



Ejercicio Médico, Salario y Etica Profesional

F. GUZMÁN, MD, SCC.

INTRODUCCION

Los sistemas gubernamentales de salud en el mundo entero han demostrado una gran dificultad para incrementar la cobertura de sus servicios a los estratos sociales menos favorecidos. Unido a este hecho, los costos de atención en salud se han incrementado a un ritmo que excede al de la inflación, y al de la tasa de crecimiento del gasto en salud tanto público como privado, y no da indicios de estabilizarse en el futuro cercano.

La base del actual estado social de derecho es la garantía del ejercicio de los derechos de las personas. Este aspecto que, en teoría, había sido esbozado en los 17 artículos de los Derechos del Hombre en plena Revolución Francesa, y cuyo máximo representante en Colombia fue el General Antonio Nariño, no había tenido un carácter de obligatoriedad, elemento que distingue al derecho de la ética. No existían instancias, ni acciones, ni autoridades establecidas para garantizarlos. Se mencionaban como en un recetario de buenas intenciones, pero no había forma de darles protección real o de hacerlos cumplir.

El artículo 2 de la Constitución de 1991, dice:

"Son fines esenciales del estado: servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la Constitución; facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan y en la vida económica, política, administrativa y cultural de la nación; defender la independencia nacional, mantener la integridad territorial y asegurar la convivencia pacífica y la vigencia de un orden justo. Las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en su vida, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades, y para asegurar el cumplimiento de los deberes sociales del estado y de los particulares."

Doctor Fernando Guzmán Mora, Ciruj. Cardiovasc., FSFB. Prof. de Cirugía, Consiliario, Univ. del Rosario. Presidente de la Federación Médica Colombiana. Santafé de Bogotá, D. C., Colombia.

LAS EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA (EMPP)

La aparición de la medicina prepagada se constituyó en el principio del fin de la medicina como profesión liberal. Economistas y administradores decidieron intervenir el acto médico para hacerlo 'eficiente'. Crearon entonces un sistema muy atractivo para el cliente, ya que con el pago de una suma anual de dinero, no despreciable, puede acudir directamente al médico de la especialidad requerida, hacerse todos los exámenes que se le ocurran, hospitalizarse en las mejores clínicas y, sobre todo, quitarse de encima una de las preocupaciones más indeseables: la salud. El sistema tenía un único inconveniente: el médico. Para lograr recortar los costos era necesario ofrecerle unas tarifas bajas, compensándolo, en principio, con un aumento del volumen de trabajo y una clientela cautiva. Y así los médicos empezaron a recibir 'bonos' por un valor de una tercera parte de lo que cobraban por su consulta, y que, además, son redimidos con un retraso de por lo menos 1 mes.

Si las EMPP compensaban los costos con volumen, los médicos empezaron a compensar volumen con tiempo. En los países en donde está bien establecido el sistema, el propio médico dedica muy poco tiempo a sus pacientes; la mayor parte de las funciones las ejercen otros profesionales o técnicos entrenados todos ellos para elaborar las historias clínicas y buena parte del examen físico, para ordenar los exámenes estandarizados o para explicarle al usuario paso a paso los componentes del plan diagnóstico o terapéutico. En estos sistemas de medicina 'eficiente' el contacto médico-paciente es mínimo, y la calidez y el trato humano se convierten en lujos innecesarios. Los consultorios, los equipos, incluso los pacientes, se rotan entre varios médicos para maximizar utilidades. El diagnóstico y buena parte de la terapéutica se fundamentan en procedimientos altamente técnicos que nosotros mismos nos hemos encargado de sobrevalorar. El paciente termina viendo al médico como un interpretador de exámenes y formulador de recetas; y las EMPP le pagan como si así lo fuera. La actividad profesional médica se nivela por lo bajo, no se tiene en cuenta ni se incentiva la preparación o la experiencia.

Las EMPP son, pues, empresas con ánimo de lucro que gracias a la fuerza de trabajo que constituyen los profesionales de la salud obtienen ganancias. Los médicos, ajenos a la planeación, a la administración del sector, a la determinación de macropolíticas, se han visto transformados en parte del negocio.

El asunto, sin embargo, no es nuevo. Ya en 1902 se registran quejas dirigidas a la Asociación Médica Americana, como la de un médico de Ohio que decía entonces: *“Los miembros de la profesión son constantemente humillados e insultados por corporaciones ricas, estados, departamentos y trabajadores estatales (...) y forzados a trabajar para grandes corporaciones por salarios irrisorios (...)”*.

Esta crisis económica se debe también en parte al cambio de valores sociales y de sistemas legales, pero sobre todo a los médicos mismos, que han permitido que el control lo tengan los individuos de otras disciplinas opuestas, desde algunos puntos de vista éticos, al ejercicio de la medicina. Los empresarios invierten en la industria de la salud obligando al médico a irrespetar sus códigos de ética profesional, mientras los manejan como una empresa que busca tan solo ganancias. Su negocio en muchos casos se reduce a comerciar con la confianza de la gente que compra el servicio e incluye en el costo total el altruismo médico que adquiere a muy poco precio.

La primera empresa gubernamental de medicina prepagada en Colombia fue el Seguro Social, que rápidamente se constituyó en un claro ejemplo del fracaso de la atención a la ciudadanía. Poco después de su fundación se habían establecido ya las notorias dificultades financieras para el manejo de las pensiones, con graves descalabros de diseño y manejo. Algunos de los más graves errores fueron: inadecuadas edades de retiro, mal cálculo de las cantidades, retraso en las alzas de los aportes, incumplimiento del Gobierno en el pago de sus obligaciones financieras y colocación de las reservas en papeles de baja rentabilidad.

LA FALACIA DEL “EXHORBITANTE SALARIO MEDICO”

Las compañías de seguros basan sus tarifas en datos estadísticos y tasas esperadas de mortalidad y morbilidad en una población. De esta forma, la gente sana y con una expectativa de vida larga, paga sus primas anuales para cubrir posibles eventualidades que tienen una probabilidad baja de ocurrencia. Así, el dinero colectado sirve para sostener la empresa y pagar a quienes se enferman o mueren. Igual sucede con las EMPP. Es una forma de solidaridad colectiva que cubre a quienes se enferman a través de los pagos de quienes permanecen sanos. Es obvio que mientras más sanos sean los sujetos adscritos al sistema, mayores posibilidades de rentabilidad. Estudios hechos en los EE. UU. prue-

ban que la apropiada selección de beneficiarios del sistema disminuye la probabilidad de enfermedad, en particular si se detectan y excluyen las denominadas preexistencias, o se afilia una mayor proporción de hombres jóvenes.

En 1994 estaban inscritas en Colombia 24 EMPP, con un total de 1.016.297 personas afiliadas. Las de mayor cobertura son Colsánitas, Comfandi, Coomeva y Salud Colmena que congregan entre ellas el 10% de los afiliados, es decir, 100.000 personas. Aunque en ese año se registró una ligera caída en el ritmo de crecimiento de las EMPP en Santafé de Bogotá, no ocurrió lo mismo en las ciudades intermedias que se convirtieron en el blanco para la captación de nuevos afiliados. Los activos de las EMPP alcanzaban en ese año la suma de 76 mil millones de pesos, su pasivo era de 55 mil millones y sus inversiones alcanzaban los 17 mil millones. Sus utilidades fueron de 437 millones de pesos.

El patrimonio de las EMPP ascendió progresivamente en algunos de los años anteriores, así:

1992: 13.832 millones

1993: 19.447 millones

1994: 22.133 millones

Los costos operacionales se distribuyeron de la siguiente forma:

Pagos a clínicas y hospitales: 6.531 millones

Pagos por apoyo diagnóstico: 3.502 millones

‘Otros’ pagos: 12.766 millones

Pagos a médicos: 3.975 millones

Es decir, el pago a los médicos representó únicamente 14.9% de los costos operacionales de unas empresas que por otros pagos, entregaron más de 26 mil millones de pesos. Afirmar que el principal costo en las EMPP es el gasto médico no solamente es injusto, sino mentiroso. Lo que sucede es que este gasto es el más susceptible de ser manejado. Los costos de las clínicas y hospitales son difíciles de disminuir. Los exámenes diagnósticos también. Los ‘otros’ pagos, que incluyen administración, comisiones, salarios de directivos administradores y burócratas se consideran intocables.

Quedan entonces los gastos médicos, que con una campaña de difusión sobre el enriquecimiento de los médicos a costa de las empresas, es capaz de volcar la opinión pública, que tradicionalmente ha culpado a los profesionales de la salud de todos los problemas que ocurren dentro del sistema, contra estos profesionales.

Se ve aquí que las EMPP podrían reestructurar su inversión para darle prioridad al rubro de los honorarios médicos, invitándolos así a sentirse partícipes de la empresa y a velar por la protección de sus intereses. Los médicos estamos dispuestos a descuentos en nuestros honorarios profesionales, pero no a regalar nuestro trabajo, en especial si los beneficiados no son pacientes de bajos recursos sino empresas de medicina prepagada. Un médico bien remunerado tiene tiempo y motivación para estudiar de forma adecuada a su paciente, para escoger los exámenes estrictamente necesarios y para solucionarle su problema en el menor tiempo posible. Así el paciente queda satisfecho y la empresa ahorra dinero.

Con las expectativas que genera la Ley 100 el problema podría agudizarse. El Plan Obligatorio de Salud (POS) fue creado para extender el cubrimiento del sistema de salud al 80% de la población que tiene bajos ingresos. Pero pretender que la población con suficientes recursos económicos también se cobije bajo el POS, e ingrese toda a los planes actuales de medicina prepagada, vuelve insostenible la situación para los médicos.

¿Qué posibilidades tiene el médico ante esta perspectiva? Muchos colegas han optado por asociarse y constituir pequeñas o medianas IPS (Instituciones Prestadoras de Servicios), con grandes inversiones en tecnología. Así, los ingresos del laboratorio clínico, de las imágenes diagnósticas o de los tratamientos ricos en tecnología compensan los ingresos perdidos por la consulta médica. Esta salida al problema puede conducir a obvios inconvenientes éticos, que se han descrito en EE. UU. en donde algunas pequeñas clínicas pueden valerse de diversos trucos para 'eternizar' algunos tratamientos y así mejorar sus ingresos. El aumento en la solicitud de exámenes, a veces innecesarios, se ha descrito en circunstancias en que el médico devenga un porcentaje por su utilización.

Otra salida al problema sería el pago diferencial del valor de la consulta. La tarifa podría depender de la preparación y la experiencia del profesional, introduciendo un copago o una cuota moderadora. Podría también depender del 'estrato' social del paciente, de una manera similar a lo que ocurre con los servicios públicos.

EL CAMBIO EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

¿Por qué ha cambiado el ejercicio médico en una forma tan dramática en los últimos años? ¿Cómo nos afecta la combinación de medicina, política y economía? Varias de las causas de la crisis actual de la medicina en Colombia pueden resumirse en la siguiente forma:

1. La política estatal, que ha reducido progresivamente la influencia de los médicos. Su papel dentro de la sociedad ha sido subestimado, subvalorado o ignorado por los mandatarios de turno. Los intereses de los médicos no fueron tenidos en cuenta en la formulación de las leyes que reglamentan el sector, en particular en la Ley 100.

2. La falta de liderazgo profesional, lo que facilitó la colocación en los puestos de responsabilidad y manejo político a personas poco representativas que, si acaso eran médicos, no habían tenido un ejercicio profesional exitoso, y eran por lo general deficientes como administradores y con un nulo sentido de colegaje.

3. La 'desmitificación' de la medicina a través de los medios de comunicación ha cambiado la concepción de salud y enfermedad. La información recibida por el público no siempre es apropiada, se favorecen las 'medicinas alternativas' que tienen características más sensacionalistas y se pueden exagerar los errores médicos, responsabilizando al gremio de los problemas de salud de la sociedad.

4. La influencia de la sociedad de consumo, que inundó la mente del público con los conceptos de 'productos y servicios' (consumerismo o consumismo). La salud se considera como un servicio que se puede comprar a través de las instituciones de salud.

5. El tipo de práctica moderna que llevó a la pérdida de la relación médico-paciente, debido entre otras a la ultraespecialización de la medicina y a la lucha entre el ejercicio de tipo hipocrático y el mandato burocrático.

6. La aparición de las empresas de medicina prepagada, que canalizaron los recursos de las clases media y alta, y cuyo efecto neto no fue tanto ampliar la cobertura en salud, sino bajar el costo de la atención médica para las clases pudientes, apropiándose en esa forma de la ganancia que antes iba a los profesionales médicos universitarios.

7. El intento de instalar en el país los seguros de responsabilidad civil o *malpractice*, que se pueden constituir en una permanente invitación a demandar, con la correspondiente actitud de los abogados, asesorados por miembros de la misma profesión médica, que han visto un lucrativo campo de acción. Esto ha originado una forma de ejercicio antes no conocido en nuestro país: la medicina defensiva.

8. El auge de las denominadas 'medicinas alternativas', que han servido para favorecer a muchos charlatanes amparados en la legalidad de su ejercicio.

¿ESTAMOS LOS MEDICOS INCLUIDOS EN LAS LEYES DE OFERTA Y DEMANDA?

Hace 20 años los economistas pensaban que los médicos serían capaces de producir un mercado cautivo por sus propios servicios. Se decía que el número de consultas y procedimientos aumentaba en forma directamente proporcional al aumento en el número de médicos, particularmente especialistas, siempre y cuando se mantuvieran constantes el ingreso de las personas, el precio de las consultas, el costo de los seguros y el número de camas hospitalarias. Por ejemplo, si un cirujano vascular periférico se instalaba en la ciudad de Ibagué en 1965 y empezaba a ofrecer sus servicios a la ciudad con unos resultados satisfactorios en procedimientos antes no practicados, su clientela aumentaba en forma casi automática.

Esta hipótesis, válida en años anteriores en nuestro país, perdió su base de sustentación, no solamente por el aumento no previsto en el número de médicos que hoy en día producen las facultades de medicina, sino por la progresiva usurpación de funciones que antes ejercían los profesionales de la salud y que poco a poco se ha ido relegando en manos de otras disciplinas. Es interesante observar cómo los médicos en la historia reciente del país fueron perdiendo participación política (el último médico presidente fue el general boyacense Santos Acosta, quien se tomó el poder en 1867). Luego se fue perdiendo terreno en la economía, la administración, la filosofía, y luego incluso en el manejo mismo de los destinos de su profesión.

Lo anterior, unido a todos los cambios económicos y sociales colocaron a la profesión médica, de una manera irreversible, en un mercado con su propio sistema de precios y tarifas. En el mercado, que no constituye en realidad un sitio geográfico específico sino una institución social que opera a todos los niveles, se asignan los recursos, se brinda información permanente sobre el valor de las cosas y se fijan los precios de todos y cada uno de los bienes y servicios, incluyendo el trabajo de los médicos, que nos hemos convertido en un grupo más de ese mercado social. Los colombianos ya han empezado a exigir una combinación apropiada de calidad y precio.

Dos de los factores determinantes del precio del trabajo en salud, como en cualquier otro bien de consumo, son la oferta y la demanda. La demanda es la cantidad de un bien o servicio que una persona o un grupo de persona están dispuestos a comprar a diversos precios. La ley de la demanda establece que a menores precios mayores cantidades demandadas de ese bien o servicio. Esta demanda está regulada, entre otras, por el ingreso de las personas, sus preferencias y la presencia de bienes sustitutos y complementarios.

La oferta es la cantidad de bienes y servicios que el productor está dispuesto a ofrecer a un rango de diversos precios. Por su parte, la ley de la oferta establece que cuando el precio de estos bienes y servicios aumenta en el mercado, la cantidad ofrecida también aumenta pues es más rentable producir. La oferta tiene sus propios reguladores, entre otros, los precios de las materias primas, la tecnología y el estado tributario (los impuestos) de la nación.

El análisis microeconómico hace referencia al comportamiento individual con respecto a las variaciones del ambiente que le rodea. Analiza entonces la toma de decisiones de productores y consumidores. Las preferencias del consumidor se miden en unidades de utilidad, término ligado a la persona del filósofo J Bentham (1748-1832) y al nombre de W. Jevons (1835-1882), quien relaciona los conceptos de utilidad y precio.

A ninguno de estos hechos somos ajenos los médicos. En primer lugar, somos parte de la economía como oferentes de 'salud', entrando al mercado de productores de dicho servicio, con aplicación muy clara de las leyes de oferta y demanda. Adicionalmente, nuestro 'producto' se ha masificado en los últimos años. Por último, hemos perdido el control del manejo de la 'industria de la salud', que ahora se encuentra en manos de funcionarios que obedecen a una ética utilitarista, completamente opuesta a la que rige el ejercicio de la medicina.

Debido a la decisión gubernamental de mejorar la atención a mayores grupos de población, se 'socializó' la medicina a expensas de los médicos que, deseosos de prestar una mejor atención a sus enfermos, abandonaron la administración y la dejaron en manos de profanos educados en actitudes y principios burocráticos (cuando no únicamente políticos), dividiendo no solamente la unidad médica sino la íntima relación que se tenía con profesiones afines como la enfermería, que ha pasado a ser en muchos casos una profesión con una gran carga administrativa.

SALARIOS Y HONORARIOS

Las EPS y las IPS pueden contratar personal para atender a sus afiliados ¿Cuáles son las formas de contratación existentes? Mencionemos las principales.

1. Pago por servicios prestados con concertación de precio

Se establece una negociación del precio entre la administradora del servicio y los trabajadores de la salud. Su principal campo de uso se ubica en la consulta especializada, hospitalizaciones y servicios técnicos de diagnóstico.

Como nos encontramos en un sistema de mercado y competencia, los fenómenos de demanda y oferta son dos determi-

nantes del precio relativo del servicio. Recordemos que la ley de la demanda establece que a mayores precios de un bien o servicio habrá menores cantidades demandadas, dependiendo en parte de los niveles de ingresos, gustos, precios de bienes sustitutos y complementarios, cambio de expectativas en los precios y nivel de población.

Por lo anterior, quien tiene el poder del mercado es aquel que puede acomodar los precios de acuerdo con sus intereses. Esto nos lleva a confrontar el hecho del enfrentamiento entre los profesionales, que tratan de recibir un pago alto por sus servicios y las empresas contratantes (EPS e IPS) cuyo interés esencial es obtener el máximo de ganancias.

Si se llega a un buen precio por el poder negociador de los profesionales de la salud, se estimula un máximo uso del servicio, llegando hasta a un posible exceso. Por otro lado, se estimula la tecnología de punta.

2. Pago por servicio prestado sin concertación de precio

Se fija unilateralmente por quien tiene el poder del mercado. Si lo tiene el ente contratante, se fijarán honorarios bajos, con el objeto de obtener una mayor ganancia para la empresa. Al recibir remuneración 'al destajo', de acuerdo con el número de pacientes atendidos, disminuye la calidad del empleo médico. El profesional pierde las prestaciones sociales, la estabilidad laboral, y la posibilidad de percibir durante una eventual incapacidad.

Trabajar con volúmenes grandes de pacientes, para que su remuneración esté dentro de los límites mínimos para un adecuado y digno sustento, hará que el ejercicio profesional sea menos gratificante y deteriorará la relación médico-paciente. La consulta médica no puede ser realizada contra reloj o bajo la presión burocrática de una mal entendida 'eficiencia'. La desconfianza del paciente será mayor ante una atención impersonal, aumentando aún más el riesgo de enfrentamientos médico-legales.

Por el contrario, si el poder lo posee el grupo profesional que presta el servicio y puede presionar por un pago alto, la empresa obtendrá menores ganancias. Por otro lado, podría dar lugar al uso de excesiva tecnología o a procedimientos innecesarios, en caso de personas que no ejerzan bajo los más altos dictados de la ética profesional.

3. Pago por capitación

Pago de una suma fija por cada persona o familia inscrita en una lista. Servicios de primer nivel de atención. El riesgo lo asume el médico y por lo tanto fomenta la prevención. Es la menos rentable en servicios especializados, pero es la que mayor aplicación tendrá en la consulta de primer nivel, particularmente en el Plan Obligatorio de Salud (POS).

Este plan permite la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica.

El Plan Obligatorio de Salud tendrá cobertura familiar (artículo 163). Serán beneficiarios del sistema el cónyuge o compañero(a) permanente del afiliado cuya unión sea superior a los 2 años, los hijos menores de 18 años que hagan parte del núcleo familiar, los hijos con incapacidad permanente y aquellos menores de 25 años que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan del afiliado. A falta de cónyuge la cobertura se extenderá a los padres del afiliado, no pensionados.

4. Pago por salario en entidades de salud

No estimula un aumento en el volumen de servicios. A esto nos referimos más adelante.

5. Pago por caso

Pago por el valor total de un tratamiento estimado. Privilegiado en enfermedades estándar es en las que es fácil determinar el promedio y el costo de eventualidades usuales. Se corre el riesgo de una alteración en la proyección de costos, por complicaciones.

Aquí se pueden correr dos peligros: Para la IPS, una complicación no presupuestada puede ser desastrosa para su economía, debido a los costos que se generan y no pagan en el "paquete" del diagnóstico.

Para la EPS, un "desvío" hacia diagnósticos similares al del paciente, pero que representan un mejor pago, puede también resultar muy oneroso y requiere, por lo tanto, un mayor esfuerzo administrativo.

La Ley 23 de 1981 dice: *"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 sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba. Nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente"*.

La mayor parte de las economías familiares, particularmente las de los médicos dependen del salario. En cualquier empresa, el costo fijo más importante suele ser el de los salarios. Si, de acuerdo a convenciones de trabajo, el salario se eleva proporcionalmente con la inflación, la empresa no podrá beneficiarse a largo plazo del incremento de la demanda agregada de sus productos, pues los precios aumentan proporcionalmente con los costos.

Es un principio de administración que, en la contratación de gerentes, ejecutivos o funcionarios altos de una empresa, una vez aprobadas las pruebas de selección, el ofrecimiento salarial se hace de acuerdo con lo que en ese momento se esté ofreciendo o pagando en compañías similares, con el objeto de tener competitividad y atraer personas de alto nivel profesional e intelectual. Así mismo, se tiene en cuenta la estructura de sueldos de la institución.

El mercado de trabajo determina el nivel salarial de las personas en los diferentes campos de actividad. El mercado de trabajo perfectamente competitivo se basa en un número grande de trabajadores y suficiente número de empresarios, para que ninguno tenga la posibilidad de influir en forma independiente en los niveles salariales aceptados en el mercado. El producto marginal del trabajo depende de la calidad intelectual de los trabajadores, del tipo de factores de producción y del nivel técnico y la gestión empresarial.

¿Por qué existen diferencias salariales entre los diversos grupos económicos? Un aspecto es la denominada 'diferencia compensatoria', por la cual se eleva el salario a las actividades menos apetecidas, con el fin de atraer más gente a que las desarrolle. Tal es el caso, por ejemplo, de la diferencia entre el salario del mensajero y el celador del mismo edificio: ambos tienen un grado de instrucción similar, pero uno tiene que arriesgar su integridad física, mientras el otro desempeña tareas rutinarias y en general seguras.

Los médicos deben tener, para empezar, una diferencia compensatoria entre otras razones por la gran inversión que representa estudiar medicina, medida en tiempo, en costo y en la ausencia de salario en los años de formación. El segundo aspecto es la diferencia en la calidad de trabajo. Si bien todos tenemos los mismos derechos ante la ley, quienes han invertido más años, más dedicación, más sacrificio y más dinero en su formación, trabajando en ocasiones excesivamente, sometiéndose a riesgos específicos en la formación misma, terminan desempeñando labores muy especializadas que deben ser remuneradas en forma diferente. El tercer aspecto es la singularidad del trabajo. El prestigio, la posición intelectual y académica, la superespecialización en áreas

concretas, hacen que su oficio sea altamente calificado y efectuado por muy pocos colegas similares.

Por último, el hecho de decidirse por carreras que no permitan la competitividad en cuanto a cambiar de actividad y, por ende, obliguen al individuo a permanecer en su campo en forma forzosa, hacen que se pueda exigir una mejor remuneración. Así por ejemplo, los economistas, administradores y abogados, pueden desempeñar tareas empresariales que pueden resultar similares en muchos aspectos. En cambio, el neurocirujano ya establecido no puede entrar en el mercado gerencial, pues tendría que volver a la universidad a aprender lo necesario.

En este momento se considera un salario aceptable para un gerente de una empresa pequeña o mediana el equivalente a unos cinco o seis mil dólares. En las empresas grandes el valor se eleva a diez o doce mil, por no mencionar lo que reciben los grandes ejecutivos y presidentes de multinacionales, cuyos sueldos sobrepasan cifras que harían resentir a todos los trabajadores que en este momento apenas sí ganan el salario mínimo.

Los médicos estamos lejos de estas cifras. El sueldo promedio de los médicos de instituciones de salud muy difícilmente llega a los mil dólares y la forma de ganarlo es muy complicada. Y el público en general, con el apoyo de algunos medios, continúa con la convicción de que los médicos nos enriquecemos a costa de los sistemas de salud. No se puede vender al público, en aras de las ganancias, una imagen distorsionada de un grupo profesional que, en su mayoría, ha venido trabajando para el país desde hace muchos años con dedicación y altruismo.

Y muchísimo menos puede tolerarse que, aprovechando la crisis que vive la medicina colombiana, se continúe rebajando el producto del trabajo profesional, para mostrar a las empresas comerciales como las depositarias de la defensa del público, cuando son precisamente esas entidades las que perciben los ingresos y ganancias de la 'venta de servicios de salud', que se ha convertido en una industria de enorme rentabilidad.

REFERENCIAS

1. Guzmán F: ¿Cambiará el Ejercicio de la Profesión Médica? Prensa Médico-Quirúrgica 1994; 1: 3-8
2. Guzmán F: El Acto Médico es un contrato legal. Responsabilidad civil del médico. Prensa Médico-Quirúrgica 1994; 2: 6-7
3. Guzmán F: ¿Estamos los médicos incluidos dentro de las leyes de oferta y demanda? Bol Asoc Médica de los Andes 1994; 2: 2-3
4. Guzmán F: ¿Estamos los médicos incluidos dentro de las leyes de oferta y demanda? Segunda parte. Bol. Asoc Médica de los Andes 1994; 3: 2-3
5. Guzmán F: La medicina actual: Un simple juego entre oferta y demanda. Prensa Médico-Quirúrgica 1995; 4: 5

Correspondencia:

Dr. Fernando Guzmán Mora. Av. 9 No. 117-20, Cons. 802. Santafé de Bogotá, D. C., Colombia.