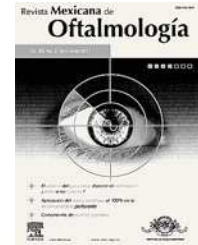




Revista Mexicana de Oftalmología

www.elsevier.es



► Artículo original

Los terceros pagadores y la comunidad médica oftalmológica en el área metropolitana de Monterrey, México

The third parties payers and the ophthalmological medical community in the metropolitan area of Monterrey, Mexico

Juan Luis González-Treviño,^{1,3} Jair García-Guerrero,¹ Humberto Cavazos-Adame,² Heriberto de Jesús Ruiz-Torres³

¹División Ciencias de la Salud. Universidad de Monterrey.

²Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

³Hospital General de Zona N°67 Bicentenario del Instituto Mexicano del Seguro Social.



Palabras clave:

Terceros pagadores, seguros de gastos médicos en oftalmología, México.

► Resumen

Se le llama “terceros pagadores” a las compañías aseguradoras internacionales que participan adquiriendo el riesgo de brindar cobertura del gasto económico erogado por la atención médica en el medio privado. Precisan tener convenios con hospitales y médicos, alterando así la relación médico-paciente. Se genera división de opiniones ante la apreciación del ejercicio médico profesional por los terceros pagadores. En nuestro ensayo se presenta la investigación sobre la voz que el gremio médico oftalmológico de Monterrey, México,

► Abstract

The International Health Insurance Companies gain the risk involved in providing coverage of the financial burden incurred by the medical care. They need to have consortium agreements with hospitals and groups of physicians, thereby altering the doctor-patient relationship. Are developed continuous contrasts in daily events because of the assessment of professional medical practice by third payers. In our research are presented opinions from ophthalmologists in Monterrey, Mexico, about the fees for medical expenses,

Keywords:

Third parties payers, health insurance in ophthalmology, México.

expresó sobre los honorarios de gastos médicos, sus administradoras y la relación del médico con las compañías de seguros.

Métodos: Se realizó una encuesta abierta a 75 oftalmólogos del área metropolitana de Monterrey, México. Las variables a estudiar fueron: el conocimiento objetivo acerca de las compañías aseguradoras; el grado y las características de la interacción con las mismas; su opinión sobre la remuneración por tabuladores; la calificación de la comunicación entre terceros pagadores y médicos; su opinión sobre la presencia de “redes médicas”.

Resultados: Se evidenció que 100% de los oftalmólogos encuestados afirmó tener un pleno conocimiento acerca de las características con que laboran los terceros pagadores. De este escrutinio se derivó que sólo 73% de los médicos consideran “competentes y justos” a los médicos dictaminadores de las aseguradoras. Sin embargo, 97% mencionaron que no existe una buena comunicación por parte de los terceros pagadores para la discusión de casos clínicos y honorarios. Con respecto a la remuneración por tabuladores, 88% de los oftalmólogos consideraron que dicho pago por la atención de pacientes es injusto. Por último, 97% de los oftalmólogos regiomontanos están en desacuerdo con la presencia de “redes médicas”.

Conclusiones: Hoy más que nunca la participación de la comunidad médica debe ser solidaria, inteligente y creativa, ya que estamos participando de forma pasiva dentro del pragmatismo lucrativo como parte de una fuerza del mercado. Sólo el médico, quien con su pluma extiende su principio de justicia distributiva, crea un sano acercamiento con los terceros pagadores y no acentúa una brecha que cada día se hace más amplia.

their managers and the doctor's relationship with insurance companies.

Methods: An open sample of 75 ophthalmologists in Monterrey, Mexico, was studied. The variables were: objective knowledge about health insurance companies, the extent and nature of the interaction with them, their opinion of the remuneration by tabs, the status of communication between third payers and physicians and their opinion about the “medical networks.”

Results: Our findings were that 100% of the ophthalmologists said they have full knowledge about the features that work with third payers. This selection shows that only 73% of ophthalmologists considered “competent and fair” to the medical fees dispatchers. However, 97% reported there is enough communication from third party payers to discuss clinical cases and/or fees. About the remuneration by tabs, 88% of ophthalmologists felt unjust the payment for the medical attention. Finally, we found that 97% of the respondents ophthalmologists disagree with the “medical networks”.

Conclusions: We conclude that today more than ever the participation of the medical community should be supportive, intelligent and creative, as we passively participate in the lucrative pragmatism as part of a market force. Only the doctor can create a healthy approach to third payers so not accentuate the gap, becoming wider every day.

► Introducción

La actividad médica ha evolucionado durante miles de años. La bioética y las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas del Siglo XX reinstalaron al ser humano en el eje de la medicina. Sin embargo, a pesar de no contar con tanta sofisticación tecnológica, los médicos antiguos ya habían logrado un lugar respetable dentro de la sociedad. ¿Cómo hizo la medicina para sobrevivir antes de estos 200 o 300 años, sin radiografías, penicilina o estudios de laboratorio? La pregunta no es necia: tres factores seguían motivando a las personas a consultar la opinión del médico cirujano barbero alquimista de la antigüedad. El primero relacionado al *vix medicatrix naturae*, que le daba a todas

las enfermedades por naturaleza la posibilidad de “curarse solas”; el segundo, que gracias al efecto placebo al cual eran sometidos los pacientes tanto desde el abordaje clínico o quirúrgico, muchos se curaban.¹ El tercero se llama relación médico-paciente. En la actualidad, la práctica privada de la medicina ha visto invadida su relación médico-paciente por las compañías de Seguros de Gastos Médicos que conocemos como “terceros pagadores”.²⁻⁶

Muchas de estas compañías son internacionales y participan adquiriendo el riesgo de brindar la cobertura del gasto económico erogado por la atención médica en el medio privado. Dicha cobertura es sujeta a un contrato con cláusulas de atención, conocido como “condiciones generales”, en donde se dividen los padecimientos en tres

grandes rubros: Cubiertos, no cubiertos y padecimientos cubiertos con un período de espera.^{1,7}

Las compañías aseguradoras precisan tener convenios con los hospitales privados y algunos públicos, así como con grupos de médicos generales y especialistas, basados en un contrato de común acuerdo entre ambas partes. Así, la relación médico-paciente es transgredida y el médico actual puede verse involucrado en un entredicho pasando a ser “aliado” del tercer pagador. Esto lo obliga a doblegarse ante estrategias para el ahorro de los costos de dichas atenciones, más que a su compromiso vocacional con el paciente.^{4,6,8-15}

Esta alteración de la imagen del médico está en una situación limítrofe, pues él debe decidir entre comulgar o no con las políticas de atención a sus pacientes. La división de opiniones generada ante la práctica de la medicina privada y la apreciación del ejercicio médico profesional por los terceros pagadores es el tema de este ensayo.

Los honorarios médicos: La historia de la medicina conserva relatos acerca de los honorarios médicos. Éstos incluyen a la recompensa espiritual, la donación filial, la entrega en especie (viva o muerta) hasta el abuso procaz. La Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo Americana define la palabra “honorario” como gaje o sueldo de honor; estipendio o sueldo que se da a uno por su trabajo en algún arte liberal.¹⁶

Documentos mesopotámicos de 1700 a.C. afirman que el Rey Hammurabi incorporó en su Código de Gobierno la posibilidad de que los honorarios médicos fueran adecuados y regulados por una Ley. Esta regulación consideraba factores como la clase social del enfermo, el tratamiento de su mal, la complejidad del procedimiento realizado y el éxito del mismo. Muchos años después Hipócrates, el “Padre de la Medicina”, mencionaba lo justo de la remuneración del médico, pero afirmaba que ésta sería de acuerdo al “diagnóstico socioeconómico” del paciente.¹⁷

Durante la tercera década del siglo XX los Estados Unidos se enfrentaron a una depresión económica que imposibilitó cubrir los gastos hospitalarios por parte de la sociedad.^{1,3,5,18,19} Así nació la aseguradora conocida como Blue Cross, que se responsabilizaba de gastos únicamente hospitalarios.¹⁴ Años después surgiría la empresa Blue Shield, la cual cubriría gastos hospitalarios y de honorarios médicos. Sin embargo, estas pólizas se

encarecieron con los años, creándose una brecha importante entre los que podían pagar una póliza y los que no. En 1963, en Estados Unidos se creó el sistema conocido como *Medicare* dirigido a personas mayores de 65 años de edad y discapacitados, y en 1965 se creó el sistema *Medicaid* dirigido a la población de escasos recursos.^{3,19} Éstos amparaban gastos hospitalarios y de honorarios médicos utilizando una nueva forma de pago: los “tabuladores”, creados con un sistema que analizaba variables de procedimientos quirúrgicos e invasivos de uso más común.^{3,5,13,18}

La medicina privada y su relación con los terceros pagadores: Hoy en día los tabuladores se documentan en el denominado “Gasto Usual Acostumbrado” (GUA) para determinado abordaje diagnóstico o terapéutico. Una considerable oquedad que sufren las tabulaciones médicas surge cuando el CPT no considera las habilidades cognoscitivas que puede llevar un procedimiento médico, sea o no quirúrgico. Por ejemplo, al revisar la tabulación de una cirugía de catarata, encontramos que no considera un incremento en la tabulación cuando durante el procedimiento aparece una ruptura de cápsula posterior, o si quedan restos del cristalino. Es difícil considerar la misma remuneración en la misma cirugía, considerando estas variables. Las tabulaciones están todavía más desproporcionadas cuando se considera el procedimiento denominado *consulta*, pues ignora el tipo de paciente.

En un esfuerzo inflexible por controlar los costos, denominado *capitación* o *pago per capita*, se compartió el riesgo del gasto con el médico, brindando al mismo, una cuota mensual fija por cada paciente tratado. Sin embargo, si el facultativo solicita una interconsulta, estudios de laboratorio o de gabinete, el gasto incurrido por el mismo se deduce de su pago mensual. Esto causa que en este sistema surja un sesgo importante de sub-utilización de servicios para que el resultado final se refleje en utilidades. Este método, con algunas variantes, es todavía utilizado bajo el nombre de *iguales*.

En este ensayo se presenta la investigación sobre la voz que el gremio médico oftalmológico de Monterrey, México, expresó con respecto a preguntas sobre los honorarios de gastos médicos, sus administradoras y la relación del médico con las compañías de seguros.

► Métodos

Se realizó una encuesta abierta a 75 oftalmólogos del área metropolitana de Monterrey, México. La encuesta fue aplicada en el período de agosto de 2008 a agosto de 2010. Se cuidó la aleatorización al aplicar la encuesta, de tal suerte que se intentó cubrir a todos los especialistas que acudieron a diversos eventos académicos.

Las variables a estudiar fueron: el conocimiento objetivo acerca de las Compañías Aseguradoras; el grado y las características de la interacción con las mismas; su opinión sobre la remuneración por tabuladores; la calificación de la comunicación entre terceros pagadores y médicos; su opinión sobre la presencia de *redes médicas*.

► Resultados

El 100% de los oftalmólogos encuestados afirmó tener un pleno conocimiento acerca de las características con que laboran los terceros pagadores en la práctica médica privada. De este escrutinio, se derivó que sólo 73% de los médicos consideran *competentes y justos* a los médicos dictaminadores de las aseguradoras, mientras que 27% los calificó de *incompetentes e injustos*. Sin embargo, 97% mencionó que no existe una buena comunicación por parte de los terceros pagadores para la discusión de casos clínicos y/o honorarios, contra un 3% que considera que sí la hay.

Con respecto a la remuneración por tabuladores, se evidenció que 88% de los oftalmólogos consideró que dicha remuneración por la atención de pacientes relacionados con los terceros pagadores no era justa, mientras que sólo 12% consideró que sí lo era. Por último, se encontró que 97% de los oftalmólogos regiomontanos no está a favor de la presencia de *redes médicas*, mientras que sólo 3% estuvo de acuerdo.

► Discusión

La era de los terceros pagadores es una realidad. Su presencia es cada vez total, y esto es directamente relacionado con la industrialización y el avance económico del país, siendo incluso notablemente diferente en diversas zonas geográficas de México. Esto se hace notar al demostrar que la comunidad oftalmológica del área metropolitana

de Monterrey está bien informada sobre la presencia de los terceros pagadores como una forma de ejercer la medicina privada.

Es destacable que 73% de los oftalmólogos regiomontanos considera que el personal dictaminador de los casos no tiene la suficiente capacidad médica para su análisis y que, al margen de ello, 97% considera que los terceros pagadores no tienen un canal abierto de comunicación para el análisis y discusión de casos clínicos o su tabulación. Hoy más que nunca la participación de la comunidad médica debe ser solidaria, inteligente y creativa, ya que estamos participando de forma pasiva dentro del pragmatismo lucrativo como parte de una fuerza del mercado.

Las empresas aseguradoras encuentran en la comunidad médica la franca desunión liderada por el egoísmo. Este es un buen momento para que el gremio médico se una creando un entorno favorable para todas las partes, conviviendo y entendiendo sus necesidades, demostrando como puede existir una armonía entre la ética hipocrática y la ética distributiva con el paciente o con los terceros pagadores. Así, en sana lógica, se comprende que es sólo el médico quien, con su pluma, extiende su principio de justicia a la distribución racional de los recursos, creando así un sano acercamiento con los terceros pagadores y no acentuando una brecha que cada día se hace más amplia.

Al día de hoy, el compromiso del médico es con el paciente en conexión con el entorno social. El mismo oftalmólogo tiene una deuda ancestral con su gremio, que puede saldar haciendo camino en la solidaridad de la profesión y con ello lograr que su voz se escuche con objetivos justos y racionales, consolidándose por lo tanto en un crecimiento moral y económico del mismo.

Referencias

1. Lifshitz A, Libenson F. Nuevas formas de organización de la atención médica. El ejercicio de la medicina en la segunda mitad del Siglo XX. Tercera parte. Seminario Ejercicio actual de la Medicina. México: Siglo XXI Editores, 2005.
2. Fernández-González H. La medicina y su práctica profesional en la era de los terceros pagadores. *Med Univ* 2005;7:230-8.
3. Iglehart JK. Physicians and the growth of manager care. *N Eng J Med* 1994;340:1131-6.
4. Rivero-Serrano O, Paredes R. Implicaciones éticas en la participación de terceros pagadores y terceros proveedores en la medicina. Seminario Ejercicio actual de la Medicina. México: Siglo XXI Editores, 2005.
5. Pérez Stable EJ. Manager care arrives in Latin America. *N Eng J Med* 1999;340:1110-12.
6. López CJA. La Medicina: una profesión bajo sitio. Los derechos de los médicos. *Rev Mex Ortop Traum* 2002;16:102-9.

7. Patiño-Restrepo JF. Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerencial de salud. *Revista Medicina* 2001;23:169-78.
8. De Micheli-Serra A. En torno a la ética profesional del médico. *Gac Med Mex* 2004;140:89-92.
9. Manuell-Lee G, Sotelo-Monroy G, Casa-Madrid O. La objeción de conciencia en la práctica del médico. *Rev Fac Med UNAM* 2006;49:121-5.
10. García-Ramírez S. Consideraciones sobre el derecho penal y la práctica médica. *Boletín MURS, México, CONACYT* 1997;3:3-10.
11. Aguirre-Gas H. La ética y la calidad de la atención médica. *Cir Ciruj* 2002;70:50-4.
12. Sheldon GF. Professionalism, Managed Care and the Human Rights Movement. *Bull Am College Surg* 1998;83:14-33.
13. Rivero-Serrano O, Tanimoto M, Paredes R. Los médicos especialistas y el problema de honorarios y seguros médicos. *Gac Med Mex* 2003;139:291-3.
14. Kassirer JP. Manager care and the morality of the marketplace. *N Eng J Med* 1995;333:50-52.
15. Simón-Lorda P, Concheiro-Carro L. El consentimiento informado: teoría y práctica. *Med Clin* 1993;100:659-63.
16. Enciclopedia Universal Ilustrada. Tomo 28, Primera Parte. Espasa-Calpe SA Editores. Madrid, 1996;259.
17. Valdez-García JE et al. Introducción a la historia de la medicina. *Edit. La Naranja, México*, 2007;87-100.
18. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The exportation of manager care to Latin America. *N Eng J Med* 1999;340:1131-6.
19. Woolhandler S, Himmelstein DU. The deteriorating administrative efficiency of the US Health Care. *N Eng J Med* 1991;324:1253-8.