

ANALES MEDICOS

Volumen
Volume **48**

Número
Number **1**

Enero-Marzo
January-March **2003**

Artículo:

Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Médica del American British Cowdray Hospital, AC

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*



Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México

Francisco Javier Sámano Guerra,* Héctor Fernández González,*
Rogelio Pérez Padilla,* Marcelo Páramo Díaz,* Alfredo Iñarritu,* Héctor Flores Hidalgo**

RESUMEN

Ante el desarrollo reciente y el crecimiento progresivo del mercado de los seguros privados para la atención a la salud en nuestro país, el Colegio Médico de México y la Asociación Nacional de Hospitales Privados, unieron esfuerzos para analizar los conflictos entre pacientes, médicos y hospitales por un lado y las empresas aseguradoras por el otro. Los resultados preliminares y sus recomendaciones son el tema de esta publicación. En ellos, se enfatiza la ausencia de un marco legal que proteja los derechos de los pacientes, usuarios de estos servicios.

Palabras clave: Seguro médico, medicina administrada, derechos de los pacientes.

El secreto de la atención del paciente reside en atender al paciente

Francis W. Peabody

INTRODUCCIÓN

La exposición y análisis de algunos temas que ya están suscitando conflictos entre médicos, hospitales y pacientes, por un lado, y las empresas aseguradoras, por el otro; tiene como propósito, además de darlos a conocer, plantear opciones de solución, estimulando al ramo asegurador, a las autoridades correspondientes, así como a los miembros de la profesión médica a participar en este esfuerzo con un ánimo pro-

ABSTRACT

Because of the recent and progressive growth of the private medical insurance market in Mexico, the Mexican College of Medicine and the National Association of Private Hospitals, joined efforts to analyze the already prevailing conflicts between patients, doctors and hospitals in one side and the insurance companies in the other. The preliminary results and suggestions are the subject of this publication. The lack of a legal framework to protect the patients' rights, consumers of these services, is emphasized.

Key words: Medical insurance, managed care, patients' rights.

positivo en beneficio de nuestros pacientes. La meta es la creación de un marco legal y normativo que garantice, a quienes compran una póliza de seguro médico, el recibir servicios de atención a su salud con pleno respeto a sus derechos, en forma oportuna, eficaz, eficiente y con alta calidad, respetándose siempre los principios del profesionalismo médico. Con ese objetivo, el Colegio Médico de México y la Asociación Nacional de Hospitales Privados, decidimos integrar un grupo de trabajo*** con el propósito de identificar y estudiar, desde un punto de vista médico, la problemática que ya se está generando en México a consecuencia del uso, cada vez más frecuente, de este tipo de servicios por la sociedad, en ausencia de una legislación adecuada.

* Colegio Médico de México.

** Asociación Nacional de Hospitales Privados.

Recibido para publicación: 19/11/02. Aceptado para publicación: 09/12/02.

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.

*** GRUPO DE TRABAJO. Por el Colegio Médico de México: Dr. Francisco Javier Sámano Guerra, Dr. Héctor Fernández González, Dr. Rogelio Pérez Padilla, Dr. Marcelo Páramo, Dr. José Luis Minjares Robles, Dr. Samuel Ponce de León y Dr. Alfredo Iñarritu. Por la Asociación Nacional de Hospitales Privados: C.P. José Testas Antón, Dr. Luis Felipe Torres de la Garza, Lic. Héctor Flores Hidalgo, Lic. Alvaro López Aldana y Lic. Daniel Rojas López.

ANTECEDENTES

Aunque los antecedentes formales de las empresas de seguros en México se remontan a 1870, cuando en el Código Civil se regula el Contrato del Seguro y en 1892 se promulga la primera ley que rige a las compañías de seguros mexicanas y extranjeras existentes en esa época, el desarrollo de estas empresas, particularmente en el ramo de atención a la salud, es reciente y aún muy limitado (aproximadamente 3% de la población está cubierto por una póliza); no obstante, actualmente el 64% de la ocupación en hospitales privados de más de cincuenta camas es a través de pacientes asegurados, según datos proporcionados por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS).¹

A través de Reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISM) en 1990, 1996, 1997 y 1999, así como al establecimiento de bases legales de supervisión, para ser operados por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) en 1998 y la expedición por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) en el año 2000, de las reglas de operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), hoy en día el ramo de seguros privados, especializados en salud, ofrecen dos tipos de seguro: el seguro de salud y el seguro de gastos médicos. El primero tiene por objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado; el segundo, el cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se haya afectado por causa de un accidente o enfermedad.²

El modelo de atención a la salud conocido como “Medicina Administrada” (*Managed Care*) tuvo su origen en los Estados Unidos de Norteamérica durante la década de los setenta. Su diseño inicial fue el de un sistema no lucrativo subsidiado por el gobierno, con el propósito de contener el alto costo de atención a la salud (15% del PIB). Este modelo, basado en el prepago, contiene una serie de lineamientos, que limitan al paciente en su libertad de elección y al médico en su autonomía clínica. Una década más tarde se trasladó a manos de empresas de segu-

ros y administradoras privadas, y su control a través de Wall Street. Al transformarse en empresas de lucro, éstas implementaron estrategias legales, pero perversas, bajo el amparo de leyes de carácter mercantil, con el propósito de producir las mayores ganancias posibles a sus inversionistas.

De esta manera, inicialmente alcanzaron sus metas a través de: afiliar, preferentemente, a individuos jóvenes, sanos y con bajo riesgo de enfermedad, dejando fuera al viejo y al enfermo (“selección adversa”); contratando a médicos generales para el primer contacto con el paciente, con la específica tarea de dificultar o impedir el acceso con el médico especialista (“gatekeepers”); ocultando deliberadamente al paciente las 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 (“gag rule”); incentivando económicamente al médico, por la subutilización de servicios diagnósticos, castigando a aquellos que así no lo hicieran; estableciendo 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 requiere ser atendido.

Como consecuencia, además de disminuir en el corto plazo los costos de atención médica, produciendo ganancias multimillonarias a sus inversionistas, generaron gran descontento entre los usuarios de los servicios médicos, vulnerando la relación entre el paciente y su médico, tradicionalmente basada en la confianza; provocando, además, escasez de recursos económicos destinados a la enseñanza e investigación médicas, consideradas superfluas y costosas por muchas de las empresas de seguros.

A finales de la década de los ochenta, sus utilidades comenzaron a disminuir debido principalmente al incremento en la oferta de servicios por una mayor competencia entre las propias empresas, a la deserción de asegurados insatisfechos (30%) y a una mayor demanda de servicios, originada tanto por el envejecimiento de sus asegurados como por la presión de la sociedad, ejercida a través de sus representantes en el Congreso, lo que dio como resultado una nueva escalada en el gasto por atención a la salud.^{3,4}

Como una alternativa a los inversionistas de ést-

tas empresas, sustentados en tratados multinacionales de comercio y con el apoyo de las instituciones de crédito internacional (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional), los promotores del negocio de las aseguradoras decidieron exportar este modelo de atención a la salud a Latinoamérica, como lo demuestran los casos de Chile, Argentina, Ecuador, Brasil, Uruguay, Colombia y en fechas recientes también México.^{5,6}

Con la reforma a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), en diciembre de 1999 en México, se dio marcha al desarrollo de la Medicina Administrada, bajo el nombre de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

Tanto las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía como la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica (hoy Colegio Médico de México), mediante un “protocolo de entendimiento” firmado por los titulares de las Secretarías de Hacienda y Salud, así como por los Presidentes de las Comisiones de Hacienda, Salud y Seguridad Social del Senado de la República, fueron convocados a participar en la elaboración del Reglamento para las ISES en materia de salud. No obstante el propósito de sus recomendaciones, para garantizar el respeto a los derechos de los pacientes y los de sus médicos, muchas de ellas, consideradas esenciales, no fueron incluidas en la reglamentación, alegando la CNSF y la propia Secretaría de Salud (SSa) la existencia de leyes de carácter mercantil que se contraponen.⁷

PROBLEMÁTICA

Algunos de los temas de conflicto ya presentes entre aseguradoras, pacientes y prestadores de servicios de salud son:

1. Preexistencias:

Una fuente frecuente de fricciones entre médicos, hospitales y pacientes, por un lado, y las aseguradoras, por el otro, es el manejo a conveniencia por parte de la aseguradora del concepto de preexistencia de una enfermedad. Esto se hace para dejar de responsabilizarse del pago de servicios y honorarios por

una enfermedad. Si bien el manejo mañoso de cualquier definición de preexistencia es posible y de hecho es factible que llegue a ocurrir, uno de los factores que favorecen el abuso es la definición vaga e imprecisa de la preexistencia. Las definiciones utilizadas actualmente permiten toda serie de interpretaciones que pueden evitarse teniendo una mayor precisión en la definición.

Sugerencias de solución:

Se debe buscar una definición más precisa y justa. Sin duda se considerarán padecimientos preexistentes: a) las enfermedades declaradas por el usuario y b) las enfermedades conocidas por el usuario en el momento del contrato y no declaradas.

No es justo considerar padecimientos preexistentes a las enfermedades que el usuario sufría en el momento del contrato, pero de las cuales no tenía conocimiento, aun teniendo un origen genético, un componente hereditario o ser un defecto congénito. Tampoco se considerarán preexistentes las enfermedades que resulten por cadenas fisiopatológicas asociadas con condiciones presentes antes de la contratación, que se entienden como factores de riesgo, con base en que es difícil encontrar enfermedades unicausales.* Tampoco se considerarán preexistentes a grupos grandes de enfermedades o mecanismos patogénicos, mismos que se tendrán que detallar.**

2. Libertad de elección, redes médicas y honorarios profesionales:

El derecho inalienable del paciente para elegir en plena libertad al médico de su confianza no es respetado por la industria mexicana de seguros médicos. El ejercicio de ese derecho es un privilegio y decisión personal esencial en que se propicia y finca la relación médico-paciente, vínculo fundamental que

* La presencia de tabaquismo no puede excluir a un asegurado del pago por enfisema o cáncer pulmonar, ni la de hipertensión u obesidad por infarto al miocardio ya que las enfermedades descritas se generan por muchos factores de riesgo, conocidos y desconocidos.

** Será inválido hablar de preexistencias de “enfermedades alérgicas” o “enfermedades de la nariz” y en cambio se deberá hablar de problemas concretos como asma bronquial o desviación septal.

se fortalece por la ética de la confianza mutua y factor determinante que contribuye al acto terapéutico.

Las aseguradoras, empresas mercantiles con fines de lucro, garantizan sus ganancias diseñando políticas e implementando reglas legales, pero perversas, escritas con "letra chiquita" que sus agentes vendedores omiten explicar con claridad al comprador, que más preocupado por su creciente costo, no las lee ni menos aún las entiende, hasta cuando eventualmente utiliza la póliza; con frustración y a veces con ira se entera que el padecimiento o la enfermedad motivo de la reclamación está excluida de la cobertura y tiene que pagar de su bolsillo la cuenta del hospital y la de los médicos que le atendieron.

Entre otras políticas y estrategias para alcanzar sus objetivos, las aseguradoras crean redes de médicos, integradas no por los mejores y más prestigiados de la localidad, sino por aquellos que, con el señuelo de recibir un gran volumen de pacientes (ofrecimiento que nunca se materializa), acatan e implementan las políticas restrictivas de la aseguradora en detrimento del enfermo, negando o difiriendo estudios y procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos, no autorizando la consulta con el médico especialista necesaria en muchas ocasiones para la atención adecuada del paciente, conductas que generan riesgos e insatisfacción del usuario (término con el que designan al enfermo), que debe aceptar que lo atienda "un médico de la red" al que generalmente no conoce. Si el paciente insiste en elegir al médico, el de su confianza, la aseguradora no autoriza el pago directo de la atención proporcionada y castiga al asegurado incrementando el monto del deducible y el co-aseguro para desalentar la participación de un médico no incluido en su red, obligando al "usuario" a solicitar vía reembolso los gastos correspondientes, a través de un prolongado trámite burocrático y el riesgo de no obtener la restitución del monto total sufragado.

Las aseguradoras en México, a pesar del origen transnacional de casi todas, sistemáticamente "mal pagan" los servicios médico-quirúrgicos que los médicos proporcionan a sus asegurados. Unilateralmente deciden el monto de los honorarios profesionales, estimando el servicio prestado en un 30% a 40% de su valor real y no obstante que en otros países hon-

ran sistemas de aranceles razonables, basados en criterios ponderables y reproducibles (como es el llamado, en los Estados Unidos de Norteamérica, "*Resource Based Relative Value System*"), en México se niegan a discutir su adopción, abusando de los médicos y de los cirujanos acreditados, certificados y con cédula de especialista, que los identifica y avala académica y profesionalmente.⁸

Es de llamar la atención que en su país de origen, los Estados Unidos de Norteamérica, las arbitrariedades cometidas por los empresarios de la medicina administrada, según denunció el presidente Clinton ante los miembros del senado, violan los derechos de cincuenta mil individuos enfermos diariamente,⁹ a pesar que dichas transgresiones se han intentado impedir con la promulgación de más de 1,200 leyes estatales.¹⁰ Mientras tanto, en México prevalece un vacío legal que permite la impune comisión de abusos en contra de los derechos de los pacientes y los de sus médicos.

Sugerencias de solución:

Obligar a las aseguradoras, mediante leyes específicas, al estricto respeto y cumplimiento con los derechos de los pacientes y de los médicos, tal y como lo determinan los documentos "Carta de Derechos de los Pacientes" y "Carta de Derechos de los Médicos", aprobadas y publicadas por el Colegio Médico de México.^{11,12}

Respetar las aseguradoras, el derecho del paciente para elegir al médico de su confianza y al hospital certificado de su preferencia.

Prohibir a las aseguradoras la creación de "redes de médicos". Aconsejando que el médico que el paciente elija sea un médico colegiado, acreditado y certificado mediante la cédula correspondiente.

Aceptar las aseguradoras un marco de aranceles profesionales a partir del consenso y propuesta de los Colegios de Médicos, tal y como lo señala el Artículo 50 de la Ley de Profesiones, Reglamentaria del Artículo 5o. Constitucional.

Impedir a las aseguradoras que cobren un monto adicional por concepto de deducible y/o co-aseguro con el propósito de disuadir al paciente de elegir al médico de su confianza y al hospital de su preferencia.

Exigir a las aseguradoras el pago de honorarios médicos y servicios hospitalarios en un lapso de tiempo razonable, nunca mayor a un mes, después de otorgado el servicio de atención médica.

3. Instancias de queja:

No existen instancias eficientes para presentar inconformidades de contratantes de seguros de gastos médicos. La institución a la que actualmente pueden acudir los inconformes es la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros (CONDUSEF), que en todos los casos se declara desprovista de los recursos legales para resolver estos problemas, teniendo los interesados que recurrir a juicios civiles, con gran desventaja ante los poderosos departamentos jurídicos de las compañías de seguros.

Las quejas son cada vez más frecuentes, ya que según una encuesta telefónica realizada por una televisora, se calcula que más del 80% de los usuarios de seguros médicos están inconformes por el incumplimiento del contrato de las compañías de seguros, las cuales en la mayor parte de los casos únicamente se niegan a pagar el siniestro sin dar mayores explicaciones y en otros lo hacen, aduciendo que hay preexistencia, que el procedimiento no es aceptable, contradiciendo sin argumentos el criterio del médico tratante.

El nivel de conocimientos del personal médico-administrativo que trabaja en las compañías de seguros es muy deficiente, no está actualizado con nuevos procedimientos y toma decisiones mal fundamentadas, siempre favoreciendo los intereses de la empresa o siguiendo decisiones administrativas. Nunca se ha dado el caso, que los médicos de las compañías aseguradoras den oportunidad a un médico tratante de intercambiar opiniones.

Sugerencia de solución:

Consideramos que se requiere de la elaboración de un marco legal específico, distinto al que rige las actividades mercantiles comunes, que brinde protección a los usuarios de seguros médicos, nuestros pacientes, en caso de incumplimiento o violación a sus derechos por parte de las aseguradoras.

4. Tipos de póliza:

Como en cualquier relación jurídica, el contrato representa la base sobre la cual se desarrolla la relación entre las partes. En el caso de las relaciones entre las aseguradoras y sus clientes, las llamadas pólizas no son otra cosa que los contratos de aseguramiento, los cuales representan el sustento legal de esa relación.

Aun cuando estos contratos deben estar autorizados por la CNSF, la mayoría de las veces no son estudiados por los clientes que compran una póliza de seguro, dándose éstos cuenta de las cláusulas excluyentes, restricciones y condiciones hasta el momento en que requieren hacer efectiva su póliza, al solicitar un servicio médico y enfrentar el correspondiente pago por parte de la aseguradora.

Las condiciones de estas pólizas no son dadas a conocer plenamente a los clientes, ya sea por ignorancia u ocultamiento intencional por parte de los corredores o de las propias compañías. A esto se suma el poco cuidado, falta de conocimientos y de experiencia por el lado del consumidor (asimetría de información). Sin embargo, en muchas ocasiones, se puede suponer que si el individuo hubiera tenido pleno conocimiento de las condiciones de la póliza, posiblemente no la hubiese adquirido.

La competencia entre las compañías de seguros, en los últimos años, no parece tomar en consideración el ofrecer mejores servicios a los asegurados, sino que han buscado incrementar sus ventas a través de una mercadotecnia que en muchos casos resulta engañosa y poco ética, en detrimento de un buen servicio y de una atención de alta calidad.

Sugerencias de solución:

Consideramos necesario que se analice el contenido de las pólizas, motivo del contrato, para el efecto de poder modificar aquellas cláusulas que sean violatorias de los derechos de las personas, no como clientes de un servicio financiero, sino como individuos que sufren una enfermedad o un accidente y que requieren de atención médica. Habrá que eliminar de ellas aspectos como son la selección adversa, preexistencias, direccionalización, redes de médicos y el bloqueo al juicio clínico del médico, entre otras.

De la misma manera, la propaganda promocional emitida por las aseguradoras y la conducta comercial de sus agentes de ventas deberán ser sujetas de aprobación y vigilancia por las autoridades competentes. Además, se deberá contar con información disponible para la sociedad, potencial consumidora de estos servicios, acerca de los indicadores de satisfacción y quejas, por parte de los asegurados de cada una de estas empresas.

5. Uniformidad de formatos y procedimientos:

Una problemática común a pacientes, médicos, hospitales y a las propias aseguradoras, es el relativo a la falta de uniformidad de formatos y procedimientos. Para cada tipo de póliza, las aseguradoras han creado distintos formatos y diferentes procedimientos administrativos, que hacen muy complejo el proceso de internamiento hospitalario, generando barreras que complican los trámites de autorización, pagos, etcétera, y que obstaculizan en gran medida la eficiencia en la atención a los pacientes.

Dentro de las posibles consecuencias, al no cumplirse adecuadamente con uno de estos complejos procesos administrativos, se encuentra el que la empresa aseguradora pueda rechazar la procedencia de los gastos médicos y hospitalarios, negándose a pagarlos, a pesar de haber sido ya rendidos los servicios. La complejidad administrativa, contribuye también a que las aseguradoras no cumplan puntualmente con los términos dentro de los cuales deben otorgar las autorizaciones, lo que representa un problema en la atención oportuna del enfermo, ya que el hospital puede entender el retraso como un rechazo a la autorización por la aseguradora.

El control de las empresas administradoras de salud fue uno de los propósitos para la creación de la figura de las ISES, ya que mediante la reforma a la LGISMS se buscaría que éstas se transformaran en ISES. No obstante, al no haberse dado esta situación, las aseguradoras ahora contratan una administradora como intermediaria entre ellas, los hospitales y los médicos, lo que hace aun más complejo el vínculo, tanto desde el punto de vista administrativo como económico. Las administradoras de salud, son quienes hoy tienen a su cargo el procedimiento de autorización, supervisión y constitución

de redes, pero al no ser ellas quienes pagan a los hospitales, médicos y pacientes, se establecen como un intermediario más dentro de ésta, de por sí ya muy complicada, relación multipolar.

Sugerencias de solución:

Se recomienda a las aseguradoras, que de común acuerdo con los hospitales y sus médicos, establezcan formatos y procedimientos únicos, que faciliten la posibilidad de otorgar a los pacientes una atención oportuna, con la más alta calidad y al menor costo posible. De la misma manera, deberá eliminarse el intermediarismo innecesario, que sólo contribuye a procesos administrativos complejos y costosos.

DISCUSIÓN

Los resultados de las reformas a la salud en América Latina, permitiendo el desarrollo de la medicina administrada —aseguran los miembros de la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe (CONFEMEL), organización que agrupa a los Colegios de Médicos de 19 países de la región—, han afectado el derecho a la salud del pueblo y desconocido los derechos del médico, perjudicando la autonomía, la ética y la calidad del acto médico.¹³

La Medicina Administrada, según relata el Dr. Félix Patiño Restrepo, Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, país donde este modelo fue instituido a partir de la reforma a la salud, denominada como Ley 100 de 1993:

... Es el sueño de un negociante. Es una industria de rápido flujo de recursos, el pago anticipado y garantizado de servicios que se contratan al gusto del intermediario que recibe y administra los fondos. Tiene la capacidad de transferir el riesgo económico a los hospitales. Posee la libertad para fijar las tarifas unilateralmente y la peculiar estructura que permite demorar los pagos. Es la creación de una nueva industria, la industria de la salud, con una visión estrecha de contención de costos para mayor lucro, con desatención total a los valores de la medicina y con una gran indiferencia por los derechos de los pacientes. Todo ello

con carencia absoluta de una infraestructura de información y prácticamente sin mecanismos de control. El diálogo en el sector salud en Colombia, ahora se refiere a capitación, facturación, ingresos, mercadeo, contratos comerciales y asesoría de costos.” (sic)¹⁴

Es importante hacer notar que una encuesta telefónica realizada este año por un importante noticiero de la televisión nacional reveló que el 80% de los pacientes, usuarios de seguros privados de salud, están insatisfechos con su seguro médico por incumplimiento.

En fecha reciente, el organismo mediador de quejas para los clientes de seguros, la CONDUSEF, reconoció públicamente que enfrenta diversas limitaciones legales para cumplir con sus objetivos al no existir el marco legal que se lo permita.¹⁵

Simultáneamente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), al publicar la carta de Derechos Generales de los Pacientes,¹⁶ optó por limitarlos únicamente a su relación frente al médico, evadiendo incluir los derechos que le deben asistir al individuo enfermo frente al resto de los participantes del acto médico, como son entre otros, las compañías de seguros. Entretanto, las autoridades de la SSa, no obstante haberse convertido en activos promotores del desarrollo de este ramo del sector financiero, desde el gobierno anterior y hasta la fecha, han hecho caso omiso a la problemática existente.

En 1997, la Asociación Médica del Hospital ABC en la Ciudad de México realizó una encuesta entre 101 profesionales, miembros activos de su cuerpo médico, con el propósito de explorar su percepción sobre el futuro de la profesión médica en el ámbito de la práctica privada.¹⁷ El total de los encuestados (100%) coincidió en afirmar que la práctica profesional está cambiando; un poco más de la mitad (52%), opinó que estos cambios se deben fundamentalmente a la fuerza de las compañías aseguradoras a partir de la imposición de sus propias condiciones, en términos de pago, forma de trabajar, formación de redes médicas, cobertura de eventos, etcétera; manifestando además preocupación, por el posible desarrollo de organizaciones de medicina administrada al estilo del sistema de salud de los Estados Unidos de Norteamérica. El 94% de

los médicos encuestados opinó que la autonomía de la relación entre el médico y el paciente está cambiando a manos de las aseguradoras. Todos los encuestados (100%) consideraron que la relación entre ellos y los terceros pagadores no es buena, el 64% la calificó como mala y el restante 34% como regular, señalando como problemas fundamentales, la orientación puramente lucrativa, tabuladores de honorarios bajos y ausencia de voluntad de diálogo y concertación por parte de las aseguradoras.

El Colegio Médico Lasallista dio a conocer, en el 2001, un documento donde menciona haber realizado dos encuestas respecto del ejercicio de la medicina y los seguros de gastos médicos mayores. En la primera participaron 100 médicos; de ellos, el 70% reconocen haber perdido autonomía en su trabajo, 66% admiten un deterioro en la relación médico-paciente, 80% consideran ineficientes a las aseguradoras y 68% se oponen a la formación de redes médicas. En la segunda, se encuestó a 100 pacientes, usuarios de seguros de gastos médicos mayores, habiendo coincidido todos (100%) que las pólizas son incompletas y caras, el 92% no está de acuerdo en que le impongan al médico de la red, manifestando 98% de ellos haber tenido problemas con los médicos conveniados.¹⁸

En otro sondeo de opinión sobre Seguros Médicos, llevado a cabo en el 2002 por la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, se envió un cuestionario a 4 mil médicos de las ciudades de México, Guadalajara y Monterrey, utilizando la base de datos de especialistas certificados de la Academia Nacional de Medicina. El análisis de esta encuesta mostró, que el 58% de los médicos que respondieron recibe enfermos de varias compañías de seguros; el 92% declararon estar inconformes con los tabuladores de las compañías por considerarlos bajos y porque el pago es retrasado, además de encontrar dificultades con el cobro; el 53% de los médicos consideran que han perdido autonomía en el manejo de sus pacientes, señalando limitaciones para emplear estudios de laboratorio y gabinete, para hospitalizar pacientes, para solicitar interconsultas y para prescribir medicamentos; el 64% de los encuestados aseguran que este sistema ha deteriorado la relación médico-paciente.¹⁹

CONCLUSIÓN

Hoy, la práctica de la medicina debe contender con complicadas fuerzas políticas, legales y del mercado, por lo que los principios fundamentales del profesionalismo médico emergen como la mejor opción para mantener el contrato de la profesión médica con la sociedad, en donde el interés del paciente debe prevalecer y la participación de su médico como asesor experto para la sociedad en materia de salud es fundamental, considerando que la confianza es la esencia del contrato social entre ambos.

En respuesta a este reto, la Federación Europea de Medicina Interna, de común acuerdo con las instituciones médicas norteamericanas, *American College of Physicians*, *American Society of Internal Medicine* y el *American Board of Internal Medicine*, unieron esfuerzos para lanzar el proyecto denominado “Profesionalismo Médico en el Nuevo Milenio”,²⁰ señalando, entre otros, los tres principios fundamentales de la práctica médica que deberán prevalecer, independiente de la región del mundo en donde ésta se lleve a cabo: 1) el principio de primacía de bienestar del paciente, 2) el de autonomía del paciente y 3) el principio de justicia social, mediante el que la profesión médica se compromete a promover la justicia en los sistemas de atención a la salud.

Vivimos la era de la búsqueda de una ética del compromiso, entre los derechos del individuo y las obligaciones de los ciudadanos, entre intereses de accionistas e intereses de los consumidores, entre rentabilidad y justicia social. El ideal de la ética de los negocios está en el justo medio, el equilibrio difícil, pero necesario, entre los diferentes intereses contradictorios de los agentes económicos y sociales.²¹

Los miembros del Colegio Médico de México y los integrantes de la Asociación Nacional de Hospitales Privados no nos oponemos a la participación del capital privado en la atención a la salud de la sociedad, siempre y cuando ésta se lleve a cabo como un compromiso de solidaridad social, apegado a los principios del profesionalismo médico y con un respeto irrestricto a los derechos de los pacientes y sus médicos. Para alcanzar esta meta, las empresas de seguros en el ramo de salud, más que una reglamentación requieren de una rehabilitación de su finalidad real, donde su objetivo principal sea, no el de proporcionar las mayores ganancias a sus inversionistas, sino el de innovar, el de crear productos y servicios que la sociedad necesite.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Perspectivas de las Aseguradoras de Gastos Médicos Mayores y de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud para el 2001*. Seminario. Asociación Mexicana de Hospitales. México D.F., Febrero 16 del 2001.
2. Historia del Sector de Seguros. Origen y Cronología. Asociación Mexicana de Industrias de Seguros. <http://www.amis.com.mx>
3. Sámano Guerra AFJ, Fernández González H, Minjares Robles JL. Los derechos de los pacientes en los nuevos modelos de atención a la salud. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2000; 45: 93-95.
4. Editorial. Las instituciones de seguros especializadas en salud en México. *Gac Med Mex* 2000; 136: 309-310.
5. Stocker K. The exportation of managed care to Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1131-1136.
6. Pérez-Stable EJ. Managed care arrives in Latin America. *NEJM* 1999; 340: 1110-1112.
7. Fernández González H, Sámano Guerra AFJ, Minjares Robles JL. Carta al Editor. *Gac Med Mex* 2001; 137: 391-393.
8. Sámano Guerra AFJ, Fernández González H. Los honorarios médicos en la era de los terceros pagadores. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2002; 47: 118-127.
9. Hunt T. (AP White House Correspondent) Clinton wants patients' rights vote. *Associated Press Story*, September 14, 2000.
10. Seward WF. Managed care reform: State legislative trends in 1999. *Bull Am Coll Surg* 1999; 84: 11-14.
11. Declaración de Campeche: Los derechos de los pacientes. *XXXI Reunión Anual de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica*. Campeche, Campeche. Noviembre 11, 2000 (Archivos de FENACOME).
12. Declaración de Manzanillo: Los derechos de los médicos. *XXXIV Reunión Anual del Colegio Médico de México (FENACOME)*. Manzanillo, Colima. Mayo del 2002. (Archivos del Colegio Médico de México).
13. *Carta Documento del Comité Ejecutivo de CONFEMEL a sus Instituciones Médicas Integrantes*. Lima, Perú 31 de Enero del 2002.
14. Patiño Restrepo JF. Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud. *Revista MEDICINA* 2001; 23: 169-178.
15. Admite CONDUSEF limitación. *Diario Reforma*, Sección Negocios, Lunes 9 de septiembre del 2002.
16. *Carta de los derechos generales de los pacientes*. CONAMED. <http://www.conamed.gob.mx>
17. Sámano Guerra AFJ. Documento: *Encuesta sobre el futuro de la práctica médica*. Asociación Médica del Hospital ABC, Agosto de 1997. (documento no publicado)
18. Ortega Cerdá JJ. Documento: *Los seguros de gastos médicos mayores y el ejercicio de la medicina*. Colegio Médico Lasallista, 27 de Abril del 2001.
19. Rivero Serrano O. Documento: *Encuesta sobre seguros médicos*. División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina UNAM, Octubre 2002. (documento en impresión).
20. Medical Professionalism in the new millennium: a physician charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine. *Ann Int Med* 2002; 136: 243-246.
21. Lipovetsky G. *El crepúsculo del deber*. Edit ANAGRAMA, 1994.