza su competencia en el área, dado que nuestros hospitales rara vez tienen números de casos de subespecialidades suficientes para que garanticen la exposición a los casos representativos. Así, muchos anestesiólogos graduados nunca administraron anestesia para un aneurisma cerebral o aórtico, o para un onfalocelo. El problema es que también es posible que haya un número no despreciable de quienes podrían no tener experiencia adecuada en analgesia obstétrica, clínica de dolor o sedaciones en paciente de resonancias u odontología, procedimientos muy comunes.

Por ello, es trascendental definir más que las rotaciones, las competencias mínimas específicas, que requieren documentación de casuísticas necesarias para el país.

\*Cómez LM. Incidencia de casos anestesiólogos FEPASDE (Comunicación personal), 2019.

Urge hacerlo cuanto antes, para poder establecer el perfil nacional.

Una vez establecido, el proceso de convalidación puede intervenir. Si los posgrados colombianos se ajustan a ese perfil, los graduados en el extranjero también podrán ser sometidos a ese mismo patrón. Una aproximación de este tipo puede ser una solución responsable para con la sociedad colombiana y la especialidad: garantizar que los graduados nacionales y convalidados internacionales proporcionen servicios con la mínima calidad aceptable para el país, nivel que podrá ser paulatinamente elevado. Esto se traduciría en que posiblemente algunos posgrados deban reestructurarse, reduciendo cupos o fusionándose con otros y, simultáneamente, restringir la posibilidad de convalidar médicos cuya formación sea inferior a la requerida en el país. Así se constituiría un escenario favorable para los conciudadanos, para los

anestesiólogos (mejora de la relación oferta-demanda) y para la especialidad (elevar el nivel académico del país).

## REFERENCIAS

1. Ibarra P, Parra G. Normas mínimas de seguridad en anestesiología. Bogotá: Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.); 1992.
2. Galindo M. Seguridad, riesgo y anestesia. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2000;28:107-15.
3. Holmer H, Bekele A, Hagander L, Harrison EM, Kamali P, Ng-Kamstra JS, Khan MA, Knowlton L, Leather AJM, Marks IH, Meara JG, Shrimpe MG, Smith M, Soreide K, Weiser TG, Davies J. Evaluating the collection, comparability and findings of six global surgery indicators. *Br J Surgery*. 2019;106:e138-e150. doi: <https://doi.org/10.1002/bjs.11061>
4. Kempthorne P, Morriss WW, Mellin-Olsen J, Gore-Booth J. The WFSA Global Anesthesia Workforce Survey. *Anesth Analg*. 2017;125:981-90. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002258>
5. Hanna JS, Herrera-Almarío GE, Pinilla-Roncancio M, Tulloch D, Valencia SA, Sabatino ME, et al. Use of the six core surgical indicators from the Lancet Commission on Global Surgery in Colombia: a situational analysis. *Lancet Glob Health*. 2020;8:e699-e710. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30090-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30090-5)
6. Kamenetsky E, Hogue CW. Is a mean arterial pressure less than 65 mm Hg an appropriate indicator of the quality of anesthesia care? *Anesth Analg*. 2021;132:942-5. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005281>
7. Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación. Documento marco del Plan de Estudios y Competencias para un Programa de Anestesiología en Colombia. Bogotá: S.C.A.R.E.; 2017. p. 45.