

ACERCA DE LA SELECCION ADVERSA

Carlos Alberto Gómez Fajardo

Son muchas las consecuencias negativas que sobre la comunidad ha determinado la puesta en marcha de la concepción mercantilista de la salud impuesta como norma jurídica en nuestro país con la ley 100 de Seguridad Social. Lo injusto se convirtió en norma sancionada por la ley, ante la pasmosa indiferencia de la nación, de sus representantes políticos y de uno de sus gremios más importantes, los médicos.

Uno de estos fenómenos negativos es la "selección adversa", fenómeno bien conocido por los teóricos de los sistemas de prestación de servicios de salud. De manera resumida lo podemos describir como la exclusión, por parte del sistema, de aquellos "clientes" que eventualmente representan una mayor probabilidad de gastos y cuyas retribuciones nunca serán -en el aspecto monetario- las suficientes para el pago de lo que el sistema habría "invertido" en ellos. El nuevo sistema, riguroso e implacablemente fundamentado en una concepción materialista del hombre, por diferentes métodos, excluye de su cobertura a aquellos grupos de población cuyo rendimiento financiero es negativo: ancianos, pacientes de enfermedades degenerativas y crónicas, cáncer, tratamientos de muy alto costo y de alta demanda de tecnologías médicas complejas. Basta para ello constatar -quienes somos médicos practicantes lo conocemos- las dificultades sin fin que surgen para el cubrimiento de determinados servicios por parte de una creciente burocracia que hace "operar" la ley de seguridad social. Como ejemplo puede citarse el engendro de los sistemas de "direccionamiento" de pacientes como el CRAE, invención de burócratas que ante el país demuestran hasta donde llegan los extremos negativos del "ingenio" de los antioqueños. Desafortunadamente las aisladas voces de protesta que se han levantado ante esta nueva figura aún carecen de una verdadera resonancia nacional. Estos hechos requieren de un análisis coherente y con un sano sentido de la dirección y elliderazgo. No conocemos aún quien los sepa encauzar por buenos caminos políticos.

Otro de los grupos de la población colombiana que más particularmente se ha visto afectado por estos vientos de neoliberalismo radical es el de las mujeres en embarazo y los niños menores de un año: aquellos a quienes los salubristas han denominado "población materno-infantil". Al cierre del hospital Lorencita Villegas de Santos -situación de muy complejas y variadas causas- se suma la precaria condición de muchos otros centros hospitalarios del país. En la pasada administración del ISS ocurrió el cierre del servicio de maternidad de la Clínica León XIII de Medellín, uno de los centros de atención obstétrica más grandes e importantes de Colombia, y por su desmesurado volumen, quizás del continente. En aquella clínica se llegó a atender hasta unos 18.000 partos al año. Su cierre -medida rápida e irrefutable, en el mejor estilo de los estrategas de la "blitzkrieg", fue "neutralizado" con la sorpresa con la cual se procedió y con la "apertura" de dos servicios obstétricos periféricos que en la realidad ya existían con anterioridad y que no alcanzan a cubrir sino una parte de lo que fue suprimido. Su responsable político, un eficaz, duro y fugaz funcionario del régimen anterior, pronto será olvidado por la veleidosa opinión pública nacional.

La "selección adversa" tiene otras características que la tipifican: cada vez es más difícil, para la paciente y para el médico, por razones logísticas, la atención de un control prenatal institucional riguroso, sistemático y moderno. La desorganización y corrupción del sistema hace que las ayudas de laboratorio rutinarias (ecografía, laboratorio clínico, monitoreo electrónico fetal) se conviertan en una cadena de favores sucesivos, más que en la operación de un sistema de servicio a la comunidad. El paso a contrataciones de servicios añade características de poca transparencia a un área de servicios obstétricos que fuera de grandísimo valor para generaciones de colombianos.

Un obstetra que ha experimentado y conocido durante años el funcionamiento de este sistema no puede por lo menos dejar de formularse las siguientes preguntas: ¿Dónde se encuentran aquellas pacientes de alta complejidad que usualmente visitaban nuestros servicios obstétricos?: Preeclámpticas graves, hipertensas crónicas de difícil manejo médico, cardiópatas en embarazo, enfermas renales crónicas. ¿A dónde están consultando las pacientes con complejas condiciones médicas preexistentes que se suman al estado de gestación?: lupus, enfermedades del colágeno, diabetes y otros trastornos endocrinológicos? ¿A dónde ubica actualmente el sistema aquellas maternas ictericas y aquellas enfermas neurológicas que aún en las condiciones de la mayor disponibilidad de experiencia en el personal y en el armamentario tecnológico representan complejísimos retos para el obstetra y su equipo multidisciplinario con interés y formación en el campo de alto riesgo obstétrico?

Quizás estas mujeres, colombianas pobres o de niveles socioeconómicos al menos dependientes de un salario de clase media, se encuentran en alguna de las oficinas intermediarias que el sistema ha ideado para "racionalizar" el proceso de atención. Allí, es obvio, un funcionario anónimo encuentra los mecanismos para no autorizar las medidas de los médicos tratantes, en caso de que hayan logrado ser vistas por un especialista.

En el caso de la León XIII de la ciudad de Medellín lo que ocurrió fue que en un lapso de dos años se desmoronó toda una infraestructura de atención ginecológica, obstétrica y perinatal.

Del mismo modo, ante la mirada atónita de las pacientes afiliadas o beneficiarias del ISS, ocurrió en ese lapso la casi total desarticulación del servicio de cirugía ginecológica. Son enormes los contratiempos y los obstáculos que tiene que superar una de estas pacientes para ser atendida por un ginecólogo, en condiciones de continuidad y de relación médico paciente que distan mucho de ser las ideales para el ejercicio de esta especialidad. Con esfuerzos enormes en las

condiciones actuales un puñado de enfermas ginecológicas pueden ser operadas. A esto se suman discutibles criterios de evaluación preoperatoria y de cuidados postoperatorios que se han convertido en lo “normal”. Prácticamente no existe posibilidad de establecer ninguna medida de seguimiento de las pacientes a largo plazo.

Para quien no puede negar el significado de las cifras de mortalidad materna y perinatal como indicadores de la situación de salud de una nación, esto no puede pasar desapercibido. Se trata de un problema de unas magnitudes sociológicas y políticas incalculables. En sociedades civilizadas situaciones como la del cierre del servicio de maternidad del ISS serían motivo para investigaciones y juicios de responsabilidades en los más altos niveles de la dirección del estado.

Este tema debería haber sido, desde hace por lo menos unos cinco años, material para uno de los debates políticos más rigurosos e importantes que se considerarían en Colombia. Si nuestra opinión pública fuese realmente madura y patriótica, tendría que ocuparse de cuestiones de la trascendencia y magnitud del tema propuesto, la salud materno-infantil. Pero no, Colombia está paralizada ante la patológica difusión que hacen los medios de comunicación al tema de las conversaciones con unas antiguas y violentas minorías carentes de oído y de corazón.

Es asombroso, por no decir algo más, la cortina de silencio que sobre un asunto tan crucial como la salud materno infantil, han tendido las organizaciones médicas de la Ginecología y Obstetricia. Se debe también incluir aquí el silencio inexplicable de las organizaciones de Pediatría. Es como si se encontrasen absortas en infinitas discusiones sobre negociación de honorarios con los intermediarios impuestos por el sistema. No han podido comprender que los culpables no son los pagadores, es el sistema. Como se trata de una consideración de envergadura estructural, los líderes de los gremios médicos contemporáneos la han evitado de manera sistemática. La historia -y las cifras de los indicadores como la mortalidad materna y perinatal- harán que la comunidad se interrogue sobre el papel que los médicos colombianos, en especial los obstetras y los pediatras hemos asumido en esta crisis. Se trata de una responsabilidad colosal. Estos problemas se comenzaron a solucionar en los países civilizados en los primeros veinte años del siglo que termina. En el próximo siglo nos tocará comenzar a trabajar sobre los restos de la demolición que efectuó la ley 100 (y, hay que decirlo claramente, el gobierno de César Gaviria Trujillo) en la salud materno-infantil colombiana.

Medellín, noviembre de 1999