



Caracas, 7 de Mayo de 2002

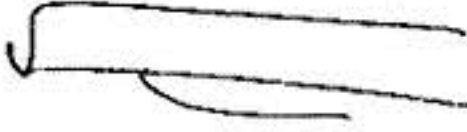
Doctor  
Federico Fernández P.  
Presente.-

Apreciado Colega.

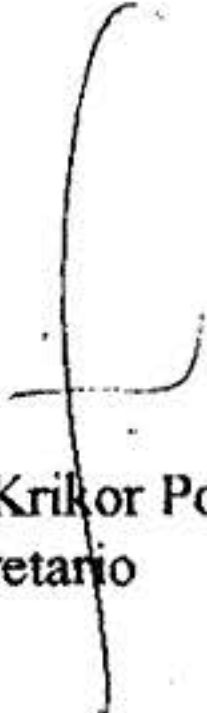
Nos dirigimos a usted con la finalidad de informarle que la Asamblea extraordinaria convocada para considerar las relaciones entre los Médicos y las Compañías de Seguro y similares acordó constituir una Comisión que estudie las proposiciones presentadas por escrito (Drs. Pedro Carvallo, Enrique Márquez y Vicente Lecuna) y discuta el punto con eventuales nuevas proposiciones. El informe de la Comisión será presentado en otra Asamblea en un plazo no mayor de mes y medio.

Se anexan las proposiciones consignadas.

Atentamente,

  
Dr. Vicente Lecuna  
Presidente



  
Dr. Krikor Postalian  
Secretario



Caracas, 7 de Mayo de 2002

## Boletín Informativo

1.- La Junta Directiva cumple con informar que el día 17 de abril, a las 7:30 p.m., en el Auditorio de la Sociedad se realizó la segunda convocatoria de la Asamblea Extraordinaria convocada, a solicitud de un grupo de miembros activos solventes para considerar como punto único las relaciones entre los Médicos y las Compañías de Seguro y similares.

Asistieron 31 miembros solventes activos.

Hubo varias intervenciones y proposiciones, de las cuales tres fueron consideradas por escrito (Pedro Ignacio Carvallo, Enrique Márquez y Vicente Lecuna).

Luego de varias intervenciones se aprobó la constitución de una comisión integrada por los Drs. José Blondet, Francisco Brandt G., Leonardo Borregales, Pedro Ignacio Carvallo, Federico Fernández Palazzi, Marco González Berti, Manuel Guzmán, Enrique Márquez y Eduardo Mata; quienes estudiarán las propuestas y en un plazo de mes y medio presentarán un informe a una nueva Asamblea.

Las propuestas presentadas por escrito se encuentran a la disposición de cualquier miembro de la Sociedad en la Secretaría.

2. La constitución del Fondo de Retiro (FONCEME) se encuentra en sus fases finales para iniciar. Varios miembros han preguntado acerca de la vigencia del 1% de sus honorarios por hospitalización que algunos miembros destinan a la Sociedad Médica. De hecho, la Sociedad se sostiene con estos aportes.

Una vez constituido FONCEME, la cuota anual individual saldría del aporte individual de cada miembro y el 1% desaparecería. Mientras no arranque FONCEME y se estructure el mecanismo para la cuota, consideramos conveniente (y esencial), mantener el 1%. Esperamos que FONCEME arranque pronto.

Atentamente,

Dr. Vicente Lecuna  
Presidente

Dr. Krikor Postalian  
Secretario

## Carta del Dr. Enrique Márquez a la Sociedad Médica

Estimados Colegas:

Saludos y Respetos a todos.

Los planteamientos que vamos a exponer a continuación no son fáciles, pero con la unión y esfuerzo podremos lograrlo.

La Sociedad Médica del Centro Médico de Caracas, está integrada en su totalidad por médicos con un alto nivel científico y honorable reputación, donde con su libre ejercicio profesional persiguen la búsqueda de la excelencia con respeto hacia todos sus miembros. Últimamente compañías aseguradoras y administradoras de salud, se han dado a la tarea de dividirnos, fracturarnos y discriminarnos dentro de una institución médica que nos pertenece a todos.

Los tiempos y las personas cambian pero los principios y las instituciones perduran a través de la vida. Esta reunión no persigue ninguna actitud de reproche ni mucho menos juzgar a ninguno de nosotros, pero creemos que ha llegado el momento donde la unión y el raciocinio de todos nos lleve a cambiar esta actitud, que paulatinamente nos está desintegrando, hasta el punto de que el paciente ha perdido el derecho a escoger con quién y dónde tratarse. Todo esto nos ha llevado a proponer los siguientes planteamientos.

Crear una comisión elegida en esta misma asamblea para lograr los siguientes objetivos:

1. Respeto a las listas de emergencia donde el médico de guardia tenga la plena libertad de evaluar a los pacientes sin exclusión alguna por ninguna compañía aseguradora.
2. Presentar el Baremo actualizado, con la participación de todos, sin discriminar ningún médico en su ejercicio, y mucho menos tener listas de profesionales recomendados dentro de nuestra institución, contratados tácitamente, hacia los cuales se derivan los pacientes.
3. Impedir el uso del nombre y áreas administrativas de la C.A. CENTRO MEDICO, sin haber un consenso de todos los médicos, los cuales tenemos los mismos derechos a discernir y a decidir como queremos nuestro ejercicio profesional.

Caminando día y noche por los pasillos del Centro Médico de Caracas, saludando y conversando con tantos compañeros y amigos, con los cuales podemos tener diferencias, pero con la palabra respeto y aprecio por encima de todo, nos preguntamos ¿por qué pelear y discutir entre nosotros para defender unas compañías aseguradoras que para nada nos han ayudado, si no más bien nos han separado y dividido, muchas veces en contra de la elección del paciente que estamos seguros es nuestro real motivo?

No podemos permitir que perdamos la libertad y competitividad, impuesta por una liga impenetrable que entuba médicos y asigna pacientes.

Son realidades de este tipo de medicina actual donde con tal de abaratar costos, nuevas regulaciones restringen

el acceso a tratamientos que pueden salvar la vida de un paciente. Pensemos y trabajemos juntos y si una vez finalizada todas las instancias para lograr nuestro fin no hay resultados satisfactorios que estén en el beneficio de todos, convoquemos una asamblea general de accionistas donde, en conjunto con la Junta Directiva, la cual está abocada a ayudarnos y defendernos, decidamos cual debe ser el destino de nuestra institución y de todos sus médicos, evitando así que en el futuro tengamos una base institucional sentida, dependiendo solo de compañías que pueden direccionar los pacientes según su propio beneficio económico.

Muchas gracias.

Dr. Enrique Márquez  
Cirugía General  
Centro Médico de Caracas

---

## Carta del Dr. Vicente Lecuna a la Sociedad Médica

Caracas, 17 de Abril del 2002

Apreciados Miembros Activos de la Sociedad Médica:

En la oportunidad de la convocatoria a una Asamblea Extraordinaria con el objeto de discutir la relación entre los médicos y las compañías de seguro y similares, he considerado útil compartir algunas experiencias vividas en la práctica médica pública y privada desde hace casi 40 años. Estas reflexiones tienen carácter individual. El tema es muy complejo y no ha sido fácil encontrar una solución que satisfaga y convenza todos los miembros en la Sociedad y su Junta Directiva, debido a los diferentes y complejos aspectos relacionados con la relación de las empresas de seguro y similares con los médicos y la juntas administradoras. Incluso el tema del llamado Baremo ha recibido resistencia en muchos colegas

### I. Motivación

Un grupo de médicos de nuestra institución ha venido manifestando quejas y protestas acerca de la práctica médica en la medicina privada y excluyente. La Asociación de Sociedades de Clínicas privadas también ha manifestado su preocupación y el gremio también.

### II. Antecedentes

En otras épocas la práctica privada era individualista y la relación médico paciente era directa. Existían pocas clínicas grandes y en una época la mejor fue el Centro Médico de Caracas. En las clínicas el ejercicio era individual y separado, apartando las especialidades que por su naturaleza (Anestesiología, Anatomía Patológica y Radiología) requerían trabajo en equipo. Los recursos tecnológicos eran muy escasos (comparados con hoy en día), recordemos que incluso no existían equipos de ultrasonido, gammógrafos, arteriografía, endoscopios flexibles, tomógrafos computa-

rizados, Unidades de Cuidados intensivos, o ecocardiógrafos. Era la época de la endoscopia rígida, del ECG y de la fonocardiografía. Comenzaban los gases arteriales y las Unidades de Terapia Intensiva. La relación médico paciente se fundamentaba en una buena historia clínica y en una plena confianza profesional y personal.

Sin embargo, aún desde el inicio de la Clínica existían médicos que atendían de manera exclusiva pacientes de grandes y pequeñas entidades públicas, desde Ministerios, IPAS, Bancos del estado y privadas, petroleras, Policía Metropolitana, Hipódromo, embajadas, etc, de manera directa o a través de intermediarios. Incluso había médicos que eran accionistas de la compañía Centro Médico y al mismo tiempo Directores Médicos de empresas de Compañías o simplemente médicos empleados de una empresa de seguros.

Con el tiempo también se desarrolló la figura de un médico (del Centro Médico o de afuera) que controlaba los ingresos y distribuía los pacientes de acuerdo con su criterio (competencia, confianza, amistad). Al mismo tiempo fueron creciendo, de manera desordenada como todo el país, sistemas de salud públicos y privados con mayor o menor satisfacción de los usuarios. Apareció la figura de administradora de salud, variante de atención sin marco legal que le permitía a los empleadores reducir los gastos de atención médica, con frecuencia reduciendo los honorarios médicos que en aquel tiempo se llamaba "Honorarios libres" o dentro de ciertos límites (costos del mercado).

El progreso de estos años ha sido gigantesco y la tecnología en si misma ha creado la necesidad de su uso. (Ultrasonido, TAC, RNM, litotropsia). La praxis médica ha cambiado por completo y lo que era verdad hace 40 años, pertenece al remoto pasado. Hasta las normas de cortesía médica han cambiado. El uso de compañías de seguros sustituyeron la noble práctica de la cortesía. El eco, la TAC, la RNM, la angioplastia y la cirugía endoscópica son algunos ejemplos donde los derivados de la industria encuentran uso y abuso de la medicina. Los aspectos médico legales, la ética, el derecho médico, la protección ecológica y protección de los derechos de los enfermos son otros aspectos que han incidido y modificado la práctica médica tradicional modificando la práctica de la medicina.

Desde hace varias décadas la sociedad contemporánea en el mundo desarrollado no soporta el crecimiento incontrolable de los costos de la medicina tecnológica y los honorarios médicos, en particular en el ámbito curativo y para ello, tanto empleadores como usuarios, han desarrollado diferentes fórmulas de sistemas de seguros que han evolucionado a través de los tiempos y que han contado con el beneplácito y supervisión del Estado moderno que lleva al paciente a costear un seguro individual que ofrece mayor cobertura o calidad. La incorporación, crecimiento y desarrollo de intermediarios ha generado impacto sobre los honorarios profesionales, que han mermado en algunos casos de forma acentuada y modificado la tradicional forma de ejercicio, desarrollando e impulsando la atención en el médico de familia o generalista, incrementando los ingresos

# centro médico

Por su actualidad e interés

de los internistas y controlando cada acto de los especialistas mediante una supervisión previa al acto médico o quirúrgico. Incluso el boom de la medicina alternativa ha encontrado respaldo en sistemas de seguro (Homeopatía, acupuntura y hierbatería). Además se ha generado conflicto entre médicos y empresas de seguros y similares por los extremos y alcance de cobertura económica para una medicina de óptima calidad. Ya es una rutina en muchos países que con frecuencia para realizar un examen sencillo, como una Radiografía, TAC o laboratorio, o una interconsulta con otro especialista, se deba contar con la aprobación previa de la compañía de seguro (incluyendo en condiciones de emergencia).

Las modalidades actuales y venideras de financiamiento para la medicina curativa han afectado la práctica presente y amenazan el futuro de la profesión, tanto en sus aspectos económicos como en su calidad. En los Estados Unidos las HMO (health management organization), con o sin fines de lucro, los PPO (preferred-provider organization), y más recientemente IPA (independent practice association) han generado (en un país con una inflación mínima) una disminución de los costos de honorarios médicos y han cambiado profundamente el ejercicio de la profesión, en particular por la problemática médico legal. Las HMO se convirtieron durante algunos años en importantes inversiones para Wall Street, pero recientemente han disminuido para dejar paso a otras modalidades. Existe marcado descontento entre los médicos de los USA por los HMO y están comenzando a regresar al pago por servicio en algunos estados. Incluso existen sindicatos de médicos que actúan gremialmente en el campo legal.

Canadá tiene un sistema muy socializado, basado en la atención preventiva y curativa por un General Practitioner (GP). El paciente, en la práctica, no tiene posibilidad real de escoger su médico pero puede denunciarlo y cambiarlo. Este GP cubre aspectos preventivos y ejerce una práctica clínica que incluye control de embarazo. En este país la Enfermera y el Trabajador Social sustituyen muchas funciones tradicionales del médico. A su vez es empleado por una empresa privada que contrata con el Estado. El médico es un empleado. Existe un incremento de quejas en Canadá sobre la calidad de la medicina, a pesar de tener indicadores de Salud entre los más altos del mundo.

En Europa (la antes occidental) tiene un sistema socializado bastante protector de los derechos del enfermo, sin embargo, las proyecciones acerca del futuro del financiamiento de este sistema indican una reducción en los gastos que llevará a una reducción de la calidad en la atención médica y de la protección social. Esto ha generado conflictos entre los jóvenes que trabajan por cuanto no disfrutarán de una protección similar a la actual. Europa también dispone de excelentes indicadores de salud.

En América Latina desde hace años (desde las primeras Mutuales Argentinas) y sistemas de seguros a través de Compañías aseguradoras que ofrecen seguros individuales (o de la familia) o seguros colectivos. El primer sistema ha sido señalado como deficitario por las mismas empresas y

compañías, mientras los seguros colectivos (en general) satisfacen al cliente y su empleador. Muchos de estos seguros tienen una cobertura muy baja y no cubre cualquier contingencia de estadías prolongadas, complicaciones o Terapia Intensiva, lo cual genera verdaderas tragedias familiares, que incluyen el egreso o traslado a otros centros. Luego aparecieron administradoras de salud de la misma empresa, mutuales, PEDEVESA, CANTV, Universidades y empresas independientes de prepago a un costo mensual, a las cuales se afiliaron grupos que previamente no disponían de un sistema médico o tenían baja cobertura.

Vale la pena recordar que en Venezuela no existe un ordenamiento legal para estos sistemas.

Obviamente la calidad de este tipo de atención mundial afecta en América Latina, si bien aumenta la población cubierta, a diferencia con los Estados Unidos y Europa, donde existe conciencia pública acerca de la calidad, fundamentada en una cultura que conoce la importancia de la salud, distinta a nuestras poblaciones acostumbradas a la medicina de beneficencia.

Por cierto, en los Estados Unidos no existe una cobertura total y un buen porcentaje de la población (20%) no tiene acceso a una medicina de calidad que le permita, por ejemplo, trasplantes hepáticos. En el caso de Colombia se combinó una situación de reformas constitucionales y de leyes con la aparición de múltiples compañías ofreciendo servicios prepagos a bajo costo. La gran mayoría de esas quebraron, mientras que otras crecieron y construyeron clínicas y ambulatorios para sus afiliados.

### III. Hechos en Venezuela

Desde hace años existen sistemas cerrados de prestación de salud a través los cuales el empleador logra asistencia al enfermo por un grupo de especialistas, a costos reducidos. De hecho, existen grupos de médicos que atienden, de manera cerrada y excluyente o cuasi excluyente, en instituciones públicas o privadas.

Existen distorsiones que han padecido médicos: compañías de seguro dirigen el enfermo que debe ser operado a clínicas que les ofrecen presupuestos más económicos, o a médicos amigos o vinculados con la compañía.

Las clínicas para lograr convenios con los médicos, en algunos casos, ofrecen tarifas reducidas a fin de lograr un aumento del volumen y, por lo tanto, de los ingresos. No existe una acción unificada, ni posiciones o ideas, más bien la competencia es la que rige la relación entre las clínicas. Cada clínica actúa de acuerdo a sus conveniencias de manera independiente y con criterios variables, ante situaciones recurrentes y, con frecuencia, sin tomar en cuenta al médico en ejercicio individual y reduciendo sus honorarios de manera arbitraria o previa conciliación. Las clínicas ofrecen baremos a las compañías, frecuentemente con descuentos. Los médicos con frecuencia aceptan las reducciones o descuentos de sus honorarios.

Las compañías cada vez más solicitan el baremo de los

# centro médico

*Dr. Vicente Lecuna*

honorarios médicos, pero tradicionalmente los médicos nos negamos a fijarlos. Este punto es de mucha relevancia al analizar el ejercicio privado. Muchos médicos (de manera consciente o inconsciente) imposibilitan la elaboración de baremos que exigen las compañías de seguro. Las Juntas Administradoras reconocen en el baremo un acto económico que debe incluir los honorarios, pero a su vez reconocen que no los pueden fijar unilateralmente. Muchos médicos o especialistas se niegan a aceptar un baremo enmarcado en el promedio general de la práctica médica de las grandes clínicas. Vale la pena acotar que el costo del acto médico es algo que los médicos hemos sostenido históricamente como intocable e intangible. El concepto del baremo por día de hospitalización llega al absurdo que para una compañía resulta igual un paciente que amerita una visita diaria, al manejo de un diabético juvenil complicado.

Al mismo tiempo muchos médicos ofrecen exclusividad o aceptan honorarios por debajo del costo promedio alegando que la exclusividad les garantiza volumen.

La mayoría de los médicos se agrupan en equipo dentro de las clínicas por generaciones (competencia, especialidad, amistad etc.)

Las clínicas cada vez más necesitan de los ingresos de pacientes asegurados por cuanto estos representan más del 80% del total de ingreso. La proyección anual de este porcentaje va en incremento.

La aparición de Sanitas, empresa con experticia extranjera, resultó un fenómeno que amenaza a las tradicionales empresas de seguros, afecta los honorarios profesionales en algunas especialidades, permite el acceso a un volumen de pacientes que no los tenían, refuerza la exclusividad de un grupo de médicos, y cancela a las clínicas, servicios y médicos la totalidad de los gastos. Existen empresas más pequeñas que hacen lo mismo. Este sistema ha creado tensión en las clínicas entre los médicos, en particular en las emergencias, donde los médicos de guardia no pueden atender estos enfermos. Si bien esto ocurre desde hace años con otras empresas, la presencia de Sanitas afecta por aparecer en momentos de una severa crisis económica y por no haber surgido una competencia similar.

A diario atendemos en el HUC gente de clase media que venía al CMC y ahora carece de recursos o seguros y requiere cirugía de urgencia. A duras penas los ingresamos en el HUC, el cual se encuentra sobresaturado debido al incremento de la demanda. A su vez, estos sistemas de medicina prepaga, permita a enfermeras del Centro Médico obtener hospitalización en el CMC.

El principio del derecho del paciente a escoger su médico no existe desde años (aparte de quien costea directamente) sino que los sistemas, de manera directa o indirecta, buscan reducir sus gastos mediante descuentos de las clínicas o fijando honorarios, en general bajos, de los médicos de acuerdo con baremos. El crecimiento de los pagos por gastos de hospitalización superó el 90% y en la práctica de la consulta ambulatoria sobrepasa el 50%.

La tendencia cada vez más creciente es que las empresas

(PDVSA, Bancos, Sanitas, y Cías. de Seguro) tengan un médico o dos, a veces con local propio dentro de algunas clínicas, con la función obvia de controlar los días de hospitalización, los actos y las indicaciones de procedimientos médicos o quirúrgicos. Es bien conocido que alguno de estos médicos dirigen los enfermos a determinados especialistas por razones de confianza y garantizar la mejor atención a sus enfermos. Igual práctica hacen en su sede primaria. Es justo reconocer que no todas las empresas practican estas distorsiones.

La experiencia de algunas de estas nuevas empresas no ha tenido éxito (Famisalud), mientras otras están en crecimiento, crisis y evolución, por ejemplo RESCARVEN, que incluso posee ambulancia con médico a bordo, laboratorio rayos X, ambulatorio y una clínica.

Existe una proliferación de ambulatorios privados sin control alguno por la autoridades sanitarias. En algunos se omite además la atención primaria al enfermo y referencia al especialista cuando se estime necesario. Hay proliferación de centros donde se ofrece la prestación de servicios (lab., Rx., cirugía, endoscopia etc.) sin adecuado control.

Se ofrecen públicamente insólitos servicios en la prensa (medicina cubana, ayurvédica, hierbatería) sin que el gremio actúe. Incluso, frente a hospitales se observan anuncios de técnicas o exámenes que no se realizan en dichos hospitales,

A pesar de que todas estas prácticas existentes desde hace años, se han formulado objeciones legales a los sistemas cerrados de atención que impiden al enfermo escoger su médico.

Todo lo anterior conduce a que el médico en ejercicio individual es quien, a través de la reducción de sus honorarios, se encuentra atrapado por un sistema que resulta exitoso al reducir y racionalizar y masificar la oferta a la población de clase media y media baja que no tiene acceso a clínicas y no encuentra solución en los abarrotados hospitales públicos

Vienen nuevas leyes y reglamentos en la Asamblea Nacional y el Presidente no pierde oportunidad para atacar la medicina privada. El proyecto de Ley de Ejercicio de la Medicina simplemente no contempla el ejercicio de la medicina privada. Por cierto, es una Ley muy parecida al sistema canadiense y cubano.

Algunos nuevos desarrollos de sistemas de salud estatales (por ej. Aragua), debido a la decisión política y económica iniciada hace diez años por Tablante, están abarcando cada vez más una adecuada prevención y curación en Núcleos de Atención Primaria, o modelos interesantes, como la Maternidad de Turmero. El modelo requiere la constitución por la comunidad, de los Comités de Salud de la cuadra, semejante al sistema del Comité de Defensa de la Revolución Cubana.

La opinión pública no tiene buena opinión de los médicos particulares y de nuestras instituciones privadas, calificadas frecuentemente como explotadores de la enfermedad. Nuestro gremio lamentablemente se encuentra

# centro médico

Por su actualidad e interés

dividido ante la opinión pública. Sin embargo, tiene un rol fundamental en la conducción, el manejo del tema y en la legislación de esta materia, que debe ser retomada por nuestros dirigentes gremiales.

No hemos conseguido suficiente resonancia por las Juntas Administradoras (Juntas Directivas) ante los llamados por la Asociación Nacional de Clínicas Privadas, para tratar conjuntamente el problema. Pareciera que la competencia entre las clínicas por mantener alto el nivel de ocupación de camas está por encima de los intereses económicos de los médicos en ejercicio. Pareciera que los únicos que pudieran defenderse son los mismos médicos; sin embargo, resulta obvio que sólo con la unión de las Juntas Administradoras, Sociedades Médicas y gremio, podremos enfrentar la situación.

La autonomía y hegemonía del médico pertenece al pasado, igual que el derecho del enfermo a escoger su médico. Esto es una realidad, determinada por hechos económicos que han evolucionado lenta y progresivamente, y que constituye una amenaza a la calidad de atención al enfermo y calidad de vida y eventual dignidad del médico.

## IV. El Centro Médico de Caracas

Vale la pena recordar que según los estatutos, la Sociedad médica del Hospital Privado Centro Médico de Caracas: es propugnar un elevado desarrollo científico de la Institución. Velar y mantener la ética profesional en el Instituto. Auspiciar la investigación, la cultura, la docencia y su propagación. En el Título III Sobre la Administración de la Compañía, en su numeral 13 del Art 13 del Documento Estatutario de la Compañía, se establece que "promueve la organización y funcionamiento de la Sociedad Médica del Hospital, con fines asistenciales, docentes y de investigación", articulado que se saltó durante años y luego se eliminó. Sin embargo, esta junta Directiva estima conveniente la discusión con el auspicio de la Sociedad Médica.

Más del 80% de los pacientes hospitalizados dependen de Compañías de seguros y las diferentes variantes que abarcan grupos de médicos asociados o compañías de médicos con inversores.

Nuestra Clínica ha tenido menor crecimiento, en los últimos años, en el número de pacientes ingresados por emergencia en comparación con otras clínicas. Las causas de esta situación son múltiples y no son fáciles de resolver, entre ellas se reconocen:

- 1 Proliferación de clínicas, ambulatorios, dispensarios, laboratorios alrededor del CMC.
- 2 La ubicación en una zona roja, limita la asistencia a emergencia en horas nocturnas, si se compara con las facilidades arquitectónicas de las grandes clínicas. En particular desde el incremento de la violencia urbana. El acceso nocturno al estacionamiento y al CMC es complicado, hostil y peligroso.
- 3 Crecimiento de grandes y buenas clínicas donde se ofrece igual calidad de atención, disponiendo de estacionamientos internos que garantiza seguridad.

- 4 Contraste del número camas (78) (somos la 4ª clínica) con el número de médicos activos (350). Buen número de ellos realizan los actos médicos en clínicas vecinas o lejanas al Centro Médico. Esta disparidad numérica, en época de crisis, afecta negativamente la calidad de vida del médico.
- 5 Pobre proyección de la imagen y mercadeo agresivo de otras clínicas que contratan empresas y financian revistas de excelente calidad y publicidad, de promoción directa e indirecta en prensa, radio, televisión y cursos hacia la comunidad.
- 6 Los costos de algunos rubros en el CMC son mayores a los de clínicas que disponen de infraestructura igual o mejor.
- 7 El crecimiento de pseudo clínicas en Caracas y el interior ha aumentado brutalmente con la finalidad de ofrecer menos costos. Incluso una clínica a menos de 100 metros ha crecido con pabellones.
- 8 La capacidad resolutive de buenas clínicas de la Provincia ha mejorado.
- 9 Algunos hospitales públicos de Caracas (Hemodinamia y Cirugía Cardiovascular en el Hospital Universitario de Caracas) han mejorado e incrementado sustancialmente su capacidad resolutive.
- 10 Avances médicos importantes, como trasplante de hígado, médula ósea, y grandes centros de oncología, se han desarrollado en otros centros con apoyo institucional.
- 11 Los pacientes de Sanitas representan una población nueva que tradicionalmente no acudía al CMC. Obviamente, con el pasar el tiempo nuevos enfermos se afiliarán a este sistema y otros que están en formación.
- 12 La apertura para hospitalización en el Centro Médico Docente La Trinidad está en fase final de convenios para su apertura. Esto permitirá a más de 80 médicos del CMC trasladarse rápida o gradualmente a una institución que dispone de instalaciones excelentes, ubicación segura y población de clase media cautiva y excelente proyección sobre la comunidad vecina. La institución, desde hace más de 30 años ha estado publicitando y mercadeando medicina y médicos y servicios de alto nivel, incluso con una importante colaboración a comunidades vecinas (Baruta y El Hatillo).
- 13 En años anteriores la pugnacidad y vehemencia de miembros de nuestra Institución ha afectado la imagen de la misma. Aprovecho la oportunidad para señalar que la junta actual, además de continuar y aumentar las remodelaciones, mejorar la hotelería, reducir de las deudas, ha conducido con inteligencia la política de concordia como forma de relación, logrando desactivar la estéril pugnacidad que lleva a la espiral de la violencia.
- 14 La onerosa carga del contrato colectivo representa un importante peso para la administración del CMC en comparación con otras clínicas.

## V. ¿Desesperanza?

Sin ánimo de desarrollar un iluminismo fantástico, el hecho es que estamos enfrentando nuevas circunstancias que obliga a abarcarlas, no solo con inteligencia sino con una estrategia. De esa forma lograremos un ingreso acorde a una vida digna en lo económico y con respeto social.

Para poder trabajar necesitamos reconocer que el Centro Médico es pequeño, con un excelente componente médico y técnico, con una estructura antigua, con una situación sindical severa que nos diferencia de otras clínicas y reduce la capacidad de inversión.

Nuestro nivel de competencia es menor y debemos manejarnos con prudencia.

## VI. Situación económica. Política Nacional

Es inevitable por cuanto forma parte íntima del proceso de la medicina privada, una referencia a la situación político social. No tengo la menor duda, en particular después de conocer la situación del Estado Aragua, que la dirección política de la medicina preventiva y curativa es hacia el sistema cubano. El sistema canadiense, teóricamente la meta buscada, es inaccesible para la situación económica del venezolano que, en su gran mayoría no paga impuestos. Claro, mientras se llega, si se llega, al sistema cubano o canadiense o se produce un modelo diferente, los médicos individuales y las clínicas subsistirán compitiendo o colaborando entre sí. Por otro lado, para nadie es un misterio que la medicina canadiense es tan rígida como la cubana. Ambas miran la medicina como una parte social del país, que debe ser universal, gratuita y oportuna. No escapa el hecho que instaurar un sistema de alta calidad (canadiense) requiere de un alto porcentaje de contribuyentes, mientras que la medicina curativa (más no la preventiva) cubana ha tenido que echar mano a la medicina alternativa y hierbatería para abaratar costos. No es casualidad que aproximadamente 400 estudiantes de medicina cursen estudios en Cuba. Las características de los más de 300 médicos cubanos en Venezuela, sin caer en anticomunismo o antichavismos a ultranza, son parecidas a un trabajador social, integrado a la comunidad donde vive y come, con conocimientos de prevención pero con conocimientos científicos bajos; comparándolos son los promedios de calidad de nuestra medicina.

## VII. Recomendaciones

- 1 El delicado aspecto de los honorarios profesionales debe ser tratado con las sociedades médicas y las Juntas Administradoras con las diversas instituciones administradoras de la salud.
- 2 El gremio debe participar activamente en este proceso.
- 3 Las sociedades científicas, como en otros países, deben incorporarse a la discusión del justiprecio de la práctica médica.
- 4 Es indispensable la unión de todas las sociedades médicas con el apoyo de la juntas administradoras, a fin de lograr un sistema justo para enfermos y médicos.

- 5 Es fundamental la incorporación de nuestros afiliados en las discusiones de la Ley de Ejercicio de la Medicina y demás leyes relacionadas con salud. Las nuevas leyes de seguridad social podrían incorporar los sistemas privados para la salud preventiva y curativa.
- 6 El futuro de nuestra profesión se encuentra seriamente amenazado, no solamente la calidad de vida del profesional, sino la calidad de atención al enfermo, fin último de nuestra profesión
- 7 Hay que negociar con inteligencia ante los nuevos sistemas de administración de salud y las viejas compañías de seguro, diseñar una estrategia para mejorar la imagen del médico ante la opinión pública y en especial lograr que todas las Juntas Administradoras de las Clínicas Privadas trabajen con una misma estrategia y política, tendente a mantener la calidad de atención al enfermo y permitir ingresos justos al médico.
- 8 Lograr un Baremo flexible de honorarios médicos, acorde con cada variable individual (edad, dificultad, riesgos, etc), con la participación activa de las sociedades científicas respectivas que conocen esta materia mucho más que las Juntas Administradoras, las Sociedades Médicas, grupos de especialistas o gremio y compañías de seguro.
- 9 Incluir de manera clara y útil para la población un sistema mixto de cobertura en seguridad médica y social y usar la inteligencia. Incorporar a la medicina preventiva la genética, ética, prevenir y enfrentar las complicaciones médico legales.
- 10 Propiciar una asociación de usuarios de la medicina que vigile los costos y la calidad de la atención médica.
- 11 La unidad de los médicos resulta fundamental para cualquier acción.
- 12 Todos los médicos consideramos válida la presencia y funcionamiento de sistemas que permitan acceso a la medicina privada de buen nivel para la mayor cantidad de población, respetando unos honorarios médicos justos. Sin embargo, la historia en Canadá, USA y en particular en la mayoría de países latinoamericanos demuestra como un sistema economista termina reduciendo la calidad de atención a los enfermos y convirtiendo la vida del médico en miserable. Se pierde el paradigma de la medicina y el médico se encuentra atrapado entre el beneficio del enfermo y su beneficio individual, con la balanza obviamente inclinada hacia el beneficio del enfermo.
- 13 Las Juntas Directivas lo han hecho bien y han dejado huellas que nos permiten estar aquí, en este auditorio viejo y sucio pero lleno de historia. Lo importante es lo que se discute y no el aspecto de las sillas. Más importante es el aspecto que tiene el paciente de su clínica. Los miembros de la junta Directiva de la Compañía trabajan gratis, se ganan enemigos pero tienen claro que este techo y piso son nuestra casa, a unos mejor y a otros peor pero único techo y casa. Es el fundamento ideológico para el ejercicio de la profesión. En otras clínicas luchan a dentellazos para entrar en la Junta y obtener un jugoso dividendo. Prefiero nuestra historia. Falta mucho, en particular en

# centro médico

Por su actualidad e interés

atención de enfermería y recursos humanos. Esta clínica es una institución frágil, entre las demás en materia de enfermería

Por último dejé ex-profeso lo único que no ha cambiado en los últimos siglos de la medicina antigua y moderna. Se trata de la intangible relación médico paciente, fundamento y esencia de la buena medicina y a quien nos debemos desde hace siglos

Hay una pregunta que me martillea sin cesar y que no le encontrado respuesta porque viene de un viejo dogma y algo nuevo que deriva del anterior. El dogma es: lo que es bueno para el enfermo es bueno para el médico. Este dilema coloca al médico en una situación muy complicada en la materia de la práctica de la medicina privada vista desde el contexto social.

¿Una buena medicina prepaga es buena y conveniente para el enfermo?

¿Tiene derecho un enfermo o grupo a contratar a través de un sistema con un médico o grupos de médicos?

Probablemente la razón del dilema está en que la medicina tiene profundas raíces sociales (a diferencia de muchas actividades de la sociedad capitalista). Aún en una sociedad capitalista la medicina y la protección social tienen ámbitos propios y son abordados de manera diferente. El problema es que una profesión muy dura y aunque tiene sus gratificaciones y reconocimientos sociales, se encuentra en América Latina con una marcada amenaza de la calidad de vida, donde incide, de manera determinante, el exceso de médicos y especialistas en una misma clínica, en la proliferación de ambulatorios, algunos de dudosa calidad.

Atentamente,

Dr. Vicente Lecuna T.  
Gastroenterólogo  
Centro Médico de Caracas

## CONFLICTO MÉDICOS VS. SEGUROS

Carta del

**Dr. Pedro Ignacio Carvallo Alvarez**  
a la Sociedad Médica

Apreciados colegas y amigos:

Nuestro ejercicio profesional se ha convertido en una suerte de polivalencia de funciones, que ciertamente estará ocupando buena parte de nuestro tiempo y esfuerzos, a expensas de la dedicación que deberíamos ofrecer a nuestra razón de ser, es decir, la actividad intelectual y científica, para nuestro mejor desempeño como prestadores de servicios de salud.

En la actualidad, debemos consumir un tiempo enorme como administradores, economistas, pujadores, abogados, cobradores, etc.; elaborando presupuestos, informes, planillas, y toda una variedad de requisitos, para satisfacer

las exigencias de aquellos que deben responder por las cuentas derivadas de la atención médica de sus afiliados; y luego defendiendo, y discutiendo nuestros derechos, siendo sometidos a humillaciones, por lo demás inaceptables.

Nuestra propuesta de tratamiento bajo el esquema actual, es sometida a un jurado examinador omnisapiente, revestido de una majestad divina, que es capaz de dictaminar sobre cualquier aspecto en discusión, representado por un médico contratado por el ente en cuestión, y los contadores o administradores, que obviamente pelearán para colocar los números a su favor, a costa del perjuicio de la contraparte. Es decir, que una conducta médica dictada por un profesional de la medicina, en ejercicio legal, será puesta en tela de juicio, por un probable lego en la especialidad específica, y secundado por aquellos a quienes se les paga para descalificar las aspiraciones del profesional ¡!

Cuando el desdichado enfermo presenta su caso a la compañía de seguros, probablemente oirá la insolente expresión: "ese médico está cobrando muy caro"; sin haberse paseado por la idea de que con su opinión expresada a la ligera, está cometiendo un acto de difamación, que por cierto debería ser juzgable y penable, ya que pone en entredicho la honestidad del galeno, a quien está calificando de ladrón, o en el mejor de los casos de usurero...

No es raro que se proponga una salida mágica: "tu póliza no cubre ese presupuesto, pero yo tengo a alguien que te lo hace ajustándose a tu cobertura", dando pie a que uno pueda suponer un mercado de pacientes con beneficios por debajo de la mesa...

Comienza entonces el tira y encoge, cuando un representante, generalmente no médico, llama para proponer un ajuste de honorarios, pero curiosamente los ajustes siempre son hacia abajo?? y nuestro error sería ceder. El razonamiento del pagador se basa en una matemática extremadamente sencilla: mientras menos pago, más me queda.

La situación criminal, es cuando se trata de una emergencia, haciendo esperar un tiempo muy valioso, mientras otorgan la clave, creando una situación de angustia, mientras se juega con el suspenso, y se presiona para que el galeno ceda, y que eventualmente pudiera incrementar la posibilidad de complicaciones de diversa índole y gravedad, no haciéndose ellos responsables por estas eventuales consecuencias.

Si eventualmente tenemos éxito en nuestra gestión preliminar, el suplicio es para lograr el pago por nuestros servicios. El monto correspondiente a los honorarios médicos, pertenece al profesional, desde el mismo momento en que presta el servicio que genera dichos honorarios, así es que las ofertas de pronto pago, a expensas de disminuir nuestros honorarios, no tienen sentido, ya que nuestro servicio fue, pronto servicio, porque fue ejecutado en el momento en que se prestó el servicio.

Es absolutamente inmoral, la manera como las compañías que se supone cubren los gastos, manejan esta situación. El tratante establece unos honorarios de acuerdo al momento en que se supone que los servicios serán

# centro médico

Dr. Pedro Ignacio Carvallo Alvarez

prestados, los cuales no serían los mismos, si supiéramos que la remuneración va a ser percibida tres o seis meses más tarde. Lo honesto sería que la aseguradora advirtiera al tratante, que el pago va a ocurrir seis meses más tarde, entonces el galeno decidiría si le conviene o no, y cual sería el valor de sus servicios para la fecha efectiva de cancelación.

En el momento actual, cualquier deuda que se haya generado hace dos meses o más, se habrá convertido en un 50% de su valor real, ya que la devaluación de nuestra moneda, ha sido de aproximadamente un 20%, y todos los bienes de consumo vieron incrementados sus precios en un 30%, de manera automática. Así es que el valor real, adquisitivo de esos honorarios, disminuyó en un 20 más 30, es decir, en un 50% ¡!???

El problema fundamental, es que no existe una relación basada en la honestidad, en la actitud sincera, de responsabilidad para con el paciente, ni con el médico, ni con la institución hospitalaria, que también habrá incurrido en una serie de gastos importantes, que se convierten en cuentas por cobrar, quién sabe cuando. ¿Cómo se puede trabajar así?

Es fundamental establecer una relación de confianza, en la que el médico no tenga que estar consumiendo una buena proporción de su energía en forcejear con terceros, el monto de sus honorarios. **¿Cuánto vale el acto médico?** Los médicos, debemos ser razonables al proponer un monto por los honorarios, y defender nuestra posición con dignidad; dice muy poco de sí mismo, el que regatea, cediendo terreno a la contraparte, ya que si acepto que puedo cobrar menos, por qué iba a cobrar más ¿? Sería muy triste pensar, que cedemos por temor a perder el caso, porque estaríamos aceptando un mercado de rivalidad de precios, cual bazar, y no una competencia por calidad. El asunto verdaderamente médico, la salud del enfermo, ya no parece ser lo importante, el centro de todo el asunto es cuánto se está cobrando, cuánto se logra rebajar, cuánto es lo más tarde que se puede pagar, cuánto puedo yo beneficiarme negociando con este dinero ajeno. Que el servicio de salud prestado o recibido, sea bueno o malo, es un asunto que pasa a segundo nivel en importancia ¡!!

Actualmente podemos encontrar diversos tipos de "protección" para los enfermos. Existen los sistemas tradicionales de seguros, en el que el paciente contrata a una compañía de seguros, un servicio de cobertura en casos de cirugía, hospitalización y maternidad, pagando una prima anual, de acuerdo al número de personas incluidas en esa póliza, comprometiéndose la agencia aseguradora a cubrir un porcentaje determinado de los gastos ocurridos, de acuerdo al contrato establecido. Hay sistemas organizados en ciertos lugares de trabajo, por ejemplo: Petróleos de Venezuela, CANTV, Banco Central, Electricidad de Caracas, Instituto Nacional de Hipódromos, Universidad Central de Venezuela, Banco Industrial de Venezuela, CADAFE, IPASME, etc., quienes han contratado un médico, que funge como coordinador, y que selecciona especialistas en cada

área para la atención de los pacientes provenientes de ese sistema. Generalmente son sistemas financiados por autogestión, y su universo es limitado a sus trabajadores.

Con el desarrollo del concepto de administradoras de salud, han aparecido sistemas que ni son una cosa, ni la otra, y que no están adscritas al sistema de seguros, ni se rigen por la superintendencia de seguros, ni de bancos, ni de nada, y que han invadido el mercado, ofreciendo coberturas sin límite de edad, sin problemas con pre-existentes, etc. etc., y que han tenido una aceptación asombrosa. Realmente han sido muy agresivos en sus campañas de promoción, pagando fortunas en propagandas, tanto en la prensa escrita, como radial, lo cual deja ver sus expectativas de ganancias, ya que los pacientes pagan primas no económicas, y el sistema paga servicios muy baratos. El problema es que el sistema es discriminante, tanto en su oferta a potenciales clientes, pues ofrece tarifas preferenciales a candidatos colombianos o españoles; así como al universo médico, ya que habiendo seleccionado una lista de especialistas por cada área, desconoce el título de médico de cualquier otro. Se dice que en los otros sistemas también se discrimina, pero el peligro de esta clase de propuesta es que su potencial universo de clientes, es infinito, lo cual obviamente sería muy peligroso. Tan interesante es este tipo de opción para los pagadores, que hemos visto, como algunas compañías de seguro tradicionales, están preparando propuestas similares.

Una consecuencia muy grave de esta situación, es que a raíz de esto se ha presentado una verdadera división entre los grupos médicos, unos que se han visto puestos de lado, mientras otros han sido favorecidos, pudiendo llevarnos a extremos inimaginables.

Los médicos debemos cerrar filas unidos, ya que por encima de todo nos une, nos identifica una misma causa, que es el bienestar del paciente, el acto médico en sí, y el reto profesional, así como nuestra superación personal, que debe ser a base de esfuerzo profesional, y de la calidad del servicio que prestamos; y no a expensas de hundir a los demás.

## Propongo:

En primer lugar debemos ofrecer una imagen de ser un solo bloque, y así enfrentar el atropello del que somos víctimas por parte de las compañías que juegan con nuestros honorarios. Su estrategia es dividir al enemigo, siguiendo la estrategia militar de "divide y vencerás", mientras ellos se unen en bloques sólidos.

En segundo lugar, no podemos aceptar ser discriminados. Somos médicos en el ejercicio legal de nuestra profesión, reconocidos por la universidad autorizada que nos haya otorgado nuestro diploma, y en condiciones y capacidad de ejercicio profesional; por lo tanto mi oferta de servicios tiene la misma validez, que la de cualquier otro colega.

En tercer lugar, hay que exigir respeto, porque estamos

# centro médico

*Por su actualidad e interés*

aceptando la falta de respecto a nuestra dignidad profesional, al permitir que nuestra propuesta de conducta profesional, sea condicionada a la opinión de administradores.

En cuarto lugar, no podemos ceder bajo ninguna circunstancia, cuando el monto de nuestros honorarios es el tema en discusión. Se supone que nuestra propuesta es producto de un análisis responsable y honesto, ¿si puedes cobrar menos, porque ibas a cobrar más?

En quinto lugar, deberíamos, exigir de alguna manera que nuestros honorarios sean indexados de acuerdo a su valor real, desde el punto de vista adquisitivo, de manera que recibamos lo que realmente valía el servicio cuando lo prestamos.

En sexto lugar, nuestra bandera debe ser el ofrecimiento de servicios de atención médica de alta calidad técnica, humana, y profesional.

En séptimo lugar, no podemos aceptar hacerle el juego al éxito de terceros, atentando contra nuestros propios intereses

En octavo lugar, si verdaderamente tenemos sentido de grupo, y somos honestos en nuestra posición solidaria, deberíamos proponer el despojarse cada quien de privilegios que resultan tan discriminantes para el resto de los colegas, para que todos estemos en igualdad de derechos y de oportunidad. Es decir, que si llega una emergencia de cualquiera de esos sistemas de protección, se llame al especialista de guardia, quien por cierto se encuentra en su casa, sin poder disfrutar del fin de semana, esperando a que lo llamen. O que si se trata de una consulta electiva, se respete el derecho que tiene el enfermo de escoger su tratante,

En noveno lugar, se propone una competencia profesional, verdaderamente profesional; es decir, que lo que compite es la calidad en cuanto a preparación profesional y de prestación de servicio; en donde nos sintamos motivados a prepararnos, a superarnos, a actualizarnos, a prestar un mejor servicio cada día; y así, tanto el paciente como los familiares puedan seleccionar un tratante de acuerdo a su propio criterio de escogencia, por referencia de calidad, y no que sea por áreas de dominio, en donde los pacientes se puedan mercadear, al mejor postor, sin que la calidad profesional juegue ningún papel.

Décimo, recordar que todos estamos en el mismo barco, y que todos debemos cuidarlo, para que no naufrague, porque si se hunde se ahogará tanto el marinero como el capitán.

Si en este momento no visualizamos el peligro que corre el ejercicio médico, y no tomamos medidas solidarias, lamentablemente el barco se hundirá.

Como conclusión, al considerar lo complejo que esta situación puede resultar, y que es un área de la cual muy poco sabemos los médicos; propongo que se contraten los servicios de alguien especializado en la materia, con conocimientos tanto de la parte legal, como de la econó-

mica, y de la médica, para que nos asesore, como requisito indispensable para pretender tener éxito en esta gestión.

Caracas, abril 2002

Pedro Ignacio Carvallo Alvarez  
Médico Cirujano

