

Ciudad de México, 13 de mayo de 2026.

Versión estenográfica del Panel: “El futuro del seguro de salud: cómo ampliar protección, contener costos y complementar el sistema de salud”, dentro del marco de la 35ª. Convención de Aseguradores, AMIS, llevada a cabo en las instalaciones de Expo Santa Fe, en esta ciudad.

Presentador: Con esto iniciamos el segundo día de actividades. Yo soy César Aldama y una vez más es un gusto estar con ustedes para hacer las presentaciones de nuestros panelistas.

Vámonos directo con esta presentación. El panel lleva por título “El futuro del seguro de salud: Cómo ampliar protección, contener costos y complementar el sistema de salud”. Ese es el tópico y ya los ven ustedes, voy a presentarles a nuestros panelistas.

Ya en el escenario agradecemos la presencia del titular de la Unidad de Seguros, Pensiones y Seguridad Social de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Héctor Santana Suárez. Un fuerte aplauso para cada uno de ellos, por favor.

También nos acompaña, gracias, el Presidente y CEO de Saludsavitality, Eduardo Izurieta. Bienvenido.

De igual agradecemos al Presidente de la Asociación de las Instituciones de Salud Previsional, Gonzalo Arriagada Lillo. Bienvenido.

También a quien es Directora de Salud de la División de Seguros de WTW, Lisa Balboa.

Y finalmente, y con ella le dejamos el uso de la palabra para iniciar y será la moderadora Vicepresidenta de AMIS, Sofía Belmar Berumen.

Comenzamos.

Sofía Belmar Berumen: Muy buenos días a todos. Es un placer ser moderadora de este panel “El futuro del seguro de salud: cómo

ampliar la protección contener costos y complementar el sistema de salud”.

Yo creo que es bien sabido por ustedes que este es uno de los temas más taquilleros, y no por las razones que nos gustaría en cuanto a lo que está ocurriendo con la salud en México. Lo digo desde un punto de vista estructural que afecta tanto al gobierno como las empresas como a los individuos. Y tiene que ver con costos médicos a la alza, con envejecimiento de la población, con usuarios más exigentes, pero también con mayor presión sobre los sistemas públicos y, por otro lado, los tratamientos más severos y más costosos con una escalada inflacionaria que va muchísimo mayor que la inflación de la Canasta Básica.

Y ya el debate no es solo por quién paga por la atención médica. Yo creo que el verdadero debate es cómo diseñamos un ecosistema de salud que sea más eficaz, más transparente, más preventivo y, sobre todo, financieramente sostenible.

Acá tenemos que ver no únicamente lo que hacemos en México, sino es muy importante que en este punto de inflexión que estamos como industria, que miremos un poco lo que es el entorno internacional y lo que se ha hecho en otros países en términos de esta gran problemática.

Y desde el punto de vista mío es que los países que están más avanzados en esto tienen tres características. Primero, una cobertura pública. Segundo, esquemas complementarios, pero también protección financiera privada. Y estas tres cosas conviviendo de una manera muy eficiente.

Cuando estas piezas están bien articuladas, esto ayuda a ampliar el acceso a servicios públicos, a reducir el gasto de bolsillo, a mejorar la experiencia del paciente y a dar una mayor sostenibilidad en el sistema.

Dicho esto, yo creo que la salud no debe verse solamente como un mecanismo, el seguro salud para pagar enfermedades, sino que el reto aquí es que veamos desde un punto de vista más holístico, centrándonos en el individuo afectado y ver cómo podemos gestionar,

prevenir y coordinar la atención, y sobre todo, proteger financieramente a las familias.

En México, yo creo que actualmente estamos en una coyuntura en donde este tema es de gran relevancia porque tenemos una cobertura pública que está teniendo una gran presión en cuanto a la accesibilidad, suficiencia, calidad de los servicios, el aseguramiento privado que está también bajo una presión que todos ustedes conocen en cuanto a lo que vivimos en la inflación médica y cómo esto se refleja, no solamente en términos económicos hacia el paciente, sino en términos reputacionales para nosotros y con un altísimo gasto de bolsillo.

El gasto de bolsillo más alto de acuerdo con la OCDE que supera el 41 por ciento del gasto de bolsillo y además una bajísima penetración de los esquemas de asegurabilidad privada lo cual nos da una brecha en el sistema financiero.

Entonces, el objetivo de este panel con estos extraordinarios ponentes será una conversación acerca de cómo responder a esta pregunta central que tiene que ver con ¿cómo México puede construir un modelo de salud más sostenible, preventivo y centrado en las personas.

Y para ello pues si bien ya introdujimos a nuestros ponentes, yo quisiera ahondar un poco en sus bios.

Primero, nuestro ya conocido y extraordinario compañero Héctor Santana Suárez, Titular de la Unidad de Seguros y Pensiones y Seguridad Social de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

Héctor cuenta con una sólida trayectoria en Administración pública federal y estatal, es licenciado en relaciones internacionales por el COLMEX, con estudios de maestría y doctorado en Gobierno en la London School of Economics and Political Science, además de formación especializada en sistemas de seguridad social. Y su experiencia será clave para abordar justamente este tema desde la perspectiva de políticas públicas, regulación y protección financiera.

También nos acompaña Gonzalo Arriagada Lillo, Presidente de la Asociación de Instituciones de Salud Previsional, las ISAPRES.

Gonzalo es administrador público por la Universidad de Chile y cuenta con casi 40 años de experiencia de salud en los sectores público y privado y ha ocupado posiciones relevantes en ISAPRE Nueva Más Vida, ISAPRE Optima, el Hospital Clínico de la Universidad de Chile y el Fondo Nacional de Salud. Y su visión será especialmente valiosa para conocer los aprendizajes del modelo chileno y la convivencia entre aseguramiento público y privado.

También Eduardo Izurieta, Presidente y CEO de Saludsa y Vitality. Eduardo lidera una de las empresas de seguros más importantes de Ecuador y ha sido Presidente de la Asociación de Empresas de Medicina Preparada en este país. Y su experiencia nos ayudará a profundizar en prevención, cambio de hábitos y modelos donde el seguro genera valor antes de que ocurra la enfermedad.

Y finalmente Lisa Balboa, directora de Salud de la División de Seguros de Willis Towers Watson.

Lisa asesora a aseguradoras de nivel internacional en transformación, innovación de productos, tarificación, modelos de atención preventiva, tecnológica, *wearables*, analítica predictiva y uso de datos en seguros de vida y salud.

Su perspectiva internacional será clave para entender hacia dónde evolucionan los sistemas de salud más avanzados.

Y nuevamente un aplauso para este panel de lujo, e iniciamos nuestra conversación.

Y en la primera ronda de preguntas, con el marco de diagnóstico y sostenibilidad financiera, quisiera iniciar contigo Héctor, si me lo permites.

En México mantiene un nivel elevado de gasto de bolsillo en salud. Desde la perspectiva de política pública, ¿cómo puede el seguro privado complementar al sistema público para fortalecer la protección

financiera de las familias y la sostenibilidad al mismo tiempo del sistema de salud?

Héctor Santana Suárez: Muchas gracias.

Buenos días a todos.

Quiero agradecerle a AMIS, ayer no lo hice en otra mesa, pero hace un par de meses que me habían expresado el interés de que nos sentáramos a conversar de este asunto, de este tema del seguro médico, del gasto médico y de la realidad de la salud que va asociada a este instrumento.

Yo sí quisiera, antes que nada, tener muy claro que para la Secretaría, para el diseño de políticas públicas, el eje tiene que seguir siendo la protección de las personas.

El seguro es un instrumento que contribuye a brindar la salud y quizá ahí coincidiría con uno de los compañeros --me adelanto, desde luego--, en el sentido de que lo mejor que nos puede pasar es que esa salud no se pierda, es decir, que no haya necesidad de erogar en recuperar la salud.

Desde el punto de vista, efectivamente, el gasto en el bolsillo en México, históricamente ha sido más alto que en otros lugares, se mantiene una tendencia preocupante y yo creo que ahí justamente está el gobierno federal impulsando todo un proceso de transformación de salud que claramente no está concluido, que claramente sabemos de las insuficiencias que todavía tiene hoy el sector público en cuanto a la oportunidad de la atención y un área que necesitamos fortalecer de manera muy significativa es la prevención.

Necesitamos invertir más como sociedad en prevenir las enfermedades, en cuidar la salud, en reconocer la realidad demográfica de nuestro país. Tú lo decías hace un momento, el tema del envejecimiento no es un tema menor, hemos enfrentado hace poco una pandemia que también puso a prueba muchas de las instituciones públicas y privadas y yo estoy convencido que el seguro es un complemento muy importante.

Ahora, me parece valioso que se pueda pensar en un ecosistema completo y no solamente en un instrumento, en un producto para atender a una parte de la sociedad, es decir, aún cuando esté orientado a un segmento y a un grupo, tener claro que el objetivo sí es protegerlo, hoy sabemos además que es un tema muy sensible para algunos sectores de la sociedad, los números no necesariamente reflejarían eso, si pensamos cuántos mexicanos tienen una póliza de un seguro de gastos médicos y de ese total, cuánto es el porcentaje que deriva de una relación laboral, es decir, que es normalmente una póliza colectiva.

Resulta que es el 30 por ciento de como el 10 por ciento de la población, es decir, son pocos, somos pocos los que nos preocupamos de este tema, yo no tengo seguro de gastos médicos, lo aclaro, es un porcentaje pequeño realmente las personas que están involucradas en contratar directamente.

Ahí el espacio y la oportunidad es gigantesca y otra vez los compañeros agentes, pues tenemos que encontrar y también presionar a las propias aseguradoras a tener los productos que la gente necesita para que haya un incentivo a contratar.

Entonces me parece que tiene un rol fundamental. ¿Por qué? Porque nos van a permitir, por un lado reducen la presión que hay enfrente al sistema público, pero más importante que eso, nos ayudan a que un grupo de la sociedad, ya decía yo, no es gigantesco, pero es significativo, tenga acceso a la salud de manera oportuna, pueda cuidar y mantener esa salud y no llegar a la enfermedad.

Me parece que hay ahí un rol muy importante, además de que, y se está explorando, Sofía, puedo decir que hemos estado teniendo ya conversaciones para empezar a platicar, que haya una comunicación más fluida también entre la parte pública del sistema y la parte que tienen las aseguradoras.

Lo que buscamos finalmente en el diseño de la política pública tiene que ser mucho más amplio que un programa de corto plazo del costo de la prima en el año 2026, sino la calidad de vida de los mexicanos y la salud que queremos que tenga la gente en el 2026, pero en el 2040, en el 2060.

Y yo creo que esa, recupero esta idea de que una de las cosas importantes del Sector Asegurador es que piensa en el largo plazo y debe pensar en el largo plazo, y además ahora tiene que pensar en innovar con visión de futuro.

Para dejar que los demás también participen, me callo por el momento.

Sofía Belmar Berumen: Sí. Probablemente eso nos lleva a pensar más en términos de prevención desde ambas ópticas, tanto de la pública como de la privada.

Muchas gracias, Héctor.

Pasando con Gonzalo Arriagada e introduciendo la pregunta, a mí me sorprendió mucho cuando hace pocos años tuve la oportunidad de conocer por primera vez el modelo chileno.

Me sorprendió que las instituciones de seguros privadas le apuestan sin miedo a entrar a gastos médicos, justamente porque esta primera capa de gastos, que es la que acá en México creo que nos hace pasar bastantes vicisitudes actualmente, se cuida por este sistema en el cual la primera capa de enfermedad entra a través de un esquema que está muy bien coordinado entre protocolos médicos, y acordados entre la parte pública y privada en la atención que brindan las ISAPRES.

Y en ese sentido Gonzalo, desde la experiencia chilena ¿cuáles han sido las lecciones más importantes sobre cómo lograr la sostenibilidad financiera en sistemas donde convive el aseguramiento público con el privado?

Y si pudieras darle un poco de contexto a la audiencia de cómo funciona esto, porque acá tenemos completamente separada la parte pública y de la privada, e incluso hay personas que por su empresa se paga el IMSS o ellos mismos pagan el IMSS, que es la seguridad social, y paralelamente tienen un seguro de gastos médicos y a veces no utilizan en lo más mínimo esta parte pública.

Gonzalo Arriagada Lillo: Muchas gracias, primero que nada, por la invitación de AMIS a participar en esta importante Convención, y además me da la oportunidad de venir a México, y la verdad que México es un país muy cercano para los chilenos, así que ha sido un agrado.

Ingresando a tu pregunta, si primero comentarte un poco del sistema chileno para que sea más fácil comprender lo que les comente. En Chile la seguridad social está organizada de manera que está financiada por las personas a través de un descuento obligatorio del siete por ciento de sus remuneraciones, con un límite y una parte que pone el Estado. Los empleadores no financian nada de la seguridad social.

Y esta seguridad social financiada por estas dos fuentes les permite a las personas decidir libremente dónde destinan sus recursos, ya sea a una institución privada o pública.

En el caso público se llama FONASA, Fondo Nacional de Salud. Entonces las personas que lo desean destinan su siete por ciento al FONASA, y el Estado les aporta adicionalmente para que puedan tener una cobertura médica adecuada.

Y por otro lado, las personas que optan por una ISAPRE, que son las instituciones de salud provisional, también hay seguros en Chile de la forma más tradicional, por decirlo así, que operan con seguros complementarios y otras cosas, pero las ISAPRE son las que participamos en la seguridad social, con el descuento obligatorio. Entonces esa persona pone su siete por ciento en una ISAPRE y con eso reciben de la ISAPRE un plan.

¿Cómo esto tiene que ver con la remuneración? Aquellos que tienen renta más alta logran financiar con más facilidad un plan, aquellos que tienen renta un poco más baja a veces tienen que poner adicionalmente.

En promedio las personas que están en ISAPRE se financian con el 10 por ciento de la remuneración. Para que ustedes tengan una idea más o menos de cómo funciona.

Y el Estado, cuando las personas deciden estar en ISAPRE, no aporta.

Es la libertad para que la persona ponga su cotización en un sistema privado, pero no hay aporte estatal.

Así funciona el sistema en Chile y para que esto opere, bueno, yo diría que para que exista cierta tranquilidad en la operación de las compañías que intervenimos en esta área, yo diría que hay varias condiciones. Pero dado el tiempo voy a limitarme a comentarles respecto de una de ellas, que creo que es la más importante.

Y se trata de tener reglas claras, estables en el tiempo, construidas con fundamento técnico y con incentivos adecuados. Para que se comprenda mejor, quisiera desmenuzar esto.

Reglas claras y estables en el tiempo. Bueno, eso es lo que nos entrega certezas jurídicas y sin eso, la verdad es que las compañías no podemos participar en este tema.

En Chile vivimos en el... Se me pide que hable un poco de la experiencia chilena, entonces, nosotros vivimos una dificultad enorme en el último tiempo que puso en riesgo esta confianza jurídica.

Y esto como ocurrió en la Corte Suprema en Chile, resolviendo algunos casos particulares dictó unos fallos, y de manera muy extraordinaria, no ocurre así, hizo que esos fallos tuvieran efecto general. Es decir, aun cuando habían planteado sus casos a algunas personas del sistema previsional privado, ellos hicieron que el fallo aplicara a todas las personas que estaban en el sistema previsional privado. Modificando la regulación, la ley, en la práctica generando una nueva Ley por la vida de este fallo.

Y no solamente modificaron la forma en que estaba regulada la definición del precio, nada menos, un tema bastante sensible, y la forma de reajustabilidad de este precio, sino que además de eso, en los fallos la corte señala que debe ser con efectos retroactivos.

Entonces, entre las dos temáticas de cambiarnos la regla y hacerla retroactiva, prácticamente dejaron en quiebra todo el sistema previsional privado, porque la modificación hizo que todos los planes que teníamos en ese minuto, a los que teníamos que aplicar una nueva regla, sobre la cual no estaban contruidos sus precios, estaban a pérdida.

Y si la ISAPRES queríamos seguir funcionando, teníamos que decidir una especie de subsidio permanente a las personas que tuvieran contratado planes con nosotros, porque iban a ser a pérdida para siempre.

Obviamente que eso era imposible, las compañías no teníamos ninguna posibilidad de continuar de esa forma y ese fallo fue tan grave que motivó que se generara una ley especial para poder corregir sus efectos, ver la manera de aplicar el fallo de la Corte pero sin que el sistema desapareciera.

Además debo decirle que esta forma en que funciona el sistema en Chile ha generado un sistema privado bastante sólido de prestadores y esas redes de prestadores que están a nivel de todo el país, complementan las capacidades del sistema público en forma muy valiosa.

Yo diría que la complementariedad público-privada es una de las cuestiones más relevantes que tiene nuestro sistema, las probamos con mucha eficiencia en la pandemia, donde no tuvimos grandes problemas ni sobresaltos, gracias a la complementariedad público-privada, porque ese ha sido el manejo de las camas críticas públicas o privadas indistintamente para resolver los problemas de la población.

Pero ese sistema privado, el 60% de su capacidad se la dedica al sistema público, a los beneficiarios del sistema público, 40 al privado, pero el financiamiento, el 60% lo obtiene de la atención que le da al privado y solo 40 del sistema público.

Y por lo tanto si las ISAPRES teníamos dificultades, la verdad es que eso es traspasar a los prestadores privados que probablemente pudieron haber quebrado también, y eso suele haber afectado al

sistema público, porque se habría quedado sin esta capacidad tan valiosa que era la complementariedad pública-privada de la atención.

Así que bueno, por suerte ese tema se resolvió mediante una ley, se reguló el sistema de precios y la reajustabilidad, igual no generó un problema serio, ese efecto retroactivo significó que tuvimos que asumir una devolución que nos va a demorar 13 años en cumplir.

Así que por eso que yo destaco reglas claras y estables, creo que son fundamentales, de lo contrario es imposible obviar.

No sé cómo estoy en el tiempo, si no, para alcanzar a decir algo más.

Sofía Belmar Berumen: A mí me gustaría, Gonzalo, hacerte una pregunta bien específica, profundizando sobre lo que estás comentando.

Algo en lo que estamos sufriendo aquí en la industria aseguradora en México, somos la punta del iceberg, en términos de visibilidad de incremento de precios; pero lo que nos pasa aquí y el gran problema que tenemos es que tú vas a un hospital, mismo hospital, mismo padecimiento, mismo paciente, y un médico puede diagnosticarte algo con un precio completamente diferente a lo que te diagnostica otro.

Y no hay absolutamente, no quiero decir control de precio, pero ninguna transparencia ni tampoco un protocolo que se siga en esa atención preestablecida.

Entonces puedes ir por el mismo padecimiento y con el diagnóstico hecho, alguien prescribirte un tratamiento a un precio y otra persona prescribirte el mismo tratamiento, pero 10 o 15 veces más caro, por decir un múltiplo, pero son unas divergencias tremendas.

Y lo que me sorprendió a mí del esquema chileno es que esos protocolos de atención y la transparencia de qué te van a hacer y cuánto te van a hacer está muy avanzado y muy específico por padecimiento.

Solamente si pudieras hablar un poco de eso, que creo que aporta mucho al sistema.

Gonzalo Arriagada Lillo: Hay una cobertura que entrega el sistema de seguridad social, te hablo en general porque en realidad allá es público o privado y ofrecemos lo mismo, en esta parte voy a comentar ahora.

Se llama GES, Garantías Explícitas en Salud, y comenzaron con unas pocas prestaciones, yo no recuerdo cuántas, han sido 30 y se han ido complementando en el tiempo y hoy en día son 90; 90 diagnósticos donde está definido su forma de tratamiento, está definido lo que se debe hacer para el diagnóstico, para el tratamiento y para el seguimiento.

Y en cada una de las etapas lo que está sugerido que se haga, los medicamentos que se sugiere seguir, en fin. Eso está todo definido a nivel público, y participamos con aporte técnico en las definiciones, pero esto es un decreto público.

Y las personas tanto del sistema público como del sistema privado utilizan la misma, en el mismo esquema esta garantía, y los prestadores tienen que operar según esa misma metodología que está allí diseñada.

No te digo que sea perfecto, que de repente algunos prestadores se escapan, no sé. Hay algunos que, algunos profesionales, algunos doctores, ahí realmente no están del todo de acuerdo y les parece que debe operarse de una manera un poco distinta y no sé, y optan por un medicamento más caro que quieren incorporar, a veces son medicamentos que recién vienen incorporándose, entonces todavía no están en el programa oficial, y hay que enfrentar esas dificultades.

Pero en general eso opera bastante bien, permite tener un manejo de costo bastante adecuado de esa patología y ofrecerle a la gente una cobertura financiera que es importante.

En el caso de las ISAPRES, nosotros cubrimos más o menos el 90 por ciento del valor de las prestaciones cuando son en por GES. Además eso se complementa con otra cobertura que se llama CAES, Cobertura de Enfermedades Catastróficas.

Entonces cuando esa atención pasa a ser catastrófica, no sé, pasa a la unidad crítica y ya está meses acostado, y esa cuenta es enorme, adicionalmente tiene una cobertura especial por esta cobertura catastrófica, eso en el caso privado, en el caso público ellos no tienen esa cobertura, pero operan con el GES igualmente.

Sofía Belmar Berumen: Muchísimas gracias, Gonzalo.

Ahora pasando con Eduardo, si me lo permites, el modelo de Vitality apuesta por prevención y cambio de hábitos, desde la evidencia que han observado ¿puede la prevención realmente convertirse en una palanca estructural para contener los costos de salud?

Eduardo Izurieta: Gracias. Buenos días a todos. Gracias a AMIS por esta invitación, que además me da la oportunidad de regresar a México, que me encanta. Entonces busco cualquier pretexto para volver, así que muchas gracias.

Y también para mí es un honor compartir este panel con tan distinguidas personas.

La respuesta corta es: sí. Nosotros, yo lidero la empresa de gastos médicos de Ecuador, la más grande del país. Nosotros implementamos Vitality hace siete años y hoy la siniestralidad que tenemos nosotros es 10 puntos porcentuales más baja que la industria. Entonces, eso es un dato duro que nosotros mismos lo hemos vivido a través del programa Vitality.

Quiero destacar además que recién vamos siete años en esto, porque si nosotros extendemos esto en el tiempo, el potencial es mucho mayor.

Ahora, hay algunas cosas que creo que es importante puntualizar.

Primero, ahora todo el mundo habla de prevención, todos hablan de *wellness*, es el tema de moda y lamentablemente hay muchos ejemplos de fracasos con el *wellness*, sobre todo desde la perspectiva de una aseguradora médica.

Nosotros mismos vivimos algunos fracasos antes de llegar a Vitality. Primero, decidimos nosotros hacer un proyecto de prevención que le llamamos Salud Integral, que fue un fracaso.

Y luego, llegamos a un acuerdo con un *partner* en Estados Unidos para desarrollar un App que hacía todas estas cosas de prevención, de *wellness* y también fue un fracaso.

Entonces, hay que tener mucho cuidado, porque no basta con decir estamos haciendo algo por la prevención, lo importante es encontrar el programa preciso y lamentablemente muchas veces se cree que con un programa de prevención o con un App ya se logran resultados. Y normalmente lo que yo he visto es que la mayoría de esos programas fracasan y la tasa de enganche de los clientes es bajísima, menor del uno por ciento.

Nosotros tenemos un 45 por ciento de los clientes enganchados al programa, eso quiere decir que 45 por ciento de nuestros clientes cambiaron sus hábitos de ejercicio y de nutrición.

Y si uno investiga un poco sobre estos temas, encontrará que entre el 60 por ciento y el 70 por ciento de las enfermedades son producidas por los malos hábitos que tenemos, y por eso nuestros países enfrentan problemas, no sólo como el envejecimiento, que ojalá ese fuese el problema, porque todos queremos vivir más, o al menos la mayoría, pero problemas como la obesidad, que creo que es un problema grave de nuestros países.

Entonces nosotros implementamos un programa que ha sido exitoso, que para nosotros es el antes y el después de la fecha en que decidimos implementar este programa.

Pero lo curioso y lo que les comparto a todos es que cuando nosotros decidimos implementar esto, no fue para bajar los costos médicos, o sea, esa no fue nuestra principal intención. De hecho, como les he compartido ahora, nosotros fracasamos antes de llegar a Vitality con dos proyectos.

Nosotros tomamos en algún momento de la historia de la compañía una decisión estratégica y esa decisión fue: “Hagamos algo, porque nuestros clientes estén más sanos”.

Eso era lo que nos motivaba, eso era lo que nos ilusionaba del trabajo, estábamos aburridos y cansados de enfocarnos en las enfermedades, estábamos cansados de competir por precios, estábamos cansados de competir por quien tiene el deducible 1 o el 2 o el 3, y estábamos cansados de vivir en un mundo comoditizado, que es el tema de los seguros; lamentablemente es así, somos un commodity.

Y nosotros tomamos en algún momento de la historia de la compañía, esta decisión que podía haber sido vista como una locura o como algo demasiado romántico o idealista y, de hecho, tuvimos como les he dicho algunas algunos fracasos al respecto, hasta que llegamos con Vitality y los resultados son impresionantes.

Entonces tomamos esa decisión que yo creo que nosotros como empresarios, tenemos esa responsabilidad, tenemos un rol en la salud de las personas; nuestro rol como aseguradores, no es solamente, en mi opinión, cubrir enfermedades.

Yo creo que quedarnos en eso es demasiado poco, nosotros tenemos un rol mucho más potente que ese; cada empresa tendrá que definir cuál es el rol, pero si nos quedamos solamente en el rol de pagar enfermedades y no hacemos nada para que nuestros clientes estén más sanos, el modelo no es sostenible, no es sostenible; los costos de los medicamentos siguen subiendo, la población sigue enfermándose, las enfermedades crónicas aumentan.

¿Cómo hacemos sostenible nuestro modelo, si no trabajamos en que la gente esté más sana?

Entonces tenemos ese rol, no es fácil, es muy complejo y nosotros encontramos en Vitality una solución, que además tiene datos duros; 10 puntos de siniestralidad, menos 10 puntos porcentuales de menos siniestralidad que toda la industria, es un dato duro en Ecuador, país latinoamericano, y esto se produce porque la gente cambia los hábitos, entonces se enferma menos.

Pero no sólo por eso, sino que se produce algo que ustedes conocen, que es la selección positiva, la gente más joven, la gente más sana, se interesa más por este producto, porque ve un valor.

El año pasado nosotros le devolvimos a nuestros clientes, gracias a este modelo, varios millones de dólares; ustedes se imaginan lo que es que un cliente al final del periodo, reciba un cashback de 20% de la prima anual, porque cambió sus hábitos de ejercicio y alimenticios y consecuentemente está más sano. Eso hacemos nosotros, y de dónde sale ese dinero, porque tenemos también la responsabilidad de que sea rentable, ese dinero sale del ahorro que tenemos cuando las personas están más sanas. Nosotros pagamos menos por las enfermedades y los clientes se benefician de eso de manera directa. Es un beneficio directo y una gran diferenciación.

Pero yo no vine a hablar tanto de mi empresa, sino de la responsabilidad que tenemos todos como sociedad de hacer algo para que las personas estén más sanas.

Sofía Belmar Berumen: Definitivamente. Muchísimas gracias, Eduardo.

Lisa, desde tu óptica y la firma que representas, que tiene gran acceso a información de todo el mundo, ¿frente al crecimiento global de la inflación médica, qué estrategias están funcionando mejor en los sistemas de salud más avanzados para contener costos sin sacrificar calidad?

Lisa Balboa: Sí. Es una muy buena pregunta.

Buenos días a todos. Es un placer estar aquí, y muchas gracias a AMIS por la invitación de estar hoy con ustedes. Y también quiero dar las gracias a mi compañera, Marcela Abraham, y nuestro equipo local en México. Es mi primera vez aquí, así que realmente me encanta la ciudad, y quiero aportar algunas perspectivas desde el punto de vista global.

Y claro, les agradezco de antemano su paciencia con mi español. No es perfecto, pero mi suegro es el hispanohablante, así que tengo que practicar.

Entonces, el problema de la inflación médica es muy, muy grave en muchos de los principales mercados en todo el mundo. Es encima de dos dígitos en muchos países y aquí en México se sitúa alrededor del 13 por ciento.

Aún así, hay algunas aseguradoras en mercados globales que destacan por su excelente control de costes. Un ejemplo es Kaiser Permanente en Estados Unidos. Kaiser Permanente es un líder, tiene integración vertical, así que tiene su red de médicos, sus propios hospitales, y así se puede pagar por los resultados, no simplemente por el servicio.

Hemos comentado que hay mucha sobreutilización, los precios no siempre son los mismos en todos los hospitales, pero si pagamos por los resultados podemos controlar los costes. Y ellos, de hecho, tienen costes alrededor del 10 por ciento o 20 por ciento menos de los otros proveedores en el mercado gracias a esta estrategia.

¿Y cómo pueden lograr esto? Un muy buen ejemplo es su éxito en operaciones de artroplastia de rodillas.

Así que, ¿qué hacen? De hecho, tiene centros especialistas en esta operación y pueden dar de alta un 80 por ciento de los pacientes el mismo día de la operación. Es fenomenal. Normalmente solo el 10 por ciento de las personas puede irse del hospital el mismo día de la operación, pero en su caso pueden ahorrar mucho dinero sin sacrificar la calidad de los resultados. Así que eso es muy importante.

Pero claro, es difícil integrarse verticalmente en cada mercado. Así que hay ejemplos, por ejemplo, de Oriente Medio, de Australia, de hecho, de basar el sistema de pagamiento en los mismos técnicos.

Así que las aseguradoras pueden pagar los hospitales, los médicos, basándose en pagamiento por resultados y no una simple tarifa por servicio. Así que, eso es algo que se puede hacer; es muy difícil, tiene que hablar con los hospitales, los médicos, negociar los precios. Pero es mejor para la calidad del tratamiento para el paciente y puede ahorrar costes para la aseguradora.

Hay otra estrategia que quiero comentar también y es que una causa de la inflación médica son los nuevos tratamientos.

Por ejemplo, tratamientos de medicina de precisión contra el cáncer, son muy, muy, muy costosas. Estaba hablando con alguien antes de entrar aquí y conoce a alguien que tiene tratamiento de cáncer. y cuesta, por ejemplo, 70 mil dólares cada año por el tratamiento contra el cáncer por un paciente. Así que eso va a aumentar los costes si cubrimos este tipo de medicamento directamente en la póliza de seguros tradicional.

Así que en el mundo hay ejemplos como PPS en Sudáfrica, Ping An en China, aseguradoras que están innovando y están añadiendo beneficios adicionales no solo a pólizas de seguros de salud, sino a pólizas de seguros de vida, cuentas bancarias. Y estas pólizas dan acceso a este tipo de tratamiento de medicina de precisión contra el cáncer y es un producto específico.

Así que la rentabilidad de la cartera actual, la cartera tradicional de seguros de salud, no está impactando de este tipo de tratamiento muy caro.

Así que con creatividad hay varias cosas que se puede hacer, contratando con los hospitales, innovando productos, hay varios ejemplos. Así que hay esperanza de que podemos bajar la inflación médica.

Sofía Belmar Berumen: Muchas gracias, Lisa.

Y continuando contigo ahora en el contexto de hablar de innovación y modelos de prevención, que son dos cosas que nos pueden dar, por un lado, mayor amplitud de alcance para mucha más gente, pero por otro lado también un mejor *disease management*.

En términos de AI, *wearables*, medicina de precisión y análisis avanzado de datos, ¿qué innovaciones tendrán realmente el mayor impacto en la eficiencia y sostenibilidad del modelo de salud?

Lisa Balboa: Sí, Eduardo ha comentado un poco sobre el tema, pero de hecho la tecnología ha avanzado mucho en los últimos 10 años.

He traído mi primer Fitbit que yo usaba hace 10 años y solo estaba capaz de contar mis pasos. Pero hoy en día tengo mi anillo *wearable*, mi reloj de Apple Watch, e incluso la cámara de los smartphones puede darnos mucha información sobre el ritmo cardíaco, sobre la temperatura corporal, sobre la saturación del oxígeno, que es algo muy importante para mí, por la altitud de la Ciudad de México.

Así que tenemos muchos datos, pero ¿cómo vamos a usarlos?

Usar la analítica de estos datos médicos digitales, su propia base de datos como aseguradora y usar esto para predecir quién va a padecer enfermedades crónicas, enfermedades como el cáncer, en una fase menos grave y así podemos intervenir. Y hay mucha, mucha oportunidad.

De hecho, típicamente en muchos mercados, solo el mismo 3% de todos los asegurados, dentro de la cartera de la aseguradora, son responsables por más del 30% de todos los costes durante varios años consecutivos.

Así que si podemos utilizar toda esta innovación analítica, datos de wearables y predecir quién va a ser este 3% de personas intervinientes, por ejemplo, sugiriendo un chequeo médico para que una persona con hipertensión tenga medicamento, antes de que sufra una enfermedad más grave, así podemos controlar los costes y es un win-win, un ganar-ganar, porque la aseguradora va a bajar los costes y al mismo tiempo el asegurado va a gozar de mejor salud.

Así que realmente hay mucha potencia en este ámbito.

Sofía Belmar Berumen: Muchas gracias.

Ahora, Gonzalo Arriagada, quisiera regresar contigo, hablando del tema de transparencia.

Una de las grandes quejas del mercado mexicano, es que no se entiende qué está cubierto y qué no está cubierto al momento de la reclamación.

Yo, más allá de la tecnología, quisiera preguntarte qué cambios regulatorios o de diseño institucional han demostrado ser más efectivos para hacer los seguros de salud más transparentes y comprensibles para el usuario final.

Gonzalo Arriagada Lillo: Sí, efectivamente, es un problema. La verdad que lo que cubrimos las instituciones de salud provisional o los seguros en general es una cantidad enorme de prestaciones y tratar de que la gente entienda qué es lo que debe recibir de cobertura en cada una, es muy complejo.

En el caso de las ISAPRES hemos trabajado en un formato de oferta, plan de salud, donde se agrupan las prestaciones.

Supongamos exámenes de laboratorio y uno dice, bueno, te voy a cubrir tal porcentaje hasta tal valor.

Pero para las personas eso es muy complejo, cuando les decimos que les vamos a cubrir 80% en los exámenes de laboratorio, pero hasta, no sé, un par de veces un arancel que nosotros tenemos, que nosotros conocemos, pero que él no, y que incluye miles de prestaciones, miles de exámenes.

¿Cómo lograr que él entienda el detalle? Mira, eso, hoy día en el nivel de mi asociación estamos trabajando en tener un arancel único como primera medida.

No que cada compañía opere con sus propios aranceles para definir su producto, sino uno solo, de todas las compañías; de manera que cuando a una persona le digan que le van a cubrir el 80% de dos veces el arancel y la otra, no sé, el 80 de tres veces, tendrá claridad, al menos que este producto le cubra más que el otro.

Pero además, queremos tratar de avanzar hacia valores paquetizados, escucha a Lisa, y nosotros estamos en eso: queremos la paquetización de prestaciones, es decir, pagar más por resolver la patología o por una cirugía, más que por el conjunto de prestaciones que componen esa hospitalización.

No sé, en vez de cubrir por días cama, el honorario del doctor, los exámenes del laboratorio, el derecho del pabellón, etcétera, simplemente cubrir por la cirugía completa con un solo valor.

En eso estamos, nosotros nos parece que el 80 por ciento del gasto médico puede ser paquetizado.

Y de esa manera, si nosotros podemos decirle a la persona, en el plan que se le ofrece: “Mira, te vamos a cubrir el 80 por ciento de los valores paquetizados. Y los valores paquetizados que tienen nuestras clínicas de convenio, aquí los tiene, aquí está la lista”. Supongamos, tú te quieres operar de vesícula: “Bueno, la vesícula te sale en tal clínica tal valor, en tal otra tal valor como valor completo por la cirugía, independiente de las complejidades”. Eso no es fácil, como decía Lisa, porque hay que convenirlo con los prestadores, y hay que convenirlo donde el prestador asuma el riesgo.

Un valor paquetizado, que si la persona queda acostada más tiempo del promedio, tiene que estar cubierto por un solo valor. Pero las compañías de seguro, nosotros no podemos gestionar el costo en realidad de forma directa. El único que puede gestionar el costo de verdad es el prestador.

Entonces, yo creo que una de las cosas que nosotros tenemos que hacer es traspasar mediante precio, pagando de una manera apropiada que genere los incentivos para que el prestador se haga cargo de la gestión del costo. Y en eso ayuda mucho lo que tú señalas, el valor paquetizado.

Y también ayuda en la transparencia, porque si las personas saben, cuando se van a operar, no que le hagan un presupuesto en la clínica, le digan: “Mira, más o menos, te va a salir tanto, pero no te lo puedo asegurar, porque en realidad, si te agrada, te va a salir mucho más, en fin”. No, un valor cierto.

Nosotros estamos en ese camino ahora, estamos construyendo eso, valor paquetizado por la clínica que no le digan un solo valor, que incluya todos los riesgos, y nosotros hacemos una cobertura sobre ese valor. De manera que la persona, antes de acostarse, sepa el copago que va a enfrentar, desde el principio. Y decida libremente en cuál de

todos los prestadores que tienen convenio de compañía va a poder atenderse.

En esto, esta libertad de elegir también es muy potente, porque en realidad hace que la competencia funcione en favor de las personas. Entonces, más que a lo mejor crear una red propia, o un lugar donde nosotros le resultamos las cosas a la persona, es generar estos mecanismos con incentivos adecuados y una competencia que funcione.

Sofía Belmar Berumen: Muchas gracias.

Estamos casi sobre el tiempo. Entonces brevemente, Eduardo. Frente al envejecimiento poblacional, ¿debería el Seguro de Salud evolucionar hacia esquemas que combinen prevención, tecnología y financiamiento de largo plazo?

Eduardo Izurieta: Definitivamente sí, es lo que comentaba. Tenemos un rol mucho más grande que el de cubrir enfermedades.

Entonces, tenemos la obligación de desarrollar algo en favor de nuestros clientes. No solo para que vivan la experiencia del seguro cuando se enferman o cuando tienen un accidente, que además es un momento trágico de la vida, sino que puedan recibir algún valor de su asegurador mientras está sano y evitar que llegue la enfermedad en la medida de lo posible. Entonces, yo creo que sí, definitivamente.

Y como aseguradores tenemos esa responsabilidad. Como aseguradores tenemos ese desafío. Y yo diría que no hay otro camino. O sea, tenemos que tomar ese camino, porque si no lo hacemos los costos van a subir o están subiendo de una manera tan dramática que pronto el seguro privado va a quedar para un club muy pequeñito de personas que lo pueda pagar.

Sofía Belmar Berumen: Muchas gracias.

Y finalmente, para cerrar, Oscar, perdón Héctor, si tuvieras que señalar una sola acción estratégica que la industria, los reguladores y los sistemas de salud debiesen impulsar en los próximos 10 años para

garantizar un sistema más resiliente, más accesible y centrado en las personas, ¿cuál sería?

Héctor Santana Suárez: Es trampa, porque resumirla en una sola. Está bien.

Yo solamente creo que lo principal es poner a la persona en el centro y verlo como un tema de cómo cuida y ayuda a cuidar esa salud.

Me parece que lo que hemos escuchado son experiencias muy valiosas, que nos deben llevar a la reflexión y hacerlo además de una manera crítica, no necesariamente, yo disiento en algunas cosas de las que han dicho, valoro mucho lo que se ha dicho, creo que hay cosas muy interesantes.

Pero por ejemplo, es la selección positiva un objetivo para lograr la salud, porque el riesgo que yo veo ahí es que acabe yo solamente asegurando a aquellos que están saludables.

Segundo lugar, en el caso mexicano tenemos diabetes infantil. Entonces, también eso tenemos que contar y claro, cada país tiene una realidad diferente.

Y me parece que este llamado a concentrarnos en buscar cómo cambiar hábitos es fundamental.

También considero que en la parte de cómo vincular el sector público y privado hay muchísimo que trabajar.

Esta idea de empaquetar este tema de ustedes, puede ser muy interesante, habrá que tener que valorarlo.

Lo que sí me queda claro es que hoy en México uno de cada diez personas tiene un seguro de gastos médicos, es muy poco, deberían ser más, o sea que hay un gran potencial que estamos desaprovechando.

Segundo, que también me parece fundamental, es que podamos realmente fortalecer esta transparencia a la que tú haces referencia, y

a lo mejor no estoy autorizado a decirlo, pero pues ni modo, Sofía, porque no está Oscar Rosado para que le pregunte.

Pero bueno, el hecho de que alguna vez decía yo, uno de los temas con los seguros es que el Manual de instrucciones es como el de los celulares, no lo leemos nadie porque es de 200 páginas. Y pasa así a veces con las pólizas.

Entonces, la idea de que ya sea posible en una página resumen poner todas las características básicas y sobre todo todas las exclusiones y limitantes de tal manera que quien contrata un seguro, que normalmente lo hace cuando no tiene la urgencia de utilizarlo, pues con frecuencia no va a tener la paciencia para leer condiciones.

Entonces yo diría, uno, pongan a la gente en el centro.

Dos, estén conscientes de que es un tema de gran sensibilidad, que por supuesto que hay que cuidar la rentabilidad, pero si no cambiamos la manera de enfrentar todo el diseño, la construcción de protocolos a los que haces referencia, me parece fundamental.

Si no hacemos eso, pues entonces no nos extrañe que el gobierno, cualquiera de sus expresiones, y en Sudamérica es muy fuerte la tendencia a la judicialización de la medicina, en el caso de Colombia, por ejemplo, no tiene ese problema. Pues claro que va a haber, porque hay un reclamo social.

Lo sabemos hoy en México que hay una serie de iniciativas en donde por lo menos a nosotros nos preocupa justamente que la única solución sea controlar el precio en vez de tener una visión más integral y de largo plazo.

Entonces sí tenemos, sin embargo, que construir, y si no lo hace el sector, la necesidad de dar una respuesta a una sociedad que no se siente suficientemente cubierta, porque además en la salud pública tenemos desafíos muy importantes, me parece que estamos dejando de lado una oportunidad histórica.

Y las nuevas tecnologías a las que se hace referencia, por ejemplo, abatir costos mediante el monitoreo permanente del nivel de azúcar de

un asegurado, y eso hace muchos años que lo hacen los holandeses, lo hacen los alemanes, precisamente con una alarma que se activa y que hay una central de enfermeras que está supervisando todo eso.

Yo sí creo que es un tema muy relevante que tiene una gran contribución que hacer y por eso yo cada vez que vengo, sí les digo: “Por favor, hay que innovar”, y a veces habrá que resistir las propias inercias dentro de las aseguradoras a que no cambie el status quo.

El status quo a lo mejor es predecible, a lo mejor es rentable, a lo mejor nos da tranquilidad y seguridad, pero el status quo no está respondiendo a las necesidades de una población como la de México, que enfrenta desafíos de salud cada vez más complicados; la medicina genómica de altísimos costos, las nuevas medicinas y la alternativa es, si creamos protocolos muy rígidos, que todo eso quede fuera.

Me refiero a enfermedades raras, me refiero a todas estas posibilidades que la ciencia, y lo hemos platicado en otros temas, como pueden pensiones o seguros de vida, pero si logramos que se materialice, y parece que es viable, la cura de enfermedades como la diabetes, ya como cura, lo ideal es que la gente no se enferme, creo que estamos de acuerdo todos, pero ya como cura, pues habrá que rediseñar todos los seguros porque nuestra expectativa de vida va a cambiar.

Muchísimas gracias.

Sofía Belmar Berumen: Muchas gracias a toda nuestra audiencia, a nuestros panelistas y yo creo que esto es simplemente la continuación de una conversación que nos quita el sueño, no únicamente como aseguradores, sino como mexicanos.

Y en este tema, sobre todo la transparencia de los protocolos pues conlleva que hoy únicamente una parte de la cadena, que son los prestadores médicos, ganen; el individuo no está en el centro y los aseguradores estamos en medio del bombardeo, y ahí la colaboración pública-privada será fundamental para que logremos algo en lo cual realmente lo que tú dices, que el individuo esté en el centro.

Muchísimas gracias a todos, e invito a los panelistas que nos pongamos al centro para la foto.

- - -o0o- - -