

La ética del honorario médico

EDGAR MORALES-LANDEO

Para analizar y comprender, dentro del marco de la ética, el honorario médico, mal llamado salario médico, que viene a ser la remuneración o el pago de una consulta médica, recordaremos primero dos títulos del Código de Ética del Colegio Médico del Perú (aprobado el 5 de octubre del año 2000):

- Título III. Del Trabajo Médico, Artículo 19: “Comete falta ética el médico tratante que voluntariamente, hace mal uso de las condiciones pactadas en las pólizas, planes o programas de prestaciones de salud de su paciente con la finalidad de beneficiarse o de beneficiarlo indebidamente”.
- Título IV. De los honorarios profesionales, Artículo 26: “Aunque el acto médico es en esencia invaluable, debe ser remunerado en justicia. Los procedimientos médicos, por la complejidad de factores que intervienen, tienen en el tarifario médico, un mecanismo regulador de referencia. Los honorarios profesionales del médico serán fijados por este, tomando en consideración la situación económica del paciente”.

En cuanto a la tarifa médica, el Artículo 27 dice: “Comete falta ética el médico que se negare a atender pacientes en situación de emergencia por razón de su capacidad de pago o que utilizare el mecanismo de los honorarios para discriminarlos”.

El médico, según la escuela griega, es el “maestro, amo, confesor, instructor, el que piensa, medita y cura”, es el que despliega su autoridad, basada en:

- La confianza y obediencia de sus pacientes hacia él.
- La validación que le da la Facultad de Medicina o la Universidad donde estudió.
- La aceptación de sus colegas.
- Sus conocimientos
- Su competencia en lo racional y científico
- Su buen juicio y orientación profesional
- Su trabajo de investigación y los aportes científicos destinados a la prevención y recuperación de las enfermedades.

El paciente, mal llamado cliente, en la práctica privada, luego de recibir atención médica, compensa económicamente, bajo un pacto social preestablecido, al médico tratante, el que suscribe un recibo por concepto de honorarios médicos.

El paciente, al aceptar la autoridad del médico, ha subordinado su juicio al consejo o decisión profesional, generando una dependencia social. La legitimidad de la autoridad médica y el reconocimiento de la competencia médica, así como su aceptación social, es un acto consensual de los miembros de una comunidad, de una misma cultura y de un mismo sistema de valores en general.

La dependencia de la población con respecto a la autoridad médica se ha reforzado en los últimos años, por la receta o prescripción médica, los certificados médicos, los descansos médicos, informes para reembolsos de gastos, licencias de trabajo, CITT, partida de defunción y la mayor demanda de hospitalización. Aquella hospitalización, que aleja al paciente de su hogar y lo convierte en una persona inevitablemente dependiente de la autoridad del médico.

Sin embargo, últimamente, la autoridad del médico entra en discusión por los siguientes factores:

- Idoneidad de la competencia y a los conocimientos de los profesionales graduados en las 28 facultades de Medicina del país.
- Escepticismo sobre la principal motivación del acto médico, que en algunos casos parece ser expresión del *ego cupiens* del médico, que ve al paciente como su proveedor económico, concentrando su atención en las utilidades materiales o crematísticas.

Entonces hay que enfocar estos dos aspectos para analizar el problema ético de la asignación del salario o remuneración médica: discutir el riesgo de la mercantilización de la medicina, pero sin dejar de enfocar la ética de la virtud y el servicio.

La ética es un conjunto de principios morales que dependen de la cultura y la sociedad, según los cuales la persona orienta sus actos, incluyendo aquellos de la profesión que ejerce. Las cuestio-

* Jefe de Unidad de Neurocirugía Pediátrica del HNERM.
Presidente del Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del CMP.



nes éticas son de enorme importancia en el comportamiento de los hombres y se centran en el concepto de la virtud, del bien, del mal, del bien social, del mal social, sin exclusión entre ellos.

Ante todo, se debe tener en cuenta que la ética profesional, refleja por lo general los principios morales predominantes en la sociedad. En los periodos en los que sucede un debilitamiento general de la moral, en que cada uno, exagerando la competitividad, quiere sacar ventaja de los demás o de todo, será difícil conservar los principios de conducta en la población.

Los médicos no son las mejores ni las peores personas del mundo, ellos sufren también las presiones del medio en que viven, y unos se mantienen fieles a sus principios y otros no. No hay por que amenazarlos. La debilidad de algunos no puede ni debe significar una falla general. La mayor parte de la población, incluyendo a los médicos, tiene una posición correcta y anhela la conservación de los valores morales y de los principios éticos que han orientado siempre su conducta.

LOS PRINCIPIOS ÉTICOS DEBEN ORIENTAR LA PRÁCTICA MÉDICA

Hay dos conceptos básicos de formulación de la política de salud del siglo XXI

El concepto de atención pasiva de salud

Posición cómoda y de poca responsabilidad social, donde ningún hospital, policlínico o centro de salud se siente responsable si en la casa de la esquina, muere un asegurado o niño de difteria, enfermedad que es evitable con un programa simple de vacunación. Entonces la responsabilidad del servicio o del médico se da solo cuando el paciente está hospitalizado o cuando comienza a atenderlo. Es así como se practica el costoso método clínico, modelo recuperativo curativo y de productividad fabril.

El concepto de cobertura de los servicios de salud

Prestando atención preventiva, descentralizada y de capacitación universal, ampliándolo a una población definida en forma activa, decisiva, integral, eficiente y de menor costo, con el método epidemiológico, mediante el control de vectores de enfermedades, el mejoramiento de las condiciones ambientales adversas, divulgación de enseñanzas, con el establecimiento de puestos de atención integral, servicios de saneamiento básico, vacunación, atención de embarazos, control de nutrición-crecimiento infantil y el registro de datos relativos a la morbilidad y mortalidad. En este marco, el equipo médico asume, por fin, su responsabilidad por la conservación de la salud de toda la población cubierta.

Para ello, hay que integrar los recursos e infraestructura y coordinar las actividades conducentes a un mismo objetivo: el de garantizar la salud para todos, mejorando la red informática; la red de atención médica especializada mejorando procesos,

indicadores, protocolos, guías de diagnóstico y tratamiento, el equipamiento, el sistema de licitaciones y adquisiciones de equipos y medicamentos, reduciendo drásticamente la concentración de la demanda, buscando la calidad de vida, con la estrategia de atención primaria, con una nueva política de personal.

ASIGNACIÓN DEL HONORARIO AL MÉDICO

La práctica médica en el Perú se organizó en el siglo XV siguiendo los patrones franceses. El médico atendía al paciente que podía pagar en su consultorio o su residencia y lo internaba en casos de intervenciones quirúrgicas o graves en un hospital de beneficencia, más parecido a un hotel que un hospital (organización filantrópica), asistidos por las hermanas de la caridad, con asistencia religiosa más importante que la médica, la misma que era gratuita hasta la década del 80.

Solo hace seis décadas se dio inicio paralelo a la atención en centros de salud: del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), del Ministerio de Salud (Minsa) y clínicas de la práctica privada. El IPSS se encargó de atender a todos los pacientes o asegurados que aportaban el 9% de su salario, para toda enfermedad, accidentes laborales, lactancia, pensiones, mientras el Minsa se encargó del control y tratamiento de las enfermedades infecciosas transmisibles, de los enfermos mentales y de los cancerosos.

En el siglo XX el médico trabajaba principalmente en la práctica privada o ejercicio libre de la profesión, dedicándose un poco al trabajo hospitalario. Estos hospitales no tenían salas de estar para los médicos, los que ingresaban a examinar a los pacientes u operarlos y salían, con pocas oportunidades de compartir experiencias. El hospital así fue solo un lugar de trabajo del médico, sin tener condiciones adecuadas para el trabajo y sin tener en cuenta los costos ni la eficiencia institucional.

En el siglo XXI el médico trabaja principalmente en los hospitales, clínicas particulares o clínicas de paga dentro de los hospitales, porque no hay demanda de pacientes en los consultorios particulares, porque más pacientes recurren a las compañías aseguradoras particulares que abarataron el salario médico y porque los médicos, en especial el joven, no tienen como implementar sus consultorios, cuyo mantenimiento es de alto costo.

Esta situación ha sido progresiva y parcialmente modificada a pasos acelerados, por iniciativa, y esfuerzo de los propios médicos, como consecuencia de las siguientes razones:

- la rápida ampliación de la atención médica ofrecida por el sistema del seguro privado y seguro social y previsión social a sus beneficiarios.
- la acelerada especialización de la práctica médica y su cada vez mayor dependencia a los exámenes de radiodiagnóstico imagenológico, lo que obliga al médico a buscar un lugar común de trabajo: el hospital (7 667 centros asistenciales del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud).
- los costos cada vez más elevados de la atención médica, que dependen del uso de equipos sofisticados y complejos, de



medicamentos de alto costo; y el empobrecimiento de la clase media, a consecuencia de las dificultades económicas de los últimos 40 años, periodo en que el país se ha estancado en su desarrollo, y que ha producido una acentuada disminución del número de pacientes particulares.

En el Perú, los médicos son generalmente mal remunerados cuando son conceptuados como asalariados y cada vez ganan menos y tarde en el ejercicio liberal de la profesión. En su afán por reservar tiempo para atender a una posible clientela particular, el médico no lucha primordialmente por aumentar su salario sino por disminuir su jornada de trabajo (a 6 horas diarias: Ley del Trabajo Médico 559, desde la década del 80), en tiempos en que la moneda se convertía en la medida universal de la economía y hasta de la ética, el médico participa de una crisis funcional que golpea también a los servicios del estado y privados, disminuyendo su calidad, eficacia, humanidad y honestidad.

En las grandes ciudades, como los pacientes no se presentaban en la consulta particular, los médicos se pusieron en acción y consiguieron trabajar en varios empleos, mal remunerados, sobre todo los más jóvenes con empleos uno o dos empleos en el ámbito privado, uno en el estatal y uno o dos en el universitario. El médico se ha convertido así en un trabajador sin descanso y un gratuito candidato para el infarto cardiaco. Va al hospital o centro de salud exigido para atender en la consulta a 20 o 30 pacientes, “cuanto más rápido mejor”, vive afanado de un empleo a otro, mal dormido y a consecuencia de ello en pocas veces trabaja mal. El médico perdió su “alma” por que está en todas partes y en ningún lugar. No tiene más tiempo para discutir un caso, volver a estudiar una radiografía con un colega, participar en sesiones, juntas medicas, reuniones clínicas, como tampoco para ir a la biblioteca o buscar información en otras fuentes.

Estos hechos han llevado a una acentuada disminución de la calidad de la atención. Por otro lado, el médico pide una gran cantidad de exámenes complementarios, ya sea para “librarse” del paciente o para evitar posibles reclamos o para justificar el elevado costo del equipo adquirido. Más del 70% de exámenes radiológicos y de laboratorio es normal.

Las consecuencias inevitables de esta situación son el encarecimiento de la atención médica, el mal acondicionamiento de la población que pasa a relacionar una buena atención con la mayor y variada prescripción de exámenes por parte del médico, con reducción de la entrevista o anamnesis, el mínimo examen físico y el deterioro de la calidad de los servicios médicos.

Todo esto indica una crisis de la mayor gravedad en la medicina: la crisis de la formación profesional y del procedimiento ético del médico. La situación se agrava aún más por la duda que tienen muchos sectores de la población en cuanto a la competencia profesional de los médicos formados en las nuevas facultades de Medicina Humana, dispersas en casi todos los departamentos del país, que muchas veces no cuentan con las condicio-

nes básicas para dispensar una formación medica profesional, algunas de las cuales aún no tienen la acreditación correspondiente. Actualmente solo son 7 las facultades acreditadas: San Fernando de la UNMSM, UPCH, UNFV y UPSMP, de Lima; UNSA y UPSM, de Arequipa; UNT, de La Libertad.

Se estima que el número de médicos del país ha aumentado de 9 623, en 1975, a 41 293, en el 2003, lo que significa que en cuanto a la relación entre el médico y la población del Perú, hay un aumento de 0,6 médicos a 1,58 médicos por cada mil habitantes; es decir, 1 médico para 632 habitantes.

Se estima que la relación de médicos entre Lima y las provincias del Perú es de 60/1, lo que reafirma un enorme centralismo profesional, y si en Lima y Callao se concentra una población que llega a los 8 millones, con 24 881 médicos, la relación médico-paciente sería 1/321; es decir, 1 médico para 321 habitantes.

El mayor número de médicos, la disminución del prestigio social y el encarecimiento del costo de la atención médica han agravado la asignación progresiva de honorarios a la profesión.

COMERCIALIZACIÓN DE LA MEDICINA

Con más de 4 000 médicos sin trabajo en su profesión, muchos profesionales han perdido el incentivo debido a una práctica profesional efectuada en condiciones inadecuadas, con salarios insuficientes que los obliga a tener varios empleos, sin tiempo para estudiar ni actualizar sus conocimientos, presionados por las empresas que plantean y defienden la “productividad”, bombardeados por la publicidad farmacéutica, sumidos en una sociedad en la que consumir para muchos es vivir mejor; no pocos médicos –repetimos– piensan hoy en ganar y no en garantizar una mejor atención a sus pacientes.

McKenzie encontró que en Washington el número de cesáreas sube según el centro de atención. Así, en el hospital religioso era 17%; en público, 22%; en privado, 36%; en los últimos la media de las parturientas presentaba menos exigencias clínicas con respecto a las de los otros hospitales. El tipo de parto está condicionado por el modelo de institución, las modas culturales y, encima de todo, por la “ganancia” de los médicos.

Es preciso modificar esta situación. Ante todo se debe repensar la carrera profesional deseada que permita visualizar el futuro y garantizar buenas condiciones de trabajo. Para ello es necesario obtener una mejor compensación económica por un solo empleo y mejorar la formación universitaria por medio de una mayor (si es posible plena) integración de la Facultad de Medicina a las redes de servicios.

Todos tenemos el deber inalienable de rescatar, fomentar y estimular la motivación de algunos médicos, su dedicación al paciente y su preocupación por el bienestar común de la mayoría. Solo así conservaremos la dignidad y los valores morales de la profesión médica y nos haremos acreedores del reconocimiento de la población por nuestro trabajo.