

## Las instituciones de seguros especializadas en salud en México

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 de las llamadas Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) cuyas reglas para su operación fueron publicadas en dicho Diario el miércoles 24 de mayo de 2000.

Debido a que la sociedad no fue convocada a manifestar su opinión acerca de la conveniencia del establecimiento de estas empresas como parte de nuestro sistema nacional de salud, consideramos nuestra obligación definir la posición de la Academia Nacional de Medicina (posición a la cual se llegó conjuntamente con la Academia Mexicana de Cirugía y la Federación de Colegios de la Profesión Médica) ante el inminente desarrollo de este tipo de medicina comercial en México.

Estas empresas de salud tienen como antecedente en su país de origen, Estados Unidos de América, las llamadas "Organizaciones de medicina administrada", que según sus distintas formas de administración y financiamiento recibieron diferentes nombres: *Health Maintenance Organizations (HMO)*, *Preferred Provider Organizations (PPO)* y otros. Su propósito original fue reducir los altos costos de la atención médica,<sup>1</sup> lo que lograron inicialmente a través de acciones como las siguientes:

- Afiliar preferentemente a individuos jóvenes, sanos y con bajo riesgo de enfermedad, dejando fuera, entre otros, al enfermo y al anciano.
- Contratar a médicos generales para el primer contacto con el paciente, lo cual es correcto, pero además, y esto ya no lo es, para dificultar al máximo su atención por el médico especialista a pesar de que el enfermo lo necesite.
- Limitar el acceso de los pacientes a alternativas de diagnóstico o tratamiento necesarias pero costosas, pasando, en ocasiones, por encima del juicio clínico del médico responsable.

- Premiar a los médicos que escatimen los servicios diagnósticos o terapéuticos necesarios, castigando de alguna manera a aquellos que no lo hagan.<sup>2</sup>
- Establecer tabuladores de honorarios que ignoren la capacidad certificada y la experiencia de los médicos, y que tampoco ponderan la complejidad del caso o la hora o día de la semana en que el paciente solicita la atención.

Con tales medidas, en efecto, estas empresas consiguieron los siguientes resultados inmediatos:

- Generar ganancias multimillonarias a sus inversionistas.
- Disminuir los costos en la atención médica.
- Crear descontento en la sociedad, especialmente en los usuarios de los servicios médicos.<sup>3,4</sup>
- Vulnerar la relación entre el paciente y su médico, tradicionalmente basada en la confianza.
- Provocar escasez de recursos económicos destinados a la enseñanza y la investigación médicas, consideradas superfluas por muchas de las compañías.

Sin embargo, a últimas fechas en Estados Unidos de América y en otros países, las enormes ganancias de estas empresas comenzaron a disminuir debido a varias razones, entre ellas anotamos las siguientes:

- Incremento en la oferta de servicios al surgir nuevas compañías y crear una mayor competencia.
- 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 ejercida por la sociedad, y en el caso de Estados Unidos de América, además por su Congreso.

Estas razones, entre otras, trajeron como lógica consecuencia un nuevo incremento en los costos de la atención a la salud, y en su momento cerca de 43 millones de ciudadanos norteamericanos no pudieron incorporarse a esta medicina administrada por no tener capacidad económica suficiente.<sup>5</sup>

Como consecuencia del fracaso de este sistema en su país de origen y como una nueva alternativa a los inversionistas, los promotores de este tipo de negocio decidieron exportarlo a Latinoamérica,<sup>6,7</sup> como lo atestiguan los cambios que se han dado en el último lustro en Chile, Colombia, Ecuador, Brasil y más recientemente en México.<sup>8</sup>

Conscientes de las funestas repercusiones de este sistema comercial de atención a la salud para nuestra nación, creemos necesario alertar a la sociedad y a nuestros legisladores, para el futuro, sobre el grave riesgo de adoptar un sistema de salud ajeno a nuestra idiosincrasia y necesidades, pero que sobre todo vulnera 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 considera a los pacientes como una mercancía y a la salud como un negocio.

Consideramos que no existe objeción a la participación del capital privado en la atención a la salud, siempre que ésta se lleve a cabo como parte de un esfuerzo nacional solidario y responsable, en el que se cumplan y respeten los derechos del paciente, se le proporcione una atención médica accesible, oportuna, equitativa y plural articulada al sistema nacional de salud.

Es también esencial que en tal actividad se respeten los principios de ética, ciencia y humanismo que siempre han caracterizado a la profesión médica<sup>9,10</sup> y que son valores que contribuyen de manera definitiva al cumplimiento del derecho a la protección de la salud de los mexicanos, tal y como se encuentra inscrito en nuestra Constitución Política. Por otro lado, también es fundamental el compromiso de promover la salud a través de la prevención y la detección temprana de las enfermedades y los riesgos para adquirirlas. Es nuestra obligación señalar que estas compañías deben apoyar económicamente de alguna manera a los

programas de educación y de investigación para la salud que sean necesarios, porque no concebimos que la calidad sea factible en su ausencia.

Simultáneamente queremos hacer énfasis en la necesidad de preservar el derecho del paciente a elegir libremente al médico de su confianza, requisito fundamental para una buena relación entre ambos.

El derecho al libre comercio y el respeto a los contratos particulares o colectivos con fines lucrativos no deben desviar y tergiversar el cumplimiento del derecho constitucional a la protección de la salud. Nos oponemos firmemente a considerar a la atención de la salud sólo como un negocio,<sup>11,12</sup> tal y como se pretende por las compañías que ofrecerán estos planes de salud.

## Referencias

1. **Iglehart JK.** The American health care system - Expenditures. *N Engl J Med* 1999;340:70-76.
2. **Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Jaffe D, Bindman A.** Primary care physicians experience of financial incentives in managed-care systems. *N Engl J Med* 1998;339:1516-1521.
3. **Biendon RJ, Brodie M, Benson JM, Aitman DE, Levitt L, Hoff T, et al.** Understanding the managed care backlash. *Health Aff (Millwood)* 1998;17(4):80-94.
4. **Kilborn PT.** Voters' anger at HMOs plays as hot political issue. *New York Times*. May 17; 1998:1.
5. **Kuttner R.** The American health care system - health insurance coverage. *N Engl J Med* 1999;340:163-168.
6. **Stocker K, Waitzkin H, Iriart C.** The exportation of managed care to Latin America. *N Engl J Med* 1999;340:1131-1136.
7. **Perez-Stable EJ.** Managed care arrives in Latin America. *N Engl J Med* 1999;340:1110-1112.
8. **Frenk J, Gómez-Dantés O.** The future of managed care in Mexico. *Informando y Reformando. Boletín trimestral del NAADIR/AL* 1998;6(Abr-Jun):10-11.
9. **Rothman DJ.** Medical professionalism - focusing on the real issues. *N Engl J Med* 2000;342:1283-1286.
10. **Wynia MK, Latham SR, Kao AC, Berg JW, Emanuel LL.** Medical professionalism in society. *N Engl J Med* 1999;341:1612-1616.
11. **Laurell AC.** Market commodities and poor relief: the World Bank proposal for health. *Int J Health Services* 1996;26:1-18.
12. **The World Trade Organization and the general agreement on trade in services: what is at stake for public health?** Public Services International, June 1999.