



Tarifas mínimas en cirugía general

PABLO GARCÍA ECHEVERRI*, MD

Palabras clave: tarifas médicas, cirugía, carga de trabajo, productividad, costo de la atención médica.

Resumen

Introducción: En el presente trabajo se cuestionan cuáles deben ser las tarifas mínimas (honorarios quirúrgicos) para los procedimientos en cirugía general.

Materiales y métodos: Se utilizaron las tarifas actuales, calculando la inversión personal del autor en su formación y calculando los costos de operación de un acto quirúrgico como una herniorrafia inguinal. Se revisan conceptos de la ética quirúrgica y el evento adverso y se trata de establecer nuevos interrogantes para calcular las tarifas mínimas teniendo en cuenta ese evento adverso. Se utilizaron datos para calcular la oferta de cirujanos y la relación con la fijación de tarifas mínimas.

Resultados: Se encontró una tarifa mínima (honorarios quirúrgicos mínimos) para la UVR y se vio cómo el empleado quirúrgico trabaja por debajo de esa tarifa mínima. Se encontró cómo la sobreoferta de cirujanos afecta esta tarifa.

“La esperanza es una gran falsificadora de la verdad”⁽¹⁾.

* Director científico CONCIENCIA, Cirujano especialista Clínica Palermo

Fecha de recibo: Junio 5 de 2005

Fecha de aprobación: Febrero 23 de 2006

Introducción

En el año 2000 fui visitado por un paciente en mi consultorio; había terminado mi especialización en cirugía general un año antes. Me solicitó que le realizara una herniorrafia inguinal y ésta debía ser cobrada a tarifas particulares, ya que no estaba afiliado a seguro de salud alguno.

Con el mejor disimulo crucé al consultorio de enfrente y le pregunté al cirujano que se encontraba ahí, quien llevaba 35 años de práctica privada, cuánto le debía cobrar; me recomendó una cifra de la tarifa y así se lo transmití al paciente.

El paciente se fue y llamé a la Asociación Colombiana de Cirugía, me contestó la secretaria y artista, la misma persona que hoy nos contesta⁽²⁾, y me comunicó que las tarifas no habían sido renovadas desde 1995, dos años después de la reforma en salud.

La semana pasada fui llamado por una persona en nombre de una prestigiosa empresa promotora de salud para ofrecerme trabajar para ellos. No me podía “hablar de tarifas” pero me iban a “pagar por paquete”.

Esto implicaba trasladarme a una sede designada por ellos, para atender los pacientes en la consulta y programar la cirugía que de esta consulta se derivara en alguna clínica de la que yo fuera adscrito, realizar entonces el control posoperatorio y el tratamiento de las complicaciones si las hubiere por una tarifa fija, “a tari-

fas pos” según decía la persona que me ofreció el trabajo. Le pregunté entonces cuánto de mi tiempo necesitaba esa empresa y me dijo que era algo así como 4 horas diarias; no convinimos entonces ningún arreglo, porque no podía disponer de tanto tiempo para esa labor.

Después del episodio me quedan dos preguntas, una válida hace una década: ¿cuánto vale (honorarios médicos) una cirugía en cirugía general? Y otra, que se ha transformado en esta década como resultado de la reforma en salud: ¿cuál es la tarifa mínima (honorarios médicos) para la práctica de una operación en cirugía general? Es decir, a qué tarifa estoy dispuesto a operar para que el acto sea rentable (que produce renta duradera o remuneradora), que incluya la inversión inicial y los costos (gastos) de operación y el probable evento adverso.

Me propongo en este artículo esbozar una probable respuesta para la segunda pregunta, que responde la primera a un valor mínimo. Se excluye de este análisis el concepto de caridad (misericordia) en medicina ⁽³⁾.

Materiales y métodos

Se utilizaron los datos de las fuentes personales del autor, para los costos de inversión. Para los costos operativos, se designaron los mínimos utilizando las tarifas reales y actuales del mercado. Para el análisis del evento adverso, se revisó la bibliografía actual. Los datos de la UVR son tomados del Manual de Tarifas actualizado del ISS.

Se utilizaron los datos del trabajo de Roselli y col. ⁽¹³⁾ para calcular la sobreoferta de médicos especialistas.

Costos

Inversión inicial

¿Cuánto le costó a usted o a su familia obtener el título como cirujano general?

La respuesta es variable según la época y según la universidad. Para darnos una idea yo empecé a estudiar en una universidad privada en 1988; la primera matrícula

la costó \$250.000, fueron 20 semestres y 20 matrículas para obtener el título de cirujano general hasta 1999 (10 semestres de pregrado y 8 semestres de posgrado). El costo de la última matrícula fue de \$1.250.000; el costo de las matrículas aumentó de manera gradual.

Mi capacidad de trabajo durante la especialización fue nula (y además prohibida), en términos de trabajo remunerador por fuera del hospital en donde realizaba mi entrenamiento. Claro, eso implicó unos costos de manutención; digamos \$1.500.000 mensuales, durante los 4 años de la especialización al valor en pesos de hoy. Eso equivale a 12 millones al año durante los cuatro años de duración de la especialización. La corrección real a pesos de hoy de esa misma matrícula son aproximadamente 5 millones de pesos por semestre para el pregrado y \$2.500.000 para el posgrado, o sea, 70 millones para el pregrado y 20 millones para el posgrado.

En su totalidad, son 90 millones en costos de matrícula y 48 millones de manutención durante la especialización para un total de 140 millones.

Esos 140 millones son “invertidos” en un espacio de tiempo de 10 años, es decir, 520 semanas o 3.640 días por lo que la inversión sería de \$38.461 diarios.

En los casos en que el médico residente sea favorecido por el préstamo beca que establece la Ley 100, éste recibe hoy en día 753.000 pesos mensuales (dos salarios mínimos) durante la especialización, aunque la adjudicación de las becas tiene unas preferencias teniendo en cuenta el estrato, su núcleo familiar y el programa al que pertenezca el médico residente.

Costos de operación

¿Cuánto le cuesta operar una hernia a un cirujano general?

El cirujano ya graduado, es decir, después de su inversión inicial de 140 millones de pesos, debe tener en cuenta los siguientes costos de operación en términos de un contrato por paquete o por evento:

El costo del traslado hasta la sede que la EPS designe, transporte público o privado, gasolina y parqueo en caso de transporte privado. Parqueo a \$1.000 hora; ga-

solina a \$5.300 el galón, digamos \$4.500 en parqueo y gasolina; o dos tiquetes de transporte público \$2.400. En promedio, \$4.000 (el lector entenderá más adelante que este costo no es despreciable).

Una hora de trabajo del cirujano implica cambiarse, lavado de manos, tiempo quirúrgico, hablar con el paciente y con la familia (costo indeterminado aún). Se considera de suma importancia hablar con los pacientes, especialmente en el contexto de esta reflexión, ya que resulta particularmente contraproducente no hablar o no “dar la cara “en el evento adverso”⁽⁴⁾.

El seguro de responsabilidad civil, es variable según la empresa aseguradora y las ganancias de intermediación de los corredores de seguros, pero puede ser de \$311.000 al año (los menos costosos), \$25.916 al mes, \$864 al día.

La retención en la fuente equivalente al 10% de la suma total de los honorarios quirúrgicos descontados del pago.

Los costos de operación (co) total son entonces iguales a 864 + 4.000 + una hora de trabajo + dos consultas (4.864 + una de trabajo (Y) + dos consultas (Z):

$$co = 4.864 + y + z$$

La rentabilidad mínima (r m) de 140 millones de pesos invertidos en un fondo de inversión común, (por ejemplo Dafuturo de Davivienda), al 1% de rentabilidad mensual produciría \$1.400.000 al mes. Si calculamos que un cirujano trabaja las 196 horas reglamentarias de la ley. Según el régimen laboral actual, esto equivaldría a unos ingresos mínimos de \$46.666 pesos diarios.

La ecuación es entonces así: 1.400.000 dividido por 196 horas mes equivale a 7.000 pesos la hora; entonces Y es = a 7.000 y Z (40 minutos de consulta) es = a 4.666.

X debe ser mayor a la inversión inicial, la llamaremos (ii), más la rentabilidad mínima la llamaremos (r m), más el costo de operación que llamaremos co, más la retención en la fuente:

$$X = ii + r m + co + Y + Z$$

$$X = 38.461 + 46.666 + 4.864 + 7.000 + 4.666$$

$$X = 101.657 + 10\% X \text{ (la retención en la fuente)}$$

$$X = 101.657 + 10.165$$

$$X = 111.822$$

Para el caso de una hernia, la tarifa mínima, es decir, la tarifa por debajo de la cual el cirujano está perdiendo dinero en términos de rentabilidad, sería así: si una herniorrafia equivale a 80 puntos de UVR (Unidad de Valor Relativo), el punto de UVR debe equivaler como mínimo a \$1.398 (1.398 multiplicado por 80 puntos es igual a 111.822).

Si el cirujano acepta esta tarifa como paquete, está perdiendo el equivalente a las dos consultas, no está cubriendo los costos del posible evento adverso y está asumiendo el costo del evento adverso.

El evento adverso, debe ser entonces considerado en términos de la probabilidad de una complicación, la probabilidad de una demanda en caso de complicación y el monto de la demanda que sobrepase el tope que le cubra la póliza de responsabilidad civil.

¿Cuál es la probabilidad de que se presente el evento adverso en esta cirugía?

Rugeles y Castro en el Hospital Universitario de San Ignacio encontraron 17% de error diagnóstico en una muestra de 100 historia clínicas⁽⁵⁾. Encontraron que el evento adverso aumenta de manera inversamente proporcional con la familiaridad que se tenga con el diagnóstico; es decir, que los diagnósticos poco frecuentes aumentan esta probabilidad.

Según Franco⁽⁴⁾. Los menos frecuentes en la práctica de la cirugía general son: infección en herida limpia, infección de órgano espacio, hemorragia posquirúrgica que requiere intervención, lesión de víscera u órgano diferente al objeto de intervención; los menos frecuentes son: abandono intracorpóreo de material quirúrgico, cirugía del lado equivocado y broncoaspiración quirúrgica.

En su revisión, el evento adverso calculado global es de 3,7%; de éste se encontró negligencia en 1% y en éste 1% se presentó una mortalidad del 50%⁽⁴⁾.

El evento adverso incluye la probabilidad de contagio de VIH, hepatitis C o hepatitis B, del paciente al cirujano. El riesgo de contagio para VIH del paciente al cirujano está calculado en 0,0005% para cirugía general ⁽⁶⁾.

¿Cuántos cirujanos generales son y cuántos se necesitan?

Roselli y cols. establecieron un método innovador para realizar este cálculo y establecieron este interrogante en un instrumento y una metodología magistrales ⁽¹³⁾, aunque lamentablemente no incluyeron la especialidad de cirugía general por considerarla la base para otras subespecialidades. Si homologamos esos datos y tomamos un promedio utilizando datos de especialidades quirúrgicas como la ortopedia, o afines como la anestesia, podemos responder dos interrogantes fundamentales para esta reflexión.

Había 1.753 anesthesiólogos y 1.217 ortopedistas en el año 2000. Haciendo un promedio, había 1.485 cirujanos generales. Esos 1.485 cirujanos generales están distribuidos de manera desigual, y según el hallazgo de Roselli ⁽¹⁴⁾ para otras 12 especialidades, el 47 por 100.000 habitantes está concentrado en Bogotá y sus alrededores.

Es difícil establecer cuántos se requieren y existen diversos métodos que sobrepasan esta reflexión. Sin embargo, también podemos homologar la tasa y el crecimiento de producción de especialistas en cirugía general comparándola con estas mismas dos especialidades.

En 1960 existían tres programas para graduar ortopedistas; en 2000 existían 14 ⁽¹⁵⁾. En la década de 1960 se produjeron 49 ortopedistas, en la de 1970 el número aumentó a 74, y en la década de 1980 se graduaron 266 y en la década de 1990 se graduaron 563 nuevos ortopedistas.

Para el caso de la anestesia, en 1960 existían tres programas; en 2000 existían 18 programas de especialización ⁽¹⁶⁾. Existen 4 anesthesiólogos por 100.000 habitantes y 2,8 ortopedistas por 100.000 habitantes ⁽¹⁵⁾; haciendo un promedio, se puede decir entonces que en Colombia existen 3,4 cirujanos generales por 100.000

habitantes. El promedio para cirugía general son 16 programas para graduar nuevos cirujanos generales para el año 2000. Si cada programa gradúa 4 por año, son 96 nuevos cirujanos generales año.

Resultados

Inversión inicial (ii) = \$38.461 diarios

Costos de operación (co) = \$16.530

Rentabilidad mínima = (r m) = \$46.666

X (tarifa mínima) = \$111.822

U.V.R. mínima \$1.398

Total de cirujanos generales 1.485

Tasa por 100.000 habitantes de cirujanos generales: 3,4

Número de programas que gradúan especialistas en cirugía: 16

Número de nuevos especialistas en cirugía general por año: 96

Necesidades de cirujanos generales: por establecer.

Existe una tarifa mínima que está alrededor de \$1.398 por punto de UVR para que la operación no dé pérdidas en términos económicos. Cualquier remuneración que implique una ganancia menor, es una pérdida para el cirujano general; y esto no incluye los costos del evento adverso ni los costos de operación en caso del evento adverso, ni los costos y la pérdida de bienestar, en caso de contagio por enfermedades transmisibles durante la operación, del paciente al cirujano.

Discusión

La rentabilidad calculada es la mínima utilizando las tasas de interés bancario de este año y está sujeta a las variaciones anuales de inflación.

Si se comparan estos datos con la práctica establecida, se puede observar que el empleado quirúrgico está trabajando por debajo de estas cifras en algunos casos (\$87.000 se paga por la jornada de 4 cirugías en algunas empresas promotoras de salud, es decir, \$21.750 por una cirugía como una herniorrafia) y el cirujano remunerado a tarifas de la medicina prepagada está trabajando con una remuneración y rentabilidad superiores al 1%.

La remuneración de la cirugía en nuestra especialidad se ha visto transformada de una manera drástica en

las últimas dos décadas. El registro oral histórico nos habla de que un cirujano en 1966 cobraba por una colecistectomía unos \$300.000. En la práctica de este ejercicio, podemos ver que las tarifas actuales estipuladas en el sistema, se acercan a una rentabilidad mínima y algunos cirujanos que trabajan como empleados quirúrgicos reciben menos dinero que la tarifa mínima establecida en este estudio. En estos términos, la práctica de la cirugía general es, una práctica que da pérdidas en términos de rentabilidad.

Según Silva ⁽⁷⁾, en su diaria actividad los médicos asumen responsabilidades diversas: científicas, técnicas, morales, éticas, sociales, civiles, penales y disciplinarias, unificadas todas en el concepto de responsabilidad médica, entendida como la obligación de asumir las consecuencias de una conducta, un hecho o un acto médico, aceptados y ejecutados libremente por un profesional de la medicina. Y todo este conjunto de ideas, lo preside la conciencia individual, es decir, el conocimiento íntimo del bien que debemos hacer y del mal que debemos evitar, o si se quiere, el conocimiento exacto y reflexivo de las cosas.

Por otra parte, el concepto de objeción se define como la razón con la que se impugna algo; o bien, la negativa a realizar actos o servicios, invocando motivos éticos, religiosos, científicos o técnicos ⁽⁷⁾. Se busca establecer entonces una tarifa (un concepto técnico) mínima por debajo de la cual el cirujano deberá ejercitar la objeción de conciencia al practicar la operación o la consulta.

Según Abaúnza ⁽⁸⁾, refiriéndose a Patiño, el cirujano es antes que artesano, fisiólogo, patólogo e investigador. En esta reflexión no se cuantifica el valor de esa clase de práctica sino la meramente operatoria (artesanal). En el entendido que en el marco de la medicina gerenciada el cirujano pasa de ser lo primero a convertirse en lo segundo; es decir, en empleado quirúrgico.

En este análisis se tiene en cuenta entonces, el valor de uso y de cambio del trabajo del cirujano y no su valor simbólico en los términos de valor descritos por Londoño Vélez ⁽⁹⁾ y por lo mismo, en la introducción se hace referencia a la exclusión del concepto de caridad (misericordia) en medicina.

Como lo ha escrito Patiño, el resultado de la reforma ha logrado una transferencia de la responsabilidad so-

cial del Estado a empresas comercializadoras ⁽¹⁰⁾; sin embargo, la responsabilidad civil no ha sido transferida en ninguna forma y sigue siendo exclusiva del médico con los costos y gastos que esto implica, como tampoco se ha transferido del médico a las empresas la responsabilidad sobre el evento adverso.

En este contexto es fundamental establecer a través de cálculos clínicos y actuariales, la respuesta al interrogante que persiste en medio de esta reflexión: ¿cuál es la tarifa mínima teniendo en cuenta un probable evento adverso que incluya reoperación, o la necesidad de nuevas consultas?

Según Gómez ⁽¹¹⁾, la realidad de la decisión médica es que se trata casi siempre de un acto prospectivo, elaborado a lo largo del tiempo, muchas veces con grandes elementos de incertidumbres permanentemente en escena. Estas son realidades que naturalmente escapan a la capacidad de comprensión, de quien se dedica a la evaluación de estados financieros.

Otro interrogante que sigue pendiente de respuesta en esta reflexión es si se presenta una demanda por responsabilidad civil médica, con qué probabilidad se presenta, con cuanta probabilidad sus costos exceden los del tope de cobertura de la póliza y por cuánto dinero excede este tope que deberá ser cubierto por el cirujano.

En este cálculo no se incluyeron los costos de pago mensual de la Administradora de Riesgos Profesionales, ni se aplicó el concepto de análisis de costo beneficio que establezca cuánto dinero deja de ganar el médico durante su especialización ⁽¹²⁾.

Dado que las tarifas para los actos médicos no están fijadas por los médicos ni por las sociedades científicas, sino por las empresas de medicina prepagada, las empresas promotoras de salud y las instituciones prestadoras de servicios, y por el mercado, el cirujano general debe establecer sus tarifas mínimas teniendo en cuenta el evento adverso, los costos de operación, su inversión y debe ejercer la objeción de conciencia.

El sistema tarifario actual no tiene en cuenta la experiencia del cirujano ni la relación que ésta pueda tener con el aumento o no de la aparición de evento adverso, ni la relación que ésta misma pueda tener con el consumo o el ahorro en tecnología diagnóstica o terapéutica.

De la inaplicabilidad de la fórmula

El mercado laboral médico regido por la oferta y la demanda es un determinante fundamental en esta reflexión. Esta fórmula aparentemente útil, será inaplicable si el especialista excede las necesidades del mercado; entonces el mercado determina sus honorarios quirúrgicos. La aproximación diagnóstica de Rosselli y col. ⁽¹⁵⁾

eleva un interrogante fundamental para la regulación de la producción de especialistas. Además de establecer la necesidad total de especialistas en cirugía general, se debe establecer esta cantidad según las necesidades por región teniendo en cuenta la concentración de especialistas en algunas regiones y la tasa de crecimiento de programas que gradúan especialistas.

Minimal tariffs in surgery

Abstract

Introduction: *This paper intends to answer the interrogant regarding what should be the minimum tariffs or fee schedules (surgeon's fee) to be applied in general surgical operative procedures.*

Materials and methods: *The current fee schedules were taken as departing point, versus the personal investment by the author in terms of the time of training. Inguinal herniorrhaphy was taken as the operation-example for the study. The paper also reviews the concepts of surgical ethics and adverse events, and intends to pose new interrogants in order to calculate the minimal tariffs considering the occurrence of the adverse effect. Figures corresponding to the number of surgeons were utilized for calculating the minimal tariff.*

Results: *A minimal tariff (surgeon's fee) was determined, and the study demonstrated that the surgeon employed by the current Colombian health system works for a fee below that tariff. It was also found that the overproduction of surgeons affects that tariff.*

Key words: *medical fees, surgery, workload, efficiency, health care costs.*

Referencias

1. REAL JE. El arte de la prudencia. Rev Colomb Cir 2005; 20 (1): 2-3.
2. ABAÚNZA H: Nuestra portada. Bernal C. "Brisa de primavera". Rev Colomb Cir 2002; 17 (4): XII.
3. ABAÚNZA H. Nuestra portada. Picasso PR. "Ciencia y caridad". Rev Colomb Cir 2002; 19 (2): VIII.
4. FRANCO A. Cirugías más seguras: el factor cirujano. Rev Colomb Cir 2003; 18 (4): 196-202.
5. RUGELES S, CASTRO JF. Errores en la atención en salud: estudio piloto para el diseño de procesos más seguros en el Hospital Universitario San Ignacio. Rev Colomb Cir 2004; 19 (2): 126-132.
6. GOLDBERG D, JOHNSTON J, CAMERON S, *et al.* Risk of HIV transmission from patients to surgeons in the era of post-exposure prophylaxis. J Hosp Infect. 2000; 44 (2): 99-105.
7. SILVA J. La objeción de conciencia en medicina. Editorial. Rev Colomb Cir 1999; 14 (3): 133.
8. ABAÚNZA H. La vida de un cirujano. Comentario de orden en la Academia Nacional de Medicina. Rev Colomb Cir 2000; 15 (3): 206-208.
9. LONDOÑO VÉLEZ S. Arte colombiano 3.500 años de historia. 1ª ed. Bogotá DC: Benjamín Villegas y Asociados, 2001.
10. PATIÑO JF y Academia Nacional de Medicina. Impacto de la reforma de seguridad social en salud sobre la medicina como

profesión y como ciencia. Rev Colomb Cir 1999; 14 (2): 70-72.

11. GÓMEZ CA. Los cirujanos y los fantasmas. Rev Colomb Cir 2001; 16 (3).
12. NEUMANN PJ, GOLDIE S, WEINSTEIN M: Preference - Based Measures in Economic Evaluation in Health Care. Annu Rev Public Health 2000; 21: 587-611.
13. ROSELLI DA, OTERO A, SÉLLER D, CALDERÓN CP, MORENO IS, PÉREZ A. La medicina especializada en Colombia. 1ª ed., Santa Fe de Bogotá: Centro Editorial Javeriano, 2000.
14. ROSELLI D, OTERO A. La distribución geográfica de los médicos, en Roselli DA, Otero A, Séller D, Calderón CP, Moreno IS, Pérez A. La medicina especializada en Colombia. 1ª ed. Santa Fe de Bogotá: Centro Editorial Javeriano, 2000; 93-95.
15. ROSELLI D, OTERO A, La ortopedia, en Roselli DA, Otero A, Séller D, Calderón CP, Moreno IS, Pérez A. La medicina espe-

cializada en Colombia. 1ª ed. Santa Fe de Bogotá: Centro Editorial Javeriano, 2000; 151-157.

16. ROSELLI D, OTERO A, MORENO S. La anestesiología, en Roselli DA, Otero A, Séller D, Calderón CP, Moreno IS, Pérez A. La medicina especializada en Colombia. 1ª ed. Santa Fe de Bogotá: Centro Editorial Javeriano, 2000; 96-102.

Correspondencia:

PABLO GARCÍA ECHEVERRI, MD

Correo electrónico: pablogarcia@conciencia.com.co
Bogotá, D.C., Colombia



Asociación Colombiana de Cirugía

Sitio en la Red: www.ascolcirugia.com

E-mail: ascolcirugia@etb.net.co

Revista Colombiana de Cirugía

Sitio en la Red: www.encolombia.com/rcirugia.htm

www.imbiomed.com/index3.html