

# **Los aspectos negativos y altamente lesivos a la Medicina y a la Odontología como ciencias y como profesiones**

---

## **The aspects negative and highly prejudicial to medicine and dentistry as sciences and as professions**

---

## **Os aspectos negativos e altamente lesivos à medicina e à odontologia como ciências e como profissões**

Francisco Henao Pérez\*

---

---

\* Médico; especialista en Cirugía General y Cirugía Gastrointestinal; profesor titular de la Facultad de Medicina; director del Centro Javeriano de Oncología; miembro del Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Medicina; profesor, Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: fhenao@javeriana.edu.co



Los decretos de ley expedidos por el Gobierno Nacional en el marco de la emergencia social han sido objeto de análisis y crítica por diferentes estamentos, motivo de muchas reuniones y declaraciones que han aparecido en los diferentes medios de comunicación.

Reconocemos que existen aspectos positivos como las disposiciones sobre inspección y vigilancia para luchar contra la corrupción en el sistema, o las medidas para agilizar la solución de controversias entre las diferentes entidades y organismos del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y aun la buena intención, posiblemente sin lograrlo, de dictar medidas tendientes a garantizar el acceso, la oportunidad, la continuidad, la calidad y la eficacia en la prestación de los servicios de salud, o en los mecanismos para administrar y optimizar el flujo de recursos que financian el sistema.

Nos referiremos en esta presentación a los principales, mas no todos, los aspectos negativos y altamente lesivos para la Medicina y la Odontología como ciencias y como profesiones que conllevan los citados decretos. Comenzamos por rechazar los términos ofensivos en los que allí se hace referencia a los profesionales médicos y odontólogos, convertidos en una simple herramienta de contención de gastos, y responsables de la existencia de una demanda irracional e injustificada de procedimientos, intervenciones insumos, dispositivos, medicamentos y demás servicios. Es posible que ello ocurra en unos pocos casos, pero la mayoría, ¿no obedecerá a nuevas, mayores y mejores opciones diagnósticas y terapéuticas, al aumento de la demanda por parte de los enfermos y a que ahora, al menos en teoría, más personas tienen acceso al sistema? Ponemos de presente que en la elaboración de los decretos no participaron médicos clínicos en ejercicio, solamente técnicos en administración en salud y muy cercanos a las Entidad Promotora de Salud (EPS).

Fundamentalmente analizaremos lo referente al profesionalismo y a la autonomía, a la academia y a la investigación, a la relación médico-paciente y a los derechos de los enfermos.

## **Profesionalismo y autonomía**

Diversas voces se han manifestado desde la expedición de la Ley 100 de 1993, sobre la creciente desprofesionalización de la Medicina y de la Odontología, que se encuentran constreñidas por un sistema de aseguramiento de carácter eminentemente comercial y económico, situación que se agrava con los nuevos decretos que coartan aún más la autonomía médica y odontológica en la toma de decisiones clínicas.

La Medicina y la Odontología, como ciencias, son actividades profundamente intelectuales y humanísticas, orientadas a la creación, transmisión, sistematización y aplicación del conocimiento biomédico, con el compromiso de trabajar por el bien de los enfermos, con altos estándares éticos que incluyen, por supuesto, una rigurosa autorregulación.

La Ley 1164 de 2007, conocida como Ley del Talento Humano, define la autonomía como: “El personal de la salud debe ejercer su capacidad para deliberar, decidir, y actuar. Las decisiones personales, siempre que no afecten desfavorablemente a sí mismo y a los demás, deben ser respetadas.”

El profesionalismo, traducido como maestría, pero sobre todo como idoneidad, es la mejor garantía para la calidad de la atención. De esta forma, podríamos decir que la autonomía está basada en la educación de pregrado, posgrado y continuada, individual o colectiva, y en el ejercicio profesional con libertad y responsabilidad. Preferimos utilizar el término responsabilidad al de autocontrol, porque significa mucho más.

Es claro que no debe confundirse la autonomía con el libertinaje o con la impunidad. Las contravenciones a la buena práctica médica y odontológica son analizadas inicialmente en los comités de control de calidad de las instituciones y las infracciones son sancionadas por los tribunales de ética creados por la Ley 23 de 1981, primera de su tipo en Suramérica y en activo funcionamiento, y que esta próxima a cumplir 29 años el próximo 18 de febrero.

La posición dominante de los intermediarios ha limitado la buena práctica, mediante la restricción para el uso de exámenes e imágenes diagnósticas y la reducción en los tiempos para consulta. En odontología no solamente se diagnostica, sino que se realizan procedimientos de distintos grados de complejidad que exceden los tiempos predeterminados. El exceso de trámites administrativos y burocráticos limitan el tiempo verdaderamente profesional que se dedica al paciente y someten los procedimientos a una muy complicada tramitología que, sumada a la baja remuneración, afecta de manera directa la excelencia de los actos médicos y odontológicos.

Finalmente, teniendo en cuenta la intermediación, el desvío y el flujo de recursos, el costo administrativo y la integración vertical, entre otros aspectos económicos y administrativos que afectan la calidad del acto médico, ¿quién asumirá entonces la responsabilidad final del paciente, cuando el médico y el odontólogo han perdido su autonomía en la decisión clínica teniendo que someterse a guías o protocolos de manejo?

### **Academia e investigación**

Hemos dicho que entendemos la autonomía basada, fundamentalmente, en el conocimiento, producto de una excelente formación académica y que se traduce en

idoneidad. Puesto que la universidad es el escenario académico por excelencia, tanto en la formación básica como en la avanzada, en el pregrado, en el posgrado y en la educación continuada, creemos que los decretos afectan negativamente lo más profundo de su ser y naturaleza, como es “la formación integral de personas, la creación, desarrollo y transmisión de la ciencia y de la cultura de manera que trascienda lo puramente informativo y técnico” (Universidad Javeriana, *Sery Naturaleza*), y que en diferentes términos, pero con el mismo espíritu, comparten muchas facultades de Medicina y Odontología.

Entendemos entonces que la competencia, maestría o idoneidad, como hemos venido diciendo, no es solamente el conocimiento; es el conjunto de actitudes, de comportamientos, la relación con los demás personas, y el uso del conocimiento en la solución de problemas.

Se ha pretendido subordinar las conciencias de médicos y odontólogos a unas guías de manejo, o guías de práctica clínica, que en general son para pacientes promedio, que son los menos, y generalmente no contemplan circunstancias particulares muy importantes como los aspectos étnicos, laborales, del entorno, las relaciones familiares y sociales, la edad, las creencias religiosas, el estado nutricional y las enfermedades asociadas. Las guías van en detrimento de la relación médico/paciente, ya que se refieren solamente a enfermedades y no a enfermos.

Al tener un carácter de obligatoriedad, así se predique lo contrario, y en teoría se permita alejarse de ellas, son tales las trabas burocráticas que seguramente desalentarían a los profesionales a desviarse de ellas. Esto, a su vez, limitaría en forma importante la posibilidad de innovación y de investigación.

La evidencia científica cambia muy rápidamente. No alcanzo a imaginarme quién



ni cómo hará cerca de 10.760 guías que corresponden a cada una de las patologías que aparecen en la clasificación internacional de enfermedades. Esto sin contar situaciones especiales y procedimientos quirúrgicos y terapéuticos, y además quién las va a actualizar cada dos años, que es el tiempo estimado de obsolescencia.

Dos importantes publicaciones, una de Worrall y colaboradores, aparecida en la revista de la Asociación Médica de Canadá, y otra de Thomas y colaboradores, en *Qual Health Care*, señalan que hay poca evidencia de que el uso de las guías mejore el desenlace de los pacientes. En cambio, la literatura médica es extensa en señalar que la adherencia a las guías no pasa del 50% en muchos casos.

Los artículos 5º y 6º del Decreto 131 de 2010 contemplan la creación de un organismo técnico-científico integrado por los ministros de la Protección Social y de Hacienda y Crédito Público, o sus delegados, el director de Colciencias o su delegado, y tres profesionales con amplia experiencia y calificación en los campos de investigación en salud, economía de la salud, y en la aplicación de estas ciencias a la toma de decisiones de política en salud, y *ninguno del área clínica*, relacionada con la atención de los enfermos. Ellos conforman el grupo de personas que tienen a su cargo la adopción de los estándares de la práctica médica y odontológica que son vinculantes para todos los actores del sistema y de obligatorio cumplimiento.

De permanecer así, lo mejor, por supuesto, sería derogarlo, pero si esto es muy difícil, al menos la reglamentación debería escribirse en otros términos. De lo contrario, sobrarían universidades, médicos y odontólogos, y nos convertiríamos en simples técnicos con un manual de guías, sin ningún poder de juicio, raciocinio, crítica, disensión o innovación,

principios todos inherentes a la formación universitaria.

## **La relación médico/paciente y los derechos de los enfermos**

La razón de ser de la Medicina y de la Odontología son los enfermos. Por lo tanto, si se vulneran sus derechos, se afecta el acto médico. Entender que los recursos para la salud no son ilimitados es claro; hacer un manejo adecuado de los existentes es una obligación; tener un plan obligatorio de salud que contemple las patologías más frecuentes parece lógico; pero limitar los tratamientos de algunas patologías, por considerarlas excepcionales, por ser más complejas, pero sobre todo más costosas, es aberrante.

Con las distintas manifestaciones de protesta han aparecido aclaraciones, comentarios, comunicados y entrevistas a los diferentes actores.

En respuesta a una reunión del señor presidente de la República con miembros de la Academia Nacional de Medicina y el Tribunal de Ética Médica, con fecha 2 de febrero de 2010, se expidió un comunicado de cinco puntos en el que textualmente se expresa:

1. Se reitera el respeto a la autonomía científica de médicos y odontólogos.
2. En consecuencia con lo anterior. El decreto reglamentario debe aclarar el alcance del decreto ley respectivo en el sentido de que las guías son referencias de las cuales se pueden apartar los médicos y que solamente serán obligatorias aquellas que los mismos médicos en sus comisiones científicas definan y que sin embargo también podrán apartarse de estas obligaciones con la debida justificación.

3. La única institución competente para conocer los casos de los cuales puedan derivarse sanciones a médicos y odontólogos son las instituciones conformadas por sus pares, que son los tribunales de ética respectivos.
4. El gobierno reiteró a la Academia Nacional de Medicina y al Tribunal Nacional de Ética Médica que, siguiendo la misma dirección de la Ley 100, el actual Plan Obligatorio de Salud es el Mínimo. Así debe quedar consignado en el Decreto reglamentario: QUE NO SE PUEDE DESMEJORAR Y CUALQUIER REVISIÓN FUTURA ES PARA MEJORARLO.
5. El Gobierno expresó toda su voluntad de consensuar la reglamentación para que no queden dudas sobre estas materias.

En efecto, dos días más tarde se expidió el Decreto 358, que reglamenta parcialmente el 131, pero que no cambia mucho ni responde a las críticas sobre la pérdida de la autonomía, razón por la cual la Academia Nacional de Medicina reitera su deseo de trabajar para mejorar los decretos, y eso en ninguna forma significa que avale los actuales.

De la misma manera, se ha insistido públicamente que el POS no va a cambiar, sino para mejorar. Pero de hecho ya es bastante limitado, y vale al respecto el siguiente ejemplo: existen cerca de 100 medicamentos distintos de utilidad comprobada en los

diferentes tipos y estados de cáncer. El POS contempla solamente 25, es decir, la cuarta parte de los existentes.

En repetidas oportunidades el señor presidente ha dicho que se respetará la autonomía de médicos y odontólogos, que no se rebajarán los beneficios del POS, que los pobres no tendrán que utilizar sus cesantías, ahorros o préstamos bancarios para tener derecho a los tratamientos, y que inclusive es preferible que el Congreso derogue ese artículo.

Se trata de buenas intenciones que deben necesariamente quedar consignadas en los decretos reglamentarios. Mientras que esto no quede escrito con fuerza de ley, todo se puede hablar y explicar, pero no pasa de ser un comentario.

Es la oportunidad para que la universidad, las sociedades científicas, Ascofame, ACFO, las asociaciones de pacientes, los gobernadores, los alcaldes y demás estamentos de la sociedad estén vigilantes y contribuyan positivamente mediante el estudio y la elaboración juiciosa de los decretos reglamentarios, o la solicitud de derogatoria de los que no sean convenientes, en la reforma del sistema nacional de seguridad social en salud, que es necesaria, pero que debe quedar bien soportada y redactada para beneficio fundamental de los enfermos, actuales o potenciales, es decir, de todos los colombianos.

