

## **SALUBRIDAD Y EDUCACION MEDICA**

Por JUAN ANTONIO GÓMEZ

La insalubridad ha sido el factor más importante en la posición de desventaja que los países del cinturón tropical tienen con respecto a las naciones de las zonas templadas. Cuatro siglos después del descubrimiento, no hemos terminado, por ese factor, principalmente, de conquistar ni de colonizar a Colombia para los colombianos, y por ello también vastas zonas ubérrimas del territorio nacional permanecen al margen de nuestra economía. Pero ya contamos, por primera vez en la vida de estos pueblos, con los elementos de lucha necesarios para vencer la barrera de la enfermedad y dominar al medio ambiente gracias a los adelantos científicos contemporáneos.

Poner a trabajar tales elementos técnicos en favor de la grandeza nacional es nuestra tarea, y para llevarla a cabo necesitamos, en primer término, un análisis objetivo de la situación prevalente.

Hace 4 años decíamos que el Estado, en conexión fecunda con la vida, dejaría atrás su anquilosamiento burocrático y haría lo que es su deber si optara por la estrategia de concentrar los esfuerzos sobre aquellos puntos que vayan a producir un beneficio más urgente para el mayor número de personas, postergando y limitando lo que tiende a ser innecesario, exótico o academista. Si al desarrollo debe el país aplicarse "como en tiempo de guerra", a la salubridad tendría que hacerlo como el médico ante un desastre colectivo, pues no es de menor gravedad lo que nos acontece. La mortalidad infantil, con sus 60.000 víctimas de menos de 1 año, deja muy atrás a la violencia como flagelo

nacional. En los climas cálidos el paludismo y la anemia inhiben el rendimiento de la fuerza trabajadora campesina. Las infecciones gastrointestinales son endémicas en todo el país. El parasitismo y la amibiasis son tan comunes que en numerosos sitios infestan al 100% de la población. Todavía hay epidemias de enfermedades relegadas a la medicina en muchísimos países. Las infecciones venéreas han vuelto a proliferar. En la capital de la República —para no hablar de regiones menos favorecidas— el diagnóstico más común entre niños menores es la desnutrición. Los adultos tampoco cuentan con una alimentación adecuada, como lo indican su peso y su estatura infranormales, y las encuestas técnicas del Instituto Nacional de Nutrición. El hambre atenta sin descanso contra la aptitud física e intelectual de los colombianos.

Este panorama, desafortunadamente, no ha cambiado y hoy volvemos a exponer los mismos problemas y a clamar por iguales soluciones.

## NUTRICION

Si se sumara la producción de alimentos en el país y se distribuyera equitativamente entre los colombianos encontraríamos que habría solamente unas 2.100 calorías disponibles por habitante al día, que son inadecuadas para mantener una salud cabal.

Corroboran ese hecho las investigaciones de campo que han mostrado que cerca del 50% de la población está desnutrida. Por otro lado, la dieta típica nacional, además de ser insuficiente, está peligrosamente desequilibrada, pues se consumen 9% de proteínas, 16% de grasas y 75% de carbohidratos. Las recomendaciones teóricas de una dieta bien balanceada aconsejan la siguiente distribución: 11% de proteínas, 28% de grasas y 61% de carbohidratos. En Colombia se substituyen las indispensables proteínas y gran parte de las grasas por una ración enorme de carbohidratos, en su mayor parte carentes de los elementos necesarios para el desarrollo normal.

No se puede negar que en este excesivo consumo de carbohidratos juegan un papel importante los factores psicológicos y educativos, a más de los factores económicos. El pueblo cree que las fuentes de calorías más baratas son los tubérculos, la panela, la miel y el azúcar (consumo nacional de estos últimos es de 200 gramos per cápita cuando los niveles más altos aconsejables son de unos 50 gramos) siendo así que hay otros alimentos más completos y más baratos.

La papas y los plátanos producen una sensación de saciedad y se pueden adquirir con gran facilidad en los mercados locales. Los países más adelantados basan su alimentación en el consumo de cereales.

En cuanto a la calidad de los alimentos los hechos más dramáticos son el subconsumo de proteínas (carnes, leche y huevos) y de vita-

minas en la dieta típica nacional. En Colombia se come la mitad aproximadamente de la recomendación teórica de carne por habitante al año. Aun la vitamina C, que se encuentra en cantidad suficiente en los alimentos nacionales, solo se utiliza adecuadamente en núcleos de población escogidos. Se han encontrado avitaminosis por vitamina C entre los obreros y campesinos, debido posiblemente al ínfimo consumo de frutas y hortalizas entre esos grupos sociales.

#### SANEAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE

La medicina preventiva enseña que la acción contra la enfermedad se debe desarrollar en varios frentes simultáneamente. Uno, muy importante, es la lucha contra los agentes nocivos que comprende la epidemiología, el saneamiento del medio ambiente y la producción de inmunidad.

En Colombia el promedio de habitantes por casa (la mayoría constituida por un solo cuarto, sin agua, sin luz y sin letrinas) es peligrosamente alto, bajo el punto de vista de control de infecciones. Según datos fragmentarios faltan, en muchos Municipios del país, agua potable y no hay sino muy pocas plantas de tratamiento de aguas negras en los alcantarillados de las ciudades del país.

#### ASISTENCIA PUBLICA

Se considera que para atender adecuadamente a los enfermos que se presenten en un núcleo humano se necesitan 4 camas hospitalarias bien dotadas por cada mil habitantes.

En Colombia hay un promedio nacional de 2.5 camas por cada mil habitantes. Pero, de las camas existentes un porcentaje significativo no es utilizable comúnmente por falta de recursos. Como si fueran pocas estas desconsoladoras condiciones, el aumento de servicios clínicos está muy por debajo del crecimiento demográfico de la población.

#### ATENCION MEDICA

De los 18 millones de colombianos apenas unos 8.000 son médicos. Cerca de la mitad practican su profesión en Bogotá y un número sustancial se congrega en Cali y en Medellín. Los campos, los pueblos y las ciudades pequeñas están abandonadas a la superstición y a la ignorancia. Para que haya adecuada atención profesional debe existir por lo menos un médico por cada 1.000 habitantes, es decir, el doble o más de los que actualmente ejercen en Colombia. (En realidad estos cálcu-

los, basados en otras experiencias nacionales, deben relacionarse a los ingresos de la comunidad y a su patología). El problema de la enfermería es aún más agudo: la mayor parte de las llamadas enfermeras son empleadas del servicio doméstico con uniforme.

### FUGA DE PROFESIONALES

Recordemos que la mitad de las muertes que ocurren en Colombia no tienen certificado médico y, sin embargo, exportamos profesionales a los Estados Unidos. Faltan cupos en las facultades de medicina para atender a las necesidades del país, —y hay millares de bachilleres deseosos de estudiar esta carrera—, pero cuando se gradúan no encuentran dónde trabajar. Algo anda mal, evidentemente. El médico que Colombia necesita, el “médico para la comunidad”, no se está produciendo. Si bien ya casi todos aceptan la necesidad de un profesional *polivalente* con amplios conocimientos en Salud Pública, y algunos cambios tímidos ya se han hecho en el plan de estudios de las facultades, la realidad del sistema postgraduado apunta en dirección opuesta.

El especialista tiene más “status” profesional y puede exigir más remuneración de su eventual clientela y de los empleadores grandes, como el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, en abierta competencia con los médicos generales. Por eso el joven doctor, después de haber pasado 6 años en la universidad, un año en medicatura rural y un año de internado se ve arrastrado hacia los programas de residencia hospitalaria, que le significan de 3 a 5 años adicionales para poder llamarse un especialista.

Además, se han creado en los hospitales costosos servicios superdiferenciados y con poca utilidad social para buscar, como dicen los economistas, el “efecto de demostración”. Y se establecen programas de entrenamiento-residencia en esas áreas, se crean sociedades, se dan diplomas y se tiende, a la postre, a producir más expertos inútiles.

### FALLAS EN LA EDUCACION DE “POST-GRADUADOS”

Los programas de residencias hospitalarias buscan formar especialistas solamente. Los aspectos de administración, salubridad o acción social no se toman, por lo general, en cuenta.

En la parte cuantitativa no planeamos de acuerdo con las necesidades ni con las demandas efectivas de servicios para las diversas ramas de la medicina. Por ejemplo, en 1964 se registraron nacionalmente unos 70 tumores cerebrales cuando había 36 o más neurocirujanos ejerciendo en la República.

Estamos favoreciendo las superespecialidades "de prestigio" y estos individuos altamente calificados son los que emigran del país, pues no tienen cómo, ni dónde trabajar aquí. Es evidente, pues, que debe establecerse rápidamente un plan de residencias para médicos generales que les permita ejercer en una comunidad sin demasiadas ayudas del laboratorio ni apoyos de interconsultas. Estos médicos pueden ser, o médicos rurales o médicos que trabajen en equipos visitantes, con lo cual aumentarían enormemente su eficacia.

### ANTECEDENTES

Para comprender la paradoja de que necesitamos médicos y al mismo tiempo los estamos exportando, volvamos los ojos hacia las raíces del sistema. En los Estados Unidos, no hace mucho, los hospitales se vieron de pronto solicitados por médicos extranjeros que ofrecían trabajar gratis a cambio de dejarlos practicar allí. Esta fue una de las causas de que se crearan las residencias, tal como las conocemos ahora, y de que se adoptara un sistema piramidal en el cual los puestos superiores son cada vez más difíciles de alcanzar, y más escasos. Así, un profesional americano en el ejercicio de su práctica privada puede multiplicar su radio de acción por la ayuda de muchos residentes hospitalarios que hacen prácticamente toda la rutina clínica de los pacientes a su cuidado. Y no hay peligro de competencia luego, porque la mitad por lo menos de esos médicos internos y residentes, son de otros países y tienen que regresar a su patria después de entrenados. En Colombia no tenemos afluencia extranjera de sujetos ansiosos de saciarse en nuestra ciencia. Como resultado vemos que solo unos pocos de los hospitales logran tener los residentes que desearían y muchos de los puestos de salud están desamparados.

### FACTORES ECONOMICOS

El ingreso monetario de un médico, desgraciadamente, se basa en la ley de la oferta y la demanda, y no en su habilidad técnica o en su utilidad para el país. En Colombia la demanda de servicios es baja por el pobre nivel económico y cultural de la mayoría de la población. Esta situación condiciona la aceptación de la fatalidad por parte del pueblo o su conjura por medio de recursos mágicos, y la poca o ninguna capacidad de pago del profesional. De donde se puede afirmar que la producción de médicos, en algunas ramas, está por encima de la demanda efectiva, que es distinta de la necesidad teórica y de la capacidad de empleo de la Nación.

En resumen, creemos que se debe acortar la carrera de medicina al mínimo compatible con las necesidades nacionales, intensificar los estudios de higiene y preparar a los estudiantes con un curso especial de los problemas sociológicos, de salubridad, de administración y de medicina tropical que van a encontrar en el ejercicio de su medicatura rural. Pero esto solo no es suficiente: es necesario hacer un cambio radical en la orientación, la intensidad, el número y la capacidad de los cursos de postgraduados, limitando drásticamente las disponibilidades en las ramas muy especializadas y fomentando los programas de médicos generales, de pediatras y de otras áreas importantes de la medicina nacional. No solo se necesita motivar a los estudiantes para que ejerzan e investiguen dentro de las realidades nacionales, sino que asimismo se debe ofrecer empleo de acuerdo con esta orientación. Es decir, hay que transformar la mentalidad y la organización de los sistemas de salud del país para que se creen los suficientes incentivos económicos con destino a aquellos que se dediquen, sobre todo, a cubrir las áreas de salud que van a beneficiar un mayor número de compatriotas.