

# Anales Médicos

Volumen **47**  
*Volume*

Número **2**  
*Number*

Abril-Junio **2002**  
*April-June*

*Artículo:*

## Los honorarios médicos en la era de los terceros pagadores

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital

Otras secciones de  
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



**Medigraphic.com**

# Los honorarios médicos en la era de los terceros pagadores

Francisco Javier Sámano Guerra,\* Héctor Fernández González\*\*

## ABSTRACT

La razón para analizar las diferentes formas de reembolso usadas por terceros pagadores en los Estados Unidos, así como su estimación de la cuota a los médicos se ha vuelto un asunto de interés para nuestra profesión en México debido a la coincidencia de dos hechos significativos. El primero es un reciente cambio en la ley mexicana, con el que se legaliza el desarrollo de un modelo de atención a la salud conocido como Medicina Administrada, controlado por las compañías privadas de seguros y sus inversionistas, similar al modelo prevaleciente en los Estados Unidos, su país de origen. El segundo es la falta de un método de estimación de cuotas confiable, capaz de calcular de una manera justa, objetiva, equitativa y reproducible, el valor de los servicios médicos. Debido a que estas circunstancias ocurren en medio de la falta de solidaridad y unión entre la profesión médica, los terceros pagadores han decidido unilateralmente la cantidad a pagar a los médicos por su trabajo, con tarifas que no compensan la calidad de la atención proporcionada a su población asegurada.

**Palabras clave:** Honorarios médicos, medicina administrada.

## ABSTRACT

*The reason to analyze the different forms of reimbursement used by the third party payers in the United States and their estimation of the physicians' fee has become a matter of interest for our profession in Mexico because of the coincidence of two significant facts. The first one is a recent change in the Mexican law, legalizing the development of a health care system known as Managed Care, controlled by the private insurance companies and their investors, similar to the prevailing model in the United States, their country of origin. The second one is the lack of a reliable fee schedule method capable of estimating in a just, objective, equitable and reproducible manner the value of medical services. Because these circumstances occur amidst the absence of solidarity and togetherness among the medical profession, the third party payers have unilaterally decided the amount paid to physicians for their work, with fares that do not compensate the quality of care provided to their insured population.*

**Key words:** Medical fees, managed care.

*“Cuando veas las barbas de tu vecino cortar, pon las tuyas a remojar”*

Refrán popular

## INTRODUCCIÓN

El interés por dar a conocer las distintas estrategias y esquemas que han sido utilizados para el pago de los honorarios médicos durante la “era de los terceros

pagadores” tiene su origen en dos hechos, que al coincidir generan una gran incertidumbre en el futuro de la práctica de la medicina privada en nuestro país. El primero, surge de la reforma a la Ley General de Instituciones y Mutualistas de Seguros con la que, a partir de diciembre de 1999, se legisla el establecimiento y desarrollo en México del modelo de atención a la salud conocido con el nombre de Medicina Administrada; el segundo, se refiere a que hasta la fecha no contamos con un sistema de honorarios médico-quirúrgicos que permita estimar con claridad objetiva, justa, equitativa y reproducible, el costo de nuestros servicios profesionales. Ante la carencia de un sistema de aranceles y la falta de unidad solidaria de los médicos, las compañías aseguradoras —los terceros pagadores— le han puesto precio a nuestro trabajo, imponiendo tabuladores con tarifas muy ba-

\* Departamento de Medicina Interna del Centro Médico ABC.

\*\* Colegio Médico de México.

Recibido para publicación: 04/04/02. Aceptado para publicación: 07/05/02.

Dirección para correspondencia: Dr. Francisco Javier Sámano Guerra  
Centro Médico ABC. Torre de Consultorios. Despacho 407  
Sur 136 núm. 46, Col. Las Américas, 01120 México, D.F.

jas e injustas para la calidad de servicios que los médicos brindan a sus asegurados.

Habida cuenta que el sistema de Medicina Administrada (*Managed Care* en inglés) fue generado y su crecimiento impulsado en los Estados Unidos de Norteamérica, con el propósito primordial de contener los crecientes costos por atención médica en esa nación, consideramos que, para llevar a cabo el análisis del tema, habrá que tomar en consideración la evolución del sistema de salud tanto público como privado, así como la participación de las empresas de seguros y la de la Medicina Administrada en su lugar de origen.

## ANTECEDENTES

Pocas cosas resultan tan difíciles de estimar como los honorarios médicos, se dice y con razón que la salud no tiene precio, en efecto, pero tiene un costo. Gran parte de la dificultad tiene sus orígenes en los de la profesión misma, “... los médicos somos descendientes directos de los hechiceros y los sacerdotes..., recurrimos a la racionalidad de la ciencia y a los recursos de la tecnología...”. (sic).<sup>1</sup> En nuestra formación y quehacer, se interrelacionan conceptos de índole muy diversa y en ocasiones antagónica, como son: biología, química, física, sociología, filosofía, ética, matemáticas, economía, administración y derecho, entre otras. De tal manera, la historia de la medicina guarda relatos acerca de los honorarios médicos que van desde la recompensa espiritual hasta el abuso procaz.

En Babilonia, el Rey Hammurabi, en el año 1700 a.C., incorporó expresamente en el Código de gobierno, que los médicos eran dignos del aprecio público y debían por ello ser compensados con honorarios adecuados, prescritos y regulados por la ley. Para tal fin existía una escala progresiva de acuerdo a la cual los miembros de la clase social alta pagaban más que los de la clase media y que los esclavos. Además de tomarse en cuenta las posibilidades de pago de quien recibía el servicio, se consideraba también la complejidad del procedimiento y el éxito del mismo.<sup>2</sup>

Desde los tiempos más remotos la profesión médica se ha debatido con el dilema de sus honorarios. Se atribuye a Sócrates el filósofo griego haber dicho, ... a menos que la paga se añada al arte, no habrá

ningún beneficio para el artesano y consecuentemente no estará dispuesto a ocuparse de resolver los problemas de otros. El médico Galeno fue más cauto al afirmar, ... no es posible aspirar a las metas de la medicina si sustentamos como más importante a la riqueza que a la virtud y aprendemos la ciencia no para ayudar a la gente sino para obtener ganancias materiales. Hipócrates por su lado sostuvo, ... dado que los médicos salvan vidas, no hay pago por más elevado que éste sea, que los compense adecuadamente; sin embargo, aceptaba que el médico cobrara, pero al hacerlo había de considerar las circunstancias de cada paciente.<sup>3,4</sup>

En su extensa obra, *La Historia de la Medicina en México*, Francisco de Asís Flores y Troncoso hace dos menciones al respecto.<sup>5</sup> La primera se remonta a la época prehispánica, donde supone que los médicos eran compensados de alguna manera por sus servicios ya que no había moneda, aunque reconoce que más solicitados y apreciados eran los servicios y con ellos los regalos que recibían las parteras entre los nahuas. La segunda, corresponde a la llamada época del Estado Positivo de la Medicina en México, a principios del siglo XIX, donde explica, “... no existiendo como antiguamente una tarifa, (los honorarios) son muy variables, según la categoría del enfermo y del médico, y según la naturaleza de la enfermedad ..., y desgraciadamente son los servicios profesionales que más procura explotar todo el mundo en nuestro país, donde más mal se remuneran y se pagan con menos voluntad ...” (sic).

A pesar de que durante la segunda mitad del siglo XX, aparejado al creciente desarrollo tecnológico, los costos por atención a la salud aumentaron vertiginosamente, se advierte que, “... dentro del contexto de la medicina moderna, la del complejo comercial-industrial de la salud, el no cobrarle a los enfermos los beneficia de una manera muy relativa. El gasto por concepto de servicios médicos es mínimo si se compara con lo que se gasta en medicamentos, estudios, hospitalizaciones y seguros ...” (sic).<sup>1</sup>

Por “honorarios” se entienden los emolumentos o estipendios que en justa retribución perciben por sus servicios las personas que se dedican a la práctica de las profesiones llamadas liberales, entre ellas la medicina. Los honorarios médicos retribuyen ciertamente un servicio profesional, pero generalmente no

suelen guardar proporción entre ambos si consideramos que el restablecimiento de la salud y la conservación de la vida, en su caso, no mantienen equivalencia con la retribución económica otorgada. Se entiende entonces que el paciente guarde con ello una deuda de respeto, consideración y honor para quien le dispensó el servicio. Bajo esta perspectiva, se aleja de sí toda idea que pudiera tenerse de los honorarios en un ámbito llanamente mercantil y, por esto mismo, el asunto se maneja en el Código Civil.<sup>6</sup> La estipulación de los honorarios médicos debe corresponder directamente al médico como señalan el artículo 5º Constitucional y el artículo 38 de la Ley General de Profesiones, así como el artículo 2,606 del Código Civil. Por otro lado, los aranceles por honorarios médicos regirán únicamente para el caso en que no haya habido convenio entre el profesional y su cliente que regule los honorarios, y la Dirección General de Profesiones, a través de ciertas comisiones técnicas, será la encargada de estudiar y dictaminar sobre los referidos aranceles. Estas instancias escucharán, en todo caso, la o las opiniones de los colegios de profesionistas médicos que, entre sus funciones, tienen la de proponer los aranceles profesionales como está estipulado.<sup>7,8</sup>

### LOS TERCEROS PAGADORES

De acuerdo con Mark Siegler, Director del Centro de Ética Médica en la Universidad de Chicago, la historia de la relación entre el médico y el paciente en la medicina occidental puede ser analizada en tres etapas.<sup>9</sup> La primera, llamada la “era del doctor”, que comprendió del año 500 a.C. hasta 1965 d.C., durante ese periodo los logros de la medicina fueron modestos —según los estándares modernos—, pero el juicio del médico y la astucia clínica eran cruciales; la segunda era, “la del paciente”, fue de corta duración, abarcando desde 1965 hasta el 1º de octubre de 1983 en que un sistema para el pago de aranceles médicos basado en el diagnóstico del enfermo, conocido por sus siglas en inglés como DRG's (*Diagnostic Related Groups*), fue convertido en ley, iniciándose con ello “la era de los terceros pagadores”. Durante las dos primeras etapas, la relación médico-paciente se mantuvo aislada de influencias externas, permitiéndoles a ambos de manera conjunta decidir

en beneficio del paciente; pero en la tercera, el poder económico y de decisión tanto en el sector público como en el privado, comenzó a cambiar de manos, de quienes proveían la atención —los médicos y los hospitales— y de quienes la recibían —los pacientes y sus familiares— hacia las manos de los que pagaban por ella —las compañías aseguradoras—. Estos nuevos actores, conocidos por ello como terceros pagadores, comenzaron a demandar rendición de cuentas por parte de proveedores y de pacientes. En contraste con el sistema de las dos primeras etapas, el nuevo limitó la libertad de decisión de ambos, emergiendo rápidamente como elementos centrales para la toma de decisiones médicas los criterios de eficiencia social e institucional, así como la preocupación por los costos en la atención médica.

### EL SURGIMIENTO DE LOS SEGUROS MÉDICOS

Durante los últimos cien años el sistema de atención a la salud en los Estados Unidos de Norteamérica ha sufrido cambios severos. Pasó primero de ser un esquema basado en el cuidado del enfermo en su domicilio a otro de atención en el hospital. Se modificó de un modelo estructurado alrededor de los cuidados de enfermería a otro apoyado en la tecnología. Posteriormente se transforma, al pasar de un sistema controlado por el paciente a uno controlado por el médico. Cada cambio no sólo ha introducido avances en la atención, sino también aspectos negativos perversos. Actualmente, el modelo de procuración de salud está siendo sometido a cambios radicales al convertirse en una organización controlada por los llamados terceros pagadores.

En el siglo XVIII y hasta mediados del siglo XIX, aquellos individuos que se accidentaban o enfermaban y podían pagar, permanecían en su casa para recibir tratamiento médico. Sólo los de la clase económica baja recibían atención en un dispensario, el cual habitualmente formaba parte de la cárcel o de un asilo. Los primeros hospitales comunitarios en Norteamérica se establecen a finales del siglo XVIII por iniciativa de médicos que habían estudiado en Europa. Estas instituciones son paulatinamente aceptadas por la sociedad, de tal manera que a finales del siglo XIX, en 1873, había 178 hospitales en todo el

país con aproximadamente 35 mil camas. Tan sólo 36 años más tarde, en 1909, ya se contaban 4,359 hospitales y en el año de 1929 el censo reveló 6,665 hospitales con un total de 907,133 camas.<sup>10</sup>

La depresión económica en 1930 causó un cambio dramático en las finanzas hospitalarias pues la sociedad carecía de recursos para pagar por atención a su salud. Como resultado, la Asociación Americana de Hospitales (AHA) desarrolló un seguro para el pago de gastos por hospitalización con el propósito de garantizar los ingresos de éstos, surgiendo así la aseguradora conocida con el nombre de Blue Cross. La Asociación Médica Americana (AMA), por su parte, gestionó para que este plan de seguros se limitara al pago de gastos de hospital y no el de honorarios médicos, impidiendo de esa manera el que un tercero se convirtiera en intermediario y eventualmente participara en las decisiones del diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Específicamente, el temor de la AMA era que al tener los terceros pagadores el control de las finanzas, éstos actuaran en su interés personal y no en el mejor interés de los pacientes. A pesar de ello y debido en parte a presiones políticas algunas asociaciones médicas estatales aprobaron el pago de honorarios profesionales, originándose como consecuencia otra empresa llamada Blue Shield. Con el paso de los años estas instituciones se convirtieron en los más grandes proveedores de seguros de atención médica privada en los Estados Unidos de Norteamérica.<sup>11</sup>

Con el surgimiento de los seguros comerciales después de la Segunda Guerra Mundial, la industria de los seguros médicos experimentó un crecimiento significativo. Todo esto coincidió con un avance tecnológico muy importante en la medicina, haciéndola cada vez más confiable, lo que sumado a la influencia y presión por parte de los sindicatos de trabajadores, quienes al lograr que los patrones compensaran a sus empleados con seguros de atención médica, como parte de sus prestaciones contractuales, impulsaron aún más el desarrollo de otras compañías competidoras con los planes de Blue Cross y Blue Shield.<sup>12</sup>

Sin embargo, debido a las estrategias de mercado entre estas empresas, los costos de las pólizas de seguros médicos se encarecieron, al grado que muchos individuos quedaron sin posibilidad de cubrir

los costos, comenzando así a crearse un abismo entre quienes podían pagar por una póliza de atención a la salud y los que no.

En respuesta al problema, el Congreso de los Estados Unidos diseñó en 1963 un programa de Seguro Médico Federal que llamó "Medicare", dirigido a la atención de individuos de 65 años de edad o mayores, y la de los inválidos. Este plan de seguro contiene dos fracciones: el fragmento "A" que ampara los gastos de hospitalización, y el fragmento "B" que paga por honorarios médicos y por servicios ambulatorios. En 1965 se establece otro Seguro Federal llamado "Medicaid", para la atención de individuos pobres y la de sus dependientes.<sup>13</sup>

Desde su creación, estos programas han crecido significativamente, pero la importancia de su mención —para nuestro análisis— radica en que muchas compañías privadas de seguros siguen la directriz de Medicare con respecto al pago de honorarios médicos, ya que la porción B de dicho plan es administrada por empresas aseguradoras privadas contratadas por el gobierno federal.

Al establecimiento de este seguro estatal, los médicos reaccionaron con temor por la potencial estandarización de sus honorarios. Cada doctor deseaba determinar su remuneración de acuerdo a sus habilidades, la dificultad en el manejo de la enfermedad y la capacidad de pago del paciente. El gobierno, expresaban los profesionales, no tenía por qué tasar sus honorarios ni fijar sus ingresos. Ante las presiones de la AMA, los encargados del diseño original de Medicare, optaron por un sistema de pago que preservara la individualidad y discrecionalidad de cada médico, estableciendo un sistema basado en lo "Acostumbrado, Predominante y Razonable" (CPR, por sus siglas en inglés), en donde lo "razonable" toma en consideración lo que se "acostumbra" cobrar, así como los emolumentos "predominantes" en la localidad por la prestación de servicios análogos.<sup>14,15</sup>

No obstante, los problemas comenzaron a surgir desde su inicio, siendo ignorados durante décadas por los encargados de las políticas del sistema. El Comité de Finanzas del Senado reportó, en 1969, que la suma por pago de honorarios a los médicos a través de Medicare frecuentemente excedía la remuneración pagada a través de seguros privados por

servicios similares.<sup>15</sup> El incremento en los honorarios médicos pagados por medio de Medicare superó al crecimiento de la economía total, al medir ésta a través del producto interno bruto (PIB) de la Nación. Entre 1975 y 1983, el gasto por remuneración a los médicos aumentó en un 19.7% anual, mientras que el PIB se incrementaba en un 9.9% durante el mismo periodo. Se presume que el aumento en el gasto durante este lapso se debió a una elevación en el volumen de servicio prestado a cada beneficiario.<sup>16</sup>

No existe duda que la economía de la salud sufrió una metamorfosis en el momento en que la principal fuente de ingresos de los médicos cambió, de los modestos recursos económicos del paciente promedio, a los aparentemente ilimitados fondos de las compañías de seguros o de las recaudaciones de impuestos, remunerados a través de un tercer pagador burócrata. El método de retribución, producto de este cambio, resultó ser un fracaso financiero además de una invitación virtual al abuso.

La explosión de honorarios fue iniciada por unos cuantos médicos astutos al percatarse del potencial del sistema. Generalmente eran médicos jóvenes, recién iniciados en su práctica profesional y por ello sin antecedentes en sus cobros, por lo que sus honorarios "usuales" podían ser los que ellos eligieran, estableciendo así la base para sus pagos futuros. Los médicos más viejos y con mayor experiencia se mantuvieron cobrando cuotas más bajas, hasta que cayeron en la cuenta que sus colegas jóvenes eran mejor remunerados, por lo que como reacción natural aumentaron sus tarifas, iniciándose así la espiral inflacionaria.<sup>17</sup>

Es justo, sin embargo, señalar la participación de muchos otros elementos, distintos a los honorarios médicos, que han contribuido de manera significativa a que el gasto en salud en los Estados Unidos de Norteamérica aumentara del 5.4% al 15% del PIB entre 1965 y 1990; dentro de estos factores se deben incluir: lo oneroso de las pólizas de seguros médicos y las de protección por *mala praxis*, los gastos administrativos, la sofisticación de la tecnología, la práctica de una medicina defensiva, el costo excesivo de los medicamentos y los tratamientos empíricos aunados a las expectativas infundadas de los pacientes.<sup>18</sup>

En un primer intento por contener los costos, a sa- biendas que las dos terceras partes de los gastos eran

generados por concepto de pago a los hospitales, durante la década de los setenta, Medicare implementó el sistema de los DRG's, como un régimen alterno para el pago prospectivo de los servicios hospitalarios. Bajo este método, el hospital recibe una cuota fija basada en el diagnóstico del paciente, independiente del costo en que se haya incurrido por su atención. El pago para cada grupo diagnóstico se define tomando un promedio del costo del tratamiento del mismo padecimiento en todo el país. Si el hospital incurre en costos extras es pérdida para él y si ahorra es su ganancia. Aunque en principio parecería que este método premia el manejo costo-eficiente, la realidad es que en la práctica, al no tomar en cuenta los recursos utilizados para el manejo de cada paciente, genera una presión en los médicos para egresar al enfermo lo antes posible sin individualizar cada caso, dicho de otra manera, toma en consideración la enfermedad y no al enfermo.

A pesar de estos intentos, en la década de los ochenta los costos continuaban aumentando a un ritmo de 20% anual en promedio, y aunque este fenómeno se atribuyó al creciente número y a la mayor edad de los beneficiarios, en realidad estos factores sólo contribuían al 12% del total de la factura, siendo el volumen de servicios y la complejidad de los mismos los responsables del 41% y los honorarios médicos individuales del 47%. Como medida urgente se procedió por ello a "congelar" temporalmente los incrementos en el monto de los honorarios médicos, pero de nuevo los resultados fueron insatisfactorios, decidiéndose entonces aplicar el sistema de DRG's para el pago a los médicos, sin que tampoco esta fórmula contribuyera a atenuar el problema debido principalmente a la gran variedad y diferencias de servicios entre las especialidades médicas y quirúrgicas.<sup>19</sup>

Un esfuerzo más radical por controlar los costos se llevó a efecto a través de un sistema en el que las compañías de seguros comparten el riesgo financiero con el médico. En este esquema conocido como "Capitación" (pago *per capita*), la aseguradora le paga al médico una cuota fija mensual por cada individuo registrado a su nombre. El médico recibe el pago independientemente de que éste requiera o no ser atendido durante el lapso de tiempo. Sin embargo, si además de atenderlo, solicita adicionalmente

una interconsulta con algún especialista o le ordena análisis de laboratorio o estudios radiológicos, el gasto incurrido se deduce de su pago mensual. Este esquema, basado en la ley de probabilidades, requiere que un médico tenga asignados entre 250 y 300 pacientes como mínimo para tener control del riesgo y a la postre resulte económicamente productivo.<sup>18</sup> Es evidente el potencial conflicto de interés que se puede suscitar al recompensar económicamente al médico por la subutilización de servicios.

### MEDICINA ADMINISTRADA

A principios del siglo XX, los médicos en su práctica privada cobraban al paciente directamente por el servicio proporcionado y el enfermo a su vez pagaba de su bolsillo por la atención recibida. No es sino hasta el segundo cuarto del siglo cuando se inicia la práctica del prepago por grupos, naciendo así la llamada Medicina Administrada. La definición de este modelo de atención a la salud no es aceptada universalmente, pero es entendida como un medio de provisión de servicios de atención a la salud dentro de un marco definido de proveedores, a quienes se les responsabiliza de la administración y el suministro de una atención costo-eficiente y de alta calidad.

El año de 1929 marcó un cambio en la organización de la procuración de salud en los Estados Unidos de Norteamérica, a través tanto del establecimiento de una cooperativa para integrar un plan de salud por un grupo de agricultores en el estado de Oklahoma, como por dos médicos en el estado de California, quienes introdujeron un contrato de atención médica integral prepagada para dos mil empleados del servicio de aguas del estado. Estas dos iniciativas marcaron el nacimiento de la Medicina Administrada. En 1937 se fundó el *Group Health Association* en la ciudad de Washington; en 1942 apareció *Kaiser Permanente Medical Care Program* (hoy el más grande en esa nación), y así sucesivamente. La AMA, sin embargo, se opuso al desarrollo de este modelo por considerarlo socialista. La postura de la profesión médica tuvo éxito en promover leyes en varios estados para impedir la operación de este sistema, lo que ocasionó su crecimiento desorganizado.

No obstante, en el inicio de la década de los setenta, coincidiendo con el desorbitado incremento en los costos por atención a la salud, la posición de la AMA se debilitó y en el año de 1973 el Congreso aprobó una ley por la que se obligaba a las empresas con más de 25 empleados a ofrecer la opción de una póliza de Medicina Administrada certificada por el gobierno federal como una alternativa al seguro médico convencional. Gracias al subsidio gubernamental y a través de créditos, se consiguió impulsar el desarrollo de esta industria de la salud durante los años de 1974 a 1983. Posteriormente, el gobierno del Presidente Ronald Reagan abrió el mercado de estas empresas a los inversionistas privados, quienes además obtuvieron aprobación legal para su desarrollo, por lo que al inicio de la década de los noventa habían logrado aumentar su crecimiento en un 900%.

Las empresas de la Medicina Administrada son conocidas por diferentes nombres según su forma de administración y financiamiento, y es así que se denominan: *Health Maintenance Organizations* (HMO's), *Preferred Provider Organizations* (PPO's), *Independent Physician's Associations* (IPA's), etcétera. El concepto bajo el cual funcionan es que cada paciente es asignado a un médico para el primer nivel de atención y el paciente a su vez no puede acudir a otro facultativo sin la autorización de ese médico, quien tiene el control sobre la decisión. Debido a que su desarrollo se estructuró alrededor de la contención de los costos en la atención a la salud, este tipo de negocio ha utilizado diversas estrategias con ese propósito.<sup>10,11,18,19,27,29</sup>

La forma de pago tanto a los hospitales como a los médicos se lleva a cabo a través de diferentes métodos, tales como los contratos de descuento, DRG's, capitación, contrato salarial y desde 1992 han puesto también en marcha un interesante esquema al que han denominado como Escala de Valores Relativos Basada en los Recursos.<sup>20</sup>

### ESCALA DE VALORES RELATIVOS BASADA EN LOS RECURSOS

En 1992, la agencia federal encargada del monitoreo de Medicare, la Comisión de Finanzas para la Atención a la Salud (HCFA, por sus iniciales en inglés), puso en marcha un nuevo esquema para estimar el

pago de honorarios a los médicos, en un intento por retribuir adecuadamente los esfuerzos requeridos para llevar a cabo un procedimiento o servicio de atención médica, sustituyendo así el cobro “acostumbrado, predominante y razonable”. Sus antecedentes datan de investigaciones realizadas a partir de 1979 por William C. Hsiao y sus colaboradores en la Escuela de Salud Pública de Harvard.<sup>21</sup> A este innovador modelo se le conoce con el nombre de Escala de Valores Relativos Basada en los Recursos (RBRVS por sus iniciales en inglés).

Existiendo previamente un listado codificado de servicios profesionales, con unidades de valor para cada uno de ellos, diseñado por médicos y utilizado para el cobro a pacientes y aseguradoras —el Manual de Terminología Actualizada de Procedimientos Médicos— (mejor conocido como CPT por su abreviatura en inglés), que identifica más de 7,000 procedimientos y servicios de atención médica y que toma en consideración variaciones en el nivel del servicio proporcionado de acuerdo a diferente complejidad y severidad, los ideólogos del modelo de RBRVS lo utilizaron en su fórmula para determinar el costo de los honorarios.

Los tres componentes fundamentales en los que se basa la escala de valores relativos son: 1) el esfuerzo total del trabajo del médico, en el que se consideran varios factores como son: el tiempo empleado en realizar el servicio o procedimiento, la destreza técnica y el esfuerzo físico necesarios, el esfuerzo mental y el juicio requeridos, y el estrés secundario al riesgo potencial del paciente; 2) el costo originado por la práctica de la profesión, incluidos los gastos del consultorio y el seguro de responsabilidad profesional; y 3) el costo de oportunidad, a consecuencia del tiempo invertido en el entrenamiento de posgrado para obtener una especialidad. La combinación de estos factores da origen al “valor relativo basado en los recursos” que se requieren para otorgar un servicio médico determinado.

Con el propósito de establecer el valor de los honorarios vigentes, se llevó a cabo una encuesta, en la que se incluyó para su estimación además de los tres factores de la escala de valores relativos, un estimado del costo de vida prevaleciente en la ciudad o región geográfica donde el médico ejerce su profesión. Su ejecución requirió la identificación e in-

clusión de los procedimientos más comunes apropiadamente codificados (de acuerdo al CPT), asignándoles las unidades de valor correspondientes además del valor económico que el médico participante en la encuesta estimó y reconoció como el apropiado para esa atención o servicio profesional en la ciudad o región donde se encontraba ejerciendo. El total de honorarios estimado por los médicos se dividió entre el total de unidades de valor correspondiente asignado en el CPT, dando como resultado un “factor de conversión”. El grupo fue separado por especialidades de la siguiente manera: anestesia, cirugía, radiología, patología y medicina, requiriendo cada una de ellas un factor de conversión diferente, aplicable únicamente a esa sección. Finalmente se empleó la siguiente fórmula:

$$\text{UNIDAD DE VALOR RELATIVO (CPT)} \times \text{FACTOR DE CONVERSIÓN} = \text{HONORARIOS}$$

La puesta en marcha de este proyecto contó con el apoyo y asesoría de la AMA como parte del grupo técnico consultante, con el propósito de garantizar que la experiencia de los médicos activos en su práctica profesional se reflejara en la metodología de la RBRVS, compartiendo además con los investigadores, tanto información en los costos del ejercicio de la misma como de los patrones socioeconómicos identificados por sus sistemas de monitoreo.

El sistema de RBRVS no sólo se instituyó como una fórmula para estimar el valor del trabajo de los médicos, sino como el elemento clave de un total de tres, que son los que componen la reforma a la remuneración de los médicos aprobada por el Congreso norteamericano en 1989 y que es conocida como la Ley Ómnibus. Los otros dos integrantes de dicha reforma son, “los estándares de comportamiento del volumen de pacientes que puede atender un médico”, de tal manera que si éste va en aumento, cada dos años se le reducen sus honorarios por paciente atendido y el segundo, denominado “limitaciones progresivas en el balance de honorarios”, a través del cual se limita la cantidad diferencial que el médico puede cobrar al paciente por arriba de lo que paga Medicare, independiente de que el individuo estuviese dispuesto a pagarla.<sup>20-23</sup>

## DISCUSIÓN

Cuando se inició Medicare en 1965, el pago a los médicos fue tasado 10% por abajo de sus honorarios habituales, tomándose como base el esquema de CPR. Conforme los costos de atención fueron en aumento, el año de 1969 el pago se disminuyó hasta en 17% de lo "acostumbrado" y dos años después llegó a ser 25% menos de lo "usual", implementándose a pesar de ello, en 1975, una estrategia diseñada para prevenir que el CPR aumentara rápidamente, llamada el "índice económico médico", éste tomó como referencia los honorarios que se habían cobrado cuatro años antes, en 1971; no obstante estas medidas, los costos continuaron su incremento, por lo que en 1984 se decidió "congelar" temporalmente las tarifas de honorarios médicos.

Si se analiza de cerca la evolución de los emolumentos pagados a través de Medicare a los cirujanos cardiovasculares de un hospital en California durante el periodo de 1987 a 1992 y se agrega el factor de inflación para ese lapso, el porcentaje acumulado de disminución en su remuneración alcanza el 50% en ese lustro; si la cifra se actualiza al año de 1995, equivale aproximadamente al 60% de los estipendios pagados en 1987.<sup>24</sup>

A pesar de que el monto de honorarios que perciben actualmente los médicos especialistas, mediante la aplicación de los sistemas de aranceles en vigor, dista mucho de ser satisfactorio; no hubo quien anticipara el impacto negativo que el sistema de la Medicina Administrada y sus esquemas de pago tendrían también en quienes se dedican a la medicina general. Siendo este grupo el más mal pagado y no obstante que mucho se dijo que los ingresos de éstos se incrementarían, los datos de salarios entre 1993 y 1997 resultan ser reveladores ya que sus honorarios no sólo no aumentaron, sino que en muchos casos disminuyeron hasta en 20%. Si a ello se agrega que, debido a la necesidad de financiamiento para sus estudios universitarios, más de la mitad de los médicos recién graduados han contraído deudas por cantidades superiores a 75,000 dólares en promedio, es fácil entender la tendencia entre las nuevas generaciones a optar por otras profesiones o a dedicarse, dentro de la medicina, a especialidades de alta tecnología y por lo tanto mejor retribuidas. La disminución en los in-

centivos financieros y el incremento en los compromisos económicos adquiridos, aunados a la frustración de trabajar en un ambiente en que la práctica de la profesión se ha convertido en un negocio de inversionistas, en donde el médico ha perdido la capacidad de decisión sobre el manejo de sus pacientes, amenaza con ocasional a corto plazo una escasez de médicos generales y en general en los Estados Unidos de Norteamérica.<sup>25</sup>

Como una alternativa al sistema de pago de honorarios surgió el modelo de RBRVS, el cual utiliza como un factor determinante para calcular la remuneración el tiempo empleado por el médico para proveer un servicio. La pregunta que surge sin embargo es, ¿acaso todos los médicos desempeñan su trabajo con la misma calidad y merecen por tanto cobrar la misma cantidad por unidad de tiempo invertido? Ante esta duda no resuelta, el esquema de CPR se mantiene como una alternativa. En éste, la cantidad de cobro se basa en lo que cada médico valora sus procedimientos y el beneficio que resulta de ellos, además presupone la buena disposición del paciente para pagarlos. Teóricamente en un mercado competitivo, la tendencia es hacia la disminución de los costos, pero para que éste exista, el consumidor debiera tener la información y con ella el conocimiento y el tiempo para elegir entre varias opciones, asumiendo además que tenga la posibilidad de pagar de su bolsillo, que los vendedores compitan entre ellos y que no exista restricción en la elección del proveedor. La ausencia de estas características en el mercado de la atención médica, como se concibe en los Estados Unidos de Norteamérica, explica el porqué la competencia no ha logrado contener los costos.

No obstante la minuciosidad del proyecto para la remuneración a través del sistema de RBRVS, el análisis de la metodología con el que éste fue elaborado, plantea cuestionamientos que han sido oportunamente señalados,<sup>26</sup> por ejemplo:

- La selección de un pequeño subgrupo de códigos del CPT para la encuesta, limita las dimensiones reales de la interacción entre médicos y pacientes en cada especialidad.
- La encuesta nacional por especialidades tuvo una respuesta muy baja (entre 55% y 69% del total) y variable (siendo ginecología y obstetricia la más

- baja), además de no contar con una prueba objetiva de los tiempos estimados para realizar un procedimiento, particularmente entre las especialidades no quirúrgicas.
- A pesar de que sólo el 50% de los médicos internistas se encuentran certificados por el Consejo de su especialidad, la encuesta se sesgó, ya que la mayoría de los internistas participantes (75%) estaban certificados. Bien pudiera ser que este grupo se haga cargo de una clientela o tenga un estilo de práctica diferente al de los no certificados, distorsionándose así los resultados de manera sistemática.
  - La comparación cruzada por especialidades presenta dos problemas. El primero, la poca certeza con la que uno puede adscribir valores de trabajo a casos, que aunque se intenten equiparar, fueron muy pocos para obtener un valor comparativo estadísticamente confiable; y el segundo, que conforme el número de casos es menor, también es menor su localización geográfica, sitio de trabajo, etcétera. Esta falta de representatividad hace que surjan dudas sobre los resultados.
  - En la asignación de trabajo, pre y pos-servicio, el problema reside en que sólo el 41% de la encuesta del trabajo total incluyó una medición del realizado antes y después del servicio, cuestionándose nuevamente el valor del mismo.
  - La extrapolación del trabajo del médico a los códigos del CPT no encuestados es muy limitada, puesto que únicamente se investigó el 5.3% (373 de 7,000) del total de los procedimientos enlistados. Finalmente,
  - El concepto de “costo de oportunidad” de la práctica profesional según la especialidad puede ser contraproducente, ya que es una de las razones por las que se paga menos por los servicios cognoscitivos que por los quirúrgicos.

Uno de los problemas principales con éste y otros sistemas para estimar el valor de los honorarios médicos es que pagan por igual una buena atención y buenos resultados que por una mala atención e iguales resultados. Dicho de otra manera, ningún esquema de tabuladores contempla una relación entre el pago por los servicios y los resultados de la atención médica. Por ende, un médico

hábil y talentoso recibe la misma paga que otro que no lo sea. Además, las limitaciones propias del sistema de códigos del CPT para describir diferentes tipos de pacientes, restringen cualquier método que los utilice como base para un pago equitativo. El propósito fundamental de cada una de estas fórmulas ha sido el de establecer un plan de honorarios médicos profesionales que permita predecir y controlar el financiamiento de la atención a la salud, abandonando de esta manera el cobro basado en los criterios de lo “acostumbrado, predominante y razonable”, cuya puesta en práctica ha sido uno de los muchos factores que contribuyeron a la escalada sin precedente en el costo de la atención médica en los Estados Unidos de Norteamérica.

## CONCLUSIONES

Desdichadamente, a raíz de que la Medicina Administrada abandonó el espíritu de solidaridad social con el que se generó, para pasar a formar parte integral del llamado “complejo comercial-industrial de la salud”, al verse transformado en un sistema empresarial con fines de lucro, este nuevo monstruo corporativo ha fijado sus metas en administrar los costos con el propósito fundamental de aumentar los rendimientos a sus inversionistas, a través de estrategias legales pero perversas, en las que se disminuye la oferta de servicios a los asegurados, se violan los derechos del individuo enfermo y se remunera de una manera injusta e indigna a los médicos, sacrificando la calidad en la atención y vulnerando la relación entre los médicos y los pacientes.<sup>27</sup>

Es por ello que los retos y como consecuencia las tareas que hemos de llevar a cabo adquieren una magnitud que demanda, hoy más que nunca, la activa, convencida, solidaria, inteligente y creativa participación de los miembros de la profesión médica. Es imprescindible un profundo cambio de actitud personal y colectivo, es necesario despojarnos del egoísmo, a menudo indiferente, frecuentemente negligente, que ha sido el común denominador de nuestro tradicional e individual proceder. Es menester tener presente que nuestra imagen como médicos se ha deteriorado y devaluado, que estamos a merced de “las fuerzas del mercado”, “de la oferta y la demanda”, del pragmatismo lucrativo de los in-

termediarios y los terceros pagadores, incluyendo al Estado, que a través del Sector Salud y de las Instituciones de Seguridad Social, mal paga, no incentiva y desalienta a los miles y miles de médicos que, con profesionalismo y admirable vocación de servicio en el cumplimiento ético de su misión, ejercen su arte y su ciencia en beneficio de la salud del pueblo de México. Estas fuerzas, con su poder político y económico, encuentran en nuestra desunión, en nuestro egoísmo y falta de solidaridad, carentes de un proyecto conjunto de acción y de una estrategia inteligente de implementación, un espacio favorable a sus propósitos e intereses políticos y de lucro.<sup>30</sup>

En su “*librito*”, como el autor se refiere al mismo, “El arte de hacer clientela”, el Dr. Gonzalo Castañeda aconsejó desde el año de 1933 con su estilo sencillo y profundo, acerca de los honorarios profesionales:

*El médico tiene el derecho legítimo y natural de exigir o esperar remuneración. El honorario profesional lo mide la “talla” del médico, la capacidad económica del enfermo, el mérito del trabajo, el éxito curativo, además del tiempo, la urgencia, la hora, el riesgo, la distancia y el esfuerzo. El honorario debe ser proporcionado y elástico; conviene fijar precio oficial, pero bien estudiado y aplicable sin severidad; hacer clínica económica del caso y procurar que el emolumento sea racional y no empírico. Los factores que determinan la remuneración son de suma difícil, pero lógica. Moralmente los servicios médicos no tienen precio; hay que cotizarlos, empero, con humanitarismo, con el cerebro y con el corazón.*<sup>28</sup>

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Césarman E. *Ser médico. Lectura de ingreso a la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura*, 1991.
2. Spiegel AD. *Hammurabi's managed health Care-Circa 1700 B.C. Managed Care*. Stezzi Communications, May 1997.
3. Schiedermayer D. *Wages through the ages: The ethics of physicians' income*. Loma Linda University. Provonsha Lectureship, 1993.
4. Muller I. The professional ethics of the greek physician. *Bulletin of the History of Medicine* 1956; 30: 391-419.
5. Flores y Troncoso F. *La historia de la medicina en México*. Edición Facsimilar, IMSS, 1992.
6. López de la Peña X. Honorarios Médicos Profesionales. *Gac Med Mex* 1999; 135: 209-212.
7. *Código Civil para el Distrito Federal en Materia Común y para toda la República en Materia Federal*. México: Editorial Sista, 1995.
8. *Ley de Profesiones y Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal*. México: Editorial PAC, 1988.
9. Siegler M. Falling off the Pedestal: What is happening to the traditional doctor-patient relationship? *Mayo Clin Proc* 1993; 68: 461-467.
10. Torrens PR. *Historical evolution and overview of health services in the U.S. Introduction to Health Services*. William and Paul R Torrens eds., 1980.
11. Iglehart JK. The American Health Care System, Private Insurance. *NEJM* 1992; 326: 1715-1720.
12. Iglehart JK. The American Health Care System, Medicare. *NEJM* 1992; 327: 1467-1472.
13. Lundberg GD. How should physicians be paid? *JAMA* 1985; 254: 2638-2639.
14. Burney I. Medicare physician payment, participation and reform. *Health Affairs* 1984; 3: 5-24.
15. DelBanco TL. Paying the physician's fee. *NEJM* 1979; 301: 1314-1320.
16. Iglehart JK. Payment of physicians under medicare. *NEJM* 1988; 318: 863-868.
17. Roe BB. The UCR boondoggle. A Death Knell for Private Practice? *NEJM* 1981; 305: 41-45.
18. Baldor RA. *Managed Care*. Edit Blackwell Science, 1996.
19. Iglehart JK. The American Health Care System, Managed Care. *NEJM* 1992; 327: 742-747.
20. Hsiao WC. The resource-based relative value scale: Toward the development of an alternative physician payment system. *JAMA* 1987; 258: 799-802.
21. Hsiao WC. Estimating physicians' work for a resource-based relative value scale. *NEJM* 1988; 319: 835-841.
22. Hsiao WC. Results, potential effects, and implementation issues of the resource-based relative value scale. *JAMA* 1988; 260: 2429-2438.
23. Fernández GH. Honorarios profesionales, Editorial. *Rev Med Int Méx, AMIM*. 1998; Vol. 14.
24. Levitsky S. Reimbursement for cardiac procedures: past, present and future. *Ann Thorac Surg* 1996; 62: S14-S17.
25. Dwinell B. Why we are on the cusp of a generalist crisis. *Acad Med* 2001; 76: 707-708.
26. McMahon LF. A critique of the Harvard resource-based relative value scale. *Am J Public Health* 1990; 80: 793-798.
27. Sámano-Guerra AFJ. Los derechos de los pacientes en los nuevos modelos de atención a la salud. *An Med Hosp ABC* 2000; 45: 93-95.
28. Castañeda G. *El arte de hacer clientela*. UNAM, Facultad de Medicina. JGH editores, 1997 (respecto a la primera edición, Edit. El Hecho Mexicano, 1933).
30. Anónimo. Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud en México, Editorial. *Gac Med Mex* 136: 309-310, 2000.
31. Sámano-Guerra AFJ. Un llamado a la profesión médica. *An Med Hosp ABC* 2000; 45: 51-52.