

Ciudad de México, 8 de mayo de 2018.

Versión estenográfica de la presentación “Aseguramiento en Salud: Propuestas del Sector asegurador privado”, presentada por Eduardo González Pier, Socio Innova Salud Blutitude, efectuada en el Salón Diezmo 2, del Centro Banamex, dentro del marco de la 28 Convención de Aseguradores AMIS.

Presentadora: Buenas tardes. Vamos a iniciar con la segunda sesión del día de hoy. Gracias por estar aquí.

Primero una presentación, el doctor Eduardo González Pier es asociado distinguido en el Centro para el Desarrollo Global en Washington, D.C.

Durante más de 20 años ha ocupado altos cargos y ha promovido el cambio de políticas en los sectores de salud y seguridad social en México.

Recientemente fue Subsecretario de Salud, Presidente ejecutivo de FUNSALUD, Director Financiero del IMSS y tiene un doctorado en Economía por la Universidad de Chicago.

Les pido un aplauso para darle la bienvenida a nuestro expositor.

Dr. Eduardo González Pier: Muy buenas tardes a todos.

La siguiente presentación, como dice Lolita, es un trabajo conjunto, a mí me tocó presentar, pero en realidad es un trabajo en equipo que se hizo por parte de la AMIS, por supuesto al licenciado Recaredo, su Director General; Lolita que lleva la parte de Salud, participaron también varios de las aseguradoras el Comité de Salud de las aseguradoras, y mis colaboradores en Blutitude, Mariana Barraza y Héctor Peña, entonces lo bueno, lo malo, lo feo, todo es parte de un trabajo colectivo de esta presentación.

De lo que se trata es de platicarles lo que sería el trabajo conjunto que la AMIS presenta como las propuestas de política para el Sector Salud asegurador.

Entonces quisiera hacer en los próximos 30, 35 minutos, y si me permiten a una discusión al final sobre dudas, porque sé que hay algunos temas polémicos. No es un sector que vaya de maravilla, la parte de salud del aseguramiento, lo acaban de ver en la presentación de PAT, los retos son impresionantes se está moviendo todo.

Entonces si algo vamos a ver es cambio disruptivo en el Sector Aseguramiento en Salud, y creo que eso se presta para una buena discusión después de la presentación.

Quisiera hacer cuatro cosas. Número uno, es platicarles brevemente cómo contextualizamos el proyecto, es decir, en qué nos fijamos, una parte del escenario, el entorno general, cómo desprendimos de eso una serie de propuestas ordenadas por cajones.

Lo segundo que quisiera hacer es comentar lo rápido que está cambiando la demanda, las necesidades de salud de la población, por supuesto del mundo, en particular en México van a haber que las necesidades de salud de la población se transformaron en 20, 30 años, lo que no se transformó fue la oferta ni el sistema, ni la plataforma de aseguramiento.

Entonces estamos trabajando necesidades nuevas con herramientas, plataformas y estrategias viejas.

Después platicar un poco de los retos, ya lo saben ustedes, pero tres o cuatro láminas de lo que está pasando en los retos financieros, los retos de organización, los retos de demanda y los retos de tecnología, y por último tres bloques de propuestas.

Les platicaría un poquito más de qué se trata esos bloques de propuestas en su conjunto de la AMIS.

Entonces lo primero, lo primero que hicimos para este proyecto es identificar, analizar las necesidades de salud. Les voy a comentar un poco de lo que ha pasado en términos de las transiciones que estamos viendo.

Segundo muy importante, el Sector Asegurador privado, y ese es el foco de la presentación, no trabaja de forma aislada del resto del Sector

Asegurador en México. El Sector Asegurador privado es un complemento, a veces es un sustituto del aseguramiento público, y lo que sucede en esa dinámica de aseguramiento privado tiene mucho que ver con lo que está pasando del lado público.

Creo que no es casualidad que las primeras dos presentaciones plenarias que tuvimos esta mañana era sobre la política pública en salud, porque no puede existir la política privada de aseguramiento si no entendemos cómo se comporta la política pública.

Después tenemos que ver cuál es la dinámica de los recursos, la forma en que se financia el sistema de salud, cuatro fuentes principales, tiene mucho que ver en dónde acaban los recursos y cómo se mancomunan o diversifican los riesgos, y es lo tercero, y de ese análisis que voy a explicar un poquito, salieron tres grandes bloques de propuestas.

Un primer gran bloque de propuesta es cuál es esta agenda de colaboración público-privado que deberíamos de hacer en aseguramiento, es decir, dónde puede haber una coexistencia, cuáles son esas interfaces, dónde el sector privado asegurador es complemento, dónde es sustituto, dónde pueden de alguna forma sumar esfuerzos, y qué se puede hacer para un entorno más favorable en materia de colaboración.

Segundo es una agenda muy interesante, que es qué es lo que debería de estar haciendo o podría estar haciendo el sector asegurador privado, independientemente de lo que haga el sector público.

Sin pensar en un escenario donde el sector público, que no es un escenario poco factible, simplemente no hace nada, se mantienen las cosas como están, se mantiene la inercia.

Debería o no debería de actuar el sector privado, independientemente de lo que pase en el entorno público y la respuesta es sí, se puede hacer mucho.

Creo que la opción del sector público de no hacer nada, es factible, el sistema simplemente sigue; la opción del sector privado de no hacer nada no es factible, si se mantienen las cosas como están, no vemos mucho futuro en el aseguramiento como está estructurado.

Les platicaré un poquito más adelante, y estoy viendo toda una agenda que capturamos de las discusiones y de los diálogos que tuvimos, alrededor de temas de eficiencia, temas de confesión de costos, mucha gracia en el sistema y eso lo podemos platicar como parte también de una serie de propuestas.

Bien, en temas de necesidades. Ya lo saben ustedes, se los comento brevemente, un cambio demográfico muy importante; la población menor de 15 años, no solamente está bajando en proporción de la población total, está bajando en términos absolutos.

Es decir, cada vez hay menos niños totales de los que había antes, población menor de 15 años es menor, por supuesto eso va asociado a toda una estrategia de prestación de servicios, lo que son toda la prestación de servicios pediátricos, la prestación de servicios obstétricos.

Eso va en total decremento, ya no es la parte de aseguramiento, y la población 65 más en franco crecimiento.

Un nuevo tipo de necesidades, y eso va acompañado también de otra serie de cambios epidemiológicos importantes.

México dejó de ser un país que tenga problemas de salud importante en la parte infecciosa. La mayoría de las muertes que hace 30 años estaban asociadas a infecciones, diarreas, sobre todo en la parte perinatal, la parte menores de cinco, dejaron de ser la parte más importante tanto en años de vida saludables perdidos, como en mortalidad total, y ahora la parte crónica, la parte no transmisible más importante.

Hay otra transformación también que no es la parte de la naturaleza de la mortalidad, sino la naturaleza de la enfermedad.

La enfermedad estaba asociada a padecimientos que causaban muerte y ahora los padecimientos están asociados a problemas crónicos que no necesariamente generan mortalidad.

Y eso es importante, porque antes los eventos eran episódicos, sucedía una enfermedad, tenía principio, tenía fin, lapso de tres días o de tres semanas empezaba y acababa, y era un episodio fácil de calcular y fácil de asegurar.

Ahora los episodios duran 10 años, 20 años, se vive con la enfermedad, se vive con diabetes, se vive con enfermedades mentales, se vive con enfermedades cardiovasculares y el aseguramiento se vuelve algo mucho más difícil, porque ya no son eventos episódicos, son eventos muchos más fáciles de predecir, son eventos mucho más difíciles de diversificar en términos del manejo de riesgo.

Y algo que viene todavía más importante, es que el riesgo que se manejaba tradicionalmente como un riesgo exógeno; es decir, una diversificación de algo que sucede de forma exógena, ahora el riesgo es gestionable.

A través de la prevención tú puedes gestionar el riesgo, entonces hay dos negocios muy importantes los que hay que analizar.

El primero, es como diversificas el riesgo en operación tradicional de seguros.

Y el segundo es cómo haces para mitigar el riesgo.

Y creo que el mayor negocio en temas de salud, en aseguramiento no está en la diversificación, está en la gestión o en el control de los riesgos, en toda la agenda de prevención.

Adicional a eso, el riesgo se está volviendo predecible, ya lo han escuchado ustedes de las cuatro P: Predecibles es personalizado y eso permite que mucho de los esquemas tradicionales de aseguramiento se rompan.

Las imperfecciones de mercado que tienes en aseguramiento cada día son más imperfectas, el riesgo es cada vez más predecible y eso hace que también los esquemas de selección adversa, los esquemas de riesgo moral sean cada vez problemas más fuertes de aseguramiento.

Para comentarles el tema de la mortalidad, ahí vemos del lado izquierdo, del lado derecho, se los platico brevemente, lo que era el perfil de mortalidad en el año 2000, apenas hace 18 años; el perfil de mortalidad ahora, ven que lo infeccioso, que la parte de arriba ha bajado, la parte crónica ha subido y lesiones se mantiene como un tema importante.

Ahora, sin entrar a los detalles quédense con esta idea, aproximadamente el 70 por ciento de la mortalidad y de los problemas de salud en este país se están concentrando en quizás cinco o seis cosas: “Problemas del corazón, problemas del riñón, problemas cerebrovasculares, problemas de hígado y cáncer.

Y lo que tienen en común las primeras cuatro, es que tienen que ver con hábitos, casi el 50 por ciento del problema de salud en México, 50 por ciento de todo el programa de salud medido por años de vida saludables logrados, se puede atribuir a factores de riesgo. Eso es una gran noticia, porque quiere decir que son factores de riesgo que puedes ajustar y se ajusta a los factores de riesgo, cambia la salud.

Hay muchas enfermedades que no tienen factor de riesgo, muchos cánceres no puedes hacer mucho para prevenirlos, algunos sí; la mayoría de los problemas de salud en México están asociados a factores de riesgo, si uno afecta los factores de riesgo afecta la mortalidad, eso es muy importante.

Y además son tres factores de riesgo: “Activación física, dieta y los temas de hábitos de accidentes sin violencia”. Eso es lo que está explicando la mortalidad y la mortalidad está explicándose a partir de estos cinco casos.

Entonces quizá la mala noticia es que vamos mal, vamos mal en mortalidad, vamos mal en factores de riesgo. No estamos ganando en salud lo que se gana en otros países. Si uno ve la esperanza de vida al nacer estamos en 74, va subiendo. Pero no va subiendo tan rápido.

De hecho en aproximadamente ocho estados de la República la esperanza de vida al nacer está cayendo. El gran problema es violencia; pero otro gran problema es obesidad. Eso no había pasado en muchos años.

Y lo que también podemos ver es que la buena noticia es que se puede hacer mucho, es decir, el potencial para cambiar, la dinámica de la enfermedad en México tiene gran futuro. Si ponemos metodologías, si podemos cambiar hábitos, si podemos hacer cosas, la trayectoria podría ser mucho mejor.

Ese es el perfil de lo que viene en los próximos cinco, 10 años. Estamos próximos a tener un punto de inflexión, un punto de inflexión sería que por primera vez en la historia moderna, 100 años, quitando la Revolución Mexicana, la esperanza de vida al nacer del mexicano podría bajar. Es decir, que en uno de los próximos años la esperanza de vida de los que nacen sea menor de los que nacieron un año previo, eso nunca había sucedido.

Lo bueno es que hay mucho margen de acción, hay mucho bueno que se puede hacer.

Ahora, si me paso al siguiente reto. Tres cosas importantes que hay que mantener. Un sistema de salud incompleto, fragmentado, lo escucharon también las presentaciones de esta mañana. Nuestro sistema de salud tiene grandes problemas de eficiencia. Grandes problemas de coordinación. Es un sistema de salud diseñado para las necesidades de salud de los 70, con una realidad de necesidades totalmente distinta.

Todavía estamos produciendo pediatras, todavía estamos produciendo obstetras, todavía estamos produciendo las necesidades de hace 40 años, cuando los perfiles son totalmente distintos.

Estamos en una crisis generalizada de atención, aun si tuviéramos los recursos financieros, que no se van a tener, no tenemos los recursos humanos ni los recursos físicos para atender a la población y se viene un tema de crisis importante.

Los hospitales pediátricos se están vaciando, los hospitales de especialidades como cáncer, cardiovasculares, de ortopedia están creciendo, están saturados y no se está renovando ni la capacidad de infraestructura ni la capacidad de recursos humanos.

Una estructura de recursos, también lo vieron en la mañana, 5.8 del Producto Interno Mexicano que dejamos para salud, ¿es mucho o es poco? En términos absolutos es mucho. En términos relativos es el país de los que menos invierte del nivel de desarrollo.

En América Latina, Brasil, Colombia, Argentina, Chile, todos invierten aproximadamente siete por ciento del Producto Interno Mexicano, México 5.8, y ese 5.8 no se ha movido en los últimos 20 años.

Cuentas nacionales de salud se miden desde 1993, empezó en 5.7, subió a 6, bajó a 5.9. Llevamos aproximadamente 20 años entre seis, más menos, .2, y eso hace que tengamos una subinversión crónica, porque este es un trasatlántico, y para darle la vuelta al trasatlántico y generar camas y generar especialistas se requieren 20 años de invertir más.

No puedes de un año para otro tener un servicio cardiovascular de primera o tener un servicio oncológico de primera. Se requiere crear capacidades, formar gente, construir hospitales, construir servicios, generar redes integradas y eso tarda décadas.

Entonces tenemos un problema de subinversión crónica y seguramente ustedes los ven en todos los servicios, y además una concentración del servicio básicamente en tres áreas metropolitanas, casi todos los especialistas, casi todo el servicio de especialidades está en Guadalajara, está en Monterrey y la mayoría está en la Ciudad de México.

Vayan a una ciudad mediana y es muy difícil conseguir capacidad de respuesta.

Y por último, una insatisfacción con el sistema, vamos a ver en la siguiente lámina. En teoría todos los mexicanos tenemos un servicio de aseguramiento, las cifras pueden ser distintas fuentes, pero si uno junta todos los registros del IMSS, del ISSSTE, del Seguro Popular, de Pemex, del ISEMIN hay 160, 170 millones de afiliados.

Quita uno las duplicidades, empieza a ver todo lo demás. Somos 110 millones de asegurados. Todos en teoría tenemos algún tipo de protección pública. En la práctica usamos los servicios privados.

Recuerden que la mitad del gasto total en salud es privado. Entonces todos pagamos un seguro público, y la mitad de lo que hacemos es usar el servicio privado.

Y aquí lo podemos ver en las barras, se las explico brevemente. De todo el aseguramiento público en atención primaria, el 30 por ciento opta por atenderse privadamente.

Es gente que paga doble, tiene IMSS, tiene ISSSTE, tiene Pemex, tiene Seguro Popular, y sin embargo, va a la consulta privada para atención primaria.

El 18 por ciento de los que tienen estas mismas coberturas, en el caso de hospitalización usa el servicio privado.

Entonces algo está pasando donde el sistema lo paga, si no lo usas, y es un tema de insatisfacción.

Mucho de esto es gasto de bolsillo, hay parte de prepaga privada, pero lo importante es que la insatisfacción está haciendo que la gente ya sea que por problemas de acceso geográfico o por problemas de insatisfacción de calidad prefieren hacer, utilizar el servicio privado.

Ahora, la parte interesante es que estas cifras, 30 por ciento atención primaria, 18 por ciento hospitalización, son de los 2012. La última ENSANUT que tenemos es la del 2012. La siguiente ENSANUT se levanta este año, y este año va a ser totalmente distinto.

En el 2012 no teníamos el fenómeno de los consultorios adyacentes a farmacias. Era incipiente, apenas empezaba, y aún así el 30 por ciento se atendía de forma privada.

Hoy en día es probable que el Sistema de Atención Primaria más grande, por lo menos el segundo después del IMSS sean los consultorios en las farmacias, y eso es una revolución. La gente está optando por atenderse en un consultorio de una farmacia, con las implicaciones que quiere decir.

La aplicación más importante es que las farmacias están desconectadas del sistema de la Red de Atención. Si de una farmacia, de un médico rebasa la capacidad resolutoria de la detección temprana de una leucemia, un padecimiento renal, etcétera, la farmacia no tiene a dónde derivar.

Entonces se atora el paciente, el paciente no puede tener una interconsulta, y eso hace que todo lo que se detecta hoy en día de forma tardía cuesta mucho más. Ahora se está haciendo todavía pero.

Entonces tenemos un gran problema que es la fragmentación del sistema. La atención primaria se está separando de la atención de especialidad, y la atención hospitalaria.

Y no veo cómo se va a cambiar eso, y no veo cada vez más que la gente opta por el servicio. Estamos viendo a las farmacias sofisticándose, estamos viendo cómo consultorio que era de cuatro metros cuadrados ahora es de 10; ahora ya tiene laboratorio clínico, ahora ya le pusieron ultrasonido, ahora le pusieron una máquina de Rayos X, a lo mejor eso va a crecer y se va a convertir en un subsistema importante, pero hoy en día la mayoría de la patología del mexicano no se puede atender en farmacias, y recuerden ustedes que ya no son problemas de diarreas, ya no son problemas de infecciones, ahora son problemas crónicos, y el paciente en una situación de padecimientos crónicos, necesita continuidad.

Continuidad quiere decir que sube a hospital, baja a atención primaria, se va a interconsultas, se va a laboratorio, regresa, el paciente está migrando en todo el sistema, y tiene que haber un solo expediente que le dé seguimiento a todo eso, porque son padecimientos de 10 años, y eso no sucede en un establecimiento como una farmacia y no sucede en los esquemas que traemos actualmente.

Si vemos qué está pasando en la estructura de gasto, esto quizás ya lo vieron, lo que tenemos es 50 por ciento de nuestro gasto, es el 5.8, tres puntos porcentuales del PIB, es gasto público y eso se divide también, es muy fácil las cuentas nacionales de salud.

La mitad de los seis puntos, la mitad es público y la otra mitad es privado, de la mitad pública, la mitad es seguridad social, y la otra mitad es impuestos generales.

Entonces, eso es lo que gastamos, tres puntos del PIB, es bajo, y la otra mitad que son los otros tres puntos, casi todo es gasto de bolsillo.

Primas de seguros, es aproximadamente el 10 por ciento, no es mucho. Entonces, mucho de lo que tenemos es una predisposición a la ineficiencia del gasto, porque cuando uno ve de dónde se origina el gasto, sabes a dónde va a acabar el servicio.

Me explico. Es muy difícil pensar que vamos a tener un servicio de calidad y oncología, pagado de gasto bolsillo. La oncología se paga, se prepaga y por lo regular se prepaga de forma pública, no podemos pensar que los problemas de insuficiencia renal del país, o los problemas de cáncer del país se van a financiar con esta estructura de gasto de bolsillo.

Les traemos un contrasentido, estamos finándonos del gasto privado de bolsillo, con padecimientos que requieren de salvamiento. Y esa es la segunda crisis que vamos a ver.

El resto de los países, excepto por Latia, tienen esquemas mucho más progresistas, entre más nivel de desarrollo más nivel de prepago y sobre todo más nivel de prepago público.

Y eso se ve en la siguiente lámina. Aquí vean la nube, sobre todos los que están muy lejos, no necesita uno verlo a detalle, podemos ver los países que tienen prepaga pública y los países que tienen prepaga privada.

Lo que no queremos es gasto de bolsillo, eso es en términos generales una mala forma de financiar la salud.

Creemos, no importa si es público o es privado, lo que queremos es que se pague antes de que suceda la enfermedad y podemos mapear los 35 países de la OCDE, y acabamos con esquemas de aseguramiento como el holandés que es principalmente privado, 60 por ciento de los que se gasta en Holanda, 10 puntos del PIB, es prepaga privada; los

países nórdicos, casi todo es prepaga pública, y ahí vamos haciendo, por lo regular tienes una combinación.

Lo que queremos es el máximo de aseguramiento público-privado, y ven a México con el punto rojo, que es el más bajo de todos, es el que más se acerca a cero.

Quiere decir, teniendo la peor combinación de pago público o privado; 50 por ciento prepago público, y solamente menos del 8 por ciento prepago privado.

Entonces, hay una gran área de oportunidad. Recuerden ustedes que hay aproximadamente tres puntos del PIB que se gastan de bolsillo. O sea, es dinero que se podría canalizar de una forma mucho más eficiente a través de esquemas de aseguramiento, y sin embargo, se hace de forma ineficiente.

Entonces, qué está pasando en el sistema, que la gente no opta por un esquema más eficiente de compra de servicios de salud.

Y podemos ver en el siguiente esquema tenemos, mencionaba yo, un nuevo perfil de necesidades, padecimientos crónicos, con un esquema y ustedes lo sabrán mejor, de gastos médicos mayores, es de los pocos países que todavía tienen este esquema de gastos médicos mayores, 97 por ciento de los asegurados privados de salud, 97.4 de las primas es gastos médicos mayores.

El resto son esas instituciones de servicios especializados en salud.

Nos tocó a nosotros, aquí está Carlos Noriega, que también era parte del equipo en la Secretaría de Salud, en las Secretaría de Hacienda. La gran revolución en 1995, cuando se reformó la ley del IMSS.

El seguro de enfermedades en maternidad era que había que generar el sistema que permitiera una atención integral de servicios, la prepaga de todo y se generaron las ISES, las ISES se reglamentan. Esto fue una reforma del año 2000, y sin embargo, las ISES no funcionaron, por lo menos no del todo. Por supuesto hay ISES muy exitosas asociadas a coberturas de nicho. Pero la gran revolución que en aquellos tiempos, a finales de los 90 era el "manancare", las HMO, etcétera que estaban de

alguna forma encontrando cómo contener los gastos, atendiendo de forma preventiva, evitando que se complicaran, y ese era el modelo romántico de los 90.

Aquí se instaló de una forma, creo que es una buena idea mal implementada. Sigue siendo tan relevante como nunca, pero algo está sucediendo en el Sector Asegurador privado donde gastos médicos mayores sigue siendo la forma prevalente de aseguramiento.

Y eso preocupa, y esta quizás es la lámina más preocupante de todas. Veán ustedes, ahí tenemos cuatro índices nacionales de precios. Se los digo en orden. El de hasta abajo es el Índice Nacional de Precios, es decir, toda la canasta de consumo de México, es la que está hasta abajo.

La que sigue arriba de esa es la canasta nada más de salud, y van a ir más o menos parejas, a veces va arriba una, a veces va arriba la otra. Podemos decir que el Índice de Precios empieza en el año 2010 en 100, y ha habido inflación general, y ha habido inflación en salud.

Y las dos de arriba son las primas y la siniestralidad, ese es el índice de aquí. Lo que vemos es cómo se han despegado desde el 2013.

No sé por qué estaban abajo antes del 2013. Estaban parejas, pero a partir del 2013, es decir, los últimos cuatro años se están encareciendo los servicios. Están encareciendo por las facturas.

Ahora proyecten esto otros 10 años. Entonces a eso me refiero, el sistema está roto, salvo que las dos curvas de arriba regresen abajo o crezcan menos que la productividad laboral, no hay forma de que esto se mantenga.

Los seguros van a entrar en una espiral de autoselección, típico problema de seguros. Sube la prima promedio, los que se sienten más sanos que es grupo de colectividad se salen, por definición se salen los más sanos que el promedio, se vuelve a subir la prima promedio. Empiezas con esa espiral y se agota el aseguramiento.

Creo que esa es la trayectoria en la que estamos, y creo que regresando a mi frase inicial el gobierno puede seguir sin hacer nada, va a haber

Seguro Popular para rato, va a haber IMSS, va a haber ISSSTE, quizás no de la mejor calidad.

Lo que yo no veo es gastos médicos mayores para rato. Creo que eso sí hay que repensarlo. Y por eso nuestra segunda estrategia repensar el seguro privado.

Ahora, qué otro reto tenemos. Es tecnologías, la pregunta, y bueno, no era casualidad de la sesión pasada. Nadie sabe qué está pasando con la tendencia de tecnologías sobre los costos de atención. Las tecnologías por lo regular incrementan el costo unitario, pensemos que la mayoría de las tecnologías mejoran o generan más eficacia en salud, es decir, cada vez tenemos terapias más efectivas para generar sobrevida.

Lo que no está claro es si lo hacemos de una forma más eficiente, es decir, si las nuevas terapias te generan un año adicional de vida saludable a un costo mayor o menor de lo que hace la terapia previa.

Si vemos la parte oncológica, esa creo que es claramente más costosa, pero si vemos otra serie de terapias, ejemplo cirugía de mínima invasión, cirugía de mínima invasión reduce costos promedios.

Lo que es difícil es agarrar toda la canasta de todas las tecnologías recientes más las que siguen y saber si el costo promedio de atención va a subir o va a bajar.

Por lo regular va a subir, y eso explica por qué si suma uno el costo promedio de atención más los padecimientos cada vez más costosos, las primas van a seguir subiendo.

Entonces, uno de los grandes retos que tenemos es tecnología. Si la tecnología va a hacer más eficiente al sistema de salud son buenas noticias; si la tecnología no lo va a hacer son malas noticias.

Lo más probable es que sean más costoso. La historia de los últimos 10 años es más costoso, la mayoría de la tecnología se está concentrando en padecimientos caros; la mitad de la tubería de la industria farmacéutica es oncológica, la otra cuarta parte es medicamentos huérfanos; todos esos son carísimos, y todos esos generan incrementos

marginales de sobrevida y todo eso va a acabar con el paquete de servicios que presiona al derechohabiente o al paciente a la hora de reclamar un siniestro.

La tecnología es una gran incógnita hacia dónde va y cómo va a afectar el costo promedio de la atención y creo que ahí hay que poner mucha atención.

El sistema de salud, léanse los hospitales.

Los hospitales es la mitad del gasto total privado, los hospitales están desorganizados, los hospitales son caja negras, entran pacientes, algo sucede allá adentro y después salen egresos, algunos salen bien, algunos salen mal, pero qué está pasando hacia dentro de los hospitales es muy difícil.

La mayoría de los hospitales se resisten a rendir cuentas; rinden cuentas a satisfacción, pero no rinden cuentas en resultados.

Si ustedes quisieran saber dos indicadores básicos de calidad de hospitales, infecciones y readmisiones, esos son los dos indicadores más importantes de si el hospital funciona o no funciona, además de mortalidad.

Es muy difícil tener la estadística hoy en día para saber qué hospitales son riesgosos en términos de infecciones y qué hospitales están readmitiendo a pacientes que supuestamente ya los habían tratado.

Y creo que todos ustedes o por lo menos la industria está pagando por todo eso, es decir, los hospitales tienen el incentivo a generar más ingresos si son hospitales que readmiten y son hospitales que infectan.

Creo que así es como funcionan y eso es lo que hay que empezar a cambiar.

Entonces, hay un gran problema de transparencia, de rendición de cuentas en el sector hospitalario, hay un problema de competencia, quizás no la Ciudad de México, pero si nos vamos a ciudades medianas, hay un solo hospital que básicamente es el que está en la red de gastos médicos mayores, hay información asimétrica entre lo que sabe el

hospital y lo que sabe el padrón, hay mucha pasividad, no se trata de criticarlos, pero lo que yo he visto en aseguradores y también lo he visto del lado del hospital; el hospital trae toda la información, los pagadores pagan lo que se les pasa de la factura, cuestionan donde se pueda, se meten a tabuladores, pero es muy difícil saber si verdaderamente regresó al hospital tres días después, porque fue una mala cirugía, y regresó tres días después, porque el paciente estaba muy complicado, la contra-argumentación es muy difícil.

Y por último de las tecnologías, no voy a repetir lo que está en la presentación, vienen cosas impresionantes, vienen temas que yo creo que todos los que pensamos de forma lineal, es interactiva de micro que va a ser disruptivo, lo que viene en temas de diagnóstico, la forma en que se van a tratar las enfermedades, la forma en que se van a prevenir, o se van a pronosticar las enfermedades son buenísimas.

Creo que la buena noticia es que la tecnología promete cosas muy favorables para la salud, padecimientos que hoy tenemos van a dejar de existir, uno de ellos es por ejemplo hepatitis C, hay cura de hepatitis C, es cara, pero hay cura. Entonces, desde el punto de vista clínico, es cariñoso.

Desde el punto de vista del asegurador, las tecnologías que yo he visto trabajan en contra el módulo.

Ya actualmente hay tantas pruebas para saber si un paciente puede o no puede tener una tendencia o una mayor probabilidad en cáncer.

Peor aún, el acceso a pruebas sofisticadas directamente por el paciente, genera una simetría. Entonces, yo paciente, o yo asegurado, tengo mucha más información de la que puede tener el asegurador, de mis riesgos.

Entonces, eso genera una autoselección. Los que conocen Twenty Tree and me, Twenty Tree and me, no sé quiénes lo saben, al contrario Twenty Tree es una empresa que tiene en su base de datos más de 2 millones de entradas, ya por 200 dólares te dice tu propensión a enfermedades raras, te dice si no tienes las tras-locaciones para el Simed, te dice si tienes otro montón de cosas; no tardan uno o dos años donde vas a ver si tienes una propensión a diabetes, a muerte súbita, a

todas las cosas que ya sabemos que tienen una explicación genética, y eso no lo van a saber los aseguradores, lo va a saber el paciente.

Y hoy en día ya tienes en Estados Unidos haciéndose la prueba, y pidiendo una póliza especial de cuidados de largo plazo, porque saben que en su familia y que controlan su genética, la van a tener un Alzheimer casi seguro.

Entonces, eso rompe el modelo, rompe totalmente el modelo, viene y entonces la pregunta es cómo acomodas todo esto en la nueva política, resulta en específico a México y yo creo que el modelo va a sufrir grandes cambios aquí, en Estados Unidos y en todos lados, pero si aquí todavía estamos con el modelo que tenía Estados Unidos en 1960, y vamos un poquito rezagados con relación a la forma de diversificar esos riesgos.

Bueno, eso me lleva a la parte final. ¿Qué hemos propuesto o qué se propone en este grupo de trabajo? Tres cosas: primero, colaboración con el sector salud.

El sector salud es público, es privado, y lo que tenemos que de alguna forma ver es cómo se logra la mejor combinación de esfuerzos entre lo que hacen público o privado.

Estas recomendaciones, empiezo por la primera, son parte ya de un trabajo que viene haciendo la AMIS de muchos años.

Si ustedes recuerdan 2015, también la Convención tuvo como tema primario salud, se hizo una serie de documentos, se hicieron unas propuestas, muchas de estas propuestas vienen siendo tan relevantes y tan vigentes como nunca.

Y primero es quizás los que más consensos se ubicaron, que es el tema de reducibilidad. Si el gobierno no va a pagar o prepagar por la salud de forma privada, por lo menos lo puede hacer a través de la parte fiscal, y ahora está topado, antes no estaba topado. Entonces debe de haber, por lo menos se propone que haya una coparticipación del sector gobierno a través de la deducción más amplia de los sistemas de gastos médicos mayores.

Segundo, es actualizar la regulación, se necesita una relación más estrecha, se platicó en la mañana cómo se necesita un paquete único de intervenciones reembolsables por el gobierno, cada subsistema es distinto. Yo creo que vale la pena, de alguna forma, tener la misma política de coberturas.

La tercera es permitir seguros complementarios a los de la seguridad social o las del gobierno a través de primas privadas.

El cuarto es la articulación de los pacientes como en enfermedades crónicas. El gobierno es relativamente malo para hacer el trabajo extramuros.

El gobierno y, sobre todo, el sistema espera a que los pacientes lleguen. Por eso son pacientes agudos, personas que tenían un problema que generaba dolor o algo llegaban a las salas de urgencias.

Ahora los padecimientos crónicos no generan dolor, por lo tanto, los pacientes no llegan, y lo que se tiene que hacer es salir a ver al paciente, detectarlo tempranamente, el gobierno no lo hace.

La iniciativa privada tiene un papel importante poder participar en la gestión activa de enfermedades crónicas, y un espacio creciente y totalmente ausente son los cuidados de largo plazo.

En los países europeos, aproximadamente el 20 por ciento del gasto total en salud es cuidados de largo plazo.

Viene esa avalancha, la gente se está enfermando en sus casas, no va al sistema. Hoy en día el uno por ciento del Producto Interno Mexicano está asociado a cuidadores informales en los hogares. Las madres, por lo regular recaen mujeres, madres y esposas que se quedan en casa con un costo de oportunidad laboral, no van a trabajar, cuesta un punto del PIB, y eso va a estar subiendo.

Segundo bloque, es repensar el seguro privado. Repensar el seguro privado tiene cinco estrategias, se las menciono brevemente. Pensar en nuevas coberturas complementarias. El gobierno solamente puede hasta el tres por ciento del PIB, hasta ir al fisco, hasta ir al espacio fiscal.

Se quedan muchas necesidades sin cobertura, otro tres por ciento. Y seguramente todavía más. Entonces lo que necesita el sector privado es entender cómo empata, cómo hace la interface entre la cobertura pública y la cobertura privada. Si la cobertura pública atiende ciertas cosas, quién va a cubrir el resto que son la hotelería, los medicamentos fuera de cuadro básico, los padecimientos que se requieren de atender de forma más temprana, las pruebas de diagnóstico más sofisticadas.

Segundo, es el reembolso de esquemas en medicina integral. Ver cómo se mueve uno hacia un esquema más de HMO's un esquema prepagado de cobertura completa, integrado primero y segundo nivel.

Llevamos 20 años intentando eso, no se ha logrado. Creo que los fundamentales no están mal, sigue siendo la misma receta. Quizá la forma en la que hemos implementado en México a través de ISES no ha sido la correcta.

Introducir incentivos a la prevención. Esto ya lo han escuchado todo el día. Pero se necesita un esquema mucho más agresivo de proveedores públicos y privados invirtiendo en la contención de la enfermedad, sobre todo con las nuevas tecnologías.

Un sector asegurador de comprador de servicios, un tercer papel importante del sector asegurador lo mencionaba primero la diversificación del riesgo, segundo la gestión del riesgo y el tercero la compra estratégica.

El poder de compra que tiene una aseguradora es mucho más fuerte que el que pudiera tener un paciente, cuando no compra una póliza, además de diversificación de riesgo y además de gestión del riesgo, compra la posibilidad de una negociación mucho más favorable con un hospital.

Y por último, la futura regulación, este tema del aseguramiento en salud se está replanteando de fondo los esquemas regulatorios **(falla de audio)**

- - -o0o- - -