

Imprimir

El pasado 4 de abril la Comisión Séptima del Senado aprobó en tercer debate el proyecto de Ley 261 de 2017 “Por medio de la cual se reglamenta el sistema de residencias médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones”. En lo aprobado se crea un contrato especial de práctica formativa para los residentes, que les reconozca una remuneración mensual no inferior a tres salarios mínimos mensuales, la afiliación al sistema de salud, pensión y riesgos laborales en el marco del plan de formación propias del programa. Se establece un mecanismo de financiación dado a través de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES, que girará los recursos a la Institución Prestadora de Servicios de Salud quienes verificarán el cumplimiento del contrato y pagarán a los residentes. El fondo tendrá como fuente de financiación un 0.5% de los recursos de la cotización del régimen contributivo, y los recursos que actualmente se destinan para el fondo de becas crédito establecidos en el parágrafo 1 del artículo 193 de la ley 100 de 1993.

Al respecto, el Ministerio de Salud y Protección Social manifestó en el debate la inconveniencia de la proveniencia de estos fondos, ya que afectarían la prestación de servicios de los pacientes de este régimen. No obstante, el ministerio no presenta alternativa en esa alocución respecto de dónde podrían provenir los fondos. Posteriormente, se han propuesto alternativas como recursos de los entes territoriales destinados para la prestación de servicios, fondo de loterías o excedentes del SOAT.

El Ministerio de Hacienda presentó en el debate un concepto fiscal negativo para la aprobación de la ley, lo que generó un rechazo por parte del coordinador de ponentes, Senador Jorge Iván Ospina, dado que este Ministerio no se ha hecho presente en las audiencias citadas por el Congreso y, a último momento, emitió un concepto que se fundamenta en cifras confusas del número de residentes existentes en la actualidad. El Ministerio de Hacienda realizó sus cálculos sobre 10 mil residentes, lo que, a su juicio, generaría un impacto fiscal que supera los 400 mil millones de pesos al año. Las cifras ciertas del Ministerio de Salud y las Universidades corresponden a 5 mil médicos y no al número expuesto por el Ministerio de Hacienda. No es cierta tampoco la argumentación del gobierno en varios conceptos negativos al proyecto en donde expresan que el Estado no podría

remunerar a médicos residentes que presten servicios a entidades privadas, solo a los públicos. Con este mismo argumento se tendrían que desmontar todo el sistema general de seguridad social en salud, dado que este es un sistema financiado con recursos públicos, que admite la administración de los mismos por aseguradores privados como las EPS, y la prestación de servicios por parte de instituciones privadas como las clínicas. El médico residente es un trabajador de ese sistema de seguridad social en salud.

El otro punto fundamental del proyecto de ley es el atinente a la regulación de las matrículas, en el que las instituciones de educación superior no podrán cobrar por estas un valor superior a los costos operativos y administrativos. Estos serán establecidos con criterios técnicos por el Ministerio de Salud y Educación. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, en audiencia previa de este proyecto de ley, señaló que los costos administrativos y operativos de una Universidad como por ejemplo la del Rosario podrían estar en 5 millones de pesos semestre o menos. En la actualidad existen instituciones que cobran hasta 40 millones de pesos anuales.

En ese sentido, el proyecto de ley contempla que se prohíban las contraprestaciones que universidades deben pagar a hospitales para que el residente pueda rotar. Estas alcanzan el 70% y se financian de la matrícula de los residentes. Es una práctica que se ha instaurado de manera arbitraria en Bogotá y hasta ahora comienza a extenderse en el eje cafetero; en medio de la ausencia de directrices técnicas y estudios que muestren por qué se deben pagar esas contraprestaciones y cuál es la destinación que tienen las mismas en el marco del convenio docencia-servicio. El único estudio que existe sobre los costos del hospital universitario en la formación docente del posgrado es el del Hospital Universitario San Ignacio, que muestra que en un año el ejercicio docente arroja ganancias que superan los mil millones de pesos (\$1,026.183.493). El estudio referencia una comparación entre costos e ingresos y ese es el resultado. Se debe tener en cuenta que el residente es un médico graduado que ejerce actividades que son facturables por la entidad hospitalaria ante el sistema general de seguridad social en salud.

Desde esta perspectiva, no es aceptable la solicitud que ha hecho la Asociación Colombiana

de Clínicas y Hospitales al Senado de la República, de retirar el párrafo que impide que se continúe con esta contraprestación que se le carga al residente. Se ha expresado desde el Gobierno Nacional y el Congreso que se ha planteado por parte de algunos voceros de estas instituciones incluso no recibir a los residentes en sus centros de práctica si no se continúa permitiendo que ellos sigan cobrando por las rotaciones que los médicos realizan allí. Este párrafo es absolutamente necesario mantenerlo, dado que este es uno de los puntos del círculo de explotación que pretende acabar esta ley, en el que un médico presta servicios docentes y de investigación a una universidad en la formación del pregrado de medicina, y presta servicios de salud a una clínica y hospital universitario en la atención de los pacientes.

Ambas instituciones facturan por estos servicios prestados, cobrando matrículas a los estudiantes de medicina y cobrando a las EPS por los servicios y, además, le cobran al médico residente por prestarles estos servicios. Es un perverso círculo extractivo de explotación que es lo que esta ley debe revertir. Por eso la aceptación de la exigencia de algunas instituciones prestadoras de servicios de salud inviabiliza la ley por completo. No ha sido nuevo en este proceso legislativo que algunos actores del sistema apelen al chantaje de cierre de residencias para lograr una negociación. A la larga, esto beneficiará la calidad de la educación médica porque se mantendrán los realmente comprometidos con la formación, de la cual depende la garantía del derecho a la salud y la atención de los pacientes.

Las instituciones comprometidas con la calidad, la investigación, la innovación, la garantía el derecho a la salud y a la educación saben que los beneficios de ser partícipes de un proceso de formación de posgrado y de generación de ciencia y conocimiento en salud son suficientes beneficios sociales como para mantenerse en el proceso como actores. En ese sentido, un punto de justicia social es no permitir el cobro de los médicos trabajadores en formación por parte de las clínicas y hospitales quienes se beneficiarán de que el Estado les aporte un médico que apoyará la prestación de servicios en sus instituciones y hacer efectiva la regulación de matrículas a las Instituciones de educación superior a los mínimos razonables. Contemplar la apertura de un debate y desarrollo de estudios técnicos que permitan dimensionar los costos reales de la formación del recurso humano en salud en los pregrados y las responsabilidades de cada uno de los actores. Esto podría ser objeto de otra

ley con insumos técnicos proyectados desde la presente, de tal manera que el debate tenga mayores elementos de juicio, con fundamento empírico y datos verificables y, así, superar los múltiples intereses particulares que eventualmente se expresan en esta discusión.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/COSTOS%20DOCENCIA%20HOSPITAL%20SAN%20IGNACIO.pdf>

CAROLINA CORCHO MEJÍA: Médica Psiquiatra, Comisión de Seguimiento a la Sentencia T760/2008