



**ASEGURAMIENTO EN
SALUD PROPUESTAS
DEL SECTOR
ASEGURADOR
PRIVADO**



AMIS
ASOCIACIÓN MEXICANA DE
INSTITUCIONES DE SEGUROS

**MÉXICO
ASEGURADO**

ASEGURAMIENTO
EN SALUD
PROPUESTAS
DEL SECTOR
ASEGURADOR
PRIVADO



Aseguramiento en salud: Propuestas del sector asegurador privado

Primera edición, 2018

D.R. © Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

Francisco I. Madero #21

Col. Tlacopac, San Ángel,

Del. Álvaro Obregón,

C.P. 01040, México D.F.

ISBN [en trámite]

Hecho en México

Se prohíbe la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación sin autorización previa.

Citación sugerida:

AMIS (2018) Aseguramiento en salud: Propuestas del sector asegurador privado. Ciudad de México: AMIS.

CONTENIDO

Siglas y acrónimos	004
Mensaje del Presidente de la AMIS	005
Resumen ejecutivo	006
Lista de propuestas	008
Introducción	009
Capítulo 1. Evolución de las necesidades de salud de la población	012
Capítulo 2. Retos para el aseguramiento de la atención médica	016
Capítulo 3. Propuestas	034
1. Colaboración con el sector salud	034
2. Repensar el seguro privado en salud	039
3.. Instrumentos para mejorar el desempeño y la eficiencia del aseguramiento médico en México	043
Conclusión	046
Bibliografía	047

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

GMM	Seguro de Gastos Médicos Mayores
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISES	Instituciones de Seguros Especializados en Salud (Seguros de salud)
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
LISR	Ley del Impuesto sobre la Renta
LSS	Ley del Seguro Social
PIB	Producto Interno Bruto
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
SP	Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular de Salud)

MENSAJE DEL PRESIDENTE DE LA AMIS

A 75 años de creación del sistema de salud, México ha tenido grandes avances que se traducen en una mayor esperanza de vida. Los mexicanos vivimos más años y las mejoras en salud han ido de la mano de las mejoras en el bienestar, los avances en la ciencia médica y el desarrollo de un sistema de salud conformado por instituciones públicas sólidas. Como parte de esta historia, el sector asegurador privado se ha mantenido como una opción para brindar protección financiera en salud a la población en un mercado que representa alrededor del 0.31% del Producto Interno Bruto.

No obstante, los factores que determinan la salud y las condiciones de salud como tales han cambiado dramáticamente en los últimos años. Los retos a los que se enfrenta el sistema de salud son completamente distintos a los que se enfrentaba hace tan sólo quince años. Las enfermedades crónico-degenerativas y las lesiones ocupan el primer lugar en causas de mortalidad y hacen también que un porcentaje importante de la población -mucho de la cual es población en edad productiva-, viva durante largos periodos con algún grado de discapacidad.

No sólo han cambiado las necesidades de salud de los mexicanos, sino que el entorno en el cual se ejerce la medicina también se ha transformado dramáticamente. La disponibilidad de nuevas tecnologías que abarcan desde nuevos medicamentos y dispositivos médicos altamente eficaces hasta aplicaciones de inteligencia artificial y genómica, está cambiando la forma en que se practica la medicina, la forma en que se identifican los riesgos y la forma en que interactúan pacientes, prestadores de servicios y aseguradores.

Sin embargo, y pese a los grandes logros del sistema de salud, bajo sus condiciones actuales el sistema no podrá enfrentar estos nuevos retos. Pese a la incorporación del Seguro Popular, la estructura de financiamiento y organización del sistema de salud como tal no se ha modificado. El gasto público en salud sigue siendo muy bajo, la población sigue optando por atenderse en el sector privado y el gasto de bolsillo sigue siendo una fuente importante del gasto en salud. Aunque el sector asegurador privado se ha mantenido en un espacio acotado, enfrenta estos mismos retos pues no se ha logrado redireccionar el gasto de bolsillo hacia el aseguramiento, pero además se enfrenta a un entorno de fuertes incrementos a los costos de los servicios de salud.

Ante la complejidad de los retos y la importancia de fortalecer la agenda de trabajo con la próxima administración del Gobierno Federal, la AMIS –en representación del sector asegurador privado y con ánimo propositivo y espíritu de colaboración–, ha elaborado este documento con el fin de contribuir con propuestas concretas a aumentar la protección financiera de los mexicanos del siglo XXI. Este documento busca también ser una base para una mayor reflexión al interior del sector asegurador privado respecto a la posibilidad de replantear nuestro papel como parte del sistema de salud. La nueva coyuntura obliga a hacer esta reflexión. Ante los nuevos retos en salud, la situación actual no es viable. El sector asegurador privado puede coadyuvar también con el sistema de salud, generando cambios y desarrollando iniciativas innovadoras o nuevos modelos de gestión del riesgo que ayuden a movilizar a otros actores, y a mejorar el desempeño del sistema.

Mtro. Manuel Escobedo Conover
Presidente
Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

RESUMEN EJECUTIVO

Las necesidades de salud de la población del país han cambiado de manera importante durante los últimos años. Los efectos del envejecimiento y del cambio epidemiológico ya son tangibles. La carga de la enfermedad no sólo se ha desplazado hacia una mayor mortalidad prematura ocasionada por enfermedades no transmisibles y lesiones sino también, hacia enfermedades crónicas cuyo efecto es vivir muchos años con discapacidad. Los factores de riesgo vinculados con estilos de vida también han cobrado mayor relevancia como determinantes de este nuevo perfil de necesidades de salud.

Este nuevo panorama de necesidades de salud ejerce una gran presión sobre el gasto en salud. Los costos crecientes de la atención médica ponen en riesgo la sostenibilidad financiera de los aseguradores públicos y privados, y el acceso a los servicios. La persistencia del gasto de bolsillo y las restricciones para expandir el gasto público generan un uso ineficiente e inequitativo de los recursos escasos. El sistema de salud en su conjunto requiere tener una capacidad de respuesta adecuada a los retos actuales y futuros.

La cobertura de aseguramiento médico en México ha aumentado, pero sigue siendo incompleta y fragmentada. Como consecuencia, persiste inequidad en el acceso efectivo e ineficiencia en el gasto en salud. Pese al mayor acceso a aseguramiento médico persiste la subinversión en salud. El gasto público también mantiene una participación mucho menor de lo que sería deseable en un país con nuestro nivel de riqueza y en donde el aseguramiento público se considera el pilar central para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mientras que el gasto de bolsillo se mantiene como una fuente importante de financiamiento.

El persistente gasto de bolsillo refleja un problema generalizado relacionado con la percepción de la calidad y el grado de satisfacción con los servicios por parte de la población. Con el nivel de gasto actual y la alta prevalencia de gasto de bolsillo, difícilmente se podrá hacer frente al nuevo panorama de salud y al costo de las nuevas tecnologías.

Por su parte, el sector asegurador privado enfrenta también diversos retos que ponen en riesgo su sustentabilidad financiera y su modelo de negocio. Pese al dinamismo del sector asegurador privado, éste se ha quedado rezagado y hay margen para mejorar su papel como integrante del sistema de salud. El aseguramiento privado ha mantenido un papel reducido en el sistema de salud, pero la penetración del aseguramiento privado en México podría ser mayor, aun cuando el aseguramiento público siga siendo el pilar más importante del sistema de salud. La viabilidad del sector asegurador privado dependerá de que logre tener una mayor participación en el sector salud y de que logre cambiar su enfoque del aseguramiento.

La combinación del nuevo perfil de enfermedades y los costos crecientes de las nuevas tecnologías en salud, sobre todo las de especialidad, generan presión sobre los aseguradores públicos y privados. El aseguramiento privado presenta limitaciones importantes, pero enfrenta una presión en costos superior a la presión inflacionaria del resto de la economía y de la canasta de bienes y servicios comprendida en el subíndice de precios de salud. Bajo la tendencia actual en el crecimiento de los costos pagados por las aseguradoras y de las primas, el modelo tradicional de seguro de gastos médicos mayores (GMM) será insostenible.

En el modelo tradicional de GMM, los seguros privados se ven obligados a fungir meramente como “tomadores de precios” ante los proveedores de servicios y de insumos en el sector privado. La falta de información y el predominio del pago por servicio como forma de pago en

el sector privado son un obstáculo para la toma de decisiones de pacientes y aseguradoras, y para la alineación del gasto hacia mejores resultados en salud. En particular, la falta de información sobre la calidad y el costo detallado de los servicios privados impide a las aseguradoras dar un paso adelante hacia una mejor gestión y compra de servicios para sus asegurados. La concentración creciente de algunos grandes hospitales privados pudiera ser un factor que debilite aún más la capacidad de los aseguradores privados para optimizar la compra de servicios médicos en comparación con lo que se observaría en un mercado con más información y mayor concurrencia.

Al mismo tiempo, se vive actualmente una revolución tecnológica que está generando tecnologías disruptivas que se traducirán en una nueva forma de ejercer la medicina, caracterizada por ser predictiva, preventiva, personalizada y participativa. Estas transformaciones tendrán como resultado implicaciones profundas sobre la forma en que se brinda la atención médica y son un reto para el sector asegurador privado porque modifican sustancialmente las premisas del modelo de aseguramiento tradicional. Por ello, es necesario contar un marco regulatorio acorde que proteja los derechos de los asegurados, y la privacidad y propiedad de su información genética y clínica, a la vez que minimice la selección adversa y sus consecuencias.

En suma, el modelo público está roto en el sentido de que no ha logrado resolver del todo la inequidad e ineficiencia resultado de la fragmentación y de la persistencia del gasto de bolsillo, y el reto es cómo establecer nuevas premisas que permitan abordar la problemática en salud bajo una nueva perspectiva; pero el modelo del sector asegurador privado también está roto, y el reto principal es cómo reinventarse para ser un jugador financieramente viable pero más eficaz en el sistema de salud. En particular, los seguros privados enfrentan el reto de cómo adecuar el modelo de aseguramiento con base en una reformulación de la gestión del riesgo y aprovechar el cambio tecnológico resultante a su favor.

Para enfrentar estos retos se plantean propuestas organizadas en tres grupos. El primer grupo incluye propuestas en donde el sector asegurador privado puede colaborar con el sector público para lograr un objetivo de política pública compartido: brindar protección financiera y dar mayor peso a la prevención. El segundo grupo incluye propuestas dirigidas al sector asegurador privado con el fin de transitar hacia modelos más sustentables financieramente y de valor para la población. El tercer y último grupo considera propuestas para establecer instrumentos para mejorar el desempeño y la eficiencia del aseguramiento en salud; algunas de estas propuestas son relevantes no sólo para el sector asegurador privado sino para el sistema de salud en su conjunto. Las propuestas tienen una visión de mediano plazo.

LISTA DE PROPUESTAS

COLABORACIÓN CON EL SECTOR SALUD

- 1.1 Eliminar el tope de deducibilidad del aseguramiento privado

- 1.2 Analizar la pertinencia de actualizar la regulación como la base para establecer una colaboración más estrecha entre el sector público y el sector asegurador privado

- 1.3 Permitir que la población trabajadora formal no asalariada pueda optar por el aseguramiento privado en salud, siempre y cuando se preserve la solidaridad en el financiamiento y se garantice la cobertura de un esquema integrado y preventivo de atención médica

- 1.4 Permitir que el sector privado participe en la articulación o gestión activa de pacientes con enfermedades crónicas cubiertos bajo esquemas de aseguramiento público

- 1.5 Establecer un seguro de cuidados de largo plazo

REPENSAR EL SEGURO PRIVADO EN SALUD

- 2.1 Abrir el mercado a nuevas poblaciones y nuevas coberturas complementarias

- 2.2 Transitar del esquema tradicional de GMM/reembolso a esquemas de seguros de atención médica más integral

- 2.3 Introducir incentivos a la prevención

- 2.4 Desarrollar el papel del sector asegurador privado como integrador/comprador estratégico de servicios y buscar mecanismos para reducir las barreras a la contención de costos

- 2.5 Participar activamente ante una futura regulación del sector derivada de la evolución reciente en la ciencia médica

INSTRUMENTOS PARA MEJORAR EL DESEMPEÑO Y LA EFICIENCIA DEL ASEGURAMIENTO MÉDICO EN MÉXICO

- 3.1 Establecer los pilares para garantizar la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad en el sistema de salud en su conjunto

- 3.2 Desarrollar instrumentos para la gestión médica de los asegurados

- 3.3 Mejorar los procesos de pagos y reenfoarlos hacia el pago por resultados

- 3.4 Crear una instancia independiente responsable de generar y poner a disposición del público información sobre el sector salud, y de evaluar al sistema de salud

INTRODUCCIÓN

En los últimos 18 años, el panorama de la salud en México ha cambiado significativamente. El sistema de salud se enfrenta ahora no sólo a necesidades de salud muy distintas, sino también a cambios acelerados en la oferta de tecnologías y la forma de prestar los servicios médicos. Al mismo tiempo, la necesidad apremiante de dar mayor peso a la prevención implica contar con una población más participativa y con la acción de otras instancias capaces de incidir, fuera del ámbito de las instalaciones médicas, en el autocuidado y la promoción de estilos de vida y conductas saludables.

El nuevo panorama ejerce una gran presión sobre el gasto en salud. Un entorno que ha privilegiado la atención curativa aunado a una mayor carga de enfermedades no transmisibles cuyos tratamientos suelen ser más caros y largos o de por vida, y donde las nuevas tecnologías se caracterizan por ser de muy alto costo, explican la presión al alza sobre los costos de la atención médica, tanto en el sector público como privado.

Los costos crecientes de la atención médica ponen en riesgo la sostenibilidad financiera de los aseguradores públicos y privados, y el acceso a los servicios. En el sector asegurador público, las restricciones presupuestales y las limitaciones para expandir el gasto público y hacer frente a estos costos crecientes generan problemas de desabasto, tiempos de espera injustificados, deterioro en la calidad de la atención, y falta de acceso a los servicios, lo que se traduce en necesidades de salud no atendidas. En el sector asegurador privado, se enfrentan también aumentos en costos. La opción para solventarlos financieramente ha sido aplicar restricciones a las coberturas, generar más reservas y aumentar las primas. Aquella población con capacidad de pago puede mantener su seguro privado o puede optar por pagar servicios privados con recursos de su bolsa, con el riesgo financiero que esto implica en el caso de intervenciones de alto costo, pero cuando no hay capacidad de pago simplemente no hay acceso a los servicios médicos.

La persistencia del gasto de bolsillo y las restricciones para expandir el gasto público generan un uso ineficiente e inequitativo de los recursos escasos. Aunque el gasto de bolsillo se ha reducido como porcentaje del gasto total en salud con respecto a lo observado en el año 2000, su participación se mantiene por arriba del 40%.¹ Al mismo tiempo, pese al incremento en el gasto público, especialmente para la población sin acceso a la seguridad social, éste se mantiene en un nivel muy bajo comparado con el nivel de riqueza del país y con otros países. Esta combinación de fuentes de financiamiento es ineficiente porque impide mancomunar riesgos y desincentiva el pago de intervenciones preventivas. También es inequitativa porque vincula de forma directa la posibilidad de usar los servicios con la capacidad de pago de las personas, en vez de vincularla con las necesidades de salud, lo que afecta mayormente a la población de menores ingresos.

Los retos principales para el sistema de salud son lograr un mayor acceso a la protección financiera, un uso óptimo de los recursos tanto públicos como privados, y una atención mé-

1 OECD Health Statistics 2017.

dica de mayor calidad y más homogénea en todo el sector. El Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular de Salud (SP), ha permitido dar cobertura médica a 53 millones de hogares sin acceso a la seguridad social. Pese a los logros observados en protección financiera desde la entrada del SP, en el 2016 alrededor de 15% de la población presenta carencias por acceso a servicios de salud, 2.13% de hogares incurren en gastos catastróficos y este porcentaje es mayor cuando se considera únicamente el primer decil de ingreso (4.13%).^{2,3} El alto porcentaje de gasto de bolsillo y el hecho de que la población recurra a la atención privada, con independencia de la institución pública que los cubra, parece ser más un síntoma de una problema generalizado del sistema, que una problemática de algún esquema de aseguramiento público en particular. Esta deficiencia puede ser una combinación de aspectos relacionados con la percepción sobre la calidad, la conveniencia geográfica, largos tiempos de espera, y falta de acceso a determinados bienes y servicios. En 2012 se estimó que una tercera parte de la población con cobertura pública utilizó servicios privados ambulatorios, y entre 8.0 y 17.3% de los afiliados a las instituciones públicas de seguridad social y al SP refieren haber usado servicios privados hospitalarios.⁴

El sector asegurador privado enfrenta también diversos retos que ponen en riesgo su sustentabilidad financiera y su modelo de negocio. Las coberturas en salud se componen principalmente por pólizas de seguros de gastos médicos mayores (GMM) (97.4% del total de asegurados en el sector privado) y en segundo lugar por seguros de salud (2.6%).⁵ Actualmente, se estima que 7.2% de la población cuenta con un seguro privado (con independencia de que cuenten con cobertura de alguna institución pública de salud). Aunque la cobertura de población ha aumentado, la participación del aseguramiento privado en el gasto total en salud no ha cambiado mayormente en los últimos 7 años. Asimismo, los seguros privados enfrentan no sólo mayor siniestralidad que la recomendable para tener salud financiera, sino mayores costos promedio por siniestro, y siniestros de muy alto costo.

Pese al dinamismo del sector asegurador privado, éste se ha quedado rezagado y hay margen para mejorar su papel como integrante del sistema de salud. El valor del mercado de seguros privados ha crecido 63% entre 2000 y 2017, en términos reales. No obstante, el crecimiento en la cobertura ha sido mucho más limitado (34%). La cobertura del aseguramiento privado sigue siendo limitada y los seguros privados no han logrado sustituir el gasto de bolsillo. Adecuar el modelo de negocio que ha caracterizado tradicionalmente al sector asegurador privado al nuevo panorama de salud, requiere cambiar la forma de abordar los retos y, sobre todo, adoptar una visión de largo plazo y más innovadora para captar otros segmentos de la población y mejorar la gestión del riesgo. Análisis sobre siniestros atípicos indica que, si bien hay prácticas fraudulentas, la mayor parte de los casos asociados a siniestros atípicos que no debieran pagarse podrían ser de menor impacto si hubiera elementos en el subsistema de salud privado que ayudaran a controlar el gasto de la atención médica como serían una

2 CONEVAL (2018).

3 <https://www.gob.mx/salud/seguropopular> Unidad de Análisis Económico/Secretaría de Salud (2017).

4 OCDE (2016); Secretaría de Salud (2016); Gutiérrez JP, et al (2012).

5 Los seguros de Gastos Médicos Mayores (GMM) y de Salud, se incluyen junto con los seguros de accidentes personales en el ramo de Accidentes y Enfermedad. Para fines de este documento, por seguros o coberturas de salud únicamente se hará referencia a los seguros de GMM y de Salud. Los porcentajes mostrados excluyen las cifras de asegurados de coberturas dentales tanto en GMM como en el seguro de Salud. La cobertura dental ha aumentado significativamente en los últimos años, y en el caso de Salud, en el último año prácticamente duplicó el número de asegurados.

regulación y supervisión efectiva de la seguridad y calidad de la práctica médica, el apego a protocolos, la existencia de indicadores de desempeño médico, y el uso de instrumentos para contener costos en el uso de medicamentos y dispositivos médicos en hospitales, apoyado con medidas de mejora en la captura de información y de gestión del riesgo, esto es mejor gestión de la cobertura médica y un mejor soporte con análisis de datos.

La viabilidad del sector asegurador privado dependerá de que logre tener una mayor participación en el sector salud y de que logre cambiar su enfoque del aseguramiento. El sector asegurador privado ha buscado promover una mayor colaboración público-privada y en los últimos años ha planteado diversas propuestas en este sentido. Ante el nuevo panorama de la salud, y la necesidad de replantear el sistema de salud que requiere México, el sector asegurador necesita adoptar un papel más proactivo e innovador. Este documento busca ser un primer paso para abrir el diálogo y movilizar al sector asegurador privado en una nueva dirección.

La estructura del presente documento es como sigue: El capítulo 1 describe el perfil de necesidades de salud. El capítulo 2 explica los retos para el sector asegurador privado ante este nuevo panorama, incluyendo aquellos derivados de las fuentes de presión financiera y la revolución tecnológica. En el capítulo 3 se presenta una serie de propuestas agrupadas en: i) aquéllas que incluyen colaboración explícita con el sector público; ii) propuestas específicas para el sector asegurador privado y, iii) propuestas relacionadas con varios instrumentos necesarios para promover la sustentabilidad financiera y la eficiencia del sistema de salud. Por último, se presentan algunas conclusiones y sugerencias de próximos pasos.

CAPÍTULO 1.

Evolución de las necesidades de salud de la población

Las condiciones que determinan la salud de la población del país han cambiado de manera importante durante los últimos años, en los cuales se ha documentado de manera exhaustiva el proceso de cambio demográfico y epidemiológico resultante de una caída considerable en la tasa de fertilidad por mujer y un incremento, considerable también, en la esperanza de vida de la población mexicana.

El envejecimiento y el cambio epidemiológico ya son tangibles. Si en 1990, los menores de 15 años constituían el 38% del total de la población, para 2010 ese grupo se había reducido ya a 30% del total. En contraste, la población de 65 años o más, que en 1990 representaba 4% de la población, para 2010 representó ya un 6% del total y para 2030 se espera que represente 10% de la población total del país. Este cambio demográfico está acompañado por un cambio drástico en el perfil de enfermedades que generan muerte prematura o años de vida perdidos por discapacidad. Este proceso es apreciable no solamente a través de las últimas décadas, sino también cuando enfocamos nuestra atención en los últimos años. Mientras que en el año 2000 las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales constituían la causa de muerte para 67 de cada 100 mil mexicanos, para 2016 solamente 53 de cada 100 mil habitantes fallecen por esa razón. Esto representa una reducción de 21% en 16 años (Cuadro 1). Por otra parte, los fallecimientos por padecimientos no transmisibles se incrementaron en 43% para cada 100 mil habitantes durante el mismo periodo, mientras que los fallecimientos por lesiones crecieron en 16%.

Cuadro 1. Tasas de defunción por grupo de causas, 2000-2016
(Defunciones por cada 100 mil habitantes)

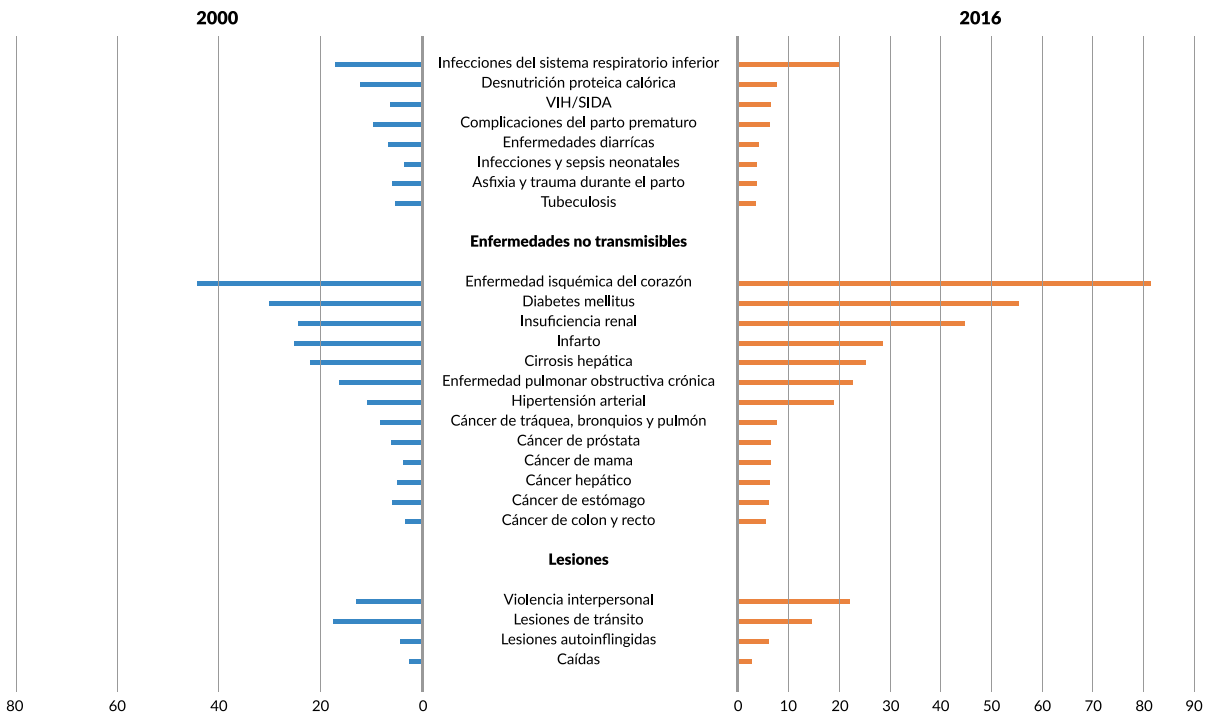
Causa	2000	2010	2016	Cambio 2000-2016
Enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	67	56	53	-21%
Enfermedades no transmisibles	314	398	448	43%
Lesiones	51	63	59	16%

Fuente: Elaboración propia con base en las bases de datos de mortalidad del INEGI y las proyecciones poblacionales de CONAPO.

El cambio epidemiológico no sólo es tangible, sino que se está dando a ritmo acelerado. Estas cifras son indicativas no sólo de un desplazamiento de la mortalidad hacia enfermedades no transmisibles, sino de que tal desplazamiento está ocurriendo de una manera considerablemente pronunciada. Al hacer un acercamiento con mayor detalle, es posible apreciar que padecimientos transmisibles como la tuberculosis y las enfermedades diarreicas, así como las complicaciones relacionadas a la salud materna, neonatal y nutricional han mostrado un de-

clive importante entre 2000 y 2016 (Gráfica 1). Solamente la mortalidad por infecciones del sistema respiratorio inferior presenta un crecimiento significativo, derivado posiblemente de un registro más estricto de las neumonías vinculadas a infecciones por influenza como consecuencia de la epidemia de 2009.

Gráfica 1. Tasas de defunción por causas seleccionadas, 2000-2016
(Defunciones por cada 100 mil habitantes)



Fuente: Elaboración propia con base en las bases de datos de mortalidad del INEGI y las proyecciones poblacionales de CONAPO.

Cuando la población deja de morir por causa de padecimientos transmisibles y padecimientos relacionados a la salud materna, neonatal y nutricional, se incrementa la probabilidad de morir por otras causas. La mortalidad por cada 100 mil habitantes debido a enfermedad isquémica del corazón casi se duplicó al pasar de 44.4 a 81.1 fallecimientos por cada 100 mil habitantes entre 2000 y 2016. De manera similar, la diabetes mellitus y la insuficiencia renal (vinculada o no a diabetes), que en 2000 causaban la muerte de 57.0 habitantes de cada 100 mil, para 2016 ya constituyen la causa de muerte para 100.4 fallecimientos de cada 100 mil habitantes. Mientras que en el año 2000 los seis principales causantes de muertes por cáncer eran el origen de 25.6 fallecimientos por cada 100 mil mexicanos, para 2016 constituyen la causa de 32.8 muertes por cada 100 mil habitantes. Sólo la tasa de mortalidad por cáncer de tráquea, bronquios y pulmón mostró una reducción de 7.5% durante ese periodo, pero la tasa de mortalidad atribuible a cáncer de colon y recto se duplicó en sólo 16 años.

La carga de la enfermedad se está desplazando también hacia enfermedades crónicas cuyo efecto es vivir con discapacidad más que mortalidad prematura. La tendencia en mortalidad refleja sólo una parte de la historia en lo que respecta a las enfermedades que más afectan a los mexicanos en la actualidad. La otra parte se encuentra al observar los padecimientos que tienen el mayor impacto sobre la discapacidad de la población para conducirse en su vida diaria. Según datos de 2016 el dolor de espalda baja y cuello, las enfermedades de los órganos sensoriales, la diabetes, las enfermedades de la piel, la migraña, la depresión y los padecimientos del sistema musculoesquelético, en ese orden, constituyen las principales causas de años de vida con discapacidad en el país.⁶

Los padecimientos más relevantes para el país son entonces hoy distintos a los de etapas incluso relativamente tan recientes como el inicio del presente milenio. La adecuada atención a la salud de la población deberá poner un mayor énfasis en la diabetes mellitus, las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal, los distintos tipos de cáncer, la depresión y otros padecimientos mentales, y los padecimientos que afectan la motilidad de los individuos, varios de ellos de origen autoinmune.

Pero no se debe descuidar lo logrado en lo que respecta a los padecimientos transmisibles y los vinculados a la salud materna, neonatal y nutricional. Estas enfermedades aún afectan de manera importante a numerosas localidades marginadas o algunas, como en el caso del VIH/SIDA y la hepatitis C, han permanecido relativamente estables y requieren estrategias de precisión.

Sin embargo, existen razones para tomar medidas que garanticen que en el futuro la población del país va a contar con el acceso a los recursos necesarios para atender los padecimientos crónico-degenerativos que hoy sobresalen como causantes de muerte prematura y como reductores de calidad de vida. Además, esto habrá de buscarse de la manera más eficiente posible puesto que la atención de estos padecimientos se está convirtiendo en uno de los principales detonantes del gasto médico en la actualidad y esta tendencia se acentuará de forma importante en los próximos años. Las opciones para enfrentar estos nuevos requerimientos implican no sólo mayores recursos humanos, físicos y tecnológicos, sino también la reasignación paulatina de los ya existentes hacia la atención de las actuales necesidades de salud de la población. Hoy se requieren más oncólogos, cardiólogos y nefrólogos por habitante que hace 15 años. La eficiencia con la que los antibióticos y las vacunas han combatido los padecimientos transmisibles no ha sido aún equiparada por los medicamentos y otras terapias que se enfocan a combatir los efectos de los múltiples tipos de cáncer. Las tecnologías que se requieren para el control de los padecimientos oncológicos y autoinmunes son de alta complejidad y de alto costo. Las coberturas, que tradicionalmente han omitido el tratamiento adecuado de los padecimientos mentales, requieren ser replanteadas para enfrentar la discapacidad y mortalidad evitable causadas por la depresión, la ansiedad y las lesiones auto infligidas que han repuntado en años recientes.

Los factores de riesgo vinculados con estilos de vida están cobrando también mayor relevancia como detonantes del nuevo perfil de necesidades de salud. Una fracción importante de la mortalidad y la discapacidad se atribuye a condiciones, como la diabetes y los padecimientos cardiovasculares, que son prevenibles en su origen y/o en el control de sus complicaciones. Entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

6 Institute for Health Metrics and Evaluation.

(OCDE), México ocupa el segundo lugar en cuanto a la proporción de población adulta con obesidad, uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la diabetes mellitus. Se estima que, en 2015, 32% de la población adulta en el país presentaba obesidad. Además, se estima que esa proporción se incrementará a 39% en 2030.⁷ La reducción de la obesidad en el país es una necesidad apremiante para poder disminuir la incidencia y prevalencia de la diabetes en México, así como la de sus principales complicaciones como son la hipertensión arterial y la insuficiencia renal.

La detección oportuna también está cobrando otro peso bajo el nuevo panorama de salud. En cuanto otros padecimientos, como los oncológicos, la detección temprana, su diagnóstico preciso y su tratamiento expedito es indispensable para la reducción de la mortalidad y la carga de la enfermedad. La detección tardía aumenta la probabilidad de que el cáncer se encuentre en etapas ya muy avanzadas al momento de su detección y reduce las probabilidades de un tratamiento exitoso. En una investigación publicada en 2015 se encontró que, en una muestra de 886 pacientes de la Ciudad de México con cáncer de mama, el tiempo transcurrido entre el momento de la sospecha y el inicio del tratamiento era de 7 meses o más para la mitad de las pacientes. Entre las pacientes, 48% fueron diagnosticadas con cáncer de mama avanzado (etapas III y IV), y el diferimiento entre el momento de la sospecha y el inicio del tratamiento era atribuible principalmente a factores institucionales, no a la acción tardía de las pacientes.⁸

El sistema de salud en su conjunto requiere tener una capacidad de respuesta adecuada a los retos actuales y futuros. Como se verá en el siguiente capítulo, mejorar la capacidad de respuesta del sistema dependerá en gran medida del reconocimiento de que las presiones de oferta y demanda que afectan al sector público, tienen también un impacto considerable en el sector privado, y viceversa. Esto lleva a pensar que ambas partes debieran complementarse entre sí de una manera eficiente para hacer un mejor uso de los recursos disponibles, principalmente ante un escenario de necesidades de salud cambiantes y costos crecientes en la provisión de servicios de salud.

7 OCDE (2017b).

8 Unger-Saldaña K, et al (2015).

CAPÍTULO 2.

Retos para el aseguramiento de la atención médica

Además del nuevo panorama de necesidades de salud, el aseguramiento médico en México, tanto público como privado, enfrenta una serie de retos relacionados con la estructura del sistema de salud, el cambio tecnológico y la presión al alza en los costos de la atención médica. En este capítulo se describen estos retos.

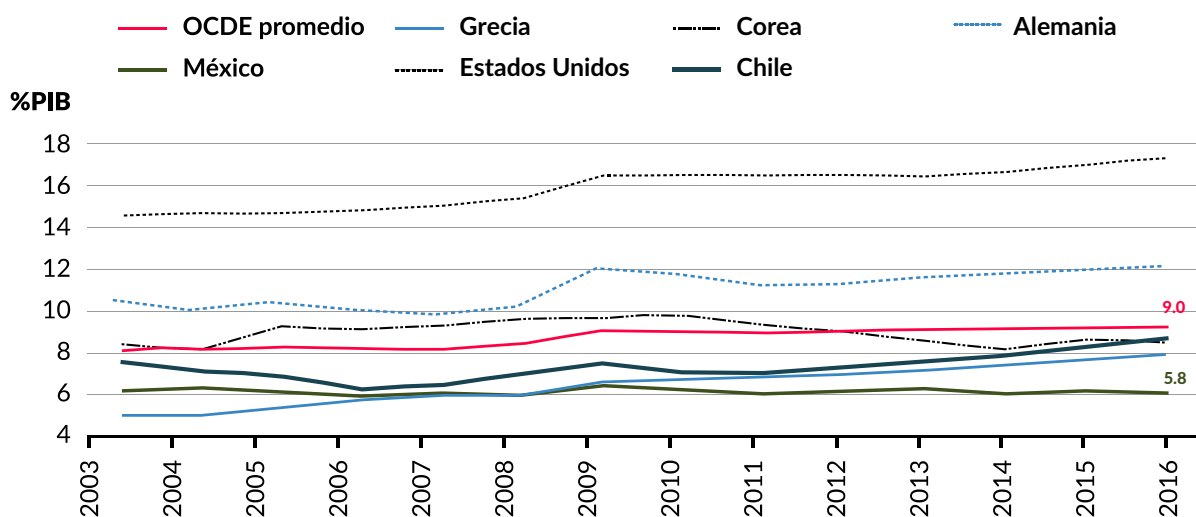
La cobertura de aseguramiento médico en México ha aumentado, pero sigue siendo incompleta y fragmentada. Bajo la estructura actual del sistema de salud, la población puede contar con aseguramiento médico en el sector público y en el sector privado. En principio, toda la población tiene la posibilidad de estar cubierta por algún esquema público, ya sea a través de la seguridad social o del Sistema de Protección Social en Salud, conocido como Seguro Popular de Salud (SP). El SP ha permitido mejorar el acceso a protección financiera y a atención médica para la población sin seguridad social. De hecho, el rubro de salud es el que ha tenido la mayor reducción en el porcentaje de población con carencia por acceso a servicios y esta reducción tiene que ver con el crecimiento de la cobertura del SP. Sin embargo, en 2016 todavía el 15% de la población (19 millones de personas) presentó carencias por acceso a servicios de salud.⁹ Al mismo tiempo, el sistema de salud mantiene su estructura fragmentada entre varios aseguradores públicos con estructuras médicas paralelas y desconectadas entre sí.

Como consecuencia, persiste inequidad en el acceso efectivo e ineficiencia en el gasto en salud. La diferencia en la disponibilidad de recursos entre instituciones públicas y en la cobertura de intervenciones entre esquemas de aseguramiento público genera inequidades en el acceso a servicios médicos. En el sector público, la seguridad social cubre, en principio, todas las intervenciones, mientras que el SP solamente cubre las intervenciones listadas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud y el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). La posibilidad de tener cobertura de más de un seguro médico genera duplicidades en el financiamiento. La falta de coordinación y continuidad de la atención entre esquemas genera a su vez, un uso ineficiente de los recursos.

Pese al mayor acceso a aseguramiento médico persiste la subinversión en salud. México sigue invirtiendo poco en salud y el gasto público sigue siendo bajo comparado con otros países (Gráfica 2). En 2016, México dedicó 5.8% del Producto Interno Bruto (PIB) a salud. Este porcentaje no sólo es menor comparado con el promedio observado para los países OCDE (9%), sino que se ha mantenido alrededor de este bajo nivel desde hace más de diez años. Con el SP mejoró la disponibilidad de recursos para población sin seguridad social, pero en conjunto el gasto total en salud sigue siendo muy bajo comparado con el nivel de riqueza del país y las necesidades crecientes en salud.

9 En la medición multidimensional de la pobreza que realiza el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL): una persona se considera en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o derecho a recibir servicios médicos de alguna institución que los presta, incluyendo el Seguro Popular, las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina) o los servicios médicos privados. CONEVAL (2018) y CONEVAL (2009).

Gráfica 2. Gasto en salud como porcentaje del PIB en países seleccionados OCDE, 2003-2016

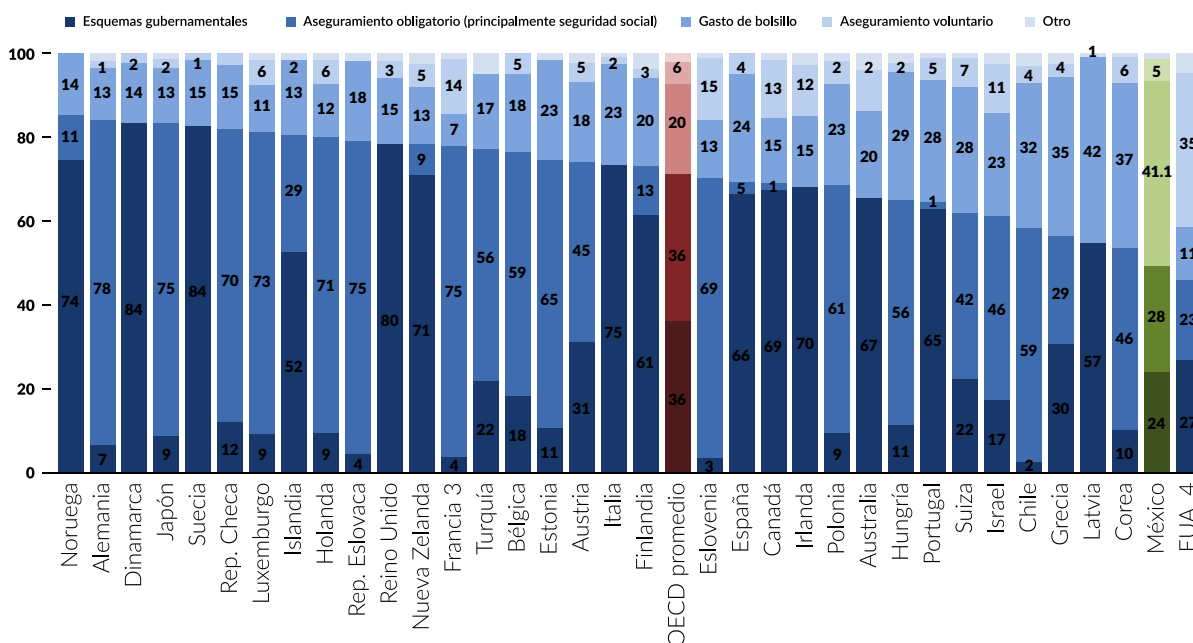


Fuente: OECD Health Statistics 2017.

El gasto público también mantiene una participación mucho menor de lo que sería deseable en un país con nuestro nivel de riqueza y en donde el aseguramiento público se considera el pilar central para hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, mientras que el gasto de bolsillo se mantiene como una fuente importante de financiamiento. Entre los países de la OCDE México sigue siendo uno de los dos países con menor participación del gasto público en el gasto total en salud: 52%, ya sea a través de esquemas gubernamentales financiados mediante impuestos generales como el SP (24% el gasto total en salud) o la seguridad social (28% del gasto total en salud) (Gráfica 3).¹⁰ El gasto de bolsillo representa 41% del gasto total en salud, y solamente 5% del gasto total en salud corresponde a seguros privados. Aunque los porcentajes por tipo de fuente de financiamiento han cambiado ligeramente en los últimos 10 años, en el fondo, la combinación de estas tres fuentes no ha cambiado sustancialmente como para eliminar las duplicidades, la inequidad y la ineficiencia en la composición por fuentes de financiamiento.

¹⁰ Esto es básicamente la mayoría de los países de la OCDE, puesto que solamente Estados Unidos, Holanda y Suiza tienen un predominio de esquemas obligatorios y voluntarios de aseguramiento privado.

Gráfica 3. Gasto en salud por fuente de financiamiento en países OCDE, 2015 o año más reciente ¹



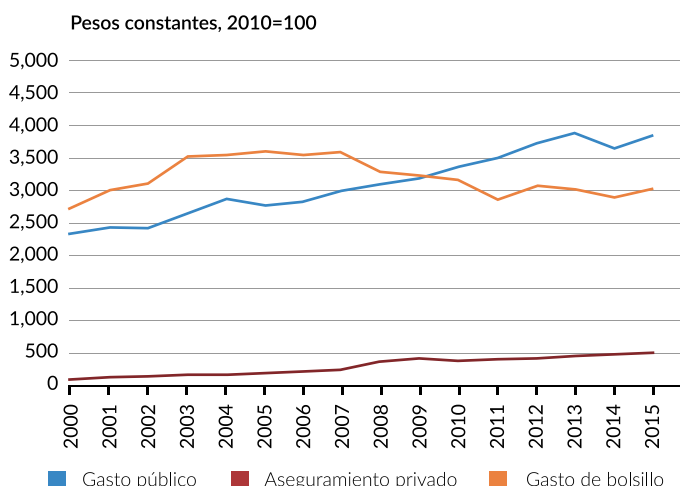
1. El rubro “esquemas gubernamentales” se refiere a esquemas de aseguramiento público financiados a través de impuestos generales.
1. El rubro “aseguramiento obligatorio” corresponde en todos los países esquemas contributivos de seguridad social, excepto en los casos de: Chile, Corea, Holanda, Polonia y Suiza, en donde se incluye una combinación de esquemas contributivos de seguridad social y esquemas obligatorios de aseguramiento privado. La participación de los esquemas obligatorios de aseguramiento privado es mínima en Corea y Polonia. En Chile equivale a 11% del gasto total en salud, en Holanda 52% y en Suiza 38.2%. En varios de estos países hay también aseguramiento privado voluntario.
1. Francia no incluye gasto de bolsillo para atención hospitalaria de largo plazo lo que resulta en una subestimación de la participación porcentual del gasto de bolsillo.
1. El gasto de compañías de seguros privados de salud en Estados Unidos se registra bajo el rubro de aseguramiento voluntario.

Fuente: OECD Health Statistics 2017.

En términos reales, el gasto de bolsillo per cápita se ha reducido, pero sigue siendo seis veces mayor que el gasto per cápita en seguros privados. El gasto público per cápita asciende a casi cuatro mil pesos por persona, mientras que el gasto de bolsillo asciende a poco más de tres mil pesos por persona. Desde el 2010 la brecha entre ambos tipos de gasto se ha incrementado a favor del gasto público (Gráfica 4). En adición al gasto de bolsillo, se estima que el valor del trabajo no remunerado que realizan los hogares para el cuidado de la salud, principalmente cui-

datos especializados y no especializados, equivale a 1.4% del PIB.¹¹ Esta carga adicional para los hogares no se refleja directamente en la composición del gasto por tipo de fuente, pero es muy relevante y ante el nuevo panorama de salud se prevé que cobrará aún más importancia en los próximos años. Para enfrentar con éxito los retos presentes y futuros, el sistema de salud deberá transitar hacia un escenario en el que el actual gasto de bolsillo en salud sea transformado en alguna forma de prepago, ya sea mediante esquemas de aseguramiento públicos o privados, de tal manera que las familias se vean menos expuestas a que sus contingencias de salud se constituyan también en contingencias financieras con un impacto frecuentemente permanente sobre su bienestar.

Gráfica 4. Gasto per cápita en salud por tipo de fuente, México, 2003-2016



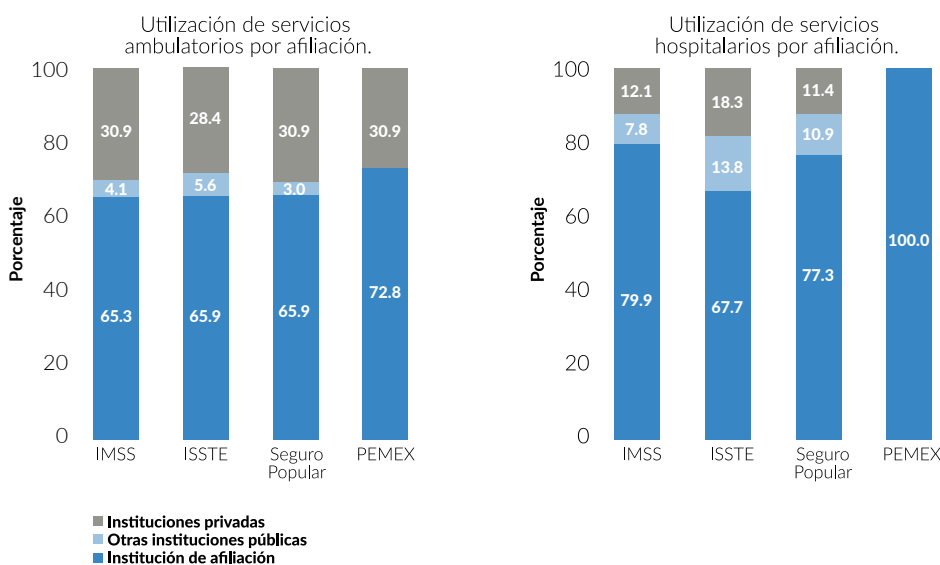
Fuente: OECD Health Statistics 2017.

El persistente gasto de bolsillo refleja un problema generalizado relacionado con la percepción de la calidad y el grado de satisfacción con los servicios por parte de la población. La elevada participación del gasto de bolsillo es un factor de riesgo para la estabilidad financiera de las familias ante la presencia de cualquier enfermedad y, en última instancia, para su bienestar general. La persistencia de este gasto de bolsillo, a pesar del incremento en la cobertura del aseguramiento público, puede ser reflejo de la insatisfacción de los usuarios respecto a los servicios que se le brindan y su calidad en las distintas instituciones públicas de salud. Con independencia de la institución pública a la cual se encuentra afiliada, la población recurre mucho a los servicios privados. Según los datos más recientes disponibles sobre utilización de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, dependiendo de la institución de afiliación, entre 27% y 31% de la población asegurada por alguno de los cuatro principales esquemas públicos de aseguramiento hicieron uso de servicios médicos ambulatorios privados (Gráfica 5). De manera similar, aunque en una proporción menor, 11%, 12% y 18% de los asegurados del SP, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios

11 INEGI (2018a).

Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), respectivamente, optaron por utilizar servicios hospitalarios privados, pudiendo haber utilizado los servicios brindados por las instituciones responsables de su cobertura.¹² Cifras de la Encuesta Nacional de Calidad e Impacto Gubernamental 2017 indican también que solamente alrededor de la mitad de los usuarios están satisfechos o muy satisfechos con los servicios de salud del IMSS, ISSSTE y Servicios Estatales de Salud o SP. En todos los casos el indicador que refleja mayormente el problema de satisfacción es el relacionado con recibir la atención en clínicas y hospitales sin saturación de servicios. Menos del 20% de los usuarios en todas las instituciones señaladas reportó haber recibido atención en entornos sin saturación.¹³ Otro reflejo de este problema es el crecimiento acelerado de los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas observado en los últimos años, cuyo número se estima en más de 13 mil consultorios. A estos consultorios acuden personas de todos los estratos socioeconómicos y con independencia de su cobertura de aseguramiento médico debido a su bajo costo y alta conveniencia, tanto geográfica como en horario y en costo.¹⁴ De acuerdo con el estudio más reciente de la OCDE sobre el sistema de salud mexicano, para reducir el gasto de bolsillo se deben abordar las razones que explican por qué la gente está financiando de su bolsa la atención privada pese a contar con cobertura en el sector público. Además de una mala percepción sobre la calidad, la gente recurre al sector privado por la falta de conveniencia de los servicios públicos en términos de horario limitado, ubicación geográfica, tiempos de espera y flexibilidad para consultar médicos que no sean parte de la institución.¹⁵

Gráfica 5. Utilización de servicios del sector privado por parte de la población asegurada por los principales cuatro esquemas de aseguramiento público, 2012



Fuente: ENSANUT 2012.

12 OCDE (2016); Secretaría de Salud (2016); y Gutiérrez JP, et al (2012).
 13 INEGI (2018b).
 14 Funsalud (2014).
 15 OCDE (2016).

Con el nivel de gasto actual y la alta prevalencia de gasto de bolsillo, difícilmente se podrá hacer frente al nuevo panorama de salud. El nuevo panorama de salud requiere no sólo mayor inversión sino una recomposición del gasto que promueva el gasto preventivo en vez de alentar el gasto curativo, así como promover el autocuidado y cambio de hábitos hacia conductas saludables. El impulso a la prevención debe fortalecer la prevención primaria para evitar la ocurrencia de la enfermedad, pero también la prevención secundaria para controlarla cuando ya está presente, evitar su progresión y limitar los daños a la salud. Los hogares destinan, en promedio, 4% de su ingreso para atender la salud a través del gasto de bolsillo, en adición a su pago de impuestos para financiar el gasto público en salud, y al trabajo no remunerado que realizan de forma subsidiaria para cubrir necesidades no atendidas por el sector social. Estos gastos suelen dirigirse a atención curativa y, al nivel de cada hogar, no será factible financiar una mayor demanda por servicios médicos.

Por su parte, en el sector asegurador privado, el seguro de gastos médicos mayores (GMM) sigue siendo el esquema predominante con una participación de 97% del total de asegurados y del valor total de las primas de seguros médicos.¹⁶ Bajo este esquema se reembolsa al asegurado el gasto médico derivado de un accidente o enfermedad cubierta una vez que se rebase el monto establecido como deducible. Este esquema entra en acción una vez que se da el daño a la salud y por lo tanto se enfoca en indemnizar los gastos médicos incurridos para restaurar y rehabilitar la salud. El contacto con el médico se da después de que ocurre el accidente o se presenta la enfermedad. Este seguro funciona bajo una lógica curativa, pasiva y retrospectiva. Actualmente, los esquemas de GMM representan 97.0% del valor total de las primas y 97.4% de los asegurados cubiertos por seguros privados.¹⁷ A diferencia de los seguros de GMM, los esquemas denominados en el sector privado como “seguros de salud” funcionan de forma distinta. Estos seguros fueron creados originalmente como instituciones de seguros especializados en salud (ISES) con la reforma a la Ley de General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que entró en vigor en el año 2000 con la idea de introducir una opción de aseguramiento privado con cobertura integral y preventiva en salud, para prevenir, conservar, restaurar y rehabilitar el estado de salud del asegurado. No obstante, a la fecha, los seguros de salud se han mantenido como un esquema marginal, y representan tan sólo 3.0% del valor total de las primas y 2.6% de los asegurados cubiertos por seguros privados.¹⁸ En los últimos años, tanto bajo seguros de GMM como seguro de salud, se ha expandido la cobertura especializada en gastos dentales. De hecho, el crecimiento en el número de asegurados con cobertura dental, tanto bajo esquemas de GMM como de salud ha sido mucho mayor que el de las coberturas no dentales. Esto refleja un espacio donde el seguro privado parece empezar a cubrir de forma exitosa una necesidad que no suele ser cubierta por los esquemas tradicionales de aseguramiento, tanto público como privado. A partir de la entrada en vigor de la Nueva Ley de Seguros y Fianzas en 2015, los GMM pueden reembolsar intervenciones preventivas. Este cambio regulatorio buscó precisamente tratar de alinear la cobertura con un enfoque más preventivo. No queda claro si este cambio tuvo algún impacto profundo en la frecuencia y nivel de reembolso de los seguros de GMM. Tres años pudiera ser muy pronto para ver un efecto de gran magnitud en el perfil de gasto y reembolso.

16 Excluyendo los seguros contra accidentes personales. Para efectos de este documento por seguro médico privado se refiere a los esquemas de GMM y de Salud (ISES).

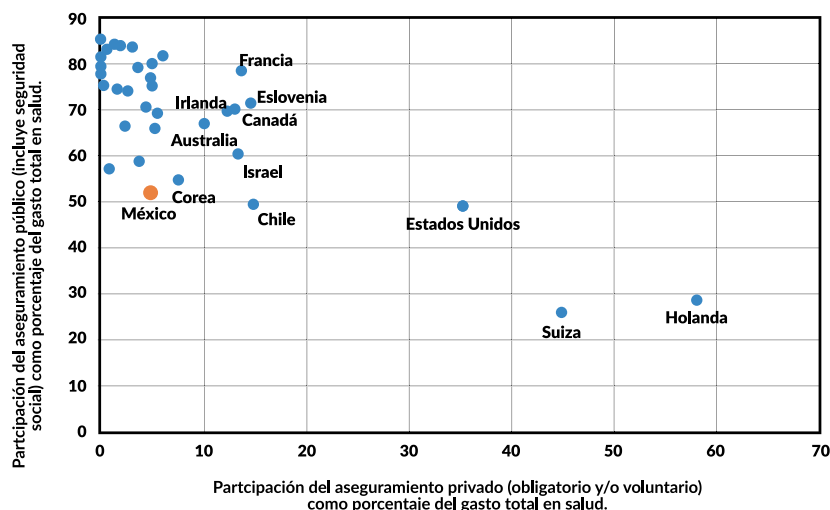
17 Se excluyen asegurados de coberturas dentales para evitar duplicidad en la contabilización de asegurados.

18 Cifras calculadas excluyendo la cobertura de gastos dentales, tanto para GMM como para seguros de salud.

El aseguramiento privado ha mantenido un papel reducido en el sistema de salud. El mercado de aseguramiento privado ha crecido desde la década de los años 1990 y en 2017 cubrió a 7.2% de la población. Entre 2010 y 2017, el valor total de las primas de los seguros de GMM y de salud creció 62.7% en términos reales, aunque como porcentaje del PIB pasó de 0.25% a 0.31%, y el número de asegurados (incluyendo GMM y salud) solamente creció 33.9%. Como porcentaje de la población total, el número de asegurados no ha cambiado mucho en los últimos cinco años y no hay elementos que permitan suponer un crecimiento acelerado en la cobertura en los próximos años.

La penetración del aseguramiento privado en México podría ser mayor, aun cuando el aseguramiento público siga siendo el pilar más importante del sistema de salud. A excepción del caso muy particular de los Estados Unidos, los seguros privados de salud suelen tener un papel complementario o marginal en la gran mayoría de los países de la OCDE. Sin embargo, aún en países donde la participación del aseguramiento público es muy elevada, el aseguramiento voluntario privado puede llegar a tener un papel más relevante. En países como Australia, Canadá, Eslovenia, Francia, Irlanda, Israel, donde el financiamiento a través del aseguramiento público es superior al 60% del gasto total en salud, la participación de los seguros privados (obligatorios y/o voluntarios) es superior a 10% y puede llegar incluso a 12-14% (Gráfica 6). De acuerdo con la OCDE, el seguro privado como seguro secundario o complementario juega un papel en casi todos los países de la OCDE. Por ejemplo, en el caso de Israel, alrededor de 80% de la población cuenta con un seguro privado complementario que cubre servicios no incluidos en el paquete básico de beneficios. En Holanda y Nueva Zelanda, el seguro complementario cubre servicios adicionales como atención dental, fisioterapia, lentes y algunos tipos de medicina alternativa.¹⁹ Una mayor penetración del aseguramiento privado podría darse en México si se busca captar y reordenar al menos una parte del gasto de bolsillo que realizan los hogares.

Gráfica 6. Penetración del aseguramiento voluntario (privado) en salud en países OCDE



Fuente: OECD Health Statistics 2017.

Además del problema estructural de financiamiento del sistema de salud y de la presión financiera derivada del cambio en el perfil de necesidades de salud, por el lado de la oferta, se observan dos tendencias relacionadas con avances científicos y tecnológicos que tienen repercusiones importantes en la forma en que se presta la atención médica, en su efectividad y en los costos asociados. En los últimos años, los avances en la ciencia médica y el desarrollo de nuevas tecnologías que van desde insumos para la salud, como medicamentos y dispositivos médicos, hasta tecnologías de la información y la comunicación, de inteligencia artificial y de análisis de minería de datos, están revolucionando el alcance y la forma en que se ejerce la práctica médica. Algunas de estas tecnologías generan muy buenos resultados en salud, pero a un costo elevado, sobre todo en el corto plazo, por lo que representan una mayor carga financiera para los sistemas de salud; mientras que otras tienen el potencial de modificar la forma en que se organizan y prestan los servicios médicos, y reducir de forma importante los costos para los sistemas de salud.

Por un lado, las nuevas tecnologías en salud se han convertido en un detonador significativo del gasto en atención médica. El flujo de entrada reciente de nuevas tecnologías, principalmente medicamentos y dispositivos médicos innovadores, ha contribuido a mejorar de forma importante las condiciones de salud. No obstante, también se ha convertido en una fuente de presión al alza del gasto en salud. Este efecto se debe a que muchas de las nuevas tecnologías, además de ser de alto costo sobre todo en el corto y mediano plazo mientras tienen protección de patente e inician su proceso de difusión, suelen incorporarse al arsenal de tecnologías en uso sin que sustituyan o reemplacen otras tecnologías, y a que se utilizan de forma innecesaria o inadecuada; por ejemplo, se utilizan en pacientes o en indicaciones terapéuticas en donde los perfiles de seguridad y de efectividad son menores.²⁰ Implícitamente también hay costos asociados al uso inicial de una tecnología y los daños que se generan mientras se aprende a utilizarla. Un análisis en Estados Unidos de los precios de entrada de nuevas tecnologías ajustados por el beneficio terapéutico que generan encontró que dos tercios de las tecnologías innovadoras tienen un precio ajustado por calidad mayor que el precio de las tecnologías ya disponibles en el mercado. Sin embargo, como suele ocurrir conforme se da el cambio tecnológico, los precios en el tiempo tienden a bajar conforme entran otras tecnologías y conforme se dé una mayor competencia terapéutica entre las diferentes alternativas de tratamiento para una condición dada. Esto significa que, si bien el precio de entrada de una nueva tecnología presiona al alza el gasto, en el mediano plazo esta presión puede diluirse si los precios tanto de los productos disponibles en el mercado como el de los innovadores tienden a bajar. Más aún, una eventual reducción en los precios en el caso de nuevas tecnologías que generan buenos resultados en salud, más que compensa el mayor precio pagado inicialmente.²¹ El reto para los pagadores, ya sean seguros públicos o privados, es que conforme pase el tiempo, el beneficio de la innovación también se traduzca en una reducción de costos. Esto implica saber cómo medir los beneficios de las nuevas tecnologías, cómo posicionarse mejor para obtener mejores condiciones de precio, cómo gestionar la entrada de una nueva tecnología y lograr que se utilice de manera óptima y estandarizada en la práctica clínica, así como promover condiciones de competencia.

20 OCDE (2017a); Bach PB (2009).

21 Hult KJ, Jaffe S y Philipson TJ (2017).

En particular, el número de medicamentos innovadores que entran al mercado y el costo de tecnologías de especialidad han aumentado en el tiempo. El ritmo de entrada al mercado de nuevos medicamentos ha aumentado. En Europa, Canadá, Estados Unidos, Japón y Australia, cada año entran al mercado alrededor de 30 medicamentos que contienen nuevas sustancias activas.²² En México, entre 2012 y 2017 se otorgó registro sanitario a 310 medicamentos innovadores, lo que equivale en promedio, a 52 medicamentos nuevos en el mercado por año.²³ La innovación farmacéutica se ha concentrado en áreas de especialidad, tales como: oncología, infectología, neurología, cardiología e inmunología. De hecho, la participación de los medicamentos de especialidad en el gasto total en medicamentos a nivel global aumentó de 19% a 32% entre 2007 y 2017.²⁴ Las nuevas tecnologías también se caracterizan por estar dirigidas a poblaciones muy pequeñas o acotadas, lo que se refleja en un costo elevado por paciente. Es el caso de los medicamentos huérfanos para el tratamiento de enfermedades raras, de medicamentos oncológicos cuya efectividad está vinculada con la presencia de ciertos biomarcadores o genes, y los productos de terapia celular o génica. Entre el año 2000 y el año 2016, la mediana de los precios observados en Estados Unidos de medicamentos oncológicos aumentó cuatro veces.²⁵

El sector salud suele enfrentar una presión inflacionaria superior a la del resto de la economía. Durante los últimos catorce años el crecimiento del índice nacional de precios al consumidor para bienes y servicios de salud ha sido mayor al del índice general (Cuadro 2). Asimismo, el diferencial entre el crecimiento de los precios de la canasta de salud y el crecimiento de los precios de la canasta general se ha ampliado en años recientes, pasando de una diferencia positiva de 0.2 puntos porcentuales al año entre 2003 y 2008, a una diferencia positiva de 0.6 puntos porcentuales entre 2009 y 2016. Dentro de los bienes y servicios de salud, se observa que el componente que típicamente presenta el mayor crecimiento en precios es el que corresponde a productos, artefactos y equipos médicos, con una inflación promedio anual de 5.6% entre 2003 y 2008, y de 5.1% entre 2009 y 2016. Esto es aún más visible cuando normalizamos las tasas de inflación anual para observar su magnitud relativa respecto a la inflación de la canasta general (Gráfica 7). Más aún, durante los dos últimos años la inflación relativa de los bienes y servicios de salud se ha disparado de manera notoria para alcanzar niveles equivalentes a 1.9 y 1.5 veces la inflación de la canasta general.

22 Bujar M, McAuslane N y Liberti L (2017).

23 De acuerdo con cifras de la COFEPRIS sobre la estrategia para la promoción de la innovación. (<https://www.gob.mx/cofepris/es/prensa/impulsa-cofepris-la-innovacion-farmaceutica?idiom=es>). Esta cifra puede incluir no solo nuevas sustancias activas sino también medicamentos con innovaciones marginales nuevas formas farmacéuticas, nuevas formulaciones o combinaciones, o nuevas indicaciones de sustancias activas ya disponibles en el mercado.

24 IQVIA Institute for Human Data Science (2018).

25 OCDE (2017a); Bach PB (2009).

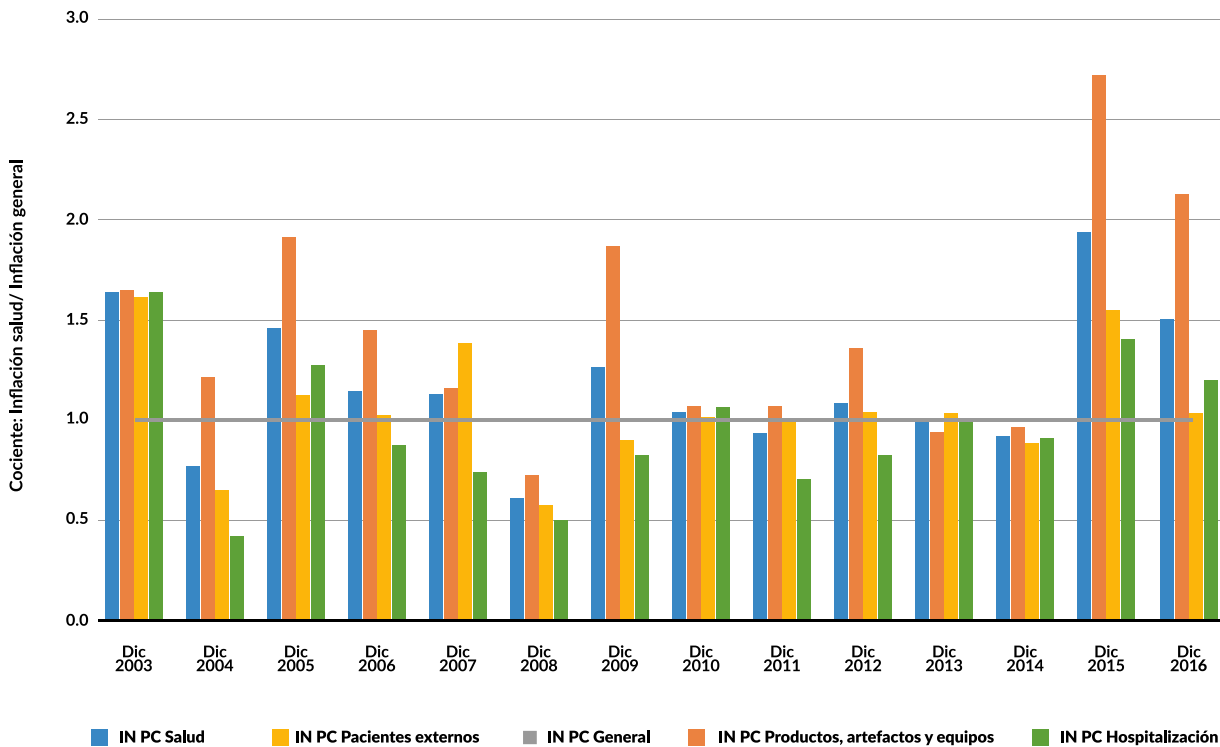
Cuadro 2. Inflación promedio anual diciembre a diciembre para la canasta general y la canasta de salud y sus componentes para los periodos 2003-2008 y 2009-2016

Fecha	INPC General	INPC Salud	Componentes del INPC Salud		
			Productos, artefactos y equipos*	Pacientes externos	Hospitalización
Dic 2003 - Dic 2008	4.5%	4.7%	5.6%	4.4%	3.7%
Dic 2009 - Dic 2016	3.6%	4.2%	5.1%	3.7%	3.5%

* En este componente se incluyen medicamentos.

Fuente: Elaboración propia con base en información del INEGI para los índices nacionales de precios al consumidor por clasificación del consumo individual por finalidades (CCIF).

Gráfica 7. Inflación relativa anual diciembre a diciembre para la canasta de salud y sus componentes para los periodos 2003-2016. Inflación relativa para la canasta general = 1.0



Fuente: Elaboración propia con base en información del INEGI para los índices nacionales de precios al consumidor por clasificación del consumo individual por finalidades (CCIF).

La combinación del nuevo perfil de enfermedades y los costos crecientes de las nuevas tecnologías en salud, sobre todo las de especialidad, generan presión sobre los aseguradores públicos. En el caso del tratamiento de enfermedades que involucran altos costos de atención o que generan gastos catastróficos, la cobertura suele recaer en terceros pagadores. Así, los aseguradores públicos y privados se convierten en la única opción de acceso a tratamiento para los pacientes, siempre y cuando cuenten con estas coberturas. En el caso del IMSS, por ejemplo, el costo de la atención de seis enfermedades crónico-degenerativas de alto impacto financiero correspondiente a 7.2 millones de pacientes (11.2% de la población total derechohabiente), equivale a 29% del total de ingresos del Seguro de Enfermedades y Maternidad. Estas enfermedades son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica como complicación de las dos primeras, y tres tipos de cáncer: mama, cérvico-uterino y próstata.²⁶ En el caso del SP, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos cubre 61 intervenciones consideradas como gastos catastróficos por su alto costo y complejidad.²⁷ El gasto en medicamentos antirretrovirales y la atención de cáncer de mama representan alrededor 60% del monto total anual que se eroga a través de este fondo. Asimismo, la demanda de medicamentos de alto costo se está concentrando de manera creciente en el sector público, incluyendo, entre otros: interferones, inmunoglobulinas, oncológicos y productos para terapia hormonal citotástica, agentes inmunoestimulantes e inmunosupresores, antihemorrágicos, antitrombóticos y algunas hormonas.²⁸

... y también generan presión financiera sobre los seguros privados. En el caso del sector asegurador privado, se observa también una concentración importante del gasto en enfermedades asociadas con costos elevados y gastos catastróficos. En 2016, 61% del monto total de siniestros se concentró en tan sólo 2.1% de los asegurados y en los siguientes grupos de enfermedades: cáncer, enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo, traumatismos, envenenamientos y otras causas externas, enfermedades del sistema circulatorio, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas, afecciones del periodo perinatal y malformaciones congénitas, deformidades y anomalías congénitas.²⁹ Los seguros médicos privados se enfrentan al pago de siniestros de mayor duración y de mayor costo anual. En casos extremos, el pago del siniestro es mayor a veinte años, y el costo anual puede ser por arriba de 10 millones de pesos. En los siniestros relacionados con cáncer, el monto promedio anual pagado por caso es de poco menos de 300 mil pesos, pero dependiendo del tipo específico de cáncer puede alcanzar casi un millón de pesos.³⁰

El aseguramiento privado presenta limitaciones importantes, pero también enfrenta una presión en costos superior a la presión inflacionaria del resto de la economía y de la canasta de bienes y servicios comprendida en el subíndice de precios de salud. Los esquemas tradicionales de seguros de GMM tienen varias limitaciones: no son asequibles para toda la población; no incorporan en la práctica elementos que permitan promover la atención preventiva (por regulación no podían hacerlo antes del 2015); están desvinculados de la atención primaria: no permiten gestionar adecuadamente el tipo de atención que se requiere, y no permiten

26 IMSS (2017).

27 Incluyendo varios tipos de cáncer en niños y en adultos, trasplante renal en niños, de médula ósea y de córnea, cuidados intensivos neonatales, malformaciones congénitas, quirúrgicas y adquiridas, y algunas enfermedades metabólicas, incluyendo enfermedades, y VIH. Secretaría de Salud (2018).

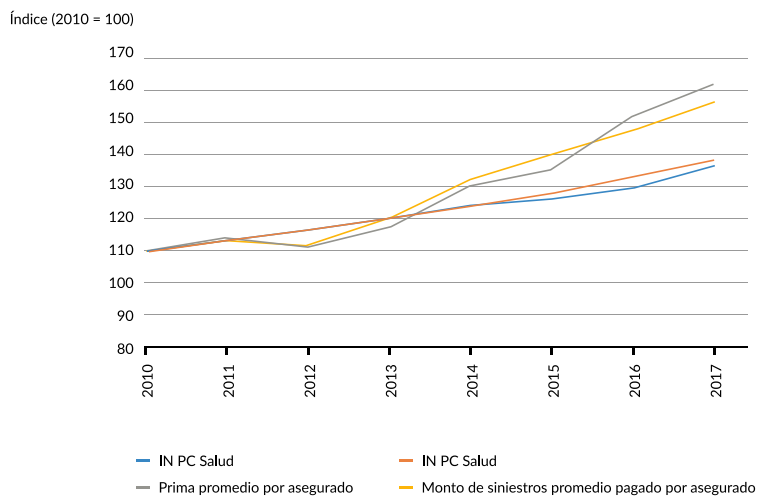
28 Funsalud (2013).

29 AMIS. Indicadores de padecimientos de gastos médicos mayores.

30 AMIS. Estudios siniestros catastróficos.

captar y ordenar el gasto de bolsillo. Estas características, aunadas al cambio epidemiológico y demográfico, al hecho de que la demanda por servicios médicos asociada a la cobertura de GMM suele ser más compleja y de mayor costo, y a las condiciones prevalecientes en el mercado de servicios médicos privados reflejadas en precios elevados y crecientes, resultado de la falta de una regulación y supervisión efectiva de la seguridad y calidad de la práctica médica, de la falta de apego a protocolos y de instrumentos que permitan contener costos de medicamentos y dispositivos médicos en hospitales, y de falta de información para evaluar la calidad de los servicios, hacen que los esquemas de GMM enfrenten presiones financieras superiores a la inflación general y también superiores a la inflación reportada por el componente de salud del índice nacional de precios al consumidor (INPC). En los últimos cinco años, el monto promedio pagado por siniestro y el costo promedio de la prima por asegurado han aumentado a un ritmo mayor que el crecimiento observado para el índice nacional de precios al consumidor y su componente de salud (Gráfica 8). Mientras que la inflación general y la inflación del componente de salud han aumentado anualmente alrededor de 4%, el monto de siniestros que se paga por asegurado en promedio aumentó anualmente 6.4%. Asimismo, la siniestralidad se estima por arriba de 70% para el seguro de GMM, cuando el nivel técnicamente sustentable para este tipo de cobertura sería de 65%.³¹

Gráfica 8. Evolución del índice de precios de mercado, prima promedio y monto de siniestros promedio pagado por asegurado *



* Cifras de prima promedio por asegurado y monto de siniestros promedio pagado por asegurado consideran solamente los esquemas de GMM excluyendo la cobertura dental.

Fuente: Elaboración propia con información de AMIS e información del INEGI para los índices nacionales de precios al consumidor general y del componente salud.

Bajo la tendencia actual en el crecimiento de los costos pagados por las aseguradoras y de las primas, el modelo tradicional de GMM será insostenible. Entre 2013 y 2015, el crecimiento en los montos promedio pagados por siniestros fue superior al crecimiento en el costo promedio de la prima. Sin embargo, en los últimos dos años, el crecimiento en la prima promedio ha sido superior al crecimiento del monto que se paga en promedio por asegurado. En parte, la diferencia entre la prima promedio y el monto promedio pagado por asegurado se explica porque la primera se define de forma prospectiva para cubrir reclamaciones futuras tomando en cuenta la siniestralidad pasada, pero también se considera el aumento esperado en los costos de los servicios médicos pagados por las aseguradoras, incluyendo los costos esperados de nuevas tecnologías en salud (medicamentos y dispositivos médicos); los requerimientos de capital para cubrir desviaciones en la siniestralidad promedio, y el aumento proyectado en la esperanza de vida. Esta brecha refleja en parte la forma en que el sector asegurador se ha ido ajustando a las condiciones de salud de la población asegurada y a la escalada en costos de los servicios médicos privados y los insumos médicos que son consumidos por los asegurados. Bajo esta lógica, sin un cambio significativo en el modelo tradicional de GMM, y elementos que ayuden a contener el precio de nuevas tecnologías y de medicamentos, a transparentar los costos de la atención privada e incentivar una mejor calidad de la práctica médica, éste se volverá financieramente inviable. Conforme las primas aumenten cada vez más, menos gente podrá adquirirlas y el mercado difícilmente alcanzará la escala necesaria para diversificar los riesgos de manera óptima.

En el modelo tradicional de GMM, los seguros privados se ven obligados a fungir meramente como “tomadores de precios” ante los proveedores de servicios y de insumos en el sector privado. El modelo actual se limita a reembolsar gastos con poca participación en la gestión de la salud de los asegurados, incluyendo compra de servicios específicos. En la medida en que se han presentado solicitudes de reembolso que implican gastos catastróficos, las empresas aseguradoras han tenido que desarrollar mecanismos para validar mejor los casos sujetos de reembolso y autorizar el pago de determinados servicios o terapias. Estas medidas buscan limitar los casos de solicitudes de reembolso fraudulentas. Sin embargo, estas medidas están lejos de hacer que los seguros de GMM operen realmente como gestores de la salud de la población asegurada. Y están muy lejos de ayudarles a gestionar mejor el reembolso de tratamientos que incluyen nuevas tecnologías de alto costo, sin una regulación adecuada y supervisión sobre la calidad de la práctica médica, el apego a protocolos y medidas para contener los costos de medicamentos y dispositivos médicos en hospitales.

La falta de información y el predominio del pago por servicio como forma de pago en el sector privado son un obstáculo para la toma de decisiones de pacientes y aseguradoras, y para la alineación del gasto hacia mejores resultados en salud. El sector privado en México es grande, fragmentado y heterogéneo, con calidad y costos muy variables no sólo entre proveedores (consultorios médicos, hospitales, farmacias, laboratorios, etc.) sino incluso entre especialidades. No se tiene información completa y detallada sobre la calidad de los servicios médicos privados que permita a los pacientes tomar las mejores decisiones. Por ejemplo, no existen indicadores hospitalarios que puedan ser consultados públicamente como incentivo a la calidad y eficiencia en la atención médica, así como a la competencia sana entre proveedores. Por otro lado, la forma predominante de pago en el sector privado es el pago por servicio. Esta forma de pago, en un entorno donde además los distintos tipos de servicio y niveles de atención están desvinculados, incentiva la sobreutilización de los servicios y desincentiva la optimización de los recursos o la alineación entre el uso de recursos con los resultados en sa-

lud. Asimismo, bajo la estructura actual del sector privado, no existen tampoco incentivos ni mecanismos para alinear la práctica clínica y la prescripción con criterios de costo-efectividad. Los profesionales de la salud ni los proveedores de servicios hospitalarios no están sujetos al cumplimiento de protocolos o a la adherencia a guías clínicas o evidencias sobre costo-efectividad. Esto, aunado a la falta de articulación entre los distintos eslabones de la atención médica y los diferentes tipos de servicios abre la oportunidad a un uso ineficiente de recursos, a prácticas de mala calidad, y a abusos y fraudes.

En particular, la falta de información sobre la calidad y el costo detallado de los servicios privados impide a las aseguradoras dar un paso adelante hacia una mejor gestión y compra de servicios para sus asegurados. Por la naturaleza de la cobertura de los esquemas de GMM, la proveeduría de servicios hospitalarios es muy relevante. Los pagos directos a hospitales representan casi la mitad del monto total pagado por siniestros, seguidos por honorarios médicos (23%), medicamentos dispensados en entorno ambulatorio (18%), servicios auxiliares de diagnóstico fuera de hospitales (6%), y otros (ambulancias, enfermería) 6%.³² Las aseguradoras han buscado categorizar el costo de sus pólizas de acuerdo con el tipo de proveedores hospitalarios privados a la cual puede tener acceso el asegurado. Así, 45.5% de los casos se concentran en hospitales que corresponden a unidades de alta especialidad, mayores de 50 camas, que cuentan con servicios de apoyo diagnóstico de alta tecnología.³³ Sin embargo, esta segmentación no está sustentada en una evaluación detallada de la calidad ni en un análisis detallado de los costos por servicio, intervención o insumo. Los errores o consecuencias de una práctica clínica de calidad subóptima suelen ser pagados por las aseguradoras privadas. Es el caso, por ejemplo, de reingresos hospitalarios innecesarios o de estancias hospitalarias prolongadas más allá de lo necesario por complicaciones injustificadas o infecciones nosocomiales. La regulación vigente impide a las aseguradoras limitar la cobertura a proveedores específicos lo que opera como obstáculo adicional para ejercer de forma creíble su poder de compra. Las aseguradoras no cuentan con acceso a información sobre el manejo del paciente que permita valorar la calidad de la atención. Y cuando se logra tener esta información, es susceptible de haber sido modificada por parte del hospital o los médicos en aras de buscar la procedencia del reembolso. Los incentivos a modificar la información juegan en contra de las aseguradoras en quienes recae la carga de la prueba ante la autoridad. Sin información completa o fidedigna que permita tomar mejores decisiones sobre la compra de servicios y terapias en concordancia con las necesidades del paciente, el sector asegurador está atado de manos para buscar que cada peso devengado por caso logre la mayor ganancia posible en salud. Contando con mejor información, el sector asegurador privado podría explotar mejor su papel como tercer pagador para inducir a que los proveedores de servicios médicos privados respondan de forma que se integre y coordine la atención, y se reduzca el uso innecesario de ciertos servicios; en suma, a promover la estandarización y una mejor calidad de la atención.

La concentración creciente de algunos grandes hospitales privados pudiera ser un factor que debilite aún más la capacidad de los aseguradores privados para optimizar la compra de servicios médicos en comparación con lo que se observaría en un mercado con más información y mayor concurrencia. De acuerdo con la información más reciente del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), en 2016 había 2,906 hospitales privados en el país. De es-

32 González Block MA, et al (2017).

33 González Block MA, et al (2017).

tos, 84% están clasificados como hospitales generales, 11% como hospitales de ginecoobstetricia y el 5% restando como hospitales de pediatría, psiquiatría, traumatología y otras especialidades.³⁴ México es de los países con mayor número de hospitales privados. Por cada hospital público hay 2.5 hospitales privados, aunque en número de camas, hay mayor equilibrio entre la oferta hospitalaria pública y privada.³⁵ Esto se explica porque la gran mayoría son hospitales pequeños: 82% tiene menos de 15 camas, 15% tiene de 15 a 49 camas y solamente 3% tiene más de 50 camas. La atención de especialidad se concentra en los hospitales grandes de más de 50 camas, de los cuales casi la mitad está albergada en la Ciudad de México.³⁶ Aunque el número total de hospitales privados en México es muy grande, en los últimos años se observa una tendencia hacia la concentración o agrupación de hospitales. Del PIB hospitalario, 64% está concentrado en 3.2% unidades hospitalarias privadas. Del total de casos pagados bajo esquemas de GMM, 48.9% se concentra en 26 hospitales y poco más de la mitad son atendidos por ocho grupos hospitalarios. En la Ciudad de México y su zona conurbada se atiende 41% de los casos, los cuales se concentran en solo 10 hospitales pertenecientes a 6 empresas.³⁷ La concentración pudiera inhibir la competencia y la competitividad del sector hospitalario.

Al mismo tiempo, se vive actualmente una revolución tecnológica que está generando tecnologías disruptivas que se traducirán en una nueva forma de ejercer la medicina, caracterizada por ser predictiva, preventiva, personalizada y participativa. Los avances en la medicina genómica y la fármaco-genómica, la inteligencia artificial, la tecnología informática y de la comunicación, la capacidad informática de analizar grandes cantidades de información y hacer minería de datos, son elementos que están transformando a un ritmo muy acelerado la práctica médica. Actualmente se cuenta con mejores modelos de la enfermedad y con información genética -a nivel poblacional y del propio paciente- que no sólo permiten predecir el riesgo individual de desarrollar una enfermedad en algún momento dado, o predecir la efectividad o efectos adversos que podría tener un tratamiento, sino que también permiten tomar medidas muy específicas para mantener la salud. Con esta información, es posible identificar factores o conductas necesarias para prevenir la ocurrencia o empeoramiento de una enfermedad. Así, se están desarrollando formas innovadoras para diagnosticar y hacer tamizaje de factores de riesgo genético, conductuales y de su interacción, así como de síntomas tempranos de varias enfermedades. La posibilidad de predecir el riesgo, el inicio o fase incipiente de una enfermedad o la respuesta de un paciente ante un tratamiento determinado, y de poder tomar medidas preventivas caso por caso, implica que la medicina será más cada vez más personalizada. Las indicaciones médicas, los tratamientos y los resultados en salud pueden ser muy distintos entre pacientes con una misma enfermedad, y los criterios y guías clínicas respecto a lo que funciona o no entre pacientes dejarán de ser un único estándar aplicable a toda la población. Finalmente, en la medida en que el paciente tenga y genere continuamente más información sobre su propia salud, y sobre el margen para hacer cambios que permitan mitigar o eliminar ciertos riesgos de enfermedad futura, su participación se vuelve aún más relevante. La relación tradicional donde la información y la responsabilidad recaía solamente del lado del profesional médico está quedando atrás. Bajo el nuevo contexto, el paciente -en tanto dueño de su información - debe participar de forma más activa en su autocuidado y en

34 INEGI. Salud en establecimientos particulares.

35 OCDE (2016).

36 INEGI. Salud en establecimientos particulares.

37 González Block MA, et al (2017).

la toma de decisiones con su médico.

La información generada a través de nuevas pruebas genéticas predictivas y diagnósticas puede ser aprovechada para administrar mejor el flujo de nuevas tecnologías y evitar la presión en costos en beneficio tanto de los aseguradores como de los asegurados. Esta revolución tecnológica puede ayudar a reducir significativamente los costos de la atención y mejorar los resultados en salud en el futuro. Las nuevas terapias farmacológicas, pruebas genéticas y de diagnóstico pueden ayudar a mejorar dramáticamente los resultados en salud cuando se dan al paciente adecuado. El uso de la telemedicina con las nuevas herramientas de comunicación móvil puede reunir a un costo muy bajo y de forma más oportuna y conveniente a diferentes prestadores de servicios y pacientes. De forma similar algunas aplicaciones de salud digital pueden coadyuvar a la eficacia de distintos profesionales y prestadores de servicios y a un mejor flujo de información entre pacientes, proveedores de servicios y pagadores. Estas aplicaciones pueden ayudar a reducir costos también cuando motivan a que el paciente sea más responsable y proactivo con respecto a su salud, por ejemplo, cuando promueven la adherencia terapéutica o el buen control de algún indicador como azúcar en sangre, a un costo muy bajo de operación.³⁸

Estas transformaciones tendrán como resultado implicaciones profundas sobre la forma en que se brinda la atención médica. Con las nuevas capacidades para analizar una multiplicidad de datos biológicos y los avances en genómica se han desarrollado nuevos modelos de enfermedades que permiten predecir de mejor forma los factores que generan riesgos que son susceptibles de manipulación genética: asimismo la farmacogenética permite contar con terapias “blanco” muy específicas para cada paciente y en general la medicina molecular está ayudando a personalizar los tratamientos con base en la medición de marcadores clínicos previos al tratamiento. Los perfiles genéticos aportan información que permiten tener un mayor conocimiento sobre la vulnerabilidad de las personas ante ciertos padecimientos y sobre cuáles intervenciones preventivas y curativas tienen una mayor posibilidad de éxito para cada paciente. El mayor conocimiento sobre los riesgos de salud de un individuo y sobre las intervenciones de salud que le son más efectivas debieran traducirse en beneficios considerables a su estado de salud.

Esta revolución tecnológica es un reto para el sector asegurador privado porque modifica sustancialmente las premisas del modelo de aseguramiento tradicional. La misma información que ofrece nuevas oportunidades para el paciente tiene el potencial de ser utilizada para negar una cobertura de aseguramiento a un individuo o para incrementar la prima que paga, con el posible efecto último de limitar su acceso a servicios de salud. Para que un mercado de aseguramiento típico opere de forma eficiente es necesario que no existan asimetrías de información entre el asegurador y el paciente, es decir que ninguna parte tenga más información que la otra con respecto a los riesgos cubiertos por el seguro. Cuando el asegurador tiene más información con respecto al riesgo o condición de salud del asegurado, tiene incentivos para seleccionar o “descremar” el riesgo. Esto es, evitar cubrir a poblaciones que representan un alto riesgo y promover el aseguramiento de las personas sanas o de bajo riesgo, lo que tiene implicaciones serias en equidad. Cuando el asegurado tiene información adicional sobre su riesgo de enfermar, tiene incentivos a buscar de forma anticipada la cobertura de un seguro que le permita enfrentar el costo de atender la enfermedad y de no hacer visible su riesgo para

38 IQVIA Institute for Human Data Science (2018).

evitar ser rechazado o para evitar el pago de una prima mayor.³⁹ En última instancia y paradójicamente, un individuo pudiese llegar a concluir que es óptimo ocultar su información genética o simplemente no realizarse ningún perfil genético para garantizar su elegibilidad como asegurado actual o futuro. La disyuntiva presentada por esta abundancia de información representa un reto importante para cualquier sistema de aseguramiento, puesto que surge la necesidad de definir con claridad las reglas de uso de tal información, así como las reglas para la resolución de conflictos cuando distintos usos no estén armonizados entre ellos. Algunos países han definido reglas claras para reducir la incertidumbre sobre este tema desde hace varios años, por lo que es de esperar que en México se legisle al respecto en el futuro inmediato.⁴⁰

Es necesario contar un marco regulatorio acorde que proteja los derechos de los asegurados, y la privacidad y propiedad de su información genética y clínica, a la vez que minimice la selección adversa y sus consecuencias. El sector asegurador deberá participar activamente cuando se promueva el cambio regulatorio. Estas nuevas tecnologías, bien aprovechadas, pueden ayudar a obtener mejores resultados en salud y sustentabilidad financiera bajo un nuevo modelo de gestión de riesgos. El reto es diseñar esquemas donde convivan la no discriminación con base al perfil genético de los asegurados, con las ventajas terapéuticas y preventivas que derivan de una mayor información sobre sus riesgos.

En suma, el modelo público está roto en el sentido de que no ha logrado resolver del todo la inequidad e ineficiencia resultado de la fragmentación y de la persistencia del gasto de bolsillo, y el reto es cómo establecer nuevas premisas que permitan abordar la problemática en salud bajo una nueva perspectiva. Con el SP ha sido posible aumentar de forma importante el gasto para población no asegurada, pero los ingresos fiscales son limitados y múltiples objetivos de política compiten por ellos por lo que la posibilidad de aumentar el gasto público al menos en el corto plazo es limitada. Asimismo, como lo señala el estudio más reciente de la OCDE sobre el sistema de salud en México, los escasos recursos que se tienen no se usan de forma eficiente. El informe señala que no se tiene un sistema de atención primaria como el que se requiere para atender el nuevo perfil de necesidades. Ante el deficiente sistema de atención primaria, la población termina por buscar atención por episodios en las salas de urgencias de hospitales y de forma más reciente a través de los consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. Como resultado hay una pérdida de oportunidades para brindar una atención preventiva y coordinada, lo que hace al sistema muy ineficiente.⁴¹

... pero el modelo del sector asegurador privado también está roto, y el reto principal es cómo reinventarse para ser un jugador financieramente viable pero más eficaz en el sistema de salud. El sector asegurador enfrenta el reto de decidir si se mantiene como está en espera de que eventualmente se agote su mercado o si se mueve hacia un nuevo modelo de aseguramiento distinto al de GMM. La alternativa de mover el modelo hacia el modelo existente de los seguros de salud (ISES) se considera inviable y poco deseable toda vez que estos esquemas, a 18 años de su creación, no han sido tan exitosos como se esperaba por varias razones que van desde una regulación que se percibe excesiva puesto que está pensada en proveedores

39 Este fenómeno, conocido como selección adversa, genera distorsiones en los costos del aseguramiento y pone en riesgo su sustentabilidad financiera toda vez que las poblaciones con mayor riesgo son las que tienden a buscar asegurarse.

40 Como ejemplos de lo anterior, en los Estados Unidos se votó la *Genetic Information Nondiscrimination Act* en 2008. Canadá votó por una Ley similar en 2017.

41 OCDE (2016).

de servicios y no en aseguradores; falta de adecuación del modelo con base en el cual fueron creadas las ISES a la realidad de los sectores público y privado de salud; falta de incentivos financieros y la prevalencia de altos costos de la atención médica que se trasladan también a la atención preventiva; hasta falta de redireccionamiento de las propias aseguradoras hacia una visión más amplia de su papel como gestores de la salud de sus asegurados. Por ello, moverse hacia un nuevo modelo implicaría modificar drásticamente el funcionamiento actual de las aseguradoras para ir a buscar nuevas poblaciones, diseñar nuevos productos que sean asequibles, que privilegien la prevención, que permitan captar y reordenar de una forma más eficiente y equitativa una buena parte del gasto de bolsillo, que sean financieramente sustentables y cuyo desempeño se vincule de forma directa con resultados en salud. Esto implica que el sector asegurador privado debe repensar también su relación con respecto al sector público e identificar aquellas áreas en donde puede haber complementariedad en beneficio de la población y aquellas en donde puede ofrecer a la población alternativas con respecto a la oferta del sector público. En su evaluación más reciente sobre el sistema de salud en México, la OCDE sugiere que el aseguramiento privado podría tener un papel útil como seguro secundario que preserve el acceso a servicios que desde el punto de vista de la sociedad tienen un valor marginal, pero que son muy valorados por los individuos.⁴² Este enfoque ayudaría a captar parte del gasto de bolsillo que ya realizan los hogares, y desarrollarlo requeriría un análisis más profundo de los requerimientos legales, financieros y operativos para ponerlo en marcha en coordinación con los seguros públicos, así como un análisis cuidadoso respecto al posible impacto en equidad.

Los seguros privados enfrentan el reto de cómo adecuar el modelo de aseguramiento con base en una reformulación de la gestión del riesgo y aprovechar el cambio tecnológico resultante a su favor. Una nueva visión del aseguramiento debe enfocarse en prevenir y administrar el riesgo y no sólo en mitigarlo. Debe anticiparse y usar a su favor información que permita al asegurado mantener su salud lo mejor posible, y cuando enfermo, lograr el control adecuado. Un primer paso es invertir estratégicamente en ciertas tecnologías y promover la generación de marcos legales, instrumentos y estándares que permitan utilizar la información de forma transparente, con respecto al paciente y de manera homogénea. La tecnología que ayuda a organizar mejor los sistemas de salud es la mejor forma de usar la tecnología en sí.⁴³ El sector asegurador privado tiene la oportunidad de aprovechar el cambio tecnológico a su favor, especialmente cuando permite medir resultados. Por ejemplo, el uso de análisis de datos puede ser muy útil para generar evidencia sobre efectividad de intervenciones en entornos del mundo real en vez de ensayos clínicos. Esta evidencia es central para establecer el verdadero valor de una intervención y por lo tanto la disposición a pagar por él.

En el capítulo siguiente se plantea una serie de propuestas que buscan responder a los retos presentados, bajo una perspectiva de largo plazo.

42 OCDE (2016).

43 Skinner JS (2013).

CAPÍTULO 3.

Propuestas

Para enfrentar los retos descritos en el capítulo previo, se plantea una serie de propuestas organizadas en tres grupos. El primer grupo incluye propuestas en donde el sector asegurador privado puede colaborar con el sector público para lograr un objetivo de política pública compartido: brindar protección financiera y dar mayor peso a la prevención. El segundo grupo incluye propuestas dirigidas al sector asegurador privado con el fin de transitar hacia modelos más sustentables financieramente y de valor para la población. El tercer y último grupo considera propuestas para establecer instrumentos para mejorar el desempeño y la eficiencia del aseguramiento en salud; algunas de estas propuestas son relevantes no sólo para el sector asegurador privado sino para el sistema de salud en su conjunto. Las propuestas planteadas a continuación deben verse bajo una visión prospectiva y no como medidas de corto plazo.

1. Colaboración con el sector salud

1.1 Eliminar el tope de deducibilidad del aseguramiento privado

Como parte de la reforma fiscal a la Ley del Impuesto sobre la Renta (LISR) que entró en vigor el 1º de enero del año 2014, se estableció un límite al monto de gasto que puede ser sujeto de deducibilidad por concepto de gastos de bolsillo médicos y hospitalarios, así como de pago de primas de seguros médicos, complementarios o independientes a los proporcionados por las instituciones públicas de salud.⁴⁴ El límite actual establece que el monto total de las deducciones no podrá exceder de la cantidad que resulte menor entre cinco salarios mínimos generales elevados al año, o del 15% del total de los ingresos del contribuyente, incluyendo aquéllos por los que no se pague el impuesto.⁴⁵ Si bien esta medida ha generado un ahorro fiscal, también ha generado que un porcentaje de los gastos de bolsillo se dejen de facturar y declarar, alentando la informalidad, además de operar como desincentivo al aseguramiento. Cuando la población opta por adquirir pólizas de seguros privados libera presión sobre la demanda de servicios públicos y canaliza gasto a través de un seguro en vez de canalizarlo mediante gasto de bolsillo.

El aseguramiento es una mejor forma de financiar los servicios médicos en comparación con el gasto de bolsillo. A su vez, los incentivos fiscales pueden ser un instrumento útil para promover el consumo de determinados bienes y servicios. El objetivo de la propuesta es colaborar para establecer una política de deducibilidad que además de incentivar el aseguramiento, lo promueva bajo esquemas con cobertura integral y prospectiva. Reintroducir la deducción

44 Último párrafo del artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta.

45 El monto límite actual se modificó con la reforma a la Ley del Impuesto sobre la Renta que entró en vigor en enero del año 2017.

fiscal del pago de pólizas de seguros médicos sin estar sujeta a un límite como se establece actualmente en el artículo 151 de la Ley del Impuesto sobre la Renta sería un incentivo para que la población adquiriera una póliza de seguro médico. Eliminar el tope de deducción no generaría un costo fiscal mayor porque el gasto fiscal relacionado con el pago de primas se compensaría en parte por los impuestos que se pagarían por las primas, los impuestos que pagan las aseguradoras por el resultado financiero de los seguros médicos, y los impuestos que pagarían por los proveedores de servicios médicos y hospitalarios que se formalizarían a través del seguro. Además, se tendría mejor control fiscal, ya que a través de las aseguradoras se verificaría que la erogación del gasto se haya realizado, y se desalentaría el uso de efectivo al haber mayor número de movimientos a través del sistema financiero.

1.2 Analizar la pertinencia de actualizar la regulación como la base para establecer una colaboración más estrecha entre el sector público y el sector asegurador privado

El sector asegurador privado es uno de los sectores económicos más regulados, no sólo en México sino en el mundo. La regulación ha permitido establecer reglas claras del juego y asegurar la solvencia financiera del sector. En México, es uno de los sectores más sólidos, y la regulación es un instrumento esencial para su buen funcionamiento. En materia de salud, dos reformas al marco regulatorio buscaron motivar un papel del sector asegurador privado mucho más alineado con el objetivo de dar protección financiera bajo un modelo más acorde con los objetivos del sistema de salud: la reforma a Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros en 1999 que crea las ISES y la Nueva Ley de Seguros y Fianzas que entró en vigor en 2015 permitiendo a los GMM reembolsar gastos médicos preventivos. En particular, la creación de las ISES buscó crear un modelo en donde la cobertura fuese más prospectiva y enfocada a mantener la salud del asegurado en vez de solamente reembolsar o indemnizar el gasto erogado por causa de enfermedad o daño a la salud. Tras la reforma del 2015, algunos productos en el mercado se han modificado para cubrir exámenes y pruebas de diagnóstico, pero no se ha logrado cambiar de fondo la lógica del seguro de GMM. Ante el nuevo panorama de salud, se requiere un modelo más completo que permita integrar intervenciones de atención primaria en las coberturas, incidir en conductas y estilos de vida de forma más efectiva y lograr una mejor gestión clínica del paciente.

Ambas reformas han tenido objetivos correctos, pero en la práctica no han logrado los resultados esperados. Más allá de que en este documento se incluyen otras propuestas orientadas a propiciar un cambio en el modelo de aseguramiento privado en México que emane del propio sector asegurador, se propone llevar a cabo, en conjunto con la autoridad, una revisión de la regulación vigente bajo una perspectiva más acorde con el nuevo papel que busca tener el sector y evaluar posibles modificaciones a la regulación de seguros, incluyendo la regulación de las ISES. Como parte de esta revisión, se buscaría identificar y proponer mejoras en aquellas áreas de la regulación que permitan priorizar un enfoque de aseguramiento integral y que privilegie la utilización de servicios preventivos, así como una mejor articulación operativa entre los esquemas públicos y privados. Esta revisión debe enriquecerse con las lecciones aprendidas de la experiencia de las ISES y la reforma del 2015. La demanda por atención preventiva responde a la expectativa, no de eventos adversos inmediatos, sino de eventos adversos alejados en el tiempo y, por ello, la población percibe una menor vulnerabilidad financiera para hacer frente a intervenciones preventivas. La regulación y las políticas deben entonces

enfocarse a permitir al sector asegurador fortalecer su papel como organizador indirecto del mercado privado de servicios de salud a través de su papel como pagador y comprador de servicios, e incidir para contener los costos de la atención primaria y secundaria, a través de un sistema más organizado y eficiente. Debe considerar también una visión más prospectiva con base en las tendencias internacionales en lo que se refiere a fusiones, alianzas e integración vertical entre aseguradores y prestadores de servicios; y las nuevas tecnologías que utilizan o generan información sobre el asegurado y sus riesgos.

1.3 Permitir que la población trabajadora formal no asalariada pueda optar por el aseguramiento privado en salud, siempre y cuando se preserve la solidaridad en el financiamiento y se garantice la cobertura de un esquema integrado y preventivo de atención médica

Los trabajadores formales no asalariados, es decir que no necesariamente tienen una relación laboral subordinada y sujeta al pago de salarios, representan el 18% (6.9 millones) de un total de 38.6 millones de personas ocupadas fuera de la informalidad. De estos 6.9 millones, 4.2 millones (60.2%) son trabajadores por cuenta propia, 1.3 millones (18.8%) son trabajadores subordinados con percepciones no salariales, y 1.5 millones (21.1%) son empleadores.⁴⁶ Aquí se incluye, por ejemplo, a médicos, contadores y comisionistas, que en el ejercicio libre de la profesión trabajan por su cuenta; que son trabajadores formales en la medida en que son sujetos del pago de Impuesto sobre la Renta (ISR) como personas físicas con actividad empresarial o profesional, y que tienen capacidad de pago. La población trabajadora formal no asalariada cuenta con la opción de afiliarse al Seguro Popular de Salud o de afiliarse al IMSS bajo las distintas modalidades de incorporación voluntaria previstas en la Ley del Seguro Social (LSS), incluyendo al Seguro de Salud para la Familia y aquellas definidas para grupos de población específicos en el artículo 13 de la LSS. Sin embargo, en la práctica la cobertura de esta población a través de dichos esquemas es limitada.

La propuesta consiste en abrir la posibilidad de que los trabajadores formales no asalariados con capacidad de pago puedan optar por la cobertura médica a través de un seguro privado de salud contando con el apoyo de la cuota social a cargo del Gobierno Federal. Bajo criterios de equidad fiscal se propone permitir la opción de que estos trabajadores adquieran un seguro privado y reciban la aportación a cargo del Gobierno Federal en los mismos términos establecidos para las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad de la LSS o de la cuota social por persona que establece la Ley General de Salud para el SP. La posibilidad de optar por un seguro privado estaría sujeta a la necesidad de preservar el componente solidario en el financiamiento de la atención médica por parte de las instituciones públicas de salud, y a que la cobertura del seguro privado incorpore una atención integral de salud, incluyendo acciones de promoción y prevención. También estaría sujeta a que se establezca un sistema de conciliación de registros de asegurados para garantizar que la cuota social se pague una sola vez por asegurado, cuando se cuente con doble aseguramiento (vía SP o Seguro de Salud para la Familia, y seguro privado).

46 INEGI (2018c).

1.4 Permitir que el sector privado participe en la articulación o gestión activa de pacientes con enfermedades crónicas cubiertos bajo esquemas de aseguramiento público

Atender pacientes con enfermedades crónicas es complejo ya que suelen ser pacientes con más de una enfermedad al mismo tiempo, necesitan servicios médicos en distintos niveles de atención (ambulatoria y hospitalaria) y requieren distintos tipos de servicios incluso dentro de un mismo nivel de atención, por lo que son varios profesionales de la salud quienes intervienen en el proceso de atención médica. Hay una serie de factores que pueden impedir que se dé una atención de calidad y lograr los mejores resultados en salud para estos pacientes, así como hacer un uso eficiente de los recursos. Estos factores incluyen: la segmentación institucional y la falta de coordinación entre niveles de atención; el hecho de que un mismo paciente reciba indicaciones y tratamientos prescritos por diferentes profesionales de la salud que no interactúan entre sí; y rigideces organizacionales. La atención médica de los pacientes con enfermedades crónicas podría ser más efectiva a través una gestión que favorezca el uso de esquemas de pago por resultados. La medición explícita de resultados en salud sería la métrica para pagar por una gestión más integral del paciente y por una mayor coordinación entre todos los niveles de atención y entre los profesionales involucrados. Una gestión del paciente con estas características no sólo puede mejorar la calidad de la atención y por lo tanto la salud del paciente, también sería más eficiente al evitar el uso innecesario de intervenciones y al evitar o diferir la ocurrencia de complicaciones. La experiencia internacional indica que es posible establecer este tipo de colaboración entre el sector público y privado, siempre y cuando se cuente con instancias que fijen y evalúen el cumplimiento de los estándares de seguridad, con controles continuos de calidad y monitoreo de la efectividad de la atención.⁴⁷

Se propone permitir que el sector asegurador privado colabore con el sector público para obtener mayor valor por el dinero invertido en la promoción de conductas saludables y atención médica preventiva y curativa de pacientes con enfermedades crónicas. El sector asegurador privado podría participar en la gestión activa de pacientes con enfermedades crónicas a través de la subcontratación de una colectividad de pacientes por parte de los aseguradores públicos. Bajo esta lógica, el sector asegurador privado sería el responsable de la gestión clínica de un grupo de pacientes crónicos y el pago que recibiría estaría en función de los resultados obtenidos. El asegurador privado tendría que dar atención médica continua e integral para los pacientes sujetos al esquema, hacer explícito el plan de manejo integral del paciente, hacer un seguimiento regular, así como evaluaciones periódicas completas del estado de salud del paciente. Como parte del esquema se tendrían que definir qué pacientes serían susceptibles de ser incluidos, los estándares mínimos de la atención integral, y los indicadores para medir los resultados en salud. El asegurador privado pagaría los servicios e intervenciones que requiere el paciente a una red de prestadores de servicios certificados. En la medida en que se pague de acuerdo con el número de pacientes que está bajo control clínico adecuado, el asegurador privado tendría el incentivo para vigilar continuamente la calidad de la atención y las condiciones de salud del paciente, así como para hacer un uso eficiente de los recursos. Por último, la gestión activa requiere del uso de sistemas de información que permitan dar cuenta del uso

47 OCDE (2016).

de recursos y de los resultados en salud. El sector asegurador privado cuenta con recursos y experiencia en este rubro que hacen más factible desarrollar las plataformas necesarias para el seguimiento de la atención brindada en colaboración con el sector público. Otras propuestas contenidas en este documento abordan el tema de otro tipo de información que también sería necesaria, como es información sobre la calidad de los prestadores de servicios privados.

1.5 Establecer un seguro de cuidados de largo plazo

Bajo el nuevo panorama de salud, la carga de la enfermedad se inclinará más hacia enfermedades crónico-degenerativas que generan discapacidad y la carga económica de los costos de atención médica pero también de costos no médicos, como son servicios auxiliares y de apoyo cotidiano para los pacientes. Los últimos 10 años de vida de un mexicano son en condiciones de discapacidad, causada principalmente por desórdenes musculoesqueléticos, depresivos mayores y la diabetes mellitus y sus complicaciones. Estas enfermedades requieren atención médica especializada de alto costo que suele estar cubierta por los esquemas de aseguramiento públicos y privados. Pero también requieren de un componente muy relevante de atención no médica de largo plazo para atender la discapacidad resultante, y progresiva en muchos casos, para realizar actividades cotidianas. Este tipo de atención, que suele darse, primordialmente, fuera del ámbito hospitalario no está cubierto actualmente por las instituciones públicas de salud ni por los seguros privados, no obstante que representa una carga financiera para los hogares, pudiendo generar gastos catastróficos para el paciente y sus familiares, en particular si el paciente es atendido en instituciones especializadas como asilos o casas de cuidados intermedios, si las familias deben contratar atención domiciliaria permanente, o incluso si miembros del hogar deben dedicarse sin remuneración a brindar servicios especializados y no especializados en el hogar. Asimismo, pacientes que reciben cuidados deficientes fuera del entorno clínico, pueden convertirse en una fuente de presión adicional para los servicios hospitalarios.

La propuesta consiste en que el sector asegurador privado ofrezca un seguro de cuidados de largo plazo que cubra los costos no médicos. Este tipo de seguro, como ocurre en otros países, cubriría los servicios que pueden otorgarse ya sea en el domicilio del paciente o en sitios especializados, tales como estancias de día o residencias de cuidados intermedios. Incluir esta cobertura como complemento de la cobertura médica ayudaría a estandarizar la calidad de la atención, y a promover una mayor participación y competencia entre los proveedores de este tipo de servicios que ya existen en el país, en beneficio del asegurado. Con base en las mejores prácticas internacionales, el seguro tendría que estar creado por mandato de ley, podría ser obligatorio para todos los trabajadores afiliados a la seguridad social y voluntario para trabajadores no asalariados. Bajo esa lógica, el financiamiento podría ser tri-partita, cuidando que la contribución del Gobierno Federal sea la misma por persona para mantener la equidad fiscal y que no aumente la carga fiscal para la seguridad social. Los recursos de cada trabajador se invertirían en una subcuenta paralela a la subcuenta de ahorro para el retiro administrada por las Afores, y se definirían las reglas de acceso a partir de tiempos mínimos de contribución, de las características de los servicios de largo plazo cubiertos, y de los montos y esquemas a pagar por servicios domiciliarios o en lugares especializados, así como los esquemas de evaluación de resultados. Se podría considerar la posibilidad de que en caso de que no se utilicen los recursos para los cuidados de largo plazo, el monto acumulado en la subcuenta pudiera usarse

como complemento de las pensiones laborales. Por último, la operación de un seguro de este tipo podría estar a cargo de las autoridades o de un consorcio privado; en cualquier caso, se podría licitar entre las aseguradoras privadas la administración de los recursos y la contratación de los proveedores y, en su caso, la administración del padrón de beneficiarios bajo reglas específicas similares a las aplicables a las rentas vitalicias por invalidez.

2. Repensar el seguro privado en salud

1.1 Abrir el mercado a nuevas poblaciones y nuevas coberturas complementarias

El hecho de que persista un gasto de bolsillo considerable en la compra de servicios de salud, a la vez que sólo 7% de la población cuente con algún tipo de aseguramiento privado, es indicativo de que hay una capacidad de pago por parte de una parte de la población que no encuentra pólizas adecuadas a sus necesidades. El sector asegurador privado debiera redefinir entonces el papel que quiere jugar en la cobertura de tales necesidades no atendidas o atendidas de manera ineficiente en la actualidad. Si se define que se quiere un papel relevante en lo anterior, entonces existe un amplio margen para la apertura de nuevos mercados para brindar aseguramiento privado a una población cuyo nivel de ingreso se ubica en el nivel medio, medio-alto e, incluso, en el nivel alto. El crecimiento del sector asegurador hacia nuevos mercados incrementa su rentabilidad no sólo a través de un mayor flujo de fondos que ahora serían administrados por alguna vía de prepago, sino también porque al crecer el mercado global para las aseguradoras, el *pool* de riesgos también crece, incrementando la eficiencia y reduciendo el costo total del aseguramiento.

La idea es ofrecer coberturas por padecimientos o intervenciones no cubiertas por el sector público o que, pese a estar cubiertas, se considera que habría disposición a pagar por pólizas privadas que cubran los servicios provistos de forma ineficiente por el sector público. El SP es el ejemplo más claro de oportunidades de coberturas de necesidades no atendidas, al excluir una cantidad importante de padecimientos. La brecha entre la cobertura del SPS y la del IMSS debiera ser explorada en cuanto a si representa o no una oportunidad de mercado. Aunque el IMSS y el ISSSTE proporcionan una cobertura más amplia, sus asegurados de ingresos medios o mayores tienden a hacer *opting-out*, principalmente en la atención médica de baja complejidad y/o preventiva. Por otra parte, empleadores privados contratan u organizan redes médicas paralelas para la atención de baja complejidad de sus empleados a fin de evitar mayores costos por la emisión de incapacidades que son percibidas como innecesarias. Algunos otros ejemplos de las prestaciones en especie que pueden ser cubiertas de forma complementaria por los seguros privados son el servicio de traslado de urgencia por ambulancia terrestre o aérea, los servicios de rehabilitación de largo plazo, los cuidados paliativos, así como los servicios de salud mental y la atención a adicciones.

Se trata de diseñar coberturas que complementen, sin duplicar, las proporcionadas por el sector público, considerando lo siguiente:

- La idea es ofrecer al asegurado una póliza que le aporte un valor adicional a partir de la cobertura pública con la que ya cuenta.
- Implica conocer el perfil del asegurado y mantener una relación estrecha con él para facilitar su interacción entre distintos esquemas de cobertura y la continuidad en el servicio.
- Diseño de pólizas acotadas, pero fácilmente combinables para que el asegurado elija “a su medida”.
- No todas las coberturas necesariamente incluirían servicios. Por ejemplo, una póliza pudiese cubrir medicamentos fuera del Cuadro Básico que corresponde al asegurado de esquemas públicos.
- Implica un mayor involucramiento en el impulso y generación de redes médicas, así como en la aplicación de criterios de costo-efectividad.

Las premisas centrales para maximizar el valor de estos nuevos productos es evitar duplicidades con el sector público y buscar el manejo integral del paciente. Esto puede implicar procesos más complejos, por lo que se requieren adaptar los sistemas de gestión médica y de pagos.

1.2 Transitar del esquema tradicional de GMM/reembolso a esquemas de seguros de atención médica más integral

Con frecuencia, los resultados terapéuticos para el paciente no dependen sólo de la atención médica recibida alrededor de algún episodio agudo en el marco de un padecimiento determinado. Si bien prácticamente todos los padecimientos requieren algún tipo de seguimiento al margen del contacto directo entre médico-paciente u hospital-paciente, existen diversos padecimientos en donde los factores ajenos a ese contacto directo son particularmente relevantes. Por ejemplo, para minimizar la ocurrencia de complicaciones, el paciente diabético requiere una adherencia sumamente estricta a las medidas de control que le hayan prescrito. De manera similar, el paciente al que le han realizado una cirugía bariátrica requiere un estricto régimen posterior a la cirugía para cristalizar los beneficios esperados de la intervención.

En este sentido, el sector asegurador debe incorporar elementos que le permitan ofrecer un enfoque más integral a la atención médica del paciente, aprovechando también la disponibilidad de herramientas tecnológicas que hace algunos años no existían y que ahora permiten una comunicación constante y no intrusiva con el paciente. Este enfoque integral implica también el tomar un papel relevante en garantizar la continuidad óptima de la atención al paciente entre niveles de atención o entre distintos especialistas dentro de un mismo nivel.

1.3 Introducir incentivos a la prevención

Las medidas preventivas en salud ayudan a reducir la ocurrencia de enfermedades y, aun si la enfermedad ya ocurrió, pueden ayudar también a reducir complicaciones. Como se mencionó anteriormente, el marco regulatorio ya fue modificado para permitir a los proveedores de seguros de gasto médicos ofertar productos que contemplen la cobertura de intervenciones preventivas. No obstante, en la práctica no se ha logrado modificar dramáticamente el uso de intervenciones preventivas y cambios en conductas y estilo de vida.

El sector asegurador debiera entonces desarrollar productos que contemplen incentivos para que los pacientes privilegien la prevención sobre las medidas curativas. Esto no implica desatender la cobertura de la atención médica curativa, en tanto que la prevención no necesariamente elimina toda probabilidad de enfermedad, sino que implica buscar el balance que resulte óptimo entre prevención y curación. Para determinar cuáles intervenciones preventivas priorizar, se deberá focalizar sobre aquellas intervenciones de probada efectividad. Para algunas intervenciones los consensos son claros, mientras que para otras se deberá profundizar en su análisis. La cobertura de vacunas y algunas pruebas de tamizaje y detección temprana son ejemplos de intervenciones preventivas ya contempladas en coberturas de aseguramiento de gastos médicos en otros países.⁴⁸ Asimismo, se podrían incorporar de forma más explícita esquemas donde el asegurado sea corresponsable de su salud y se tengan mayores incentivos para fomentar el autocuidado y conductas saludables. Un ejemplo podrían ser descuentos en costo de primas o esquemas de puntos que permitan reducir deducibles o copagos cuando el asegurado realice una serie de acciones de autocuidado y prevención.

1.4 Desarrollar el papel del sector asegurador privado como integrador/comprador estratégico de servicios y buscar mecanismos para reducir las barreras a la contención de costos

Tradicionalmente, las empresas del sector asegurador se han comportado como tomadores de precios en el mercado de servicios de atención médica. En este contexto, los proveedores de servicios de atención médica y de los insumos terapéuticos relacionados definen los precios de sus productos de manera predominantemente unilateral, mientras que las empresas aseguradoras toman esos precios como dados y los trasladan a sus asegurados a través de las primas de seguro correspondientes. El resultado típico es el de incrementos crecientes y sostenidos en los costos de la atención médica y en las primas de aseguramiento, con el efecto esperado de un estancamiento o reducción en la cantidad de población asegurada. Esta situación, lejos de revertirse, se ha acentuado en fechas recientes. Los prestadores de servicios hospitalarios y las farmacias están tendiendo a consolidarse en grandes cadenas, mientras que los laboratorios están enfocándose en productos biotecnológicos, de inmunoterapia y de medicina genómica, todos ellos de alto costo.

48 En la práctica, en México algunas pruebas de detección temprana son cubiertas en los siniestros pagados dentro de las pólizas de GMM, pero como parte del monto total pagado por un diagnóstico positivo. Cuando una prueba de diagnóstico resulta negativa y no está vinculada a un padecimiento diagnosticado, no se activa el pago por parte del asegurador.

Por su importancia como tercer pagador, el sector asegurador tiene la capacidad para asumir un papel muy relevante en la contención de costos de la atención médica e insumos relacionados en el mercado privado. En particular, el sector asegurador debe buscar establecer canales de negociación consolidada de precios de servicios e insumos, de manera directa o a través de figuras hasta ahora escasamente exploradas en el país, como lo son los Administradores de Beneficios y que pueden coadyuvar a generar la capacidad técnica necesaria para incrementar el poder de negociación del sector asegurador y para fortalecer la utilización de criterios de costo-efectividad para guiar las decisiones de las empresas aseguradoras. Asimismo, el sector asegurador debe también convertirse en promotor de una mayor transparencia en materia de precios de los servicios de atención médica y de la eliminación de otras barreras que merman la competencia en el mercado de servicios médicos.

1.5 Participar activamente ante una futura regulación del sector derivada de la evolución reciente en la ciencia médica

Los cambios tecnológicos que están ocurriendo en la ciencia médica, imponen también retos para la forma de ofrecer la atención médica y, por lo tanto, para sus diversas formas de aseguramiento. La posibilidad actual de realizar perfiles genéticos a un costo económicamente viable presenta una gran oportunidad para brindar al paciente nuevas opciones de medidas preventivas y curativas que hace algunos años no estaban disponibles. Además, al conjugar esto con el desarrollo desde años recientes de terapias blanco que se ajustan de conformidad al perfil individualizado de los pacientes, se vislumbra un futuro donde la medicina se ejercerá con un alto grado de personalización, no sólo en el trato médico-paciente, sino también en cuanto al conocimiento de cuáles terapias son especialmente efectivas para cada paciente. Sin embargo, también representa nuevos retos en cuanto al manejo que se le dé a la información clínica del paciente y en cuanto a los procesos bajo los cuales los aseguradores privados o públicos determinan cuáles medicamentos, dispositivos o procedimientos son verdaderamente efectivos para sus usuarios. Lo que funciona para un paciente, puede ser inútil para otro paciente.

En este sentido, se prevé que en el futuro inmediato parte de la política pública en salud se enfoque a transformar el marco regulatorio para dar cabida a los cambios tecnológicos mencionados. El sector asegurador debiera participar activamente en el diálogo que defina, junto con el gobierno federal, los proveedores de servicios de salud y los usuarios, hacia dónde girará el marco regulatorio en este tema. Lo deberá hacer atendiendo a los principios básicos de que el paciente es el dueño de su propia información clínica y de que la información clínica deberá utilizarse para maximizar el beneficio terapéutico para el paciente, a la vez que se deberán contemplar formas de minimizar o, al menos, administrar la selección adversa a través de una mancomunación de riesgos óptima o casi óptima. Un ejemplo de esto último es la introducción de un fondo público para financiar u optimizar gastos catastróficos.

3. Instrumentos para mejorar el desempeño y la eficiencia del aseguramiento médico en México

1.1 Establecer los pilares para garantizar la seguridad del paciente y la mejora continua de la calidad en el sistema de salud en su conjunto

En el sector público y en el sector privado se deben tener estándares de calidad mínimos para garantizar la seguridad del paciente y los mejores resultados posibles en salud a partir de las intervenciones y servicios médicos que correspondan al paciente según sus necesidades. Si las aseguradoras privadas tienen un papel más proactivo como articuladores que gestionan la atención de sus asegurados y fungen como compradores de servicios, un requisito indispensable es contar con garantías del cumplimiento de estándares mínimos de calidad y con información que les permita tomar las mejores decisiones de compra de servicios con base en la calidad de los prestadores, ya sean públicos o privados. Esto es también una condición indispensable bajo cualquier escenario de colaboración entre las instituciones públicas de salud y el sector asegurador privado.

Se propone impulsar la creación de una instancia reguladora, independiente de la Secretaría de Salud, que fije los estándares mínimos de seguridad y las medidas para promover y vigilar la calidad en la prestación de servicios médicos, con atribuciones sobre los prestadores públicos y privados. Sería responsable por lo tanto de regular y conducir los procesos de certificación y acreditación de profesionales de la salud, hospitales y otros prestadores de otros servicios. Esta instancia determinaría también las variables clave para medir la calidad con un enfoque en resultados en salud y la efectividad de las diferentes rutas de tratamiento para emitir recomendaciones sobre protocolos clínicos y monitorear el apego a guías clínicas. Definiría las variables para medir de forma continua la calidad de la atención y poner a disposición del público los resultados de mediciones periódicas. Estos elementos son centrales no sólo para mejorar la calidad en el sistema de salud sino también para reducir la heterogeneidad entre los prestadores de servicios. La relevancia de contar con una instancia independiente de la Secretaría de Salud se desprende de la necesidad de blindarla de presiones políticas y para evitar ser juez y parte. Existen antecedentes de iniciativas del Poder Ejecutivo Federal en este sentido que sería importante rescatar y promover.

1.2 Desarrollar instrumentos para la gestión médica de los asegurados

Asumir un papel más proactivo como articulador y comprador estratégico de servicios médicos requiere necesariamente que los aseguradores privados cuenten con los procesos e instrumentos necesarios para hacer la gestión médica de sus asegurados de forma eficiente. En primer lugar, se requiere contar con sistemas de información estandarizados de información y flujo de pacientes para referirlos entre diferentes tipos de servicio. En segundo término, se requiere contar con acceso a una red de prestadores que permita hacer interconsultas entre diferentes servicios y especialidades, y diagnóstico remoto para agilizar la detección y prevención oportuna, así como definir lo antes posible la mejor ruta de tratamiento. Esto requiere tener los canales para contar con la información del paciente de forma oportuna y salvaguar-

dando la integridad y privacidad de la información. En tercer lugar, para que la articulación o compra de servicios sea eficiente, se requiere cambiar de un enfoque basado en el reembolso o pago de gastos, hacia un enfoque basado en el pago por “resultados en salud”. Los resultados en salud deben ser por lo tanto susceptibles de medición y monitoreo, y aunque las aseguradoras no prestan servicios médicos de manera directa, su capacidad de encontrar nuevos mercados se encuentra entrelazada con la capacidad de que los asegurados, así como su información médica, se puedan mover eficientemente entre distintos esquemas de aseguramiento y entre distintos servicios y niveles de atención. Actualmente, los sistemas de información y flujo de pacientes no son eficientes, ni en el sector público, ni en el sector privado. No es posible contar con información que dé cuenta del paciente a lo largo de su trayectoria a través de distintos servicios y de su utilización de recursos (por ejemplo, medicamentos), a lo largo del tiempo y dentro del sistema de salud. Esto se explica en gran medida por la falta de integración entre los esquemas de aseguramiento y prestación de servicios, y porque la función de articulador o comprador de servicios no está lo suficientemente desarrollada en el sistema de salud.

Se propone que el sector asegurador privado asuma el liderazgo desde su propio ámbito de acción para propiciar el desarrollo de instrumentos para la gestión médica del paciente. El sector asegurador puede jugar un papel importante y con efectos positivos para el resto del sector salud, en impulsar la estandarización y proliferación de sistemas automatizados de información que faciliten: i) el seguimiento, referenciación e interconsultas a través de un expediente clínico electrónico; ii) la colaboración para la interconsulta y diagnóstico presencial o remoto a través del uso de telemedicina para vincular a distintos profesionales del sector público y privado, y a los pacientes; iii) la medición de resultados en salud para comprar servicios bajo esquemas de pago por resultados y iv) la prescripción eficiente y entrega de medicamentos a través del uso de la receta electrónica. Con relación a este último rubro, se considera necesario también adecuar el marco jurídico para hacer obligatorio el uso de la denominación genérica en todos los casos para la elaboración de recetas médicas en el sector público y privado. Muchos de estos instrumentos implican contar con información de la propia prestación de los servicios y tener la capacidad de aglutinar información de diferentes fuentes. Se requiere también que exista una estandarización de variables y códigos que permitan en algún momento la convergencia de distintos sistemas. Por lo tanto, se propone también un mayor acercamiento del sector asegurador privado con las áreas normativas de salud y del sector asegurador en lo referente a estándares y codificación que deban ser promovidos a nivel sectorial.

1.3 Mejorar los procesos de pagos y reenfocarlos hacia el pago por resultados

Bajo una lógica de pasar de seguros de gastos médicos mayores a seguros de atención más integral que pudieran ampliar la población cubierta, se podría captar una mayor parte de los recursos que hoy constituyen gasto de bolsillo y canalizarlos a los distintos prestadores. Si el sector asegurador mejora sus procesos de pago directo a prestadores de servicios y proveedores de bienes terapéuticos, hay incentivos para éstos busquen recibir más pacientes a través de aseguradoras. Si los sistemas de gestión médica se vincularan de manera más estrecha con los sistemas de pago es posible encontrar soluciones a problemas complejos. Por ejemplo, ¿cómo entregar a los pacientes sus medicamentos en la farmacia de su elección y pagar, como asegurador, precios previamente negociados con los laboratorios? Los esquemas públicos adolecen de mecanismos de pago eficientes o de esquemas que permitan vincular la

gestión médica con el pago, por lo que eventualmente pudieran sumarse a los aseguradores privados como un pagador más (aunque los precios negociados puedan ser distintos).

Se propone que el sector asegurador privado mejore sus procesos de pago para motivar que un mayor flujo de gasto en bienes y servicios de salud se canalice a través de la cobertura del seguro y no como gasto de bolsillo. Así como para vincular de mejor forma el flujo de pagos con los bienes y servicios que requiere el paciente para que su atención médica se otorgue sin contratiempo. Aunque el sector asegurador no opera servicios médicos como tal, puede ayudar a los propios prestadores a realizar una mejor función con los aseguradores si mejora sus procesos de pago y los vincula con la atención del paciente.

1.4 Crear una instancia independiente responsable de generar y poner a disposición del público información sobre el sector salud, y de evaluar al sistema de salud

La fragmentación del sistema de salud limita en gran medida la disponibilidad de información completa y robusta sobre el financiamiento, prestación de servicios, y resultados en salud (incluyendo calidad). El Sistema Nacional de Salud ha dado pasos importantes en la última década para consolidar un sistema nacional de información en salud. No obstante, pese a estos esfuerzos hay una carencia de información completa sobre el sector, y en particular, sobre la prestación de servicios en el sector privado. Contar con información completa sobre el sistema de salud es una condición indispensable no sólo para que la Secretaría de Salud ejerza de forma adecuada la rectoría del sistema de salud, sino también para llevar a cabo la evaluación del desempeño del sistema y para que la población pueda tomar mejores decisiones sobre su propia salud y sobre el consumo de servicios de salud.

Se propone crear una comisión, independiente de la Secretaría de Salud, que esté a cargo del sistema nacional de información en salud y como tal, sea responsable de generar la información sobre el sistema de salud que contemple al sector público y al sector privado, y de ponerla a disposición del público en general. La razón para proponer que se cree de forma independiente a la Secretaría radica en la necesidad de blindarla de presiones políticas y evitar ser juez y parte. Esta instancia establecería los elementos mínimos de información que deben reportar de forma estandarizada los distintos participantes en el sistema de salud y podría convertirse eventualmente en la instancia responsable de evaluar el desempeño del sistema de salud.

CONCLUSIÓN

El sector asegurador privado tiene el compromiso firme de seguir coadyuvando para lograr un mayor acceso a la atención médica con protección financiera para los mexicanos, tanto a través de esquemas explícitos de colaboración público-privada, como bajo su responsabilidad directa en el sector privado.

A 75 años de existencia del sistema de salud y ante los nuevos desafíos, uno de los retos principales es mejorar la coordinación entre subsistemas para promover la prevención, detección oportuna y control adecuado de las enfermedades crónico-degenerativas, para garantizar la continuidad de la atención, para estimular el buen desempeño y la calidad de la atención, y obtener el mayor valor en salud por el dinero que invierte la sociedad en su conjunto.

Reconociendo el papel medular de las instituciones públicas de salud, el sector asegurador privado quiere optar por tener un papel más proactivo y sumarse a la formulación de modelos de negocio más acordes con la nueva realidad. Esto requiere del trabajo conjunto con el Gobierno Federal y establecer instrumentos que permitan expandir el acceso a la protección financiera, un uso más eficiente de los recursos, elevar la calidad de la atención y alinear el financiamiento con el desempeño de la atención médica, e introducir elementos de responsabilidad compartida con los asegurados.

Atender el nuevo perfil de necesidades de salud requiere de una mayor colaboración entre el sector público y el sector privado. En los capítulos anteriores se han identificado algunos espacios en donde la colaboración del sector asegurador privado puede ser un apoyo importante para que el sector público promueva una mayor cobertura de la seguridad social. La premisa de esta propuesta de colaboración es que el apoyo del sector asegurador privado sea un complemento y no un sustituto de la seguridad social; al tiempo que sea un elemento que apoye a lograr una mayor eficiencia en la prestación de los beneficios de la seguridad social.

Como siguientes pasos, es necesario trabajar de forma más detallada en cada una de estas propuestas para estar en posibilidad de ofrecer productos acordes a la población mexicana. Asimismo, es necesario profundizar en las implicaciones operativas en aquellos casos en donde la colaboración entre el sector público y privado requiere de una nueva visión de trabajo conjunto. En el corto plazo es importante coadyuvar con el sector público y con los prestadores de servicios médicos privados en la creación e implementación de instrumentos que permitan mejorar la información en el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

AMIS. Estudios siniestros catastróficos.

AMIS. Indicadores de padecimientos de gastos médicos mayores.

Bach PB (2009) Limits on Medicare's ability to control rising spending on cancer drugs. *New England Journal of Medicine*, 360(6):626-33.

Bujar M, McAuslane N, Liberti L (2017) R&D Briefing 65: New drug approvals in six major authorities 2007 - 2016: Focus on the internationalisation of medicines. Londres: Centre for Innovation in Regulatory Science.

CONEVAL (2018) Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Documents/IEPDS_2018.pdf

CONEVAL (2009) Metodología para la medición multidimensional de la pobreza en México. Ciudad de México: CONEVAL.

Funsalud (2014) Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. Ciudad de México: Funsalud.

Funsalud (2013) Descripción del sector farmacéutico en México, 2012. Ciudad de México: Funsalud.

González Block MA, Aldape Valdés R, Cahuana Hurtado L, et al (2017). El subsistema privado de atención de la salud en México. Diagnóstico y retos. Universidad Anáhuac. Documento elaborado para la AMIS.

Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Hult KJ, Jaffe S y Philipson TJ (2017) How Does Technological Change Affect Quality-Adjusted Prices in Health Care? Systematic Evidence from Thousands of Innovations. NBER Working Paper No. 22986.

IMSS (2017) Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social 2016-2017. Ciudad de México: IMSS.

INEGI (2018a) Cuenta Satélite del Sector Salud de México, 2016. Aguascalientes: INEGI.

INEGI (2018b) Encuesta de Calidad e Impacto Gubernamental (ENCIG) 2017. Disponible en: http://www.beta.inegi.org.mx/contenidos/proyectos/enchogares/regulares/encig/2017/doc/encig2017_principales_resultados.pdf

INEGI (2018c). Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Cuarto trimestre de 2017. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/enchogares/regulares/enoe/>

INEGI. Salud en establecimientos particulares - 1994 en adelante. Disponible en: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/registros/sociales/salud/>

Institute for Health Metrics and Evaluation. Perfil de México. Disponible en: <http://www.healthdata.org/mexico>.

IQVIA Institute for Human Data Science (2018) 2018 and Beyond: Outlook and Turning Points.

Parsippany: IQVIA. Disponible en: <https://www.iqvia.com/institute/reports/2018-and-beyond-outlook-and-turning-points>

OECD Health Statistics 2017. Disponible en: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

OCDE (2017a) *New Health Technologies: Managing Access, Value and Sustainability*. París: OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266438-en>

OCDE (2017b) *Obesity Update 2017*. París: OECD Publishing. Disponible en: www.oecd.org/health/obesity-update.htm.

OCDE (2016) *OECD Reviews of Health Systems: Mexico 2016*. París: OECD Publishing. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264230491-en>.

Secretaría de Salud (2018) *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados, enero-diciembre 2017*. Disponible en: <http://www.transparencia.seguro-popular.gob.mx/contenidos/archivos/transparencia/planesprogramaseinformes/informes/2017/InformedeResultadosdelSPSSenero-diciembre%202017.pdf>

Secretaría de Salud (2016) *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 (ENSANUT 2016) Informe final de resultados*. Disponible en: http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf

Skinner JS (2013) *The Costly Paradox of Health-Care Technology*. MIT technology Review. Disponible en: <https://www.technologyreview.com/s/518876/the-costly-paradox-of-health-care-technology/>

Unidad de Análisis Económico/Secretaría de Salud (2017) *Gasto Catastrófico en salud 2006-2016. Nota Técnica*. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/273995/Nota_tecnica_6.3.pdf

Unger-Saldaña K, Miranda A, Zarco-Espinosa G, et al (2015) *Health system delay and its effect on clinical stage of breast cancer: Multicenter study*. *Cancer* 121: 2198-2206. Disponible en: [doi:10.1002/cncr.29331](https://doi.org/10.1002/cncr.29331).

