

## Editorial

### ¿Tiene el país los dermatólogos que debe tener?

De medirse el impacto de la ley de talento humano en salud (Ley 1164 del 2007) en el campo de la seguridad social en Colombia, tendríamos que admitir, como uno de sus efectos colaterales –espero de importancia–, el debate que produjo sobre la disponibilidad del recurso humano en salud.

Aborda, además, aspectos como el registro único, la certificación, la docencia de servicio y la ética del ejercicio, y reformula, sin claridad manifiesta, el concepto de hospital universitario, que se iba diluyendo en el marrasmo de conceptos que avalan la rentabilidad económica por encima de la rentabilidad social y la producción científica.

Frente a la perspectiva de la cobertura universal en salud, meta no cumplida por la Ley 100 después de estar vigente 16 años, el proceso progresivo hacia su cumplimiento ha incrementado la demanda de servicios y, en consecuencia, también la demanda del recurso humano.

Nos encontramos en el camino con un interrogante crucial: ¿hay déficit o superávit de especialistas? Existen los dermatólogos que el país y las regiones requieren o requerirán en el futuro mediato? Las proyecciones, si las hubiere, a mediano o largo plazo, ¿definen tendencias confiables?

El Ministerio de la Protección Social había contratado un estudio para el Proyecto de Apoyo a la Reforma en Salud (PARS) con la Unión Temporal (Family Health Foundation, Cendex y Fedesarrollo) que, en su tercera edición, publicada en el 2009 y desarrollada, esta vez, por Cendex y el ministerio mismo, evalúa la disponibilidad del recurso humano en salud. Se sustenta en la información del sistema hospitalario público y de la Dirección General de Calidad del Ministerio de la Protección Social, e información del sistema privado, suministrada por la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas. Para el mercado educativo, la información proviene del Sistema Nacional de Información para la Educación Superior (SNIES).

Las principales conclusiones, según nuestro interés, revelan un incremento del 56,8% de los egresados médicos, entre el 2000 y el 2011 (proyectado). La proporción de médicos por población corresponde a 1,5

médicos por 1.000 habitantes, cuando el rango de los países desarrollados oscila entre 4,4 y 12,5 médicos por 1.000 habitantes. En cuanto a especialistas de Medicina Interna, cambia de 1.106 en el 2000 a 2.011 –justamente proyectado al 2011–. Para las subespecialidades de Medicina Interna –o segundas especializaciones–, pasa de 911 (año 2000) a 1.578 (proyectado al 2011).

En las referencias descriptivas de las especialidades y las subespecialidades, no se menciona, por ninguna parte, la Dermatología, pero nos “autoclásificamos” por asimilación con Reumatología, Neurología y otras, en esta última categoría.

Se lamentan los autores de que, partiendo del 2006, las proyecciones al 2011 muestren un incremento menor del 30% de especialistas, exceptuando los pediatras, y concluyen que la demanda de recurso humano en salud, ajustada por tasa de crecimiento demográfico, tasa de crecimiento del PIB y tasa de crecimiento de la producción de servicios, será mayor, comparada con el menor tiempo requerido para lograr la cobertura universal. Es decir que la cantidad de profesionales médicos proyectada al 2011 es menor que la que necesita el sistema.

Los subespecialistas, y allí nos incluimos, presentan un aumento proyectado del 19%, entre 2007 y 2011.

La proyección y simulación de necesidades mínimas de nuevos subespecialistas de Medicina Interna, es: de 19%, como oferta de profesionales egresados al 2011; de 24%, con la variable de nivel de cobertura y sin modificación de la cobertura actual; de 38%, si hay cubrimiento universal en 10 años; y de 44,7%, si el cubrimiento universal se lograra en 5 años.

¿Qué significan estos cálculos y proyecciones? Que las subespecialidades de Medicina Interna no tendrían déficit proyectado al 2011, pero tendrían un déficit cercano al 5% sin cambios en el nivel de aseguramiento, si se adiciona esta variable, cercano al 19%, si el cubrimiento universal se lograra en 10 años, y del 25%, si se lograra en 5 años. Pero recordemos que el intervalo son 4 años; descompongámolo, entonces, en cuatro partes.

Si extrapolamos estos datos afines a Dermatología, de una manera empírica, sin conocer su participación en el universo de Medicina Interna, requeriríamos para el 2011, al menos, 28 dermatólogos más de los que es-

taríamos formando para entonces; en cuatro años, equivaldría a 7 dermatólogos más por año.

Hasta aquí, lo que el estudio permite transmitir. Sin embargo, debo alertar sobre las inconsistencias del mismo, porque hacer proyecciones y simulaciones para cuatro años refleja cifras significativas y el comportamiento por año se podría afectar, considerablemente, con las variables no contempladas, por ejemplo: migración al exterior y entradas de otros países, movimientos fronterizos; ingresos de especialistas nacionales formados afuera, convalidados o no; persistencia en el ejercicio de especialistas mayores de 60 años; las tutelas, cada vez más numerosas, incrementan la oportunidad de atención y disminuyen la presión de la demanda; el sistema se rige bajo criterios gerenciales y de optimización productiva, lo que disminuye la producción de servicios y la demanda de especialistas, y otros aspectos. Nada de esto se tuvo en cuenta.

Además, no se explica cómo se hicieron las proyecciones, ni qué variables fueron consideradas; solamente se hace referencia al ciclo de vida laboral.

La información del sistema privado es la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas, que es el ente representativo de las IPS, no se consultó a las Sociedades Científicas, que disponen de información más directa y precisa sobre los prestadores. Se desdeña, también, información sobre un sector no bien determinado y frecuentemente ignorado: los prestadores independientes.

En resumidas cuentas, el estudio merece la categoría de instrumento de discusión, mas no la de plataforma para el diseño de las políticas del recurso humano en salud; menos aun, si no explora el tema de la concentración de

los especialistas y subespecialistas en grandes ciudades, porque no existen incentivos para la distribución equitativa.

Por lo tanto, no debemos acoger, sin análisis, los llamados de los altavoces oficiales, ni activar la creación indiscriminada de programas de posgrado, a menos que se confirme una evidente necesidad regional o nacional, documentada, evaluada y discutida. Es más fácil ajustar el déficit controlable que "curar" el superávit. En ambos casos se garantizaría la cobertura, sólo que el segundo precipita salarios injustos, sistemas de contratación degradantes, desempleo, empobrecimiento y posición dominante de los pagadores privados y estatales.

Los nuevos programas de posgrado en Dermatología, por generación espontánea, corren el riesgo de producir consecuencias diferentes a las respetables y loables intenciones de sus inspiradores. Su apertura debiera contar con el análisis y la recomendación de la asociación respectiva, de la Junta Nacional de Sociedades Científicas y el aporte del Colegio Médico Colombiano. Hasta el momento, ha sido producto de la reglamentación laxa que la Ley 30 de 1992 pone a disposición, y de los auspiciosos conceptos emitidos por algunos entes rectores de la salud y la educación, con la mira de seguir manteniendo una base flotante de especialistas y subespecialistas sometidos a las fluctuaciones del mercado.

### **César Burgos**

Médico dermatólogo.

Coordinador gremial, Asociación Colombiana de Dermatología y Cirugía Dermatológica.