
La intervención de la autoridad sanitaria en la operación de las ISES

Octavio Rivero Serrano

Jefe de neumología y subdirector médico del Hospital General de México de la Secretaría de Salud; director de la Facultad de Medicina de la UNAM, profesor emérito y rector de la máxima casa de estudios; coordinador del Programa Universitario del Medio Ambiente; fue embajador de México en Italia, ha publicado numerosos artículos científicos en revistas nacionales y extranjeras, así como varios libros de texto y consulta. Ha sido presidente de la Sociedad de Neumología y Cirugía de Tórax, de la Academia Nacional de Medicina y actualmente es secretario del Consejo de Salubridad General de la República.

Es muy importante hacer algunas aclaraciones sobre las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), para entender el marco con el que llegan a nuestro país. En primer lugar significan un intermediario; históricamente los intermediarios siempre han encajecido la vida. Llegan a la medicina de un México que no está en crisis; si ustedes conocen las cifras de morbilidad y mortalidad en los últimos años tendrán que aceptar conmigo que la medicina mexicana ha tenido progresos extraordinarios.

El aumento en el promedio de vida, la disminución de mortalidad general y de mortalidad infantil —semejante que se acerca a la de países desarrollados, es todavía un éxito mayor porque se da en un país pobre, donde todavía hay muchas áreas de pobreza extrema—, la desaparición de algunas enfermedades y el control de otras; es decir, no llegan a una medicina que esté mal, y esto es muy importante porque deberíamos analizar lo que la medicina socializada ha logrado en nuestro país. Desgraciadamente en ocasiones, por la anécdota de un caso mal maneja-

do, de un paciente que no fue recibido a tiempo, se juzga a la institución de seguridad social.

Nunca he trabajado para el ISSSTE o el IMSS, pero he analizado —por la obligación que he tenido— y me siento con amplia posibilidad de poder decir que reconozco un extraordinario adelanto para la medicina de nuestro país. El doctor Rojo Padilla ha mencionado cómo las enfermedades preexistentes representan la mayor parte de lo que en el momento actual enfrentamos como enfermedades crónicas, y éstas habitualmente son negadas por los seguros.

Yo quisiera recordarles muy brevemente lo que se logra en la seguridad social, llámese SEDENA, ISSSTE o IMSS: el paciente tiene la seguridad de la atención médica por el resto de su vida, hasta que se le da de baja en forma voluntaria. Lo tiene igual su familia; tiene un seguro de retiro, la posibilidad de adquirir una vivienda con facilidades, la oportunidad de acercarse a fenómenos de culturación y de enseñanza; la posibilidad de tener a nivel familiar una protección completa, que no le van a discutir la enfermedad preexistente.

Por eso es muy interesante estudiar el fenómeno de las ISES a la luz de lo que tenemos. Yo recomendaría a todos ustedes que leyeran el editorial que aparece en el último número de la *Gaceta Médica de México*, órgano de la Academia Nacional de Medicina. A mi criterio, en forma magistral, en dos paginitas se relata lo que para los médicos con experiencia de la medicina mexicana representa el problema de las ISES.

Significa la preocupación de una forma de medicina administrada, que se ha probado ya en otros lugares del mundo; en particular en Estados Unidos hay una gran experiencia con administradoras de salud, que tienen otro nombre, no se llaman ISES, se llaman HMOs, pero de alguna forma sí han logrado contener el crecimiento de los costos de la medicina, para lo cual fueron creadas, pero generan una situación para el médico que es muy distinta a la concepción que del acto médico tenemos y hemos tenido durante muchas décadas en México.

En el momento actual, pero mucho más en el futuro, el médico mexicano se enfrentará a dos fenómenos —de dirección distinta— que van a presionar su ejercicio: por una parte estará presionado por los directores y los dueños de los insumos, entre ellos los hospitales, para utilizar la mayor parte de esos insumos, porque como dueños de éstos quieren sacar el rédito de la inversión que han hecho; por otra parte se van a ver presionados por las administradoras de salud, que premian a aquél que no usa insumos, aquél que no interne enfermos.

En consecuencia, el médico deberá tener mucho cuidado en dirigir su práctica médica exclusivamente con factores académicos, con factores que le obliguen a pensar siempre en el aspecto académico, médico, clínico, de la solución de sus problemas, y hacerse a un lado de esos factores de presión financiera, de los cuales esas instituciones de seguros son parte.

Las administradoras de servicios de salud fueron por ley aceptadas por las cámaras de Diputados y Se-



nadores el 31 de diciembre del año pasado; a los grupos médicos no se les tomó en consideración para opinar acerca de ello; posteriormente a los grupos médicos la SSA les pidió que opinaran en relación al reglamento de las ISES. Creo que es aquí donde el papel de la autoridad sanitaria, pero no sola-

mente de la autoridad, sino la medicina organizada deberá tener un ojo muy pendiente de lo que suceda con esas instituciones.

Es posible que sea útil para el 0.02 o 0.03% de la población que puede pagar un seguro caro, siempre y cuando se cumplan una serie de aspectos que voy a mencionar, y hay que cuidar; creo muy difícil que pueda sustituir a los seguros sociales —llámense como sea en México, puesto que proporcionan mucho más, estadística e históricamente, que estas administradoras.

Los principales problemas son: la incompetencia financiera; en nuestro medio ya ha habido alguna ISE que ha *tronado*; no se llamaba así, pero *tronó* Labor Médica S.A., justamente por el abuso en la petición de estudios por parte de los pacientes. El incumplimiento de las condiciones pactadas, la calidad irregular, las formas de recontractación, y diría las formas en que la administradora da de baja a un sujeto. En una plática en la que escuchamos a algunos de los directivos de estas administradoras de salud, yo hacía la pregunta de qué sucedía cuando a un sujeto en octubre o noviembre le demostraban cáncer en algún lugar, si lo recontractaban para su seguro en enero; la contestación fue la siguiente: *usted pretende que nosotros vendamos seguros para coches chocados, de ninguna manera*; naturalmente se da un mecanismo de baja del asegurado.

Finalmente en la diversidad de planes se puede encontrar prácticamente cualquier plan que el sujeto le convenga: los mejores planes naturalmente serán los más caros.

¿Qué cosa debe controlar la autoridad sanitaria, vuelvo a insistir, no solamente la autoridad sanitaria



sino la sociedad médica en su conjunto? En primer lugar deben contar al ser aceptadas con una estructura y una organización perfectamente conocida, tener perfectamente definidos sus mecanismos de operación, con minutas a la vista, no de palabra sino todo escrito; con un plan de trabajo perfectamente integrado, con una información todo lo amplia que sea necesaria para aquel que va a contratar y con mecanismos que promuevan la investigación y la enseñanza.

Si nosotros estamos convencidos —como creo lo estamos la mayor parte— de que la investigación y la enseñanza son factores fundamentales para acrecentar la calidad de un acto médico, por qué vamos a permitir que un segmento de la medicina del país se haga al margen de este beneficio: las ISES en México deben tener proyectos de enseñanza e investigación para mejorar la calidad de su trabajo.

Creo que la satisfacción de los afiliados es un mecanismo muy importante para poder entender —y esto debe vigilarlo la autoridad— que deben ser sometidas

a una evaluación externa periódica, si en el momento actual estamos certificando el trabajo de los especialistas, si se ha iniciado la propuesta de certificar el trabajo de los médicos generales, si se está certificando la calidad de los hospitales, yo creo que también hay que evaluar a estas administradoras de servicios de salud; debe haber un buzón de quejas abierto continuamente para el afiliado, vigilarse con todo cuidado el porcentaje de solicitudes de cambio de los afiliados, porque en esto puede encontrarse un mecanismo para entender por qué está haciendo la solicitud del cambio o la baja voluntaria; cuando un paciente no ha sido atendido adecuadamente, lo que pide es un cambio a otra administradora o simplemente darse de baja.

Debe cuidarse con toda precisión la información que los afiliados reciben a través de un boletín periódico, esto puede ayudar a entender cómo está funcionando la administradora de servicios de salud.

En los documentos que el paciente recibe al inscribirse debe tener muy claro su derecho a la información. En todo momento recibir un trato digno y respetuoso, y lo pongo porque no sucede con frecuencia, sucede lo contrario; la forma de tratamiento del paciente, que a veces es muy criticada en los servicios de admisión —en las clínicas y en los servicios de primer contacto de la medicina social y de la medicina a la población abierta, son exactamente igual de criticables en los mejores lugares donde hay medicina administrada. Los empleados, que representan el primer contacto del paciente en la medicina administrada, no tienen mejor nivel, en muchos casos, de los empleados que reciben al paciente en la medicina social o la medicina pública, la cual se crítica.

El paciente debe tener derecho a la privacidad y la obligación de proporcionar datos fidedignos. Probablemente en este aspecto existe el mayor problema o gozne, donde puede darse la problemática para la autorización del tratamiento: en lo que el paciente ha dicho. La enfermedad preexistente es aquella que ha dado síntomas o signos, pero para el paciente puede que tenga algo de cinco años de evolución y naturalmente, de buena fe no lo habla al contratar. Este es un punto muy delicado y es un punto que da mucha fricción en cualquier tipo de servicio en la medicina privada.

Probablemente el aspecto más redituable en nuestro medio ha sido la medicina preventiva. No hay ci-

fras para poder definir qué tanto han impactado los adelantos en la ciencia y el desarrollo tecnológico — en diagnóstico y tratamiento— en las cifras de morbi-mortalidad, pero lo que sí es seguro es que las medidas de medicina preventiva en nuestro medio han sido de extraordinaria utilidad y han aumentado los promedios de vida de los mexicanos.

Sin embargo, la medicina preventiva es poco favorecida por los sistemas de ISES; entonces la autoridad sanitaria deberá estar muy pendiente de que cumplan, por lo menos, con los protocolos para edad y riesgo, con la cartilla de vacunación para el menor, para el adulto, para la mujer, y con la detección permanente y periódica de las enfermedades crónico degenerativas o preexistentes, que representan el 80% en la actualidad y las cuales hay que prevenir. Si se previene a tiempo la diabetes, si se detecta la hipertensión arterial a tiempo, el tratamiento da muchos mejores resultados.

Respecto al expediente clínico: deben cumplir en todos los casos con la norma oficial mexicana (NOM), la cual recoge los mínimos que puede tener este instrumento. Podría parecer una perogrullada que yo diga esto, pero he tenido acceso a expedientes de estas áreas y no cumplen con la NOM de expediente clínico. Y olvidémonos de la norma, en un momento dado, lo importante es que dicho instrumento contenga todos los datos necesarios para entender y comprender el futuro la salud del paciente. Debe tener una responsabilidad restringida, pero una disponibilidad al sistema; es decir, un expediente que ha sido recogido en una primera instancia en una institución de este tipo, debe estar de alguna forma inmerso en un sistema de informática, para que en algún momento dado pueda ser consultado por otros médicos del sistema.

Debe haber, por supuesto, confidencialidad: no podrían acceder a este sistema más que aquellos que el paciente ha definido que deben entrar. Y debe estar archivado por un tiempo suficiente para poder seguir la evolución del mismo.

Los indicadores de resultados nos han dado una mejor imagen de lo que sucede en un hospital, cuando hemos analizado el proceso de certificación de hospitales. En Norteamérica durante mucho tiempo, igual que en Canadá, se utilizaron fundamentalmente para la estructura física y organizativa de la institución; con el tiempo se dieron cuenta de que no era sufi-

ciente. Cuando nosotros ingresamos a este sistema, cuando iniciamos el proceso de certificación, ya definimos muy claramente los cuatro aspectos que íbamos a estudiar: la estructura, la organización humana, los procesos del hospital en sí y los indicadores de resultados.

Los indicadores de resultados nos han dado mucha mayor precisión para conocer el desempeño de un hospital. Naturalmente los indicadores de una ISE son distintos. Qué tan accesible es el sistema por parte de los usuarios, qué por ciento de atención en consultorios por usuario, porcentajes de atención hospitalaria por usuario, de laboratorio y gabinete por usuario y de hospitalización.

Qué por ciento de acciones preventivas se han llevado a cabo, qué porcentajes de renovación de pólizas lo cual habla de la satisfacción del usuario—, de bajas voluntarias, cuánto ha costado la atención anual del usuario y qué acciones de investigación y enseñanza se han llevado a cabo.

Considero que este tipo de análisis, sobre lo que podría hacerse como control de una institución de seguros especializada en salud, nos podría dar una imagen más certera de lo que será su posible utilidad para, creo, un sector restringido de la población en México. 

