

EDITORIAL

SEGUROS, MERCADO Y MEDICINA

INSURANCE, MARKET AND MEDICINE

Pablo Saz Peiró
Editorial

Los seguros médicos privados y públicos están convirtiendo al médico en un “dispensador barato de medicamentos caros, diagnósticos superfluos y protagonista de un *mercado que fomenta el sobretratamiento y el sobrediagnóstico*” en la encrucijada de economía de la salud y ética médicas.

El médico se mueve entre sistemas de incentivos perversos donde el médico o el centro reciben un pago por cada procedimiento, prueba o medicamento administrado.

La percepción de que el médico es “barato” se relaciona con que el *costo de la consulta* puede ser bajo para el paciente —debido a copagos mínimos o convenios—, y que al médico se le paga poco, pero el *costo total* del episodio de atención —diagnósticos y tratamientos— es elevado para el sistema asegurador, impulsando la inflación médica.

El médico tiene que estar superatento para aplicar la prevención cuaternaria que es “*la acción llevada a cabo para identificar un paciente en riesgo de sobretratamiento, para protegerlo de una nueva intervención médica y para sugerir intervenciones éticamente aceptables*” (1).

Los seguros, al enfocarse en la detección temprana y la intervención —a menudo con campañas de *screening* intensivas— fomentan el sobrediagnóstico y el sobretratamiento. Esto es precisamente lo que la prevención cuaternaria busca evitar, ya que convertir a personas sanas en pacientes —etiquetamiento— las somete a riesgos y costes innecesarios (2,3).

En España los seguros médicos privados —especialmente en la modalidad de cuadro médico— explotan a los médicos generalistas y a muchas especialidades mediante la imposición de honorarios muy bajos o “ridículos” por consulta o acto médico.

Las tarifas que las grandes aseguradoras pagan a los facultativos por consulta llevan décadas congeladas o con incrementos mínimos que no cubren ni la inflación ni el aumento de coste, oscilan entre 6 y 15 euros brutos por consulta para un médico general o de cabecera en el mo-

delo de cuadro médico, pudiendo ser incluso más bajas para revisiones o en algunos convenios (4,5); este pago se realiza por acto médico —consulta—, lo que incentiva un modelo de negocio basado en la rapidez y la alta rotación de pacientes, acercándose a la explotación laboral del médico.

La principal causa de esta situación es el gran poder de mercado y la concentración de la demanda en unas pocas grandes compañías aseguradoras. Los médicos y las clínicas pequeñas o medianas tienen muy poca capacidad de negociación individual, viéndose obligados a aceptar las tarifas impuestas para poder acceder al amplio volumen de pacientes asegurados. Se han creado asociaciones como UNIPROMEL (Unión Profesional de Médicos de la Actividad Sanitaria Privada) precisamente para intentar denunciar y negociar de forma colectiva estas tarifas (6). Los bajos honorarios por consulta incentivan al médico general a realizar consultas muy breves y a derivar rápidamente al paciente al especialista —que cobra un poco más, pero sigue siendo bajo— o a solicitar pruebas diagnósticas —que generan ingresos al centro hospitalario o al laboratorio, a menudo propiedad o concertado con la misma aseguradora—. De esta forma, el médico de cabecera se convierte en un “filtro de bajo coste” (7).

Todo ello deteriora la calidad de la atención al limitar el tiempo de consulta y fuerza a un modelo de hiperderivación, sobrediagnóstico y sobretratamiento (8).

Las prioridades de estos sistemas sanitarios se centran en el beneficio de las empresas más que en el de los pacientes. Cómo es posible que las plantas medicinales, con más de mil estudios publicados y una gran tradición de usos medicinales se ignoren en la enseñanza y en la práctica médica y se prefiera el último medicamento caro y con sospechas de efectos adversos antes que una planta tradicional que ha demostrado sobrada e históricamente sus beneficios y bondades (9).

Sobre la excusa de una medicina “científica” el médico queda encasillado a protocolos y pierde la libertad de

prescripción, mientras queda fuera de las aulas y de la consulta la enseñanza vital de poder abrir ante el paciente un abanico de tratamientos en el que se consideren la capacidad curativa del cuerpo del paciente, su medio ambiente, su educación y sus valores y las creencias del paciente y del médico, y se aprovechen todos los recursos curativos ya vengan de investigaciones modernas o de la medicina más antigua y tradicional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jamouille M, Roland M. Prevención Cuaternaria. *Aten Primaria*. 2003;31(2):113-5.
2. Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20(1):63-9.
3. Kopitowski KS. Prevención cuaternaria: se pueden y se deben limitar los daños por la actividad sanitaria. *Rev Hosp Ital B Aires*. 2013;33(3):90-5.
4. Guerrero I. Unipromel denuncia los bajos honorarios que perciben los médicos de privada por parte de las

compañías aseguradoras. *Medikuen Ahotsa*. 21 de marzo de 2022.

5. UNIPROMEL. Los médicos privados denuncian a las aseguradoras de Muface ante la CNMC por "prácticas abusivas" [Internet]. Madrid: UNIPROMEL; 2025 Feb 14 [citado 2025 Sep 25]. Disponible en: <https://unipromel.es/los-medicos-privados-denuncian-a-las-aseguradoras-de-muface-ante-la-cnmc-por-practicas-abusivas/>
6. Redacción Diario Sanitario. Hacia una revolución laboral en la medicina privada *Diario Sanitario*. 14 de octubre de 2023.
7. Fundación Gaspar Casal. Remuneraciones de los Médicos en la Unión Europea, España y Comunidades Autónomas: Análisis Comparativo. Madrid: Fundación Gaspar Casal; 2021.
8. O'Sullivan Suzanne. La era del diagnóstico. Cómo la obsesión médica por etiquetar nos está enfermando. Barcelona. Ed Ariel, 2025.
9. De la Rosa L, Gámez R, Martínez M. La investigación etnobotánica sobre plantas medicinales: una revisión de sus objetivos y enfoques actuales. *Dialnet*. 2005;34(1):15-26. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1373833>