

Importancia de los terceros pagadores en el Centro Médico ABC

Sven Boes Parroquín,* Olivia Navarro Hoyo**

RESUMEN

La transformación demográfica y epidemiológica en nuestra población ha modificado irreversiblemente las condiciones de salud; la tendencia está enfocada al incremento de enfermedades crónico-degenerativas. La demanda de los servicios de alta especialidad va en aumento, y los terceros pagadores han incrementado su participación de manera considerable ante los prestadores de servicios de salud. En nuestro país, el 6.1% del producto interno bruto está destinado a gastos de salud; de éste, el 51% es erogado a instituciones privadas. Así mismo, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros reporta que sólo alrededor del 7.6% de la población cuenta con un seguro de gastos médicos mayores, lo cual evidentemente es insuficiente para satisfacer las necesidades de la población. Para el Centro Médico ABC, los terceros pagadores representan más del 70% de los ingresos anuales; por ello, en un esfuerzo conjunto, se han desarrollado estrategias específicas que permiten garantizar el otorgar tratamientos integrales en un entorno de calidad y seguridad a los pacientes con las mejores prácticas médicas a un costo razonable; hemos logrado la distinción de nombrarnos «centro de excelencia para referencia de pacientes» ante socios comerciales importantes. A pesar de lo anterior, es importante reflexionar que el sistema mexicano de salud no es sostenible bajo el esquema actual; es por ello que, con la participación de todos los involucrados, debemos generar fórmulas que permitan proporcionar servicios confiables, transparentes y financieramente accesibles. Sólo así, los hospitales privados podrán incrementar los volúmenes de pacientes y, a su vez, ser más eficientes en la prestación de los servicios.

Palabras clave: Terceros pagadores en México, gasto en salud en México, servicios de alta especialidad, estrategias para contención de gastos en salud, fuentes de financiamiento en salud.

Relevance of third party payers in the ABC Medical Center

ABSTRACT

Demographic and epidemiological transformation in our population has irreversibly changed health conditions; the trend now is focused on chronic-degenerative diseases. The demand for highly specialized services is increasing, and third party payers have considerably grown their share with health services providers. In our country, 6.1% of gross domestic product is intended for health spending, of which 51% is disbursed to private institutions. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros reports that only about 7.6% of the Mexican population has a private insurance policy, which is clearly insufficient to satisfy the population needs. Third party payers represent over 70% of ABC Medical Center's annual income; therefore, in a joint effort, we have developed specific strategies to provide quality multidisciplinary treatments focused on patient safety with the best medical practices and reasonable prices. We have achieved the distinction of being named «excellence centers for patient referral» by some of our major trading partners. Despite this, it is important to reflect that the Mexican health system is not sustainable under its current structure, that is the reason why strategies need to be developed with the participation of all involved parties to provide reliable, transparent and financially accessible services. Only in this way, private hospitals may increase patient volumes and improve the services they provide.

Key words: *Third party payers in Mexico, health expenditures in Mexico, highly specialized services, cost containment strategies in health, health financing sources.*

* Vicepresidente de Administración y Finanzas.
** Comercialización y Terceros Pagadores.

Recibido para publicación: 25/06/2014. Aceptado: 01/08/2014.

Correspondencia: Lic. Olivia Navarro Hoyo
Sur 136 Núm. 116, Col. Las Américas, 01120, México, D.F.
Tel: 5230-8088
E-mail: onavarroh@abchospital.com

Abreviaturas:

- PIB = Producto interno bruto.
- AMIS = Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.
- INEGI = Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- CONAPO = Consejo Nacional de la Población.

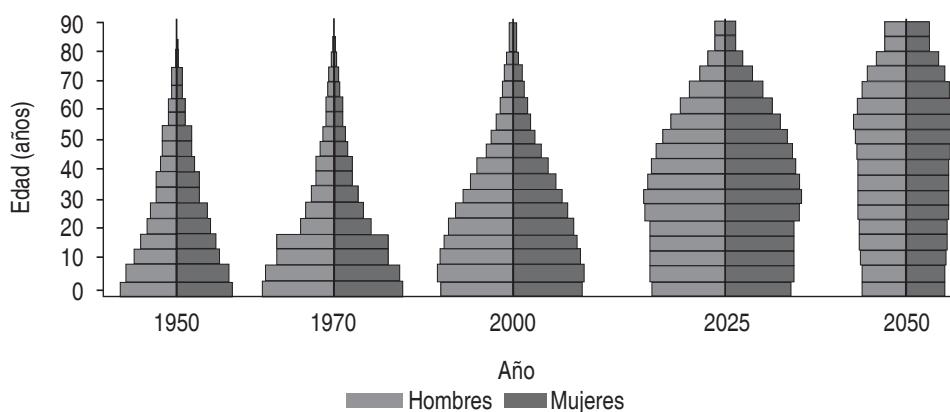
INTRODUCCIÓN

La transformación demográfica y epidemiológica en nuestra población ha modificado irreversiblemente las condiciones de salud. Existe una transformación en nuestra estructura poblacional y cambios en el crecimiento de la misma. El promedio de vida se ha incrementado en las últimas décadas y, a la par, la tasa de mortalidad en infantes disminuyó.

Actualmente, el 6% de la población rebasa los 65 años de edad; de acuerdo con la proyección del INEGI

(Figura 1), para el año 2050 una de cada cinco personas llegará a la tercera edad. Esto produce una clara tendencia de necesidades de salud para adultos mayores a mediano y largo plazo.¹

En este mismo orden de ideas, vale la pena destacar que las causas de muerte que aquejan a nuestra población también muestran una propensión a enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neoplasias malignas, haciendo no solamente que los tratamientos sean más prolongados, sino más costosos (Figura 2).²



Fuentes:

INEGI. Estadísticos históricos de México. México. S/A.

INEGI. XII censo general de población y vivienda 2000. México. 2001.

CONAPO. Proyecciones de la población de México. 2000-2050. México. 2002

Para el año 2050, una de cada cinco personas llegará a la tercera edad.

Figura 1.

Transformación en la estructura poblacional 1950 a 2050.

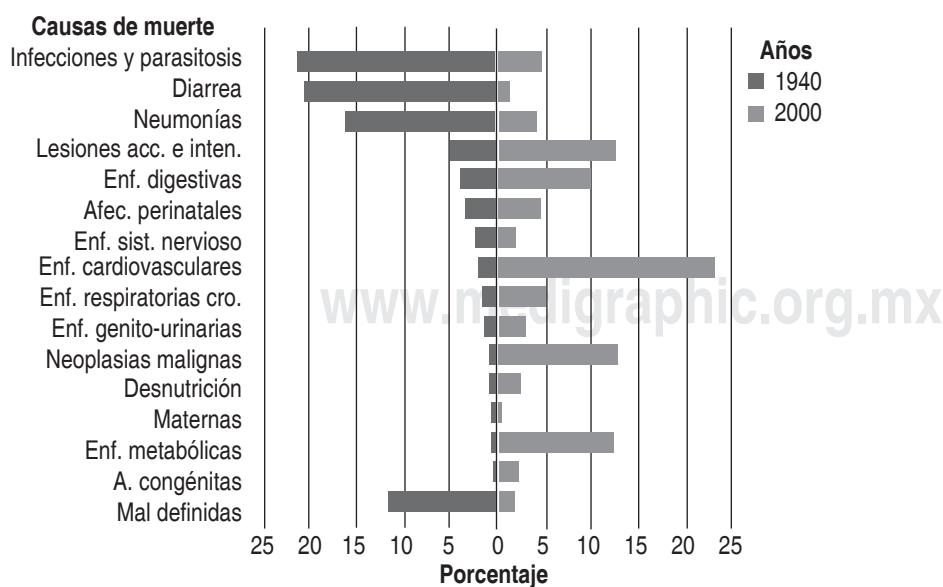


Figura 2.

Cambio en las causas de muerte en la población mexicana.

Para el año 2000, las principales causas de muerte se incrementaron a enfermedades crónicas degenerativas.

GASTO EN SALUD EN MÉXICO

Durante las últimas décadas, la atención en salud ha tenido grandes avances médicos; contamos con profesionales de alto nivel y la capacidad de llevar a cabo casi cualquier intervención. No obstante, la mayoría de los mexicanos carece de una atención integral, continua y de excelencia, dado que nuestro sistema de salud público tiene una oferta limitada para la cantidad de servicios que demanda la población.

De acuerdo con las estadísticas, solamente el 6.1% del PIB (*Figura 3*) se destina a gastos de salud nacio-

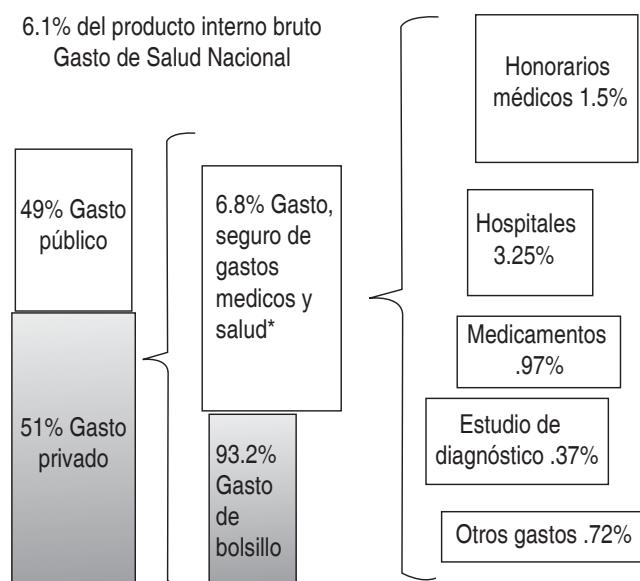


Figura 3. Distribución de gasto en salud nacional.

nal; de éste, el 51% se eroga en instituciones privadas. Es en este punto donde los terceros pagadores cobran suma relevancia, ya que su presencia coadyuva en la administración de las atenciones médicas a fin de otorgar los servicios a una mayor cantidad de personas que así lo requieran.³

TERCEROS PAGADORES

Los terceros pagadores son diversas fuentes de financiamiento que interceden en el pago de atenciones de salud, proveniendo estos fondos de las aportaciones de las aseguradoras privadas o de aportaciones que puede realizar una colectividad; esto permite proporcionar los servicios médicos a un mayor número de población.

Para el Centro Médico ABC, los terceros pagadores representan alrededor del 70% de los ingresos totales anuales. Entre ellos, están contempladas, en primera instancia, las aseguradoras, con el mayor porcentaje de participación, y las empresas públicas o privadas, que mediante un convenio de pago directo, pagan las atenciones de sus agremiados. Finalmente, se calcula que un porcentaje adicional que se refiere como gasto de pacientes particulares termina en algún trámite de reembolso con aseguradoras, lo que incrementa la participación en el mismo.

GASTOS MÉDICOS MAYORES EN MÉXICO

Derivado del bajo poder adquisitivo en el grueso de la población y la falta de cultura para la contratación de seguros, resulta en algunos casos inaccesible o poco importante la adquisición de una póliza de gas-

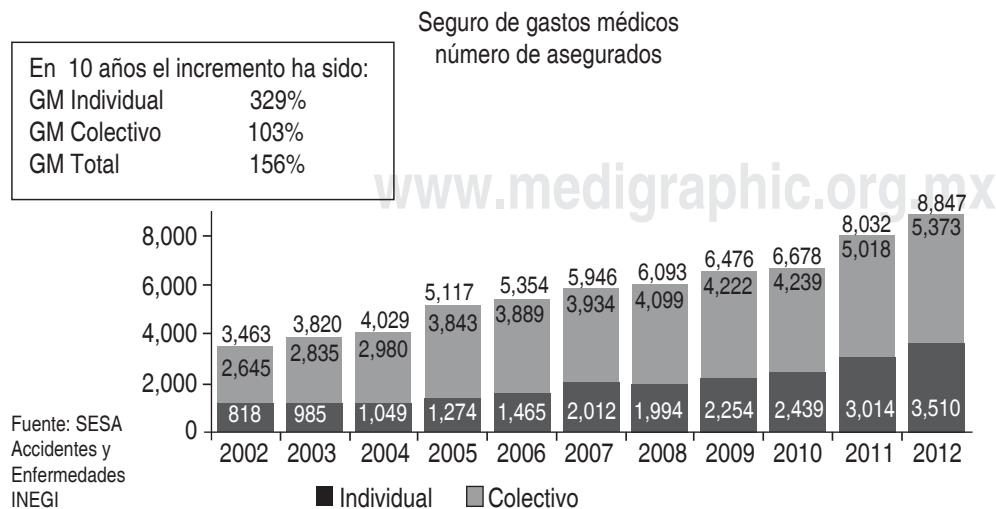


Figura 4.

Población asegurada en gastos médicos mayores.

tos médicos mayores. Esto genera que las pólizas se encarezcan, en virtud de que el riesgo de la siniestralidad es solventado por menos usuarios. A pesar de haber presentado a lo largo de 10 años crecimientos importantes en el número de asegurados, la AMIS (*Figura 4*) reporta que durante el 2013 sólo el 7.6% de la población contó con una póliza de gastos médicos mayores; cabe destacar que el 60% de ellas corresponden a colectividades que son otorgadas como prestaciones en las empresas.³

Únicamente el 4% de los asegurados son adultos mayores, mientras que el 49% tiene entre 25 y 44 años; no obstante –y a pesar de que se trata de una población relativamente joven–, derivado de las comorbilidades y la falta de prevención en términos de salud, los terceros pagadores enfrentan hoy en día serias situaciones de insuficiencia de recursos para el pago de las atenciones de sus asegurados.

Es difícil encontrar un punto de equilibrio entre la oferta y demanda de las pólizas de gastos médicos mayores, en virtud de que la medicina está encareciendo sus costos por los avances tecnológicos. La siniestralidad de las poblaciones va en incremento con padecimientos no sólo más complejos sino costosos y, aunado a lo anterior, el incremento en la venta de estos productos no es representativo para amortizar el riesgo entre todos los participantes de este sistema.

ESTRATEGIAS DE TERCEROS PAGADORES PARA CONTENCIÓN DE COSTOS EN SERVICIOS DE SALUD

Actualmente, la distribución del gasto en gastos médicos mayores obedece en 70% a las atenciones hospitalarias, de las cuales el 25% son honorarios médicos, un 15% se paga en medicamentos para pacientes ambulatorios, 5% en servicios de apoyo al diagnóstico y 10% más en otros conceptos, como servicios de rehabilitación o cuidados en casa. Atendiendo a esta distribución, los focos de atención para la contención de costos están centrados fundamentalmente en gastos de hospitalización, por lo que los terceros pagadores han recurrido a generar organismos de control que les ayuden a contener no solamente la siniestralidad de sus asegurados sino el gasto que implica la atención de los mismos, tales como:

La implementación de figuras del *Case Manager*, que es un representante de la empresa, quien se encarga de otorgar servicios de orientación y apoyo a los asegurados en la atención de casos catastróficos o aquéllos que rebasen \$ 200,000 pesos por evento hospitalario.

Así mismo, en un intento por mejorar las condiciones de los servicios, las aseguradoras han solicitado indicadores de calidad y desempeño a los diferentes prestadores de servicios de salud; sin embargo, el mercado no cuenta con un criterio que logre unificar los estándares de medición para cada uno de los ramos. Más aún, los pocos indicadores que existen a nivel internacional son ininteligibles para ellos.

En atención a lo anterior, existen socios comerciales que han elaborado estrategias propias, que incluyen la certificación de hospitales en temas de calidad, seguridad y buenas prácticas médicas en servicios de alta especialidad. El Centro Médico ABC ha sido pionero en el mercado mexicano en generar alianzas que nos distinguen como un hospital preferente con algunos de nuestros socios estratégicos más importantes.

Podemos concluir indicando que existe una clara tendencia en la contratación de pólizas que limitan el acceso a determinados hospitales a fin de reducir el monto de las primas que anualmente se pagan; en los casos de pólizas colectivas, hay una iniciativa que incluye generar grupos cerrados de médicos con catálogos de medicamentos autorizados para su prescripción. Esta práctica, además de que limita la libre elección del médico, en nuestra opinión vulnera de igual manera el objetivo del Centro Médico ABC, que es brindar excelencia en medicina y seguridad del paciente.

RETOS

Los retos son generar una mayor oferta de servicios de las enfermedades crónico-degenerativas y encontrar los sistemas de financiamiento adecuados que permitan incrementar la base de pacientes asegurados. Si bien es cierto que la calidad de los productos y la innovación trae beneficios a los participantes del mercado, también lo es que todas estas prácticas han encarecido las atenciones.

CONCLUSIONES

El sistema de salud en México resulta insostenible a mediano plazo, y es indispensable realizar un acto de conciencia y reconocer a los terceros pagadores como un aliado en la prestación de servicios de salud en México. Es necesario que cambiamos la forma en la que actuamos los distintos participantes (médicos, hospitales, terceros pagadores, farmacéuticas, proveedores de equipos y materiales médicos, etcétera), así como generar mejoras en procesos y métodos

que conlleven a una reducción de costos y, por consiguiente, se incremente el punto de equilibrio entre la oferta y demanda de los servicios salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. INEGI. Estadísticas históricas de México, INEGI. Censo general de población y vivienda, CONAPO. Proyecciones de población México 2000-2050 (edición online) [acceso 24 de junio de 2014]. Disponible en: http://app1.semarnat.gob.mx/dgeia/informe_resumen/01_poblacion/cap1.html
2. CONAPO. Índice de marginación por localidad 2010. Enero de 2012 (edición online) [acceso 24 de junio de 2014]. Disponible en: <http://conapo.gob.mx>
3. AMIS. Resumen ejecutivo accidentes y enfermedades 2013. Enero de 2013 (edición online) [acceso 24 de junio de 2014]. Disponible en: http://www.amis.org.mx/InformaWeb/Documentos/ACCIDENTES_Y_ENFERMEDADES/Estadisticas_y_Estudios/Informe_Ejecutivo.html