

Ciudad de México, 16 de mayo de 2017.

**Versión Estenográfica de la Sesión Especializada “Cláusulas disruptivas para apoyar la sustentabilidad en Seguros de GMM”, dictada por Luis Eduardo Iturriaga Velasco y Gabriel Corvera, en el marco de la 27 Convención de Aseguradores AMIS realizada en el salón Palacio de la Canal 5, del Centro Banamex, en esta ciudad.**

**Moderador:** Vamos a continuar y, de hecho, sería la tercera y última ponencia. De hecho, es un panel el que compartiremos con ustedes con el tema: Cláusulas Disruptivas para Apoyar la Sustentabilidad en el Seguro de Gastos Médicos.

Y este es un tema importante, es un tema relevante para todos nosotros. Conocemos cuál es nuestro mercado, conocemos la situación, nos la detallará más adelante alguno de nuestros ponentes.

Y sin más, yo paso a presentar a cada uno de ellos.

Por una parte, contamos con la presencia que agradecemos mucho del licenciado Luis Eduardo Iturriaga Velasco, él es, como ustedes lo saben, Vicepresidente Jurídico de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Desde enero del 2014 tiene a su cargo la dictaminación y opinión jurídica en materia de seguros y fianzas en relación con las funciones de consulta y delitos, revisión de documentación contractual, imposición de sanciones y resolución de recursos contra las mismas, así como llevar a cabo el control de los intermediarios y la representación de los intereses de la Comisión en todo tipo de juicios, procedimientos y trámites judiciales, administrativos y laborales; coordinar a las Delegaciones Regionales en el ámbito de su competencia y ser el vínculo de comunicación entre las oficinas centrales y dichas delegaciones.

Asimismo, a través del apoyo jurídico, propiciar una mayor seguridad y precisión en la actuación de la Comisión y de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público; en una sola palabra, el abogado de la Comisión,

De febrero de 2000 hasta enero de 2014, fue Director General Jurídico Consultivo y de Intermediarios de la propia Comisión y Secretario de Actas de su Junta de Gobierno desde el 2003 hasta enero del 2014, habiendo iniciado su carrera como servidor público desde el año de 1990 ocupando distintos puestos en la Administración Pública Federal.

Él es abogado por la Escuela Libre de Derecho, con estudios de Maestría en el Instituto Nacional de Administración Pública el INAP. Asimismo, con diversos estudios en Derecho Fiscal, Derecho Administrativo y Derecho Financiero, entre los que destaca International Taxation por The Harvard University y el ITAM.

Socio numerario del Ilustre y Nacional Colegio de Abogados desde 1996, miembro de la Asociación Mexicana de Derecho de Seguros y Fianzas desde 2007, y desde 2013 miembro honorario de The International Legal Honor Society Phi Delta Phi.

Por la parte académica, es profesor titular de la Escuela Libre de Derecho en la materia de Ética y Argumentación Jurídica desde el año 2010 y como profesor invitado en el Programa de Alta Dirección de Dependencias y Entidades Públicas, PADEP, el Instituto Nacional de Administración Pública, INAP con el tema “Ética y Deontología en el Servicio Público” desde el año de 2014, además de participar como uno de los coordinadores y expositor del Diplomado de Derecho de Seguros y Fianzas en la Escuela Libre de Derecho desde 2015.

Asimismo, participó en el Diplomado de Derecho de Seguros y Fianzas que se impartió por la Universidad Panamericana y la AMEDESEF, entre 2009 y 2011.

Por otro lado, contamos con la presencia del licenciado Gabriel Corvera Caraza, él es Egresado de la Universidad Iberoamericana, habiendo obtenido el título de licenciado en Derecho el día 1º de diciembre de 1983.

Debo dar cuenta también de su experiencia laboral. Inició su desempeño profesional en la banca, en Multibanco Comermex y Banco del Noroeste, durante los años de 1978 a 1983.

Durante los años de 1983 a 1987, trabajó en el sector público en la Secretaría de Gobernación y en el Gobierno del Estado de Guanajuato.

Desde 1987 es el responsable del área legal de Grupo Nacional Provincial y actualmente también lo es de sus empresas filiales.

Otras actividades. Ha sido colaborador en diversas publicaciones y obras relacionadas con la materia del Derecho de Seguros y de Reaseguro. Expositor en materia de seguros en diferentes foros relacionados con los temas tanto de seguro de daños, seguros de personas y, desde luego, reaseguro. En 1989 inició su participación en Asociación Mexicana de Derecho de Seguros y Fianzas.

Desde 1992 a 2016 fue miembro del Comité Jurídico de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros y Presidente del Comité Coordinador Jurídico de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, cosa que agradecemos infinitamente.

Desde 1994 es miembro del Comité Jurídico de Swiss Re, Comité que ha presidido en ya en varias ocasiones. De 1994 a 2002 profesor titular de las materias de Derecho de Seguros y Fianzas, Derecho Bancario y Bursátil y Derecho Empresarial de la carrera de Derecho del Centro Universitario México, el CUM, en la División de Estudios Superiores dicha casa de estudios.

Y finalmente, hemos tenido la enorme ventaja de contar con la participación interdisciplinaria, como decíamos justo al inicio de estas sesiones, de una profesión que es vital en esta operación, se trata, en este caso, del doctor José Luis Ibarrola Calleja.

Él es egresado de la UNAM y egresado de la especialidad de Cirugía General y Gastroenterología del Hospital General Centro Médico Nacional del IMSS, del que llegó a ser jefe de cirugía de gastroenterología.

En 1986, invitado a ser Director del Hospital Humana, hoy Hospital Ángeles del Pedregal por 22 años, y actualmente ejerce su especialidad y es profesor del curso de Cirugía Laparoscópica en dicho Hospital, para cirujanos graduados.

Tenemos un excelente panel y le voy a pedir al licenciado Gabriel Corvera que nos haga favor de hacer sus comentarios sobre este particular. Muchas gracias.

Les pido un aplauso para los tres.

**Gabriel Corvera Caraza:** Buenas tardes a todos. Muchas gracias, Roberto; muchas gracias, Eduardo por estar con nosotros; docto Ibarrola.

Les voy a robar unos minutos, prometo que van a ser muy pocos, para introducir el tema y que platiquemos un poquito de cuál es la idea de platicar hoy sobre Cláusulas Disruptivas del Seguro de Gastos Médicos.

Tenemos rápidamente una introducción que la voy a pasar muy rápida, porque todo mundo sabe de lo que se trata el Seguro de Gastos Médicos, y luego cuál es la situación hoy del Seguro de Gastos Médicos, lo que prevalece, los costos y cómo se ve hacia el futuro con las inflaciones, los costos del Seguro de Gastos Médicos.

Y luego tres propuestas que no son propuestas dogmáticas, son propuestas para abrir una discusión y una discusión a futuro de algunas alternativas que vemos nosotros desde el punto de vista médico de algo que con las autoridades ya se ha ido platicando, la sustentabilidad del Seguro de Gastos Médicos a futuro, y alguna idea que traemos con un organismo que existe en Europa que ayuda a regular las relaciones entre médicos, compañías de seguros, prestadores de servicios médicos, hospitales, clínicas y demás.

Entonces, sin mayor, para no robarme tiempo, tenemos, primero, el seguro nace por la pérdida de la salud, un accidente o una enfermedad, que es el riesgo crítico que hoy existe para la población.

Para atenderlo hay instituciones públicas, instituciones privadas y el Optar por la atención privada, implica absorber su costo con recursos propios y puede representar un quebranto para el patrimonio.

Entonces, para evitar quebranto nace el Seguro de Gastos Médicos. Pero tenemos que ver cuál es su situación actual y cómo apoyar su sustentabilidad.

El Seguro de Gastos Médicos en los últimos se ha visto incrementado en forma desproporcionada y se ha visto incrementado por esta razón. Primero, de 2014 a 2015 las primas crecieron nominalmente y la población protegida disminuye. Ahí hay un foco rojo que está implicando, algo está sucediendo.

Si la prima crece lo natural es que la población asegurada pudiera crecer, pero no, la prima crece y la población asegurada disminuye.

Luego, tenemos los cálculos de la inflación. Estas son inflaciones oficiales, pero cuál es la inflación real que tenemos.

Y estas inflaciones, puede haber muchas dependiendo de dónde se tome, si es académica, si es oficial, pero todos nosotros gastamos y nos damos cuenta que las inflaciones van siempre mucho más allá de lo que es el Índice General Inflacionario.

En este caso, en términos reales, se va acumulando. Por aquí están las inflaciones, pero bueno, el 4.9 va sobre la inflación que tuvo el 5.19 más el 3.17. Y entonces, esta acumulación es mucho más de lo que se va viendo ahí.

En los últimos cinco años la inflación acumulada es mayor a 5 puntos porcentuales de aquella que nos dice. Pero en la parte de salud vemos un despegue que puede ser muy importante, sobre todo acumulado de esto.

Nos vamos también al tipo de cambio. ¿Y por qué al tipo de cambio? Porque la medicina y los medicamentos, los tratamientos están muy influidos por el tipo de cambio por todos los medicamentos que se surten en el país.

Y el tipo de cambio ha tenido variaciones muy importantes en los últimos tiempos. Pero hay una cosa que todavía preocupa más que son las nuevas tecnologías y por nuevas tecnologías me refiero a nuevas medicinas y nuevos procedimientos.

Y hay dos nada más que quiero mencionar: la vacuna contra la hepatitis C, que no existía, y cada vacuna cuesta en la casa de cualquiera de nosotros casi casi es una fortuna, bendito Dios que hay esa vacuna que la gente se cura, pero las pólizas de gastos médicos no estuvieron hechas ni preparadas en sus costos y, por lo tanto, en sus reservas para pagar ese tipo de medicinas.

Tampoco el famoso Da Vinci, que es también una maravilla, de cómo operan los médicos, es un robot que a la gente le va mejor, hay menos riesgo de infección, hay menos probabilidad de que salga mal, se evita uno el error humano, por lo menos lo baja en forma muy diferente, pero cuesta no sé, cinco, ocho, diez veces, dependiendo el tipo de operación que se vaya a hacer, de lo que costaba antes.

Y las pólizas de gastos médicos estuvieron preparadas en sus cotizaciones para la medicina y la tecnología de antes.

Hoy la sustentabilidad de estos costos con el tipo de seguros que hoy manejamos y con la mentalidad que hoy tenemos en los seguros, va a ser una catástrofe. En mi caso particular, no soy muy grande, pero ya no estoy chavalín, pedí una proyección de mi póliza de gastos médicos de mi esposa y la mía a 15 años; a partir dentro de cinco años no la voy a poder pagar.

¿Por qué?

Porque son pólizas que llegando uno a los 75 años va a costar más de dos millones de pesos para una pareja.

¿Quién va a tener dos millones de pesos para pagar anualmente una póliza?

Es urgente, en mi opinión y esto lo hemos compartido y ya hemos tenido algunas reuniones, es urgente cambiar el concepto y cambiarlo de dos formas. Uno de aquí para adelante, es decir, ¿todos los chavos qué van a hacer?

Y el otro, es de todas las pólizas que se tienen para atrás, porque cada generación de póliza tiene una problemática diferente. Es una problemática la de suma asegurada ilimitada, es una problemática diferente la de suma asegurada limitada, pero con padecimientos ilimitados; en fin, hay una serie de pólizas que son diferentes en cuanto a su contenido y diferentes en cuando al servicio que da.

Esto combinado con un tema que es revisar si la compañía de seguros está siendo compañía de seguros o cada vez más es una compañía de servicio.

La compañía de seguros, como dice la ley, es una compañía que o repara o paga, y el seguro de gastos médicos decimos que paga o que le paga a prestadores de servicios en forma directa; pero en realidad cada día está más en el servicio.

Y esto del servicio atrae otros cuestionamientos. Ahora vemos que hay resoluciones de la Corte donde dice que las compañías de seguros son responsables por la vigilancia o la falta de vigilancia de sus redes médicas o sus redes hospitalarias.

Y nos asustamos las compañías de seguros, si nosotros somos los que llegamos al acuerdo con los médicos y con los hospitales, pues no hay que asustarnos, hay que aplicarnos; y una, o aceptar el modelo y hacerlo bien, o dos, cambiar el modelo.

Aquí esta presentación va un poco más hacia ideas que sugieran un cambio de modelo futuro, que no es una y todas las demás nos sirven; son pincitas con las que se iría abriendo una discusión a futuro en donde podamos lograr con esa discusión tener cambios en estas dos entidades. Uno, los nuevos seguros; y otro, los viejos seguros.

La primera propuesta, y aquí ya me voy a sentar, lo voy a explicar allá, y aquí tanto el licenciado Iturriaga como el doctor, iremos compartiendo algunas de las ideas que nosotros hemos puesto en esto.

La primera es una cláusula para pago de primas futuras. Esta cláusula para pago de primas futuras no es más que considerar un poco el que hoy las generaciones nuevas suprima, aunque la ven muy caro, está haciendo muy barata en relación con las pólizas que ya tienen años.

Tener una prima que pueda ser una prima nivelada, que pueda ir una prima a futuro, de manera que haya una compensación en donde se vayan generando reservas con una prima adicional que paguen, reservas que vayan compensando sus casos futuros.

Un ejemplo, una persona que vivió asegurada 30, 40 años en una compañía de seguros, ya sea en seguro de grupos, seguro individual o una combinación de ellas, ha pagado 40 años de prima.

¿Qué hubiera pasado en estos dos millones o millón y medio o tres millones, dependiendo el tipo de producto que tengan, si ellos a lo largo del tiempo hubiera un producto rentable?

Aquí les doy la palabra para hacer comentarios.

**José Luis Ibarrola Calleja:** Muy buenas tardes. Agradezco mucho esta invitación que la considero inusitada, en virtud de que la problemática de los Seguros de Gastos Médicos han sido analizados desde el punto de vista económico, actuarial, institucional, con los hospitales, etcétera; pero rara vez los médicos hemos sido invitados para opinar, por eso agradezco doblemente esta oportunidad.

Y la visión que tenemos los médicos, la visión así de botepronto es que somos de alguna manera la parte más débil o los granjeros de todo este fenómeno económico, y que quizá a ellos se deba la hostilidad o la mala política o la mala visión que tienen los médicos, por ignorancia en parte y en parte porque están enojados, están molestos, porque el mercado de los honorarios profesionales o los tabuladores es muy irregular.

Pero además hay que reconocer que no hay un interlocutor del grupo médico ante las compañías de seguros, porque ni la academia de cirugía, ni las sociedades médicas ni los consejos de especialidad se han preocupado por estos aspectos que los hacen a un lado porque creen o consideran que es un aspecto mercantil.

Sin embargo, no hay tal, es un modo de vida muy legítimo y que este es el momento, en base a lo que mencionaba el compañero, de que la visión al mediano plazo o al largo plazo es muy negativa desde el punto de vista financiero.

Porque cada vez usamos más aparatos más costosos y cada vez es más cara la salud, no solamente por la paridad del dólar, sino porque los elementos de los que disponemos son costosísimos. La industria empresarial o la ciencia empresarial cada vez tiene más jugadores.

Veán ustedes en las revistas médicas, en los congresos internacionales en Estados Unidos o en cualquier parte del mundo cómo la ciencia empresarial está presente con

grandes exposiciones, grandes proyecciones y grandes instituciones que viven de los médicos.

Todo este condimento hace y propicia que nosotros los médicos nos organicemos con ustedes, los señores actuarios, con los señores abogados o con las personas que sean las correctas y, por primera vez, empecemos a convivir profesionalmente, a analizar la problemática de la atención de la salud y que los médicos propongamos programas o protocolos de atención de calidad tomando en cuenta el costo, considerando razonablemente costos correctos, costos legítimos y que en este juego en donde sean intereses correctos podamos proyectar un abatimiento de los costos de los Seguros de Gastos Médicos o por lo menos una contención en el costo de los mismos.

A lo mejor es un poco ingenua mi pretensión, porque sé que las leyes del mercado son las que predominan en este momento, no aquí, en todo el mundo; pero ya basta de que solamente se maneje con una visión parcial este problema.

Yo creo que nos conviene, señores aseguradores, señores miembros de esta distinguidas empresas, que hagamos este esfuerzo, que nos ayuden a nosotros los médicos, hay una gran disposición de un grupo importante de médicos para que hagamos esta interlocución y esta unión o grupo.

Debo decirles que a raíz del movimiento médico de la época del Presidente Díaz Ordaz hay un enorme terror de las autoridades para que los médicos nos agremiemos, por eso no tenemos interlocución.

De tal suerte que este grupo que estamos proponiendo ahorita crear tengas sus reglas muy claras, tengas sus propuestas muy bien definidas y nosotros pongamos contribuir a que haya más orden y, sobre todo, que el pronóstico de costo sea muy razonable, porque efectivamente los enfermos longevos, longevos jóvenes, porque ahora un hombre de 60, 70 años que antes lo considerábamos como un viejito, ahora es un longevo joven, porque llegan con sus prótesis de cadera, con sus rodillas de titanio y llegan con su manejo moderno de la diabetes. Y seguramente estos longevos van a vivir más todavía y no es imposible que rebasen hasta los 100 años, ¿por qué no?

Esa es nuestra visión y nuevamente muchas gracias por la invitación.

**Luis Eduardo Iturriaga Velasco:** Por parte de lo que es la autoridad, cuando recibí la invitación para participar en este panel y que tuve la oportunidad también de participar con el doctor Ibarrola y con Gabriel, que hemos sido partes y contrapartes en varias ocasiones, uno de los temas que a mí me llamó la atención es que tenemos muy bien identificado los actores que participan en esta obra; tenemos a los médicos, las instituciones, los hospitales, la autoridad, los asegurados, los beneficiarios, en fin, tenemos muy bien identificados a todos los personajes de la obra.

Cuando vemos esa situación y vemos que hay un producto que ha venido operando, pero que de una o de otra forma ya agotó su existencia, ya en un momento dado estamos viviendo situaciones que no solamente han generado animadversión, sino

algunas acciones, inclusive de tipo, ya lo mencionaron, judiciales, de tipo legislativas, donde lo que se está tratando de promover es en aras de la protección al usuario, el establecer ciertos límites, y eso desconociendo en un principio la técnica del seguro, desconociendo la afectación que en un momento dado se puede dar a la mutualidad en lo general y, sobre todo, desconociendo que en un momento dado el aspecto social que cubre el Seguro de Gastos Médicos es tan relevante.

Esta situación nos puede llevar a que esta obra llegue a terminar en una tragedia o en un drama, en una sátira o a lo mejor que esto es lo que yo estoy vislumbrando ahorita con este foro, con estas pláticas que hemos tenido, el tratar de hacer una obra maestra y corregir en la medida de lo posible la situación.

Pero hay una situación muy especial: en toda obra no puede haber un protagonista que resalte más que los demás.

Entonces, aquí lo que sí es necesario es la colaboración de todos los que intervienen en la obra: médicos, hospitales, instituciones, abogados, autoridades, actuarios, todos tenemos que estar muy bien enfocados a que el problema lo tenemos, es un problema ya actual, que no se puede postergar más, no puede dársele patadas para darle hacia adelante.

Y entonces reconocer esta situación por muy dura que parezca, en principio es un primer gran paso porque, como decía un jefe mío: “los fantasmas cuando salen a la luz se desvanecen”, y en ese sentido este es un fantasma que ha estado latente en la industria aseguradora desde hace muchos años y siempre se ha dicho: el problema de gastos médicos y el problema de las pólizas de gastos médicos y la situación que se va a vivir en un momento dado, bueno, esa situación ya se está actualizando.

Estas propuestas que se están manejando como esta prima nivelada, en caso concreto, se ve como una proyección en donde se modifique una característica esencial del contrato de gastos médicos, esa característica esencial que se le ha contemplado siempre como un contrato anual, en donde la prima se calcula por los siniestros de ese año y punto, y en donde en un momento dado surge un error de percepción por parte del asegurado, porque yo creo que la gran mayoría de aquí, más que nada por ser del sector, pues todos tenemos nuestro Seguro de Gastos Médicos.

Y a todos nos duele de repente el decir: “bueno, ¿a dónde se fue mi dinero?”, y sí nos lo pueden explicar técnicamente una, mil veces, pero cada vez que yo pago la prima y no me enfermo, digo: “ah”.

Gracias a Dios lo he tenido en los casos en que me he enfermado digo: “bueno, cuando menos ya lo pude usar, me salvó”.

Y en ese sentido, dentro de los que somos en este caso especialistas o estamos dentro del sector tenemos ese sentimiento tan humano, imagínense fuera cuando a las personas se les dice: “al final de todos estos años no tienes nada ahorrado, tu dinero sirvió para cubrir los siniestros”.



Y en ese sentido yo creo que este es un gran paso, porque hay otro factor que venía yo meditando cuando venía para la Convención, que va muy de la mano con la naturaleza humana.

La naturaleza humana siempre busca responsables fuera de uno, en ese sentido, si sucede algo, si fracasa algo, el culpable fue el vecino o el culpable fue el compañero de la oficina o el culpable fue la institución de seguros, el culpable fueron los médicos o los hospitales o los abogados; pero es reconocer que también uno colabora o participa en ese problema, uno no se identifica como parte del problema.

Y cuando uno no se identifica como parte del problema, entonces no se identifica como parte de la solución.

Y yo creo que este momento precisamente está siendo muy importante porque nos estamos identificando todos como parte del problema, y espero que de aquí salgamos con propuestas de solución.

Gracias.

**Gabriel Corvera Caraza:** Un par de comentarios rápido porque el tiempo vuela. El primero de ellos es que esta propuesta tiene sustento en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y no habría problema por ese lado.

Y luego para meter un poco de miedo, ya hay algunos abogados que ahora el tema de los derechos humanos es un tema que está teniendo vigencia, moda se le puede decir; y ya hay una compañía de seguros por ahí que ya está demandada porque un señor no pagó su prima, porque algo falló en su tarjeta de crédito, el señor tiene 69 años.

Entonces, la compañía le canceló la póliza que es lo que hacen todas las compañías, nada extraordinario, y cuando quiso pagarla, rehabilitarla, la compañía le negó.

Este señor contrató muchos abogados, uno de ellos nos dio una plática allá en la Barra de Abogados que justamente es el que está asesorando en tema de derechos humanos, y le pidió a la CONDUSEF que le dijera cuáles eran todas las pólizas que se habían rehabilitado a través de procedimientos en CONDUSEF y las edades de los asegurados.

Y encontró una casuística que a menor edad, mayor rehabilitación; y a menor siniestralidad, mayor rehabilitación. Y ahorita están discutiendo el tema, es un tema que va a llegar a la Corte.

Esto cuando se le planteó a un juez que una persona pagó 30 años su póliza y que su póliza no estuvo siniestrada o tuvo siniestros racionales y que se la sube una compañía de un año a otro en el 60 por ciento, en el 70 por ciento; yo diría: “aguas, porque empiezan a salir resoluciones judiciales y entonces las compañías de seguros ya no van a tener opción”.

Yo siempre, en mi ejercicio profesional, ahí en donde trabajé, en GNP, siempre se dice: “oigan, cuando hay un riesgo de pérdida, mejor arreglemos el asunto, mejor arreglo un asunto a que me vayan a formar jurisprudencias, cosas por el estilo que luego van a ser más carga para el sector”.

Pero ahora como lo estamos viendo y lo estamos anticipando, creo que estamos en un momento de iniciar un diálogo, iniciar una discusión que no es una discusión de abogados, es una discusión del sector en donde implica abogados, médicos, actuarios, gente de comercialización, en fin, de todas las disciplinas para que entonces podamos encontrar una salida de viabilidad a futuro.

Una segunda propuesta es, bueno, aquí es cómo estaría sustentada la nota técnica y todo esto que es lo que les decía en base a la Ley General de Seguros.

La segunda es cambiar el paradigma de que yo soy una compañía de seguros y entonces dar sumas aseguradas por enfermedad. Y por lo tanto, tendremos padecimientos que puedan tener el monto de suma que yo estoy pudiendo contratar o queriendo contratar. Ese es uno.

Las compañías de seguros te van a dar la suma asegura que tú quieras para ese padecimiento, digo, desde luego habría que englobar el tipo de padecimientos para que pudieran entrar.

Por ejemplo, padecimientos catastróficos, que son todos estos, te doy múltiplos de un millón de pesos con deducibles de 200 mil. Tú contratas el número de millones de pesos que tú quieras contratar y que tú puedas pagar.

Pero esto tiene una gran ventaja: la involucración del asegurado en la administración de suma asegurada es importantísima, hoy no existe, hoy el asegurado paga su deducible, su coaseguro y para adelante es problema de la compañía de seguros.

Hoy una rotura de pierna en deducible y coaseguro, sobre todo en los seguros de grupo, cuesta lo mismo que un cáncer, porque los coaseguros están topados, los de grupo, entonces hay un desequilibrio ahí.

Se topa el coaseguro, es el 10 por ciento de equis porcentaje con tope de equis salarios mínimos o de 200 mil pesos. Entonces, costó lo mismo que se rompiera la pierna un cuate a que tuviera un cáncer o una de estas enfermedades catastróficas.

Hay que hacer algo, ¿por qué?, porque no es equilibrado, no es equitativo.

Entonces, cuando el asegurado se involucra, ¿por qué?, porque le va a costar más o menos, él va a empezar a preocuparse cómo se administra su suma asegurada; que hoy no se preocupa, ya pagó el deducible, vámonos.

Entonces, vienen figuras que pueden ser un fideicomiso o pueden ser empresas administradoras de sumas aseguradas. Hoy la compañía de seguros mide su rentabilidad contra primas.

Si consideramos una prima por siniestro, se vuelve el seguro indemnizatorio, por eso el principio que estábamos platicando de que, ¿somos empresa de seguros o somos empresa de servicio, de salud, de servicios de talleres, de servicios, de qué somos?

¿Somos un seguro indemnizatorio como dice la ley o reparatorio?

Es decir, si yo tuviera mi hospital y los médicos fueran contratados por mí seríamos reparatorios. Esto es una mezcla que hemos hecho por atención a los asegurados. Pero en esa mezcla que hemos hecho hemos entretejido una serie de híbridos ahí terribles, que las redes de médicos no les queremos llamar red, pero son redes; y no le queremos llamar red porque existe la sentencia de la Corte y ahí viene otra, dos más que vienen por ahí.

Entonces, ¿por qué no les llamamos red?, si hasta en los mismos contratos, que no es otra cosa que, el contrato de seguro, si ustedes ven el contrato con hospitales, el contrato con médicos, la solicitud, el aviso, no se hacen de corrido, lo hacen diferentes personas a lo largo del tiempo.

Y cuando uno los ve, dice: “esto es un monstruo”, de veras, ¿por qué?, porque se han a diferentes tiempos.

Entonces, lo que acontece es que hoy tenemos que en el contrato con casi todos los hospitales tenemos las compañías de seguros una obligación de dar y esa obligación es dar es poner en conocimiento de todos los asegurados los hospitales con los que tenemos convenio.

Y de acuerdo con las resoluciones de la Corte eso implicaría, igual con los médicos, implicaría el deber de vigilancia de las compañías de seguros.

¿Somos de servicios?, pues vamos a hacerlo bien. Pero si no somos de servicios y queremos comportarnos como compañía de seguros, pues tenemos que hacer algo diferente.

En el momento en que tenemos una compañía que administra una suma asegurada, yo voy a vigilar la compañía. La aseguradora va a sacar su rentabilidad de la prima en relación con los siniestros, no de un pleito con los médicos y con los hospitales de todo el día de los tabuladores y demás.

Y al nacer una figura que administra las sumas aseguradas, esa figura va a tener que sacar su rentabilidad de una buena y sana administración de las sumas aseguradas, que es la que va a servir como coordinadora con todos los médicos o los hospitales.

Y le va a decir el asegurado: “oye, si te vas con estos médicos, estos hospitales y demás, te va a costar tanto. No es que te recomiende, no, estos son los costos y te va a poder plantear dependiendo la enfermedad que tengas mejores alternativas.

Ya tú tomarás la decisión que quieras, es decir, “a ti te alcanza para tres meses en el hospital fulano, sutano y perengano, pero en este hospital te alcanza para seis, y en este hospital te alcanza para 12 o vete a viajar a Europa”. ¿Sí me explico?

¿Cuáles son las opciones que el asegurado tiene porque le va a costar? Y hoy, como les digo, prácticamente no le cuesta.

Esta administradora generaría mayor competencia, no solo la presión del servicio del seguro, sino también la generación de negociaciones con hospitales, porque no sería una sola administradora, sería un nuevo negocio que las compañías de seguro pueden estar adentro o pueden no estarlo, nacería este nuevo negocio.

Les paso la palabra para sus comentarios.

**José Luis Ibarrola Calleja:** Eso inevitablemente daría pie a esta organización médica que tuviera interlocución y participación con los protocolos de calidad en donde el aspecto ético y el aspecto de resultados interviniera directamente en el atractivo que generaría esta administradora sobre su posible clientela.

A lo mejor ya no sería tan relevante que si estos son del hospital tal o del hospital tal, sino del grupo médico tal, que ahí sí harían valer algo que es el prestigio, que no es una moneda corriente, sino que es algo muy difícil de conseguir a través de muchos años.

Y que a veces observamos, no es una crítica, es una observación que algunas compañías aseguradoras reclutan médicos muy jóvenes que no exigen honorarios equitativos y que esto va en detrimento a la larga de su servicio.

O como es el caso de algunos bancos que tienen servicios médicos en donde los médicos eventualmente hacen cirugía innecesaria para tener utilidades que satisfagan sus intereses.

Todo esto hay que acabarlo, porque esto viola los derechos humanos también, porque un enfermo no tiene por qué ser operado de algo que no necesita arriesgando su vida y arriesgando su futuro.

Yo creo que esta propuesta se me hace sumamente interesante, lógica, coherente y estoy seguro que habrá muchos grupos médicos que se interesarán en aplicar estos protocolos de calidad que ya existen, que no son ningún invento, y que esto inevitablemente redundará en beneficio de los pacientes, porque aquí el punto es que el paciente esté bien atendido, que el paciente esté éticamente y con calidez y con calidad atendido y que maneje su dinero de tal manera en que, incluso, ahorre, y que ese dinero le genere otros beneficios.

Yo veo muy plausible esta propuesta, las dos se me hacen muy interesantes. Mis pacientes ancianos cuando se acaban su Seguro de Gastos Médicos me dicen: “doctor, ¿y ahora cómo le vamos a hacer?”.

“Vamos a buscar alternativas”.

Y los que tienen su Seguro Social, entonces por recomendaciones y por amistades buscan la manera de acomodarse en un nicho o los que tienen la opción de las beneficencias como el caso del Sanatorio Español que tienen un servicio muy atractivo para las personas de tercera edad.

Y así se buscan soluciones, pero el grueso de la población adulta mayor queda en el desamparo y eso es algo injusto, incorrecto y es una tradición a los principios de que este país se ha propuesto.

**Luis Eduardo Iturriaga Velasco:** Yo nada más redondearía estas observaciones con dos comentarios.

El primero, en muchos foros y en varias de las ponencias que se han visto se ha señalado que el Seguro de Gastos Médicos representa no arriba del 7 por ciento de la atención de gastos médicos que se dan en el país.

Entonces, el 93 por ciento, ¿quién lo está atendiendo? Se divide entre dos segmentos: el sector gubernamental y el sector de la bolsa directa de las personas.

Yo creo que el reto para el sector asegurador sería retomar esta vocación de la finalidad que tiene como un producto indemnizatorio en donde la esencia del seguro es precisamente dar una cantidad o una suma, la suma aseguradora, en el caso de que se presente el siniestro, y dejar como bien se está mencionando, la administración a expertos en la eficiencia, que busquen la eficiencia y la eficacia en lo que es la administración del siniestro.

Esto redundaría en beneficio de todos los actores, como les había yo mencionado. ¿Por qué? Porque la aseguradora se interesaría ya en suscribir mejor, que es su negocio; la administradora en buscar mejores oportunidades y mejores convenios con los servicios médicos, los servicios médicos, hospitalarios y los médicos en particular, buscar mejores oportunidades en cuanto a dar mejores servicios.

Y aquí también no solamente la autoridad estaría encantada, porque de todos modos aquí, es como el árbitro de fútbol: si chifla, le chiflan, y si no chifla también le chiflan.

De todos modos como nos van a chiflar, bueno, pues preferimos que todos estemos involucrados.

Y en ese sentido, inclusive se involucraría el propio asegurado en buscar la eficiencia del uso de sus recursos, ya no dejar a lo que es: “llego al hospital y que paguen lo que sea, total, estoy cubierto, ya recupero”.

Dejar a un lado esa mentalidad de que: mientras yo salga ganando, me importa a los demás qué es lo que obtenga.

Esta propuesta que yo creo que tal vez no aislada, sino una combinación de estas propuestas que se están planteando y a lo mejor otras que surjan, ahorita precisamente la idea es sembrar esa inquietud en ustedes, en todo el sector para que germine y en un momento dado se den ideas propositivas en donde podamos decir: “con esto es con lo que podemos resolver y se resolvería para todos”.

Esta medida la consideramos viable, una ventaja que podría yo decirles es que no necesitaría un cambio regulatorio, entonces eso es mucho más fácil. Y en un momento dado estaríamos nosotros en la mejor disposición de apoyar este esfuerzo.

**Gabriel Corvera Caraza:** Nada más un par de comentarios para acabar con esta propuesta.

El primer comentario, con la propuesta que esto facilitaría la nivelación de la prima, utilizando el seguro de vida, pues ya es: “te enfermaste, ahí está tu siniestro, te pago”, y se acabó el cuento con la compañía de seguros. Entonces, esto facilitaría el poder hacer ese tipo de cálculos.

Y la segunda, es que habría que discutir, desde luego esto tiene que verlo los actuarios, tienen que verlo muchas personas, no es un tema de que ya está fácil y ahora vamos a hacerlo; la implementación de todo esto, yo creo que para las compañías de seguro participar en la empresa administradora va a ser atractivo.

Entonces, habría que ver la regulación, serían reguladas, no serían reguladas, le prestarían el servicio a las compañías de seguros o se lo prestan los asegurados, y entonces la regula la Procuraduría del Consumidor. Hay muchas cosas que habría que ver.

¿Es el único esquema? Yo creo que no, este es un esquema que empieza a cambiar el sistema asegurador, como hoy lo conocemos.

Y luego un último que existe en España, es generar un órgano regulador de las compañías de seguros intergremial que abarque, este órgano ya existe en España, está formado por médicos, actuarios y abogados.

Yo creo que aquí habría que meter otras disciplinas que pudieran ayudar, pero que regulan las relaciones del sector, es independiente, asegurador con los que dan los insumos médicos: industria farmacéutica, los hospitales, la hospitalaria, las clínicas, los laboratorios y los médicos.

Genera propuestas de protocolos, propuestas de cláusulas, propuestas; trabaja por el sector no para el sector y genera sus propios insumos de lo que está él gestionando con las diferentes partes del sector.

Algo como lo que intentaron ser alguna vez las articuladoras de servicios médicos, estas articuladoras de servicios médicos en realidad era gente que contrataba a los prestadores de servicios médicos, en realidad no generaban hacia el sector asegurador insumos que pudieran ir a la par de lo que estaban haciendo los cambios y modificaciones a los clausulados ni tampoco a los protocolos médicos.

Esto es un paso más que tendrían que dar todas las partes y esto abunda a que la solución está en muchas más partes que en una sola de las partes de la cadena.

Este órgano, digo, yo lo conozco, lo he estado estudiando un poco, pero desde luego ese es uno, como puede haber otros en otros países, y habría que hacer un estudio para ver si fuera interesante para el sector asegurador y los que intervienen en este tipo de seguros, en seguirlo.

**José Luis Ibarrola Calleja:** Ahorita se me ocurre que, por ejemplo, el aspecto de los medicamentos es impresionante como mensualmente los pacientes asegurados van y piden sus recetas por un sinnúmero de medicamentos que casi siempre son de patente.

El paciente mexicano de cierto nivel que tiene Seguro de Gastos Médicos no acepta genéricos, menos similares; y entonces con este tipo de organizaciones seguramente la compra de medicamentos y el trato con la industria farmacéutica eliminaría una red que capta mucho dinero y que gana mucho dinero y que yo no quiero agresivo, pero que no le da ningún beneficio al paciente ni a la sociedad, a lo mejor fiscalmente sí.

Pero yo creo que el costo de los medicamentos cada vez es más alto, incide más en las compañías aseguradoras y en los pacientes, y esto se podría mejorar muchísimo con este tipo de organizaciones.

**Luis Eduardo Iturriaga Velasco:** Yo considero y comparto la idea de que la creación de este tipo de organismos, sobre todo en la medida de que son generados por los mismos actores que están en el tema, facilitan y además generan ciertas medidas autorregulatorias, vamos a llamarles de alguna forma, en donde no solamente la cuestión de la autorregulación, sino de la colaboración y el entendimiento de su participación dentro de toda la cadena de valor agregado que significa el esquema de salud, puede beneficiar enormemente.

Por desgracia y, eso hay que reconocerlo, en el momento en el que tiene que participar la autoridad, pues siempre hay una situación de resistencia.

¿Por qué? Porque la autoridad tiene que entrar y ver por los intereses del público usuario.

En este caso, la creación de este tipo de organismos donde estuvieran todas las partes involucradas, donde estuvieran precisamente buscándose aspectos propositivos, sería de gran utilidad en donde no tuviera que entrar la autoridad a efecto de tener que

implementar medidas que por mandato legal tiene que entrar y participar y establecer en su participación.

Entonces, este tipo de organismos ayudarían mucho, servirían mucho inclusive como interlocutores con la autoridad, en donde ellos mismos serían los que generarían las propuestas para que en un momento dado la autoridad pudiera actuar sobre ya esquemas comentados, revisados, e inclusive, ya aprobados previamente por los mismos actores de la problemática.

Este tipo de propuestas yo creo que enriquecerían y favorecerían mucho la solución de lo que estamos buscando en el tema de gastos médicos.

**Gabriel Corvera Caraza:** Antes de regresarle el micrófono a Roberto, que es una de las ventajas de tener el micrófono aquí, yo los invito de veras a que lo vean con un ánimo a futuro.

Creo que la mayoría de las personas, yo trabajé en GNP 29 años pasados y siempre ha habido la preocupación de la inviabilidad a largo plazo de los seguros de gastos médicos.

Está llegando un momento donde, como comentaba Eduardo, esto ya se desgastó, los actores, los hospitales, las medicinas. Pensemos nada más, cuando estaban estos seguros no existían el Ángeles del Pedregal, no existía el de Interlomas, no existía el ABC de Santa Fe y no existían muchos hospitales de otro tipo de niveles y demás, esos han cambiado, cambiado la composición, y nosotros seguimos con el seguro.

Entonces, los actuarios, esto lo deben de tener más que claro que cualquiera de nosotros, uno lo hace claro cuando le toca pagar la prima, como decía Eduardo, y cuando uno se imagina lo que va a pagar de prima dice: "horror, ¿a qué horas?".

Me parece a mí que si estamos a tiempo y no posterguemos para otras generaciones, porque esto que está pasando a gente de mi edad que aspiramos a llegar todavía unos añitos más, nos va a pasar a todos, y a todos todos.

Personas que hoy tienen 30 años van a tener 60 y van a tener 70 y van a tener 80. Entonces, es un problema que creo que está a tiempo el sector asegurador para empezar a cambiar el camino, por lo menos poner un dique.

Y de aquí para adelante hay que hacer algo diferente, y de aquí para atrás ir saneando poquito a poquito conforme se vaya planteando.

Yo los invito a que se reflexione esto en todas las compañías de seguros. Aquí la ventaja es que Eduardo, la autoridad, entiende el problema, y estaría apoyando a una solución viable la Comisión, no solo Eduardo, sino las otras: el área técnica, actuarial y demás, están conscientes del problema y apoyarían una solución.

Estas son algunas ideas de muchas que esperemos que en el futuro cercano se asuma.



**Luis Eduardo Iturriaga Velasco:** Me gustaría concluir. Hace unos días leí una reflexión que yo creo que es muy válida para este momento, está reflexión decía que cuando las prioridades están claras las decisiones se hacen fáciles.

Y en ese sentido, yo creo que ahorita precisamente las prioridades están empezando a perfilarse.

**Moderador:** Muchas gracias.

Me voy a permitir pedirle al licenciado Javier Orozco que nos haga el enorme servicio de entregar sendos reconocimientos a cada uno de los participantes.

El licenciado Orozco, como ustedes saben, es el Director Jurídico de Axa y además nuestro Presidente del Comité Coordinador Jurídico.

Les pido para todos ellos un aplauso.

Muchas gracias a todos ustedes. Terminamos con este panel y con la sesión de este día. Muchas gracias.

--- o0o ---