



<https://doi.org/10.24245/mim.v39iS1.8651>

La mala intención hospitalaria

The bad hospital intention.

Juan Francisco Fernández-Pellón Silva

El presente artículo tiene como finalidad exponer la insatisfacción de los usuarios de la prestación de servicios hospitalarios del sector salud privado, así como de los actores que juegan un papel importante en dicho proceso en nuestro país.

ANTECEDENTES

Tenemos un cúmulo de situaciones que han generado una relación en un círculo perverso entre los diferentes actores de la atención hospitalaria, a saber: el hospital, los médicos tratantes (que no son empleados, sino profesionales de la medicina, como clientes, que deciden atender a sus pacientes en una institución hospitalaria por diversos motivos), los proveedores de tecnología médica, los proveedores de medicamentos y materiales de curación, las aseguradoras, las administradoras de programas de atención médica para algunas empresas como sucede con el sector bancario en su obligatoriedad de proporcionar a sus empleados y beneficiarios servicios en sustitución de la seguridad social, casi desde el nacimiento de la ley del Seguro Social en 1943, y algunos otros terceros pagadores.

La atención de los pacientes en el sector privado tiene la siguiente secuencia, generalmente: al tener alguna molestia, síntomas o signos de enfermedad, buscan algún médico de su confianza o de la confianza de algún pariente o amigo cercano por medio de solicitar una recomendación. De esta forma llega el paciente al consultorio privado del médico, ya sea general, especialista o subespecialista.

Médico cirujano por la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en Salud Pública, Facultad de Medicina de la UAEM. Diplomado en formación de directivos de hospitales de la reconstrucción INSP-Facultad de Salud Pública/ Harvard University. Expresidente de la Asociación Mexicana de Hospitales. Exdirector de Planeación y Servicios Clínicos, Hospital ABC. Exdirector médico del Hospital México. Exdirector general del Hospital Ángeles Pedregal. Exdirector general de Centros de Diagnóstico Ángeles y Laboratorios Biomédicos. Exdirector médico del Hospital San Angelín Universidad. Exprofesor de Administración de Hospitales, Facultad Mexicana de Medicina, ULSA. Profesor de Maestría en dirección de Instituciones de Salud ESDAI-Universidad Panamericana. Director General, Hospital Punta Médica. Socio Director de F&F Gerencia Hospitalaria.

Correspondencia

Juan Francisco Fernández-Pellón Silva
drjpellon@outlook.com

Este artículo debe citarse como:

Fernández-Pellón Silva. JF. La mala intención hospitalaria. Med Int Méx 2023; 39 (Supl. 1): S42-S48.



Una vez revisado y estudiado clínicamente, quizá con el apoyo de estudios de laboratorio clínico o de gabinete, se programa para un internamiento, ya sea para un procedimiento quirúrgico, de mínima invasión o meramente clínico.

El médico decide en qué hospital será internado, ya que debe ser una institución de su confianza en la que encuentre el apoyo tecnológico, de recursos humanos calificados, instalaciones adecuadas al perfil de su paciente y de precios accesibles para ese enfermo. Esta secuencia sucede en pacientes particulares que se harán cargo de la cuenta por todos los servicios y los honorarios de los médicos que deberán intervenir, y no cuentan con esquemas de seguridad social, seguro de gastos médicos mayores o que no tienen un servicio de atención en un esquema de administradoras, como sucede con la generalidad de empleados bancarios y algunas instancias de gobierno.

Cuando se trata de una persona que cuenta con una cobertura de atención médica por parte de una compañía aseguradora, ya sea nacional o internacional pero con póliza individual, acude a un médico de su elección y si requiere tener atención hospitalaria, tendrá que llenar un aviso de accidente o enfermedad, así como un informe médico por parte del facultativo involucrado, para que emitan una autorización de atención en el hospital seleccionado y el monto autorizado para el siniestro, así como las condiciones de deducible, coaseguro y limitaciones, en caso de haberlas y los gastos no cubiertos. Pudiera suceder que el hospital sugerido no esté en convenio con la aseguradora provocando o un aumento de deducible o coaseguro o el cambio del hospital por no estar cubierto dicho hospital por esa póliza.

En caso de tratarse de un paciente con una póliza de seguro colectivo (casos en que una

institución adquiere el plan de gastos médicos mayores para los empleados y en ocasiones sus beneficiarios), puede ser que se determine un grupo de hospitales, así como un directorio médico con el que la aseguradora o el bróker intermediario entre el cliente y la aseguradora. En este escenario el paciente tendrá que acudir con el grupo médico seleccionado el cual, una vez estudiado el caso y realizado un diagnóstico preliminar, deberá llenar los formatos que para este caso estén establecidos con la hoja de indicaciones de internamiento en el hospital convenido por ese plan y enviará a la aseguradora o administradora el informe médico en el que establezca los motivos de internamiento y el plan terapéutico a seguir, sea clínico o quirúrgico.

Una vez realizado el o los procedimientos autorizados, se generará el informe y facturas o recibos de honorarios de acuerdo con un tabulador preestablecido y que generalmente está muy por debajo de los honorarios promedio para dicho procedimiento en el mercado privado.

Un tercer escenario es cuando un empleado bancario o del sistema financiero o un beneficiario requieren atención hospitalaria. El paciente tendrá que acudir inicialmente con un médico general o familiar inscrito en el directorio autorizado, quien estudiará el caso apoyándose con estudios de laboratorio clínico o de gabinete con las instituciones conveniadas mediante los formatos establecidos y quien enviará los resultados tanto al paciente como al médico que los indicó y realizará su factura al banco o a la administradora en cuestión.

Una vez revisados los resultados y explicados al paciente, lo referirá al especialista que se requiera mediante un formato establecido y al médico de la especialidad que corresponda y que esté en el directorio de los hospitales conveniados con dicho banco o administradora.

Realizados estos pasos el médico especialista generará una orden de internamiento en el hospital convenido llenando los formatos correspondientes y procederá a la atención del paciente con las restricciones terapéuticas y de apoyo diagnóstico establecidas con dicho hospital. Una vez dado de alta el paciente, el médico tendrá que llenar los informes correspondientes y generará una factura o recibo de honorarios de acuerdo con los tabuladores establecidos, así como los colaboradores involucrados (anestesiólogo, ayudante, instrumentista u otros).

Una vez recordados estos mecanismos de llegada de pacientes a los consultorios médicos, analicemos qué ha sucedido desde que los seguros de atención médica entraron como actores en los procesos de atención médica.

En 1910 se establecen los seguros de gastos médicos mayores en México, primero el individual y posteriormente el de grupo.

En aquellos años no existía una gran oferta de hospitales privados, realizándose la atención en centros de atención muy enfocados a la obstetricia y generalmente asistidos por personal religioso sin formación profesional de enfermería, esta condición llevaba a que los casos más complejos tanto médicos como quirúrgicos se realizaran en instituciones de asistencia pública.

Debido a que la incidencia de casos por pagar por parte del sector asegurador era baja, el número de asegurados también era muy reducido y las primas por cada póliza elevadas no generaban insatisfacción por parte de los involucrados.

Las instituciones privadas de mayor equipamiento y desarrollo profesional eran preferentemente de asistencia privada como el Hospital de la Beneficencia Española, el Hospital Inglés, el

Hospital Americano y el Hospital Francés, entre los más representativos.

En la época presidencial del general Cárdenas y derivado de la expropiación de ferrocarriles, petróleo y minería, hubo salida de población extranjera que eran usuarios de dichas instituciones, causando el cierre de algunos y reconformación de otros, lo que dio pie a instituciones nuevas, como el Hospital ABC (fusión del hospital americano-inglés).

Al final del decenio de 1960, el gran desarrollo de la medicina especializada provocó el crecimiento del IMSS, el nacimiento del ISSSTE y la imagen de excelencia de los institutos nacionales; se inicia una nueva era de hospitales privados ya más enfocados a cubrir todas las especialidades y subespecialidades y dotados de tecnología más moderna y compleja incrementándose el uso de dichos nosocomios, al haber mayor número de médicos que realizan su práctica privada profesional.

Esta nueva etapa generó mayor demanda de aseguramiento en gastos médicos mayores tanto individuales como colectivos solicitados por grandes empresas en expansión con la consecuencia del encarecimiento de los precios por atención médica hospitalaria privada. En esta época se estilaba cobrar de honorarios una cantidad similar a la cuenta hospitalaria, sin que esta práctica tuviera mayores consecuencias de asombro por parte de los pacientes ni de las compañías aseguradoras.

A continuación, tocaré la problemática actual de los diferentes actores en el proceso de atención hospitalaria, a saber: médicos, pacientes, aseguradoras y administradoras, hospitales y finalmente proveedores de tecnología e insumos y medicamentos.



SITUACIÓN ACTUAL

Médicos

Existe una gran insatisfacción por parte de los médicos con respecto al trato que reciben de las compañías aseguradoras ya que se sienten maltratados porque les topan el monto de honorarios que suelen cobrar por una atención quirúrgica o por lo que les pagan por la visita intrahospitalaria, así como la limitación de estudios de apoyo diagnóstico en algunas ocasiones.

En 1997 una asociación médica realizó una encuesta que, aunque ya pasaron dos décadas, nos muestra la mala relación y manifiesta insatisfacción por las limitantes a su práctica profesional, misma que continúa, ya que refieren mal trato por parte de las aseguradoras y administradoras, y que en forma unilateral conforman los tabuladores de honorarios médicos de acuerdo con el tipo de póliza y su capacidad, en relación con el número de asegurados y los riesgos estadísticos y no con el valor del trabajo profesional de los médicos; a ello hay que agregar la creación de directorios de médicos afiliados a los diferentes planes, con lo que muchos médicos han perdido clientela y el excesivo tiempo de espera para cobrar sus honorarios inclusive ya habiendo declarado y pagado los correspondientes impuestos generados por dicho ingreso y que aún no han podido hacer efectivo.

Esta situación quedó de manifiesto en dicha encuesta a 101 médicos, en la que el 100% opinó que la práctica privada está cambiando y el 52% lo atribuye al poder de las compañías aseguradoras sobre sus clientes compradores de planes de aseguramiento.

El 94% opinó que están perdiendo la autonomía en la relación médico-paciente y la totalidad de los encuestados refieren una mala relación con las compañías aseguradoras, el 64% como francamente mala y un 34% como regular.

En otro estudio realizado por otro grupo, el 70% considera haber perdido la autonomía en el manejo de sus pacientes, un 66% refiere deterioro en la relación con sus pacientes, el 80% califica de ineficientes a las aseguradoras y el 68% se opone a la creación de redes médicas por parte del sector asegurador.

Otro estudio realizado con personas que se encuentran bajo la cobertura de algún plan encontró que el 100% indica que las pólizas son muy caras e incompletas, el 92% no acepta depender de redes médicas y no de sus médicos de confianza y que la relación con los médicos de red no ha sido satisfactoria.

Uno más refleja que el 58% de los médicos encuestados recibe pacientes asegurados en diversas compañías y un 92% de los médicos están inconformes con los tabuladores con que se les paga por la atención proporcionada a dichos grupos asegurados.

Pacientes

Ante el franco encarecimiento de la atención médica derivada de diversos factores tanto de la industria desarrolladora de tecnología para diagnóstico y tratamiento como de la industria farmacéutica, la de materiales de curación, las instituciones hospitalarias y la intervención de médicos especialistas, técnicos y otras disciplinas que se ven implicadas en el proceso de atención médica, los pacientes se sienten impotentes para cubrir el altísimo costo de la atención. A esta problemática hay que agregar que, aunque un alto número de pacientes cuentan con cobertura de seguridad social, no acuden a ella por evitar los trámites engorrosos y el tiempo excesivo en que se da la atención, agregando la falta de continuidad en los tratamientos debido a la rotación de médicos tratantes y la falta de medicamentos y equipos para apoyar el diagnóstico y soporte terapéutico, teniendo que esperar

en ocasiones meses para acceder a un estudio de resonancia magnética o, bien, para ingresar para un procedimiento quirúrgico viéndose obligados a utilizar su patrimonio, en ocasiones precario, para poder resolver una situación médica que implica internamiento hospitalario, intervención quirúrgica o ambos.

Sector asegurador

Finalmente, y no menos importante, es el papel que juega en este círculo perverso en que se ven inmersos todos los actores del proceso de atención médica el sector asegurador.

Las compañías de seguros están presentes muy activos en el ramo de gastos médicos mayores desde la mitad del siglo pasado, no obstante haber iniciado en nuestro país hace poco más de 100 años; sin embargo, debido a las condiciones socioeconómicas, la cultura y el crecimiento de la población con cobertura de salud por parte de las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISFAM, PEMEX) y la falta de recursos económicos para solventar los tratamientos médico-hospitalarios por una gran proporción de la población, el porcentaje de asegurados privados difícilmente ha llegado al 7-8% en el mejor de los casos y eso cuando las instituciones de gobierno tenían una política de proporcionar a cierto segmento de sus colaboradores planes colectivos de atención médica y de vida.

El crecimiento debido a los vaivenes económicos de nuestro país, siempre inmerso en una crisis permanente con exacerbaciones y mejoras, manteniendo una situación de incertidumbre que impide que el número de asegurados crezca, deja cada vez una siniestralidad mayor, ya que la población con un seguro va envejeciendo y cada vez usando más sus planes privados de atención médica y provocando un alza descomunal en el monto de las primas a pagar a medida que avanza la edad y los riesgos propios del sexo.

Algunas compañías de seguros han pensado en la posibilidad de salirse del ramo y continuar con otros de menor riesgo financiero; por otro lado, han aparecido, emulando lo que ha tenido un buen efecto en otras partes del mundo, los planes de salud integral que poseen diferencias importantes con los tradicionales de gastos médicos mayores, así como el desarrollo de las aseguradoras exclusivas para salud llamadas ISES (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud). Estas alternativas, si bien están jugando un papel importante, entre sus políticas trabajan con redes hospitalarias reducidas, quitando oportunidad a muchos hospitales de participar en el mercado de oferta de servicios, creación de redes médicas muy seleccionadas y que acepten tabuladores de honorarios por debajo de lo acostumbrado tanto en la atención privada como en los mismos planes de gastos médicos mayores. Junto con estas estrategias para contener el gasto, se han incrementado los tiempos de espera para atender algunos padecimientos, la exclusión de algunos diagnósticos, la contratación con precios especiales de grupos de laboratorios clínicos, gabinetes de apoyo diagnóstico por imágenes, grupos de atención dental y ópticas, entre otros, haciendo cada vez más inaccesible la atención médica privada, afectando a todos los actores de este proceso.

El sector asegurador también es víctima de un conglomerado de factores que afectan en diferentes medidas su crecimiento y solvencia y ha provocado la entrada a nuevos jugadores que no ofrecen ni la calidad de instalaciones, ni la tecnología más avanzada y en ocasiones ponen en riesgo la vida de los pacientes al no contar con los recursos, físicos, tecnológicos y humanos para resolver algún incidente o accidente en el proceso de la atención debido a las comorbilidades de los pacientes, la propia complejidad de algún procedimiento o, incluso, la negligencia o impericia de alguna de las partes.



Hospitales

Los hospitales se ven presionados por las compañías aseguradoras y administradoras que les exigen incrementar la calidad, mejorar la tecnología e instalaciones, así como mantener una certificación por parte del Consejo de Salubridad General para firmar contratos de accesibilidad para sus asegurados al hospital en cuestión. Por otro lado, exigen o pretenden intervenir en la contención del gasto por el uso de las instalaciones y servicios de los propios hospitales, solicitando descuentos y colocando a los hospitales en diversos directorios de acuerdo con su ticket promedio con lo cual los registran en una clasificación que les permite accesibilidad en mayor o menor número de pólizas y, por tanto, de asegurados de acuerdo con ésta. Por otra parte, los usuarios médicos exigen tecnología de vanguardia para las diversas especialidades y subespecialidades de precio muy elevado generalmente en dólares o euros con la consecuente elevación de los precios para los clientes (pacientes, aseguradoras y administradoras).

El crecimiento de instalaciones hospitalarias por grandes grupos empresariales reduce la posibilidad de los hospitales más pequeños de llegar a buenos acuerdos de utilización de sus instalaciones y servicios con los diferentes usuarios ya que por una economía de escala los grandes grupos están mejor posicionados para comprar bienes de consumo y tecnología médica a un mejor precio y con mejores condiciones crediticias dejando fuera de la competencia a los pequeños y medianos hospitales privados.

Fabricantes de tecnología médica

Este sector tampoco tiene todo a su favor, ya que su éxito depende de la satisfacción en su uso por parte de los médicos especialistas, con lo que se ha creado una competencia sanguínea para lograr la preferencia de los usuarios.

Esta lucha también se ve influida por las prácticas en ocasiones desviadas y encarecedoras por parte de los compradores de las grandes instituciones, ya que provocan una guerra de precios que termina perjudicando y encareciendo los equipos a los compradores privados y de menor tamaño porque al tener que vender a precios y condiciones desventajosas, incrementan los precios al pequeño consumidor y endurecen las condiciones de pago con la obvia consecuencia de que el paciente tendrá que pagar a mayor precio los servicios que se proporcionan con esa tecnología.

Otro gran problema es generado porque los fabricantes de alta tecnología médica provienen de países industrializados que tienen alto costo de producción y transportación para los consumidores de países dependientes y con monedas más débiles.

Así pues, los tipos de cambio de la moneda en que se realiza la comercialización resultan desventajosos e inciertos para países consumidores con procesos inflacionarios casi permanentes y en ocasiones brutales, de tal suerte que los compradores se ven obligados a suspender los pagos pactados, con el riesgo de perder los equipos, debido a las condiciones en que fueron adquiridos en otros momentos en que el panorama económico y financiero era más benévolo.

Industria farmacéutica y de materiales de curación

El panorama no mejora en el caso de las industrias farmacéutica y fabricantes de materiales de curación.

Este segmento de actores en el proceso de atención médica recorre también un largo y doloroso camino de costos en espiral, ya que una vez realizada la investigación para lanzar al mercado una nueva sal o producto, tiene que invertir grandes cantidades en posicionarlo en el mercado, pos-

teriormente lidiar con los grandes distribuidores que acaparan el mercado pero que tienen un sitio privilegiado ante los consumidores, en ocasiones son los poseedores de las redes de distribución a nivel nacional presionando al mercado a comportarse de acuerdo con sus condiciones.

Muchas de estas grandes empresas se vuelven casi los proveedores únicos de bienes para la salud, dejando fuera a los competidores más pequeños y con la consecuencia muy conocida de encarecer los servicios.

En innumerables ocasiones hemos escuchado, sufrido y vivido en las instituciones hospitalarias que los productos están en desabasto, esto algunas veces porque en verdad no hay suficiente producto ya que fue vendido después de un concurso a las grandes instituciones de servicio público, provocando un alza incomprensible para los hospitales y por consiguiente para los pagadores (el propio paciente o las aseguradoras y administradoras) causando gran malestar que nos lleva a un aumento en el precio que se refleja en las facturas hospitalarias y que al final provocará el encarecimiento de las primas de las pólizas de seguros.

Por otro lado, existe gran fragmentación del mercado de venta y distribución de dichos bienes de consumo en la atención médica, ya que del fabricante al consumidor puede haber cuatro o cinco intermediarios que deben solventar sus costos de operación, sin hablar de los conocidos desvíos por prácticas corruptas en los procesos de compra-venta y que nuevamente provocan el incremento en el costo que llega al consumidor final, el paciente y, en consecuencia, del tercer pagador cuando existe de por medio.

CONCLUSIONES

Es tiempo de recapacitar y analizar honestamente esta problemática y rehacer la interacción de los actores en un círculo virtuoso en el que los

pacientes reciban la mejor atención, los médicos puedan ejercer con libertad su profesión, los hospitales puedan poner al servicio de médicos y pacientes instalaciones que garanticen la mejor atención, los fabricantes y distribuidores de medicamentos, materiales de curación y todo tipo de bienes de consumo que se requieren en la atención hospitalaria y no dejemos atrás a los fabricantes y vendedores de tecnología para que hagan conciencia de la espiral inflacionaria en que se ha convertido la atención médica hospitalaria y pensemos en las consecuencias de no tomar acciones consensadas para resolver este conflicto en favor de todas las partes.

Ciertamente nos estamos moviendo en aguas pantanosas que pueden ir deteriorando cada vez más el desarrollo de instituciones, la supervivencia de éstas y el crecimiento del mercado.

Debemos fomentar la creación de grupos interdisciplinarios (representantes de pacientes, aseguradoras, colegios médicos, farmacéuticas y fabricantes de tecnología) para analizar a profundidad este panorama y poder crear un nuevo escenario de mayor calidad y justicia en la prestación de atención médica hospitalaria, en donde todas las partes involucradas reciban utilidades de forma justa y equitativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escobedo-Conover M. Aseguramiento en salud. Propuestas del sector asegurador privado. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C. 2019.
2. Fernández-González H. Gaceta Médica de la UNAM. Seminario: "El ejercicio actual de la Medicina". 2002.
3. Ramírez-Sánchez T, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), 1998.
4. Yelitza S. Calidad de los servicios privados de salud. Revista de Ciencias Sociales. Maracaibo, Venezuela. 2005.
5. Sámano-Guerra FJ, Fernández-González H, Pérez-Padilla R, Páramo Díaz M, et al. Problemática actual de los seguros privados para la atención a la salud en México. Perspectivas de la profesión médica. Anales Médicos. Hospital ABC 2003.