

47



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

290455

**"PROYECTO DE NOTA TÉCNICA PARA
LOS SEGUROS DE SALUD"**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

ACTUARIA

P R E S E N T A :

LILIAN JARAMILLO BARRIOS

DIRECTOR DE TESIS:

ACT. EDGAR ARTURO TARANGO MÉNDEZ



2001
FACULTAD DE CIENCIAS
SECCIÓN ESCOLAR



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



LIBERTAD NACIONAL
JUSTICIA
MEXICO

MAT. MARGARITA ELVIRA CHÁVEZ CANO
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo de Tesis:

PROYECTO DE NOTA TECNICA PARA LOS SEGUROS DE SALUD

realizado por LILIAN JARAMILLO BARRIOS

con número de cuenta 8752279-6 , pasante de la carrera de ACTUARIO

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis ACT. EDGAR ARTURO TARANGO MENDEZ
 Propietario

Propietario ACT. JORGE OCTAVIO TORRES ERIAS

Propietario ACT. ANNUAR SESMA GARCIA

Suplente ACT. MA. AURORA VALDEZ MICHELL

Suplente ACT. MARINA CASTILLO GARDUÑO

Consejo Departamental de MATEMATICAS

M. en C. JOSE ANTONIO FLORES DIAZ

A Dios,
Por darme la vida.

Por su comprensión y apoyo
a mi esposo,
Víctor Rabell García.

Con admiración y respeto
a mis padres.
Agustín Jaramillo Valencia
Elvia Barrios Pérez.

A mis hermanos:
Lolita,
Mónica,
Silvia,
Agustín
Alejandro.

Con agradecimiento por el apoyo
brindado, a mis Directores de tesis.
Act. Edgar Tarango Méndez
Act. Jorge Torres Frías.

A todas aquellas personas que colaboraron
para llevar a cabo, la realización de
éste trabajo.

INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES	3
1.1. BREVIARIO HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	3
1.2. SISTEMA DE SALUD EN OTROS PAÍSES	5
1 2.1. CANADA.....	5
1 2.2. CHILE.....	9
1 2.3. ESTADOS UNIDOS.....	14
1 2.4. MÉXICO	18
1.3. MODIFICACIONES A LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS	21
2. SERVICIOS DE SALUD PROPORCIONADOS POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL	23
2 1. GENERALIDADES.....	23
2.2. LA ATENCIÓN MEDICA	26
2.3. EXCLUSIONES	29
2 4. CUOTAS DEL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD... ..	29
3. REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD	32
3 1 BASES DE OPERACIÓN.....	32
3 2. BASES TÉCNICAS	40
4. PROPUESTA DE NOTA TÉCNICA Y METODOLOGÍA DE CALCULO	43
4.1. ESPECIFICACIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS	43
4.1.1. OBJETIVO DEL PLAN.....	44
4.1.2. COBERTURAS DEL PROGRAMA DE SALUD	44
4.1.3. EXCLUSIONES	47
4.1.4. OPERACIÓN DEL PROGRAMA.....	49
4.1.5. CANALES DE DISTRIBUCIÓN.	50

4 1.6. CARACTERÍSTICAS DEL PLAN	50
4 1.7. BASES TÉCNICAS.	50
4.1.8. CALCULO DE PRIMA DE RIESGO Y DE TARIFA	51
4.1.8.1. ESTIMACIÓN DE FRECUENCIAS.....	51
4.1.8.2. PRIMA DE RIESGO	52
4.1.8.3 PRIMA DE TARIFA	54
4.1.9. FORMA DE PAGO	54
4.1.10. GASTOS DE EXPEDICIÓN	54
4 1 11. EXTRAPRIMAS	55
4.1 12. RESERVAS	55
4.1.13 COMPENSACIÓN A INTERMEDIARIOS	55
4.1.14. PROGRAMA DE REASEGURO	55
4.2. EJEMPLO CON BASE AL MODELO TEÓRICO-PRACTICO	55
CONCLUSIONES	63
GLOSARIO DE TÉRMINOS	65
ANEXO 1 MODIFICACIONES A LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS.....	67
ANEXO 2.....	79
BIBLIOGRAFÍA	82

INTRODUCCIÓN

En cada estructura económica se requieren de instituciones que proporcionen los servicios de salud a la población de acuerdo a sus necesidades. En varios países del mundo ya se tienen instituciones públicas y privadas que proporcionan estos servicios.

Nuestra principal Institución de Seguridad Social vive hoy momentos difíciles que la han limitado para satisfacer plenamente las necesidades de la población derechohabiente y ha tenido que recurrir a fondos de otras prestaciones para cubrir el déficit destinado a la prestación de salud.

Por este hecho la demanda de los seguros de salud se ha hecho cada vez más necesaria, por lo que las compañías de seguros han estado diseñando productos que satisfagan estas necesidades primero con los Seguros de Gastos Médicos y ahora con los Seguros de Salud.

Las reformas que se están realizando en materia de Salud son muy importantes porque se estima habrá un crecimiento que beneficiará la economía del país.

Con base en lo anterior, el presente trabajo propone mostrar un método técnico de cálculo para obtener el costo de los Seguros de Salud, dando opción a que este costo sea determinado de acuerdo a la experiencia obtenida en el índice de frecuencias de los servicios. Este modelo permitirá obtener costos con mejores bases técnicas en la medida en que se vaya teniendo estadísticas confiables tanto del sector público como el privado.

Con el fin de abordar el tema principal, primeramente se presentará un panorama general de la transición de la seguridad social en nuestro país, y en otros países detallando sus principales características.

Posteriormente en el capítulo dos, se mencionará las características de servicios proporcionados por el IMSS a la población derechohabiente y las bases de cálculo para la determinación del costo.

En el capítulo tres, se especificará la reglamentación que operará para los Seguros de Salud.

Finalmente, en el capítulo cuatro, se propone un modelo teórico con base en la función de Distribución Normal, esta nos permitirá obtener una estimación más exacta del índice de frecuencias por utilización del servicio. En este mismo capítulo se incluye un cálculo práctico que ofrece una mejor perspectiva de los costos para los Seguros de Salud.

—

1. ANTECEDENTES

1.1. BREVIARIO HISTORICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La Salud es un bien que demandan los individuos para mejorar su calidad de vida y postergar su muerte. Esto es determinante para aumentar la capacidad productiva del ser humano, de ahí que el cuidado de la salud de la población sea motivo de preocupación del gobierno y de las organizaciones internacionales.

En el año de 1917 cuando se promulgó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se creó el Departamento de Salubridad el cual estaba orientado fundamentalmente a acciones de Salud Pública y el cuidado de la salud como obligación emanada de una relación laboral.

En 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública, la cual se encargaba de los establecimientos públicos de atención médica y tenía el compromiso de la ampliación de la red hospitalaria.

Ya para 1943 se fusionan el Departamento de Salubridad con la Secretaría de Asistencia Pública para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). En ese mismo año se decreta la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) el cual tiene como finalidad el otorgar diversas prestaciones a la clase trabajadora, entre las que quedan incluidos los trabajadores de empresas privadas junto con sus dependientes. En ese mismo año se funda el primero de los Institutos Nacionales de Salud dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, este fue el Hospital Infantil de México "Federico Gómez", al cual lo siguieron posteriormente el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" en 1944 y el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en 1946. Estos Institutos fueron pioneros en la modernización de la salud, la docencia y la investigación científica en nuestro país.

En 1959 las prestaciones, que desde varios años antes venían recibiendo los trabajadores al servicio del Gobierno Federal por parte de Pensiones Civiles, se concentraron con la fundación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de

los Trabajadores al Servicio del Estado (ISSSTE), con esquemas de protección en varios aspectos semejantes a los ofrecidos por el IMSS.

En 1983 se realizaron investigaciones efectuadas por la Coordinación de Servicios de Salud de la Presidencia de la República, la cual fue creada en 1981 con la finalidad de integrar un sistema de salud que diera la cobertura a toda la población. Los resultados de estas investigaciones son reformas entre las cuales destacan: la garantía del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos (artículo 4º de la Constitución Mexicana) y la promulgación de la Ley General de Salud que reemplaza al anterior Código Sanitario, ella establece el derecho a la salud y la posición de la Secretaría de Salubridad y Asistencia como cabeza del Sector.

En México, el sistema de Salud esta formado por diferentes instituciones que proporcionan servicios de salud: IMSS, ISSSTE, DIF entre otros, los cuales dependen directamente de la Secretaría de Salud.

La Secretaría de Salud es la responsable directa de planear, dirigir, coordinar y evaluar todas las acciones que en beneficio de la salud se lleven a cabo en el país.

El país vive momentos cruciales con dramáticos cambios políticos y económicos. En el campo de la Salud hay mucho por hacer y por reestructurar, tanto en el sector público como en el privado; el tradicional divorcio entre la medicina privada y la institucional debe desaparecer. Es el momento de unir esfuerzos y compartir responsabilidades, olvidando perjuicios de que lo institucional es bueno porque no es lucrativo, lo privado es malo porque cuesta y es muy caro.

México, al igual que otros tantos países de Latinoamérica y el mundo, se encuentran en un proceso de reforma en su sistema de salud, con la expectativa de movilizar recursos, controlar costos y lograr mayor eficiencia. así como servicios equitativos y aceptables capaces de corresponder oportunamente a los acelerados cambios en las necesidades.

La reforma que se está realizando en el ámbito de Salud parte de dos problemas:

- insuficiente calidad y,
- Limitada eficiencia de las Instituciones de Salud;

Por otro lado, la deficiente coordinación entre instituciones ha producido una duplicación de cobertura en ciertos grupos sociales, mientras que otros quedan desprotegidos. Los costos de la seguridad social tanto para el trabajador como para el empresario, afectan sustancialmente su economía.

Para comprender mejor los Sistemas de Salud se encuentra un glosario de términos en donde se definen algunos conceptos importantes

1.2. SISTEMA DE SALUD EN OTROS PAÍSES

Los esquemas mixtos de salud, es decir, aquellos que cuentan con participación tanto del gobierno como del sector privado, ya han sido adoptados en varios países, dependiendo de las necesidades y características de cada uno. Los elementos determinantes para el tipo de sistema a adoptar son: el nivel de ingreso de la población y su distribución, características geográficas, nivel social y cultural, perfil epidemiológico y la organización política.

Los ejemplos más representativos, son los que se mencionan a continuación.

1.2.1. CANADA

En la Ley sobre Salud del Canadá se establecen los principios del sistema nacional de atención de salud: administración pública sin fines de lucro, servicios completos, cobertura de toda la población, accesibilidad de los servicios y transferibilidad de las prestaciones. El sistema de seguro médico integral del Canadá, que costean los contribuyentes, cubre los servicios hospitalarios y médicos necesarios, tanto de hospitalización como ambulatorios y clínicos, de todos los residentes. Ningún residente puede ser discriminado en función de factores tales como su ingreso, edad, lugar de residencia o estado de salud.

Lo que se conoce en el país como "Medicare" está formado por 12 planes de salud interconectados cuya administración se encuentra a cargo de las provincias y territorios, que tienen autoridad constitucional para prestar atención de salud. Los dos elementos principales del sistema de Medicare son el programa de seguro hospitalario y el de atención médica. La Ley sobre Seguro Hospitalario y Servicios de Diagnóstico, promulgada en 1957, llevó a todas las provincias y territorios a ofrecer a sus residentes una cobertura completa de asistencia hospitalaria en 1961. Luego, en 1968, se promulgó la Ley Federal sobre Atención Médica y ya en 1972 todos los planes de atención de salud provinciales y territoriales aseguraban también los servicios de los médicos. La Ley sobre Salud del Canadá de 1984 consolidó la legislación previa sobre seguro hospitalario y médico, y aclaró las normas nacionales generales a que deben ceñirse los planes provinciales para que puedan recibir fondos federales.

El sistema de atención de salud del Canadá depende de los médicos de atención primaria (médicos de familia y generales), que representan 60% de los médicos en actividad en el país: son los puntos de contacto inicial con el sistema de atención de salud oficial y controlan el acceso a casi los especialistas, prestadores paramédicos, el ingreso a hospitales, las pruebas de diagnóstico y la prescripción de medicamentos. Los médicos no son empleados del Estado: ejercen como profesionales particulares, gozan de un alto grado de autonomía, reciben honorarios por servicios y reclaman su cobro directamente al plan de seguro provincial. La tarjeta de seguro médico se expide a todo residente, según requisitos en cada provincia; no hay pago directo por servicios del hospital ni del médico; tampoco hay pagos deducibles, ni copagos¹, ni límites en dólares para la cobertura. En la atención primaria de salud participan diversos profesionales paramédicos; las enfermeras están empleadas en los hospitales; los dentistas trabajan independientemente. Más de 95% de los hospitales canadienses son administrados por entidades sin fines de lucro que dirigen consejos de administración fiduciaria, instituciones de beneficencia o los municipios. Existen servicios médicos suplementarios que se prestan mediante financiación privada; con arreglo a las leyes provinciales, los aseguradores privados no pueden ofrecer una cobertura que duplique la de los programas oficiales, pero pueden competir en el mercado de las prestaciones suplementarias.

¹ Véase definición en el glosario

El Ministro de Salud de cada provincia o territorio es el responsable político del funcionamiento del sistema de atención de salud en su esfera de competencia. El Gobierno Federal proporciona servicios terapéuticos y de salud pública en las más remotas comunidades de las Primeras Naciones y servicios de salud pública en el resto de dichas comunidades por conducto de la División de Servicios Médicos del Departamento de Salud federal. La División de Servicios Médicos también proporciona o paga las prestaciones médicas no cubiertas por el seguro a todos los miembros de las Primeras Naciones y a los inuits² que viven dentro de las reservas y fuera de ellas.

Los hospitales del Canadá funcionan con un alto grado de autonomía respecto de los gobiernos federal y provinciales; la función de las provincias se limita a la planificación general de las funciones, la financiación y la presupuestación de las inversiones. El Gobierno Federal administra varios hospitales militares y proporciona servicios a los miembros de las Primeras Naciones y a los inuits. Los hospitales están organizados para prestar asistencia general (casos agudos), atención comunitaria (secundaria) y asistencia a largo plazo (casos crónicos). Cualquier hospital puede ser clasificado como hospital docente si está asociado a una facultad de medicina. Como parte de la reestructuración del sistema sanitario, muchos servicios altamente especializados se fusionan en un único centro urbano que presta servicios a toda una provincia o región. Los servicios de salud pública son financiados, brindan servicios por los principales componentes de la atención de salud y son administrados por dependencias locales o regionales. Abarcan gran variedad de programas, desde los de inmunización hasta los de educación en salud para grupos de riesgo ya identificados; ofrecen programas de salud materno-infantil y servicios de salud reproductiva y ocupan un lugar de vanguardia en la lucha contra el SIDA; coordinan o proporcionan directamente servicios de atención personal y domiciliaria y, en este sentido, son parte integrante de la atención comunitaria. Los servicios de atención comunitaria están organizados en dos niveles: la atención que se brinda en instituciones y la que se ofrece en el hogar. La primera se centra en la provisión de atención prolongada y para casos crónicos; los ancianos debilitados constituyen la mayor parte de los pacientes de estas instituciones.

² Primeras Naciones e inuits.- Grupo de Indígenas más desfavorecido en lo social y económico.

Los productos farmacéuticos son un componente clave del sistema canadiense de atención de salud. Los fármacos comprenden tanto los medicamentos recetados como los no recetados, además de los artículos personales para el cuidado de la salud. La Ley sobre Salud del Canadá no prescribe la cobertura de los fármacos, salvo los suministrados durante la internación en una institución. En 1995 se estimó que 88% de los canadienses tenían cobertura para los medicamentos recetados: 62% por planes privados, 19% por planes provinciales y 7% por unos y otros conjuntamente. Del 12% de la población que carecía de cobertura, más de la mitad eran empleados y familiares a su cargo, a quienes los empleadores no les ofrecían un plan de prestaciones complementarias que comprendiera la provisión de fármacos. En su mayoría, los consumidores pagan directamente al contado los medicamentos no recetados y los artículos personales para el cuidado de la salud.

Sin el control de un sistema basado en un solo pagador, las preparaciones farmacéuticas se han convertido en el componente de los gastos nacionales en atención de salud que más rápidamente crece. Los gobiernos federales y provinciales examinan la posibilidad de poner en marcha un programa en el que haya un solo pagador de los productos farmacéuticos.

Actualmente la oferta de médicos en el Canadá es en general excesivo, sobre todo en las zonas urbanas. Al mismo tiempo, hay una escasez crónica de médicos en las zonas rurales; en algunas jurisdicciones se ha comprobado asimismo que la razón entre médicos generales y especialistas es inaceptable.

La distribución de las enfermeras depende casi por entero de la dispersión de los hospitales o dispensarios. Desde este punto de vista, hay una razonable distribución de enfermeras en casi todo el país, por más que muchas zonas remotas sigan estando sub-atendidas.

En 1996, el Canadá gastó en atención de salud una suma estimada en Can\$ 75,224 millones, que representa 9.5% del producto interno bruto (PIB); su gasto en salud per cápita fue Can\$ 2,510. El gasto público representó aproximadamente 70% del gasto nacional total en salud. Las transferencias federales representaron 22% de las erogaciones, el gasto del Gobierno federal 4%, el de las provincias 44% y el del sector privado 30%. Uno de los componentes que más contribuye a elevar el costo de la atención sanitaria es el envejecimiento de la población: en

1996, el gasto en la salud de la población de 65 años y más representó casi 40% del gasto total. La necesidad de contener los costos del sistema de salud ha hecho que los gastos totales en salud aumentaran tan solo 13% entre 1991 y 1996, en comparación con el incremento de 26% registrado entre 1988 y 1991.

Conclusiones de Canadá:

Su modelo es mixto, el Seguro Nacional de Salud es financiado y administrado por el gobierno, los hospitales son privados y la regulación es a través de una evaluación permanente por comisiones.

Ventajas

- Cobertura Universal (toda la población asegurada).
- Calidad excelente.
- Servicio gratuito.
- Manejado por recursos Federales.
- Sistema Médico Privado.
- Libertad del usuario a elegir proveedor.
- Alto índice de satisfacción de los usuarios.

Desventajas

- Lista de espera para cirugías de alta complejidad.
- Descontento médico por los honorarios tabulados.
- Alto costo.
- Sobreutilización de los servicios.
- No Pago directo.

1.2.2. CHILE

De acuerdo con la Constitución de 1980, la salud es un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio del derecho a la protección de la salud y a habitar en un medio ambiente sin contaminación. La norma constitucional consagra un sistema dual de atención de la salud al garantizar que cada persona "tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desea acogerse, sea estatal o privado". La función del Ministerio de Salud es asegurar el acceso libre e igualitario a las actividades de promoción, protección y recuperación de la salud, así como a las de rehabilitación de las

secuelas de la enfermedad. Asimismo, debe coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar acciones en los ámbitos mencionados.

El sector salud es un sistema mixto con dos subsectores: público y privado, tanto en el ámbito de los seguros, como en el ámbito de los prestadores de servicio.

El *subsector público* o Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) está compuesto por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes: los 29 Servicios de Salud (SS); el Fondo Nacional de Salud (FONASA); el Instituto de Salud Pública (ISP); la Central de Abastecimiento (CENABAST); y la Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional. Además, de él forman parte la red de establecimientos de Atención Primaria de Salud bajo administración municipal y asesoría y supervisión técnica de los SS.

Al MINSAL le corresponde garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud, asumir ser el regulador del Estado, formular las políticas y supervisar el funcionamiento de los organismos integrantes del Sistema.

Los SS realizan las prestaciones de salud en ámbitos geográficos definidos y ejecutan las acciones de fomento, protección y recuperación de la salud en su territorio, mediante una red asistencial constituida por establecimientos de complejidad variable. Estos se relacionan mediante referencias y contrarreferencias de pacientes y existen establecimientos de carácter regional, suprarregional y nacional conforme a las especialidades y a la demanda de servicios. La modalidad de compra de servicios de salud al sector privado por parte de establecimientos públicos, es incipiente y obedece a la necesidad de otorgar una atención oportuna a los beneficiarios, en especial en determinadas patologías o especialidades donde las largas listas de espera puede comprometer el estado de salud del paciente.

El FONASA es el ente financiero encargado de recaudar, administrar y distribuir los recursos fiscales y los provenientes del 7% de cotización obligatoria destinados a salud, de conformidad con las políticas del MINSAL, y financiar las prestaciones que se otorgan por el SNSS o por personas u organismos no pertenecientes a éste mediante mecanismos de libre elección del usuario.

El ISP es el Laboratorio Nacional de Referencia, debe controlar la calidad de los medicamentos y demás productos sujetos a control sanitario y produce biológicos tales como vacunas y sueros.

La CENABAST se encuentra en un proceso de transición hacia la intermediación de las compras de medicamentos e insumos de uso médico de los establecimientos del SNSS.

La Superintendencia de ISAPRES (creada en 1990) registra y fiscaliza los aspectos jurídicos y financieros de las instituciones de salud previsional y resuelve las controversias entre ellas y los beneficiarios.

Todas estas instituciones (a excepción del MINSAL) son servicios públicos dotados de personalidad jurídica, poseen patrimonio propio, son funcionalmente descentralizados y sus directores son nombrados por el Presidente de la República.

Otras instituciones y empresas del Estado que prestan atención ambulatoria y hospitalaria para su personal son: las Fuerzas Armadas y de Orden; Penitenciaria; Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile. Estas instituciones no forman parte del SNSS y por lo tanto tienen autonomía administrativa y de gestión respecto del MINSAL. Debe mencionarse también a los Municipios, que desde 1981 son responsables de la atención primaria (APS) que se brinda a través de postas de salud rural y consultorios generales urbanos y rurales bajo su administración.

El *subsector privado* está constituido por:

Las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), entidades aseguradoras privadas de afiliación voluntaria que financian prestaciones médicas y subsidios por incapacidad laboral de acuerdo a planes de salud pactados individual o colectivamente. En septiembre de 1998 existían 29 ISAPRES: 11 de ellas son cerradas (para los trabajadores de una empresa o grupos de empresas) y 18 son abiertas (para cualquier persona) y otorgan sus prestaciones con medios propios o ajenos. Tienen una cobertura del 28% de la población total. Su principal fuente de financiamiento la constituye las cotizaciones para salud (7% obligatorio más pago adicional y/o subsidio para alcanzar el precio del plan) y los copagos asociados al plan (entre el 10 y el 20% del arancel). Finalmente, por la cobertura insuficiente de

enfermedades catastróficas, están desarrollándose seguros privados para financiar estos eventos.

Las Mutuales de Empleadores (Asociación Chilena de Seguridad, Cámara Chilena de la Construcción y el Instituto de Seguridad del Trabajo), son instituciones que administran el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales³. Se encargan de la prevención de estos riesgos, además de prestar atención médica y de rehabilitación a los accidentados y de otorgar los subsidios correspondientes a sus cotizantes. Poseen una infraestructura de hospitales y clínicas de diversa complejidad técnica y centros de atención ambulatoria a través de todo el país.

Las Instituciones prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro son instituciones benéficas que realizan en forma predominante prestaciones de salud de carácter ambulatorio. Aquí se incluyen: Cruz Roja, Corporación de Ayuda al Niño Quemado (COANIQUEM), Corporación de Ayuda al Menor (CORDAM), Instituto de Rehabilitación Infantil, Iglesias de distintos credos, ONG y MUTUALES de Empleadores.

Entre los prestadores con fines de lucro están los centros médicos, las clínicas, los hospitales, los laboratorios, las farmacias, los centros especializados (radiológicos, de diálisis, odontológicos), además de los consultorios de los médicos y otros profesionales de la salud.

En general, se observa poca coordinación y trabajo conjunto entre los prestadores de los subsectores público y privado.

No existe un registro nacional de recursos humanos y tecnológicos disponibles para la prestación de servicios de salud y tampoco un análisis detallado de la compra de ellos.

Se entregan medicamentos gratuitos para un 100% de los beneficiarios más pobres del SNSS y, en menor proporción, para los de mayores ingresos. Hay gratuidad total para el nivel primario de atención, siempre que esas poblaciones

³ Véase definición en el glosario

estén adscritas a los establecimientos del subsistema público o se atiendan por determinadas patologías. La presencia de farmacéuticos es obligatoria en todas las farmacias privadas y están presentes en los hospitales de mayor complejidad del SNSS.

Existen las siguientes conexiones entre financiamiento público y aseguramiento privado de salud:

- a) Subsidio estatal de un 2%. Las empresas pueden aumentar la cotización de sus trabajadores para que opten a planes de salud de ISAPRE. Este aumento es deducible de impuestos;
- b) Las licencias maternas (pre y post natal) son pagadas por el Estado, independientemente de la afiliación previsional del beneficiario;
- c) El Estado financia prestaciones de salud tales como vacunas y alimentos.

Los establecimientos vinculados a los servicios regionales de salud se encuentran organizados en red. Asimismo, los consultorios de atención primaria municipalizada se articulan con los servicios regionales y son coordinados por medio de sus divisiones de atención primaria, divisiones de programas o divisiones de atención integrada.

En 1996 un estudio sobre el mercado de trabajo de profesionales médicos reveló que existen suficientes trabajadores de la salud, a excepción de algunas especialidades como: anestesiología, especialidades relacionadas con procedimientos, oncología y neuropsiquiatría infantil. El país cuenta con una dotación baja de enfermeros y se observa una importante concentración de estos profesionales en la región metropolitana. De los 5,817 odontólogos en actividad, alrededor de 65% trabaja en la región metropolitana y 30% en el SNSS; de estos, 45% son especialistas.

El gasto total en salud en 1997 se estimó en US\$ 3,600 millones, de los cuales el subsector público ejecutó unos US\$ 2,020 millones. El gasto total como proporción del producto interno bruto (PIB) se estimó para 1997 en 5.02%; 2.13% correspondió al gasto privado. Del gasto público, 10.2% correspondió a gastos directos de las municipalidades. En los últimos cinco años la proporción del PIB destinada a salud creció 15.1%. El componente público aumentó 5.7% en el

período (desde 2.96% en 1993) y el privado, 36.5% (desde 1.56% en 1993). En 1994, 46.8% del gasto público correspondía a aportes fiscales, el resto, a la contribución de 7% de los ingresos de los trabajadores. Con respecto al gasto público y privado en servicios preventivos, el SNSS ha gastado en 1995 un total de US\$ 183.17 por beneficiario. El mismo gasto para el sistema privado fue de US\$ 212.69 en el caso de las ISAPRE abiertas y de US\$ 431.88 en el de las ISAPRE cerradas. De los gastos del subsector público, modalidad institucional, 11.99% se destinó a la atención primaria.

Conclusiones de Chile:

Tiene un modelo con financiamiento mixto, existen copagos y prestaciones por medio de aranceles con aporte adicional para mejorar el plan de salud, existen hospitales públicos y privados, la regulación está a cargo de la Superintendencia de ISAPRE.

Ventajas

- Libertad individual de elección.
- Se paga por Calidad y Servicio.
- Cobertura Nacional.
- Crecimiento del Sector Privado de Salud.
- El trabajador no efectúa dobles cotizaciones.

Desventajas

- Alto costo en prestaciones médicas y subsidio por incapacidad laboral.
- Alto costo administrativo.
- No existe acceso para los niveles bajos de sueldo.

1.2.3. ESTADOS UNIDOS

Los primeros intentos de lo que hoy se llama atención médica gerenciada se iniciaron en los Estados Unidos al comienzo del siglo XX. Entre 1910 y 1930, cuando aún no existían Seguros de Salud comerciales, se originaron varios ejemplos de programas de atención médica que se prepagaba en forma mensual. El primer plan de salud prepagado implementado en gran escala, con grupo médico propio y hospitales propios, fue puesto en marcha por la Kaiser Foundation en 1937. Industrias Kaiser, buscaban brindarle atención médica a sus empleados con motivo de la construcción de un acueducto en una zona desértica de

California, y más tarde la de una compuerta en el estado de Oregon. Durante la Segunda Guerra Mundial, al fabricar los barcos Liberty, Kaiser estableció un programa similar en Bahía de San Francisco, para la atención de la salud de los empleados de sus astilleros. Terminada la guerra, abrió ese programa a la comunidad, que conocido bajo el nombre de "prepaid group practice", alcanzó un éxito muy notorio. En la actualidad los planes de salud de la Kaiser prestan servicios a grandes grupos de población en 16 estados del país, cubriendo un total de 8 millones de afiliados.

En 1970 en los Estados Unidos había unos 35 planes de salud de diversos tipos, fue en ese año que el Presidente Nixon, preocupado por el incremento de los costos del programa Medicare, le encomendó al Dr. Paul Ellwood (conocido como el padre del movimiento HMO) que buscara métodos para reducir el presupuesto de ese programa de gobierno. Por lo que propuso lo siguiente:

- a) Afiliar a los beneficiarios de Medicare a los planes de "prepaid group practice".
- b) Las bases para lo que fue la ley HMO (Health Maintenance Organization) del año 1973.

En la ley HMO se destacan tres características:

1. Facilitar el acceso a préstamos y subsidios del gobierno para la planificación e iniciación de HMO's nuevas, así como para que se ampliaran servicios en los planes existentes.
2. Incorporar el principio de "dual choice" (doble opción) al mercadeo de estos planes y lo enfatiza ante el mundo empresario. Este principio requería que aquellas empresas con más de 25 empleados y que ofrecían a sus empleados coberturas de salud de tipo indemnizatorio, también brindaran como opción una HMO.
3. Exigir informes con datos de utilización y costos que permitieron comparaciones útiles para conocer el comportamiento de los distintos tipos de modelos.

El reglamento de la Ley también establecía un proceso mediante el cual las HMO podía elegir el obtener "*calificación federal*". Para lograrlo, los planes tenían que cumplir con una serie de requisitos, tales como:

- a) Ofrecer cobertura con un paquete mínimo de beneficios muy amplio.
- b) Demostrar que su red de prestadores era la adecuada.
- c) Tener un sistema para asegurar calidad.
- d) Cumplir con estándares de estabilidad financiera, como son requerimientos de reserva, provisiones contractuales para proveedores.
- e) Tener un mecanismo de registro para las quejas de los afiliados.

Sin embargo esta calificación no era obligatoria y quedó a discreción de cada HMO obtenerla.

Las organizaciones que en E.U. se ocupan de financiar, organizar y proveer "managed care" se pueden clasificar como dos tipos principales de planes de salud prepagos. Por un lado están las "HMO" (Organizaciones para el mantenimiento de la Salud), que son las más estructuradas. Existen 5 modelos distintos de HMO's : el llamado modelo "grupal", el llamado "staff", los modelos "IPA" (Asociaciones de Práctica Individual) sin y con médicos de cabecera y el modelo red.

Algunas características de estos modelos se presentan en la siguiente tabla:

Tipo de HMO	Panel de Médicos	Relación entre los Médicos	Forma de Pago a los Médicos
Grupal	Cerrado	Socios entre sí	Capitación ⁴ al grupo Asumen riesgo
Staff	Cerrado	Empleados del plan de Salud	Salarios más Incentivos
IPA sin médico de cabecera	Cerrado o Abierto	Independientes	Pago por servicio prestado
IPA con médico de cabecera	Cerrado o Abierto	Independientes	Capitación a los médicos de atención primaria Asumen riesgo
Red de Grupos	Cerrado o Abierto	En grupos que son independientes	Capitación a los grupos Variado a los individuales

⁴ Véase definición en el glosario

Por otro lado están las "PPO's" (Preferred Provider Organizations, Organizaciones con prestadores Preferidos), que son menos estructuradas. Las PPO's son sistemas que asumen responsabilidad por la provisión de un paquete de beneficios a una población definida y contratan con los prestadores "preferidos" a precios preferenciales. Preservan el mecanismo de pago al prestador de servicio brindado. Cuando el afiliado utiliza profesionales fuera de la cartilla paga más y solo recibe un reintegro parcial.

Las exigencias del mercado estimularon el desarrollo de modelos híbridos lo cual tomó cada vez más difícil caracterizar en forma simple la estructura de cada una de estas distintas organizaciones, así como el identificar sus perfiles estadísticos.

La opción POS (Point of service) por ejemplo, es un producto híbrido y relativamente nuevo que ha sido adoptado por muchos planes de atención médica gerenciada. Por lo general han sido introducidos por HMO's con médicos de cabecera que permiten a los afiliados recibir servicios fuera de la cartilla previa autorización. Lógicamente, esta opción requiere un incremento significativo en la prima mensual que debe pagar cada afiliado.

El sistema de salud en Estados Unidos, depende mucho de los pagos que efectúa el seguro privado por asistencia médica. Este seguro provisto por los empleadores o adquirido individualmente, cubre casi a las tres cuartas partes de la población, en contraste que el 14% carece por completo de cobertura médica.

Este 14% esta integrado básicamente por la población pobre como son los indígenas de Estados Unidos, inmigrantes Hispanos, Puerto Riqueños, Cubanos así como aquellos empleados eventuales y domésticos.

Existe un alto índice en la satisfacción del cliente ya que dentro de los planes de las HMO's algunas compañías cubren únicamente servicios muy específicos y a costos muy altos, con restricciones en preexistencias y periodos de espera.

Es cada vez mayor el número de norteamericanos afiliados a los distintos planes de salud de atención médica gerenciada. Se afilian a ellos, atraídos por la capacidad que tienen estos planes de brindar servicios de alta calidad a un costo que es menor al de los seguros tradicionales. En 1996 la afiliación a las HMO

llegó a 67.5 millones de personas y el número de personas afiliadas a los distintos PPO's llegó a 97.8 millones. El Gasto Nacional en salud como fracción del PIB fue del 14.3%

En los programas de Medicare (para mayores de 65 años) y Medicaid (para indigentes médicos) el gobierno esta introduciendo cambios a través del uso de algunas de las técnicas de la atención médica gerenciada.

Conclusiones de Estados Unidos:

Su modelo es privado, el seguro de salud es voluntario para la mayoría de la población el financiamiento es mixto, 72.7% seguro privado, 23.6% seguro gubernamental, 14.6% sin seguro y 11% seguro duplicado. Los hospitales son privados.

Ventajas

- Es uno de los sistemas tecnológicamente más avanzado del mundo.
- Se basa en la libertad de elección.
- La preparación profesional del personal de salud es la más reconocida a nivel mundial.

Desventajas

- Es el sistema de salud más caro del mundo.
- Aumento en los costos para la atención de la salud.
- Tiene el más alto índice de insatisfacción en su población.
- Alto índice de personas sin Seguro de Salud.

1.2.4. MÉXICO

El derecho a los cuidados de salud se garantiza en el artículo 4o. (modificado en 1983) de la Constitución Política, donde se establece que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y que la ley definirá las bases para el acceso a los servicios.

Existen tres grandes subsectores en el sistema de servicios de salud:

1. Las instituciones de seguridad social, que incluyen el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y los servicios médicos de Petróleos

- Mexicanos (PEMEX), de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y de la Secretaría de Marina (SEMAR);
- II. Los servicios de salud pública proporcionados básicamente por la Secretaría de Salud (SSA), el Programa IMSS – Solidaridad (IMSS-Sol) y el Instituto Nacional Indigenista (INI); y
 - III. El Subsector Privado.

En general, los segmentos funcionan en paralelo, desarrollando cada institución las funciones de financiamiento y provisión. Existe poca coordinación entre proveedores y cada uno tiene su propia red de unidades de atención primaria y hospitales de segundo y tercer nivel.

En todas las instituciones públicas de salud, el personal es asalariado y las unidades funcionan con presupuestos globales anuales.

Las *Instituciones de Salud Privadas* están fragmentadas y brindan atención de primer y segundo nivel, la mayoría constituidas como sociedades anónimas. Sus usuarios son de todos los niveles económicos, desde los ingresos más altos (se calcula que 3.6 millones han suscrito planes con compañías aseguradoras), hasta los pobres y las personas de ingresos medios que suelen pagar del “bolsillo”.

El modelo de organización de los servicios públicos parte de un primer nivel de atención, con un equipo de salud formado por un médico general o familiar y enfermeras que atiende la demanda de la población asignada y realiza actividades de promoción y prevención según programas priorizados. La entrada al segundo y tercer nivel de atención debe ocurrir por referencia del primero y se brinda en hospitales.

En 1997 las tasas por 10,000 habitantes, es de 15.58 de médicos y 20.58, de enfermeras. Existe un Cuadro Básico de Medicamentos para el primer nivel y un Catálogo de Medicamentos para el segundo y tercer nivel de atención, y su actualización es bianual.

Las relaciones entre proveedores públicos y privados son escasas, salvo para un 4% de los afiliados al IMSS cuyas cuotas son revertidas⁵ a servicios privados para la atención de ellos y sus familias, procedimiento cuya reglamentación oficial se está elaborando actualmente por el IMSS.

La población asegurada ascendía en 1996 a 52% del total nacional. El 49% está afiliada a los seguros sociales (48 millones de personas). El IMSS es el mayor asegurador con 39.5 millones de afiliados. Los seguros privados cubren un 3% de la población nacional. La población no asegurada representa 48% del total (47 millones de personas), estando la mayoría bajo la responsabilidad de la SSA (80% aproximadamente) y el resto atendidos por el IMSS-Sol, principalmente. En 1995 se identificaron 10 millones de mexicanos sin acceso regular a servicios de salud.

En 1996 el gasto nacional en salud *per cápita* fue de 324.8 pesos. Durante la década de los 90's su comportamiento ha sido variable. Por su parte, el gasto en salud respecto al gasto público ha pasado de 1.6% en 1990 a 2.5% en 1996. Durante el periodo 1990-1996 el año con mayor participación fue 1994 con un 2.7%. El gasto total en salud respecto al PIB pasó de 3.8% en 1990 a 6.5% en 1994 y a 3.3% en 1996. Ambos indicadores de gasto crecieron entre 1990 y 1994, disminuyeron en 1995 a raíz de la crisis económica, y se recuperaron luego progresivamente.

Para 1994 se estimó la distribución del gasto privado así: 36.5% honorarios; 26.7% medicamentos; 20.2% hospitalizaciones; 9.4% laboratorio y gabinete; y 7.0% aparatos ortopédicos. El gasto "de bolsillo" en salud se ha reducido en los hogares rurales entre 1992 y 1994, pero en los hogares urbanos se mantuvo.

Conclusiones de México:

El IMSS es financiado y administrado por el gobierno, los hospitales son públicos y la regulación es a través de una evaluación permanente de la SSA.

Ventajas

- Cobertura a toda la población asegurada.
- Aceptación de Riesgos altos (Dispersión de riesgo).
- Seguro Voluntario para no asalariados.

⁵ Véase definición en el glosario

Desventajas

- Lista de espera para cirugías de alta complejidad.
- Descontento médico por los honorarios.
- Alto costo médico y administrativo.
- Alto índice de insatisfacción.
- Cuota por salario.

1.3. MODIFICACIONES A LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

Dentro de la marco jurídico que se establece para los Seguros de Salud se han venido realizando varias modificaciones como las siguientes:

Las más importantes realizadas el 3 de Enero de 1997 son que dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades se incluye el ramo de Salud.

Las reformas realizadas el 31 de Diciembre de 1999, tienen como propósito fundamental consolidar la participación en el desarrollo nacional, a través de preservar la estabilidad y promover la participación en la economía del sector asegurador.

Pretende, asimismo, otorgar una mayor seguridad jurídica al público usuario de los servicios, tanto los de tipo tradicional, como de otros que se han venido incorporando en reformas anteriores, sobre todo en lo referente al ramo de salud.

En particular, la iniciativa contempla la modificación a diversas disposiciones con la finalidad de precisar la prestación de los servicios de salud, aún cuando se realice con recursos e instalaciones propios, como operación activa de seguros y con ello autorizar la práctica del ramo respectivo únicamente a instituciones de seguros. Las empresas así autorizadas sólo podrán operar conjuntamente el ramo de gastos médicos.

En atención al crecimiento que ha registrado la prestación de diversos tipos de servicios en el ramo de salud, la que dictamina estima conveniente que éstos únicamente deberán practicarse por instituciones de seguros autorizadas exclusivamente para ello y a su elección tales empresas podrán operar el ramo de

gastos médicos conjuntamente. Por ello, considera también necesario que las autoridades en materia de seguros actúen coordinadamente con la Secretaría de Salud, la cual deberá expedir un dictamen en el que se haga constar que las aseguradoras cuentan con los elementos necesarios para prestar los servicios en tal ramo o que subcontratarán dichos servicios.

El plazo para llevar a cabo cualquiera de las opciones concluirá a más tardar el 30 de junio del año 2001, transcurrido el cual, si la institución de seguros no hubiere efectuado alguno de los procedimientos de escisión, constitución o traspaso, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público podrá revocar la autorización otorgada para practicar el ramo de salud y la propia Secretaría procederá, con la participación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, al traspaso de la cartera correspondiente a una Institución de Seguros autorizada para practicar el ramo de salud.

Para mayor información a las reformas están especificadas en el Anexo 1.

2. SERVICIOS DE SALUD PROPORCIONADOS POR EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

2.1. GENERALIDADES

Dentro de este capítulo se mencionarán las principales características de los servicios proporcionados por el IMSS a sus derechohabientes.

El IMSS tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo

Comprende los regímenes:

- Obligatorio.
- Voluntario.

El Régimen Voluntario son todos los sujetos que se incorporan al Seguro de Salud como su nombre lo indica voluntariamente. Los servicios a proporcionar para estos afiliados son las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

Son sujetos de aseguramiento del Régimen Obligatorio:

- I. Las personas que se encuentren vinculadas a otras, de manera permanente o eventual, por una relación de trabajo cualquiera que sea el acto que le dé origen y cualquiera que sea la personalidad jurídica o la naturaleza económica del patrón y aun cuando este, en virtud de alguna ley especial, este exento del pago de impuestos o derechos;
- II. Los miembros de sociedades cooperativas de producción, y
- III. Las personas que determine el Ejecutivo Federal.

Y voluntariamente podrán ser sujetos de aseguramiento al régimen obligatorio:

- I. Los trabajadores en industrias familiares y los independientes, como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados;

- II. Los trabajadores domésticos;
- III. Los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios;
- IV. Los patronos personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio, y
- V. Los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Los Afiliados derechohabientes que estarán amparados por este seguro son:

- I. El asegurado;
- II. El pensionado por:
 - a) Incapacidad permanente total o parcial;
 - b) Invalidez;
 - c) Cesantía en edad avanzada y vejez, y
 - d) Viudez, orfandad o ascendencia;
- III. La esposa del asegurado o, concubina, o con la que haya procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio y que dependan económicamente del asegurado. Si el asegurado tiene varias concubinas ninguna de ellas tendrá derecho a la protección.
Del mismo derecho gozará el esposo de la asegurada o, a falta de éste el concubinario, siempre que hubiera dependido económicamente de la asegurada;
- IV. La esposa del pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) a falta de esposa, la concubina si reúne los requisitos de la fracción III.
Del mismo derecho gozará el esposo de la pensionada o a falta de éste el concubinario, si reúne los requisitos de la fracción III;
- V. Los hijos menores de dieciséis años del asegurado y de los pensionados, en los términos consignados en las fracciones anteriores; que dependan económicamente del asegurado;
- VI. Los hijos del asegurado cuando no puedan mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico o psíquico, hasta en tanto no desaparezcan las incapacidades que padecen o hasta la edad de veinticinco años cuando realicen estudios en planteles del sistema educativo nacional;
- VII. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, cesantía en edad avanzada y vejez, que se encuentren disfrutando de

asignaciones familiares, así como los de los pensionados por incapacidad permanente, siempre y cuando dependan económicamente del asegurado;

- VIII. El padre y la madre del asegurado que vivan en el hogar de éste, y que dependan económicamente del asegurado;
- IX. El padre y la madre del pensionado que dependan económicamente del asegurado o pensionado en los términos de los incisos a), b) y c) de la fracción II, si reúnen el requisito de convivencia señalado en la fracción VIII.

Para los afiliados del régimen obligatorio se les otorgarán los seguros de:

- I. Riesgos de trabajo;
- II. Enfermedades y Maternidad;
- III. Invalidez y Vida;
- IV. Retiro, Cesantía en edad avanzada y vejez, y
- V. Guarderías y Prestaciones Sociales.

Para este trabajo se enfocará únicamente de a las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad.

En el artículo 89 de la Ley se especifica que el Instituto prestará los servicios que tiene encomendados, en cualquiera de las siguientes formas:

- I. Directamente, a través de su propio personal e instalaciones;
- II. Indirectamente, en virtud de convenios con otros organismos públicos o particulares, para que se encarguen de impartir los servicios del ramo de enfermedades y maternidad y proporcionar las prestaciones en especie y subsidios del ramo de riesgos de trabajo, siempre bajo la vigilancia y responsabilidad del Instituto. Los convenios fijarán el plazo de su vigencia, la amplitud del servicio subrogado, los pagos que deban hacerse, la forma de cubrirlos y las causas y procedimientos de terminación, así como las demás condiciones pertinentes; y
- III. Asimismo, podrá celebrar convenios con quienes tuvieren establecidos servicios médicos y hospitalarios, pudiendo convenirse, si se tratare de patrones con obligación al seguro, en la reversión⁶ de una parte de la cuota patronal y obrera en proporción a la naturaleza y cuantía de los servicios relativos. En dichos convenios se pactará, en su caso, el pago de subsidios

⁶ Véase definición en el glosario

mediante un sistema de reembolsos. Estos convenios no podrán celebrarse sin la previa anuencia de los trabajadores o de su organización representativa.

En todo caso, las personas, empresas o entidades a que se refiere este artículo, estarán obligadas a proporcionar al instituto los informes y estadísticas médicas o administrativas que este les exigiere y a sujetarse a las instrucciones, normas técnicas, inspecciones y vigilancia prescritas por el mismo Instituto, en los términos de los reglamentos que con respecto a los servicios médicos se expidan.

En caso de enfermedad no profesional, el Instituto otorgará al asegurado la asistencia médico quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad y durante el plazo de cincuenta y dos semanas para el mismo padecimiento. Si al concluir el periodo de cincuenta y dos semanas el asegurado continua enfermo, el instituto prorrogará su tratamiento hasta por cincuenta y dos semanas mas, previo dictamen medico.

El asegurado que quede privado de trabajo remunerado, pero que haya cubierto inmediatamente antes de tal privación, un mínimo de ocho cotizaciones semanales ininterrumpidas, conservará durante las ocho semanas posteriores a la desocupación, el derecho a recibir, exclusivamente la asistencia medica y maternidad, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria. Del mismo derecho disfrutarán sus beneficiarios.

Los trabajadores que se encuentren en estado de huelga, recibirán las prestaciones medicas durante el tiempo que dure aquella.

2.2. LA ATENCIÓN MEDICA

Para otorgar las prestaciones médicas a la población derechohabiente, el Instituto dispondrá de un sistema de unidades médicas organizadas en tres niveles de atención, Primer Nivel, Segundo Nivel y Tercer Nivel definidos en el Anexo Glosario de Términos.

El Instituto asignará a los Afiliados derechohabientes su unidad médica de adscripción y su médico familiar, sin embargo se otorgará atención médica de urgencia independientemente de la unidad médica de adscripción que le corresponda.

Si el médico familiar con base en los estudios clínicos estima que la atención del paciente requiere ser referido a interconsulta con el médico no familiar (especialista) o en su caso podrá enviar al paciente al servicio de urgencias que corresponda.

El servicio de atención médica domiciliaria se proporcionará a los derechohabientes, cuando se encuentren imposibilitados física o psíquicamente para acudir a los servicios de consulta externa.

Los asegurados, que por motivo de su trabajo tengan que desplazarse a distintas entidades federativas, recibirán atención médica fuera de su unidad de adscripción al identificarse.

HOSPITALIZACIÓN

Procederá la hospitalización del derechohabiente en los casos siguientes:

1. Cuando la enfermedad requiera atención o asistencia médico-quirúrgica que no pueda ser proporcionada en forma ambulatoria.
2. Cuando el estado de salud del paciente requiera la observación constante o un manejo que solo pueda llevarse a efecto en un centro hospitalario.

FARMACIA

Se Otorgará a los derechohabientes de los medicamentos y agentes terapéuticos prescritos por los médicos del Instituto y estos pondrán especial cuidado en la cuantificación de los medicamentos que prescriba, tomando en cuenta la naturaleza, evolución y control de enfermedades.

Los medicamentos se ajustarán al cuadro básico del Instituto.

MATERNIDAD

Se otorgará a la asegurada durante el embarazo, el alumbramiento y el puerperio, las prestaciones siguientes:

- I. Asistencia obstétrica;
- II Ayuda en especie por seis meses para lactancia, y
- III. Una canastilla al nacer el hijo, cuyo importe será señalado por el consejo técnico.

ODONTOLÓGICOS

1. Extracciones.
2. Obturaciones.
3. Limpiezas.
4. Ortodoncia sólo en el caso de secuelas de labio y paladar hendido.
5. Endodoncia en recubrimientos pulpares, corte de la pulpa cameral, extirpación de la pulpa radicular y apicectomías.
6. Parodoncia en padecimientos de origen irritativo.

PREVENCIÓN, REPRODUCCIÓN E INVESTIGACIÓN

Con el propósito de proteger la salud y prevenir las enfermedades y la discapacidad, los servicios de medicina preventiva del Instituto llevarán a cabo programas de difusión para la salud, prevención y rehabilitación de la discapacidad, estudios epidemiológicos, producción de inmunobiológicos, inmunizaciones, campañas sanitarias y otros programas especiales enfocados a resolver problemas médico-sociales.

El instituto otorgará a los derechohabientes a través de médicos, información, orientación y consejería que les permita tomar decisiones informadas y de manera voluntaria en torno a su salud reproductiva y otorgará en edad fértil, siempre que ellos lo demanden, métodos anticonceptivos temporales y definitivos.

El Instituto promoverá y propiciará la realización de investigación médica por parte del personal de salud.

TRASLADO DE PACIENTES

Cuando la atención de un paciente no se disponga en las unidades de atención médica de una delegación estatal, regional o en el Distrito Federal o de los especialistas o de los medios de diagnóstico o terapéuticos necesarios, se procederá al traslado del paciente a un hospital general donde se atenderá.

Las erogaciones que el paciente realice para cubrir sus necesidades de alimentación y alojamiento, en un lugar diferente al que resida. Se establece el importe de 1 Salario Mínimo General Diario Vigente en el Distrito Federal.

El acompañante que haya sido autorizado por el Instituto tendrá derecho a pago de pasajes y ayuda para viáticos.

2.3. EXCLUSIONES

El Seguro de Enfermedades y Maternidad no cubre lo siguiente:

- a) Cirugía estética.
- b) Dotación de Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- c) Cirugía para corrección de astigmatismo, presbicia, miopía e hipermetropía.
- d) Examen médico preventivo solicitado por el trabajador o sus beneficiarios.
- e) Tratamientos Dentales como son Ortodoncia, Endodoncia, Parodoncia.
- f) Procedimientos y tratamientos médico-quirúrgicos no considerados en los instrumentos normativos de la atención médica.

2.4. CUOTAS DEL SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD

Para determinar la cuota se define lo siguiente:

S_bC El Salario Base de Cotización se integra con los pagos hechos en efectivo por cuota diaria y las gratificaciones, percepciones, alimentación, habitación, primas, comisiones, prestaciones en especie y cualquier otra cantidad o prestación que se entregue al trabajador por sus servicios.

Se excluyen como integrantes del salario base de cotización, los siguientes conceptos:

- I. Los instrumentos de trabajo tales como herramientas, ropa y otros similares;

- II. El ahorro, cuando se integre por un depósito de cantidad semanal, quincenal o mensual igual del trabajador y de la empresa; si se constituye en forma diversa o puede el trabajador retirarlo más de dos veces al año, integrará salario; tampoco se tomarán en cuenta las cantidades otorgadas por el patrón para fines sociales de carácter sindical;
- III. Las aportaciones adicionales que el patrón convenga otorgar a favor de sus trabajadores por concepto de cuotas del seguro de retiro, cesantía en edad avanzada y vejez;
- IV. Las aportaciones al INFONAVIT y las participaciones en las utilidades de la empresa;
- V. La alimentación y la habitación cuando se entreguen en forma onerosa a trabajadores; se entiende que son onerosas estas prestaciones cuando representen cada una de ellas, como mínimo, el veinte por ciento del salario mínimo general diario, que rija en el Distrito Federal;
- VI. Las despensas en especie o en dinero, siempre y cuando su importe no rebase el cuarenta por ciento del salario mínimo general diario vigente en el Distrito Federal;
- VII. Los premios por asistencia y puntualidad, siempre que el importe de cada uno de estos conceptos no rebase el diez por ciento del salario base de cotización;
- VIII. Las cantidades aportadas para fines sociales, considerándose como tales las entregadas para constituir fondos de algún plan de pensiones establecido por el patrón, derivado de contratación colectiva. Los planes de pensiones serán solo los que reúnan los requisitos que establezca la comisión nacional del sistema de ahorro para el retiro, y
- IX. El tiempo extraordinario dentro de los márgenes señalados en la ley federal del trabajo.
Para que los conceptos mencionados en este precepto se excluyan como integrantes del salario base de cotización, deberán estar debidamente registrados en la contabilidad del patrón

Se establece como límite superior el equivalente a veinticinco veces el Salario Mínimo General que rija en el Distrito Federal y como límite inferior el Salario Mínimo General del área geográfica respectiva.

Las cuotas se calcularán de la forma siguiente:

NOTACION:

CTA_m	Cuota Total del Asegurado Mensual
COP_m	Cuota Obrero Patronal Mensual
$CGOB_m$	Cuota del Gobierno Federal Mensual
S_bC	Salario Base de Cotización Mensual
$SMGD_{DF}$	Salario Mínimo General Diario del Distrito Federal
ND_m	Número de Días del mes de que se trate

CUOTA OBRERO-PATRONAL

SI $S_bC > 3 SMGD_{DF}$

entonces

$$COP_m = \underbrace{13.9\% SMGD_{DF} * ND_m}_{\text{Afiliado}} + (S_bC - 3SMGD_{DF}) * \left(\underbrace{6\%}_{\text{Patrón}} + \underbrace{2\%}_{\text{Afiliado}} \right)$$

SI $S_bC < 3 SMGD_{DF}$

entonces

$$COP_m = 13.9\% SMGD_{DF} * ND_m$$

CUOTA DEL GOBIERNO FEDERAL

$$CGOB_m = 13.9\% SMGD_{DF} * ND_m$$

CUOTA TOTAL DEL ASEGURADO MENSUAL

$$CTA_m = COP_m + CGOB_m$$

3. REGLAMENTO DEL SEGURO DE SALUD

En este capítulo se mencionarán las principales características del Reglamento del Seguro de Salud el cual fue dado a conocer en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Mayo de 2000.

3.1. BASES DE OPERACIÓN

El Gobierno Federal consciente de la importancia que representa para la sociedad la actividad aseguradora, a través del Plan Nacional de Desarrollo, se ha trazado como uno de sus objetivos lograr su promoción con el fin de ampliar sus funciones de *protección a las personas y a sus bienes ante los riesgos a los que se encuentran expuestas*, así como a promover su contribución a la generación del ahorro interno.

Por lo cual la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros ha tenido diversas modificaciones a fin de adecuar sus disposiciones conforme a la evolución del sector financiero del país, dentro del cual la actividad aseguradora tiene una relevante participación.

En las modificaciones efectuadas a la ley, se reconoce la importancia que representa para el país el hecho de que un mayor número de mexicanos cuenta con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades a los que están expuestos, por lo cual la operación de seguros de accidentes y enfermedades se dividió en los ramos de: accidentes personales, gastos médicos y salud.

El ramo de salud constituye la base para que las sociedades u organizaciones conocidas como entidades administradoras de medicina prepagada, se transformen en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

Se describe al ramo de salud como la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado y se precisa que aún cuando esta actividad se lleve a cabo con recursos e instalaciones propios será considerada como una operación activa de seguros, por lo que su práctica sólo puede autorizarse a instituciones de seguros, a las que adicionalmente se les puede facultar a manejar el ramo de gastos médicos.

No se considerará como una operación activa de seguros la prestación de servicios de salud cuyo costo de cada servicio se cubra por el usuario, directamente o a través de un tercero, sin que se asuma el compromiso y la contingencia financiera derivados de no cubrir el costo de cada servicio que se preste, sino únicamente el costo en función de la probabilidad de llegar a prestarlo en caso de sobrevenir el acontecimiento futuro e incierto previsto por las partes.

La Secretaría de Salud está facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia de manera exclusiva sobre los servicios y productos de salud que presten las instituciones de seguros autorizadas en el ramo; asimismo para emitir los dictámenes (provisional, definitivo y anual) a través de los cuales se hará constar que la institución de seguros cuenta con los elementos necesarios para ofrecer estándares de calidad en materia de salud.

Junto con el dictamen provisional emitido por la Secretaría de Salud, se podrá solicitar a esta Secretaría la autorización para operar, como Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, debiendo agregar los documentos necesarios que garanticen la viabilidad financiera.

También, se considera en las Reglas la congruencia con uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud, consistente en garantizar, en este caso, a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), la prestación de servicios para la promoción, fomento, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas, al fijar una serie de requisitos de carácter médico con el fin de atender adecuadamente las demandas de los usuarios y se exige que los servicios médicos sean de alta calidad, a través de una adecuada integración en su infraestructura y equipamiento.

La práctica del ramo de salud presenta ciertas características distintas a las de los otros dos ramos de la operación de accidentes y enfermedades (accidentes personales y gastos médicos), por lo siguiente:

- a) Su origen no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito o de una enfermedad que afecte la salud del asegurado sino que parte del objetivo de mantener la salud de éste, mediante acciones tanto de prevención como de restauración;
- b) El objeto de los seguros privados o voluntarios en el ramo de salud, es prestar servicios mediante la administración y articulación de recursos tanto propios o directos, como contratados con terceros prestadores, o una combinación de ambos, a diferencia de los otros ramos cuyo propósito es el cubrir o rembolsar los gastos necesarios en que incurre el asegurado, y
- c) El ramo de salud contempla los servicios dirigidos a prevenir la salud de los asegurados mediante las acciones de fomento, a través de la detección temprana de enfermedades, por medio de pruebas con base en factores de riesgo epidemiológico, así como el seguimiento a la salud de los asegurados, particularmente en el caso de enfermedades crónicas, donde su control oportuno permita evitar el surgimiento de complicaciones posteriores, finalmente, y con objeto de facilitar la prestación de los servicios en el ramo de salud podrá encargarse a un profesional de la salud dar continuidad y coordinar las acciones de salud conjuntamente con otros prestadores que se requieren, siempre en beneficio del asegurado.

Para dar inicio a sus operaciones, la institución deberá contar con un dictamen favorable de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, como resultado de la visita de inspección que le practique para evaluar que cuenta con los sistemas e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, así como con la ratificación por parte de la Secretaría de Salud del nombramiento del Contralor Médico.

De conformidad con lo previsto en el artículo 29, fracción 1, de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y a las presentes Reglas, las

ISES deberán contar con un capital mínimo pagado, cuyo monto expresado en UDIS, lo dará a conocer esta Secretaría durante el primer trimestre de cada año.

En el Diario Oficial de la Federación del 3 de abril del año en curso se publicó el Acuerdo sobre el capital mínimo pagado que las instituciones de seguros deben afectar para cada operación o ramo, fijándose para la operación de accidentes y enfermedades en alguno o algunos de sus ramos 1'704,243 UDIS.

En el Acuerdo se prevé que el importe de los gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmuebles propiedad de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), podrá computarse en forma conjunta hasta el 60% del capital mínimo pagado. En el caso de la constitución de una nueva aseguradora en el ramo de salud el capital mínimo pagado deberá estar totalmente suscrito y pagado en la fecha en que esta Secretaría otorgue la autorización correspondiente.

Conforme a las Reglas los asegurados podrán acceder a planes de salud que comprendan servicios ofrecidos por redes médicas y hospitalarias, propias o contratadas, donde se dará seguimiento a su salud tanto en aspectos preventivos como curativos, con esquemas de referencia y contrarreferencia cuya oportunidad permitirá dar énfasis al mantenimiento de la salud.

Al respecto se destacan tres mecanismos por medio de los cuales la Secretaría de Salud realizará sus labores de supervisión y vigilancia sobre las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud, como son:

- a) La emisión de los dictámenes provisional, definitivo y anual para corroborar que las instituciones cumplen satisfactoriamente con los elementos necesarios para la prestación de los servicios de salud que se deriven de los contratos de seguros y que constituyen requisitos indispensables para recibir y mantener la autorización para operar. A partir de que se reciba la autorización de la Secretaría, la institución de seguros de salud cuenta con tres meses para presentar el dictamen definitivo emitido por la Secretaría de Salud y posteriormente deberá presentar junto con sus estados financieros un dictamen anual expedido por la propia Secretaría de Salud a fin de que acredite que mantiene los

elementos necesarios para otorgar los servicios de salud a sus asegurados.

Las Reglas señalan los criterios generales sobre los cuales las instituciones deberán cumplir satisfactoriamente en materia médica para poder obtener los dictámenes, para lo cual, además, la Secretaría de Salud establecerá, con base en estos criterios, los requisitos específicos mediante disposiciones de carácter general.

Para la obtención de los mencionados dictámenes se debe cumplir satisfactoriamente, entre otros elementos: que los recursos materiales y humanos, propios, contratados con terceros o la combinación de ambos, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a los usuarios a asegurar; que los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios objeto de los contratos de seguros privados respectivos, garanticen una oferta adecuada en cuanto a su calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica; que se cuente con los mecanismos necesarios para comunicar a los asegurados de los cambios en la infraestructura con la que la institución cuenta para prestar sus servicios; que se cuente con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados; etc.

- b) La facultad de supervisar a las instituciones autorizadas para la práctica del ramo de salud, exclusivamente sobre los servicios y productos de salud materia de los contratos de seguros privados que celebren, y
- c) Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), con independencia del responsable del área médica, que tenga a su cargo las políticas y mecanismos de carácter médico, deberá contar con un Contralor Médico, nombrado por el consejo de administración, a cuyas sesiones deberá asistir participando, en todo caso, con voz pero sin voto, quien requerirá ser ratificado por la Secretaría de Salud a través de un Comité interno de la misma que analice su idoneidad.

Entre otras funciones el Contralor Médico tendrá la responsabilidad de supervisar el funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución a fin de que se cumpla adecuadamente con los requisitos de suficiencia, buen desempeño de los

médicos y hospitales, calidad en la atención, utilización de los servicios, manejo de consultas y reclamaciones y el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en Salud.

Las Reglas garantizan la honorabilidad e independencia del Contralor Médico, así como los posibles conflictos de interés, incluyendo medidas estrictas como el no tener relación de parentesco o nexos patrimoniales con la institución, ni con sus prestadores, por lo cual se debe hacer de su conocimiento los contratos previos a su celebración. De no llevar a cabo sus funciones apropiadamente el Contralor Médico puede ser sujeto a remoción o suspensión por parte de las autoridades.

El Contralor Médico permitirá a las instituciones prevenir y, en su caso, detectar y corregir oportunamente cualquier desviación que encuentre, mediante las recomendaciones que deberá formular a la administración de la institución y se le obliga a remitir a la Secretaría de Salud y a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas un reporte cuatrimestral relativo al cumplimiento de sus obligaciones y cuando detecte anomalías trascendentes, deberá emitir un reporte especial en un plazo de 10 días hábiles a partir de la fecha en que las hubiere determinado.

En las Reglas se destacan como derechos de los pacientes, entre otros: acceso expedito a los servicios; un trato respetuoso tanto en los servicios, como a su privacidad; decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas, a seleccionar el médico y al hospital para su atención, a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo pactado en el contrato de seguro; comunicación en todo momento con su familia; seguridad personal durante su atención tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias; a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que lo atienden y el responsable del equipo; a ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas.

A los médicos se les exige que cuenten con cédula profesional a fin de acreditar sus conocimientos técnicos, y en caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener la otorgada por los mismos. A su vez, los hospitales

deberán contar, además de las autorizaciones y permisos necesarios, con la certificación del Consejo de Salubridad General en reconocimiento a su calidad.

En virtud de que el proceso de certificación está sujeto a programas que actualmente se están instrumentando, se establece que la Secretaría de Salud a solicitud de la institución y en consideración a las circunstancias específicas, en cada caso, podrá otorgar un periodo de regularización entre seis meses y dos años.

Además, en beneficio de los asegurados las instituciones mantendrán en forma permanente la adecuada atención médica, mediante la instrumentación de los siguientes programas:

- a) El programa para el control de la utilización de los servicios médicos en el cual se deberán incluir mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización de los mismos, y
- b) El programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención, el fomento a la enseñanza y la investigación médica y el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de las instituciones.

La Secretaría de Salud emitirá las disposiciones de carácter general bajo las cuales deberán apegarse las instituciones en la elaboración e instrumentación de dichos programas.

Para hacer transparente la operación y comercialización de los contratos de seguros privados de salud y de precisar ciertas disposiciones a fin de otorgar una mayor protección al público usuario, las Reglas establecen una serie de requisitos que las instituciones deberán observar en la elaboración y suscripción de sus planes y contratos, así como en la operación y comercialización de los mismos.

A fin de facilitar la libertad de elección del asegurado las Reglas disponen, la obligación de las instituciones de ofrecer, al menos, algunos planes donde el

beneficiario pueda elegir médicos distintos de la red que haya conformado, mediante el pago diferencial entre el tabulador de la institución y el costo del servicio que preste el médico. Estos planes serán, en todo momento, del conocimiento del público usuario ya que la institución deberá describirlos en el folleto explicativo de cualquier plan de seguros que se pretenda contratar.

El acceso oportuno a los servicios se refuerza mediante diversas disposiciones, tales como el requerimiento de que las redes de servicios que conformen las instituciones tengan una distribución territorial congruente con los lugares donde se comercialicen y suscriban los contratos de seguros. Además, deberán de informar a los asegurados por escrito de los cambios que tuviera la red de infraestructura hospitalaria y, en el caso de que por razones de saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico el asegurado necesitara de servicios fuera de la red cuando se presenten urgencias médicas, la institución deberá rembolsar el costo en que haya incurrido.

La publicidad de las instituciones, se deberá expresar en forma clara y precisa a efecto de que no exista confusión entre el público usuario. Para ello, la publicidad se sujetará a las disposiciones administrativas que dicte la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas que, a su vez, tendrá las facultades para modificar o suspender la propaganda o publicidad.

Con objeto que el asegurado esté informado, de manera clara y precisa, sobre los alcances de su póliza, las instituciones deberán entregar, junto con ésta, un folleto explicativo que incluya una descripción del plan de seguros, los beneficios contratados, coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, periodos de espera, entre otros. Asimismo, deberá contener la forma para acceder a los servicios médicos, incluyendo todas las clínicas, hospitales y médicos empleados por la institución, detallando información de relevancia de cada uno de ellos.

Para las consultas y reclamaciones, el público tendrá a su disposición los mecanismos y facultades que dispone la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Con objeto de facilitar al usuario la realización de consultas o, en su caso,

reclamaciones, las instituciones deberán detallar en el folleto que entreguen al asegurado, junto con la póliza, la política y mecanismo interno de las propias instituciones, así como su manera de acceso.

Las infracciones a las presentes Reglas se sancionarán en los términos previstos por la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

Por otra parte, en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros se prevén como causales de revocación a la autorización, entre otras: si una institución de seguros autorizada en el ramo de salud, no presenta a esta Secretaría el dictamen definitivo, o si no presenta a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas el dictamen anual; o si en cualquier momento esta Secretaría o la citada Comisión tienen conocimiento de que la institución no mantiene los elementos necesarios para prestar los servicios materia de los contratos de seguros correspondientes.

3.2. BASES TÉCNICAS

Con la finalidad de que las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud puedan hacer frente a las obligaciones futuras que surgirán, derivadas de los contratos de seguros de salud, deberán constituir, incrementar e invertir las reservas técnicas en los términos de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, de las disposiciones generales que derivan de la misma y de las presentes Reglas. Estas reservas técnicas incluyen:

- La de riesgos en curso de pago para hacer frente a los eventuales riesgos de las pólizas en vigor;
- La de obligaciones pendientes de cumplir para cubrir los siniestros ocurridos pendientes de liquidación; y
- La de previsión para cubrir las posibles pérdidas por desviaciones estadísticas en su experiencia de siniestralidad.

La entrega de información relativa a la valuación de reservas deberá hacerse trimestralmente.

Las ISES deberán presentar ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas las Notas Técnicas en que sustenten cada una de las coberturas planes y primas netas de riesgo, de conformidad con lo establecido en el artículo 36-A de la LGISMS, así como los contratos que realicen con otras entidades para la prestación de los servicios y adicionalmente, deberán registrar los contratos de adhesión que ofrezcan al público en general en que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de seguros privados de salud, establecidos en el artículo 36-B de la LGISMS.

Como parte de los recursos propios de las aseguradoras, el capital mínimo de garantía fortalece su patrimonio y su desarrollo a fin de que, de acuerdo con el volumen de sus operaciones, la tendencia de siniestralidad, sus prácticas de reaseguro y de composición de inversiones, se mantengan de manera permanente en niveles suficientes para hacer frente a las variaciones adversas por lo que respecta al cumplimiento de las obligaciones que contraigan con los asegurados, reduciendo los posibles desequilibrios económico-financieros que se pudieran producir en su operación. De esta manera se preserva su viabilidad financiera y consolida su estabilidad y seguridad patrimonial.

La determinación del capital mínimo de garantía se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en las Reglas para el Capital Mínimo de Garantía de las Instituciones de Seguros, publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1999; por tal motivo la inversión de los activos computables a dicho capital se realizará como lo disponen las citadas Reglas.

Las Instituciones contarán con un Comité de Inversiones, que deberá sesionar por lo menos una vez al mes y dejar constancia de la metodología aplicable para cerciorarse que se observen adecuados niveles de riesgo y en el caso de valores emitidos por empresas privadas, las instituciones sólo podrán adquirirlos cuando cuenten con la debida calificación de una institución calificadora de valores autorizada.

Por lo que hace a la entrega de información de las instituciones a las autoridades, las Reglas establecen, que la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas fungirá como ventanilla única para su recepción, con la responsabilidad de comunicarla a la Secretaría de Salud para los efectos conducentes, particularmente como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a su cargo.

Para llevar a cabo su contabilidad y establecer la base de datos así como el sistema estadístico respectivo, las instituciones deberán sujetarse a lo dispuesto por las disposiciones administrativas que emita la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

En las presentes Reglas se establece con claridad para efectos del alcance de los contratos de seguros de salud cuando se considerará, que un padecimiento es preexistente. Igualmente se señalan los términos bajo los cuales las instituciones estarán obligadas a cumplir con la prestación de los servicios, una vez que se haya terminado la vigencia del contrato, siempre y cuando la eventualidad se haya suscitado dentro de la vigencia del mismo (Reserva de Siniestros Ocurredos No Reportados).

Para tal fin se señala que en los contratos de seguros se dispondrá que la obligación de las instituciones a cumplir con la prestación de servicios dirigidos a fomentar o restaurar la salud, a consecuencia de que se produzca la eventualidad prevista en el contrato dentro de su vigencia, terminará: al certificarse la curación del padecimiento de que se trate a través de la alta médica; o al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes; o al concluir el término que para estos efectos se haya pactado para la prestación del servicio, el cual no podrá ser inferior a dos años contados a partir de la fecha en que concluya la vigencia del contrato.

Por otra parte, en protección de los propios asegurados se indica en las Reglas que las instituciones deben establecer en las pólizas si existe o no la renovación obligatoria y la edad máxima de renovación. En estos casos no se podrán utilizar criterios arbitrarios para la renovación de los planes que permitan la discriminación selectiva de asegurados.

4. PROPUESTA DE NOTA TÉCNICA Y METODOLOGÍA DE CÁLCULO

4.1. ESPECIFICACIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SEGUROS Y FIANZAS

Como se mencionó en el capítulo anterior la Nota Técnica del Seguro de Salud deberá contener lo estipulado en el artículo 36-A de la LGISMS, la cual dice lo siguiente:

“ Las Instituciones de Seguros deberán sustentar cada una de sus coberturas, planes y las primas netas de riesgo que correspondan en una Nota Técnica en la que se exprese de acuerdo a la operación o ramo de que se trate, lo siguiente:

- a) Las tarifas de Primas y Extraprimas
- b) La justificación técnica de la suficiencia de la prima y, en su caso, de las extraprimas
- c) Las bases para el cálculo de la reserva
- d) Los deducibles, franquicias o cualquier otro tipo de modalidad que, en su caso se establezcan,
- e) El porcentaje de utilidad a repartir entre los asegurados, en su caso,
- f) Los dividendos y bonificaciones que correspondan a cada asegurado, en los casos que procedan
- g) Los procedimientos para calcular los valores garantizados, en los casos que procedan
- h) Los recargos por costos de adquisición y administración que se pretendan cobrar,
- i) Cualquier otro elemento técnico que sea necesario para la adecuada instrumentación de la operación de que se trate”.

Tomando en consideración lo antes expuesto se deriva la siguiente Propuesta:

4.1.1. OBJETIVO DEL PLAN

El Programa de Salud deberá proporcionar cobertura a los Afiliados en sus diferentes necesidades de salud, desde el nivel de la consulta con el médico familiar o de cuidados primarios, para efectos de medicina preventiva, hasta sofisticados tratamientos, incluyendo cobertura dental, medicamentos, exámenes de laboratorio, hospitalización, terapia intensiva, poniendo especial énfasis en la educación y tratamientos preventivos, todo esto realizado bajo un estricto control de calidad y de los recursos utilizados, brindando calidez en el servicio prestado, lo cual nos permitirá por un lado, minimizar los costos y por otro, maximizar la satisfacción del cliente.

4.1.2. COBERTURAS DEL PROGRAMA DE SALUD

A. Prevención y Mantenimiento de la Salud.

El cuidado y mantenimiento de la salud de los Afiliados, estará a cargo del Médico de Cuidados Primarios, el cual podrá ser seleccionado de acuerdo a su edad y sexo entre Médicos Familiares, Generales, Ginecólogos y Pediatras, quienes brindarán los siguientes servicios:

1. Campañas educativas en el mantenimiento de la salud.
2. Inmunizaciones básicas para infantes
3. Atención para conservación de la salud para mayores de 14 años,
4. Detección oportuna de cáncer ginecológico, (examen de mama y papanicolau), campañas de detección oportuna de diabetes, cáncer e hipertensión.
5. Atención de infantes, desde su nacimiento hasta los 14 años,
6. Atención médica en consultorio del Médico de Cuidados Primarios.
7. Educación y planificación familiar temporal, (dispositivo intrauterino)
8. Atención en consultorio con médicos especialistas.

B. Maternidad.

El programa incluye todos los servicios necesarios para el sano desarrollo del bebé antes y después de su nacimiento.

1. Cuidados de maternidad,
2. Servicios de Ginecobstetricia.

3. Cuidados del recién nacido.
4. Padecimientos congénitos de los hijos nacidos durante la vigencia de la Póliza,
5. Complicaciones del embarazo y del parto.

Para Pólizas Individuales se sugiere anexar el siguiente texto:

Siempre y cuando el bebé haya sido gestado durante la vigencia de la póliza y la madre tenga 10 meses de cobertura previa y continua a su nacimiento. Para que la atención al recién nacido sea de inmediato y continua deberá darse de alta durante el período establecido en las Condiciones Generales.

C. Servicios Odontológicos,

1. Consultas al dentista, incluye aplicación tópica de flúor en infantes,
2. Profilaxis (limpieza) e instrucciones de higiene bucal,
3. Examen oral de diagnóstico, Radiografías periapical,
4. Obturación con Amalgama, Extracciones y Curaciones.
5. Tratamientos dentales, alveolares o gingivales indispensables a consecuencia de un accidente.

D. Servicios Auxiliares de Diagnóstico.

Servicios Auxiliares de Diagnóstico, (análisis de laboratorio, electrocardiogramas, estudios de Rayos-X e imagenología, histopatología, estudios audiológicos, pruebas respiratorias, encefalogramas, examen de la vista e isótopos radioactivos).

E. Medicamentos.

Medicamentos prescritos por su médico tratante.

F. Hospitalización.

Se cubren los gastos a consecuencia de un accidente o enfermedad, que provoque el internamiento del Afiliado en un hospital o sanatorio, incluyendo:

1. Gastos de Hospital o Sanatorio por el internamiento del Afiliado por motivos quirúrgicos y no quirúrgicos, representados por el costo de habitación privada

- estándar, alimentos del paciente, gastos de anestesia y gastos inherentes al tratamiento médico.
2. Hospitalización no quirúrgica.
 3. Cirugía ambulatoria y cirugía menor.
 4. Honorarios por consultas que reciba el Afiliado durante su hospitalización del médico tratante, en el hospital o sanatorio.
 5. Honorarios por intervención quirúrgica de cirujanos y ayudantes. Se Cubrirán los honorarios quirúrgicos de acuerdo con la Tabla de Aranceles Médicos, incluyendo a los ayudantes e instrumentistas. Las intervenciones quirúrgicas realizadas que no se encuentren en la Tabla se valuarán por similitud.
 6. Honorarios del Anestesiólogo.
 7. Medicamentos de uso intrahospitalario. Se cubrirán todos los medicamentos requeridos por el paciente durante su estancia en el hospital y hasta tres días después de darse el alta, sin el copago correspondiente, siempre que sean prescritos por su médico tratante.
 8. Sala de operaciones, terapia intensiva, intermedia y de recuperación.
 9. Consumo de oxígeno.
 10. Transfusiones de sangre, aplicación de plasma y sueros.
 11. Honorarios de enfermera de cuidados especiales legalmente autorizada para ejercer su profesión, cuando dicho servicio sea prescrito por el médico tratante y de acuerdo a los Aranceles Médicos.
 12. Compra o renta de aparatos especiales ortopédicos, excepto la reposición de aquellos aparatos ortopédicos ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
 13. Medicina física y de rehabilitación, cuando sea considerado indispensable por el médico tratante.
 14. Tratamiento con terapia radioactiva, quimioterapia, fisioterapia, hidroterapia e inhaloterapia.
 15. Renta de equipo para recuperación, tales como sillas de ruedas, muletas, etc.
 16. Tratamiento quirúrgico de nariz y/o senos paranasales que sean originados por enfermedad o accidente ocurrido durante la vigencia de la Póliza, (en caso de enfermedad con un período de espera de un año).
 17. Transporte en ambulancia terrestre.
 18. Servicio de urgencias las 24 horas.

19. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables.
20. Por accidente o enfermedad, gastos de prótesis ortopédicas, mamarias, oculares, valvulares o cualquier otro tipo de prótesis. Excepto la reposición de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.
21. Planificación Familiar Definitiva (Vasectomía, Salpingoclasia)

4.1.3. EXCLUSIONES

1. El Programa de Salud no cubre los siguientes:
2. Tratamientos no necesarios para el mantenimiento y cuidado de la salud.
3. Gastos realizados por acompañantes del Afiliado durante su internamiento en sanatorio u hospital, así como aquellos efectuados por el propio Afiliado que no tengan relación con el motivo del internamiento.
4. Reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.
5. Abortos y legrados por aborto que no sean autorizados por el Médico de Cuidados Primarios del Afiliado.
6. Los gastos por maternidad de las dependientes hijas.
7. Exámenes para extensión de certificados de salud.
8. Tratamientos correctivos de trastornos del sueño, aprendizaje o conducta cualesquiera que sea su causa u origen, trastornos de enajenación mental, neurosis o psicosis, histeria, estados de depresión psíquica o nerviosa y en general cualquier estudio o tratamiento psiquiátrico, psicológico o psíquico.
9. Tratamientos dentales, alveolares, gingivales (encías), parodontales o de ortodoncia cualquiera que sea su naturaleza y origen, con excepción a lo mencionado en Servicios Odontológicos, las complicaciones generadas por abandono del tratamiento odontológico.
10. Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad, obesidad o dietéticos y sus complicaciones, así como aquellos de carácter estético o plástico.
11. Tratamiento médico o quirúrgico de malformaciones y enfermedades congénitas, a excepción de los Afiliados nacidos durante la vigencia de Póliza.

12. Tratamientos médicos basándose en hipnotismo y quelaciones (destrucción de tejido), así como cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por naturistas.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos experimentales o de investigación, de los que no esté debidamente comprobada su eficacia para corregir lesiones o afecciones del organismo.
14. Tratamiento médico o quirúrgico para corregir astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía, estrabismo, queratotomía radiada, queratomiuleusis y epiqueratofaquia, (tratamientos y transplantes corneales).
15. Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
16. Ambulancia Aérea.
17. Lesiones que el Afiliado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte o cuando el Afiliado participe en carreras, pruebas o contiendas de resistencia o velocidad, si no existe el endoso correspondiente que los incluya.
18. Lesiones sufridas por el Afiliado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo, en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
19. Lesiones que el Afiliado sufra a consecuencia de la práctica de deportes como: alpinismo, box, lucha libre o greco romana, montañismo, espeleología, charrería, rapel, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.
20. Lesiones que el Afiliado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial, legalmente establecida y autorizada para el servicio de transporte regular de pasajeros.
21. Padecimientos o lesiones que ocurran a consecuencia de que el Afiliado este bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas o algún enervante, estimulante o similar que no hayan sido prescritos por el médico tratante.
22. Problemas ocasionados por cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria, aún cuando se cometa en estado de enajenación mental.
23. Lesiones sufridas por el Afiliado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, revolución, rebelión, terrorismo, radioactividad o al participar directamente el Afiliado en la comisión de actos delictivos de carácter intencional.

24. Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, lesiones, afecciones o intervenciones excluidas en este Programa.

4.1.4. OPERACIÓN DEL PROGRAMA

Es importante mencionar que para disfrutar las coberturas indicadas anteriormente, se deberá utilizar proveedores participantes de la Red, en cuyo caso operará el sistema Pago directo, el Afiliado únicamente pagará el copago correspondiente.

En caso de hacer uso de proveedores no participantes, el Afiliado deberá efectuar el pago al proveedor del servicio, para posteriormente solicitar el pago de los gastos mediante el sistema de reembolso, previa autorización, el costo será reembolsado de acuerdo a los aranceles vigentes.

Para hacer uso de los servicios deberá presentar una credencial que lo acredite como miembro del Seguro de Salud, el Afiliado podrá concertar sus citas con el Médico de Cuidados Primarios u Odontólogo de Cuidados Primarios que haya elegido.

Si requiere atención especializada u Hospitalización, el Médico de Cuidados Primarios lo enviará mediante un Formato de Referencia al Especialista, Hospital, Laboratorio, Farmacia etc.

Si el médico proporciona una receta Médica el Afiliado podrá surtirla en cualquiera de las farmacias de la Red, en caso de tener una Orden de Servicio Auxiliar de Diagnóstico, podrá acudir con los proveedores participantes.

Si requiere un internamiento Programado el que otorgará la referencia será el Médico de Cuidados Primarios o Especialista que lo esté atendiendo, previa autorización del departamento Médico de la ISES.

Al presentarse una situación de Urgencia el afiliado deberá acudir a la sala de urgencias de un Hospital participante de la Red y tan pronto le sea posible comunicarse a las oficinas de la ISES.

4.1.5. CANALES DE DISTRIBUCIÓN

Principalmente se comercializará a través de una red de intermediarios especializados, brindándoles la capacitación correspondiente, considerando las normas vigentes dictadas por la CNSF. Así mismo, se podrán realizar negociaciones en forma directa con prospectos y clientes ya existentes.

4.1.6. CARACTERÍSTICAS DEL PLAN

Para este trabajo se utilizaron las siguientes características Generales:

- El Plazo del Programa es anual renovable.
- El periodo base de Pago de Primas es Mensual.

Para Pólizas Individuales se sugiere anexar el siguiente texto:

- Las edades mínima y máxima para contratar este programa son desde el nacimiento hasta los 64 años de edad, brindando protección vitalicia mientras se cumplan los requisitos de elegibilidad.

4.1.7. BASES TÉCNICAS

- a) Metodología: Se utilizó para la estimación de frecuencias la desviación estándar de la Normal por servicio cubierto, considerando las diferencias “naturales” entre sexo y rangos de edad.
- b) Morbilidad:
Estadísticas de Morbilidad por sexo
- c) Tasa Estimada de Inflación de Salud

4.1.8. CALCULO DE PRIMA DE RIESGO Y DE TARIFA

4.1.8.1. ESTIMACIÓN DE FRECUENCIAS

Para determinar la Prima del seguro de Salud, es necesario conocer la distribución de la frecuencia de los servicios cubiertos; por lo cual los estimaremos utilizando la función de densidad de Probabilidad Normal.

Los parámetros de dicha función de densidad se definen a continuación:

Función	Momentos	
	Media	Varianza
Normal	μ	σ^2

Utilizaremos que es una función aleatoria y discreta por lo que definimos lo siguiente:

$$\mu = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i \quad \sigma^2 = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (x_i - \mu)^2$$

x_i Es una medición y n es el número de mediciones.

Sea $f_{s_{jk}}$ la tasa al millar de utilización del servicio (s) establecida con base a las mejores estadísticas disponibles, dependiendo del sexo j y rango de edad analizado k .

Donde $j = \{\text{hombre, mujer}\}$ y $k = \{(0-1), (2-4), (5-9), (10-14), (15-19), (20-24), (25-29), (30-34), (35-39), (40-44), (45-49), (50-54), (55-59), (60-64) \text{ y para renovaciones } (65-69), (70 \text{ y más})\}$

A $f_{s_{jk}}$ la ajustamos con la desviación estándar de la Normal, y utilizando un intervalo de confianza establecido:

Tenemos que los límites de confianza para la media están dados por:

$$\mu \pm Z_c \sigma$$

donde μ es la Media, Z_c el nivel de confianza, es decir $f_{s_{jk}}$ se encuentra en el intervalo

$$\mu_{s_{jk}} - Z_c \sigma_{s_{jk}} < f_{s_{jk}} < \mu_{s_{jk}} + Z_c \sigma_{s_{jk}} \quad \dots \text{Anexo 2}$$

Como estimaremos la frecuencia del servicio con un margen de error utilizaremos únicamente

$$f_{s_{jk}} = \mu_{s_{jk}} + Z_c \sigma_{s_{jk}}$$

Donde $\mu_{s_{jk}}$ es la media del servicio (s) del sexo (j) y rango de edad (k) y

$\sigma_{s_{jk}}$ es la desviación estándar del servicio (s) del sexo (j) y rango de edad (k).

4.1.8.2. PRIMA DE RIESGO

Cabe destacar que el concepto manejado es: Beneficio de vigencia anual con unidad de pago mensual.

$$PR_{jk} = \frac{\sum_{s=1}^N P_{s_{jk}}}{1 - GA - SO}$$

donde N es el número total de servicios

NOTACIÓN:

Los componentes para la determinación de la prima son:

- $f_{s_{jk}}$ Tasa de utilización o de frecuencia del servicio (s) del sexo (j) y rango de edad (k).- Es el número esperado de incidencias en cada servicio(s), por 1000 Afiliados, en un periodo de un año,
- C_s Costo Unitario Promedio del servicio (s) – Son los costos promedio convenidos previamente con los proveedores de cada servicio médico, vía convenios, acuerdos o compra de servicios.
- $P_{s_{jk}}$ Prima por Afiliado por mes del servicio (s) del sexo (j) y rango de edad (k)
- π Tasa de inflación anual esperada para los servicios
- CN_s Costo Neto del servicio (s).- Es Costo del servicio después de haber aplicado la inflación y el copago correspondiente al servicio (s)
- Co_s Copago del Servicio.- Cantidad previamente establecida, que el Afiliado pagará por recibir un servicio específico, liquidado directamente al proveedor del mismo en el momento mismo de recibir dicho servicio. Se establece con la intención de que el afiliado valore el servicio y racionalice su utilización. Pudiendo ser en porcentaje o una cantidad fija.
- GA Gasto de Administración
- SO Reserva de Siniestros Ocurridos y No reportados

Obtenemos el costo neto, aplicando la inflación y el copago, correspondiente al servicio(s):

- Cuando en copago es una cantidad fija y $Co_s > 0$

$$CN_s = C_s * (1 + \frac{\pi}{2}) - Co_s$$

- Cuando el copago es en porcentaje del costo del servicio

$$CN_s = C_s * (1 + \pi/2) * (1 - Co_s)$$

Además sea $P_{s_{jk}}$ la prima por Afiliado por mes del servicio (s), determinada por:

$$P_{s_{jk}} = f_{s_{jk}} * CN_s / 1000 / 12$$

4.1.8.3. PRIMA DE TARIFA

A continuación definimos la Prima de Tarifa por Afiliado para cada sexo y rango de edad como PT la cual esta dada por:

$$PT_{jk} = \frac{PR_{jk}}{1 - C - R - U}$$

Donde:

C= Porcentaje máximo de compensación a intermediarios

R= Factor de cobertura de reaseguro (%)

U= Porcentaje de utilidad

4.1.9. FORMA DE PAGO

Las Forma de pago será: Mensual, Trimestral, Semestral y Anual

4.1.10. GASTOS DE EXPEDICIÓN

Son los Gastos incurridos por la emisión de la póliza

4.1.11. EXTRAPRIMAS

Las extraprimas dependerán del riesgo a cubrir especificadas en ocupacional o médica. Calculadas en porcentaje de la Prima de Tarifa o una cantidad fija. Esta se indicará en la carátula de la póliza.

4.1.12. RESERVAS

Para la constitución de las reservas de riesgos en curso, será el monto resultante de deducir a las primas no devengadas la proporción que les corresponda el costo de adquisición autorizado por la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas a la fecha de valuación. De acuerdo al artículo 47 fracción III de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y de las disposiciones que de ella emanen.

4.1.13. COMPENSACIÓN A INTERMEDIARIOS

La compensación a otorgar a los intermediarios, la cual se podrá distribuir en comisiones, bonos e incentivos.

4.1.14. PROGRAMA DE REASEGURO

El esquema de reaseguro será un Contrato No Proporcional de Exceso de Pérdidas.

4.2. EJEMPLO CON BASE AL MODELO TEÓRICO-PRACTICO

Con base a la estimación antes propuesta se realizará el cálculo de la prima de Riesgo y de tarifa. Tomando en consideración lo siguiente:

Bases Técnicas:

a) Morbilidad:

Indicadores de Morbilidad de una compañía Privada 1998

Indicadores de Morbilidad de una compañía Privada 1999

b) Recargos:

Gastos de Administración: GA = 12.00%

Margen para Utilidad: U = 4 %.

Compensación máxima a Intermediarios: C = 15.00%,

Costo del Reaseguro: R = 3.00 %

Reserva de Siniestros Ocurridos y No reportados: SO = 0%, por no tener estadísticas confiables para la determinación de este porcentaje se supuso cero como estimación, sin embargo es conveniente para las ISES realizar estudio sobre la desviación que se tiene en este rubro.

c) Tasa Estimada de Inflación de Salud para el 2000 realizada por AMIS: 12.97%

CARACTERÍSTICAS:

Beneficio Máximo: Sin límite

Copagos: Se ejemplificará un programa Con Copago y otro Sin Copago.

El Plan que tendrá Copago serán los siguientes:

Servicio	Copago
Internamiento Quirúrgico	10%
Internamiento No Quirúrgico	10%
Maternidad	\$2,500.00
Consulta Médico de Cuidados Primarios	\$50.00
Consulta Médico Especialista	\$100.00
Sala de Urgencias	\$200.00
Medicamentos y Auxiliares de Diagnóstico	25% de la factura
Consulta Odontológica	\$50.00
Extracción y Obturación con Amalgama	\$50.00

ESTIMACIÓN DE FRECUENCIAS

Como no contamos con las frecuencias por edad y sexo, calcularemos la media y desviación estándar y posteriormente con base en la morbilidad de la población se calculará la prima por sexo y rango de edad

$$\mu \pm Z_c * \sigma$$

Utilizando un intervalo de Confianza del 98% cuyo valor es 2.33, calculamos la frecuencia del servicio

$$\mu \pm 2.33 * \sigma$$

Quedando como se muestra a continuación:

FRECUENCIAS UNIDADES POR MIL

TIPO DE SERVICIO	1998	1999	MEDIA	DESVIACION ESTANDAR	fs INTERVALO 98%
PACIENTES HOSPITALIZADOS:					
INTERNAMTOS QUIRURGICOS	96	102	99	3	106
INT NO QUIRURGICOS	50	41	45	4	55
OBSTETRICIA	40	36	38	2	43
AMBULANCIA	1	1	1	0	1
QUIMIOTERAPIA	1	1	1	0	1
CONSULTA MED CUIDS PRIM	4,331	4,373	4,352	21	4,400
CONSULTA ESPECIALISTA	534	675	605	71	769
URGENCIAS	219	152	186	34	264
SERV. AUX. DE DIAGNOSTICO:					
IMAGENOLOGIA, TOMOGRAFIA	307	340	324	17	362
LABORATORIO CLINICO	546	645	596	50	711
OTROS SERVICIOS:					
APARATOS ESPECIALES	40	46	43	3	50
MEDICAMENTOS	4,865	5,031	4,948	83	5,141
REHABILITACION Y TERAPIA	32	20	26	6	40
ODONTOLOGIA					
CONSULTA	156	213	185	29	251
EXTRACCIONES	48	30	39	9	60
OBTURACION C/AMALGAMA	194	177	186	9	205
PROGRAMAS PREVENTIVOS					
INMUNIZACIONES BASICAS	300	376	338	38	427
CAMPAÑAS	265	352	309	44	410

COSTOS

Calculamos los Costos de acuerdo a las fórmulas antes establecidas

$$CN_s = C_s * (1 + \frac{\pi}{2}) - Co_s$$

y

$$CN_s = C_s * (1 + \frac{\pi}{2}) * (1 - Co_s)$$

COSTOS PARA LA DETERMINACION DE LA PRIMA

SERVICIO	SUBSERVICIO	COSTO	COSTO MAS INFALCION	COSTO SIN COPAGO
		Cs	Cs*(1+i/2)	CNs
	inflación (i/2)		6.48%	
Pacientes Hospitalizados				
Internamientos Quirúrgicos	Hospital (cuarto estándar)	2,000.00	8,518.80	7,666.92
	Material y Medicamento	2,000.00		
	Honorarios Médicos*	4,000.00		
	*Cirujano, Anestesiólogo, Instrumentista			
Internamientos No-Quirúrg.	Hospital con Material y Medicamento	3,000.00	5,324.25	4,791.83
	Honorarios Médicos	2,000.00		
Obstetricia	Hospital (cuarto estándar)	2,000.00	8,518.80	6,018.80
	Material y Medicamento	2,000.00		
	Honorarios Médicos*	4,000.00		
Ambulancia	Costo promedio de traslado	800.00	851.88	851.88
Quimioterapia	Costo de 27	27,000.00	28,750.95	28,750.95
Consulta Méd. Ciudad Prim.	Promedio	130.00	138.43	88.43
Consulta Especialista	Promedio	150.00	159.73	59.73
Urgencias	Sala de Urgencia y Material	400.00	425.94	225.94
Servicios Auxiliares de Diagnóstico				
Imagenología, Tomografía, Resonanc	Promedio de 2 estudios	500.00	532.43	399.32
Laboratono Clínico	Promedio de 3 estudios	150.00	159.73	119.80
Otros Servicios				
Aparatos Especiales	Promedio de prótesis, muletas	500.00	532.43	532.43
Medicamentos	Promedio por receta s/experiencia	250.00	266.21	199.66
Rehabilitación y Terapia	Promedio de sesiones de fisio- terapia por 10 sesiones	1,300.00	1,384.31	1,384.31
Odontología				
Consulta, Profilaxis	Costo conveniado	150	159.73	109.73
Extracciones	Costo conveniado	200	212.97	162.97
Obturación con amaigama	Costo conveniado	100	106.49	56.49
Programas Especiales de Salud				
Inmunizaciones básicas	vacunas	200.00	212.97	212.97
infante.	BCG 1 vacuna			
	Sabin 1 vacuna			
	Triple viral			
	cuadruple			
	DPT			
adulto:	Hepatitis			
	Antigripal			
	Tétanos			
Programas Detección Oportuna	Cancer, hipertención	150	212.97	212.97
	Reactivos de colesterol y diabetes	50		

Fuente: Información Promedio y redondeada de Hospital del Parque en Queretaro

Calculamos la Prima mensual del servicio

$$P_s = f_s * CN_s / 1000 / 12$$

La Prima de Riesgo y la Prima de Tarifa con base a lo siguiente:

$$PR = \frac{\sum_{s=1}^N P_s}{1 - GA - SO}$$

$$PT = \frac{PR}{1 - C - R - U}$$

DETERMINACION DE LA PRIMA PLAN SIN COPAGOS

TIPO DE SERVICIO	f_s	CN.	P_s	%	%
	UNIDS. POR MIL	COSTO PROM			
PACIENTES HOSPITALIZADOS:					
INTERNAMTOS QUIRURGICOS	106	8,518 80	75.24		
INT NO QUIRURGICOS	55	5,324 25	24 47		
OBSTETRICIA	43	8,518 80	30.28		
AMBULANCIA	1	851 88	0 07		
QUIMIOTERAPIA	1	28,750 95	2 40		
CONSULTA MED. CUIDS. PRIM	4,400	138 43	50.76		
CONSULTA ESPECIALISTA	769	159 73	10.23		
URGENCIAS	264	425.94	9 35		
SUBTOTAL			202.81		
SERV. AUX. DE DIAGNOSTICO:					
IMAGENOLOGIA	362	532 43	16 06		
LABORATORIO CLINICO	711	159.73	9 46		
SUBTOTAL			25.52		
OTROS SERVICIOS:					
APARATOS ESPECIALES	50	532 43	2 22		
MEDICAMENTOS	5,141	266.21	114 04		
REHABILITACION Y TERAPIA	40	1,384.31	4.61		
SUBTOTAL			120 87		
ODONTOLOGIA					
CONSULTA	251	159.73	3.34		
EXTRACCIONES	60	212.97	1.06		
OBTURACION C/AMALGAMA	205	106.49	1.82		
SUBTOTAL			6.23		
PROG. ESPECIALES DE SALUD					
INMUNIZACIONES BASICAS	427	212.97	7 57		
PROGR. DETECCION OPORTUNA	410	212 97	7.27		
SUBTOTAL			14.84		
SUBTOTAL PRIMA DEL SERVICIO			370.27		65.00%
GASTO DE ADMINISTRACION			68.36		12.00%
PRIMA DE RIESGO			438.63		77.00%
DESARROLLO DE LA PRIMA:					
		MONTO	% S/PR	% S/PT	
GASTOS DE ADQUISICION		85.45	19 48%	15.00%	
REASEGURO		22.79	5 19%	4.00%	
UTILIDAD		22.79	5 19%	4.00%	
PRIMA DE TARIFA		569.65			

DETERMINACION DE LA PRIMA PLAN CON COPAGOS

TIPO DE SERVICIO	f _s UNIDS. POR MIL.	CN _s COSTO PROM.	P _s	% S/PMA RIESGO	% S/PMA TARIFA
PACIENTES HOSPITALIZADOS:					
INTERNAMTOS QUIRURGICOS	106	7,666.92	67.72		
INT NO QUIRURGICOS	55	4,791.83	22.02		
OBSTETRICIA	43	6,018.80	21.40		
AMBULANCIA	1	851.88	0.07		
QUIMIOTERAPIA	1	28,750.95	2.40		
CONSULTA MED CUIDS PRIM	4,400	88.43	32.43		
CONSULTA ESPECIALISTA	769	59.73	3.83		
URGENCIAS	264	225.94	4.96		
SUBTOTAL			154.82		
SERV. AUX. DE DIAGNOSTICO:					
IMAGENOLOGIA	362	399.32	12.04		
LABORATORIO CLINICO	711	119.80	7.10		
SUBTOTAL			19.14		
OTROS SERVICIOS:					
APARATOS ESPECIALES	50	532.43	2.22		
MEDICAMENTOS	5,141	199.66	85.53		
REHABILITACION Y TERAPIA	40	1,384.31	4.61		
SUBTOTAL			92.36		
ODONTOLOGIA					
CONSULTA	251	109.73	2.29		
EXTRACCIONES	60	162.97	0.81		
OBTURACION C/AMALGAMA	205	56.49	0.97		
SUBTOTAL			4.08		
PROGR. ESPECIALES DE SALUD					
INMUNIZACIONES BASICAS	427	212.97	7.57		
PROGR. DETECCION OPORTUNA	410	212.97	7.27		
SUBTOTAL			14.84		
SUBTOTAL PRIMA DEL SERVICIO			285.24		65.00%
GASTO DE ADMINISTRACION			52.66		12.00%
PRIMA DE RIESGO			337.90		77.00%
DESARROLLO DE LA PRIMA:					
		MONTO	% S/PR	% S/PT	
GTOS DE ADQUISICION		65.82	19.48%	15.00%	
REASEGURO		17.55	5.19%	4.00%	
UTILIDAD		17.55	5.19%	4.00%	
PRIMA DE TARIFA		438.83			

Si deseamos establecer Primas por Rangos de Edad podría utilizarse la Morbilidad de los años de experiencia para calcular dichas primas como se muestra a continuación:

Tenemos la siguiente distribución de Morbilidad por Sexo y Edad (Mo_{jk})

Rango	Hombre	Mujer	Rango	Hombre	Mujer
0-4	40%	40%	40-44	70%	89%
5-9	30%	30%	45-49	80%	95%
10-14	32%	32%	50-54	93%	104%
15-19	35%	39%	55-59	108%	114%
20-24	37%	57%	60-64	121%	130%
25-29	39%	70%	65-69	169%	169%
30-34	47%	76%	70 y +	239%	239%
35-39	53%	81%			

Fuente: Experiencia Promedio de Compañía de Seguros de Salud.

Para Calcular la Prima de Tarifa por Sexo y Rango de Edad, tenemos la siguiente fórmula:

$$PT_{jk} = Mo_{jk} * PT$$

Finalmente las Primas de Tarifa Mensuales quedan de la siguiente forma:

Rango	PRIMA DE TARIFA SIN COPAGO		PRIMA DE TARIFA CON COPAGO	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
0-4	227.86	227.86	175.53	175.53
5-9	170.89	170.89	131.65	131.65
10-14	182.29	182.29	140.43	140.43
15-19	199.38	222.16	153.59	171.14
20-24	210.77	324.70	162.37	250.13
25-29	222.16	398.75	171.14	307.18
30-34	267.73	432.93	206.25	333.51
35-39	301.91	461.41	232.58	355.45
40-44	398.75	506.99	307.18	390.56

Rango	PRIMA DE TARIFA SIN COPAGO		PRIMA DE TARIFA CON COPAGO	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
45-49	455.72	541.17	351.06	416.89
50-54	529.77	592.43	408.11	456.38
55-59	615.22	649.40	473.94	500.26
60-64	689.27	740.54	530.98	570.48

Para Renovaciones

65-69	962.71	962.71	741.62	741.62
70 y más	1,361.46	1,361.46	1,048.80	1,048.80

El ejemplo antes expuesto es un caso real con frecuencias de experiencia de dos años, como se puede observar en los planes la diferencia de costo es debido al copago.

CONCLUSIONES

La reforma del sistema de Salud en México es muy importante para lograr la estabilidad económica por un lado del IMSS y por otro la atención de la población afiliada, buscando siempre mejorar la calidad de los servicios médicos y optimizar el *gasto de los mismos*.

Los Seguros de Salud son sin duda una opción más para mejorar la atención en la calidad de los servicios así como para la regularización y estandarización de los costos.

De acuerdo a la reglamentación actual realizada a los Seguros de Salud se estima que a corto plazo las compañías empezarán a adquirir estos seguros para sus empleados sobretodo aquellas que actualmente tienen otorgado la reversión de cuotas para Enfermedades y Maternidad. Así las compañías podrán elegir a la ISES que *mejor cumpla con los requerimientos de servicio*.

Este esquema propone tener Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) que a través de estas, se gozaría de los beneficios de la administración de un proveedor con sistemas, estructuras y equipos especializados, así como costos preferenciales. El *principal objetivo será prestar servicios preventivos y no solamente curativos*.

Las ISES estarán reguladas por la Secretaría de Salud que se encargará de la supervisión operativa del servicio médico y por otra parte la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, encargada de la supervisión técnico- financiera.

Estas aseguradoras podrán contar con un reaseguro para posibles desviaciones en la siniestralidad generadas por epidemias catástrofes que dañen a los afiliados participantes, así como la solvencia de las mismas.

El presente trabajo muestra una alternativa de cálculo para la prima de tarifa, con la experiencia de dos años, sin embargo existe una necesidad de generar estadísticas confiables tanto para el sector público como en el privado, para de

esta manera poder tener una estimación más precisa de la morbilidad de la población.

Con estos seguros se pretende evitar la duplicidad en el pago de las coberturas de salud, así mismo la metodología expuesta en este trabajo en donde, el costo del seguro se determina con base a la edad y el sexo y zona geográfica donde habita la persona, que comparativamente con el procedimiento del IMSS difiere ya que en este último el costo depende del salario del trabajador, en estos casos los trabajadores que percibe un salario mayor a la media de la población son los que menos ocupan los servicios institucionales y optan por los privados.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Enfermedad: Conjunto de alteraciones morfológicas estructurales o y/o funcionales en un organismo debido a causas anormales, internas o externas, por las cuales amerite tratamiento médico o quirúrgico. No se consideran como enfermedad las afecciones corporales provocadas intencionalmente por el Afiliado.

Afiliado: La o las personas cubiertas por el Sistema de Salud.

Medicina Preventiva: Es la serie de acciones generales, específicas de control que evitan la ocurrencia o evolución de un daño a la salud por la presencia de padecimientos potenciales presentes en la población.

Maternidad: El estado fisiológico de la mujer originado por el proceso de la reproducción humana, en relación con el embarazo, el parto, puerperio y la lactancia.

Hospitalización: Es la estancia continua del afiliado por 24 horas o más dentro de un hospital, clínica o sanatorio donde se recibe atención médica o quirúrgica, siempre y cuando esta sea justificada por enfermedad y comprobable para el padecimiento, o en su caso derivada de un accidente.

Cirugía Ambulatoria: Es aquella cirugía de baja o mediana complejidad que requiere vigilancia pos-operatoria por un tiempo no mayor a 6 horas.

Médico Tratante: Médico familiar o no familiar del Instituto, que durante su jornada de labores intervienen en la atención médica del paciente.

Copago: Participación monetaria del asegurado en el costo de los servicios médicos. Esta participación puede estar representada por una cantidad fija previamente establecida o un porcentaje del costo del servicio.

Capitación: Sistema de pago a proveedores médicos quienes reciben un pre-pago mensual dependiendo del número de Afiliados asignados a dicho proveedor.

Iguales: Es un pre-pago fijo mensual para los proveedores médicos.

Per Diem: Es un pago fijo al hospital por número de días cama del paciente.

Niveles de Atención Médica:

Primer Nivel: En el Primer Nivel de atención esta enfocado primordialmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico temprano, tratamiento de padecimientos muy frecuentes y de poca complejidad, los servicios son proporcionados a pacientes que acuden a consulta externa de medicina general o familiar, odontológica o medicina preventiva.

Segundo Nivel: Son las actividades dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad, los servicios que otorga son proporcionados a pacientes referidos del primer nivel y a los que se presentan con urgencias médicas o quirúrgicas.

Tercer Nivel: Actividades dirigidas al restablecimiento de la salud, atendiendo a padecimiento de alta complejidad, los servicios que otorga son proporcionados a pacientes referidos del segundo nivel.

Riesgo de Trabajo: Son los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo.

Accidente de Trabajo: Toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior; o la muerte, producida repentinamente en ejercicio, o con motivo del trabajo, cualquiera que sea el lugar y el tiempo en que dicho trabajo se preste. También se considerará accidente de trabajo el que se produzca al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo, o de éste a aquél.

Reversión de cuotas del IMSS: Proceso de devolución de una proporción de la cuota obrero-patronal por concepto de la subcontratación de empresas privadas para la prestación de servicios de salud.

ANEXO 1 MODIFICACIONES A LA LEY GENERAL DE INSTITUCIONES Y SOCIEDADES MUTUALISTAS DE SEGUROS

Modificado el 3 de Enero de 1997

Artículo 7° Fracción II Accidentes y Enfermedades

- a) Accidentes Personales
- b) Gastos Médicos
- c) Salud

Artículo 8° fracción III

Para el ramo de accidentes personales, los contratos de seguros que tengan como base la lesión o incapacidad que afecte la integridad personal, salud o vigor vital del asegurado, como consecuencia de un evento externo, violento, súbito y fortuito;

Artículo 8° fracción IV

Para el ramo de gastos médicos, los contratos de seguro que tengan por objeto cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad.

Artículo 8° fracción V

Para el ramo de salud, los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado.

Modificaciones del 31 de diciembre de 1999.

Pretenden, otorgar una mayor seguridad jurídica al público usuario de los seguros, tanto los de tipo tradicional, como de otros que se han venido incorporando en reformas anteriores, sobre todo en lo referente al ramo de salud.

En particular, la Iniciativa contempla la modificación a diversas disposiciones con la finalidad de precisar la prestación de los servicios de salud, aún cuando se

realice con recursos e instalaciones propios, como operación activa de seguros y con ello autorizar la práctica del ramo respectivo únicamente a instituciones de seguros. Las empresas así autorizadas sólo podrán operar conjuntamente el ramo de gastos médicos

Esto, junto con la propuesta de que la Secretaría de Salud tenga competencia para emitir dictámenes que hagan constar que las instituciones cuentan con los elementos necesarios para prestar servicios en la materia, permitirán garantizar que se otorgará una adecuada protección a los usuarios de los servicios asegurados en el ramo de salud.

Artículo 3o.-

I.-

.....

No se considerará operación activa de seguros la comercialización a futuro de bienes o servicios, cuando el cumplimiento de la obligación convenida, no obstante que dependa de la realización de un acontecimiento futuro e incierto, se satisfaga con recursos e instalaciones propias de quien ofrece el bien o el servicio y sin que se comprometa a resarcir algún daño o a pagar una prestación en dinero. Sin embargo, aún cuando se satisfagan con recursos e instalaciones propias, sí se considerará como operación activa de seguros la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado, mediante el pago de una cantidad de dinero, conforme a lo establecido en los artículos 7o, fracción II, inciso c), y 8o, fracción V, de esta Ley;

II a IV.-

.....

.....

Artículo 7o.-

I a III.-

.....

.....

El ramo de salud a que se refieren el inciso c) fracción II de este artículo y la fracción V del artículo 8o. de esta Ley sólo deberá practicarse por instituciones de seguros autorizadas exclusivamente para ese efecto y a las cuales únicamente se les podrá autorizar a practicar, de manera adicional, el ramo de gastos médicos. La operación y desarrollo del ramo de salud estará sujeto a las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y de la Secretaría de Salud, según corresponda.

.....

Artículo 16.-

La solicitud de autorización para constituir una institución de seguros para operar el ramo de salud, además de lo previsto en el párrafo primero de este artículo, deberá acompañarse de un dictamen provisional que emita la Secretaría de Salud, previo pago de los derechos correspondientes, el cual no deberá tener más de sesenta días naturales de haber sido expedido, en el que se haga constar que la institución cuenta con los elementos necesarios para poder prestar los servicios que son materia de los contratos de seguro a que se refiere el artículo 8º, fracción V, de esta Ley, o que subcontratará dichos servicios. El dictamen definitivo que emita la Secretaría de Salud, previo el pago de los derechos correspondientes, se deberá presentar de conformidad con el artículo 75, fracción II Bis, inciso a).

.....

Artículo 23.-

La intermediación de contratos de seguro que no tengan el carácter de contratos de adhesión, está reservada exclusivamente a los agentes de seguros; la intermediación de los que tengan ese carácter también podrá realizarse a través de las personas morales previstas en el último párrafo del artículo 41 de esta Ley.

Para el ejercicio de la actividad de agente de seguros, se requerirá autorización de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, quien la otorgará o negará discrecionalmente y que, previa audiencia de la parte interesada, podrá suspender hasta por dos años o revocar, además de aplicar amonestaciones y multas a dichos agentes, en los términos de esta Ley y del reglamento respectivo. Las autorizaciones serán para una o varias operaciones o ramos; sin embargo, tratándose de la intermediación en seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, las autorizaciones sólo se otorgarán para intermediar estos seguros respecto de una sola institución de seguros, además de que se podrán otorgar autorizaciones para el ejercicio de su actividad en otras operaciones o ramos, con diversas instituciones.

Las autorizaciones tendrán el carácter de intransferibles y podrán otorgarse a las siguientes personas cuando satisfagan los requisitos que se establezcan en el reglamento respectivo:

a) a c).-

.....

.....

.....

Artículo 36-C.- Los contratos de seguro en general deberán contener las indicaciones que administrativamente fije la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en protección de los intereses de los contratantes, asegurados o beneficiarios. Con el mismo fin, la citada Comisión podrá establecer cláusulas tipo de uso obligatorio para las diversas especies de contratos de seguro.

Artículo 41.-

.....

En los seguros que se formalicen a través de contratos de adhesión, excepto los que se refieran a seguros de pensiones derivados de las leyes de seguridad social, la contratación podrá realizarse a través de una persona moral, sin la intervención de un agente de seguros. Las instituciones podrán pagar o compensar a las citadas personas morales servicios distintos a los que esta Ley reserva a los agentes de seguros; para ello deberán suscribir contratos de prestación de servicios cuyos textos deberán registrarse previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, la que dentro de un plazo de quince días hábiles siguientes a la recepción de la documentación podrá negar el registro, cuando a su juicio los contratos no se apeguen a las disposiciones jurídicas aplicables y podrá ordenar las modificaciones o correcciones necesarias, prohibiendo su utilización hasta en tanto no se lleven a cabo los cambios ordenados. En caso de que la citada Comisión no formule observaciones dentro del plazo señalado, se entenderá que los documentos han quedado registrados y no existirá inconveniente para su utilización.

Artículo 60.- Las instituciones de seguros, sin perjuicio de mantener el capital mínimo pagado previsto en el artículo 29, fracción I de esta Ley, deben mantener recursos de capital suficientes para cubrir el requerimiento de capital mínimo de garantía que resulte de aplicar los procedimientos de cálculo que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público determine mediante disposiciones de carácter general.

.....

I a III.-

Cuando una institución de seguros no mantenga los recursos de capital suficientes para cubrir el requerimiento de capital mínimo de garantía en los términos previstos en este artículo, deberá someter a la aprobación de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, en un plazo no mayor de quince días, contado a partir de la fecha en que se manifieste el déficit, un plan proponiendo los términos en que procederá a alcanzar el monto de dichos recursos de capital. La Comisión Nacional de Seguros y Fianzas podrá aprobar el plan propuesto, fijando un plazo

máximo de seis meses para que la institución reponga los recursos de capital necesarios para cubrir el requerimiento de capital mínimo de garantía que deba mantener conforme a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo o bien, podrá emitir opinión a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para efectos de lo dispuesto por el artículo 75, fracción V Bis de esta Ley, si el déficit repercute gravemente, a juicio de la propia Comisión, en la situación financiera de la institución o pone en peligro el cumplimiento de las obligaciones a cargo de ésta.

Cuando la institución de seguros de que se trate, durante el plazo que se le hubiere otorgado al aprobarle el plan respectivo, no cumpla adecuadamente con los términos del mismo y se afecte su estabilidad o solvencia, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas dará por terminado anticipadamente el plazo concedido y procederá conforme al artículo 75 de esta Ley, sin perjuicio de ejercer de manera simultánea las facultades previstas en los artículos 112 y 113 de la misma.

Si transcurrido el plazo que, en su caso, se hubiere fijado para la reposición de los recursos de capital necesarios para cubrir el requerimiento de capital mínimo de garantía, éstos no se reintegran totalmente, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas lo comunicará a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, para los efectos del artículo 74 de esta Ley.

✍️

Artículo 61.- El importe de los recursos de capital con el que las instituciones de seguros cubran el requerimiento de capital mínimo de garantía a que se refiere el artículo 60 de esta Ley, deberá mantenerse en los renglones de activo y en los porcentajes que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público determine mediante reglas de carácter general, previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, tomando en consideración lo siguiente:

a).- La situación que al respecto guarden en general las instituciones de seguros y la composición y estabilidad de sus recursos, señalándoles plazos para ajustarse a las modificaciones que se hagan a dichos activos o porcentajes, en caso de ser necesario; y

b).- Los plazos de las operaciones y el riesgo a que esté expuesto el cumplimiento oportuno de las mismas.

Los recursos de capital que excedan el requerimiento de capital mínimo de garantía podrán ser invertidos libremente, siempre que no contravengan las prohibiciones del artículo 62 de esta Ley y no estarán sujetos a las disposiciones del artículo 59 de la misma; además, cuando dichos excedentes se inviertan en el capital pagado de intermediarios financieros, deberá obtenerse la autorización previa a que se refiere el artículo 70 de esta Ley, así como cualquier otra autorización que ésta u otras leyes establezcan para que realicen alguna inversión y siempre que esos excedentes no formen parte del capital mínimo pagado.

Artículo 66.-

.....
.....
.....

En la escisión de alguna institución de seguros, además de lo señalado en los párrafos primero y segundo de este artículo, se observará lo establecido en el artículo 228 Bis de la Ley General de Sociedades Mercantiles, debiendo ser extraordinaria la asamblea que decida la escisión.

Los procesos de traspaso de cartera, fusión o escisión a que se refiere este artículo, de ninguna manera modificarán los términos y condiciones vigentes pactados en los contratos de seguro correspondientes. En todo caso, para su modificación será necesaria la manifestación de la voluntad de las partes interesadas en este sentido.

Artículo 75.-

I y II.-

II Bis.- Tratándose de instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud:

a).- Si la sociedad respectiva no presenta ante la Secretaría de Hacienda y Crédito Público el dictamen definitivo a que se refiere el artículo 16 de esta Ley, dentro del término de tres meses contado a partir del otorgamiento de la autorización;

b).- Si no presenta a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, el dictamen de la Secretaría de Salud, en los términos de los párrafos primero y segundo del artículo 105 de esta Ley. En este caso, además de la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, también se escuchará la de la Secretaría de Salud; o

c).- Si en cualquier momento la Secretaría de Hacienda y Crédito Público o la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas tienen conocimiento de que dichas instituciones no mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios materia de los contratos de seguro a que se refiere el artículo 80, fracción V, de esta Ley. Para este efecto, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas solicitará la opinión previa de la Secretaría de Salud;

III a VII.-

VIII.- Si la institución de seguros autorizada para operar el seguro a que se refiere el artículo 80, fracción II de esta Ley, incurre diez o más veces, dentro de un lapso de doscientos días naturales, en alguna o algunas de las infracciones a que se refiere la fracción II del artículo 139 Bis de esta Ley, siempre y cuando estas infracciones afecten la estabilidad y solvencia financieras de la propia institución; y

IX.-

.....

Artículo 105.-

Las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud, también deberán presentar junto con sus estados financieros anuales un dictamen, que previo pago de los derechos correspondientes emitirá la Secretaría de Salud, el

cual no deberá tener más de sesenta días naturales de haber sido expedido, en el que conste que mantienen los elementos necesarios para prestar los servicios de salud materia de los contratos de seguro respectivos.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Artículo 106.-

Las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud también estarán sujetas a la inspección y vigilancia de la Secretaría de Salud, exclusivamente sobre los servicios y productos de salud que sean materia de los contratos de seguro que celebren. Cuando la citada Secretaría con motivo del ejercicio de las anteriores funciones detecte alguna irregularidad relacionada con dichos servicios y productos, la comunicará a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas para que proceda a la imposición de sanciones conforme a lo establecido en esta Ley.

.....

Las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y las demás personas y empresas sujetas conforme a esta Ley a la inspección y vigilancia de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y, en su caso, de la Secretaría de Salud, deberán

cubrir las cuotas correspondientes a esos servicios en los términos de las disposiciones legales aplicables.

TRANSITORIOS

SEGUNDO.- Las instituciones de seguros que a la fecha de entrada en vigor del presente Decreto estén autorizadas para operar el ramo de salud adicionalmente a otros ramos u operaciones, podrán llevar a cabo cualquiera de las siguientes opciones:

- a).- escindirse;
- b).- constituir una nueva institución de seguros a la que traspasen su cartera correspondiente al ramo de salud;
- c).- traspasar la cartera correspondiente al ramo de salud a otra institución que cuente con la autorización para operar dicho ramo de manera exclusiva; o
- d).- solicitar autorización de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para el traspaso de la cartera correspondiente a las operaciones y ramos distintos del ramo de salud a otra institución de seguros y la modificación de su autorización, a efecto de operar de manera exclusiva el ramo de salud, dejando sin efecto las demás operaciones o ramos que tuviera autorizados.

En los supuestos previstos en los incisos a), b) y c) que anteceden, las instituciones de seguros deberán solicitar a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público que modifique su autorización, a efecto de suprimir de la misma el ramo de salud.

El plazo para llevar a cabo cualquiera de las opciones señaladas en los incisos establecidos en este artículo concluirá a más tardar el 30 de junio del año 2001, transcurrido el cual, si la institución de seguros no hubiere efectuado alguno de los procedimientos de escisión, constitución o traspaso citados, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público podrá revocar la autorización otorgada para practicar el ramo de salud y la propia Secretaría procederá, con la participación de la

Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, al traspaso de la cartera correspondiente a una institución de seguros autorizada para practicar el ramo de salud, debiendo observar lo dispuesto en el procedimiento establecido en el artículo 66 de la Ley que se reforma, con independencia de las sanciones que correspondan.

En todo caso, a las instituciones que cuenten con la autorización exclusiva para operar el ramo de salud se les podrá autorizar también el ramo de gastos médicos, si así lo solicitan y cumplen con los requisitos de ley, en los términos del penúltimo párrafo del artículo 7o. de la Ley que se reforma.

Los procesos de escisión o traspaso de cartera a que se refiere este artículo, de ninguna manera modificarán los términos y condiciones vigentes pactados en los contratos de seguro, ni a los derechos adquiridos correspondientes a los mismos, entre otros, los relativos a antigüedad y preexistencia. En todo caso, para su modificación será necesaria la manifestación de la voluntad de las partes interesadas en este sentido.

TERCERO.- Las empresas que a la entrada en vigor de este Decreto tengan contratos celebrados en materia de prestación de servicios de salud, deberán sujetarse a las disposiciones de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para cuyo efecto deberán obtener la autorización respectiva de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para operar como institución de seguros en el ramo de salud. Las empresas mencionadas deberán presentar ante dicha Secretaría a más tardar dentro de los trescientos sesenta y cinco días naturales siguientes a la entrada en vigor de este Decreto la solicitud de autorización correspondiente.

En caso de que las empresas a que se refiere el párrafo anterior no soliciten la autorización para constituirse como instituciones de seguros, no podrán llevar a cabo la renovación de los contratos que tengan celebrados en materia de prestación de servicios de salud o bien, podrán, antes del 30 de septiembre del año 2000, traspasar los contratos que tengan celebrados a una institución de seguros autorizada para operar en el ramo de salud.

CUARTO.- Dentro de los ciento ochenta días siguientes a la fecha de la entrada en vigor de este Decreto, las instituciones de seguros deberán de someter a la consideración de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la adecuación de sus estatutos en los términos del artículo 29, fracción VII Bis-1 de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros que se reforma.

SEXTO.- Las instituciones de seguros que a la entrada en vigor del presente Decreto tengan celebrados contratos de seguro de gastos médicos con instituciones de seguros que a su vez cuenten con autorización para operar el ramo de salud, podrán proponer al tomador del seguro respectivo la celebración de un convenio que tenga como único objeto, modificar dichos contratos a contratos de seguro de salud o sustituirlos por contratos de seguro de salud, de acuerdo a las reglas de carácter general que emita la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, oyendo la opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Los convenios mencionados en el párrafo anterior deberán celebrarse a más tardar el 30 de junio del año 2001 o dentro de los treinta días hábiles siguientes al término de la vigencia del seguro de gastos médicos respectivo, si esto ocurre con posterioridad a esa fecha, debiéndose respetar en todo caso los derechos adquiridos, entre otros, los relativos a la antigüedad y preexistencia.

ANEXO 2

Esperanza:

Definición: Sea X una variable aleatoria discreta con valores posibles de $x_1, x_2, \dots, x_n, \dots$ y sea $p(x_i) = P(X = x_i)$, $i = 1, 2, \dots, n, \dots$. Entonces la esperanza matemática de X , que denotada por $E(X)$, se define como:

$$E(X) = \sum_{i=1}^{\infty} x_i p(x_i)$$

A la esperanza de una variable aleatoria X frecuentemente se le llama media y se le denota por μ

Propiedades de la Esperanza:

1. Si X es una constante y $X = c$, entonces

$$E(X) = c$$

2. Si c es cualquier constante, entonces

$$E(cX) = cE(X)$$

3. Si X, Y son variables aleatorias, entonces

$$E(X + Y) = E(X) + E(Y)$$

4. Si X, Y son variables aleatorias independientes, entonces

$$E(XY) = E(X) E(Y)$$

Varianza:

Definición: Sea X una variable aleatoria discreta y sea $E(X)$ la esperanza. La varianza de X , denotada por $\text{Var}(X)$ con valores posibles de $x_1, x_2, \dots, x_n, \dots$ y sea $p(x_i) = P(X = x_i)$, $i = 1, 2, \dots, n, \dots$, Entonces la varianza de X , esta definida por:

$$\text{Var}(X) = \sum_{i=1}^{\infty} (x_i - E(X))^2 p(x_i) \quad \text{ó} \quad \text{Var}(X) = E[X - E(X)]^2$$

A la raíz cuadrada positiva se le llama desviación estándar de X , y se denota por σ

Teorema $\text{Var}(X) = E(X^2) - [E(X)]^2$

Demostración:

$$\text{Var}(X) = E[X - E(X)]^2, \text{ desarrollando el binomio}$$

$$= E[X^2 - 2XE(X) + E(X)^2] \quad \text{como } X \text{ es una constante}$$

entonces

$$= E(X^2) - 2E(X)E(X) + [E(X)]^2$$

$$\text{Var}(X) = E(X^2) - [E(X)]^2$$

Propiedades de la Varianza:

1. Si c es cualquier constante, entonces

$$\text{Var}(cX) = c^2 \text{Var}(X)$$

2. Si X, Y son variables aleatorias independientes, entonces

$$\text{Var}(X + Y) = \text{Var}(X) + \text{Var}(Y)$$

Limites de Confianza para la Media:

Sea X una variable aleatoria con media μ y desviación estándar σ ($\sigma > 0$).

Entonces podemos definir una variable aleatoria normalizada como $Z = \frac{X - \mu}{\sigma}$

Los límites de confianza para la media están dados por:

$$\mu \pm Z_c \sigma$$

Demostración:

Tenemos que la probabilidad de que un número tomado al azar de una población normal tenga una medida en el intervalo (a, b) y tenga un intervalo de confianza $(1 - \alpha)\%$

$$a < Z < b = (1 - \alpha)\%$$

como una de las propiedades de la normal es ser simétrica

$$-a < Z < a = (1 - \alpha)\%$$

reemplazando a la variable aleatoria normalizada define anteriormente

$$-a < \frac{X - \mu}{\sigma} < a = (1 - \alpha)\%$$

$$-a\sigma < (X - \mu) < a\sigma = (1 - \alpha)\%$$

$$\mu - a\sigma < X < \mu + a\sigma = (1 - \alpha)\%$$

$$X \in [\mu - a\sigma, \mu + a\sigma] \text{ con un intervalo de confianza de } (1 - \alpha)\%$$

$$f_s \in [\mu - a\sigma, \mu + a\sigma]$$

BIBLIOGRAFÍA

1. Documento Reversión de Cuotas, Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, México, Octubre 1999
2. Organización Panamericana de la Salud.- www.paho.org
Salud de las Américas
 Perfil del Sistema de Salud de Canadá
 Perfil del Sistema de Salud de Chile
 Perfil del Sistema de Salud de México
3. Seminario "Reglamentación del sector salud en México", Instituto de las Américas, Documento La Atención de la Salud de Grupos de Población.- Dr. Samuel J. Bosch, México
4. Diario Oficial, Viernes 31 de Diciembre de 1999. Modificación a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
5. Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, México, 1999
6. Reglamento para el pago de cuotas del Seguro Social, México, 1999.
7. Reglamento de Servicios Médicos, México, 1999
8. Diario Oficial, Miércoles 24 de mayo de 2000, Reglas para la Operación del Ramo de Salud
9. Murray R. Spiegel Ph.D., Teoría y Problemas de Probabilidad y Estadística. McGraw-Hill
10. Stephen S. Willoughby, Probabilidad y Estadística. Publicaciones Culturales