





Cuenta corriente
 Alicia Salgado
 contacto@aliciasalgado.mx

¿Inflación para “topar” seguros médicos?

• La población más joven es el sector que contrata menos pólizas de gastos médicos.

Ayer se efectuó en la Cámara de Diputados el foro Regulación a aseguradoras y hospitales respecto de servicios de seguros de gastos médicos mayores, convocado por el diputado del PRI, **Jericó Abramo Masso**.

El legislador propuso una iniciativa que pretende que la prima en la emisión de pólizas de gastos médicos para personas mayores de 65 años no se incremente por inflación, no considerando los costos de inflación ni tampoco el aumento de riesgos de enfermedades catastróficas asociadas al envejecimiento de la población, que dicho sea de paso, es el principal costo incremental anual del gasto de salud de todos los países del mundo. Lo curioso es que una propuesta similar, la presentó en el Senado, **Waldo Fernández**, del Verde y por Nuevo León, que pretende indexar a la inflación general, el costo de las pólizas de gastos médicos contratadas por adultos mayores.

Cuando los políticos pretenden modificar regulaciones o leyes para introducir objetivos de política pública, en contratos de mercado, se les olvida que los seguros privados son contratos privados y se rigen por reglas de mercado.

Es cierto que las primas para coberturas de gastos médicos han aumentado, tanto como los servicios hospitalarios y los servicios de salud privados en general, desde la pandemia por covid-19 el aumento ha sido mayor y, en particular son más caras las primas para personas adultas mayores, porque con la edad, el riesgo de desarrollar enfermedades más costosas en su atención aumenta tanto como el riesgo de muerte por enfermedad.

El Índice de Precios de Atención a la Salud (que mide el Inegi como parte del INPC e incorpora costos de servicios de salud, no de primas de seguros) aumentó en 2024 en 11%, por arriba de inflación general, pero los legisladores, lo asumen como referencia para argumentar el tope o indexación a la inflación de las pólizas de tercera edad. Proponen que debiera haber una especie de “fondo” que se acumule conforme se paga año con año el seguro, si el riesgo de la prima no se materializa, para que pueda compensarse el gasto anual una vez que la persona supera los 65 años. Esta edad, según exponen, es cuando las primas se elevan

de forma considerable y los adultos mayores tienen menos ingresos para cubrirlos y enfermedades más costosas que tratar. No toman en cuenta, evidentemente, que entre más grandes las personas, más posibilidades de tener enfermedades catastróficas o su agravamiento.

Esa pretensión de “compensar” con pagos de primas no reclamadas, las posibles reclamaciones futuras, muestra su absoluto desconocimiento de las mutualidades, y de que la siniestralidad (ocurrencia del riesgo y los adultos mayores tienen mayor probabilidad de enfermarse) es lo que aumenta los costos de las primas. Las propuestas, como están, derivarían en dos realidades: dado que las aseguradoras tendrían un tope para el incremento de la póliza, de inflación o máximo 5%, y si los costos de salud crecen en 20% porque hubo una pandemia de covid-19 o, porque se tecnifica la atención de la salud, ocurriría una disminución en la oferta porque el contrato en términos topados no cubriría el riesgo para ser asegurado.

Normalmente, las aseguradoras dejan fuera a la población “topada” porque nadie puede ser obligado a incurrir en un negocio en el que tendrías pérdidas. Además, el aumento de primas que no pueden repercutir lo hagan en la población más joven, porque justo es la edad en que se contratan menos pólizas de gastos médicos.

El costo incremental en los servicios de salud privados, como los públicos, no se solucionan con topes, porque es un problema social y los mecanismos de mercado no resuelven problemas sociales. Y el último argumento muestra el tamaño de equivocación que están planteando los legisladores, pues **Jericó** argumenta que las primas han subido 30% en el último año, cuando la estadística de CNSF y AMIS muestra que de 2023 a 2024 cayó el precio promedio de la prima, debido a que aumentó el coaseguro y el deducible o se incorporan exclusiones por enfermedades existentes antes de la contratación.

Parece que sus datos parten de observaciones casuísticas o anecdóticas y no de observación estadística sería y, por ende, no sirven para el diseño de una política pública, y si de costos de salud hablamos, no es un tema que resuelve el seguro de salud, sino que le compete a la Ssa.