



Los derechos de los pacientes en los nuevos modelos de atención a la salud

A Francisco J Sámano Guerra,^{*,†} Héctor Fernández González,[†] José Luis Minjares[†]

La responsabilidad de la salud atañe a la sociedad entera, siendo el gobierno el actor fundamental. No basta, sin embargo, mejorar la aptitud de la administración de los servicios de salud; también es necesaria la corresponsabilidad y participación de la sociedad, la cual debe tener la capacidad política para mejorar dicha gestión. Esta estrategia deberá fundarse en fórmulas y mecanismos de trabajo sinérgicos y en la participación responsable de los grupos sociales. Los sistemas de salud representan lo que se ha llamado la respuesta social organizada para contender con la intrincada problemática de la salud y son las políticas de salud las que dan sentido y cohesión a las actividades propias de estos sistemas.¹

El pasado 31 de diciembre se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* la Reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), con la que se dio legalidad en México al establecimiento y operación de las llamadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).²

Este tipo de empresas de salud tienen como antecedente, en su país de origen Estados Unidos de Norteamérica, las llamadas "Organizaciones de Medicina Administrada", que según sus distintas formas de administración y financiamiento reciben diferentes nombres: *Health Maintenance Organizations* (HMO), *Preferred Provider Organizations* (PPO) y otros. Su propósito original fue disminuir los altos

costos de la atención médica, lo que lograron inicialmente a través de:

- Afiliar preferentemente a individuos jóvenes, sanos y con bajo riesgo de enfermedad, dejando fuera al anciano y al enfermo.
- Contratar a médicos generales para el primer contacto con el paciente, con la específica tarea de dificultar o impedir el acceso al médico especialista.
- Negar al paciente opciones de diagnóstico o tratamiento necesarias, pero costosas, privilegiando el criterio de los administradores de estas empresas por encima del juicio clínico del médico responsable.
- Incentivar económicamente al médico por la subutilización de servicios diagnósticos necesarios, castigando a aquellos que no lo hicieran.
- Establecer tabuladores de honorarios, que no honran la capacidad certificada ni la experiencia del médico, como tampoco ponderan la complejidad del caso, ni la hora o día de la semana en que el paciente es atendido.²⁻⁴

Como resultado, estas empresas consiguieron en el corto plazo:

- Disminuir los costos en la atención médica.
- Generar ganancias multimillonarias a sus inversionistas.
- Crear descontento en la sociedad, especialmente en los usuarios de los servicios médicos.
- Vulnerar la relación entre el paciente y su médico, tradicionalmente basada en la confianza.
- Provocar escasez de recursos económicos destinados a la enseñanza e investigación médicas, consideradas superfluas por muchas de las compañías.^{2,5}

* Departamento de Medicina Interna del Centro Médico ABC.

† Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica (FENACOME).

Recibido para publicación: 19/06/00. Aceptado para publicación: 26/06/00.

Dirección para correspondencia: Dr. A Francisco J Sámano Guerra
Centro Médico American British Cowdray. Torre de Consultorios. Despacho 407
Sur 136 num. 46, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.

Sin embargo, a últimas fechas, las utilidades de estas empresas comenzaron a disminuir debido a varias razones:

- Incremento en la oferta de servicios por su enorme crecimiento y, por lo tanto, mayor competencia entre ellas.
- Deserción de asegurados por la insatisfacción de los servicios recibidos.
- Mayor demanda de servicios, tanto por el envejecimiento de sus asegurados como por la presión de la sociedad, ejercida a través del Congreso (en el caso de Estados Unidos).^{6,7}

En consecuencia, recientemente se ha observado un incremento en los costos de la atención a la salud, desvirtuándose así el propósito original para el que fue creado este sistema, siendo tal la magnitud que hoy día 43 millones de ciudadanos norteamericanos, económicamente activos, no tienen el suficiente poder adquisitivo para incorporarse a la medicina administrada y se encuentran desprovistos de un seguro médico.⁸

A pesar del evidente fracaso de este sistema en su país de origen, como una alternativa a los inversionistas, los promotores de este tipo de negocio decidieron exportar esta medicina empresarial a Latinoamérica, como lo atestiguan los cambios que se han dado en el último lustro en Chile, Colombia, Ecuador, Brasil y, más recientemente, en México.^{9,10}

Conscientes de las potenciales repercusiones de este sistema comercial de la salud para nuestra Nación, los médicos, a través de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica (FENACOME), durante todo el año pasado, nos dimos a la tarea de alertar a la sociedad y a nuestros legisladores del grave riesgo de adoptar un sistema de salud ajeno a nuestra idiosincrasia y necesidades; y que sí, en cambio, vulnera principalmente la raíz y la tradición de la medicina al incorporar un nuevo sistema de valores que reduce a los médicos a un instrumento de los inversionistas, que consideran a los pacientes como una mercancía y a la salud como un negocio.

En principio, no debiera de existir ninguna objeción a la participación del capital privado en el compromiso con la sociedad de atender a su salud, siempre y que éste se lleve a cabo como parte de un esfuerzo solidario y responsable en el que se cumplan y respeten los derechos del paciente, a través

de una medicina de alta calidad, accesible, oportuna, equitativa y plural, articulada al Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, es fundamental que en nuestra actividad profesional se respeten los principios de ética, ciencia y humanismo en los que se encuentra basado el quehacer del médico y que constituyen valores fundamentales que contribuyen a fortalecer el derecho a la protección a la salud de los mexicanos tal y como se encuentra inscrito en nuestra Constitución Política.

Consideramos esencial también el compromiso a promover la salud mediante la prevención y la detección temprana de las enfermedades y de los riesgos para adquirirlas, así como a través de la atención oportuna y la educación de la comunidad. Como parte de una participación verdaderamente solidaria, estas empresas debieran además contribuir económicamente a los programas de educación y a la investigación en las ciencias de la salud.

Finalmente, pero crucial, será el preservar el derecho del individuo a elegir al médico de su confianza. El paciente es una persona con un padecer y no sólo una enfermedad, por ello es fácil ver por qué tiene tan elevado valor terapéutico la dimensión interpersonal, la cual se encuentra en el centro mismo del acto terapéutico y constituye la esencia del ejercicio de la medicina y de todos los sistemas médicos.^{4,11,12}

Debido a que la sociedad, principal receptora de estos servicios, no fue convocada a manifestar su opinión acerca de la conveniencia o no del establecimiento de estas empresas como parte integral de nuestro Sistema Nacional de Salud, consideramos prudente hacer de su conocimiento la posición de la profesión médica ante el inminente desarrollo de este tipo de medicina comercial en México.¹³⁻¹⁶

El gremio médico, al cual representamos, se ha opuesto a la creación de las ISES desde que las reformas a la LGISMS se encontraban en proyecto, por considerar que las mismas atienden únicamente intereses de compañías de naturaleza mercantil, cuyo fin preponderante es el lucro, otorgándoles mediante instrumentos jurídicos la posibilidad de controlar los servicios de salud privada de nuestro país.¹⁷ El derecho al libre comercio y el respeto a los contratos particulares o colectivos con fines lucrativos no deben desviar ni tergiversar el cumplimiento del derecho constitucional a la protección de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frenk J (ed). *Observatorio de la Salud. Necesidades, Servicios, Políticas*. México: FUNSALUD, 1997.
2. Sámano AFJ. Alerta a la Profesión Médica. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 1999; 44 (3): 141-142.
3. Kassirer JP. Doctor Discontent. *NEJM* 1998; 339: 1543-1545.
4. Hall MA. Ethical practice in managed care: A dose of realism. *Ann Int Med* 1998; 128: 395-402.
5. Kuttner R. Managed care and medical education. *NEJM* 1999; 341: 1092-1096.
6. Kuttner R. The American Health Care System. Wall Street and health care. *NEJM* 1999; 340: 664-668.
7. Seward WF. Managed care reform: State legislative trends in 1999. *Bull Am Coll Surg* 1999; 84 (8): 11-14.
8. Ginzberg E. The uncertain future of managed care. *NEJM* 1999; 340: 140-146.
9. Pérez Stable EJ. Managed care arrives in Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1110-1112.
10. Stocker K. The exportation of managed care to Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1131-1136.
11. Jinich H. *El paciente y su médico*. México: UNAM. JGH Edit, 1997.
12. Dickey NW. Putting power into patient choice. *NEJM* 1999; 341: 1305-1308.
13. Kassirer JP. Managed care and the morality of the marketplace. *NEJM* 1995; 333: 50-52.
14. Kassirer JP. Managing care-should we adopt a new ethic? *NEJM* 1998; 339: 397-398.
15. Wynia MK. Medical Professionalism in society. *NEJM* 1999; 341: 1611-1616.
16. Rothman DJ. Medical Professionalism- focusing on the real issues. *NEJM* 2000; 342: 1283-1286.
17. Woolhandler S. When money is the mission -the high costs of investor owned care. *NEJM* 1999; 341: 444-446.