

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e1032>

Revista Colombiana de Anestesiología, los retos del presente y del futuro, en su volumen 50

Colombian Journal of Anesthesiology, present and future challenges, in its 50th volume

Javier Eslava-Schmalbach^{a,b} ^aVicedecanatura de Investigación y Extensión, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.^bGrupo de Equidad en Salud, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.**Correspondencia:** Vicedecanatura de Investigación y Extensión, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.**E-mail:** jheslavas@unal.edu.co

¿Como citar este artículo?

Eslava-Schmalbach J. Colombian Journal of Anesthesiology, present and future challenges, in its 50th. Colombian Journal of Anesthesiology. 2022;50:e1032.

La anestesiología es una especialidad que desde sus orígenes ha propiciado el cuidado del paciente para aliviar el dolor y el sufrimiento durante la realización de los procedimientos quirúrgicos y, gracias a ella, se ha dado una explosión de especialidades quirúrgicas, de procedimientos y de tecnologías que cada vez la han hecho más segura, con menores efectos adversos y mayor satisfacción de los pacientes (1).

Desde sus orígenes, la Revista Colombiana de Anestesiología (CJA) ha acompañado a los anestesiólogos en la actualización de conocimientos para la práctica habitual, incorporándose a los avances propios de las publicaciones científicas pares del mundo y posicionándose como una revista reconocida en los campos local, regional y mundial.

La anestesiología, por su parte, ha tenido avances sustanciales durante este periodo, que han mejorado la seguridad del paciente, específicamente, en los últimos 15 años, y que han ampliado el número de técnicas, dispositivos y áreas de formación específica; así como el manejo y seguimiento perioperatorio de los pacientes, en el que el papel de los anestesiólogos ha sido bien reconocido (2).

Los retos continúan tanto para la especialidad como para la Revista, dado que se espera que la especialidad en los próximos años incluya herramientas en el manejo personalizado y preciso de sus pacientes, como la genómica, la epigenética (3), la telemedicina, el concepto de anestesia verde y el uso de imágenes diagnósticas en el perioperatorio, soportadas en inteligencia artificial (2).

Sin embargo, aunque el reto futuro es enorme, la Comisión Lancet en Cirugía Global, creada en 2014, identificó la amplia brecha que existe en el mundo en el acceso a los servicios quirúrgicos y anestésicos, y en los desenlaces en salud relacionados, por lo que generó una propuesta focalizada en la monitoría, a través de seis

indicadores que reflejan el acceso universal seguro y factible económicamente, al cuidado quirúrgico y anestésico (4), que son:

1. Acceso oportuno a cirugía esencial, definido como acceso en menos de dos horas a procedimientos trazadores (que involucren cesárea, laparotomía o manejo de fractura abierta). Se espera el 80 % de cobertura de servicios anestésicos y quirúrgicos para estos procedimientos en 2030.
2. Densidad del número de especialistas (cirujano, obstetra y anestesiólogo, en inglés SOA) por 100.000 hab. Se espera que todos los países tengan al menos 20 o más especialistas SOA por 100.000 hab. para 2030.
3. Volumen quirúrgico, definido como el número de procedimientos efectuados en salas de cirugía, por 100.000 habitantes, por año. Se espera que para 2030 el 100 % de los países monitoreen el volumen quirúrgico, y que exista un mínimo de 5.000 procedimientos por 100.000 habitantes para ese año.
4. Mortalidad perioperatoria, definida como la proporción de todas las causas de muerte en pacientes intervenidos quirúrgicamente. Se espera que el 80 % de los países para 2020 y 100 % de los países para 2030 tengan seguimiento de la mortalidad perioperatoria; y que en 2020, se hayan evaluado datos globales y se hayan establecido con ellos objetivos nacionales para lograr en 2030.
5. Protección contra el empobrecimiento por gasto de bolsillo en salud para procedimientos quirúrgicos y anestésicos. Se espera 100 % de protección en todos los países, para 2030.
6. Protección contra el gasto catastrófico en salud relacionado con gastos de bolsillo catastróficos para procedimientos quirúrgicos y anestésicos.

La evaluación en Colombia de estos indicadores (5) reveló que el 15,1 % de la población colombiana no tiene acceso geográfico a SOA (dos horas de distancia manejando); la densidad de equipo SOA fue de 13,7 por 100.000, por debajo de la meta de la comisión Lancet; los municipios más pobres (con mayor cantidad de personas afiliadas al régimen subsidiado) tuvieron una menor proporción de población con acceso a una instalación a 2 horas de distancia, que cubriera cirugías esenciales (*bellwether surgeries*); los municipios más desfavorecidos socioeconómicamente no tenían proveedores de SOA; el volumen de cirugías estuvo entre 2.690 y 3.090 procedimientos por 100.000 habitantes; 6,4 % de la población se tornó más pobre por el gasto de bolsillo relacionado con el acceso al cuidado quirúrgico y el 19,4 % se empobreció por gastos de bolsillo catastrófico (5).

La llegada del futuro es mañana, y arreglar los problemas del pasado es hoy. Las desigualdades existentes podrían tornarse más profundas, si los avances del futuro no son accesibles para todos. La Ley del Cuidado Inverso (6) o llamada operativamente Equidad Inversa (7) demostró que las nuevas tecnologías aumentan las inequidades en salud, sobre todo en países donde hay un fuerte mercado de la salud. Para dar un ejemplo breve, podría revisarse dónde están ubicados los llamados “Centros de Excelencia” en cada país, y cuántos de ellos atienden poblaciones vulnerables o en situación de desventaja socioeconómica. Usualmente, la excelencia en salud se promueve en las poblaciones más aventajadas socioeconómicamente, quienes son los compradores. El reto está realmente en crear centros de excelencia con enfoque de equidad (8), que demuestren que dicha excelencia se ofrece también en poblaciones en desventaja. Lo planteado por la Comisión muestra estas diferencias entre los países de acuerdo con su nivel de desarrollo o ingreso, y los reta a tener un mínimo de estructura y resultados que garanticen al

menos, el acceso a estos equipos SOA y a estas cirugías esenciales (3). Sin embargo, estos indicadores no retan a los países a garantizar su cumplimiento internamente, de manera similar para todas las poblaciones. Para el caso colombiano, el reto es gigante: desde las entidades del gobierno, los profesionales y las entidades que los contratan, hasta las entidades que los forman y las sociedades científicas que los conducen.

En Colombia, el quiebre en inequidad se dio desde el inicio del sistema de salud, cuando se creó un plan de beneficios en salud para los trabajadores y sus beneficiarios, y otro para aquellos sin capacidad de pago (Régimen Subsidiado), y se abrió la disponibilidad de servicios quirúrgicos y anestésicos diferencial, sin las mismas condiciones de seguridad, tecnología, medicamentos, dispositivos, etc., entre los dos regímenes, y por ende, ahondó las desigualdades preexistentes entre estas poblaciones.

Las sociedades científicas de cirugía y anestesia, deben revisar sus potenciales aportes actuales y futuros en la disminución de las desigualdades en cirugía global, y en la implementación de los avances futuros para evitar que se profundicen más estas desigualdades.

La Revista Colombiana de Anestesiología y la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), por su parte, tienen grandes desafíos para ponerse a la par de los avances científicos que acompañan a la anestesia y sus subespecialidades, así como para revisar y aportar en las necesidades urgentes de evidencia que se requieren para incluir a Colombia y a la región en el enfoque de cirugía global que el planeta necesita, a fin de disminuir las desigualdades que hay actualmente.

Por nuestra parte, los autores e investigadores estamos obligados a abordar los avances y desarrollo tecnológicos que nuestras especialidades o campos de formación incluyen, pero también estamos obligados a garantizar la inclusión de las poblaciones vulnerables y en desventaja, como beneficiarias de estos avances y desarrollos tecnológicos.

Celebramos la llegada de la Revista Colombiana de Anestesiología a su Volumen 50, y estamos seguros de que en los próximos volúmenes se abordarán estos temas de manera prolífica.

REFERENCIAS

1. Eichhorn JH. The Anesthesia Patient Safety Foundation at 25. *Anesthesia & Analgesia*. 2012;114(4):791-800. doi: <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e3182427536>
2. Fawcett WJ, Klein AA. Anaesthesia and peri-operative medicine over the next 25 years. *Anaesthesia*. 2021;76(10):1416-20. doi: <https://doi.org/10.1111/anae.15552>
3. Bravo SB, Caminos JE, Schmalbach JHE. Tailored medicine: Pharmogenomics and pharmacogenetics. *Colombian Journal of Anesthesiology*. 2011;39(3):308-13. doi: <https://doi.org/10.5554/rca.v39i3.248>
4. Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global Surgery 2030: Evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569-624. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60160-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60160-X)
5. Hanna JS, Herrera-Almarino 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 Heal*. 2020;8(5):e699-710. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30090-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30090-5)
6. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297(7696):405-12. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X)
7. Victora CG, Joseph G, Silva ICM, Maia FS, Vaughan JP, Barros FC, et al. The inverse equity hypothesis: Analyses of institutional deliveries in 286 national surveys. *Am J Public Health*. 2018;108(4):464-71. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.2017.304277>
8. Eslava Schmalbach JH, Bejarano Daza JE. Proyecto académico de expansión del Hospital Universitario Nacional de Colombia. Bogotá: Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia; 2021.