

## Influencia de las ISES en la Relación Médico-Paciente

DR. ENRIQUE RUELAS BARAJAS

*El doctor Enrique Ruelas, es Subsecretario de Innovación y Calidad de la SSA. Es Médico Cirujano egresado de la Universidad Lasalle; cuenta con Maestría en Administración de Servicios de Salud en la Universidad de Toronto, Canadá y es Maestro en Administración Pública por el Centro de Investigación y Docencia Económica de México, Distrito Federal. Es ex presidente ejecutivo de QUALIMED, también ex presidente de la Sociedad Internacional de Calidad de la Atención a la Salud. Es reconocido en el ámbito nacional e internacional por su interés en la calidad de los servicios de salud. Además, es miembro de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía.*

Muchas gracias al doctor Tena por la invitación. Como cada año, este evento de la CONAMED es ya una tradición. Reitero mi agradecimiento por esta distinción para compartir con ustedes esta mañana.

El tema que me pidieron desarrollara es sobre la influencia de las instituciones de seguros especializadas en salud en la relación médico-paciente.

Quisiera, a manera de introducción, señalar que en primer lugar mi presentación va a ser una mera reflexión, y en este sentido quisiera presentarles imágenes visuales; que fuésemos creando todos imágenes mentales. El tema de la relación médico-paciente es demasiado delicado como para ponerlo en juego a la luz de las instituciones de seguros especializadas en salud o a la luz de una explicación académica-didáctica que empobrecería la reflexión.

Quisiera apuntar en esta disertación, el hecho de que el aparente deterioro en la relación médico-paciente, y subrayo lo de aparente, porque quisiera dejarlo como una hipótesis que a lo largo de la reflexión ustedes podrán o no confirmar y que podríamos seguir o no confirmando con análisis posteriores, pero que este aparente deterioro en la relación médico-paciente tiene un fondo mucho más profundo y complejo que lo que pudiese causar una institución de seguros especializada en salud.

Hemos creado un fantasma que no es otra cosa más que eso, un fantasma, y voy a argumentar la razón, estamos dejando de ver una gran cantidad de situaciones atribuibles al médico, a las instituciones, y no necesariamente a las de seguros, al desarrollo económico y social del país, que seguramente pueden estar teniendo un impacto mucho mayor que las ISES. Ese debe ser el centro de la discusión y análisis, apuntando en esta dirección mi presentación. Para argumentar esto voy a dividir la reflexión en tres partes: en la primera expondré lo concerniente a la relación médico-paciente; la segunda se referirá a las ISES propiamente y, en la tercera, como consecuencia, hablaré de la posible influencia de las ISES en la relación médico-paciente, que es el título de esta conferencia.

En primer lugar tendría que hablar de la relación médico-paciente en dos dimensiones: en la dimensión de la relación interpersonal entre el médico y su paciente y el paciente y su médico, en donde tendríamos que reconocer que la esencia de esa relación, en la dimensión interpersonal, es la comunicación y no me refiero exclusivamente a la comunicación verbal, sino a la co-

municación, a los mensajes verbales y no verbales, al intercambio de miradas, a la transmisión de mensajes que van más allá de lo que uno puede decir con las palabras. Pero también esa relación médico-paciente se da en otra dimensión, la aplicación de los conocimientos y la técnica para resolver o atenuar el problema de salud del paciente.

Tendemos sin duda a destacar la relación médico-paciente en su contenido interpersonal, no podemos dejar de lado que la aplicación de conocimientos y técnicas, esa dimensión técnica de la relación también es muy importante y forma parte de la relación médico-paciente. Yo les diría que si en la relación técnica, es decir, la relación médico científica con el paciente las cosas no se hacen bien, el daño a ésta puede llevar incluso al extremo del deterioro absoluto que se da cuando el paciente fallece y no necesariamente por su propia enfermedad.

El Instituto de Medicina de los Estados Unidos publicó en 1999 una cifra preocupante, estiman, o por lo menos en ese año, que cada año mueren en los Estados Unidos por lo menos 45 mil norteamericanos como consecuencia de errores médicos, definido éste como una situación prevenible, atribuible al médico. Es la consecuencia natural de una relación médico-paciente inaceptable pero posible; forma parte de la relación médico-paciente en su sentido más amplio. El mensaje aquí es no pensemos que la relación médico-paciente solamente se refiere al fenómeno de comunicación que se establece entre ambos, sino también a la responsabilidad que implica para el médico el hacer bien lo que debe hacer, porque de otra manera un error médico puede condenar al paciente a la inexistencia no solamente de la citada relación sino de su propia persona.

Estas dos dimensiones, la interpersonal y la técnica, son justamente las que se definen como de calidad en la atención. Cuando hablamos de dicha relación lo hacemos, sin duda, de calidad en la atención, pero que se manifiesta en un contexto particular que debemos entender, se da en un tipo de organización con características particulares, y se otorga a una persona que vive una situación particular.

¿Qué caracteriza a las Instituciones que se conocen como organizaciones de atención, como entidades de servicio humano? Hay varias características, pero déjenme destacar sólo dos.

La primera es que para que una Institución se denomine organización de servicio humano, debe tener el propósito de modificar o mantener algún atributo individual de la persona; las organizaciones de servicio humano son, a manera de ejemplo: los servicios de salud, el hospital, la clínica, el consultorio, así como lo es la salud del individuo.

La segunda característica es que la materia prima en este tipo de organizaciones es el ser humano; se trabaja con y para el ser humano, no para un bien del ser humano. El propósito no es, como podría ser en otro tipo de organizaciones, arreglarle la plancha a la señora o reparar el automóvil del señor; es trabajar en el señor; es trabajar en la señora, en Juan, en Pedro, en Carmen, esa es la esencia del servicio. Esta última se encuentra dada, entonces, y la materia prima somos seres humanos, y vuelvo a insistir, uso la palabra materia prima simplemente como una analogía burda, toda vez que la esencia es la relación que se establece entre quien brinda el servicio y el que lo recibe.

En el caso de las organizaciones de servicio humano dedicadas a la atención de la salud, la naturaleza de ese servicio se presenta por la relación entre el médico y el paciente, la enfermera y el paciente, el personal de los servicios y sus pacientes.

Pero en esa esencia reconocemos una serie de interacciones muy complejas, porque simultáneamente se manejan emociones, sentimientos, sensaciones y afectos que hacen la relación más complicada. Son afectos de los dos lados, al igual que sensaciones y percepciones, no nada más del paciente, no nada más del médico. Ahora resulta que una de las dos partes vive, todos lo sabemos, situaciones difíciles.

¿Qué es lo que caracteriza al paciente como tal?, ¿Qué lo hace diferente en ese momento de lo que puede suceder cuando entra a un restaurante o cuando va como cliente a una tienda de departamentos o cuando se sube a un avión?, ¿Qué caracteriza a un individuo que en ese momento subyace en una interacción esencial con el médico? También, hay muchas situaciones que lo caracterizan, déjenme destacarles cuatro de ellas.

La primera manifiesta una enorme asimetría de información, el paciente tiene mucho menos información de lo que le sucede que el médico; si fuese al revés no iría a ver al médico. La segunda es una enorme dependencia de su médico; el paciente lleva a cabo lo que le dice el médico. La tercera sería una situación de despersonalización inevitable, ¿en qué consiste la despersonalización?, ¿cómo se define el concepto? La despersonalización se define como una situación en la cual el individuo pierde sus referentes personales, pierde autoestima y se siente cosificado. ¿Por qué se da ese fenómeno en los servicios de salud? Hay varios mecanismos, les cito tres: uno, el mecanismo de desnudamiento del paciente, el paciente ve perder sus puntos de referencia y es sometido a situaciones a las cuales no está habituado. El desnudamiento tiene varias implicaciones y varias acepciones, por ejemplo, desde el concepto textual: “señora, señor quítese la ropa”, hasta situaciones como cuando el individuo está internado en un hospital, pierde la posibilidad de mantener sus puntos de referencia personales como su anillo, reloj, medalla, ropa, maquillaje, dentadura postiza; prevalece un fenómeno de desnudamiento en muchos sentidos. Debe proporcionar información confidencial que no le daría a cualquiera, se desnuda frente al médico e, insisto, es inevitable, forma parte de la esencia del servicio.

Debemos ser muy atentos al fenómeno y tratar de minimizarlo, sin embargo, nadie sería capaz de evitar ese fenómeno de desnudamiento. No podríamos decir al paciente: “no se preocupe, mañana que llegue a la cirugía, como venga de la calle, se mete; no hay problema, total yo le desabotono la camisa y por ahí entre los botones le hago la incisión, pero no se apure”. Entonces el encuentro es inevitable, el paciente se ve sometido a una situación en la cual pierde sus propios referentes; literalmente se abre a alguien que no es la persona con la que habitualmente haría ciertas cosas, o viviría determinadas experiencias.

Si ustedes agregan asimetría de información, dependencia y despersonalización, habría que sumar al mismo tiempo el fenómeno del control externo. Piensen en el paciente internado en un hospital: su control de vida pasa a manos de otros, no decide a qué hora come, qué alimentos ingiere, no decide a qué horas se duerme, lo despiertan con el fin de ofrecerle su pastilla para dormir. Este tipo de controles llevan incluso a la pérdida de relaciones sociales porque se controla el acceso a familiares, a sus hijos, y sucede porque desgraciadamente lo tenemos que hacer así para proteger a veces a los niños que no pueden por entrar a zonas restringidas de un hospital.

Sumen ahora a todo lo anterior, asimetría, dependencia, despersonalización con todos sus mecanismos, y tenemos el cuarto elemento fundamental: el estrés. Dicha situación es lo que caracteriza

al individuo que establece una relación con su médico; por más amable y cariñoso que sea el médico hay un cierto grado de estrés, despersonalización, dependencia, y por supuesto asimetría de información, manifestándose tal al contexto interior de organizaciones complejas, en donde finalmente aceptamos que la esencia del servicio no se produce entre el estetoscopio y el paciente, ni entre la bomba de cobalto y el paciente, sino entre médico y paciente con todas sus emociones, sensaciones, percepciones.

¿Cómo es hoy esa relación médico-paciente? ¿Qué sabemos de la relación médico-paciente en nuestro país? Déjenme empezar por el aspecto interpersonal. Cuando me corresponde presentar la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios, tengo la oportunidad de presentar un sinnúmero de estadísticas, no es el caso hoy, creo que el problema es más profundo que las estadísticas, pero no puedo dejar de citar algunos datos que ilustran lo que está sucediendo con la relación médico-paciente.

Por ejemplo me voy a datos de 1988, en un estudio efectuado por el Instituto Nacional de Salud Pública, se encontró que en Centros de Salud de la Secretaría en el Estado de Oaxaca, como muestra de lo que podría suceder en todo el país, en el 90% de los casos, los pacientes no eran saludados por su médico y no se trató de una encuesta directa al paciente, la cifra se derivó de un estudio de sombra en la cual había alguien observando la relación médico-paciente.

Un estudio del año 88 realizado por Gonzalo Gutiérrez Trujillo y Onofre Muñoz, arrojó, entre otras cosas, que solamente una tercera parte de los pacientes en unidades de medicina familiar del IMSS habían entendido el diagnóstico, y quisiera que supieran cuál fue el diagnóstico: diarrea aguda; solamente la mitad entendió el tratamiento, y ya pueden imaginarse cuál pudo haber sido la enorme complejidad de ese tratamiento: rehidratación oral.

La Fundación Mexicana para la Salud hizo una encuesta nacional de satisfacción con los servicios de salud en el año de 1994. Cuando se preguntó a la población cuál era el problema más importante de los servicios de salud de México, siendo la respuesta principal, por mucho, la mala calidad.

En el año 2000 se repitió la encuesta, se preguntó a la población ¿cuáles eran los mejores servicios en su comunidad? Los servicios de salud públicos y privados quedaron en quinto lugar, después de agua y drenaje, de transporte público, educación, teléfonos y solamente antes que los servicios de la policía que fueron sexto lugar.

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud Pública hizo otra encuesta en mayo del año 2001. En ésta se encuentran datos preocupantes, los cuales tienen que ver justamente con esta relación interpersonal que se establece. Por ejemplo, cuando solicitó atención en salud, ¿con qué frecuencia lo trataron con respeto? El 80% manifestaron que siempre y casi siempre, pero el resto algunas veces o nunca.

¿Qué tan frecuentemente los doctores, enfermeras u otros trabajadores lo escucharon con atención?, 87% siempre o casi siempre, 13% algunas veces o nunca.

¿Qué tan frecuentemente los doctores, enfermeras u otros trabajadores le explicaron las cosas claramente?, 82% siempre o casi siempre, 18% algunas veces o nunca.

¿Qué tan frecuente los doctores, enfermeras, u otros trabajadores le dieron tiempo para preguntar acerca de sus problemas?, 65% siempre, 18% casi siempre, 12% algunas veces y 4% nunca.

¿Cómo calificaría la comunicación entre el médico y usted?, muy buena 19.8%, buena 59.2%, regular y mala 20%.

Cuándo fue atendido, ¿se le tomó en cuenta para recibir su tratamiento y los exámenes que se le realizaron?, siempre 60%, casi siempre 24%, el resto 15% algunas veces o nunca,

¿Le explicaron su problema de salud?, 74% sí, 25% no. Esto es alguna imagen de lo que podría estar sucediendo en el sector público. No tenemos datos del sector privado, es decir, ¿cómo se comporta el médico que a veces es el mismo en el sector privado?

Por otra parte, les puedo decir que en lo que se refiere a la relación médico-paciente tenemos problemas importantes. Encontramos variaciones hasta del 90% en los criterios diagnósticos y terapéuticos para pacientes en condiciones similares, variaciones que nos hacen pensar que en algunos casos el tratamiento y el diagnóstico seguramente son muy acertados. No obstante, si la variación es de 90% entre uno y otro, quiere decir que en otros casos probablemente o muy seguramente ese tratamiento y diagnóstico no corresponden a la realidad.

¿Por qué se da este aparente deterioro en la relación médico-paciente? Yo les propongo elaboremos una clasificación en donde pudiéramos identificar factores personales, educacionales, estructurales, tecnológicos y sociales.

1.- Los personales, solamente cito uno: vocación.

2.- Educacionales, comunicación.

¿Cuándo a los médicos nos han enseñado a comunicarnos?, ¿el estudio de la bioquímica, anatomía, fisiología, gineco-obstetricia o de la pediatría, *per se* nos dicen cómo hacerlo?, ¿entendemos lo que significa el fenómeno de comunicación entre los seres humanos?

En el ámbito de esta reunión creo que la CONAMED está mucho mejor autorizada que yo para hablar precisamente de las consecuencias de una mala comunicación entre los médicos y sus pacientes, la cual es la generadora de un buen número de quejas, y que muchas veces se resuelven cuando el paciente recibe la explicación a posteriori del por qué se hizo lo que se hizo.

Yo no sé si sea cierta o no esta imagen que tenemos los médicos respecto a que nuestra letra no se entiende. Qué tanto es mito o realidad, no lo sé, cuando el río suena, agua lleva y habría que preguntarse si nuestro paciente es la persona más importante para nosotros.

¿Quién debería leer las recetas?, ¿el paciente o nosotros?, ¿por qué escribimos algún garabato y asumimos que el paciente debe descifrar?, lo que a veces, y me consta, al día siguiente cuando el paciente regresa y dice: "doctor no entiendo, dígame qué fue"; el doctor dice: "¡Ah! Chihuahua, déjeme ver porque ya no me acuerdo". El médico tampoco entiende su propia letra; ello simplemente es como un botón de algo que puede sonar trivial, pero que habla precisamente de la deficiente relación en la comunicación que podemos establecer con los pacientes.

Adicionalmente, entre otros factores educacionales se encuentra la deformación profesional a la que a veces estamos sujetos los estudiantes de medicina y posteriormente los médicos, por ejemplo: 'el paciente es paciente, no puede ser impaciente'.

El desarrollo de nuestra sensibilidad cultural va más allá de la que podamos tener por vocación y desarrollo propio. Estamos muy preocupados por lo que sucede con nuestros egresados cuando desarrollan su servicio social en una comunidad en donde un paciente nos dice: "doctor, se le cayó la mollera a mi niño", "doctor, me dió un aire", "doctor, le dió un susto a mi mamá". Lo más probable es que ese muchacho que ha estudiado hasta la última mitocondria de la Shigela, no sepa qué significa el susto ni el aire ni nada de eso, y debe aprenderlo a costa del paciente.

Entonces, ¿puede haber problemas personales, educacionales?

3.- Ahora, vámonos a los estructurales, y me refiero en este momento al sector público: ¿sueldos bajos?, ¿desmotivación?, ¿saturación?, porque déjenme decirles que las estadísticas actuales y que habrían de ser revisadas, sin duda, nos refieren que los especialistas en este país ven en promedio 2.7 consultas al día y los médicos generales atienden ocho pacientes diarios. Claro, los promedios esconden las diferencias, pero no hay que descartar la posibilidad de que en ocasiones ese problema en la comunicación, ese deterioro en la relación médico-paciente, no necesariamente es atribuible a este factor. Por ejemplo, documentación excesiva, estar llenando papeles, todo ello influye en la relación médico-paciente.

4.- Son 4 los factores tecnológicos que influyen en esa relación.

Los denomino las cuatro ICAS: informática, telemática, robótica y genética, desarrollos tecnológicos que son sin duda un parteaguas entre el pasado y futuro del ejercicio profesional del médico, pero que también corren el riesgo de generar un parteaguas entre el médico y su paciente.

5.- Por último, los factores sociales que pueden estar incidiendo en esa relación podrían ser por ejemplo: la cada vez mayor exigencia de los propios pacientes hacia el médico. Cabe preguntarse: ¿Cuál es nuestro nivel de tolerancia a los pacientes exigentes?, ¿qué tanto se deteriora la relación?, ¿porqué el paciente exige de más? o ¿porqué mi tolerancia en ese momento está de menos? Desde luego contribuye la libertad de elección que permanece restringida en el sector público, al mismo tiempo se encuentra limitada en el sector privado a través de las compañías aseguradoras.

Aquí valdría la pena reflexionar: ¿en qué consiste la libertad de elección? Solamente lo apunto porque es un tema que da para mucho, y vuelvo a insistir, aquí no son nada más las ISES, es un problema más profundo.

¿Qué libertad tengo yo, cuando solamente tomo como punto de referencia para elegir al médico de la mamá de mi amigo?, ¿quién me dice que aquél es muy bueno?, ¿con qué libertad estoy realmente seleccionando cuando mi información es limitada?, ¿con qué certeza se da esa información, cuando finalmente es solamente una mera referencia de uno, de diez o de cuarenta episodios de encuentro con el médico o con el hospital de esa persona?, además, en ese hospital tal vez se han internado miles y dicho médico a lo largo de su carrera ha visto miles de pacientes.

El problema de la libertad de elección no es tan trivial. Acaso, ¿debe ser atribuible solamente a las aseguradoras o a las instituciones del sector público? Es un fenómeno educativo y cultural de un país, el cual debemos analizar con sumo cuidado. En resumen, por qué puede estarse afectando la relación entre el médico y su paciente por factores personales, educacionales, estructurales, tecnológicos y sociales y los que ustedes quieran agregar y que pude haber pasado por alto. Todo esto afecta.

Paso entonces a la segunda parte, a las ISES. Primero quisiera hablar de la definición que está por detrás del concepto de las ISES y que es el de atención médica administrada. Nunca antes se había administrado la atención médica, los médicos nunca hemos administrado la atención médica, por qué ahora se habla de atención médica administrada.

Bueno, déjenme compartir dos definiciones o acepciones de la palabra administrar que nos ofrece el diccionario de la Real Academia. Una dice: suministrar, proporcionar o distribuir alguna cosa.

¿Qué, cuando atiendo a mi paciente, no le suministro algo, no le distribuyo, no le proporciono algo? Pues sí, finalmente le proporciono una prescripción, le brindo un medicamento, le suministro un procedimiento. En la atención médica, la administración, bajo esta acepción, siempre está presente.

La segunda, graduar o dosificar —fíjense la cercanía—, graduar o dosificar el uso de alguna cosa para obtener el mejor rendimiento de ella o para que produzca mejor efecto.

La atención médica administrada, bajo estas dos acepciones, no es un concepto nuevo, siempre lo hemos hecho, pero existe una tercera acepción que dice: 'administrar es ordenar, disponer, organizar en especial, la hacienda o los bienes'. Aquí la respuesta sería: "como médico yo no tengo nada que ver en la administración de los bienes de mi paciente, cuando mucho puedo ser consciente de que a lo mejor no tiene para pagar el tratamiento que le quisiera yo prescribir, no obstante hasta ahí puedo llegar, no pudo administrarle sus bienes cuando lo trato médicamente".

Sin embargo, resulta que la tercera acepción es pertinente, más no en el trato individual del médico hacia su paciente, sino cuando empezamos a entender que la atención médica no es solamente un acto individual entre médico y paciente, es también un fenómeno social. En el momento que nos damos cuenta que los recursos no son ilimitados, alguien tiene que proteger a la sociedad para que los costos, los gastos de esa atención permitan un mejor uso en beneficio de más personas.

Aquí es donde surge el concepto de atención médica administrada como se usa hoy, de la necesidad de cuidar los bienes en un sentido social, no en un sentido individual. ¿Por qué surge entonces este concepto de atención médica administrada? Se da a partir del momento en el que el desarrollo tecnológico va siendo cada vez más importante y costoso; los precios de la atención se disparan a nivel social, pero en el momento en el que también la capacidad adquisitiva de la gente disminuye, y estamos hablando a partir de los años 70's. en todo el mundo.

No fue casual la devaluación del año 1976, después de haber estado más de veinte años con el \$12.50 por un dólar. Este fenómeno de la economía mundial impacta a todo: incremento en los costos, inflación, decremento en la capacidad adquisitiva, impulsando la necesidad de controlar los costos, lo cual se manifiesta de manera muy marcada en los Estados Unidos, donde a principios de los 70's. se dan cuenta de que si no controlan sus costos, lo que dedicaban en ese momento como porcentaje de su producto interno bruto a la atención de la salud, y que ya andaba cerca del 13%, se podría disparar cerca del 25% en unos cuantos años, una situación insostenible para cualquier economía.

Derivado del hecho anterior, surge el famoso concepto de las HMO, las organizaciones para el mantenimiento de la salud. ¿Cuáles son los principios de estas HMO? Primero que existan poblaciones definidas a ser atendidas, esto es no cualquiera, sino grupos de poblaciones. Segundo, que puedan prepagar su servicio, ahora verán para qué. Tercero, para estimular la atención preventiva, esto es que yo no me detenga a recibir el servicio porque no tenga el dinero en ese momento, si yo prepago elimino esa barrera. La cuarta característica se da porque yo puedo hacer mis costos previsibles como individuo y de la sociedad. Para que se manifieste la quinta característica debe haber redes de prestadores de servicios, y cuando hablo de prestadores no estoy hablando nada más del médico, lo hago también, de los laboratorios, hospitales de las clínicas, etcétera. Redes que permitan entonces controlar los costos de esa población con tales características. Finalmente, el

establecimiento de protocolos de tratamiento que eviten las variaciones que generan costos no justificables en algunos casos.

Esto es, así de manera muy sucinta, lo que caracteriza el fenómeno de las HMO. El propósito entonces innegable es controlar costos y niveles de calidad. Hoy sabemos que esto en realidad se ha quedado en segundo término, la prioridad sin duda es controlar los costos.

¿Cómo evolucionaron esas HMO de mediados de los años 70's. a la fecha en los Estados Unidos? En primer lugar se generaron una gran cantidad de modelos diferentes al original de HMO y a recibir una cantidad de nombres que no tiene sentido.

¿Qué ha producido dicho fenómeno en Estados Unidos, yo diría dos grandes fenómenos? Por un lado, el producto buscado en términos de costos. Efectivamente se controlaron los costos durante muchos años, casi 30 años, pero ello ha generado insatisfacción de los médicos, precisamente porque no les permite elegir a sus pacientes, además topan con el nivel de ingreso; adicionalmente, a través de los protocolos, se les restringe lo que pudiera ser una libertad ilimitada de prescripción para sus pacientes. Por el lado de los pacientes, la causa más común de insatisfacción es justamente la imposibilidad de elegir a sus médicos.

Así pues, el fenómeno de Managed Care de atención médica administrada en los Estados Unidos, ha tenido los dos tipos de efecto, económicamente, hasta cierto punto exitosa. Sin embargo, desde el punto de vista de la relación médico-paciente no ha sido tan exitosa como ellos hubieran querido.

Pasemos por último al caso de México y con esto empiezo a cerrar. México no escapó al fenómeno de los 70's. los costos se fueron hacia arriba, el poder adquisitivo de la población para abajo y entonces no es casual el detectar que a principios de los 80's. aparecen los primeros seguros de gastos médicos mayores en México.

¿Por qué no fue en los 50's.? Bueno, pues porque la situación económica del país era otra; en los 80's., aparecen los primeros seguros de gastos médicos mayores, inicialmente por reembolso, usted paga al hospital o al médico y luego le regresan su dinero, y que evolucionan hacia los convenios con médicos y hospitales que evitan al paciente tener que pagar en ese momento. Finalmente, se convierte en una transacción entre hospital y aseguradora o entre el médico y aseguradora, quien es la que paga directamente.

Estos seguros de gastos médicos mayores existen hasta la fecha y coexisten con otro fenómeno que se empieza a dar a finales de los 80's. y principios de los 90's., las compañías administradoras de servicios de salud, aquellas que no se caracterizan como aseguradoras, pero que ofrecen a bancos y empresas la constitución de una red de prestadores de servicios, la administración de los recursos con el ofrecimiento de abatir los costos y controlar la calidad para que el gerente de recursos humanos del banco ya no se preocupe por los servicios médicos, para que la empresa manufacturera de lo que quieran ya no se preocupe por sus servicios médicos, "yo me encargo de ello porque soy un experto en el tema y entonces le voy a ahorrar dinero y garantizar calidad".

Eso se da a finales de los 80's. y 90's., ¿qué pasa entre los años 1990 y 2000? En ese período de 10 años se identifican en números redondos, 30 empresas administradoras de servicios de salud. Sabemos que hay más, que hubo más chiquitas por todos lados.

¿Y qué pasó con esas 30 empresas? El 30 por ciento quebraron y ¿qué pasó cuando quebraron? Dejaron de pagar a los médicos las consultas que ya habían dado, no cubrieron a hospitales los internamientos atendidos y se quedaron con el dinero de todos

los que prepagaron y que no pudieron recibir los servicios porque ya no los había.

Este es el entorno en el cual se genera la necesidad de regular un mercado en el que no había reglas, en donde cualquiera podía decir "yo reúno a mis cuates, formamos la red de médicos, le ofrezco al hospital que le voy a mandar pacientes y me da ciertas tarifas y, por supuesto a mis pacientes, a mis clientes les ofrezco las perlas de la Virgen" y por supuesto las perlas de la Virgen se pulverizaron.

De tal manera que en esa necesidad de regular surge la necesidad de crear no nuevas organizaciones, no organizaciones tipo HMO, no organizaciones de atención administrada, sino la necesidad de crear reglas para las que ya existían.

El fenómeno de las ISES no es nuevo, es un nombre nuevo para lo que ya teníamos desregulado. Ésta se produce a finales del año 1999 y se concreta en el año 2000. Cito las fechas porque eso no ha sido responsabilidad de la presente administración, pero reconocemos que ha sido un acierto del anterior régimen el poder implementar reglas, que no fue, insisto, crear este fantasma de las ISES, que es el engendro más maquiavélico que se le ha ocurrido a la administración pública federal para lastimar los intereses de los profesionales de la salud.

Es exactamente al contrario, es crear reglas que impidan la existencia de vivales que ofrezcan lo que no se puede. Ahora bien, ¿qué son entonces estas ISES? Bueno, pues son empresas que ofrecen planes integrales de salud, cuentan con redes de prestadores. La relación entre ISES y médico-paciente es una práctica médica supervisada y que ofrece atención preventiva a sus afiliados. Esa es la definición de una ISES.

¿Se parece o no se parece a una HMO? Bueno, existe un sustrato fundamental económico, les llamemos ISES aquí o se le llame ISAPRES en Chile, o se le llame HMO en Estados Unidos. La forma, créanme, es bastante diferente.

¿Para qué se regula y qué se regula? Se regula organización y procedimientos de las ISES, planes de salud, capacidad y suficiencia de sus redes, control de la utilización, mejora en la prestación de servicios, certificación, contratos, derechos del paciente, mecanismos internos de atención de quejas.

Déjenme decirles o citar algunos de los mitos y realidades que conocemos sobre las ISES. Primer gran mito, ¿saben cuántas ISES tenemos hoy en el país registradas y funcionando? Una. Por eso, cuando empecé mi participación les dije que atribuir los problemas de la relación médico-paciente a las ISES no es el problema. Hoy tenemos una registrada. ¿Saben cuántas se estima que se vayan a aprobar en el curso del próximo mes, antes de que salgamos de vacaciones? Ocho. ¿Saben cuántas más van a quedar en la lista de espera para registrarse? Siete. Hasta hoy se ha recibido la solicitud de 16 empresas que quieren convertirse o ser registradas como ISES.

Primer mito: hoy hablar de las ISES en plural, es un mito. Se dice que empresas estadounidenses buscan lucrar con la salud de los mexicanos.

¿Saben cuántas de esas ISES tienen capital norteamericano? Cero. ¿Saben qué pasó con las empresas aseguradoras norteamericanas que habían entrado a México en los últimos cinco años, las grandototas? CIGNA se fue, AETNA se fue, Blue Cross Blue Shield solicitó ser registrada como ISES a finales del año pasado, apareció el reglamento de las ISES oficialmente publicado en diciembre del año pasado, ya bajo nuestra administración, y desistieron de su interés de convertirse en ISES. ¿Habría que preguntarse por qué?, ¿tan malo será el documento de las ISES?, para quién, para ellos o para nosotros?

En los planes de salud que comercialicen la ISES debe prevalecer en todo momento el juicio clínico del médico directamente responsable de la atención del paciente, siempre y cuando - condicional - éste se aplique con fundamento en la práctica médica basada en evidencias, los avances científicos y en la ética médica.

¿Afecta el juicio clínico? El Artículo 14 del Reglamento de las ISES señala: "La ISES en la prestación directa de los servicios médicos derivados de sus contratos de seguros debe contar con los mecanismos para preservar los derechos de los pacientes en los términos siguientes: acceso, respeto y dignidad, privacidad, seguridad personal, identidad, información, comunicación, consentimiento, consultas negativa al tratamiento y, selección de médico y hospital...", y no les leo todo, nada más los encabezados.

El paciente tiene derecho a seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el contrato de seguros respectivos. Esta es una de las áreas que ha irritado más. Quisiéramos libertad absoluta.

Pregunto: ¿qué pensarían de alguien que dijera lo siguiente?: 'Compré un paquete turístico para ir a Querétaro'; solo que cuando llegó a la compañía a hacer válido el paquete que compró les dijo:

- Sí, muy bien, qué padre, nada más que ahora me quiero ir a Cancún, quedarme en el Hotel Ritz y volar en primera clase.
- Óigame, espéreme tantito, usted compró a Querétaro.
- Sí, pero yo tengo libertad de elección.
- Pero hay un contrato de por medio.

Entonces vuelvo al asunto de la libertad de elección que va más allá de una mera discusión superficial como a veces la hemos escuchado en fechas recientes. Tenemos que analizar con mucho cuidado, y déjenme que les diga que la Secretaría tomó cartas en el asunto sobre esta queja en particular de los médicos y por lo mismo convocamos a la Asociación Mexicana de instituciones de Seguros. Hemos tenido tres reuniones con ellos.

En la tercera ¿saben cuál fue el motivo de la reunión? Un taller organizado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros a la que nos invitaron y en la cual el propósito fue analizar estrategias creativas para mejorar la relación entre médicos y pacientes; las aseguradoras, los hospitales; están pensando seriamente en eliminar las redes de médicos, porque ya se dieron cuenta que molestan mucho y ayudan poco.

En conclusión, si hablamos de la influencia de las ISES en la atención, en la relación médico-paciente, yo diría puede haber influencias positivas, como por ejemplo que puedan contribuir a disminuir las variaciones no justificadas en prescripciones y tratamientos, insisto, no justificados.

El tema de la libertad de elección duele y afecta, se da en México y en cualquier país, y tendremos que resolverlo.

Finalmente diría que:

- 1.- Las ISES no son una nueva creación.
- 2.- No son intrínsecamente malas, debemos hacer cumplir el reglamento y ese es uno de los retos que tenemos los mexicanos en todo, y saben a qué me refiero, pero no son intrínsecamente malas.
- 3.- Pueden contribuir en algo a la calidad técnica.
- 4.- La atención médica administrada afecta la libertad de elección, así como se hace ahora.
- 5.- Detrás de las ISES hay fenómenos económicos que subyacen a esta situación y son muy complejos como para atribuirles a las ISES la culpa de todo y,

6.- No son las ISES nada más las que generan problemas en la relación médico-paciente, son factores educacionales, estructurales, sociales, tecnológicos y personales.

En la naturaleza de la relación médico-paciente se encuentra la esencia del médico como persona y quizás haya que empezar a tener una seria profunda discusión sobre todos estos factores para no distraernos con fantasmas que probablemente obedezcan a otros motivos de quien quiere lucirse, destacar, hacer ruido por las razones que sean.

Detrás del fenómeno de las ISES estamos nosotros los médicos, ustedes y yo frente a nuestros pacientes, ni más ni menos, y el reto que tenemos es el ir construyendo una mejor relación antes de culpar a otros y conscientes de que, si las hay, habrá que corregirlas pero no nada más quejarse.

Muchas gracias.

### Impacto y consecuencias de terceras partes en el cuidado de la salud

**DR. RENÉ FRANCISCO RODRIGUEZ**

*Profesor de la Escuela de Medicina de Miami, Florida en los Estados Unidos, cuenta con estudios en el Instituto de Remedios, en la Universidad de La Habana, Cuba y en la Universidad de Salamanca, España. Posteriormente realizó un postgrado en el Hospital Policlínica de Nueva York, en la Universidad de George Washington y en la Escuela de Salud Pública de Harvard con la especialidad de cirugía en ortopedia. Ha participado como miembro directivo de diversas asociaciones médicas internacionales, entre las que destacan la Fundación Panamericana del Desarrollo, afiliado a la OAES de los Estados Unidos, vicepresidente de la Asociación Médica de España, la Sociedad Latinoamericana de Ortopedia y Traumatología; ha colaborado en diversos hospitales en la ciudades de Nueva York y Washington y, actualmente desempeña su carrera de médico en la Clínica de Ortopedia en Washington, D. C. Asimismo, fungen como asesor en materia ortopédica en el Centro Médico Jackson Memorial, en el Centro Médico Cedars y en la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami. Tiene reconocimientos como organizador de los Congresos Médicos Interamericanos, así como en las reuniones de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social.*

No daré una conferencia, sino lo que les voy a platicar es mi experiencia en 40 años que llevo como hispano viviendo en los Estados Unidos y viendo su sistema. No quiero que en ningún momento piensen que estoy diciendo que aquél es el mejor sistema y juzgar el suyo. Lo único que quiero exponer es lo que pasa con la salud en los Estados Unidos y lo que está pasando en el mundo entero.

El impacto y consecuencia de terceras partes en materia de salud debiera ser mejor tratado en el financiamiento del cuidado de la salud, porque todo el mundo está de acuerdo que es en el cuidado de la salud, donde tenemos problemas, es cuando viene el financiamiento de ésta.

En los cuidados de la salud tenemos tres prioridades competitivas: el costo, el acceso y la calidad, y donde quiera que vamos se habla de estos tres temas.

Ahora bien, es muy fácil comparar el costo y el acceso, pero no así la calidad. En cualquier lugar, por ejemplo, va a Boston y le dicen que la calidad de salud es de una forma, va a la Florida y es otra cosa, usted viene a México y es distinto, donde quiera que va todo el mundo mide la calidad de salud a su criterio.

### Los modelos de salud

Quiero mencionarles que los sistemas de salud usualmente se contemplan en el sistema de salud nacional, el sistema de seguro social obligatorio y el sistema de seguro privado.

Por lo anterior la Organización Mundial de la Salud trata de comparar a los Estados Unidos con el mundo entero y entonces siempre tenemos que en la última encuesta que se hizo, los Estados Unidos quedó en el lugar 35 ó 40 del resto de todos los países del mundo, no creo que sea bueno o malo, ya que este sistema le ha funcionado.

Ahora bien, lo que no es justo es que se trate de comparar un sistema privado de los Estados Unidos que tiene 280 millones de habitantes, con un sistema en Suiza que son 7 millones de habitantes.

Ahora bien, durante esta conferencia voy hacer una remembranza histórica del sistema de salud en los Estados Unidos. Hablar de algunas cosas que son necesarias para que entiendan el por qué han pasado. La constitución de los Estados Unidos fue el primer país del mundo donde el ciudadano fue absolutamente libre. ¿Qué quiero decir con esto? En la declaración de independencia de los Estados Unidos, los derechos del ciudadano fueron derechos a la vida, a la libertad y la propiedad. Estos derechos no le daban al ciudadano ningún tipo de consideración si era un paciente. El ciudadano era completamente libre, podía hacer todo lo que quisiera, pero el gobierno no tenía la obligación de darle nada al ciudadano.

¿Cómo surgieron las terceras partes? Y esta es la parte de nuestra conversación. El sistema de salud de los Estados Unidos tenía muchos problemas, adolía de hiperinflación, millones de no asegurados, excesiva administración y el descontento entre los médicos y pacientes.

Debo aclarar que siempre se habla de la cantidad de pacientes que hay en los Estados Unidos que no están asegurados y en este momento son alrededor de 40 ó 45 millones, pero nunca se habla de que hay 235 millones que si lo están y para ellos está funcionando el sistema. Esto no quiere decir que estoy defendiendo el sistema, creo que debíamos de estar asegurados al cien por ciento, pero en este momento en los Estados Unidos, como ustedes van a ver, tenemos al 84 por ciento de las personas aseguradas; hay un 63 por ciento en seguros privados, un 11 por ciento en *Medicare* y un 10 por ciento en *Medicaid*.

¿Qué son los seguros privados? Cada vez que el sistema de los Estados Unidos se compara con cualquier otro sistema, en primer lugar se verá la cantidad de corrupción que tiene el sistema, porque se habla de que son seguros privados, pero en realidad no lo son, son seguros que paga el obrero o que le paga el patrón al obrero y éste tiene muy poca flexibilidad con el seguro.

Las consecuencias en el mercado de salud en primer lugar son que no hay un mercado libre para las terceras partes, segundo, la burocracia se lleva el 20 por ciento del costo de salud y la inexistencia de la relación médico-paciente en los Estados Unidos. Sólo