

PUNTOS DE VISTA

ALGUNAS ANOTACIONES
SOBRE LOS EFECTOS DE LA
LEY 100 EN LA DOCENCIA MÉDICA*Jochen Gerstner B. **

A pesar de los conceptos filosóficos del aseguramiento integral de una salud para todos, ya conocemos de sobra los efectos negativos que ha producido la implementación de la Ley 100 en la atención médica de los colombianos al convertir la medicina en una profesión que comercia con la salud.

Con la creación de las llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS) se entró a generar un costo adicional a la salud convertida en un “negocio”, que para darle utilidades a los intermediarios termina ofreciendo menos y menos servicios a sus afiliados.

Estos efectos negativos han recaído sobre los hospitales, sobre el médico general y el especialista, sobre el paciente y sobre los programas de pre y posgrado de las facultades de Medicina. Vamos a describir someramente en ese orden los efectos negativos de la Ley 100.

Con respecto a los **hospitales**, en el Valle del Cauca el Estado pagaba anualmente por un paciente subsidiado \$ 128.530 y por un paciente vinculado sólo reconocía una tercera parte o sea \$ 40.000 pese a que el paciente recibe más servicios. El faltante debe asumirlo el hospital, lo que agudiza el déficit que implica trabajar a pérdida, pues este novedoso sistema parte de costos irreales, que las EPS se demoran en

cancelar y el Estado busca excusas para no situar a tiempo su participación con las partidas que le corresponde girar. Desde que los hospitales se convirtieron en “Empresas Sociales del Estado” ofrecen servicios al costo mínimo y con grandes deficiencias (compensados por un enorme esfuerzo del personal médico y paramédico), que progresivamente han sumido los hospitales en una profunda crisis económica (quiebra), situación que el anterior Ministro de Salud atribuía en forma simplista a malos manejos administrativos (que no faltan) y que curiosamente, surgieron como problema de salud pública, apenas empezó a aplicarse la Ley 100.

Las demoras en el flujo de los recursos a los hospitales, la enorme carga prestacional de sus empleados y la disminución de los presupuestos de funcionamiento por la descentralización administrativa pone en peligro a las instituciones hospitalarias que el país necesita y la docencia universitaria reclama, al restringir la atención médica a la franja poblacional no cubierta por los regímenes subsidiado y contributivo y así favorecer una selección (poco ética) de los pacientes que tienen alguna posibilidad de pago!

Desde que le aplicaron la teoría económica a la salud, se está promocionando la idea de que la salud es un negocio rentable, pero trabajar al fiado no es rentable para ninguna

* Médico Ortopedista y Traumatólogo, Profesor titular de Ortopedia y Traumatología, Universidad del Valle.

entidad de salud porque los proveedores no aguantan ni toleran demoras en el pago de los insumos médicos y quirúrgicos que los hospitales necesitan para prestar sus servicios.

Con un sistema de previsión social tan precario y de cobertura tan baja como el nuestro, la política de la Ley 100 saca del mercado a amplios sectores de la población más pobre, es decir, a más del 50 por ciento, que es la población que tradicionalmente ha sido la “clientela” de los hospitales en el sistema anterior y que no está cobijada por el Plan Obligatorio de Salud (POS) ni por el Sisbén, sistema subsidiado de seguridad social altamente corrupto y politizado, en vías de depuración.

A los **médicos generales**, que son los que mueven el “negocio” de las EPS dizque les han mejorado sus ingresos pero al precio de vulnerar sus autonomía decisoria; las decisiones médicas las hacen ahora los burócratas de las EPS e IPS o del Ministerio de Salud, que anteponen los intereses de su empresa a las necesidades del paciente.

Hoy se vive la peor crisis de los profesionales de la salud. Esta situación se traduce en bajos salarios, precarias o nulas prestaciones por los sistemas de contratación que han proletarizado a la profesión con altos índices de desempleo y subempleo.

El ejercicio de la profesión médica está profundamente intervenido por las empresas prestadoras de salud, por las entidades de medicina prepagada que contratan a los profesionales de la salud bajo sus reglas de juego (muchas de ellas desconocidas previamente por ellos), por las Instituciones prestadoras de servicios y aún por nuestros propios colegas, convertidos en auditores médicos después de un breve curso de seis meses o por los administradores de la salud, casi siempre salubristas y médicos generales que han preferido un sueldo al libre ejercicio de la profesión.

La cantidad de requisitos, papeles, documentos, se ha desbordado en forma impresionante. Ahora se demora más el cirujano llenando historias, incapacidades y formularios que operando. Un optimista señalaba que ahora la cirugía tiene dos etapas: la técnica o sea el procedimiento operatorio y la procesal descriptiva que es escrita y debe explicar el procedimiento a satisfacción de los auditores y consume un tiempo considerable entre una cirugía y la siguiente.

Se ha roto la relación médico paciente. Cada día existe menos tiempo para escuchar y hablar con el paciente, para examinarlo, pues el papeleo es tan interminable que para solicitar cualquier examen o procedimiento hay que enviar

un resumen de historia, con detalles que semejan una declaración de renta. La historia clínica pasa por tantas manos de auditores, secretarías y porteros que intervienen en las autorizaciones, que el secreto médico desapareció hace tiempo entre trámite y trámite.

Es deprimente observar el conformismo y la resignación del cuerpo médico frente a los programas obligatorios que ha impuesto la Ley 100, pero “la necesidad tiene cara de perro” como dice el argot popular. Los médicos, a pesar de todas estas adversidades siguen siendo superiores a sus dirigentes. La asociación colombiana de facultades de medicina señalaba:

“La Ley 100 convirtió a la Medicina en un oficio, al médico en un vendedor de servicios y al paciente en un cliente consumidor del producto industrial de la salud que venden las EPS. Los médicos actualmente consiguen su prestigio por mercadeo y los clientes por un directorio cerrado.

La responsabilidad social del Estado ha sido transferida a entidades comerciales y la ética médica ha sido reemplazada por una ética corporativa”.

Los que sí han sentido una disminución marcada de sus ingresos son gran parte de los médicos **especialistas**, que están ganando menos con más horas de trabajo y sus vacantes están siendo ocupadas por “especialistas” no certificados que no resisten ni la revisión de un ICFES politizado.

Cada día vigilan más y cuestionan las decisiones médicas de tratamiento, las prescripciones, el tiempo quirúrgico, las habilidades y sobre todo los resultados, medidos en volumen, nunca por la calidad de los servicios prestados.

Las instituciones de salud no le creen a nadie, ni al médico ni al paciente. Es el reino de la desconfianza total. Para creer en el diagnóstico de un síndrome del túnel carpiano se requiere el testimonio jurídico de una electromiografía para determinar las velocidades de conducción nerviosa. Para pagar la cirugía artroscópica es obligatorio remitir el video del procedimiento para que los “expertos” determinen el pago de los honorarios. Los justos pagan por los abundantes pecadores que tiene el sistema.

La última moda institucionalizada es su empeño para que los médicos desarrollen “protocolos específicos de manejo,” que buscan mejorar el tiempo del cuidado de la salud, reducir costos y evitar procedimientos innecesarios, todas metas muy loables pero que encierran dos graves peligros para la profesión médica:

- 1- Favorecen el pensamiento lineal, la visión tubular, sacrificando la oportunidad de un pensamiento lateral divergente, de un pensamiento crítico y la capacidad de deducción.
La medicina tipo receta de cocina es muy cómoda para muchos médicos porque no implica ningún esfuerzo creativo ni deductivo.
- 2- Estas guías o protocolos de manejo son un arma de doble filo. Primero, son benéficas para las directivas o para los auditores de las empresas de salud pues les facilitan la persecución de los colegas que se salgan de sus esquemas y segundo para los abogados que puedan inculpar a los profesionales de la salud que se marginen de dichos protocolos al ser llevados al banquillo de los acusados por mala práctica.

Los pocos pacientes que logran ser referidos al especialista, por ejemplo en ortopedia, por las EPS o por las tutelas, deben ser operados o sometidos a una artroscopia para que sean rentables al profesional, ya que el manejo médico o conservador, por ejemplo, de las fracturas no es ni remunerado ni estimulado por ninguna EPS.

El especialista está enfrentando actualmente el dilema de ser fiel a sus principios hipocráticos o a sus intereses económicos y esto obviamente facilita la corrupción del profesional.

Aunque los médicos se consideran altamente perjudicados por esta Ley, el mayor perjuicio lo reciben todos los pacientes, los **enfermos**, especialmente los llamados "vinculados" que son irónicamente los más desvinculados de todos porque no logran ser atendidos a pérdida por las empresas sociales del Estado.

Los clientes de los regímenes contributivo y subsidiado han crecido tanto que el sistema no está preparado para atenderlos adecuadamente en base a volúmenes altos y márgenes bajos de utilidad. Buen ejemplo de esto es la atención que reciben los pacientes de la primera EPS del país, el Instituto de Seguro Social.

El hecho claro y contundente de la Ley 100 y su implementación es que cada día más personas tienen derecho a menos salud, y si a esto se agrega la libertad de precios de los medicamentos, la salud se ha convertido en un lujo que solo pueden darse algunos afiliados a estos sistemas, que reciben drogas genéricas y las personas cuyos ingresos les permitan adquirirlas. Pero como los colombianos son tan sufridos y aguantadores, resistirán bastante tiempo este sistema sin protestar ni hacer un paro!

La Ley 100 ha transformado profundamente el ejercicio de la medicina y de la cirugía. Ni la caridad tiene cabida en este sistema. Hoy en día si un cirujano desea ayudar a un paciente operándolo gratuitamente, no tiene donde hacerlo o debe pagarle a las Empresas Sociales del Estado para poderle realizar algún procedimiento quirúrgico a su paciente indigente.

Existe escasa preocupación sobre los efectos de dicha Ley sobre la **docencia médica** universitaria y sobre la vida académica, la cual no parece tener cabida en este nuevo sistema de salud y afecta en forma letal a la docencia médica universitaria de pre y posgrado que se realiza en los hospitales universitarios y en sus hospitales afiliados. La crisis de los hospitales y la proliferación de facultades afectan la calidad de los futuros profesionales que además han perdido posibilidades de trabajo, fenómeno que puede medirse por el reducido número de aspirantes a especialidades médicas este año en la Universidad del Valle.

Estos centros hospitalarios requieren un número adecuado de pacientes para que la calidad de la docencia impartida sea buena y para que refleje los problemas que va a enfrentar el futuro médico o especialista. Esto actualmente está limitado por disminución notoria del ingreso de los pacientes vinculados a los programas docente-asistenciales de alta calidad como los que existían antes de esta funesta Ley. Todo tiempo pretérito fue mejor, es un decir de los viejos que en este caso tiene vigencia plena.

Los hospitales viven saturados con urgencias médicas y quirúrgicas y la cirugía electiva está prácticamente en vía de extinción. Todo esto se traduce en que los pacientes hospitalizados sean de trauma y urgencias médico-quirúrgicas y que los pacientes de consulta externa sean controles de estos mismos hospitalizados y algunos nuevos pacientes que requieren cirugía reconstructiva o paliativa que nunca se va a realizar.

La investigación y la preparación de la enseñanza académica son todavía actividades nocturnas y de fin de semana de los docentes que subsisten, ya que el tiempo diurno tienen que invertirlo en ver y operar más y más pacientes para cubrir las cuotas de productividad que les permitan subsistir decorosamente.

La docencia médica universitaria está de capa caída, ya que ahora las facultades de medicina como la del Valle quieren acudir al sistema norteamericano, donde el 45% de sus fondos provienen del trabajo profesional de sus profesores en el área clínica y quirúrgica. Para lograr este objetivo están saliendo del personal de experiencia, de

los expertos guardianes del pasado, pues consideran que con sus años de experiencia van a bloquear estas nuevas ideas del ejercicio profesional, protegiendo los sistemas anteriores. Prefieren contratar profesionales jóvenes que no cuestionen esta modalidad, que sigan las directrices de las empresas de salud. Esta iniciativa tiene el inconveniente de que no tiene antecedentes importantes de ensayo en nuestro medio y que las facultades de medicina nunca han explotado a sus docentes para poderles financiar sus salarios. Esta modalidad está intentando implantarse en los hospitales universitarios, donde se pretende montar Institutos de especialistas o empresas asociativas de trabajo que ofrezcan servicios de salud a la comunidad para que pueden autofinanciar los sueldos de sus asociados.

Entre las propuestas de solución para este grave problema docente-asistencial están:

- 1- Retornar a las secretarías de salud los recursos y las acciones de salud pública, para atender a los pacientes vinculados del sistema en los hospitales universitarios, e implementar planes de contingencia para dar solución inmediata a los hospitales en crisis.
- 2- Racionalizar la creación de facultades de medicina y clausurar las que no cumplan con los requisitos mínimos de calidad y vinculación hospitalaria solicitados por el Consejo Nacional de acreditación y ASCOFAME, a través de una reforma de la Ley 30 de 1992. Esto mejorará indudablemente la calidad de los egresados médicos al sistema de salud.
- 3- Hacer efectivos los convenios docente-asistenciales entre las facultades de medicina y los hospitales universitarios y sus centros afiliados para facilitar el acceso a la consulta externa y a los servicios asistenciales de los hospitales de los pacientes que representen la proporcionalidad de las patologías del país, para ofrecer así una docencia y una asistencia digna que refleje las causas más frecuentes de consulta.

Es bien probable que esta nueva situación del ejercicio de la medicina vaya a requerir cambios en la educación médica, cambios que combinen simultáneamente la enseñanza con el cuidado del paciente a través de diálogos entre los docentes-asistenciales y los estudiantes y médicos en formación, reduciendo las conferencias magistrales a las básicas, y a través del “enfoque por problemas” solucionar en forma efectiva las causas de consulta, desarrollando en los alumnos mentes que cuestionen, que sean curiosas, que busquen nuevas alternativas e innoven los tratamientos.

- 4- Defender a toda costa la ética médica puesta en peligro por la implementación de la Ley 100 como lo está encarrando la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SCCOT) en todas sus reuniones científicas y deben hacerlo las facultades de medicina.
- 5- La solución del problema es la unión médica nacional alrededor de la Asociación Médica Colombiana que requiere nuestro total e irrestricto apoyo para que los problemas de salud sean definidos y ejecutados por médicos activos y representativos, que participen en el desarrollo de leyes ante los entes legisladores y políticos, para que la salud no siga siendo un lujo impuesto por abogados y economistas.

Esta puede ser la única y última oportunidad para salvar lo que queda de la docencia médica universitaria para el futuro de Colombia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gerstner, J.: Efectos de la Ley 100 sobre la medicina y los programas docente-asistenciales de Ortopedia y Traumatología en el pre y posgrado universitario. *Carta Ortopédica de la SCCOT* pp 7-9. Noviembre-diciembre de 1999.
2. Hensinger, R.N. Editorial. *Journal of Pediatric Orthopaedics*. Volume 20, 2, 2000.