

---

## PERFIL DE LA NEUROCIRUGÍA EN COLOMBIA: 2015

---

Remberto Burgos de la Espriella<sup>1</sup>

### RESUMEN

Este artículo de reflexión tiene un propósito: construir un marco de referencia que nos permita un diagnóstico moderno de nuestra disciplina. Con esta información acumulada trazar metas colectivas y que la Academia Nacional de Medicina guarde en sus archivos proyectos comunes y sueños de integración. En este ejercicio utilicé mis publicaciones de los últimos 25 años sobre el tema, partiendo del concepto macro de Recursos Humanos en Salud. Teniendo en cuenta la oferta y la demanda, construimos este escenario de la Neurocirugía en Colombia. Esta publicación condensa pensamientos previos, artículos ya publicados y vistas hoy con la óptica de quien se acerca ya a treinta años de una práctica integral y muy activa en neurocirugía: académica, asistencial y gremial. Estas son las tres aristas que articulan el contenido social de nuestra especialidad. Más que publicación original, es un ensayo reposado de quien ha disfrutado con pasión el ejercicio de la reina de las especialidades médicas: la neurocirugía.

**Palabras clave:** neurocirujano, Colombia, perfil especialista.

### PROFILE OF NEUROSURGERY IN COLOMBIA 2015

#### ABSTRACT

This reflection paper has a goal: to build a reference mark that let us have a modern diagnosis of our specialty. Once all this information has been gathered, we should delineate collective goals to allow National Academy of Medicine of Colombia to file common projects and integration dreams. I used my last 25 years publications on the subject, doing this exercise, starting with the macro concept de human health resources. Having in mind offer and demand, we built this scenario of neurosurgery in Colombia. This paper summarizes previous thoughts, that are seen today with the lenses of a neurosurgeon with almost 30 years of experience with an integral practice, very active in academic, caregiving and gremial neurosurgery. These are the 3 corners characterizing social content of our specialty. More than being an original publication, this article is a quiet essay written by someone that has enjoyed passionately the practice of the queen of medical specialties: neurosurgery.

**Key words:** Neurosurgeon, Colombia, specialty profile.

---

<sup>1</sup> MD, Esp. Miembro Correspondiente, Academia Nacional de Medicina. Presidente Honorario FLANC; expresidente Asociación Colombiana de Neurocirugía, Bogotá, Colombia.

## INTRODUCCIÓN

Julio Madero es un nombre muy especial para la Neurocirugía colombiana; fue el paciente de 14 años a quien el Profesor Samuel Fajardo Camero intervino en 1865 en Santa Fe de Bogotá. Este adolescente sufre un trauma, su condición neurológica se deteriora y el Doctor Fajardo lo ve agónico en su lecho de enfermo. Con los cuidados básicos de la época practica una esquirlectomía y drena el hematoma epidural. El paciente se despierta, se torna inquieto y con una presión suave sobre el lecho quirúrgico nuevamente entra en este coma inducido por compresión. Finaliza el acto operatorio y el paciente se recupera.

En 1894 Medellín era una parroquia de 30 mil habitantes; en esa villa ejercía Tomas Quevedo Restrepo quien con ese olfato agudo, característico de la cultura paisa y fundamentado en la semiología de las manifestaciones clínicas, diagnóstico con precisión un tumor cerebral. Utilizó tres principios cardinales de la cirugía: anestesia (cloroformo), asepsia y antisepsia y control de la hemorragia. El paciente después de cirugía recuperó funciones neurológicas.

En el contexto mundial se iniciaba la época de la cirugía como arte y como ciencia, los principios de Halsted y su trascendental escuela que nacía a principios del siglo XX; paralelo, surgían los primeros pasos que anunciaban el nacimiento de la Neurocirugía mundial como especialidad: Macewen, el primer neurocirujano, en Escocia; Horsley en Inglaterra y su influencia para el banderazo definitivo dado por Cushing en USA (1904) y acelerado por los procedimientos temerarios de Dandy en el Johns Hopkins.

Han pasado cerca de 150 años desde que Fajardo y Quevedo en Colombia y Macewen, Horsley en Reino Unido, marcaron el inicio de la especialidad. En esta larga ruta la Neurocirugía ha madurado. Ha sido un esfuerzo mayúsculo de varias generaciones, Fundadores (Siglo XIX), Facilitadores (mitad Siglo XX) y Maestros (1950-1970), quienes con vocación colonizaron trochas y abrieron caminos permitiendo que el ejercicio de la profesión llegue a su estado actual.

Para seguir construyendo futuro, debemos conocer cuál es la situación real, como son las facilidades, sus dificultades y obstáculos. Trabas que impiden a veces que el neurocirujano colombiano cumpla a cabalidad su proyecto de vida.

## VARIABLES

Para analizar la situación actual de la Neurocirugía en Colombia debemos construir el escenario de práctica y conocer las variables que determinan el entorno en el cual se ejerce la especialidad:

### *Población*

Fundamental conocer el número de habitantes del área geográfica y sus características epidemiológicas. El perfil del grupo poblacional es importante porque existen enfermedades neuroquirúrgicas que están en estrecha relación con la edad de la muestra (Fig. 1) (8). Así por ejemplo, las enfermedades cerebro vasculares están articuladas con la edad, los padecimientos degenerativos de la columna (la cirugía más frecuente que hacen los neurocirujanos) es una de las dolencias usuales en los pacientes por encima de los 65 años. Las condiciones ambientales que determinan el estado de salud de la comunidad hacen parte de la visión integral que debemos tener como referente en este análisis.

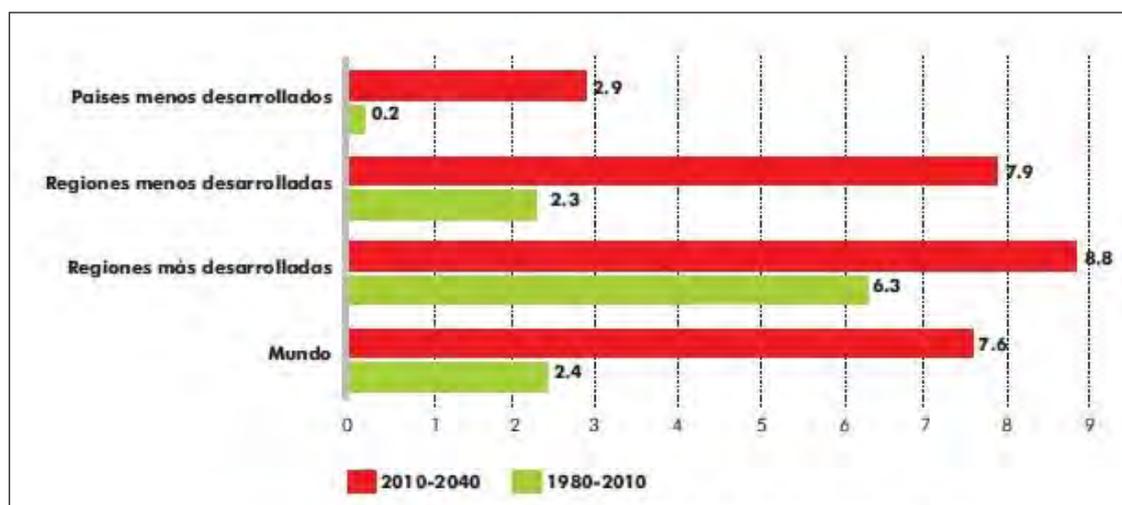


Figura 1. Envejecimiento de la población en 30 años.

Estudios demográficos e información de instituciones estatales muestran que Colombia es el tercer país con mayor población en Latinoamérica, se acerca a 48 millones de habitantes. Se concentra su población en dos grandes áreas: la Andina: donde Bogotá, el Valle de Aburrá con ciudades como Medellín y el Valle que gira alrededor de Cali son las más habitadas. La otra zona grande es la Costa Caribe, Barranquilla y Cartagena las ciudades más pobladas.

Es este un país de gente joven. El 26% de los habitantes tienen menos de 14 años; en el rango entre 15-64 años está el 67.2% y por encima de 65 años el 6.1%. Se calcula que la tasa de crecimiento es 1.128%, la tasa de natalidad es del 19.8% y la tasa de mortalidad 5.83%. Esta sola variable, aislada, (Fig. 2) modifica la proporción de neurocirujanos por habitantes que necesita una comunidad.

### *Sector salud y su dinámica*

A diferencia de muchas personas, incluyendo profesionales del sector, considero que el sistema de salud en Colombia ha progresado en forma significativa.

Veamos los indicadores de salud: la tasa de mortalidad infantil hoy (15 por 1000 nacidos vivos) y como era hace 20 años. Asíciela con la tasa de mortalidad materna y el porcentaje de desnutrición (cerca del 12%) y verificamos que todos han disminuido. Otra señal, la expectativa de vida en hombres y mujeres, por encima de los 70 años; el perfil epidemiológico de la población nos indica que vamos mejorando.

Hay mucho por hacer, no es justo que en este país 11 de cada 100 personas no consuman los nutrientes básicos para los procesos energéticos elementales que el metabolismo necesita.

La cobertura de los dos regímenes, Contributivo y Subsidiado, está en el 96%. Salud para todos los colombianos no es una utopía y es posible. Hoy estamos casi en el 7.5% del PIB en gastos de salud, cerca de 50 billones de pesos/año, más de un millón de pesos por cada colombiano y este recurso bien administrado, con decencia y decoro, alcanza. Es un sistema solidario, el aporte de recursos del sector de los colombianos inscritos al sistema contributivo fue de 7.5 billones de pesos.

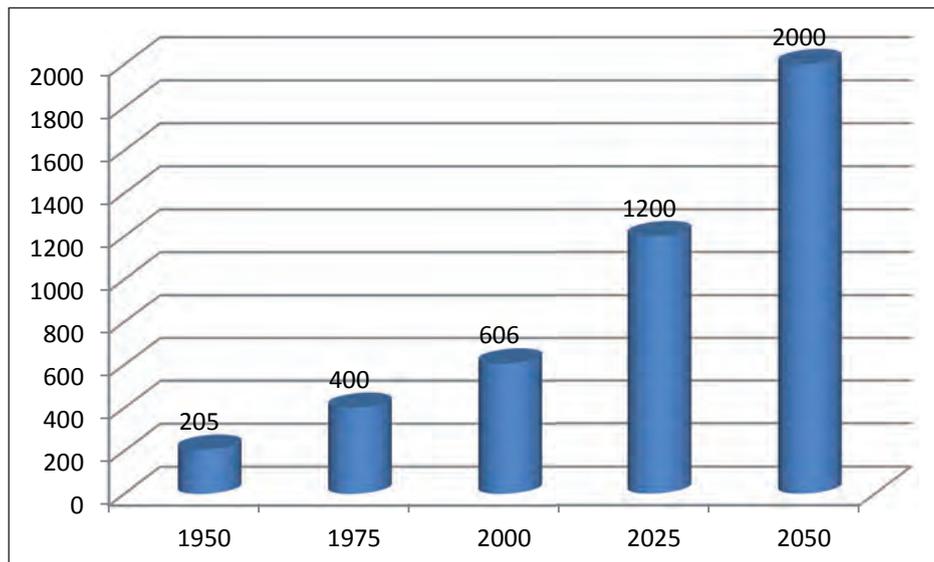


Figura 2. Población mundial de más de 60 años (millones)

La Ley Estatutaria de Salud cumple un año, es un gran avance y expresa el anhelo de muchos médicos, que deseamos que la salud como derecho fundamental no solo sea una frase encantadora y retórica, sino que se traduzca en un mandato de un estado social de derecho.

El problema es la desviación de los recursos del sector y la corrupción vergonzosa que aleja la inversión social y lesiona a miles de colombianos. Debemos aumentar el clamor de esta comunidad lastimada para que sean ellos los auditores por excelencia que cuiden y vigilen sus recursos. La plata de la salud es de los colombianos.

La intención de mejorar la salud es el gran sueño de todos los médicos que se expresaron a través de la Gran Junta Médica Nacional. La voluntad de hacerlo existe y se tienen los recursos para ejecutarlo.

Si frenamos el sangrado de la corrupción y sancionamos ejemplarmente a los responsables

(Supersalud fuerte y con herramientas) seguiremos avanzando.

En términos macro de gestión recomendaría dos áreas de trabajo: coherencia en la política de salud pública (por falta de agua potable, 42% de la población rural tiene riesgo de enfermarse) y estímulo para los centros especializados de referencia, pues especialidades como la Neurocirugía requieren innovación permanente y altísima tecnología.

### Recursos físicos

En Colombia existen 11.386 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y de las cuales 91% son privadas o mixtas. Existen 1.162 hospitales y la tendencia centralizadora en su distribución es evidente.: Bogotá, Valle del Cauca y Antioquia concentra la alta complejidad hospitalaria. Solo los niveles III-IV tienen las facilidades para una atención neuroquirúrgica.

Hay unos requisitos mínimos que la especialidad exige para su práctica. Una institución de tercer nivel, con unidad de cuidados de intensivos e intermedios y una sala de cirugía que tenga unos recursos básicos que permitan la realización de la mayoría de los procedimientos. No se concibe un quirófano donde se practique neurocirugía si no cuenta con estos elementos: microscopio quirúrgico donde puedan intervenir el neurocirujano y su ayudante (otro especialista de la misma disciplina), soporte de cráneo para mantener estática y segura la cabeza mientras se realiza el acto operatorio, set básico de microcirugía, craneotomía de alta velocidad y sus complementos.

Qué decir del apoyo de imágenes diagnósticas en quirófano: un intensificador de imagen multiplanar para la inmensa mayoría de las cirugías y que permitan, bajo guía fluoroscópica, hacer con seguridad los procedimientos de instrumentación de columna.

El diagnóstico de las lesiones en neurocirugía se fundamenta en la información que nos proporcionan procedimientos como la tomografía axial computarizada, resonancia de cerebro y sus aplicaciones, angiotac, etc. Sus complementos y extensiones: reconstrucción tridimensional en la tomografía, angiografía por resonancia, espectroscopia y la resonancia funcional. La tecnología es imparable y las instituciones deben hacer mucho esfuerzo para su actualización. Como esto no es posible, están en la obligación de tener las condiciones básicas para un buen ejercicio.

Lo ideal es tener en la institución donde trabajamos un neurocirujano entrenado en neuroradiología para que en los procedimientos endovasculares, diagnósticos y terapéuticos, (malformaciones vasculares, por ejemplo) participen en el tratamiento de estas complejas lesiones y disminuya, como lo ha demostrado la literatura, la morbilidad en el paciente.

La "suite" neurovascular es el complemento ideal para los procedimientos de neurocirugía.

Otros equipos a los que debemos tener acceso son: un aspirador ultrasónico, monitoreo neurofisiológico para ciertos procedimientos y cuando se necesite, el estimulador cortical, para precisar ciertas áreas elocuentes como la zona motora. Neurocirugía y tecnología forman una unión indisoluble comprometida en la atención de los enfermos.

Hay que tener en cuenta el número de camas hospitalarias, cuantas en cuidados intensivos y los otros atributos ya mencionados.

Veamos la situación hospitalaria en Colombia; la proporción de camas es 1,25/1.000 habitantes y de cuidados intensivos es de 0,03/1.000 habitantes. La Organización Panamericana de Salud recomienda para países como el nuestro: 4,75 camas/1.000 habitantes y de cuidados intensivos 0,19/1.000 habitantes. Referencia mundial: accesos a camas hospitalarias (Fig.3). Es un verdadero cuello de botella; el déficit de camas de cuidado intensivo que se requiere para el manejo posquirúrgico de la mayoría de las cirugías craneanas es responsable de aplazamientos de cirugías neurológicas electivas.

### ***Recurso humano***

Neurocirugía exitosa tiene como base un equipo multidisciplinario entrenado y el trabajo mancomunado es el que permite los mejores resultados. Una planta de enfermería con entrenamiento en neurociencias es una característica de las instituciones respetadas y debe ser una condición esencial del centro de atención donde se practique neurocirugía. No es posible una evaluación integral del enfermo cerebro vascular sin el concurso de un buen internista.

El acto operatorio en neurocirugía, navegar en las profundidades del encéfalo necesita de un cerebro dócil que permita una suave retracción sin lesión y esto lo consigue un neuroanestesiólogo con entrenamiento y experiencia. Condiciones azarosas como el TCE severo o la ruptura intraoperatoria de un aneurisma exigen la tranquilidad del anestesiólogo, quien con su habilidad logra dominar el cerebro alterado que se defiende de la lesión hasta que el neurocirujano la controle.

Decepcionante para el cirujano e irreparable para el enfermo es no tener una unidad de cuidado intensivo que permita llevar un estado posoperatorio con todo el detallado monitoreo y el cuidado que estos procedimientos exigen (un monitoreo de presión intracraneana, drenaje de lcr, etc.).

Por más especializado que sea el violinista, él sabe muy bien que solo no hace canciones, la música la hace la sinfónica. Por esto, debe ser el cirujano el director de la orquesta fomentando la su especialización y unión armónica de todos sus integrantes.

## NEUROCIRUGÍA EN COLOMBIA

### Número y distribución

Según cálculos de la Asociación Colombiana de Neurocirugía (Aponte O., 2010, Burgos R) hay en Colombia 450 neurocirujanos (324 fueron capturados en el 2002,) de los cuales 350 (78%) se encuentran registrados como miembros activos de la asociación.

Constante e histórico como estamos distribuidos en las regiones: sabemos el número de neurocirujanos en las 4 grandes ciudades país. En otras palabras el 70% de la fuerza laboral de Neurocirugía se encuentra concentrada en las cuatro grandes capitales.

### Título Profesional: Certificación y Recertificación

En Colombia el profesional egresado de las Facultades de Medicina recibe su Diploma como

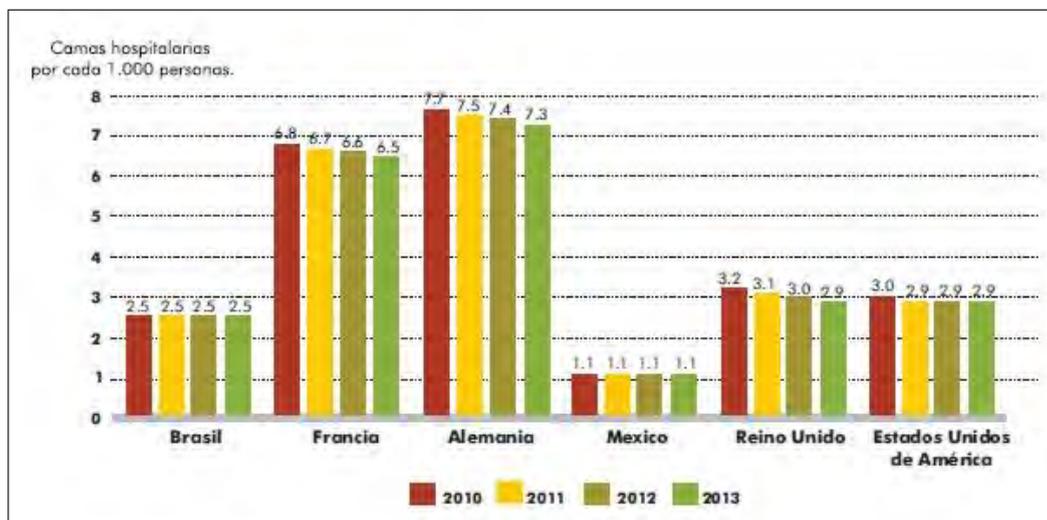


Figura 3. Acceso a camas hospitalarias (8)

testimonio y reconocimiento que la Universidad concede después de haber cumplido como estudiante todos los requisitos. Este diploma necesita un paso adicional y definitivo para que el Gobierno Nacional avale lo que la Universidad ha otorgado.

El egresado lleva su diploma y en una función pública, dual, los Ministerios de Educación Nacional y de Protección Social le dan el carácter oficial al título y le autorizan el ejercicio libre de su profesión en el territorio colombiano. Este procedimiento administrativo es conocido como Certificación.

La certificación dura toda la vida; nunca se vence y solo en casos excepcionales (situaciones de mala conducta, motivaciones delictivas, etc.) puede ser revocado por los entes oficiales que la otorgaron. Nos certifican Neurocirujanos y nos entierran con el mismo título.

Para hablar de recertificación, ese proceso de actualización de credenciales, debemos conocer sus antecedentes: desde el 2003 las sociedades científicas de Colombia, entusiasmadas por la Sociedad de Pediatría, intentaron crear un proceso estandarizado de recertificación médica a nivel nacional. Luego en el 2007, la Ley de Talento Humano (Ley 1164) sentenció que era necesario que los especialistas practicantes mostraran credenciales de actualización y vigencia profesional. Se crearía un sistema que en forma periódica le haría unas evaluaciones para definir quien estaba apto o no para continuar con su práctica.

Se argumentaba que muchos profesionales desde que egresaban de la universidad no recibían capacitación alguna, no asistían a los cursos de educación médica continuada y con esta dinámica imparable del conocimiento se iban rezagando deteriorándose su práctica. Se le dio el criterio de

obligatoriedad a este proceso de renovación de credenciales conocido como Recertificación.

La Ley de Talento Humano se sometió a estudio en la Corte Constitucional y esta instancia en el 2008 declaró inexecutable (sentencia C756) el decreto por el cual se le daba vida a este nuevo proceso de recertificación. Esta sentencia fue demandada, la Corte nuevamente se pronunció y consideró esto era ya caso juzgado; es decir, no le cabía una apelación más! (C.1063). En otras palabras, todo lo que actúe en contra de este principio es inconstitucional.

En su sentencia la Corte argumentó que el proceso de recertificación violaba derechos fundamentales del profesional: derecho a la igualdad, al trabajo (protección de la familia mediante el oficio del profesional) y el libre desarrollo de la personalidad.

Hoy en Colombia, de acuerdo con lo establecido por la norma constitucional, existe solo un proceso legal que avala el Título Profesional otorgado por la Universidad: la certificación... La recertificación no tiene validez jurídica.

Es la gran paradoja de nuestro ejercicio en Colombia, la continuidad de la formación profesional se hace a través de la Asociación Colombiana de Neurocirugía y esta, al igual que todas las sociedades científicas, carecen de soportes legales para dar la calificación de idoneidad al profesional en ejercicio.

### *Perfil ocupacional*

Por definición, el perfil ocupacional son las habilidades, destrezas y saberes que se adquieren después de egresado de la universidad. Diferente del perfil profesional que es adquirido por los años de experiencia y los ajustes, necesario por los cambios que exige el entorno donde se trabaja.

Es bien interesante la percepción que se tiene del perfil ocupacional del neurocirujano colombiano. La inmensa mayoría trabaja en varias instituciones hospitalarias y su ingreso laboral depende de los contratos con estas. Solo unos pocos -contados con los dedos de las manos- pueden trabajar en una sola institución. El desgaste en las agotadoras congestiones del tráfico de las capitales, es una pérdida de tiempo y sobretodo un retraso en la oportunidad de respuesta.

Los neurocirujanos recién egresados buscan afanosos el puesto hospitalario y copan su capacidad laboral en dos sitios diferentes y habitualmente distantes.

El tiempo pasa y la intención del consultorio particular se esfuma. No construyen clientela y el acto médico individual se debilita. Se vuelven institucionales y de hecho, la responsabilidad también se hace colectiva.

Los horarios de trabajo exceden las 14 horas; las instituciones exigen turnos presenciales. Si tienen suerte pueden entrar a la lista de turnos de disponibilidad de las clínicas privadas, que generalmente no reconocen este tiempo dedicado y la productividad que genera el paciente de urgencias tiene un descuento administrativo que oscila entre un 10-30%.

No tenemos estudios que informen de la calidad de vida de este especialista que ejerce alta complejidad en Colombia; sin embargo, llama la atención la incidencia de enfermedades cardiovasculares que afecta al neurocirujano. Igualmente no conocemos su edad de retiro, pensión y seguridad en la vejez... hay colegas mayores de 65 años que aún siguen de turnos de disponibilidad - por necesidad- en algunos centros hospitalarios.

### *Situación Médico-Legal*

En estos días complicados del ejercicio neuroquirúrgico, cuando muchas condiciones son adversas para la buena práctica, la neurocirugía colombiana goza de un gran prestigio internacional y de merecido posicionamiento en el concierto de la neurocirugía mundial. La triste y preocupante paradoja: en el exterior estamos entre los primeros calificados y en Colombia somos una de las especialidades con el mayor número de demandas y problemas médico-legales en el país.

En el año 2000 las demandas a Neurocirugía ocupaban el puesto 8 entre todas las especialidades; en el 2006 teníamos el primer lugar con un peligroso 33% de todas las demandas a las especialidades del país. Ahora bien, con el incremento en la quejas y problema médico-legales, los costos de las pólizas de responsabilidad aumentarán significativamente, y más triste aún: la decisión del especialista de limitarse a una neurocirugía "segura" con una pérdida lamentable de este potencial recurso inutilizado por temor.

Los costos de la Póliza de Responsabilidad Civil, a la cual el profesional accede mediante vínculo a cooperativas, tienen hoy un valor razonable. Cada año, las empresas de medicina prepagada la están exigiendo, y su cobertura para siniestros es más alta, necesariamente esto la encarecerá. Hoy la cobertura debe superar los US 120.000 cifra tentadora que estimula reclamos.

Los últimos datos disponibles (FEPASDE) nos indican que Neurocirugía es la tercera especialidad en demandas, (Cirugía Plástica y Gineco-obstetricia) y el riesgo calculado esta en 4.6. Se estima que un número importante de demandas terminan en conciliación; sin embargo, este arreglo amistoso

no borra el costo personal del demandado y en muchos, la tranquilidad empeñada.

## **ACADEMIA Y GREMIO EN NEUROCIRUGÍA**

### *Programas de Posgrado*

En la fecha existen 10 programas de neurocirugía, 58 residentes y 16 egresados-año. En 5 años se aumentará en 40% el número de especialistas y en 10 años, siempre y cuando no nazca un programa golondrino, el número total de neurocirujanos superará a los 500 especialistas.

Hay situaciones lamentables y sofismas de distracción que no justifican el número de egresados-año; en algunas escuelas egresan 3 especialistas año y hay que decirlo con claridad: no se cumple con los requisitos mínimos que exigen los estándares para el Residente de último año en cuanto a volumen de procedimientos que deben hacer. Hay limitados escenarios de aprendizaje y los laboratorios de cirugía experimental actualizados están lejanos. La filosofía y justificación de enviar estos especialistas a ciudades intermedias no es válida y la realidad ha demostrado que estos egresados permanecen en las ciudades donde se formaron.

Colombia es de los países donde se debe pagar por el posgrado; en promedio la matrícula por año cuesta US\$10.000, y si se adicionan los costos complementarios de los 5 años de formación, podemos afirmar sin equívocos que es muy alta la inversión en este capital humano especializado. Calculamos que hoy cuesta US\$120.000 la formación de un neurocirujano, sin incluir los costos que demandaría un Fellow en el exterior.

En muchos países hay una gran preocupación por la apatía y el desánimo de los egresados por

Neurocirugía como especialidad y oficio de vida. Se exponen estrategias para reclutar talentos valiosos en la secundaria: programas integrales que incluyen subespecialidades, horarios de trabajos flexibles, mentores y monitores durante la formación, comunicación y retroalimentación. En fin, programas de posgrados que permitan esculpir con excelencia esta materia prima de altísimo valor social. Creemos que esta proporción de neurocirujanos 1/100.000 habitantes y teniendo en cuenta las variables mencionadas, es la adecuada en Colombia. (Fig. 4: Proyección Médicos por 1.000 habitantes)

Nos parece temerario aumentar las escuelas de formación de neurocirujanos en el país. Debe existir una rígida política sectorial en educación que impida la creación de un nuevo programa de posgrado. No cumplirían con los requisitos básicos.

Si aplaudimos y valoramos la bien intencionada Ley 30 de 1992 de la autonomía universitaria en Colombia, vemos con preocupación que esta disfraza y sea la estrategia en la cual se escudan intereses económicos para la creación de un nuevo programa o incrementar cupos. Quizá el concepto de autonomía haya permitido que cada escuela de posgrado haga su propio curriculum y los intentos por un programa unificado que hemos planteado desde hace varios años han quedado solo en buenas intenciones.

### *Perfil profesional*

Como carrera académica estructurada en Colombia no existe la Neurocirugía. Los especialistas que se vinculan a los centros universitarios gastan mucho tiempo en asistencia. La enseñanza y la investigación son actividades marginales; la formación docente del recién vinculado no está entre las prioridades de nuestros hospitales.

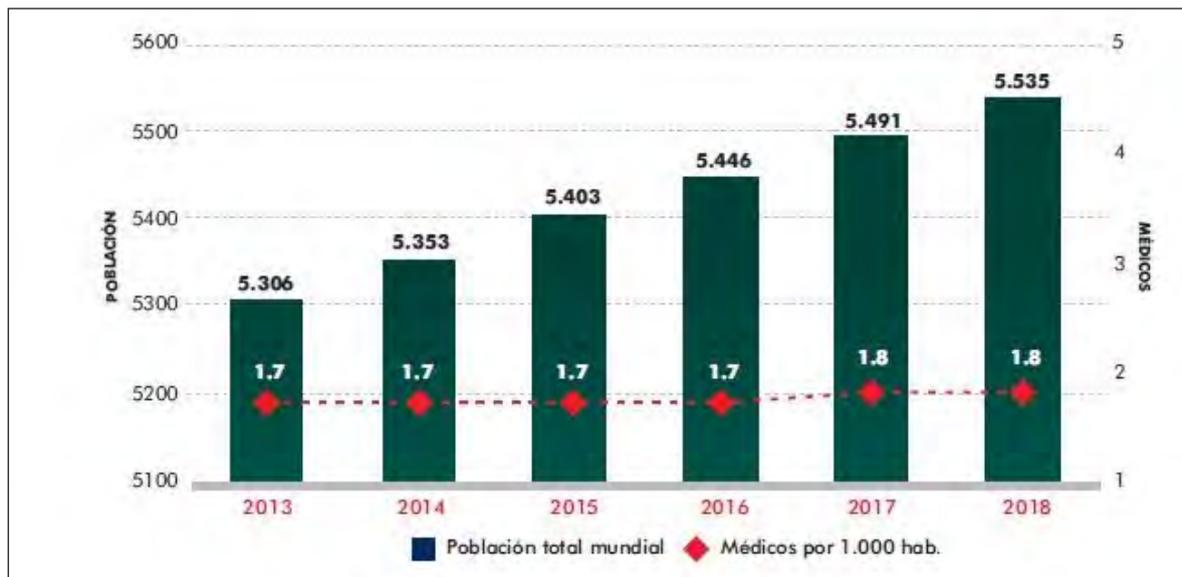


Figura 4. Médicos generales por 1000 habitantes. N (8)

En la actualidad, se acude a los pares académicos para evaluar un programa de posgrado.

El Ministerio de Educación tiene solo tres neurocirujanos registrados. La actualización exigida para este propósito implica tiempo e interés para cumplir este requisito y hasta ahora no aparecen los inscritos.

Existe apatía para publicar artículos que muestren los quehaceres de la especialidad. Hay que hacer esfuerzos por cumplir con los artículos mínimos necesarios para la circulación de nuestra revista y mantenerla viva. No hay los estímulos o compensaciones que retribuyan el tiempo invertido en actividades académicas. Menos del 1% de nuestros colegas están vinculados a proyectos de investigación y no existen –a la fecha– proyectos de salud, esos que buscan respuesta social a los problemas de salud pública, donde esté involucrado un neurocirujano colombiano.

### Gremio y Neurocirugía

La Universidad confiere el Título al Neurocirujano y este después de certificado se lanza a la universidad de la vida. No existe una escuela que haga un seguimiento formal de sus egresados. No está registrado cómo es su desempeño laboral, su calidad de vida y no hay acompañamiento en las iniciativas o proyectos.

La educación del egresado se canaliza a través de las sociedades científicas de cada especialidad. Estas sobreviven por los cursos y congresos que organizan con el propósito de actualizar a sus asociados. Sin embargo, la fuente grande de sus ingresos, más que las cuotas o el valor de inscripción de los cursos, es el apoyo que la industria le hace a la respectiva Asociación. En otras palabras, la educación continuada del egresado depende de la industria que se vincula.

Con razón, las sociedades científicas reclaman el derecho de certificar al profesional y su actualización mediante los puntajes de idoneidad.

Algo preocupante en la actividad gremial es la dejadez por participar en las propuestas colectivas por parte de los afiliados. En nuestra última reunión, donde se iban a discutir reglamentos y modificación de estatutos, además de elección de dignatarios, solo estaba presente el 20% (!) de los miembros activos. Débil la pertenencia gremial. La democracia sentenciaba Churchill, *“es la necesidad de doblegarse, de vez en cuando, ante la opinión de los demás”*. Pero debe ser representativo, pues lo más importante en las decisiones colectivas es convencer, no vencer. Así, simplemente construimos el “querer social” de un gremio.

## EPÍLOGO

Como el sector salud en Colombia y espejo de este es la Neurocirugía que practicamos. Hemos avanzado, mejorado y madurado. Tenemos debilidades de décadas enquistadas y fortalezas aún no explotadas.

La mayor de estas es el talento humano pero este requiere con urgencia redistribuirse. No podemos concentrar los neurocirujanos del país en las cuatro grandes ciudades, condensarlos es despilfarrar un recurso valioso formado. Hay que estimular el asentamiento del especialista en las ciudades intermedias y en una política sectorial facilitar su ejercicio brindándole los recursos que necesita para una Neurocirugía moderna. En las grandes ciudades estimular la creación del centro de referencia con bondades tributarias (zonas francas) e inversión en tecnología de punta.

Seguir trabajando para unificar el Programa de Posgrado de Neurocirugía y llevarle tranquilidad al

estudiante mediante subsidios que permitan direccionar su tiempo en una sola actividad: aprender. Se debe replantear la costumbre, convertida hoy en norma, de cobrar al residente el valor de la matrícula, y explorar mecanismos para que el trabajo hospitalario compense su costo.

La creación de Comités de Idoneidad Profesional en las Sociedades Científicas, independientes y sin ataduras, motivados por elevar la calidad del profesional, es un propósito noble. No podemos permitir que se convierta en un instrumento selectivo o fiscalizador. Más bien, la fuente de información para dirigir las pautas de actualización que cada gremio necesita. Un banco de datos que recoja lo que somos y lo que hacemos es la mayor riqueza de la especialidad.

Entiendo la neurocirugía como una disciplina exigente, flexible, que debe permitir al profesional que la practica, un desarrollo integral y un estatus de vida digno, para que desde su oficio se convierta en un vehículo de transformación social en su comunidad.

## REFERENCIAS

1. Burgos R. Recursos Humanos en Salud. Universitas Médica. Volumen 6, Numero 1 pagina 61, Enero –Abril 1988
2. Burgos R. Instituto Neurológico de Colombia. Análisis y propuesta Trabajo de Grado. Especialización en Gerencia de Servicios De Salud. Convenio AUPHA-Ministerio de Salud. Universidad Jorge Tadeo Lozano. Bogotá, Enero 1993-Junio 1994.
3. Burgos R. La Salud en Colombia y sus Recursos Humanos. Tesis de Grado. Especialización en Gobierno, Finanzas y Asuntos Públicos. Universidad Externado de Colombia-Columbia University-New York. Bogotá, Octubre 95-Diciembre 96
4. Burgos R. Cuantos y que tipo de Neurocirujanos necesita Colombia. Medicina. Revista Academia Nacional de Medicina. Vol 32 2 (89).2006

5. Burgos R. Ahumada M: La Neurocirugía en Colombia. 50 años de Asociación. 1962-2012. Asociación Colombiana de Neurocirugía. Impresión Mohler Ltda. 2012.
6. Burgos R . El neurocirujano como enfermo. Anexo 2. La Neurocirugía en Colombia. 50 años de Asociación. 1962-2012. Asociación Colombiana de Neurocirugía. Impresión Mohler Ltda. 2012. Pág. 171.
7. Burgos R. Cinco reflexiones sobre recertificación y comité de idoneidad profesional. Comunicaciones públicas a los asociados. Asociación Colombiana de Neurocirugía. Bogotá, Junio-Diciembre 2014-2015 Global health care; Outlook. Common goals, competing priorities

**Recibido:** Mayo 25, 2015

**Aceptado:** Septiembre 11, 2015

**Correspondencia:**

Remberto Burgos de la Espriella  
*rembertoburgos@yahoo.com*