

Dicen los médicos especialistas No es asunto de plata, sino de honorarios justos

Por Margaritainés Restrepo Santa María

Estamos dispuestos a ceder parte de nuestros honorarios médico-quirúrgicos, en bien de los pacientes y en aras de la supervivencia económica de las empresas...

Unos hechos concretos y un telón de fondo. Los médicos consultados insisten en no atacar el sistema, sino la forma como se maneja. En que se define y mire con espíritu desprejuiciado lo que realmente significa rentabilidad en la prestación de servicios médicos.

Después de reuniones que no llegaron a acuerdos y de una etapa de negociaciones que se rompieron en diciembre, un grupo mayoritario de estos profesionales de la salud se ha acogido a las tarifas de los representantes que abogan por honorarios justos y concertados...

¿Qué pasa con los médicos?

La inequidad de los médicos especialistas de Medellín comenzó a gestarse hace unos cuatro años. ¿Por qué los honorarios de los intermediarios o entidades de medicina prepagada...

En circular de noviembre 15 anunciaban que, a partir del 13 de enero, seguirán prestando sus servicios de consulta médica electiva (a los afiliados) por 9 mil pesos, con recargos del 35% en consulta urgente y nocturna, y del 50% en festivos.

Mientras que las compañías han creído y tienen grandes ganancias económicas, el médico, que es quien pone la materia prima, se siente explotado.

Y este jueves, al caer la tarde, quisieramos comenzar a ver soluciones, cuando se sienten a conversar los altos directivos de Coomeva y los representantes de los médicos especialistas de la ciudad.

Muchos de los médicos especialistas de Medellín se han afiliado a entidades intermediarias de la salud. Bajo honorarios. La situación es semejante en todas partes del país.

UNA ALTERNATIVA Hay hechos concretos. Los médicos han tomado conciencia de que los honorarios que les han venido pagando las entidades de servicios médicos pagados no corresponden al nivel de los servicios que prestan...

En la práctica privada de la medicina con buena capacidad de pago, que se han afiliado a entidades intermediarias de la salud.

Y un telón de fondo... La medicina privada se ha convertido en un negocio para la gente que no tiene forma de hacer frente a los costos. Apenas entre el 15% y el 20% de la población general está cubierta por el sistema de seguridad social del estado.

Los anestesiólogos no tienen el problema, porque cuentan con una buena capacidad de trabajo a nivel nacional y esas entidades los respetan. Aquí, los ortopedistas ya han logrado mejoras en las tarifas. En una segunda escala están los psiquiatras y los médicos oncólogos.

El fondo de asunto

Muchos de los hechos, y de las discusiones que se plantean en torno a ellos, buscamos planteamientos reposados y de fondo, de parte de un médico no adscrito a las entidades intermediarias o empresas de medicina prepagada, que está al frente de una clínica médica en nuestro medio. El doctor Ramón Córdoba.

Los sociólogos serios de aseguradoras ni de médicos del problema social que puede haber en el fondo. Nos ha faltado a los médicos una respuesta de tipo social, un análisis de grupo, sobre cuál es la situación de nuestros pacientes. No que fulano hace caridad y la mitad de los pacientes gratis. Sin cosas muy pequeñas. Sin una respuesta de grupo.

¿Y el derecho de los enfermos?

El nos dice... Según principio de la medicina hipocrática el que debe recibir el beneficio de la acción médica es directamente el paciente. Todo elemento que se interpone en esa relación, llámese Estado, institución de seguridad social, puede alterar el resultado adecuado.

DERECHOS UNIVERSALES El médico no puede recibir comisiones de terceros pero tampoco puede trabajar en comisión de terceros. Los derechos universales del paciente son muy claros. Y la ley de ética, ley 23 de 1981, dice:

La medicina prepagada o de seguros crea dos elementos que perturban esa buena relación: Se pierde la libertad para el paciente, de escoger médico (la empresa tiene una lista y dice así el nombre del señor está o no en ella).

El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo la cual constituye su medio normal de subsistencia. Es entendido que el trabajo o servicio del médico solo lo beneficiaría a él y a quien lo recibe nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente.

En más de una ocasión el médico necesita unos exámenes o una hospitalización y el paciente le dice: eso no me lo cubre el seguro o ¿si será necesario? Empezaba a presionar al médico y a veces se altera el raciocinio frío del profesional frente a la entidad que debe diagnosticar o tratar.

Ahi está muy claro. Es un principio universal. No es un invento de legisladores colombianos. Todo lo que interfiere esa libre relación es un factor posible de perturbación en el honesto ejercicio de la medicina, y en mi concepto es lo que está ocurriendo. Hay un tercero explotando comercialmente.

No estoy en contra del sistema de seguridad social-hay que darle un apoyo a la gente económicamente débil para que cuide su salud, sino de la forma como lo están aplicando.

¿SOLUCIÓN? Plena libertad de ejercicio-vigilada. ¿Hay que cambiar la modalidad. No exigir que sea determinado médico ni ponerle cuota a los exámenes de ese médico. Usted hace un aborto esa compañía le reconoce, igual que en un seguro de incendio no puede decir "hay que llamar al carro tal, del cuerpo de bomberos tal"; usted llama a los bomberos.



obstetras.

¿Lo que quieren es plata?

No. Insisten ellos. Aspiran a que las compañías intermediarias "ganen menos", tengan unas "ganancias decentes" o adecuadas. O que sean más eficientes.

¿Es un problema viejo?

Hace unos 10 o 12 años aparecen las primeras empresas de medicina prepagada o intermediarias en nuestro país (tipo Coomeva, Colsalntas, Médicos Voluntarios).

¿Quién está pagando el pato?

Una gran mayoría de los médicos adscritos a estas entidades intermediarias de la salud se han acogido a la decisión de las asociaciones por medio de sus representantes.

¿Quién es el sistema o el manejo que se le da?

La gente no está en condiciones de asumir los costos de la medicina privada. Y es un hecho. Los representantes de los especialistas entienden (aunque encuentran reparos éticos) que las empresas intermediarias corresponden a una necesidad, son un mecanismo de protección de defensa, para quienes no tienen otra forma de atender a su salud.

¿Y cuál es la solución?

Algunos médicos consideran que en este problema, la solución implica que las tres partes cedan. Las empresas ganar un poco menos, los usuarios, pagar un poco más, y los médicos, disminuir sus exigencias en materia de honorarios.

¿Quién es el sistema o el manejo que se le da?

En caso de urgencia, insisten, estamos atendiendo a toda persona, pague o no pague. En casos de citas electivas, estamos explicando la situación a los afiliados de esas entidades, los atendemos pero se les cobran los 9 mil pesos, dándoles un recibo para que la intermediaria les reconozca la diferencia. O le decimos que regrese a ella para que le envíe dentro otro profesional que le preste el servicio por la tarifa existente.

El deslase en los honorarios es asunto de muchos años. Existe el antecedente de unas lista de tarifas establecidas, en el pasado, por el Seguro Social de Bogotá y, también, por las cajas de compensación. Se trata de compensar, al médico, los bajos ingresos con volumen de pacientes. En esas tablas se amparan, entonces, las empresas intermediarias de salud o medicina prepagada, para fijar las tarifas a los profesionales de la salud.

El descontento es viejo. La posición de los representantes de las asociaciones de especialistas (que afirman no tener propuestas concretas escritas, de parte de las entidades) se ha planteado a las empresas de

ra, responden los médicos...

Como es frecuente que ocurra, el usuario paga el pato, pero los representantes de asociaciones de especialistas con quienes conversamos insisten en que el pato lo están pagando los tres implicados en el problema: los afiliados a esas entidades; las compañías intermediarias; pero los médicos que se están viendo sometidos al escarabajo público, los están viendo acusados de un montón de cosas y amenazados, y disminuyendo sus ingresos.

¿Y cuál es la solución?

Algunos médicos consideran que en este problema, la solución implica que las tres partes cedan. Las empresas ganar un poco menos, los usuarios, pagar un poco más, y los médicos, disminuir sus exigencias en materia de honorarios.

Hay quienes consideran que no habría necesidad de aumentar las pólizas a los afiliados, sino hacer de las entidades empresas más eficientes y con ganancias menos justas.

Los médicos especialistas estamos dispuestos a ceder parte de nuestros honorarios médico-quirúrgicos, en bien de los pacientes y en aras de la supervivencia económica de las empresas. Hacer concesiones, dentro de lo que consideramos honorarios médico-quirúrgicos justos, no a cambiarlos.

Entendemos que pasar de lo que habia, a lo que queremos significaría un incremento de un 200% o algo así... Estamos dispuestos a ceder, siempre y cuando se nos llame a concretar. Aceptamos que haya una manera gradual de recuperar esos honorarios (porque el deslase es de muchos años).

Los médicos, al aceptar trabajar como adscritos a una institución, o ceder parte de sus honorarios o prestaciones sociales en provecho de compañías intermediarias proveedoras de enfermos, están incurriendo en una dicotomía, comprando el envío de pacientes, ignorando los intereses de sus colegas, su propia dignidad y traicionan a sus pacientes con una doble fijación de honorarios a la vez que están quebrantando el artículo 41 de la Ley 23 de 1981 que dice que el médico no debe aceptar o conceder participaciones por la remisión del enfermo [...].

Apuntes del editor de la revista Anales de la Academia de Medicina, Julio de 1990.



Los médicos, al aceptar trabajar como adscritos a una institución, o ceder parte de sus honorarios o prestaciones sociales en provecho de compañías intermediarias proveedoras de enfermos, están incurriendo en una dicotomía, comprando el envío de pacientes, ignorando los intereses de sus colegas, su propia dignidad y traicionan a sus pacientes con una doble fijación de honorarios a la vez que están quebrantando el artículo 41 de la Ley 23 de 1981 que dice que el médico no debe aceptar o conceder participaciones por la remisión del enfermo [...].