



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "ACATLAN"



Diseño de un procedimiento para la estimación del costo máximo de los honorarios quirúrgicos en el ramo de Gastos Médicos Mayores en una compañía de seguros.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE SE PRESENTA BAJO LA OPCIÓN DE SEMINARIO TALLER EXTRACURRICULAR

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ACTUARIO

PRESENTA LILIANA SANDOVAL LUNA

ASESOR: ACT. HUGO REYES MARTINEZ

NAUCALPAN, ESTADO DE MÉXICO. AGOSTO, 2002.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Para Luis Arturo, con todo mí amor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Leticia Sánchez Luna

FECHA: 28 Agosto 2002

FIRMA: [Signature]

"Tú serás tan pequeño como el deseo que te controla; tan grande como tu aspiración dominante"
James Allen.

AGRADECIMIENTOS:

A Arturo, por su amor y el gran apoyo que siempre me ha brindado.

A mis padres, por todo lo valioso que me han enseñado y dado de la vida y a quienes tengo presentes en todo momento.

A mis hermanos, con mucho cariño.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.

CAPÍTULO UNO: El Sector Salud y el seguro de Gastos Médicos Mayores: actualidad y tendencias.

1.1	El Sector Salud en México.	3
1.1.1	Organización y recursos.	3
1.1.2	Legislación y cronología de las reformas.	5
1.1.3	Problemas específicos.	7
1.2	El Sector Salud en otros países.	10
1.3	Estructura y funcionamiento del Seguro de Gastos Médicos Mayores.	12
1.4	Principales factores que afectan al Seguro de Gastos Médicos Mayores.	16
1.5	Expectativas del mercado del Seguro de Gastos Médicos Mayores.	17
1.5.1	Nacional.	19
1.5.2	Internacional.	22
1.6	Necesidad de desarrollar una técnica de evaluación acorde con la actualidad médica.	26
	Conclusiones.	29

CAPÍTULO DOS: Procedimiento para la obtención del Gasto Usual, Real y Acostumbrado.

2.1	Antecedentes históricos del Gasto Usual, Real y Acostumbrado.	33
2.2	Planeación del ramo de Gastos Médicos Mayores.	34
2.2.1	Fines.	35
2.2.2	Medios y recursos.	35
2.2.3	La planeación interactiva.	40
2.2.4	Tipología de los planes.	42
2.2.5	Factores de contingencia y establecimiento del tiempo.	43
2.2.6	Administración por objetivos.	53
2.2.7	La toma de decisiones.	53
2.2.8	Modelo administrativo del ramo de Gastos Médicos Mayores.	56
2.3	Ejecución del proyecto.	57
2.3.1	Conceptos y terminología.	57
2.3.2	Técnica para obtener el catálogo de honorarios quirúrgicos GURA.	59
	Conclusiones.	71

CAPÍTULO TRES: Aplicación y alcances del procedimiento.

3.1	Evaluación de resultados.	77
3.2	Ventajas y limitaciones para el asegurado y el asegurador.	78
3.3	El seguro de Gastos Médicos Mayores en las décadas futuras.	81
3.3.1	Determinación de variables.	81
3.3.2	Creación de los escenarios.	86
	Conclusiones.	95

CONCLUSIONES GENERALES.

FUENTES DE INFORMACIÓN.

GLOSARIO.

ANEXOS.

INTRODUCCIÓN.

El seguro de Gastos Médicos Mayores actualmente está considerado como uno de los negocios más importantes dentro de la industria aseguradora latinoamericana. Tiene antecedentes históricos que se remontan hasta la antigua China y es en 1929 cuando dicho seguro nace en E.U..

Los seguros de Gastos Médicos Mayores (GMM), han sido diseñados para cubrir las necesidades de servicios médicos y hospitalarios requeridos como consecuencia de una situación inesperada que altera el estado de salud del asegurado.

El tener la oportunidad de formar parte de un equipo técnico, en una de las aseguradoras que hoy ocupa uno de los primeros lugares en venta dentro del mercado asegurador nacional, dió la posibilidad de conocer la administración del ramo de GMM y de los departamentos que se relacionan con éste. Uno de los principales problemas que se presenta en ésta y otras compañías de seguros es la determinación de los costos máximos de los honorarios quirúrgicos, ya que tradicionalmente se incurre en abusos que repercuten en los costos de las aseguradoras.

La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), publicó en septiembre de 1995 una tabla de Valores Médico Quirúrgicos fundamentados en las Unidades de Valor Relativo (UVR), y una metodología para calcular los honorarios quirúrgicos; ésta se aplicó en el ramo de GMM y los resultados obtenidos, en el caso muy particular de esta aseguradora no fueron satisfactorios. Los catálogos que se obtuvieron al momento de implementarse, presentaban desviaciones muy considerables entre los montos reclamados y los establecidos en el catálogo GURA, debido principalmente a la falta de información fidedigna de los costos de los servicios médicos privados y la siniestralidad propia del ramo.

Durante el proceso de investigación se detectaron una serie de factores que influyen de manera importante en la planeación del ramo. Esta situación fue lo que motivó el desarrollo del presente trabajo. Surgió la idea de diseñar un procedimiento para la obtención del catálogo de honorarios quirúrgicos, que se definió como el Gasto Usual Real y Acostumbrado (GURA), del ramo de GMM. Fundamentado en la experiencia propia de siniestralidad del ramo y los costos de los servicios médicos privados en convenio con una compañía aseguradora, se establecieron los parámetros técnicos a considerar en un modelo estadístico.

El análisis de las ventajas y limitaciones tanto para el asegurado como para la compañía aseguradora de aplicar el procedimiento diseñado y el establecer un procedimiento basado en un análisis comparativo, permite verificar que los resultados obtenidos son los esperados.

La consolidación del catálogo GURA como un instrumento básico para la planeación del ramo de GMM permite el logro de los fines establecidos por las aseguradoras:

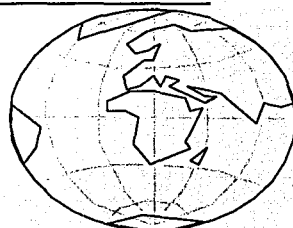
1. Alcanzar la rentabilidad de los productos a través del ofrecimiento de un servicio de calidad y un adecuado control de costos que les faculte para crecer y ser competitivos como organización.
2. La aplicación del procedimiento diseñado para la obtención del catálogo GURA es aplicable a cualquier aseguradora en un plazo corto y con un mínimo de costos, sin importar su categoría, de acuerdo a su representatividad en el mercado.
3. El ideal de toda aseguradora que opera el ramo de GMM es promover la salud y proteger el patrimonio de las personas, así como incrementar la rentabilidad del mercado asegurador.

Es muy importante tener pleno conocimiento de la actualidad y las tendencias del Sector Salud y del seguro de GMM, tanto nacional como internacional. En el capítulo uno se analizan los principales componentes del Sector Salud y del seguro de GMM. Bajo un enfoque de sistemas es notorio que en Latinoamérica, la asistencia médica proporcionada por los gobiernos es muchas veces deficiente. Otras veces no satisface las exigencias de la población, especialmente en los niveles de la sociedad que tienen ingresos medios y elevados. Se compara a los países latinoamericanos con los altamente desarrollados, dejando entrever tendencias que pronostican lo que podría suceder en el futuro. En cuanto al seguro de GMM, se describe su estructura y funcionamiento, se analizan los principales factores involucrados en el mercado asegurador. El libre comercio sobre los seguros, el marco legal y jurídico de éstos y los avances de la tecnología en la medicina son temas que conllevan a observar la necesidad de desarrollar un procedimiento que será la base para una correcta planeación del ramo de GMM.

Los antecedentes históricos del GURA, los conceptos y terminología utilizados en el diseño del procedimiento, son expuestos en el capítulo dos. A través del proceso de planeación interactiva, se establecen los fines de la organización y los aspectos más relevantes que se deben considerar en la implantación de la propuesta; en este capítulo se indican una serie de pasos a seguir para la obtención del catálogo GURA objetivo principal del proyecto.

Finalmente, en el último capítulo, se establece un mecanismo para la evaluación de los resultados, el cual dio como resultado identificar las ventajas y limitaciones de aplicar la propuesta. Las perspectivas del ramo de GMM ante la reversión de cuotas del IMSS y las posibles tendencias del mercado asegurador son temas tratados en este capítulo, y nos ratifican la importancia y necesidad de consolidar el procedimiento propuesto como un instrumento esencial en la administración del ramo.

CAPÍTULO UNO



El Sector Salud y el Seguro de Gastos Médicos Mayores: actualidad y tendencias.

OBJETIVO: *Presentar el entorno general y tendencias del Sector Salud y el seguro de Gastos Médicos Mayores nacional e internacional, para conocer las expectativas económicas y los sistemas de Seguridad Social, que dan la pauta para el desarrollo del procedimiento.*

Contenido:

- 1.1 El Sector Salud en México.
 - 1.1.1 Organización y recursos
 - 1.1.2 Legislación y cronología de las reformas.
 - 1.1.3 Problemas específicos.
 - 1.2 El Sector Salud en otros países.
 - 1.3 Estructura y funcionamiento del Seguro de Gastos Médicos Mayores.
 - 1.4 Principales factores que afectan al Seguro de Gastos Médicos Mayores.
 - 1.5 Expectativas del mercado del Seguro de Gastos Médicos Mayores.
 - 1.5.1 Nacional.
 - 1.5.2 Internacional.
 - 1.6 Necesidad de desarrollar una técnica de evaluación con la actualidad médica.
- Conclusiones.
-

CAPÍTULO UNO: El Sector Salud y el Seguro de Gastos Médicos Mayores: actualidad y tendencias.

La salud es un estado de bienestar general; los individuos consumirán siempre servicios sanitarios para mejorar y prolongar su calidad de vida.

Al comenzar el desarrollo del tema de este capítulo, se toma en cuenta el corto espacio con que se dispone, es difícil desarrollar algo tan amplio, hacer afirmaciones que sean válidas para todos los países teniendo en cuenta las grandes diferencias de los sistemas y de la realidad sanitaria existente entre unos y otros, en el aspecto económico, cultural y organizativo.

En el presente capítulo se analiza el entorno general y las tendencias en el nuevo siglo, del sector salud y del seguro de Gastos Médicos Mayores de: Asia, Latinoamérica y Europa Oriental. Tras ofrecer una visión en conjunto de esas tres regiones del mundo, se bosquejan los principales factores determinantes de la demanda de los seguros privados de Gastos Médicos Mayores. Se analizan, en cada zona, las expectativas económicas y los sistemas de seguridad social existentes, incluidas las reformas previstas de algunos países que resultan ser de sumo interés conocer.

Todo esto da la pauta para comprender de forma clara la necesidad de una técnica de evaluación de costos acorde con la actualidad médica en México.

1.1 El Sector Salud en México.

Este sector es un sistema dirigido por el gobierno, cuya finalidad es el bienestar y protección de los ciudadanos. Comprende un conjunto de medidas de previsión ejercidas por determinados organismos e instituciones oficiales, encargadas de cubrir las contingencias que pudieran afectar a los trabajadores y familiares afiliados. Sobre esta base, se garantiza la asistencia sanitaria en caso de enfermedad o accidente, la prestación económica en caso de incapacidad laboral, vejez, desempleo, fallecimiento, etcétera. La prima o cuota que el gobierno percibe por estas coberturas es aportada conjuntamente por los empresarios y los trabajadores.

1.1.1 Organización y recursos.

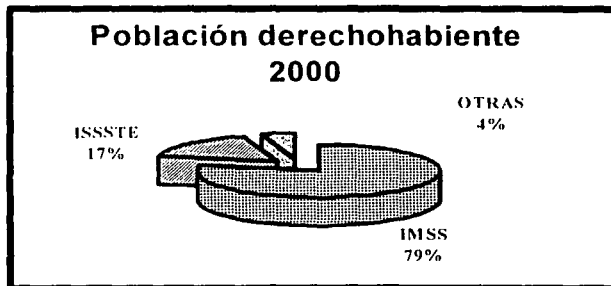
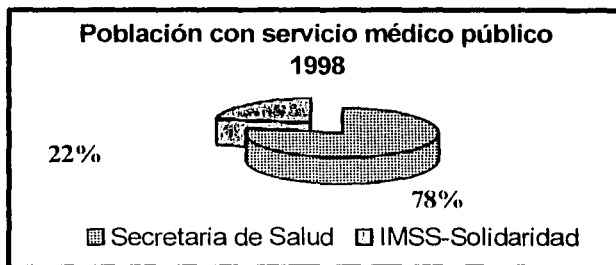
La organización del sistema de salud aún se encuentra estrechamente vinculada con las formas de producción empresarial, de modo tal que los empleados del sector privado y los trabajadores por cuenta propia están cubiertos por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que se financia con las contribuciones tripartitas de empleados, patrones y el gobierno federal; los trabajadores del sector público están cubiertos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado

FALTA

PÁGINA

3

(ISSSTE) y otros institutos como el de las fuerzas armadas, del petróleo y de la Universidad Nacional, que se financian con las contribuciones de los empleados y del gobierno; un segmento de población aún no bien cuantificado se atiende en forma privada, y el resto (más de 40 millones de personas), en los establecimientos de la secretaria de salud y en un régimen denominado IMSS-Solidaridad, que opera esa institución en determinadas regiones del país¹. Los menores que viven en las calles son atendidos por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).



En 1995, el 51% de la población tenía seguro médico² (la seguridad social en la mayoría de los casos). El INEGI reporta en su agenda estadística, México año 2000, en 1997 sólo el 40% de una población de 93,716,332 habitantes contaba con servicio médico, el decremento de este indicador se

¹ Fuente de información: Agenda estadística año 2000, publicada por INEGI, México.

² Fuente de información: Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos, Edición 2000, publicado por INEGI, México.

debe principalmente al aumento demográfico y a los altos índices de desempleo.

El sector público está compuesto por la secretaría de salud y la seguridad social, que poseen por separado unidades de atención en todos los niveles de complejidad. En lo que a información se refiere, se observa la aplicación de criterios comunes y la consolidación de los datos de las distintas instituciones en estadísticas nacionales de salud integradas, desde 1995, por el comité nacional para la vigilancia epidemiológica, que opera un sistema único de información en la materia.

La secretaría de salud dirige y coordina al sector salud, realiza en los ámbitos federal y estatal acciones de intercambio de información, reuniones y otras acciones acordadas entre las instituciones; organiza y presta servicios médicos con arreglo al modelo de atención a la salud para la población abierta (MASPA) en vigor desde 1995, y define las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. La coordinación de estas actividades está a cargo de las jurisdicciones sanitarias, que son los órganos técnico-administrativos responsables de la planeación, dirección y control de los servicios de salud de la población en el nivel local. Actualmente se brinda un paquete básico de servicios de salud (PBSS) que consta de 75 acciones de salud agrupadas en 12 intervenciones básicas.

En cuanto a recursos, las cifras de los últimos años, indican en casi todos los casos incrementos anuales; el volumen de prestaciones públicas mantiene una tendencia creciente, los aumentos se registran tanto en la atención médica a la población abierta como en la de los afiliados a la seguridad social.

La medicina privada al margen de las políticas oficiales, muestra la misma tendencia.

La cobertura de los seguros médicos privados es limitada y persiste un modelo tradicional de cobro directo por servicios prestados según una tasa de mercado. Para los próximos años se prevé una gran actividad del sector privado debido a la aplicación de la práctica de reversión de cuotas que será instrumentada por el IMSS y el aumento de las compañías aseguradoras privadas; este tema y las cifras correspondientes a los recursos públicos y privados se analizan en el capítulo tres del presente trabajo.

1.1.2 Legislación y reformas.

La legislación del sector salud se basa principalmente en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social.

En 1997 entraron en vigor un conjunto de modificaciones a la Ley del Seguro Social que renovaron esquemas y prácticas de los regímenes de pensiones y de salud, entre ellas la reducción de la contribución patronal y el aumento del gubernamental, el desarrollo del seguro de salud familiar para los que deseen afiliarse voluntariamente, y la opción de reversión de cuotas para los empleados.

En ese mismo año se introdujeron también 52 reformas a la Ley General de Salud encaminadas a hacer más efectiva la desregulación sanitaria, introducir una nueva clasificación de los medicamentos y a desarrollar el uso de genéricos en el mercado privado.

En cuanto a las reformas y programas, durante el gobierno de Ernesto Zedillo, en términos reales, el presupuesto al sector salud se incrementó en un 35% respecto al que se ejerció en 1995. Siendo este ramo el que más ha crecido durante este gobierno, razón por la cual se implementaron una gran cantidad de programas y reformas, como se puede apreciar en el cuadro cronológico del anexo 1, donde se resume lo más importante desde 1994 a la fecha. El gasto en salud, por habitante, fue el más alto de la historia. Al final del año 2000, quedaron sin servicios de salud menos del 1% de todos los mexicanos, en su mayoría, personas que viven en localidades excesivamente pequeñas, de menos de 100 habitantes³.

Respecto a los proyectos vislumbrados en el presente régimen; el 2 de diciembre del año 2000 el presidente Vicente Fox, da a conocer siete reformas con las cuales inicia su administración, de aquí una resulta ser de gran interés por la relación que guarda con el tema que se está analizando; se trata del proyecto de reforma fiscal que significa financiar el gasto público de manera sana, lo que implica una economía competitiva. Para comenzar con este proyecto, en el año 2001 se formuló la propuesta de reforma tributaria y el proyecto de reformas financieras⁴. Actualmente se ha discutido mucho sobre estos trabajos sin llegar aún a un acuerdo definitivo. Sin embargo, es muy importante no perder de vista los siguientes puntos, de este tema que sobresalen por las repercusiones que puede tener en el mercado asegurador y la medicina privada:

1. Deducibilidad del 100% del costo por la contratación de los seguros de GMM a las personas físicas.
2. Aplicación del impuesto IVA a alimentos y medicinas (a la fecha no ha sido autorizado).

³ Fuente de información: 6º informe de gobierno del presidente Ernesto Zedillo, publicado en la página de internet <http://zedilloworld.presidencia.gob.mx/Informes>.

⁴ Fuente de información: periódico El financiero, México, D.F., 2 de diciembre del año 2000, páginas 25-31.

3. Recaudación de por lo menos un 1% del PIB a través de la reforma fiscal integral.
4. Garantía del pago del impuesto del IVA, por medio de la Ley de Ingresos (aún sin vigor), la cual es un impuesto a la venta de bienes y servicios "suntuarios", que establece un impuesto del 5% adicional al 15% del IVA en caso de no facturación.

En caso de que dicha reforma sea instrumentada, el mercado asegurador y en particular el ramo de GMM, se incrementará de manera considerable, alcanzando los índices más altos en la historia de este seguro. La medicina privada deberá contemplar cambios significativos en su forma de operar, se vera verdaderamente afectada, las aseguradoras ofrecerán planes muy competitivos en costos y con servicios en hospitales de buen nivel.

En lo que respecta a programas o reformas referentes a la salud; de acuerdo al primer informe de gobierno del presidente Fox, sólo se han renovado y continuado con los establecidos en el régimen anterior, siendo uno de los principales el programa "Nuevo Progreso". Las declaraciones y trabajos realizados por este gobierno señalan una tendencia muy fuerte a darle prioridad a asuntos económicos del país, con el objetivo principal de lograr una mayor inversión extranjera que permitirá un crecimiento económico en el país.

Se ha señalado que al menos en el presupuesto del año 2002, el sector educativo y el de salud no se verán disminuidos. Esto de alguna manera nos marca la tendencia del sector salud en cuanto a desarrollo de nuevos proyectos; se esperaría así, un estancamiento en este ámbito al menos en los próximos 5 años. Lo importante será analizar los distintos escenarios futuros de este sector, considerando los aspectos económicos y demográficos principalmente. En el capítulo tres de este trabajo se tratarán más a fondo los efectos que generaría el tema de la reforma fiscal, de ser aprobada, al sector salud en los próximos 20 años.

1.1.3 Problemas específicos.

Uno de los aspectos importantes que debe de tener presente el sector salud es la tendencia demográfica en nuestro país, es necesario prestar mucha atención a la distribución de la población de acuerdo a su edad y sexo; normalmente el tipo de padecimientos que manifiesta requiere de acciones preventivas y cuidados intensivos. Los costos suelen variar mucho y no están al alcance de toda la población. Por otro lado, en muchas regiones de nuestro país, aun prevalece el difícil acceso a los servicios sanitarios, lo cual en conjunto conforma un verdadero problema de salud deficiente, que afronta la población mexicana.

Los índices inflacionarios y las devaluaciones, que pueden generar un presupuesto insuficiente, un encarecimiento de los servicios médicos, una falta de infraestructura, etcétera, marcan las reformas y programas que se deben implementar en el sector salud, buscando como principal objetivo cubrir las necesidades básicas de la población afectada, de la cual, sólo un sector tiene posibilidades de acudir a servicios médicos privados.

Actualmente, cuando se presenta un problema de salud, no solamente se debe de considerar el desembolso de gastos ordinarios sino también los posibles gastos extraordinarios y catastróficos que se tendrían que afrontar en caso de una enfermedad grave.

El comportamiento de los índices de mortalidad y morbilidad, se atribuyen a la conjunción de factores demográficos como son: el nivel socioeconómico, cultural y profesional, así como el nivel de urbanización en las localidades; dichos factores intervienen de manera directa o indirecta en el estado de salud de las personas. Además, el creciente envejecimiento demográfico eleva los costos de la sanidad pública.

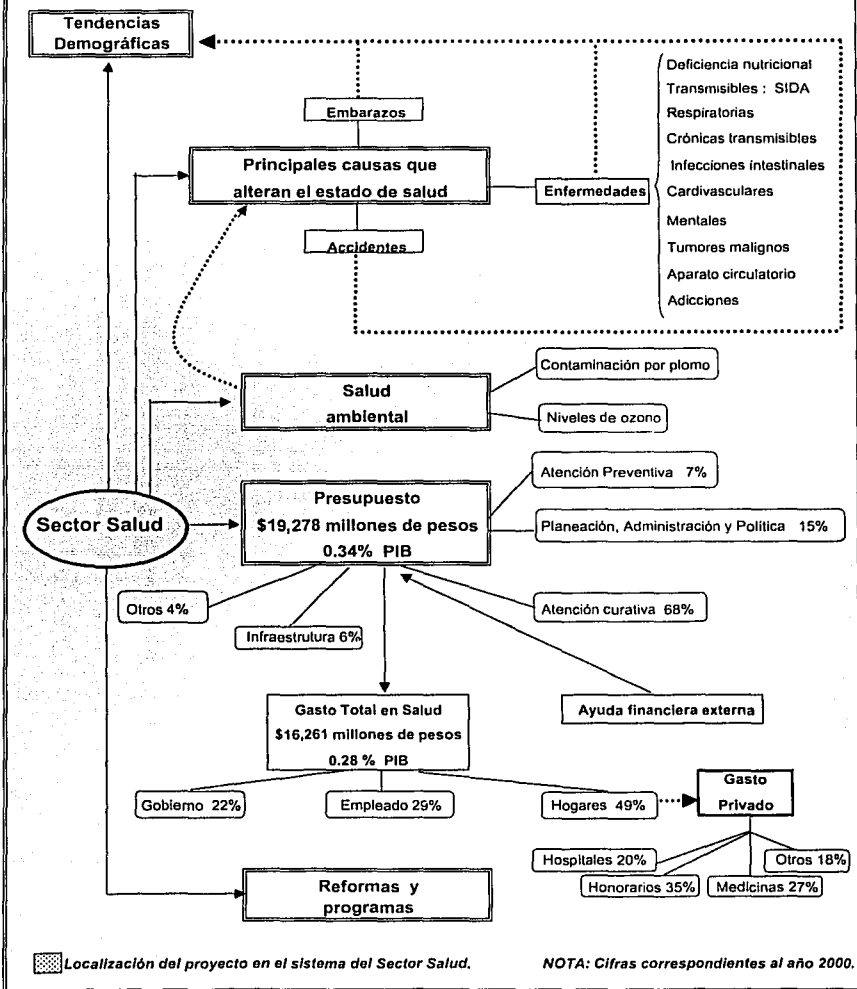
Otro importante problema, es la salud ambiental, ésta se refiere a la exposición de la población del Distrito Federal a la contaminación por plomo. En la ciudad de México, los niveles de ozono y de partículas suspendidas son problemas graves, pues afectan de manera directa la salud de la población.

En el año 2000 el presupuesto designado a este sector fue de \$19,278 millones de pesos, equivalente al 1.4% del gasto neto total. El gasto total por concepto de salud fue de \$16,261 millones de pesos, en ese mismo año⁵, dicho presupuesto se conforma con el volumen de ayuda financiera externa recibida para salud; sin embargo, en 1995 descendió notablemente debido a la ausencia de grandes proyectos con bancos de crédito internacionales. Actualmente, México realiza aportaciones financieras a organismos internacionales y a programas bilaterales de salud; ésto ha sido definido como cooperación técnica.

El diagrama 1 engloba los principales problemas que tiene que atender el sector salud; se puede observar que éste es un sistema un tanto complejo que involucra a su vez subsistemas que de una u otra forma se interrelacionan. Lo interesante es saber en qué parte de este gran sistema se encuentra el proyecto que se está desarrollando.

⁵ Fuente de información: página de internet www.geocities.com/presupuesto_federal_de_egresos_2.htm.

Diagrama 1. **Problemas específicos del Sector Salud.**



1.2 El Sector Salud en otros países.

Asia.

Todos los países asiáticos, objeto del presente análisis (ver anexo 2, cuadro 2), poseen un seguro estatal obligatorio de enfermedad y accidentes. La única excepción es Hong Kong que pone a disposición de los ciudadanos una buena infraestructura sanitaria estatal de forma casi gratuita en el sector de la sanidad pública. El 88% de todas las camas de hospital y algo más de un tercio de los médicos de Hong Kong pertenecen a clínicas estatales.

Las contribuciones a los seguros sociales de enfermedad van desde el 0.1% del PIB en Filipinas, pasando por el 3% de Taiwán, hasta casi el 4% en China. A esto hay que añadir, los gastos directos del Estado en sanidad, que representan hasta un 3% del PIB.

El seguro estatal obligatorio es a menudo insuficiente en Asia. En la mayoría de los Estados asiáticos, la seguridad social contra enfermedades y accidentes está vinculada al empleo. Generalmente, las leyes sólo obligan a las empresas a dar de alta al personal en el seguro estatal de enfermedades y accidentes y abonar contribuciones por ellos. Frecuentemente sólo se aseguran los salarios inferiores a una cuantía determinada. Como consecuencia de todo ello, resultan excluidos de la seguridad social obligatoria los desempleados, los trabajadores autónomos, el personal de pequeñas empresas y aquéllos con mayores sueldos, todos los cuales representan, en conjunto, una gran parte de la población. En la mayoría de los países, a los asegurados les está permitido incluir en los programas de seguros estatales a sus familiares de forma voluntaria.

Alrededor del 2.5% de la población china disfruta del seguro de enfermedad para empleados del Estado, pero en las zonas rurales cerca del 64% de la población no dispone de seguro alguno de enfermedad y accidentes, y en igual situación de desamparo se encuentra el 15%, aproximadamente, de los habitantes de las ciudades. Todos estos segmentos de la población se apoyan en la familia y se costean los gastos médicos y sanitarios con sus propios recursos, aunque pueden utilizar parcialmente las instalaciones sanitarias estatales.

En Singapur y Malasia, un fondo de previsión centralizado se encarga de la totalidad de seguros de enfermedad y accidentes; en Singapur, del 6% al 8% de las contribuciones se abonan en la cuenta denominada "Medisave", constituyendo la parte obligatoria del seguro de salud. De forma voluntaria, mediante primas complementarias, pueden asegurarse asimismo enfermedades graves y de mayor duración, así como operaciones muy costosas.

Latinoamérica.

Los seguros privados de enfermedad son voluntarios y complementarios de la seguridad social, pero en la mayoría de los países latinoamericanos (consulte anexo 2, cuadro 3), cubren la completa asistencia médico-sanitaria de los asegurados. La desregulación de la sanidad implica intentos de reforma, pero únicamente en Chile (1981), y Colombia (1994), se ha suprimido el monopolio estatal del seguro de enfermedad. Se ha permitido el establecimiento de aseguradoras privadas de enfermedad especializadas para el seguro básico obligatorio de la población laboral. Los trabajadores pueden elegir libremente entre los diversos ofertantes privados y las contribuciones se abonan en forma de porcentajes del salario.

En los restantes países, la reforma de la sanidad pública todavía está comenzando, pero en todas partes posee una alta prioridad política.

En Argentina continúa existiendo un sistema de sanidad social compuesto por una serie de denominadas "obras sociales", a menudo administradas por los sindicatos. Entre 1946 y 1954, se desarrolló de forma importante la infraestructura de atención estatal. Durante las décadas del cincuenta y del sesenta, las obras sociales registraron un gran crecimiento, pero orientaron su demanda de atención hacia el sector privado de prestadores, dejando de lado la alternativa de desarrollo de sus propios establecimientos y del uso de los hospitales públicos. La relación entre número de médicos y número de habitantes es muy favorable y sitúa a Argentina entre los países avanzados. Los argentinos destinan 1 de cada 4 pesos de los recursos totales a la compra y producción de bienes y servicios de salud. Un proyecto conjunto entre el banco mundial y el gobierno argentino, que mediante financiación externa, impulsa la reconversión total de las obras sociales, obligando a estas a elevar su nivel de atención para lograr una eficiencia real y una calidad de atención médica para toda la población, sin embargo, esto ha implicado en algunos casos tener que fusionarse.

De acuerdo a la ley argentina, toda empresa debe aportar a la obra social del sindicato de su gremio el 8% del salario se utilicen o no los servicios de salud: 5% lo aporta el empresario y el 3% el empleado⁶. Las obras sociales cubren los servicios que establece la legislación argentina, pero algunas carecen de recursos suficientes, lo que se traduce en una baja calidad de las prestaciones.

En Venezuela existe una seguridad social estatal, cuyas prestaciones médicas son muy deficientes. La reforma de la seguridad social que actualmente es objeto de debate, comprende asimismo la sanidad pública, pero todavía no pueden verse los resultados de este proceso político.

⁶ Fuente de información: Revista Reflejos, Especial salud, México, D.F., julio/septiembre 1998, página 15.

El modelo europeo basado en la supremacía y el desarrollo de la sanidad pública, es el que ha regido en España y Portugal, y se extiende como meta más o menos cercana a todos los países de América Latina, donde la atracción que ofrecen los sistemas europeos hará que la tendencia se implante poco a poco.

Europa Oriental.

Tras una grave recesión causada por el proceso de adaptación a principios de los años noventa, la mayoría de los Estados de Europa Oriental (anexo 2, cuadro 4), han vuelto a experimentar un crecimiento económico. Hasta hoy únicamente Polonia se ha recuperado del retroceso económico inicial.

Durante la recesión causada por la adaptación, muchos países sufrieron enormes aumentos de precios, especialmente Bulgaria, Croacia, Polonia, Rumania, Rusia y Eslovenia. El proceso de reformas continúa consolidándose en Europa Oriental.

Antes de la transformación política, los proveedores estatales proporcionaban una asistencia sanitaria "gratuita" a toda la población. El sistema sanitario se financiaba a través de los presupuestos generales del estado. A causa de los crecientes problemas financieros, en la mayoría de los países de Europa Oriental se estableció como prioridad la necesidad de reformar la sanidad. Las reformas efectuadas hasta la fecha comprenden principalmente la diversificación de las fuentes financieras, la descentralización de la sanidad pública y la autorización de una asistencia sanitaria y un seguro de enfermedad privados. A excepción de Bulgaria y Polonia, en todos los estados de Europa Oriental se crearon, con carácter separado, seguros de enfermedad o fondos dedicados a tal fin, financiados mediante contribuciones de los empresarios, trabajadores y autónomos, así como con pagos del estado para los desempleados. En la mayoría de los casos, se trata de un único seguro de enfermedad estatal o como en Rusia, de varios fondos de seguros de enfermedad.

1.3 Estructura y funcionamiento del Seguro de Gastos Médicos Mayores en México.

Para entender la estructura y funcionamiento del seguro de Gastos Médicos Mayores se debe partir de la definición de riesgo, que es la existencia de incertidumbre de que un suceso desfavorable pueda ocurrir. Entre las principales repercusiones que el riesgo genera está el aspecto económico, y para hacer frente a éste, se tienen alternativas como: evitar el riesgo, controlarlo, aceptarlo o bien traspassarlo.

El traspasso del riesgo se realiza a través de los seguros, donde se pretende obtener una seguridad económica. No todos los riesgos pueden ser cedidos, deben existir ciertas características para que sean sujeto de asegurabilidad: la posible

pérdida debe ocurrir al azar. debe ser definida en tiempo y cantidad, asimismo, ser significativa, predecible y no catastrófica para el asegurador⁷.

Una compañía de seguros es una institución financiera⁸ que opera como sociedad anónima y ofrece una serie de planes cuyo objetivo principal es amparar posibles riesgos. Los planes de seguros que puede ofrecer suelen ser de tres tipos: los que aseguran bienes, los que brindan protección contra daños a terceros (responsabilidad civil) y los que protegen a las personas.

En el caso de los planes de seguro de personas, las aseguradoras cuentan con un proceso de desarrollo de productos; la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas es la autoridad máxima del medio asegurador, es quién regula y autoriza cada uno de los planes de seguros que las aseguradoras pretenden sacar a la venta, vigila el buen cumplimiento del contrato que el asegurado y asegurador adquieren a través de la póliza de seguro, y cuya base legislativa es la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, y la Ley sobre el Contrato de Seguro. La difusión y venta del nuevo producto es la fase donde se establecen diferentes estrategias de comercialización dependiendo del tipo de plan y el mercado elegido.

En los seguros de personas existen tres diferentes ramos:

1. Vida
2. Accidentes y enfermedades
3. Ahorro.

Los dos primeros pueden ser individuales o colectivos. En el ramo de accidentes y enfermedades en general se tienen tres tipos de planes: los de Gastos Médicos Mayores (GMM), los de Accidentes Personales (AP) y los de Salud.

Dentro del ramo de GMM existe una diversidad de seguros, sus diferencias radican en el tipo de cobertura que ofrecen, hay algunos que son limitados en suma asegurada y excluyen muchos gastos médicos, son atendidos por redes cerradas de médicos y hospitales, y en ocasiones no se tiene una cobertura internacional. Otros proporcionan un alto monto de beneficios. En algunas compañías aseguradoras se ofrecen sumas aseguradas "sin límite"⁹ cuyo significado no es tan textual, ya que en la realidad si se encuentran topadas por tabuladores conocidos como Gasto Usual, Real y Acostumbrado ya sea de honorarios médicos, quirúrgicos, hospitalarios, etcétera. En teoría los montos estipulados en dichos catálogos dan un margen bastante amplio para cubrir los gastos erogados por una atención médica, en la mayoría de los casos no son dados a conocer a los asegurados, son herramientas muy propias del asegurador.

⁷ En el glosario de este trabajo, se define cada una de estas características.

⁸ Se define en el glosario del presente trabajo.

⁹ Actualmente sólo GNP, Comercial América y Seguros Monterrey New York Life, ofrecen estos planes.

El seguro privado de GMM, que generalmente está concebido como cobertura complementaria para garantizar mejores atenciones en caso de internamiento hospitalario, sólo se vuelve interesante a partir de un cierto nivel de ingresos. Son los departamentos de ventas los encargados de detectar y captar este grupo de personas o empresas, que de inicio serán los solicitantes del seguro.

Toda aseguradora tiene creado un departamento de selección de riesgo, donde la labor principal es determinar si los solicitantes poseen un interés asegurable sobre el riesgo, éste es un requisito donde el objeto del contrato no es la cosa amenazada por un peligro fortuito, sino el interés del asegurado en que el daño no se produzca. Cuando se determina que dicho interés no existe, la aseguradora rechaza la adquisición del riesgo, intuye que existe mala fe por parte del solicitante en el cumplimiento del contrato y ésto puede originar repercusiones fuertes en la siniestralidad y rentabilidad del producto.

Si el seleccionador de riesgo prescribe la existencia del interés asegurado, identifica y separa los riesgos a los que está expuesto el solicitante en objetivos o subjetivos. El departamento de suscripción es quién clasifica el grado de riesgo: normal, subnormal, preferente o rechazo¹⁰. En el caso muy particular de los seguros de GMM se toman en cuenta factores como: edad, salud actual y pasada, sexo, ocupación, antecedentes laborales, pasatiempos, hábitos, estilos de vida, etcétera. Aquí mismo se establecen las primas según el grado de riesgo y en el caso de rechazo, se notifica por escrito al solicitante las razones de dicha determinación.

La emisión de la póliza es el siguiente paso en este proceso, aquí se establece ya de manera formal la vigencia de la póliza, quién es el asegurado, el contratante, los beneficiarios, los dependientes, las coberturas, las primas, el deducible¹¹ y coseguro⁹, las exclusiones, cláusulas y endosos correspondientes¹². Pareciera ser que ésta es la última fase de todo este proceso, sin embargo, ésto no concluye aquí; ya entregada la póliza y pagada, la aseguradora conforma un fondo (reserva), que invierte y utiliza para el pago de las posibles reclamaciones. Posee departamentos de atención a clientes y de indemnizaciones, éstos son los encargados de atender de manera personal a cada uno de los asegurados ya sea para realizar posibles cambios en el plan que tienen contratado, corregir, rehabilitar o cancelar pólizas, o bien para solicitar el pago de alguna cobertura ante la ocurrencia de algún evento amparado por el seguro.

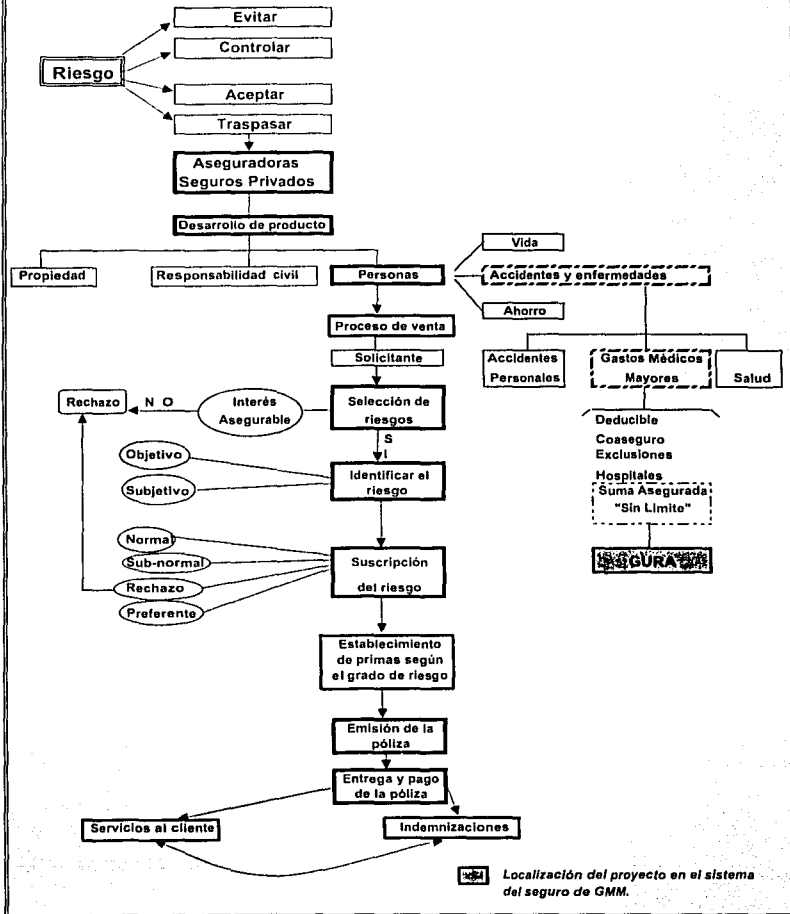
Todo lo aquí expuesto lo podemos visualizar en el siguiente diagrama.

¹⁰ Los conceptos mencionados en este párrafo se encuentran definidos en el glosario del presente trabajo.

¹¹ Esto aplica únicamente para los seguros de Gastos Médicos Mayores.

¹² Los conceptos mencionados en este párrafo se encuentran definidos en el glosario del presente trabajo.

Diagrama 2. Estructura y funcionamiento del Seguro de Gastos Médicos Mayores.



1.4 Principales factores que afectan al Seguro de Gastos Médicos Mayores.

La inflación es un indicador económico, que nos refleja la situación de un país, se caracteriza por un aumento en el nivel de precios y un decremento en el poder adquisitivo del dinero.

El seguro de GMM se ve afectado cuando dicho índice es alto o tiende a elevarse, ya que la medicina privada sufre el mismo efecto: la adquisición de nueva tecnología que proviene en la mayoría de los casos del extranjero, se encarece y ante enfermedades graves la utilización de ésta se hace indispensable.

Actualmente, una gran parte de las empresas privadas proporcionan seguro de GMM a sus trabajadores. No se tiene el control sobre el uso de dicha prestación; las personas sabiendo que no es un gasto que desembolsan de manera personal, hacen en ocasiones un uso desmedido de ésta. En otros casos exigen una atención de alto nivel, lo que trae como consecuencia, que actualmente los hospitales tengan que trabajar y procurar en gran medida la calidad del servicio, lo que implica contar con: buenos sueldos y prestaciones para el personal que labora, instalaciones modernas con la tecnología más avanzada, etcétera. Ante estas mismas exigencias, los médicos, hoy tienen que contar con un seguro que los ampare de las posibles demandas por negligencia, ésto es una necesidad básica, el trato con los pacientes se hace cada vez más delicado y el contar con este tipo de seguros les aminora el riesgo de perder su licencia; por lo tanto, estos profesionistas dentro del monto que estipulan como honorario tienen que incluir el gasto correspondiente a la adquisición de este seguro.

Lo antes expuesto forma parte de lo que es la cultura del seguro en las personas. Cuando el riesgo es traspasado, los asegurados ya no prestan la misma atención a sus hábitos de higiene y prevención de la salud, saben que ya existe un respaldo financiero que los ampara.

El aspecto demográfico también influye de manera muy importante, ya que en la medida que la población envejece, la incidencia de enfermedades, la demanda de atención médica y los costos de los medicamentos aumentan. Las expectativas en este sentido, indican un incremento de la población mexicana mayor a 45 años de edad en los próximos años.

Otro factor igual de importante a los ya mencionados, es la incorrecta planeación que se observa en los subsistemas de este ramo. Por ejemplo, en el proceso de suscripción en general, existe una diversidad de productos, no se tienen estadísticas confiables, las presiones comerciales son muy fuertes, etcétera. En el

siguiente capítulo de este trabajo se analizarán las fases más importantes que tienen que ver con la administración de este ramo.

Por lo pronto, todos los puntos anteriormente citados, al conjuntarse, traen como consecuencia la necesidad de incrementar las tarifas del seguro de GMM; sin embargo, los posibles cambios deben ser bien planeados, deben responder a las necesidades del mercado, y a las de la propia institución financiera.

1.5 Expectativas del mercado del Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Mercado, es el concepto público de compra o venta; es el sitio concreto donde se realizan las transacciones. Aquí participan una serie de factores que pronostican las tendencias de un sector; los principales, del ramo asegurador son:

Producto Interno Bruto.

Es un indicador que designa la totalidad de bienes y servicios producidos por el país, en un año; son valorados a precio de mercado y muestra las diferencias entre cada país.

Inflación.

El desarrollo económico y social de un país, se puede impulsar cuando los niveles de inflación van decreciendo. Las devaluaciones encarecen las importaciones, estimulan las exportaciones y hacen desaparecer los déficits de las balanzas de pagos, las tasas reales de crecimiento bajan en los países más afectados por las devaluaciones monetarias y provocan durante varios años tasas de inflación más elevadas.

Crecimiento económico.

La industria del seguro es uno de los sectores que crece por encima del PIB, cuando prevalece una estabilidad y crecimiento económico en un país.

El incremento del seguro de GMM es impulsado principalmente por el crecimiento económico y el aumento excesivo de los costos sanitarios. A nivel mundial las compañías aseguradoras son instituciones financieras muy importantes, los fondos que constituyen son invertidos en otros negocios e industrias que así lo requieren para operar y crecer. El tipo de inversión que realizan, normalmente es a largo plazo, ésta es la principal razón que se tiene para mantener las reservas de los seguros en la economía nacional.

La organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE), declaró que el crecimiento económico mundial probablemente repuntará para mediados del 2002, se pronostica una recuperación hasta el año 2003. Desde el último trimestre del año 2001 existe gran incertidumbre sobre el comercio y su desarrollo, todo esto como consecuencia de los atentados del 11 de septiembre que empujaron a Estados

Unidos al borde de la recesión¹³. Los efectos son peores que los producidos por un desastre natural como un terremoto.

El banco mundial, por su parte considera que la economía global está al borde de una recesión y el crecimiento del comercio está pasando por una de las más serias desaceleraciones de los tiempos modernos.

Las expectativas que se tenían respecto a las buenas condiciones del crecimiento económico mundial en el nuevo de siglo, han cambiado mucho y no se puede tener una gran certeza de lo que ocurrirá a corto plazo.

Moneda nacional.

Una manera de ser menos vulnerables al riesgo de cambio en moneda extranjera, es a través de las operaciones en la moneda nacional que corresponda a cada país y evitando el manejo de capitales extranjeros.

Presupuestos fiscales.

Actualmente, el balance presupuestal ha tomado mayor importancia en la economía nacional, anteriormente los gobiernos gastaban más de lo que recibían.

Libre comercio.

La globalización del mercado exige reformas económicas para la liberación del comercio internacional. Esto es indispensable para el desarrollo económico de muchos países y se puede seguir realizando a través de acuerdos entre las naciones donde se establezcan zonas de libre comercio en las cuales el intercambio de moneda y los problemas comerciales, fiscales y aduanales se puedan resolver. Para el mercado asegurador es muy importante contar con una legislación que permita una libre competencia en igualdad de condiciones.

El objetivo que se debe buscar es: la eliminación de barreras comerciales, que promuevan un aumento en las oportunidades de inversión y, por lo tanto, logren condiciones óptimas para una sana competencia.

Libre competencia.

Actualmente, la idea de que todo lo que se producía encontraba un mercado, ha cambiado. El consumidor tiene ahora opciones para elegir sus productos, los cuales varían en precio, calidad, diversidad y servicio, lo que significa para todas las compañías, competitividad. Esta es la razón por la que el consumidor ahora se vuelve la pieza más importante. sus necesidades son escuchadas y analizadas, se han creado departamentos de comercialización que logran la comunicación directa con los clientes, buscando como principal objetivo satisfacerlo. Esta es una tendencia mundial que se observa en todos los sectores.

¹³ Publicado en Varsovia, el 26 de octubre del 2001, página de internet: <http://www.natimex.com.mx>.

Tecnología.

La competitividad se puede lograr a través de la tecnología: el libre comercio puede permitir la transferencia de tecnología avanzada entre algunos países, ésta es otra de las ventajas de la modernización del mercado.

Legislación.

Ante las expectativas del mercado asegurador que involucra principalmente los elementos ya mencionados, el gobierno debe de supervisar y controlar las diferentes actividades que realizan las aseguradoras en cada país, sin perder de vista que lo principal es garantizar la protección de los asegurados y de los sectores financieros.

Ambiente político.

Definitivamente, la paz y la democracia de un país, influyen mucho en los inversionistas extranjeros, en el libre comercio y en muchos aspectos importantes del mercado. El ejemplo más reciente es el suscitado el 11 de septiembre del 2001 en Estados Unidos.

Catástrofes naturales.

Esta es una de las principales preocupaciones de los mercados aseguradores, afectan la capacidad de las aseguradoras y los precios a nivel mundial. En cada país el riesgo es diferente y las condiciones de reaseguros han causado una caída de las tarifas, pues al participar en la transferencia del riesgo, ante posibles desastres naturales como huracanes y terremotos, elevan sus costos. Existen alternativas para hacer frente a esta preocupación, pero depende del nivel de desarrollo que exista en cada país, ya que se requeriría una participación del gobierno.

1.5.1 Nacional.

El mercado asegurador mexicano al cierre del año 2000 estaba constituido por \$104,716 millones de pesos de primas, esto representó un incremento del 22.9% contra 1999¹⁴. El ramo de Accidentes y Enfermedades tuvo un crecimiento del 18.5% en esas mismas fechas¹².

Dicho mercado se caracteriza por: una libre competencia, tarifas y comisiones libres, el porcentaje de participación de la inversión extranjera es minoritaria y las restricciones que existen se han ido eliminando gradualmente. También existe la participación de reaseguradores registrados ante la SHCP.

Actualmente existen 68 compañías aseguradoras, de las cuales 24 operan el ramo de GMM. Las compañías líderes en este ramo son: Grupo

¹⁴ Fuente de información: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), México, 4º trimestre 2000.

Nacional Provincial y Comercial América con una participación en el mercado del 54.37% al 2º trimestre del año 2001¹⁵.

Al analizar las primas reportadas al final del año 2000, se observan crecimientos anuales del 20% y 12% de las compañías ya mencionadas; de acuerdo a las cifras reportadas al 2º trimestre del año 2001, todo indica que Comercial América ocupara el primer lugar en este ramo, en los próximos años¹⁵.

Las fusiones entre bancos y grupos financieros, se reflejan en las cifras que reportan cada trimestre. El caso de Seguros Monterrey New York Life, reporta un crecimiento anual del 8% al cierre del año 2000, sin embargo, su porcentaje de participación en el mercado descendiendo, esto puede deberse en gran parte a la venta y cambios que tuvo dicha aseguradora en ese año. Aseguradoras como: Bancomer y Serflin, reportaron, en la misma fecha, decrementos del 27% y 54% respectivamente en sus primas, esto es como consecuencia de las fusiones bancarias que se dieron en ese año. Por último, Aseguradora Hidalgo reporta un índice de crecimiento del 55% con una participación del 8.3% del mercado, esto posiblemente tenga que ver con el cambio de régimen gubernamental¹⁶.

Durante el régimen de 1989 a 1993, se llevó a cabo la desregularización y liberalización del sector asegurador, lo que inmediatamente propició un crecimiento del mercado. Sin embargo, en México a mediados de diciembre de 1994 y mediados de enero de 1995, el peso mexicano se devaluó en un 55% frente al dólar estadounidense. Se logró una estabilidad financiera parcial, sin embargo, el desempleo y la disminución de los salarios en términos reales son problemas que aún persisten. Debido a que las aseguradoras forman parte del grupo financiero, ante esta crisis, también se vieron afectadas.

Los inversionistas por su parte, consideraron a México como un mercado potencial. Con el Acuerdo de Libre Comercio de América del Norte (NAFTA), firmado con los Estados Unidos y Canadá, comenzaron a hacer uso de las condiciones establecidos en éste para aumentar la competencia proveniente de compañías aseguradoras estadounidenses y canadienses.

De esta situación sobresalen dos aspectos importantes, por un lado, la necesidad de fortalecer las políticas económicas y, por el otro, las

¹⁵ Fuente de información: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), México, 2º trimestre 2001.

¹⁶ Fuente de información: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), México, 4º trimestre 2000.

consecuencias graves que se pueden generar de una excesiva dependencia de las inversiones extranjeras.

Tras el incidente del 11 de septiembre en Estados Unidos, el crecimiento e intercambio comercial en México está sufriendo disminuciones. La economía mexicana se encuentra en recesión. Al final del año 2001, el PIB decreció en un 0.3%, efecto que no se había presentado desde la crisis de 1994-1995. Será hasta la segunda mitad del 2002 cuando la economía mexicana inicie su recuperación, aunque las perspectivas hasta el momento no son halagadoras, se espera que para el año 2002 la economía mexicana crezca un 1.2%, revirtiéndose el efecto de la recesión y reanudándose el crecimiento, que está determinado por la recuperación económica de Estados Unidos¹⁷.

Entre los riesgos latentes que podrían frenar el avance en la economía mexicana están: el crecimiento menor al esperado, ajustes en el precio del petróleo, cambios estructurales limitados y, por consiguiente, una menor inversión extranjera.

El crecimiento económico determinará el futuro del mercado asegurador. Sin embargo, podemos plantear dos posibles escenarios en el actual régimen:

- En el primer escenario, se espera que el mercado asegurador se convierta en uno de los de mayor tamaño en la próxima década, posiblemente uno de los diez más importantes en el mundo, ello dependerá de una estabilización económica, la creación de nuevos productos de seguro¹⁸, el uso apropiado de la tecnología, las reformas de seguridad social y políticas arancelarias que se autoricen para el sector salud. Respecto a este último punto, se ha debatido la posibilidad de eximir del pago de cuotas a la seguridad social, al menos parcialmente, a los empresarios que suscriban seguros de enfermedad privados para sus empleados. Esta posibilidad ya está actualmente prevista en la ley de la seguridad social, pero todavía falta el correspondiente reglamento que la desarrolle. Los bancos y empresas que han proporcionado a su personal una asistencia médico-sanitaria antes de la entrada en vigor de la ley de seguridad social ya disfrutaban hoy de estas deducciones. Esta medida puede dar un fuerte impulso al mercado asegurador; supondría otorgar la libertad de elección entre el seguro estatal y el privado. A la vista de las posibles reformas y el

¹⁷ Cifras presupuestadas por el Banco de México, México, 1º de noviembre de 2001, publicado en la página de internet: <http://www.notimex.com.mx>.

¹⁸ En algunos países la proximidad con los Estados Unidos de América, resultaba atractivo la inclusión de coberturas en este país; bajo las circunstancias que se están viviendo, ésto ha quedado excluido, y tendrán que buscarse otras alternativas para crear productos competitivos.

gran potencial de seguros, varias aseguradoras ya han comenzado a establecer entidades de sanidad especializadas.

- Un escenario pesimista, correspondería a la asignación de presupuesto para el año 2002, ya que se comienza a difundir la idea de que este no sufrirá cambios significativos. Esto es equivalente a pensar en lo ya ocurrido en 1994, donde el presupuesto después de la crisis se ve reducido en todos los sectores. Lo que realmente se esperaría ante estas declaraciones, es una reducción general del 20%, esto como consecuencia de la recaudación fiscal que no se logró en el inicio del presente régimen; sigue existiendo un hueco de 130,000 millones de pesos que no se han logrado recaudar. Se habla de un crecimiento económico del 7% basado en los cambios de las reformas fiscales, esto difícilmente se dará ya que el presupuesto deberá de incrementarse. Ante lo ocurrido el 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos, se están generando crisis severas en la mayor parte de la frontera norte del país, un gran desempleo ya se hace presente en las maquiladoras nacionales, en general no se está dando afluencia de turismo y se especula mucho con el precio del petróleo que también atraviesa una crisis, esto implica, que los inversionistas vean con mucho riesgo la inversión en México. Nuevamente el país está generando una fuerte dependencia de la inversión extranjera. La expectativa sería entonces, esperar un congelamiento en el crecimiento económico que actualmente es del 0% y esto a su vez generaría un estancamiento en el mercado asegurador.

1.5.2 Internacional.

Asia.

En Asia, el seguro privado de enfermedades y accidentes desempeña un papel secundario, a causa del predominio de los sistemas estatales (ver cuadro 2 del anexo 2), no es previsible una modificación del reparto entre la oferta privada y los sistemas estatales.

La expansión del seguro en Asia se deberá fundamentalmente al crecimiento económico y al excesivo aumento de los costos sanitarios. Sin embargo, por primera vez en más de dos décadas, el mundo está enfrentando simultáneamente a las tres principales economías: Estados Unidos, Japón y Europa. El este de Asia está viviendo un severo perjuicio en su economía como consecuencia del terrorismo de Estados Unidos.

Latinoamérica.

El comercio en Latinoamérica se ha expandido en un 5%. Las devaluaciones, crisis económicas y recesiones mantienen rezagado al sector

latinoamericano de seguros, que maneja sólo el 3% del volumen mundial de primas. Desde 1995 el volumen de primas, se redujo, lo que concentró el mercado en sólo cinco países: Brasil, México, Argentina, Chile y Colombia. Sin embargo, se registra un reducido crecimiento en los ingresos de la industria debido a los procesos de desregulación y cambios sociales, como reformas a la seguridad social, sistemas de salud, pensiones y riesgos de trabajo.

Brasil se considera como el mayor mercado asegurador latinoamericano, con primas de 11,800 millones de dólares al cierre del año 2000, en segundo lugar México, con un mercado de 9,200 millones de dólares y en tercer lugar se ubica Argentina, con un mercado valuado en 6,500 millones de dólares; Chile, con 2,900 millones de dólares, y en el último sitio está Colombia, cuyo mercado asegurador es de 1,700 millones de dólares¹⁹.

Latinoamérica se percibe como una zona con un fuerte potencial de crecimiento, por lo que se espera una mayor participación de aseguradoras extranjeras en los próximos años. El reto es que las economías locales logren disminuir sus tasas inflacionarias, esto permitirá aumentar el potencial de crecimiento y será la base para desarrollar seguros de mayor plazo. Para ayudar a América Latina a enfrentar la turbulencia económica actual, se planea reabrir una línea especial de créditos de emergencia para los gobiernos de distintos países, especialmente a Argentina, que enfrenta un descalabro financiero debido a una carga de deuda insostenible.

La década de 1990 se caracterizó por la recuperación y las oportunidades, de los países latinoamericanos. Se requiere que la mayoría de los países aumenten sus niveles de crecimientos económicos (el PIB deberá estar por arriba del 4%), para lograr un mayor desarrollo. Actualmente la competitividad, la inversión extranjera y los avances en tecnología se hacen presentes ya en el mercado asegurador de estos países; y aunque ya se está trabajando para hacer frente a posibles efectos de globalización, ejemplo de ello, la creación de la FIDES²⁰ (federación interamericana de empresas de seguros, organización sin ánimos de lucro que reúne a las asociaciones

¹⁹ Fuente de consulta: Calificadora de riesgos Standard & Poors, México, 28 de octubre 2001, publicado en la página de internet: <http://www.notimex.com.mx>.

²⁰ La FIDES realizó un estudio de oportunidades y riesgos en los seguros de América Latina, como dato curioso antes de los sucesos del 11 de septiembre de 2001, se cuestionó la posibilidad de desarrollar una cobertura contra terrorismo, las respuestas de los distintos mercados latinoamericanos reflejaron que sí era viable que se considerará el desarrollo de esta a largo plazo, sin embargo ahora esta posición puede cambiar y ante los resultados catastróficos que tienen las compañías aseguradoras, lo más seguro es que se siga excluyendo dicho riesgo.

comerciales de seguros de diecisiete naciones y a sus respectivos miembros), aún falta mucho por hacer.

Los sistemas de medicina prepagada existentes en tantos países de América Latina deben evolucionar hacia sistemas de seguro privado de enfermedad (consulte cuadro 3 del anexo 2).

Las reformas de la sanidad pública, contribuirán al fortalecimiento del sector privado; su magnitud en los distintos países y las perspectivas económicas globales favorables, determinarán el panorama previsible del seguro de GMM en Latinoamérica. Se estima que puede producirse un incremento anual del 12% real en los seguros privados de GMM en los próximos cinco años. Es probable que una de las mayores tasas de crecimiento se registre en México.

En la mayoría de estos países se ha buscado crear un mercado libre y abierto a través de: la privatización de las aseguradoras estatales, fusiones entre las compañías aseguradoras para adaptarse a las nuevas condiciones del mercado, una libre competencia que implica reducción en tarifas, un buen diseño de nuevos productos, y la participación de inversión extranjera y de reaseguradores.

En Brasil, no cabe prever a corto plazo un cambio radical del sistema, la demanda de seguros privados continuará siendo elevada. Una de las características del mercado asegurador es la fuerte presencia y concentración de los grandes grupos bancarios del país en este segmento de negocio. Por tanto, es natural que exista una gran fuerza de ventas en este sector, aunque el corretaje obligatorio y el desarrollo de los canales alternativos de telemarketing y de marketing directo están adquiriendo una notable importancia. En este país, existe la gran oportunidad de crear las condiciones para un mercado libre y competitivo, debido a una legislación que permite a las empresas extranjeras constituir o participar en el capital de operadoras para negociar planes y seguros privados de asistencia sanitaria.

En Argentina, se introdujeron las entidades privadas dedicadas a la prestación de servicios de salud, conocidas como "prepagas", que hicieron un hueco importante en el mercado de salud, al ofrecer servicios de mayor calidad. Debido a la escasa eficacia de algunas prestadoras sindicales, un gran número de empresas y de trabajadores se ven obligados a contratar una cobertura complementaria en el sector privado, elevando el costo de las aportaciones hasta niveles insólitos. Respecto al seguro privado en este país, actualmente reporta pérdidas técnicas, debidas a los altos gastos de administración, las bajas tarifas y los gastos elevados, algunas aseguradoras internacionales comienzan a instalarse, compitiendo con las prepagas o dando servicios complementarios.

En Venezuela, a principios de la década de los noventa, la seguridad social entró en crisis, situación que obligó a los trabajadores a exigir seguros privados de salud a través de negociaciones colectivas. Esto propició un auge de los seguros privados. Existe un proyecto de Ley del subsistema de salud, en el cual se pretende una afiliación voluntaria de trabajadores activos o en baja temporal, jubilados y pensionistas al fondo solidario de salud, en donde las aseguradoras especializadas o administradoras de salud gestionarán la prestación de los servicios médicos públicos o privados.

Europa Oriental.

Las regiones más exitosas, en este ámbito, han sido Europa Oriental y la ex Unión Soviética. En Rusia se efectuó una reforma radical al sistema tributario y ahora los impuestos son los más bajos de Europa, incluidos los gravámenes a las ganancias y a la actividad bancaria. El crecimiento acumulado del PIB, en este país, en los últimos años, es del 20%, uno de los mejores del mundo, por ello Rusia se está considerando como una economía prometedora y un gran mercado²¹.

En Europa Oriental, las aseguradoras privadas ofrecen en general un seguro de enfermedad complementario al obligatorio estatal (cuadro 4, anexo 2), el volumen de primas del seguro de enfermedad de Europa Oriental podría aumentar en un 6% en los próximos años.

En los países de la Europa del Este, las compañías privadas de seguros de enfermedad sólo existen desde hace poco, o se están constituyendo en la actualidad. Sólo en Croacia, Eslovenia, Rusia y Hungría se han establecido las bases jurídicas para el mismo. En la mayoría de los países, todavía no se ha adoptado la decisión política sobre las ofertas y los ofertantes posibles en el campo, ni se ha determinado qué prestaciones ha de cubrir el seguro de enfermedad obligatorio. El seguro privado desempeña un papel secundario en la mayoría de los países, y resulta difícil estimar el volumen futuro de primas.

La penetración del seguro en el año 2005 dependerá de la forma en que las aseguradoras estatales puedan ofertar con las privadas, el seguro adicional voluntario. En general, se puede decir que las perspectivas son buenas, sobre todo en Europa centro-oriental, debido a la relativa estabilidad del entorno macroeconómico.

²¹ Fuente de información: Declaración del presidente ruso Vladimir Putin, publicada en Rusia el 30 de octubre de 2001 en la página de internet: <http://www.notimex.com.mx>.

1.6 Necesidad de desarrollar una técnica de evaluación acorde con la actualidad médica.

La oferta de los servicios médicos asistenciales experimenta actualmente cambios importantes. Los avances de la medicina son espectaculares y el equipamiento de los consultorios y hospitales es cada vez más sofisticado y costoso, por ello el tipo de crecimiento de los costos es incontrolado y el seguro de GMM resulta ser un negocio de alto riesgo.

En todos los aspectos del negocio de gastos médicos, la figura más importante que debe ser estudiada es la del proveedor, es decir, el médico, el hospital, la farmacia, etcétera. Es muy importante analizar lo más rápidamente posible los gastos causados por el incremento de los costos médicos, de lo contrario no se podrá constituir una reserva adecuada, ni actualizar correctamente las tarifas en función de los gastos.

El catálogo de honorarios quirúrgicos definido como el Gasto Usual, Real y Acostumbrado (GURA), en el ramo de GMM, es un instrumento muy importante para lograr lo antes expuesto. Sin embargo, su obtención requiere del diseño de todo un procedimiento que considere una correcta planeación del ramo. Actualmente, la determinación de los catálogos de honorarios quirúrgicos no tiene un buen fundamento técnico, no se cuenta con un buen análisis de costos médicos y en algunas compañías se suelen crear con base a la información proporcionada por hospitales, la siniestralidad y los índices inflacionarios; se establece un porcentaje que se aplica y actualiza año con año a los tabuladores de honorarios quirúrgicos ya existentes.

Esto origina una serie de problemas en la administración del seguro. Al momento de presentarse las reclamaciones existen muchas diferencias en los costos por honorarios, varían mucho dependiendo del evento, del hospital, del médico, etcétera; es el asegurado quién elige y decide donde recibir la atención médica. En la mayoría de las aseguradoras, la cartera de asegurados que eligen el pago por reembolso representa un 30% aproximadamente, sin embargo, son éstos, los que generan mayores problemas, los cuales terminan en algunos casos como una autorización especial y la compañía reembolsa o paga un costo más alto de lo establecido, o bien, es el asegurado quien se ve afectado por este diferencial. Esto a su vez se refleja en la rentabilidad del producto, por lo que la administración de este se vuelve muy conflictiva.

Por otro lado, en la organización del ramo de GMM, existen diferencias entre los departamentos de servicio al cliente y el de indemnizaciones, en cuanto a las funciones y objetivos que cada uno realiza, el trabajo en conjunto que en ocasiones realizan éstos no arroja los resultados deseados en cuanto a servicio principalmente; ésto es otra problemática que el ramo de GMM debe considerar.

Ante la exigencia de competitividad en el mercado asegurador y los efectos de globalización, el diseño de un procedimiento para calcular el catálogo de honorarios quirúrgicos GURA, basado en la experiencia propia de cada compañía debe cumplir con ciertas características que lo definirán como un instrumento esencial en la planeación del ramo de Gastos Médicos:

- i) Debe aplicarse y ser útil en cualquier compañía, independientemente del tamaño de esta (representatividad en el mercado).
- ii) La claridad en cada uno de los procesos establecidos es básica.
- iii) Los recursos tanto materiales como humanos deben ser mínimos.
- iv) El costo de implementarlo no deberá ser elevado.
- v) Los resultados finales podrán lograrse a un corto plazo y ser óptimos para el buen funcionamiento del ramo.

El logro de cada uno de los puntos anteriores, dependerá en gran medida de la correcta toma de decisiones que se realice en cada fase del procedimiento. En el análisis de sistemas se ha establecido la seguridad privada y el medio asegurador como los principales generadores de la información, base del instrumento que se está desarrollando, de éstos se identifican indicadores que evaluarán los resultados obtenidos, y de los cuales se generarán algunos más específicos dependiendo de las actividades que se establecerán en el capítulo dos:

Seguridad Privada.

Monto Honorario Quirúrgico	= Eficiencia actual del catálogo
Monto catálogo actual	

Experiencia propia de siniestralidad.

Monto reclamado siniestro	= Eficiencia actual del catálogo
Monto catálogo actual	

El análisis comparativo de las ventajas y limitaciones que el asegurado y asegurador (planteado en el capítulo tres), podrán alcanzar al momento de implementar el catálogo GURA determinará los alcances del proyecto.

La problemática descrita es un conjunto de problemas interdependientes que forman parte del sistema (descrito en los apartados 1.1 y 1.3). La planeación es esencial en cada sistema y de acuerdo al enfoque de sistemas expuesto por Churchman, se ha formulado el problema, se ha definido la organización, identificado el ramo y el medio ambiente en el que opera el seguro de GMM, éste forma parte de la planeación que en el siguiente capítulo se desarrollará.

Conclusiones.

El régimen gubernamental que inició en diciembre del año 2000 propone cambios importantes y significativos que afectan al sector salud nacional; la designación del presupuesto anual resulta ser un tema muy interesante, pues como se describió en el apartado 1.1, éste contempla una serie de factores que se vinculan entre sí.

La seguridad social en otros países resulta de gran interés generalizado en diferentes zonas del mundo. Del estudio realizado en el punto 1.2 se observa que, no sólo los costos de salud varían notablemente de un país a otro, en ocasiones también cambian sustancialmente entre los de una región y otra del mismo país, o entre los de las ciudades y del campo. Diferencias de infraestructura sanitaria, legislación, nivel de desarrollo, oferta y consumo de servicios médicos, causan la disparidad de precios en los servicios médicos.

El problema de la inseguridad económica derivada de la salud deficiente ha motivado un profundo análisis de: las posibilidades de acceso a los servicios médicos hospitalarios, el debate de la asignación de costos entre entidades públicas y privadas (que evidencia la mala utilización de recursos), y la apertura de las industrias locales a inversionistas extranjeros.

La experiencia que han tenido otros países ante los cambios de organización y administración de la seguridad social, pueden ser de suma importancia para México, ya que algunos de los proyectos que se están promoviendo van encaminados a situaciones ya vividas por otros países.

La inflación, las tendencias demográficas, la cultura de las personas y sobre todo la carencia de planeación en el ramo, son los principales factores que afectan al seguro de GMM, de acuerdo a lo expuesto en el subtema 1.4.

Las tendencias del mercado asegurador en el ramo de GMM, subtema 1.5 de este capítulo, permiten observar que en muchos países, la deficiente calidad de las instalaciones de la seguridad social han hecho aumentar la demanda de seguros de enfermedades privados. Por ello, las compañías aseguradoras se encuentran a menudo en competencia directa con los servicios de salud.

La libre competencia y la modernización del mercado asegurador, son la principal tendencia del sector privado de seguros.

El mercado asegurador mundial se está caracterizando por:

- Fuerte competencia fundamentada en las necesidades del cliente.
- Conocimiento de la cultura local: reglamentación, riesgos, oportunidades para captar clientes, acuerdos o tratados internacionales, aspectos comerciales, sociales, etcétera.

- Experiencia y búsqueda continúa de un buen servicio.

Las expectativas del negocio asegurador podrían ser:

- Creación de mercados de libre comercio, a través de acuerdos entre distintos países.
- Desarrollo del mercado a través de: estrategias de ventas masivas, cambios en la tecnología y servicios.

La tendencia de los indicadores económicos, permiten proyectar el comportamiento del mercado asegurador, las condiciones son muy diferentes en cada país, y desafortunadamente por el conflicto bélico que se vivió en este nuevo siglo es difícil pronosticar lo que sucederá en la economía mundial. Las crisis económicas que se generan en algunos países afectan también la economía de aquellos que mantienen una relación estrecha a través de acuerdos comerciales o bien de inversión extranjera.

El ramo del seguro de enfermedades de Asia, Latinoamérica y Europa Oriental figuran entre los mercados más atractivos en crecimiento de la industria del seguro internacional. Para el año 2005, se ha venido calculando un aumento anual real del volumen de primas del orden del 10%. Las fuerzas que impulsan este desarrollo son: el gran crecimiento económico, el incremento de la población mayor de 45 años y las reformas de los sistemas de seguridad social. Esto obviamente podrá cambiar de manera muy drástica, ante los conflictos mundiales que se están presenciando.

La obtención del catálogo GURA como el objeto que va a ser explicado en términos de su función principal será un instrumento para el análisis del comportamiento de los costos de los servicios médicos, y permitirá a la aseguradora hacer frente a la competitividad y a los efectos de globalización, que actualmente está viviendo el mercado asegurador.

Fuentes de información.

Bibliografía:

1. Harriett E. Jones, Dani L. Long, **Principios del Seguro de Vida, Salud y Rentas Vitalicias**, E.U.A., LOMA Información que funciona, 1998.
2. Churchman C. West, **El enfoque de sistemas**, 18ª. Impresión, Editorial Diana, México, Abril de 1995.
3. L. Ackoff Russell, **Un concepto de planeación de empresas**, 19ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México. 1998.
4. Faul William R., **América Latina: Evolución de la economía y los seguros**, 1995.

Revistas:

5. Fondo Mexicano para la Salud, **Economía y Salud**.
6. FUNSALUD 1994; **La Tecnología en salud: Riesgos y oportunidades en el contexto de la globalización**.
7. Reflejos, **Especial salud**, julio/septiembre 1998.
8. Winterhur, **Social Security Survey**, 1997.
9. Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche (Instituto Vienés de Comparaciones Económicas Internacionales), **publicaciones** 1997.
10. Fondo Monetario Internacional, Grupo WEF A y Banco Mundial, **publicaciones** 1997, 1998 y 1999.
11. AMIS, **Estadística 4º trimestre 2000**.
12. AMIS, **Indicadores Accidentes y Enfermedades a junio del 2001**.
13. INEGI, **Agenda estadística** EUM, edición 2000.

Periódicos:

14. **El financiero**, 2 de diciembre de 2000, páginas 25-31.

Fuentes de consulta:

15. www.intermedik.com.mx.
16. www.mexicohoy.com.mx.
17. www.entornomedico.org.
18. www.dirmedico.org
19. www.compac.com.mx
20. www.ehealthla.com
21. www.caradediputados.gob.mx
22. www.INEGI.com
23. www.geocities.com
24. zedilloworld.presidencia.gob.mx/informes/6toInforme

FALTA

PÁGINA

31

CAPITULO DOS



Procedimiento para la obtención del Gasto Usual, Real y Acostumbrado.

OBJETIVO: *Obtener el catálogo de honorarios quirúrgicos a través del procedimiento diseñado.*

Contenido:

- 2.1 Antecedentes históricos del Gasto Usual, Real y Acostumbrado.
- 2.2 Planeación del ramo de Gastos Médicos Mayores.
 - 2.2.1 Fines.
 - 2.2.2 Medios y recursos.
 - 2.2.3 La planeación interactiva.
 - 2.2.4 Tipología de los planes.
 - 2.2.5 Factores de contingencia y establecimiento del tiempo.
 - 2.2.6 Administración por objetivos.
 - 2.2.7 La toma de decisiones.
 - 2.2.8 Modelo Administrativo del ramo de Gastos Médicos Mayores.
- 2.3 Ejecución del proyecto.
 - 2.3.1 Conceptos y terminología.
 - 2.3.2 Técnica para obtener el catálogo de honorarios quirúrgicos GURA.

Conclusiones.

CAPÍTULO DOS: Procedimiento para la obtención del Gasto Usual, Real y Acostumbrado.

El cálculo de probabilidades tiene por objeto establecer las reglas para estudiar situaciones de incertidumbre que permiten obtener resultados de gran utilidad práctica.

El diseño del procedimiento para obtener el catálogo del Gasto Usual, Real y Acostumbrado de los honorarios quirúrgicos en el ramo de GMM, se fundamenta en la planeación, que a su vez considera el cálculo de probabilidades como uno de los medios para obtener los fines establecidos.

Este capítulo inicia con una breve reseña de los antecedentes históricos de dicho catálogo; se retoman algunos aspectos ya mencionados en el capítulo anterior, que permiten dar continuidad al enfoque de la planeación interactiva que se aplica en el presente proyecto.

2.1 Antecedentes históricos del Gasto Usual, Real y Acostumbrado.

Cuando surge el seguro de Gastos Médicos Mayores en México, uno de los principales problemas que se presenta tiene que ver con la parte indemnizatoria, ya que dicho seguro manejaba un catálogo de honorarios médicos diferente en cada aseguradora de acuerdo a sus normas y políticas que tenían establecidas; por ello, los costos y el pago de las reclamaciones variaban considerablemente. Posteriormente, bajo el concepto de suma asegurada "sin límite"¹, los pagos de los honorarios médicos se encontraban acotados con la suma asegurada total, esto originó que la prima del seguro fuera insuficiente para cubrir las indemnizaciones, no existía un control en el costo de los servicios médicos. Los planes tuvieron que ser rediseñados, estableciéndose convenios con hospitales y creándose redes médicas para la atención de los asegurados. Con esto surgieron una serie de planes diferentes en costos y coberturas, siendo los planes de suma asegurada "Sin límite", los más elevados en primas, se involucró el concepto de honorario habitual, acostumbrado y razonable, que las aseguradoras manejan con distintas siglas, como un medio para controlar el pago de los servicios médicos, estableciendo así la cantidad máxima de dinero que se reembolsará al asegurado por concepto de reclamación de un evento cubierto en la póliza de seguro de GMM.

La Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), publica en septiembre de 1995 una tabla de valores médico quirúrgicos basados en las Unidades de Valor Relativo (UVR), y un procedimiento para calcular los catálogos de Gasto Usual, Real y Acostumbrado (GURA), de honorarios quirúrgicos, pretendiendo dar una herramienta unificada a todas las aseguradoras. El procedimiento descrito, surge como idea de los trabajos realizados en Estados

¹ Este concepto, se encuentra explicado en el capítulo uno, apartado 1.3, página 13.

Unidos; donde en 1956 se comienza con el primer estudio derivado del resultado de grandes muestras de encuestas a médicos de este país. En 1980, comienza la investigación y recopilación de información requerida para el cálculo del GURA, en Estados Unidos, y es hasta 1984 cuando se publica la primera edición de los Valores Relativos para médicos, el cual se define como un sistema más preciso y completo, que provee un listado de codificación fácil, con unidades de valor para el usuario de los servicios médicos. Actualmente dicho sistema se caracteriza por ser:

- A) En Estados Unidos y otros países, un sistema legalizado.
- B) Provee honorarios médicos justos y equitativos.
- C) Facilita la proyección de costos médicos.
- D) Es un método exacto, que evita un resultado incorrecto, elimina cualquier sistema de ponderación.
- E) Evita la dificultad de medir el pago de casos especiales.

El sistema propuesto por la AMIS, aún sigue siendo analizado, de manera conjunta con distintas aseguradoras sin llegar hasta el momento a un resultado final. El proceso diseñado aquí, considera como parte fundamental la planeación del ramo de Gastos Médicos Mayores; el sistema de Unidades de Valor Relativo, será uno de los medios que combinado con un modelo estadístico, permitirá lograr el objetivo principal de este proyecto: obtener el catálogo de honorarios quirúrgicos GURA.

2.2 Planeación del ramo de Gastos Médicos Mayores.

Se mencionó al inicio de este capítulo, el fundamento del proceso que se diseñará. Como éste forma parte de la estructura del ramo de GMM, el desarrollo de las siguientes fases se hará enfocado al ramo y al proyecto. Se apreciarán los vínculos que existen entre uno y otro, pues la última etapa del proyecto, consiste en implementar el proceso como una función principal en la estructura del ramo.

De acuerdo a lo expuesto por Russell L. Ackoff, existen cuatro tipos de planeación: reactiva, inactiva, preactiva e interactiva, y éstas se definen de acuerdo a su orientación en el tiempo².

La planeación interactiva es la que se aplica en este proyecto; esta considera el pasado, presente y futuro de manera inseparable e indispensable para el desarrollo. Se divide en cinco fases, las cuales no necesitan un orden específico y tampoco completarse totalmente:

1. Formulación de la problemática.
2. Planeación de los fines.
3. Planeación de los medios.

² Fuente: Russell L. Ackoff, Planeación de la empresa del futuro, página 73, 98 y 99.

4. Planeación de los recursos.
5. Diseño de la implementación y el control.

La primera fase contempla un análisis de sistemas, que ha sido abordado en el capítulo uno; el análisis de las obstrucciones así como las demás etapas de la planeación se desarrollan en este capítulo y la preparación de proyecciones de referencias, que en este trabajo se han denominado escenarios, se presentan en el capítulo tres.

2.2.1 Fines.

Se ha llevado a cabo ya el planteamiento y el análisis del problema, la siguiente fase de la planeación consiste en señalar los fines que se persiguen.

Las aseguradoras tienen actualmente como objetivo principal, lograr la rentabilidad de sus productos, a través del ofrecimiento de un servicio de calidad y un adecuado control de costos que les permitirán alcanzar el ideal de toda aseguradora que opera este ramo: promover la salud y proteger el patrimonio de las personas, así como crecer y ser competitivas como organización.

El proyecto que se está desarrollando, tiene como meta, diseñar e implementar un proceso que permita la obtención del catálogo GURA, basado en la experiencia propia de siniestralidad del ramo y los costos de los servicios médicos privados en convenio con una compañía aseguradora. La consolidación de este proceso como un instrumento (ya mencionado en el apartado 1.6, del capítulo uno, página 26), contribuye a la obtención de los fines ya mencionados.

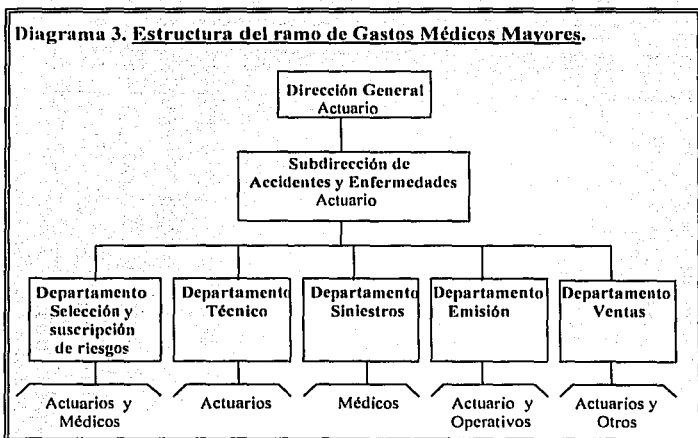
Dicho proyecto está dirigido a los planes de GMM tanto individuales como colectivos y puede ser establecido en cualquier aseguradora sin importar su categoría de acuerdo a su representatividad en el mercado.

2.2.2 Medios y recursos.

Lo siguiente ahora, es establecer los medios que permitirán lograr los fines ya establecidos, que conducirán a la solución óptima de la problemática principal que se tiene en el ramo de GMM: la rentabilidad y competencia en el mercado asegurador.

Es necesario observar la estructura del ramo de GMM, la cual en general suele ser de la siguiente manera:

Diagrama 3. Estructura del ramo de Gastos Médicos Mayores.



En el diagrama, se indican las figuras principales que participan en cada parte de esta estructura. Es necesario aclarar que en algunas compañías por su tamaño, en ocasiones operan como un sólo departamento: las áreas de selección y suscripción de riesgos con el de emisión, e incluso a veces, también el área técnica. Asimismo, las figuras principales señaladas, suelen ser diferentes, por ejemplo, en algunas organizaciones, en el departamento de siniestros participan actuarios y en otras, administradores o exclusivamente médicos. Estos profesionistas tienen pleno conocimiento del procedimiento de indemnización de siniestros y de aspectos técnicos, como son: la constitución de reservas, las normas y políticas estipuladas para cada uno de los planes de los seguros de GMM, la elaboración de estadísticas de siniestralidad y la conformación de las bases de siniestros.

En el diagrama 2 del capítulo uno (página 15), el departamento de servicio al cliente y el de indemnizaciones, son los principales proveedores de servicio, ambos deben de trabajar de manera conjunta para lograr los fines mencionados. Sin embargo, es aquí donde se pueden detectar ciertos conflictos y discrepancias:

- A) Existen grandes bases de datos, conformadas por la información correspondiente a cada siniestro, en la mayoría de los casos los encargados del departamento de siniestros no encuentran una utilidad, en realidad les representa una sobrecarga de trabajo, consideran todos estos datos como irrelevantes, por lo que en muy

- pocas ocasiones proponen una mejora o un cambio en el manejo de esta información.
- B) Existen grandes diferencias en la percepción que tienen tanto los actuarios como los médicos de ambas áreas, en lo referente a las actividades que realmente cada uno realiza y lo que se cree o se supone deben hacer.
 - C) No existe una evaluación continua acerca del tipo de servicio que cada área presta ya sea a la propia organización o bien a los clientes.
 - D) Las diferencias de personalidad y los desacuerdos respecto a los objetivos establecidos, afectan el desempeño eficiente del personal en cada área, el cual no se logra como consecuencia de los conflictos internos que existen entre los individuos.
 - E) Los conflictos con las áreas de ventas son muy frecuentes, pues normalmente se establece como objetivo del ramo, el crecimiento en ventas, sin embargo, la presión en muchas ocasiones es muy fuerte, se olvida el riesgo que representa cada negocio, las primas pueden crecer más, sin embargo, la siniestralidad suele ser muy alta, es decir, realmente no existe un negocio, una rentabilidad. El personal de cada una de las áreas, trabaja por conseguir su objetivo, pero pocas veces trabajan de manera conjunta para lograr ambos fines.
 - F) El ramo de GMM, normalmente es administrado con el ramo de vida, el presupuesto que se asigna a cada uno y las cifras que miden su utilidad, se manejan de forma separada, sin embargo, la distribución de todos los recursos tiene que ser compartida y en la mayoría de los casos surgen conflictos que afectan el desempeño de los individuos.

Todas estas diferencias difícilmente se eliminarán; han sido expuestas y lo importante es considerar los efectos nocivos que producen en la planeación del ramo, antes de emprender cualquier acción. Se debe valorar cada una de tal suerte que se pueda pensar en alternativas que mejoren la situación, o cuando menos que afecten lo menos posible al proceso de planeación.

Por otra parte, en el proceso de indemnización se tienen dos formas de pagos: el pago directo y el pago por reembolso³. Una de las principales diferencias entre éstos, es el control que la organización tiene sobre la atención médica que el asegurado requiere ante una eventualidad, de aquí que el pago directo que sí es controlado, ofrece beneficios en cuanto al pago de deducible y coaseguro; en ocasiones se reducen o inclusive se eliminan. El pago por reembolso es precisamente el que genera más problemas en la administración del ramo, en la mayoría de las aseguradoras, al no existir un control en el proceso, los gastos varían mucho, dependiendo del hospital, del médico, etcétera; el asegurado es quién elige y decide donde recibir la

³ Ambos conceptos se definen en el glosario del presente trabajo.

atención médica. Para el cliente en este caso, es muy importante que el evento no sea primeramente rechazado, y posteriormente que el reembolso solicitado se de lo antes posible y en su totalidad. Desafortunadamente, en la mayoría de los casos existe inconformidad por el monto de reembolso que el asegurado reclama, pues a parte de pagar deducible y coaseguro, en ocasiones no se logran cubrir sus gastos con la suma asegurada establecida, por lo que se crea una situación complicada para la aseguradora, quién por imagen prefiere en muchos casos autorizarlos como casos especiales, o bien terminan en la CNSF.

Lo antes mencionado, da la pauta para establecer los medios que se requerirán para alcanzar los fines ya especificados:

- A) *La capacitación a cada una de las personas que participan en la organización.* El tipo de capacitación no será únicamente técnica, será también referente a la buena atención y servicio al cliente. Se fomentará el interés y la motivación para cada uno de los miembros, reconociéndoles su labor y ofreciéndoles incentivos que logren mantener el interés por su crecimiento y desarrollo.
- B) *La participación de los actuarios* en este proyecto, permitirá involucrarse y conocer más acerca de las necesidades de los consumidores, por lo tanto podrán desarrollar creatividad para la elaboración de nuevos productos, normas o políticas internas del ramo, siendo su principal retribución la experiencia y satisfacción profesional.
- C) *El proceso de planeación del ramo*, independientemente de los resultados que se obtengan, éste permitirá un buen control de la siniestralidad del ramo de GMM, lo que propiciará el crecimiento y rentabilidad del mismo.

En cuanto a los recursos necesarios para la planeación del ramo son de tipo humano, material, informático y financiero. El primero depende del tamaño de la organización; lo ideal es que se logre tener un organigrama similar al diagrama 3, con el personal ya indicado. En algunas aseguradoras, dicho organigrama existe, pero sus funciones son compartidas con otros ramos, normalmente con el de vida. Esto no es algo que pueda ser una limitante para la planeación, ya que lo más importante, es que existan las figuras del personal y las áreas ya mencionadas. Los recursos materiales son el equipo de computo necesario para llevar un buen control de la siniestralidad. La experiencia en siniestralidad de una aseguradora, se encuentra en grandes bases de datos, que generalmente son alimentadas directamente por el departamento de siniestros, sin embargo, los reportes y estadísticas, suelen ser manejados por el departamento de sistemas a solicitud del área técnica correspondiente; por otro lado, los departamentos de

indemnizaciones trabajan de manera directa con los proveedores de servicios médicos, los cuales proporcionan los costos actualizados, y así conforman algunos de los catálogos del área de siniestros; toda esta información es precisamente la que constituye los recursos informáticos de la organización. En lo referente a recursos financieros, el principal es el presupuesto que anualmente se otorga al ramo, de aquí dependerá el tipo de incentivos y capacitación que se pueda ofrecer en el ramo.

Para el proyecto que se está desarrollando, los recursos necesarios son muy similares, la diferencia radica en la cantidad que se requiere de cada uno.

Como recursos humanos, la participación de un actuario y un médico son indispensables; los recursos materiales serán, un equipo de cómputo con capacidad suficiente para manejar grandes bases de datos; y los recursos financieros que se estiman serán mínimos, dependerán de la toma de decisión del encargado del área, pues de acuerdo a las funciones de la organización, él verá la forma en que se designarán las actividades de su personal, de tal manera que en el tiempo, que más adelante indicaremos, los recursos humanos necesarios puedan ser tomados de la misma estructura, evitando así la contratación de personal.

Los recursos necesarios para este proyecto, son de tipo interno, ya que es posible tomarlos de la misma estructura del ramo. Lo que se busca en este proceso, es que las personas que participen sean alentadas a través de la educación, la capacitación y el trabajo en conjunto, cada una de acuerdo a las funciones que desempeña, se retroalimentarán con su experiencia y conocimientos que adquirirán. De esta forma podrán lograr su desarrollo y, por lo tanto, su crecimiento.

Con lo anterior, se pretende que la organización logre un crecimiento con desarrollo, la capacidad para aprender y adaptarse a estas nuevas propuestas, marcarán su desarrollo.

Se pretende que el sistema⁴ se vea menos limitado por los recursos, pues no se debe olvidar, que los principales límites para el crecimiento son de tipo externos, es decir, impuestos desde afuera, en tanto que los principales límites para el desarrollo son internos, autoimpuestos.

Es de observar, que el mayor número de recursos, son de tipo interno, por lo que influirán de manera importante en el desarrollo de la organización. Si éstos logran ser controlados, podemos obtener un crecimiento con desarrollo, si éstos no se controlan, e influyen de manera negativa, se podría esperar un crecimiento sin desarrollo. Se pretende que el ramo de GMM, sea

⁴ En este caso, cuando se habla de sistema, se está haciendo referencia al ramo de GMM.

un sistema con fines democráticos, es decir, que aliente y facilite la competitividad para lograr un mayor desarrollo, además deberá existir, entre las figuras elegidas para participar en este proyecto, interés y motivación para lograr la capacidad necesaria para dirigir este proyecto a futuro, y serán éstos, figuras clave para la toma de decisiones de la selección de los medios y funciones.

2.2.3 La planeación interactiva.

A continuación se podrán apreciar, los vinculados del pasado, presente y futuro, que existen en el diseño del proceso. Esto permite corroborar la aplicación de la planeación interactiva en el ramo de GMM.

El instrumento que se diseñará está basado en:

- A) *La experiencia propia en siniestralidad de una aseguradora.* Es importante aclarar que el término experiencia propia se refiere a las estadísticas históricas de los siniestros que cada organización ha creado. Será suficiente considerar los tres últimos años.
- B) *Los costos de los servicios médicos privados deben ser actualizados.* Este punto es sumamente importante, ya que constantemente los costos varían, dependiendo de la economía, la zona geográfica y los avances en la medicina y tecnología. Además, cada aseguradora tiene convenios con los hospitales y médicos. En México, se cuenta con una figura importante que forma parte de la estructura organizacional del ramo en algunas compañías, el médico coordinador. Es algo innovador en el medio asegurador, este profesionista tiene como función primordial ofrecer el servicio a varias aseguradoras, cuando se presenta un siniestro, conoce perfectamente las condiciones de cada plan de GMM de las aseguradoras.
- C) *Aplicación de un modelo estadístico.* La obtención del catálogo GURA, se realizará procesando la información señalada; se determinarán parámetros para aplicar un modelo estadístico, que permitirá obtener resultados bien sustentados. Actualmente, existe escrito muy poco acerca de este tema, no ha sido visualizado como algo sumamente importante en el sentido de que puede aportar mucho a la problemática que se tiene en los departamentos de siniestros, específicamente en los pagos por reembolso³. El proceso que se está desarrollando es algo nuevo que permitirá ser la base de proyecciones a futuro, relacionadas

³ Concepto definido en el glosario de este trabajo.

con el ramo. En el capítulo tres de este trabajo se explicará más a fondo.

En la planeación del ramo, el pasado es no solamente la siniestralidad del ramo, sino también el crecimiento en primas y la rentabilidad que haya tenido la aseguradora como experiencia. El presente son todos aquellos factores que están influyendo de manera importante tanto en la economía del país, como en el mercado asegurador, y éstos deben ser tomados en cuenta en todo momento⁶. El futuro son las posibilidades de poder pronosticar las tendencias del ramo, su siniestralidad, su rentabilidad y, por lo tanto, su crecimiento y desarrollo.

Los fines que se han establecidos para la planeación del ramo, se alcanzarán en una fecha posterior al periodo de la planeación, por lo que, una vez implementado el proyecto y se aplique una planeación interactiva, el periodo de ejecución será indefinido, para poder llegar a una estructura ideal del ramo donde se logrará enfrentar los cambios acelerados del medio ambiente y los problemas que se suscitan en la organización.

En cuanto a los principios operativos de la planeación interactiva, resulta importante ver de que manera se cumplirán:

Principio participativo. Se propiciará el desarrollo de los miembros, ofreciéndoles una buena capacitación y entendimiento de la estructura del ramo, de tal forma que su contribución será muy importante para poder llegar de una manera eficiente al logro de los fines establecidos. En el proyecto las principales figuras serán los actuarios y médicos.

Principio de continuidad. En el capítulo tres, de este trabajo, se indicará el proceso de implementación de la técnica que se está desarrollando, se compararán los montos de los honorarios quirúrgicos que se estén reclamando, con el catálogo que actualmente se esté utilizando, y éstos a su vez con el nuevo catálogo GURA. Se establecerá un tiempo óptimo para monitorear dichos resultados, y sobre la marcha se analizarán los efectos de la implementación y de las bases utilizadas, de tal forma que se propondrán alternativas encaminadas a modificar la técnica, en caso de que los resultados sean fallidos. Este proyecto pretende sustituir una serie de funciones anuales que la organización realiza para la obtención de elementos claves en el desarrollo y administración de los productos. Se obtendrán bases importantes para la creación de planes de seguros más atractivos, que permitirán a la aseguradora una mayor competitividad en el mercado, cuando la aseguradora se encuentre en su mayor crecimiento, tendrá la opción de iniciar nuevamente una serie de cambios acompañados de productos innovadores, que le

⁶ Estos han sido abordados en el capítulo uno, apartados 1.4 y 1.5, páginas 16-19.

permitirán avanzar hacia un mayor crecimiento. De esta forma la continuidad siempre existirá siendo dichas funciones imprescindibles.

Principio holístico. La coordinación y la buena integración que se logre principalmente entre el departamento de siniestros y el área técnica, permitirá lograr una buena planeación. La cual se deberá dar en forma simultánea e interdependientemente en ambos departamentos, para lograr conseguir con eficiencia los fines establecidos, los conflictos y discrepancias ya mencionados (página 36), deben atacarse a través de una planeación coordinada e integrada, por ejemplo, los problemas entre los individuos en cuanto a la percepción de cada uno, pueden mejorarse. Si se propone que por un tiempo muy corto actuarios y médicos trabajen juntos las actividades que cada uno realizan, de tal suerte que ambos puedan valorar cada una de las funciones que desempeñan; si solamente una de las partes lo hiciera no se estaría hablando de coordinación y mucho menos de integración, ésto demuestra la importancia de este principio en la planeación del ramo.

2.2.4 Tipología de los planes.

Los tipos de planes que se ejecutarán en el proceso de obtención del catálogo GURA, serán operacionales a corto plazo y direccionales; a través de éstos se especificarán los detalles de cómo lograr el objetivo.

El seguro de GMM ofrece una cobertura anual, debido a que sus tarifas y beneficios varían en cada periodo de acuerdo a los indicadores económicos y los costos de los servicios médicos privados. Muchas de sus funciones primordiales, están fijadas a corto plazo. Por lo mismo, el proyecto que se está diseñando debe lograrse en un corto plazo, ya que no se debe olvidar que es muy importante analizar los costos de los servicios médicos lo más rápido que sea posible. Si dicha labor se realizará en un tiempo mayor, los resultados no tendrían ningún sentido y uso.

La flexibilidad de la estructura de una organización es muy importante, ya que permitirá que los cambios necesarios para la planeación interactiva del ramo se logren sin tantos problemas. De igual forma, se conseguirá que los costos de implementar el proceso del GURA sean mínimos y al mismo tiempo los recursos puedan ser tomados de la misma. Es probable que en algunas aseguradoras no exista dicha flexibilidad, por lo que la implementación del proyecto se verá un tanto limitado, pero aún así más adelante se plantearán alternativas que permitirán llevarlo a cabo, y la diferencia será en tiempos y posiblemente en costos. Dichas alternativas, serán también aplicables a las limitaciones que se presenten en la planeación del ramo.

De momento se partirá del supuesto de que existe flexibilidad, y por lo tanto los planes serán direccionales y podrán responder a la incertidumbre

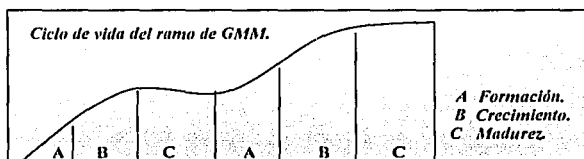
de cambios inesperados provenientes de factores internos que afectan al mercado asegurador, como el riesgo y la seguridad.

2.2.5 Factores de contingencia y establecimiento del tiempo.

Los factores de contingencia son situaciones ya sea internas como externas que pueden influir en los resultados de la planeación. Estas pueden ser controlables e incontrolables. Para el ramo de GMM, éstas ya han sido señaladas en el capítulo uno⁷. Lo importante ahora es conocer aquellas que podrían afectar el proyecto y la manera en que se vinculan con el ramo.

Para poder determinar los factores de contingencia y la temporalidad del proyecto, es necesario primero establecer:

- A) *El nivel en la organización.* De acuerdo al diagrama 3 (capítulo dos, página 9), se puede apreciar que el proyecto será a un nivel medio, es decir, el encargado del ramo, será el principal tomador de decisiones, y por el tipo de requerimientos, el proyecto no depende de las altas gerencias para ser desarrollado e implementado. Sin embargo, en la medida en que éste arroje resultados esperados y cumpla con los fines y objetivos establecidos, adquirirá importancia y se convertirá en un trabajo primordial, que posiblemente haga que la planeación sea estratégica.
- B) *El ciclo de vida de la organización.* Las aseguradoras actualmente se encuentran, algunas, en la etapa de formación y otras en la etapa de crecimiento, en el ramo de GMM. Por ello es esencial que los planes sean flexibles a corto plazo, para tener la posibilidad de hacer cambios cuando sea necesario; en el momento en que el ramo comience a estar en una etapa de madurez, entonces los planes serán más específicos y a un plazo mayor, será un periodo de estabilidad, y, por lo tanto, se podrán



obtener mayores beneficios de dichos planes. Con la elaboración de nuevos productos, en la medida en que estos sigan siendo competitivos, el

⁷ Apartados 1.4 y 1.5, páginas 16-19.

ciclo de vida del ramo de GMM, siempre se mantendrá en las etapas de formación, crecimiento y madurez.

- C) *El grado de incertidumbre ambiental.* Esto está relacionado con los cambios súbitos en la tecnología, en los aspectos sociales, económicos, jurídicos, etcétera. El mercado asegurador como ya se mencionó, se está viendo afectado por los conflictos que se están suscitando en E.U. Esto confirma la necesidad de aplicar planes direccionales en el proyecto.
- D) *La duración de compromisos futuros.* Será primordial analizar el tipo y las fechas de compromisos futuros que tiene la organización, para determinar el periodo de los planes. Se debe tener presente, que en las aseguradoras existen fechas donde los compromisos de trabajo son muy fuertes, como los cierres anuales, que normalmente inician en el último mes del año y finalizan en el primer trimestre del año siguiente. Esto es un punto que se tiene que tomar en cuenta, ya que en este periodo la mayoría de los miembros de la organización se encuentran participando en esta tarea, y difícilmente podrán realizar otro tipo de actividad. Hay que tener presente que este compromiso es con la CNSF quién regula la actividad de las aseguradoras y establece fechas de entrega y sanciones en caso de incumplimiento.

Antes de enumerar las posibles contingencias del proyecto, es necesario señalar las etapas del proceso que estamos diseñando:

- 1ª *Determinación de los recursos.* Aquí se elijan todos los recursos necesarios para desarrollar el proyecto, y de acuerdo a sus características y los requerimientos, se les proporcionará la capacitación necesaria.
- 2ª *Establecimiento de la fecha de inicio.* De acuerdo a las funciones de la organización se determinará la fecha óptima para iniciar el proceso de obtención del catálogo.
- 3ª *Análisis de reportes de siniestralidad.* Se recopilará la información de tres años atrás para su análisis.
- 4ª *Selección del muestreo de la información.* Se elaborarán una serie de encuestas derivadas del análisis de siniestralidad y del análisis de los costos de los servicios médicos privados. Se solicitará a regionales el apoyo para obtener dicha información.
- 5ª *Aplicación del modelo estadístico.* Una vez que se tenga toda la información necesaria, será procesada, aplicándosele un modelo estadístico.
- 6ª *Obtención del catálogo de honorarios quirúrgicos GURA.* Se generarán los catálogos correspondientes a cada regional, de acuerdo a parámetros que previamente van a ser definidos.
- 7ª *Proceso de prueba.* En esta etapa, se darán a conocer los resultados a todos los miembros que participan en el proceso de indemnización de siniestros, con la finalidad de proporcionar capacitación para realizar un control del monto que se está pagando por reembolso, indicándose la cifra

correspondiente al catálogo anterior y el actual. Esta información será evaluada para determinar los posibles cambios que se tengan que hacer en la metodología.

- 8ª *Modificaciones necesarias a la técnica.* El área técnica trabajará sobre las modificaciones necesarias, a fin de conformar el catálogo GURA definitivo.
- 9ª *Implementación del catálogo GURA.* Una vez finalizado el periodo de prueba, se sustituirá el catálogo GURA por el anterior, y se consolidará como una función primordial del ramo.

A continuación se enumeran las contingencias externas e internas que podrían impedir el cumplimiento de los fines, así mismo se señala, de que tipo son: controlables o incontrolables.

Contingencia	Interna	Externa	C	I
1	Inflexibilidad para obtener los recursos necesarios, lo que implicaría tener que buscarlos en un medio externo.		*	
2	Las figuras elegidas para liderar y participar en el proyecto, no cumplan con las características necesarias para desempeñar correctamente las funciones que se les asignarán, por lo que sería necesario una capacitación previa.		*	
3	El actuario y el médico deben trabajar de forma conjunta, es primordial el buen entendimiento de ambos en el sentido de profesionalismo y compromiso.	*	*	
4	Medios insuficientes para poder dar una capacitación e incentivos especiales para los miembros que participen en el proyecto.	*	*	*
5	Los recursos elegidos, no estén disponibles de tiempo completo.		*	
6	La fecha señalada para iniciar el proyecto y el periodo que abarca, coinciden con algún compromiso fuerte de la organización.		*	
7	La información de la experiencia en siniestralidad no se encuentre en condiciones óptimas para su consulta y manejo en una base de datos.		*	
8		La obtención de información actualizada de los servicios médicos, no se de en los tiempos establecidos y posiblemente no sea del todo fidedigna.	*	
9		La información requerida de otras regionales, puede ser que no se obtenga en los tiempos señalados y sea incorrecta.	*	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Procedimiento para la obtención del Gasto Usual, Real y Acostumbrado

Contingencia	Interna	Externa	C	I
10		Durante el proceso de la información, es posible que se detecten anomalías o errores de interpretación que requieran ser anulados con detenimiento e incluso realizar consultas e investigaciones externas.	*	
11	Deberá existir flexibilidad con el encargado del área, para poder tener retroalimentación de los avances del proyecto que se estén dando.		*	
12	Una vez obtenidos los primeros resultados, se requerirá de un trabajo en conjunto de varios miembros para poder revisar, comentar y sugerir modificaciones o cambios sustanciales en el proceso, para esto se requiere de flexibilidad de todos para poder tener una buena coordinación e integración.		*	
13	Para llevar a cabo el proceso de implementación, será necesario primero que cada uno de los miembros del proyecto a todos los miembros responsables de los pagos de indemnización que se hacen por reembolso, con la finalidad de que conozcan que fue lo que se hizo, cual es la meta que se busca y la forma en que participarán en el proceso de prueba. Una vez anunciado esto, se determinarán periodos cortos de capacitación y se darán los elementos necesarios para realizar las labores de prueba. Lo difícil en esta fase será determinar el momento en que se pueda dar lo anterior de manera simultánea para todos.		*	
14	Es posible que los resultados generados del proceso de prueba no sean del todo correctos, como consecuencia de un mal entendimiento.		*	
15		Es probable que se requiera nuevamente de información adicional en cuanto a costos de servicios médicos por zonas, por lo tanto deberá existir flexibilidad para proporcionarla en periodos de tiempos cortos.	*	
16		Los escenarios económicos del país y los problemas internacionales, si fuesen muy negativos podrían modificar de manera sustancial las tendencias del ramo de GMM, y por consiguiente una suspensión del proyecto.	*	

Contingencia	Interna	Externa	C	I
17		Un desequilibrio económico fuerte del asegurador, puede generar una reducción en el personal y por lo tanto una modificación significativa en la estructura.		*
18		Los costos de los servicios médicos privados están vinculados con la economía del país, con las propuestas de reformas en el ámbito de la salud, éstas generarían cambios importantes en la salud privada y como consecuencia, existiría gran variación en la información.		*
19		Puede ser que durante el desarrollo del proyecto, se de un cambio de administración general, por ejemplo, el encargado del ramo sea un miembro nuevo y, por lo tanto, algunos miembros de la organización sean substituidos y la secuencia del proceso se ven interrumpida o incluso hasta cancelada.		*

C = Controlable, I = Incontrolable.

Se puede observar que el mayor número de contingencias son internas y controlables, las no controlables son externas y no es posible contar con algún plan de acción que permita hacerlas controlables.

La contingencia 3, dependiendo de la situación que se presente, podrá ser interna-controlable, o externa-incontrolable (ésta es la razón por la que se encuentra marcada en todas las columnas). Esta se refiere a la capacitación e incentivos que se otorgarán; si el presupuesto del ramo es suficiente se cumplirán ambos puntos y ésta será controlable, pero si sucede lo contrario, se deberá buscar el presupuesto o los medios necesarios para obtenerlos, por lo que, dicha contingencia dependerá de las decisiones de las altas gerencias, y, por lo tanto, será externa e incontrolable. Un aspecto importante a considerar en el otorgamiento de incentivos, es que deben ser determinados de acuerdo a los objetivos de cada uno de los miembros.

Los eventos ya expuestos, se encuentran asociados entre sí y contemplan opciones que conformarán los planes de contingencia. Los valores que se pueden asignar, estarán dados por el tiempo, que indicará el nivel satisfactorio de funcionamiento del proceso.

Es importante ahora valorar cada evento asignándose un peso a cada uno de acuerdo a su funcionalidad en el proceso. En el siguiente cuadro se observa de manera más específica las alternativas de solución, el tipo de componente que es, la importancia que tienen en el proceso, la estrategia de solución, sus restricciones y la solución a cada evento.

Procedimiento para la obtención del Gasto Usual, Real y Acostumbrado

PROBLEMA	ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN	COMPONENTE	%	ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN	RESTRICCIONES	SOLUCIONES
Personal para desarrollar el proyecto.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reasignación de actividades del ramo. 2. Inclusión del personal de otras áreas. 3. Reclutamiento del personal de un medio externo. 	<p>Administrativo</p> <p>Técnico</p>	<p>90</p> <p>10</p>	<p>El personal elegido, debe contar con experiencia en el ramo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El actuario debe conocer bien los seguros de GMM, los aspectos técnicos, y un buen manejo de estadísticas. - El médico debe conocer bien el proceso de indemnización y los productos de GMM. 	El presupuesto insuficiente ya sea para la contratación de este personal o bien para la creación de incentivos.	<p>Definir funciones en las áreas técnicas y de indemnización, y buscar incentivos no necesariamente económicos.</p>
Carencia de recursos materiales.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reasignación del equipo de computo en el área. 2. Compra de equipo de computo. 	<p>Administrativo</p> <p>Técnico</p>	<p>50</p> <p>50</p>	<p>Elegir el personal del área, de tal forma que bajo el supuesto de que cada uno ya cuenta con su equipo de computo, este sea actualizado si es necesario. En caso de no contar con éste, quedaría bien justificado el requerimiento.</p>	El presupuesto insuficiente para actualizar o comprar el equipo necesario. Negativa de incrementar el presupuesto.	<p>Presentar a las altas gerencias la justificación del requerimiento.</p> <p>Diagnósticar las funciones de cada uno de los miembros del área, a fin de reasignar el equipo de acuerdo a sus actividades.</p>
Carencia de recursos financieros.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Incentivos no económicos. 2. Reasignación de funciones. 	<p>Administrativo</p> <p>Normativo</p> <p>Técnico</p>	<p>50</p> <p>30</p> <p>20</p>	<p>Ofrecer capacitación de tipo técnica impartida por los mismos directivos, a fin de ofrecer promociones de acuerdo al desempeño, y reconocimiento de las labores.</p> <p>Apoyar a los miembros para el logro de objetivos personales.</p> <p>Fomentar un buen ambiente de trabajo, a fin de que las personas se sientan bien.</p>	La falta de disponibilidad (actitud negativa) del personal.	<p>Cambiar la percepción de las personas, siendo labor principal del encargado del área, buscando despertar el interés, por su desarrollo y crecimiento.</p>
Disponibilidad de tiempo de los recursos.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reasignación de actividades. 2. Contratación externa de personal para cubrir las funciones que realizan los miembros que participan en el proyecto. 	<p>Administrativo</p> <p>Normativo</p>	<p>80</p> <p>20</p>	<p>Las funciones que se desarrollan en el proyecto, se realizan en las áreas, por lo que se debe analizar bien las funciones del ramo y eliminar la duplicidad de éstas.</p>	Los funcionarios no acepten el cambio de actividades que realizan cotidianamente.	<p>El encargado del área debe reasignar las funciones con jerarquías similares, a fin de que el personal se sienta motivado al cambio.</p>

Procedimiento para la obtención del Gasto Usual, Real y Acostumbrado

PROBLEMA	ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN	COMPONENTE	%	ESTRATEGIA DE SOLUCIÓN	RESTRICCIONES	SOLUCIONES
Establecimiento de la fecha de inicio del proyecto.	1. Cambiar la fecha de inicio. 2. Cambiar las fechas de compromisos de otras funciones.	Administrativo Normativo	30 70	Establecer calendarios normativos de las funciones del ramo y del proyecto.	Incumplimiento de las actividades de acuerdo al calendario por causas externas.	Al establecer el calendario, considerar el periodo de contingencia.
La información requerida, no este disponible, no este actualizada, no sea fidedigna y no se obtenga en los tiempos establecidos.	1. Reclutamiento de personal especializado para obtener la información. 2. Establecer un calendario que permita controlar cada uno de los procesos.	Administrativo Normativo Técnico	40 20 40	Diseñar un calendario y planes estratégicos a fin de que todo pueda ser logrado en los tiempos establecidos, y obtenido de la misma organización.	Falta de apoyo de otras áreas u oficinas regionales.	Planear la optimización del tiempo y solicitar apoyo a las altas gerencias para el logro de las metas establecidas.
Consultas e investigaciones externas.	1. Búsqueda de apoyo interno. 2. Capacitación especializada en algún tema.	Administrativo Técnico	20 80	Promover la iniciativa del líder del proyecto, a fin de que indague, investigue y se prepare por cuenta propia.	Falta de disponibilidad para hacerlo.	El encargado del área trabajará en conjunto con el líder del proyecto, a fin de guiarlo y apoyarlo en la obtención de medios externos.
Falta de coordinación para revisar los primeros resultados.	1. Ampliar los tiempos óptimos para dicha revisión. 2. Establecer un calendario de actividades.	Administrativo	100	De acuerdo a los compromisos de las áreas y personas involucradas, establecer un calendario y dar a conocer los resultados por grupos.	Aún con la división propuesta, existirán personas que por el tipo de compromiso no puedan estar presentes.	Documentar dichos avances, de forma clara, a fin de que sean entregados a todos los encargados de área y estos los den a conocer a sus funcionarios. Se establecerá un tiempo corto y pertinente para recibir comentarios al respecto.
Capacitación simultanea para la implementación del GURA en el área de siniestros.	1. Ampliar los tiempos óptimos para dicha revisión. 2. Establecer un calendario de actividades.	Administrativo	100	Se impartirá la capacitación por grupos con un calendario establecido de acuerdo a sus funciones.	Algunos miembros del área no estarán disponibles por su tipo de compromisos.	De acuerdo al tipo de funciones que desempeñan se verá quienes son imprescindibles.

El tiempo que tomará el desarrollo e implementación del proceso para la obtención del GURA, depende de los factores de contingencia ya mencionados, por lo que el siguiente diagrama muestra las posibles rutas que podría tomar el proyecto. Los días que se marcan en cada etapa, son límites máximos, por lo que no necesariamente, en cada una de éstas, se cumplirán de manera precisa, pueden ser menores los tiempos.

Se puede observar que si se sigue una ruta horizontal, ésta sería la ideal que permitiría lograr el proyecto en un tiempo mínimo de 3 meses. El mencionar que sería ideal, es equivalente a pensar que en este periodo no existiría ningún imprevisto, que se cuenta con todos los recursos, que el medio ambiente no limita en lo absoluto, que las condiciones económicas de la empresa son las mejores, que los miembros de la organización cumplen sus funciones de forma excelente, etcétera.

La ruta óptima, es entonces, aquella considerada bajo los siguientes supuestos:

- a) Los recursos seleccionados, trabajarán de tiempo completo en el desarrollo del proyecto.
- b) Los factores de contingencia que se señalan bajo la ruta, se eligen de acuerdo a la experiencia y conocimientos de la administración del ramo. Son situaciones reales que se presentan en la mayoría de las compañías.

De esta forma quedaría establecido un tiempo óptimo para el logro de dicho proyecto, de cuatro meses.

El periodo de contingencia podría ser de tres meses y medio, es decir, si suponemos que suceden la mayor parte de los factores antes mencionados, podría durar siete meses y medio como máximo. En este periodo, también se considerará que en algún momento, el personal que participa en el proyecto tenga que realizar otro tipo de actividades no propias del proyecto, o bien una posible ausencia por causas de tipo personal.

No se deben dejar de considerar los posibles cambios externos que pudieran afectar de manera súbita el proyecto, como son: la situación económica del país, y una posible fusión o venta de la aseguradora; ambos generarían un retraso considerable en el proyecto e incluso podría ser suspendido de manera definitiva.

El tratamiento de este problema es un ejemplo de cómo debe planearse cada una de las funciones del ramo, para lograr una planeación completa del ramo, no se debe perder de vista, que lo que se está desarrollando en este trabajo, es una de las funciones del ramo de GMM, que contribuirá de manera muy significativa en la planeación del mismo.

Diagrama 3. Proceso para la obtención del catálogo GURA.

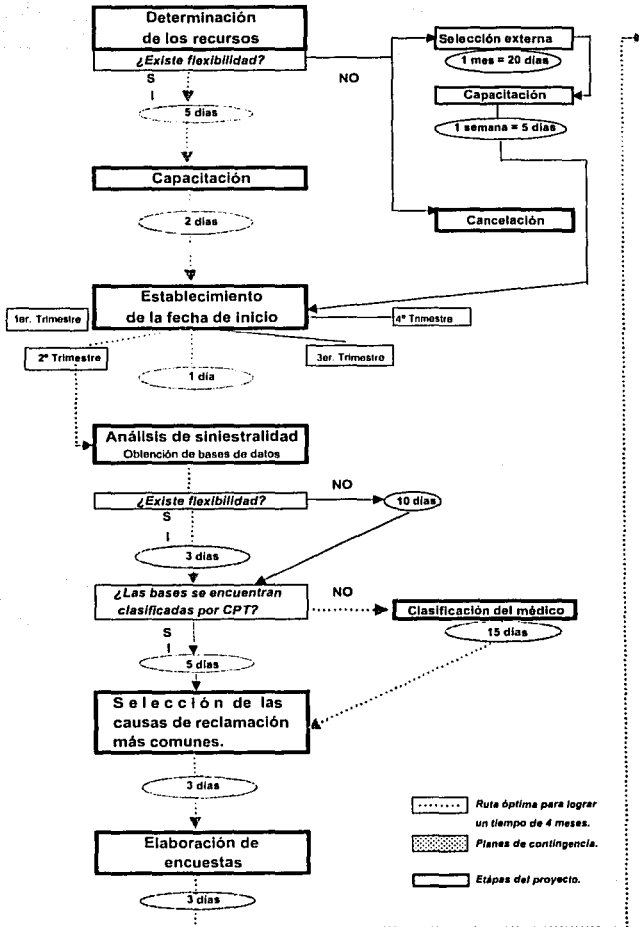
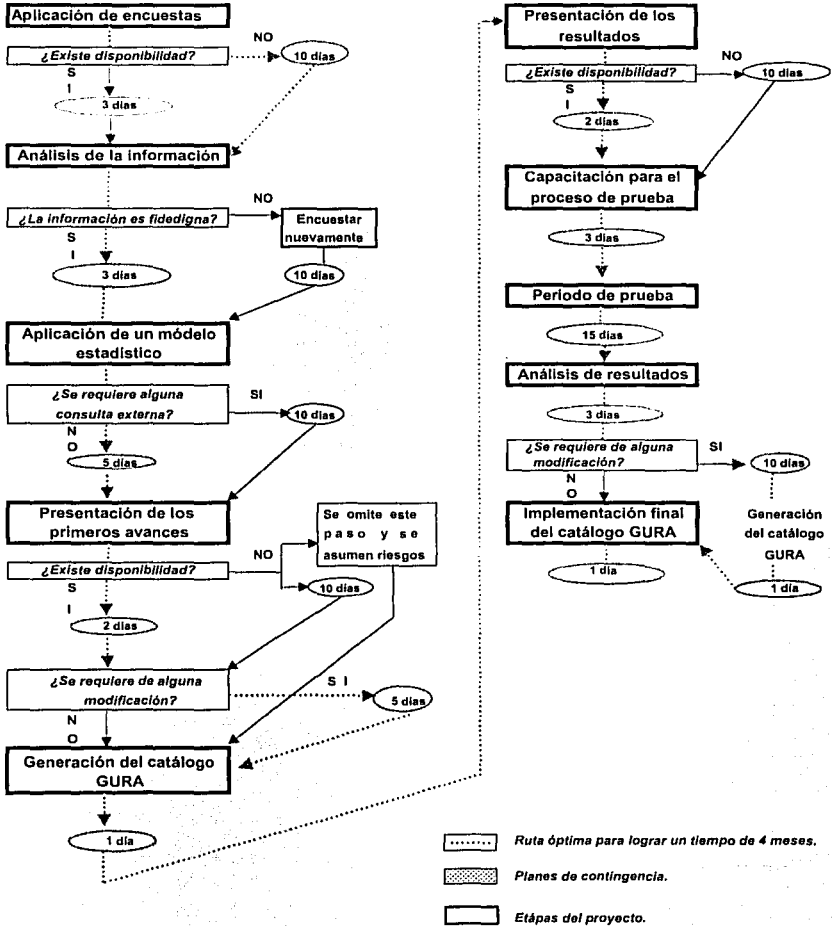


Diagrama 3. Continuación.



2.2.6 Administración por objetivos.

Se ha mencionado ya, que uno de los medios para lograr los fines establecidos, es el desarrollo de los miembros de la organización. La administración por objetivos APO, utiliza las metas que son tangibles, verificables y medibles para motivar el desarrollo.

Este tipo de administración se considera como la adecuada para la planeación del ramo, las razones se logran visualizar en el proceso que se está diseñando, donde en cada una de las etapas se definirán los objetivos específicos de desempeño personal, ésto será labor de cada uno de los participantes. El encargado del ramo, seleccionará de manera conjunta, las metas que se establecerán y la forma en que serán medidas, creándose así los planes de acción. En las etapas de "Presentación de los primeros avances" y "Presentación de resultados"⁸, se evaluarán no sólo los resultados, también los logros y progresos hacia las metas establecidas. La retroalimentación, será básica, para permitir a cada miembro visualizar sus esfuerzos y decidir si requieren incrementarlos.

2.2.7 La toma de decisiones.

Durante el proceso, será sumamente importante la toma de decisiones. "Tomar una decisión es seleccionar una solución". En este proyecto podemos identificar tres decisiones de carácter relevante, de las cuales dependerá el logro de los resultados bajo la ruta óptima:

1. *La fecha de inicio del proyecto.* En el apartado 2.2.5 se mencionó la importancia de este punto; ahora que se han establecidos los tiempos, es importante apreciar el porqué se eligió el 2º trimestre como la fecha óptima para iniciar. Por un lado, si el proyecto se concluyera con el período máximo, éste finalizaría antes del cierre anual, aportando mucha de la información necesaria para este ejercicio, como son las estadísticas de siniestralidad ya revisadas; se evitaría así la duplicidad de actividades, y es muy probable contar con la información completa del cierre anual.
2. *La determinación de los recursos.* Esta permitirá mostrar que tan flexible es el organigrama del ramo, será en este momento cuando se apreciarán los cambios que son necesarios, para mejorar y lograr una buena planeación. En el diagrama 3, se observan las distintas alternativas que se pueden tener para lograr la obtención de los recursos, el principal beneficio, es el tiempo. La alternativa elegida pretende llegar a la siguiente fase del proyecto, es decir, conservar siempre una dirección.

⁸ Diagrama 3.

3. *La implementación del catálogo GURA.* Al lograr implementar este catálogo, traerá consigo efectos simultáneos en la administración del ramo, se estará contando ya con el instrumento que permitirá cumplir con los fines y objetivos ya mencionados. Se debe recordar que el tema que se está tratando, actualmente no se ha considerado, ha sido ignorado, y no se han visualizado los beneficios que se pueden obtener, entre ellos el evitar la duplicidad de trabajo que es de suma importancia. Las actividades pueden generar resultados óptimos, solucionando de esta forma uno de los grandes problemas del ramo.

De acuerdo a los concepto mencionados por Ackoff, la primera decisión ya mencionada es de tipo inactiva, ya que está orientada básicamente en el presente, es decir, en la forma en que actualmente y desde hace mucho tiempo funcionan la actividades administrativas del ramo. Las otras dos decisiones son de tipo interactivo, es decir, están encaminadas al crecimiento y desarrollo del área.

Las decisiones serán tomadas, considerando una serie de indicadores de funcionamiento que permitirán resolver cada uno de los problemas que se presente en las fases del proyecto, y de esta forma filtrarán la información más pertinente.

Los indicadores son de gran utilidad para la evaluación de una empresa. De acuerdo a las fases del proyecto, a continuación tenemos los indicadores correspondientes.

1. Determinación de los recursos.

$$\frac{\text{Inv. Total}}{\text{R.M.} + \text{R.F.}} = \text{Costo de los recursos}$$

Donde: *Inv. Total* = Inversión Total
R.M. = Recursos Materiales
R.F. = Recursos Financieros

$$\frac{\text{Hrs. Capacitación}}{\text{R.H.}} = \text{Tiempo de los recursos}$$

Donde: *R.H.* = Recursos Humanos

$$\frac{\text{Total de empleados}}{\text{R.H.}} = \text{Flexibilidad del ramo}$$

Donde: *R.H.* = Recursos Humanos
El total de empleados son únicamente los del ramo.

2. Establecimiento de la fecha de inicio.

$$\frac{\text{Núm. de funciones}}{\text{Funciones GURA}} = \text{Funcionalidad}$$

Donde: El núm. de funciones son únicamente del ramo.

$$\frac{\text{C.T. del proyecto}}{\text{Núm. funciones}} = \text{Costo por función}$$

Donde: C.T. del proyecto = Costo Total del proyecto.

3. Análisis de siniestralidad.

$$\frac{\text{Primas GMM}}{\text{Monto siniestralidad}} = \text{Crecimiento}$$

4. Periodo de prueba.

$$\frac{\text{M.R. por siniestro}}{\text{M. GURA}} = \text{Eficiencia terminal}$$

Donde: M.R. por siniestro = Monto reclamado por siniestro de acuerdo al catálogo anterior.
M. GURA = Monto GURA.

5. Presentación de los primeros avances.

$$\frac{\text{Objetivos Totales}}{\text{Objetivos terminados}} = \text{Volumen de trabajo}$$

6. Presentación de los resultados.

En esta fase se evaluará el desempeño de cada uno de los miembros que participan en el proyecto. Una forma de medir esto, es a través de la técnica de escala de puntuación, donde se califica subjetivamente el desenvolvimiento del empleado en una escala, como: inaceptable, aceptable, bueno y excelente.

7. Implementación final del catálogo GURA.

$$\frac{\text{Utilidad Año 1}}{\text{Utilidad Año 2}} = \text{Crecimiento del ramo}$$

Donde: Utilidad Año 1 = Utilidad del año en que se implementa el GURA.

Utilidad Año 2 = Utilidad del año posterior a la implementación del GURA.

$$\frac{\text{Utilidad Neta}}{\text{Activo Total}} = \text{Margen de utilidad}$$

Donde: El margen de utilidad deberá ser registrado en forma anual para realizar comparaciones.

2.2.8 Modelo Administrativo del ramo de Gastos Médicos Mayores.

Existen seis modelos de administración que se establecen en las organizaciones:

1. Administración científica.
2. Humano relacionista.
3. De administración para la calidad.
4. De desarrollo organizacional.
5. Para la excelencia.
6. De reingeniería.

Antes de seleccionar cuál de éstos se aplicará al proyecto, es importante identificar cuál de éstos prevalece en las aseguradoras. La mayoría operan bajo la administración científica, los organigramas son verticales y cada ramo de seguros tiene un directivo y éstos a su vez subdirectores que son responsables de cada área.

El proyecto que se pretende implementar, se apega más a una administración humano-relacionista, y se compone de:

A) Principios.

- Los miembros que participarán en el proceso, trabajarán de manera conjunta para lograr los fines y objetivos ya señalados.
- Se busca obtener el mejor rendimiento de los empleados a través de su desarrollo en el ramo.

- La buena comunicación entre el área técnica y la de indemnización, es esencial.
- El logro de los objetivos de cada miembro, propiciará un aumento en sus incentivos económicos.
- Los métodos de sistematización, división y control del trabajo serán aplicados.

B) Técnicas.

- La productividad, se logrará a través del buen desempeño que tengan cada una de las personas que participan en el proyecto.

C) La planeación y el control.

- El encargado del ramo, impulsará el trabajo del actuario y del médico, con la finalidad de obtener la mayor productividad, en un buen ambiente de trabajo, que logren el cumplimiento de las metas fijadas.
- La productividad dependerá de la motivación que reciban cada uno de los participantes del proyecto.

2.3 Ejecución del proyecto.

La siguiente fase de la planeación es la ejecución. En el apartado anterior se mencionaron cada una de las etapas del proyecto. Antes de comenzar cada una de éstas, es importante considerar los siguientes conceptos y terminología. El desarrollo del proceso será bajo la ruta óptima ya señalada.

2.3.1 Conceptos y terminología.

CPT Current Procedural Terminology. Lista de servicios y procedimientos médicos suministrados o facilitados por proveedores médicos. Usualmente son utilizados los desarrollados por la American Medical Association. Esta codificación internacional está dividida en cinco secciones:

Especialidad	CPT	
	Desde	Hasta
1. Anestesia.	00100	01999
2. Cirugía.	10000	69970
3. Radiología.	70010	79900
4. Patología.	80002	89190
5. Médica.	90000	99190

Este proyecto se referirá únicamente a la especialidad de cirugía.

CF Factor de conversión. Este factor se obtiene de los costos anuales de mercado, por cada ramo de especialidad médica, a través de un muestreo, para la población de interés. Se establece por especialidad. Se determinan los procedimientos más comunes. Su fórmula será:

$$\text{CF} = \text{Suma de los Costos de Mercado} / \text{Suma UVR's}$$

DRGs Diagnosis Related Groups. Sistema de clasificación de servicios para pacientes hospitalizados sobre la base del diagnóstico principal, diagnóstico secundario, procedimientos quirúrgicos y edad. Utilizado como mecanismo para reembolsar a hospitales y seleccionar proveedores.

ICD 9 International Classification of Diseases, 9th Edition. Lista de códigos de diagnósticos utilizados por los proveedores médicos para reportar el estado de una enfermedad o condición. Los códigos y la terminología establecen un lenguaje uniforme que permite una consistente comunicación y especialización sobre el manejo de reclamos.

IIQ Honorario Quirúrgico. Monto máximo que se retribuye al médico cirujano por el ejercicio de su actividad profesional. La Fórmula para establecer un honorario quirúrgico será:

$$\text{Honorario Quirúrgico} = \text{UVR} * \text{CF}$$

n Procedimientos más comunes.

UVR Unidades de Valor Relativo. Son factores que atribuyen un cierto nivel de complejidad a cada código de procedimiento médico, asignando un valor a cada uno de éstos. Las UVR's determinadas por la AMIS, se obtuvieron tomando como base:

1. Tiempo que el médico le dedica al paciente.
2. Habilidad (preparación del médico).
3. Severidad o gravedad de la enfermedad.
4. Riesgo del paciente, por ser sometido a la cirugía.
5. Riesgo del médico, al cometer algún error.

2.3.2 Técnica para obtener el catálogo de honorarios quirúrgicos GURA.

1. Determinación de los recursos.

Recursos Humanos: Actuario y Médico.

Recursos Materiales: Equipo de computo.

Informáticos: Bases de datos de la siniestralidad del ramo.

Financieros: Presupuesto para incentivos.

2. Capacitación.

Se analizará lo que se tiene que hacer y cómo hacerse. En esta etapa se darán a conocer los antecedentes históricos del GURA y la terminología que se utilizará. Se estudiará cada una de las fases del proceso y los tiempos que se tienen establecidos para su cumplimiento.

3. Establecimiento de la fecha de inicio.

Se precisará la fecha de inicio del proceso. En este caso se supondrá su inicio el primer día hábil del 2º trimestre.

4. Análisis de siniestralidad.

A) Obtención de la base de datos. El actuario deberá solicitar la base de datos de la siniestralidad pagada del ramo de los últimos tres años.

Dicha información debe contener:

1. Causa de siniestralidad.
2. Monto reclamado.
3. Monto pagado por concepto de honorarios quirúrgicos.
4. Fecha de reclamación.
5. Fecha de pago.
6. Entidad.
7. Hospital donde se atendió.
8. Sexo.
9. Tipo de plan.
10. Codificación por CPT.

B) En caso de que no exista la codificación por CPT, el actuario y el médico deberán trabajar en conjunto para la codificación de dicho catálogo.

1. Clasificar la base de datos por año y por causas de reclamación.
2. Codificar de acuerdo al CPT⁹.

⁹ En el anexo 3 se puede apreciar el catálogo GURA por especialidad y la codificación CPT.

El catálogo de AMIS, indica el CPT correspondiente por procedimiento, la definición de CPT, y el valor de la UVR. Ejemplo:

CPT	Descripción	UVR
10040	SISTEMA TEGUMENTARIO	0.00
10040	Sistema tegumentario. Cirugía para acné (ej. Marzupialización, remoción de comedones, quistes y pústulas).	0.49
10060	Incisión y drenaje de absceso (ej. Hidroadenitis supurativa, abscesos cutáneos o subcutáneos) simple.	0.78
10120	Incisión y remoción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo; simple.	0.97
10121	- complicado.	2.23
10140	Incisión y drenaje de hematoma, seroma o colección líquida.	0.78

- C) Se debe recopilar el o los catálogos de pago por reembolso que actualmente estén aplicando en cada una de las regionales y codificar de acuerdo al CPT. También los catálogos de pago de honorarios que actualmente operan en los hospitales de mayor incidencia.

5. Elaboración de encuestas.

- A) Selección de procedimientos a encuestar. Una vez clasificados los procedimientos, se seleccionarán los tres procedimientos más representativos por especialidad de acuerdo a la opinión del médico. A continuación se presentan los procedimientos seleccionados como ejemplo, ésto como resultado del análisis de siniestralidad.

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS	COSTO MÍNIMO	COSTO PROMEDIO	COSTO MÁXIMO
Cardiovascular. Cateterismo cardiaco. Angioplastia coronaria. Safenectomía unilateral.			
Cirugía general. Sutura de herida de 2.6 a 7.5 en cara. Plastia inguinal unilateral. Extirpación de nódulo o quiste tiroideo.			
Cirugía pediátrica. Orquidopexia bilateral. Piloroplastia. Desinvaginación intestinal por taxis.			
Cirugía reconstructiva. Reconstrucción mamaria con implante y colgajo muscular por cancer. Injerto de piel en ulcera, en tronco y extremidades. Fx. Facial Leford III.			
Cirugía de tórax. Colocación de sonda intrapleural. Toracotomía exploradora. Resección de tumor mediastinal.			
Gastroenterología. Colecistectomía por laparoscopia sin exploración de vías biliares. Apendicectomía. Gastroscopia.			
Gineco-obstetricia. Histerectomía abdominal. Mastectomía radical. Criocauterización de cérvix.			
Neurología. Craneotomía por tumor. Laminectomía por canal estrecho. Retiro de válvula para drenaje de liquido encefaloraquídeo.			
Oftalmología. Tratamiento quirúrgico de desprendimiento de retina. Retinopexia. Sutura de herida corneal.			
Otorrinolaringología. Adenoamigdalectomía. Septoplastia con resección de cartilago. Taponamiento nasal posterior.			

TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS	COSTO MÍNIMO	COSTO PROMEDIO	COSTO MÁXIMO
Proctología. Absceso perirectal. Hemorroidectomía. Colectomía total con anastomosis ilco-anal.			
Traumatología y ortopedia Yeso tipo Velpaou. Artroscopia con reparación de ligamento cruzado. Artroplastia total de cadera.			
Urología. Varicocele. Prostactectomía suprapúbica. Cálculo en uretero, extracción endoscópica.			

D) Aspectos importantes a considerar en el encuestamiento.

- La información de las encuestas debe ser recabada para cada una de las regionales del ramo, en este caso fue para México, Monterrey, Guadalajara, Tijuana y Ciudad Juárez.
- La información debe ser actualizada, fidedigna.
- Por cada división se debió haber entregado la encuesta de cada uno de los doctores y/u hospitales correspondientes.

Los puntos anteriores tienen que ser dados a conocer a cada una de las personas que recabe la información a fin de que este consciente de la importancia de ésto.

6. Análisis de la información.

A) Bases de cálculo. De acuerdo a la conformación de cada aseguradora y al análisis de siniestralidad, se contará con diferentes datos, en este caso corresponden a:

1. Encuesta de México.
2. Encuesta de Guadalajara.
3. Encuesta de Monterrey.
4. Encuesta de Tijuana.
5. Encuesta de Ciudad Juárez.

Cada división deberá proporcionar la información correspondiente a los hospitales de mayor uso. Por ejemplo, en el caso del D.F. (en lo subsecuente se manejará como México), se considerarán los datos del Hospital ABC, Hospital Angeles y Clínica Londres. Asimismo, se manejaran dos costos: el correspondiente a la información obtenida de los hospitales y el otro generado del análisis de siniestralidad.

- B) Determinación de los Costos Promedios. De la información recabada, se obtendrá el promedio de los costos, se analizará la información y de acuerdo al criterio del médico se establecerá el costo de mercado, el cual es el promedio de los costos excluyendo aquellos que no resulten congruentes. A continuación se ejemplifican los procedimientos correspondientes a la especialidad de cardiología del D.F.:

Procedimiento CPT	ABC Reembolso	ABC Convenio	Angeles	Londres	Costo Promedio	Costo Mercado
33575	15,050	*13,545	18,500	15,200	15,573	16,500
34201	11,250	10,025	5,550	*13,899	10,181	9,000
37730	8,575	7,718	5,550	7,722	7,391	7,500

Como se puede apreciar en el cuadro en el primer procedimiento no se considera el costo de convenio del Hospital ABC para el promedio, pues a consideración del médico, éste no suele utilizarse ya que la mayoría de los asegurados que se atienden en este hospital, lo hacen a través de un pago por reembolso. El promedio correspondiente bajo este criterio es 16,250, el cual se redondea a 16,500.

De esta forma se logra establecer el costo de mercado para cada una de las divisiones:

Procedimiento para la obtención del Gasto Usual, Real y Acostumbrado

CPT	PROCEDIMIENTO	ESPECIALIDAD	COSTO DE MERCADO					
			MEXICO		GUADALAJARA	MONTERREY	TUJANA	CD. JUAREZ
			HOSPITALES	SIENESTRALIDAD				
33575	Angioplastia coronaria (endarterectomía con o sin balón, angioplastia a balón con o sin balón) con bypass y vascularización arterial)	CARDIOLOGIA	20,000	18,500	7,350	17,000	23,550	11,958
34201	Embolización o trombolectomía con o sin catéter, de arteria tamaño pediátrico o no-iliaca	CARDIOLOGIA	3,000	7,500	3,977	9,333	6,873	3,081
37730	Safinectomía	CARDIOLOGIA	12,000	9,000	4,028	8,167	6,280	5,388
12013	Subira de heridas superficiales en cara, pabellones auriculares, párpados, nariz, labios y/o mucosas 2.6 a 5.0 cm.	QUIRURGIA GENERAL	2,500	3,000	967	1,933	157	1,223
49505	Hemioleotomía o quada en mujeres de 5 años	QUIRURGIA GENERAL	8,000	7,500	3,713	5,333	5,898	4,700
50200	Exposición de Nódulo o Quiste Torácico Ovoides por vía general con o sin drenaje	QUIRURGIA GENERAL	17,000	11,000	5,177	7,833	7,850	6,233
54640	Hernioplastia	QUIRURGIA PEDIATRICA	8,000	11,000	5,100	6,333	7,650	5,667
43800	Hernioplastia	QUIRURGIA PEDIATRICA	8,030	11,500	5,657	4,667	6,280	5,750
49000	Abdomin y peritoneo Laparotomía exploradora con o sin biopsias	QUIRURGIA PEDIATRICA	16,000	11,000	5,877	4,833	6,280	4,417
15734	Reconstrucción primaria con implante y luego a muestra del Cáncer	QUIRURGIA RECONSTRUCTIVA	20,000	27,500	10,607	16,667	15,700	8,400
15100	Implante de piel en Ulcera en blanco y quemaduras	QUIRURGIA RECONSTRUCTIVA	7,000	8,500	2,833	3,433	6,280	3,036
15788	En Casa Lejoso III	QUIRURGIA RECONSTRUCTIVA	30,000	26,000	9,070	20,000	19,675	8,924
21550	Colocación de sonda intratecal	QUIRURGIA DE TORAX	4,500	3,500	2,867	3,333	2,356	3,000
21555	Toracotomía exploradora	QUIRURGIA DE TORAX	18,000	17,500	7,167	7,167	16,700	9,300
39220	Resección de tumor metastásico	QUIRURGIA DE TORAX	18,000	22,500	9,583	11,333	19,675	11,100
43234	Resección de tumor metastásico	CASTROURGINOLOGIA	2,500	1,900	1,800	1,500	1,570	2,155
44950	Abdomen Amputación	CASTROURGINOLOGIA	8,000	6,500	4,210	5,833	7,065	5,317
56340	Colostomía por laparoscopia	CASTROURGINOLOGIA	25,000	11,500	5,500	8,000	11,775	6,857
19200	Mastectomía radical incluyendo músculo pectoral y nodulos linfáticos axilares	GINECOLOGIA Y CIR. GERAL	11,000	22,500	4,840	12,500	15,700	8,684
57511	Clasificación de cervix (micro o macro) Oncología ginecológica	GINECOLOGIA Y CIR. GERAL	850	750	2,333	633	1,178	1,163
58200	Histerectomía total abdominal incluyendo vaginectomía parcial con tratamiento de nódulos linfáticos para cánceres y pólipos	GINECOLOGIA Y CIR. GERAL	18,000	16,000	5,377	6,667	10,205	6,817
61510	Craniotomía, trepanación, cranioplastia, para exposición de tumor cerebral, supratentorial excepto meningioma	NEUROLOGIA	22,000	25,000	10,000	17,333	31,400	15,697
62256	Retiro de vaina para drenaje de líquido cefalorraquídeo	NEUROLOGIA	7,000	12,500	5,000	3,833	6,280	5,933
63030	Laminectomía con descompresión de raíces nerviosas incluyendo fasciectomía parcial foraminotomía y/o resección de hernia de disco intervertebral, cervical, lumbar	NEUROLOGIA	9,000	17,500	3,267	4,100	23,550	11,367
65400	Subira de herida craneal	OPTALMOLOGIA	9,000	4,500	2,867	2,867	2,355	5,320
67101	Tratamiento quirúrgico de desprendimiento de retina	OPTALMOLOGIA	10,000	9,000	4,667	7,500	14,130	8,233
67228	Retinoplastia	OPTALMOLOGIA	9,000	2,500	4,333	7,500	10,705	8,485
30520	Sinoviectomía con resección de cartilago	OTORRINOLARINGOLOGIA	7,000	6,000	3,900	4,267	4,710	5,083
30905	Taponamiento nasal posterior	OTORRINOLARINGOLOGIA	4,000	1,250	1,250	1,767	2,748	1,683
42820	Adenoidectomía, mandados de 12 años	OTORRINOLARINGOLOGIA	6,000	4,000	3,600	3,500	3,925	3,901
45000	Abceso paranasal	PROCTOLOGIA	8,000	2,500	2,767	2,600	2,355	2,883
45130	Culexoma total con anastomosis esofágica	PROCTOLOGIA	25,000	15,000	9,000	12,667	23,550	10,700
46255	Hemiorrectomía interna e externa	PROCTOLOGIA	8,000	4,000	2,900	3,667	3,140	3,487
27130	Artroscopia total de Cadera	TRAUMATOLOGIA	20,000	19,000	10,333	13,833	19,625	11,351
29305	Tercer o en ambas manos infecciones Aplicación de yeso en castillo tipo placa, una pierna	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	1,500	900	1,133	2,000	1,570	1,113
29889	Resección o reconstrucción artroscópica de ligamento cruzado posterior	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	10,000	13,500	7,780	9,333	17,270	8,027
50610	Utererectomía en tercio superior de levos (Endometriosis)	UROLOGIA	3,500	8,500	8,667	5,333	7,850	5,550
55530	Exposición de varicocele	UROLOGIA	8,000	2,750	3,667	4,667	6,280	2,867
55821	Prostatectomía suprapúbica subtotal (incluye vasectomía, mesotomía)	UROLOGIA	10,000	9,000	6,000	6,667	9,813	5,673

- C) Análisis de las UVR. Se toma como base un procedimiento de cada especialidad, ejemplo de la especialidad de cardiología:

CPT#	PROCEDIMIENTO
33575	Angioplastia coronaria (endarterectomía con o sin gas, implante o anastomosis arterial) con bypass y vascularización.
34201	Embolectomía o trombectomía con o sin catéter, de arteria femoropoplítea o aorto-iliaca.
37730	Safenectomía Unilateral.

La base de la UVR seleccionada dentro de cada especialidad es la de AMIS. Se generan UVR's tomando como base el procedimiento seleccionado y el costo de mercado; como consecuencia, el único UVR que no cambia es el correspondiente al seleccionado dentro de la especialidad y el resto de las UVR's cambia de acuerdo al costo de mercado (encuesta).

Ejemplo:
Cardiología.

$$\text{Cociente a aplicar} = 9.07 / 9,000 = 0.00101$$

CPT	UVR AMIS	COSTO DE MERCADO	UVR's MODIFICADOS EN MÉXICO (COCIENTE) x (COSTO DE MERCADO)
33575	24.33	16,500	16,500 * 0.00101 = 16.63
34201	10.86	7,500	7,500 * 0.00101 = 7.56
37730	9.07	9,000	9,000 * 0.00101 = 9.07

Este procedimiento se llevó a cabo para cada una de las especialidades y encuestas.

Una vez calculada la UVR para cada una de las encuestas, se calculó el diferencial que existe contra las UVR's generadas por estas encuestas más la de AMIS. Enseguida, se llevó a cabo un análisis de cada uno de los diferenciales por procedimiento y encuesta, estableciéndose una UVR mexicana de acuerdo a los datos observados, minimizando la varianza de las UVR's para cada uno de los procedimientos.

Una vez obtenidas las UVR's "mexicanas", se realizó el cálculo de los honorarios quirúrgicos y se analizó el diferencial contra el costo de mercado para corroborar el valor correcto de las UVR's.

- D) Cálculo del factor de conversión. Tomando como base la fórmula de la página 58 de este capítulo y las UVR's "mexicanas", se calcula el CF por especialidad. A continuación se tiene un ejemplo considerando la información de México.

CPT	ESPECIALIDAD	UVR AMIS	UVR MEX	CF MEXICO
33575	CARDIOLOGIA	24.33	22.9	670.32
34201	CARDIOLOGIA	10.86	14.19	
37730	CARDIOLOGIA	9.07	12.14	
12013	CIRUGIA GENERAL	1.46	3.01	742.92
49505	CIRUGIA GENERAL	9	10.91	
60200	CIRUGIA GENERAL	9.35	14.93	
54640	CIRUGIA PEDIATRICA	8.27	28.11	477.71
43800	CIRUGIA PEDIATRICA	13.3	21.91	
49000	CIRUGIA PEDIATRICA	9.19	19.06	
15734	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	17.4	22.63	1,127.89
15100	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	5.7	5.72	
15788	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	6.77	23.96	
21550	CIRUGIA DE TORAX	1.25	6.93	743.84
21555	CIRUGIA DE TORAX	2.87	22.85	
39220	CIRUGIA DE TORAX	13.35	28.7	
43234	GASTROENTEROLOGIA	17.79	2.8	568.57
44950	GASTROENTEROLOGIA	10.4	12.37	
56340	GASTROENTEROLOGIA	13.5	19.83	
19200	GINECOLOGIA / CIR GRAL	17.46	21.18	907.93
57511	GINECOLOGIA / CIR GRAL	1.41	1.87	
58200	GINECOLOGIA / CIR GRAL	14.75	20.18	
61510	NEUROLOGIA	25.51	58.86	427.55
62256	NEUROLOGIA	25.42	27.73	
63030	NEUROLOGIA	19.07	42.05	
65400	OFTALMOLOGIA	7.78	10.01	355.56
67101	OFTALMOLOGIA	12.03	17.6	
67228	OFTALMOLOGIA	7.04	17.39	
30520	OTORRINOLARINNOLOGIA	10.23	11.85	388.55
30905	OTORRINOLARINNOLOGIA	2.78	4.16	
42820	OTORRINOLARINNOLOGIA	8.5	10.37	
45000	PROCTOLOGIA	2.95	2.95	770.06
45130	PROCTOLOGIA	19.75	19.75	
46255	PROCTOLOGIA	9.56	5.22	
27130	TRAUMATOLOGIA	23.48	35.7	482.59
29305	TRAUMATOLOGIA	1.85	4.23	
29889	TRAUMATOLOGIA	22.32	29.28	
50610	UROLOGIA	15.02	21.19	345.27
55530	UROLOGIA	7.58	12.57	
55821	UROLOGIA	11.42	24.89	

- E) Estandarización del factor de conversión. Dado que el factor de conversión varía por especialidad y por encuesta, se estandarizó para obtener un sólo factor de conversión por especialidad para todas las encuestas (zonas) y bajo una misma base de UVR's.

Se estableció el CF de la especialidad de cardiología como el base para "normalizar" a base 100 cada una de las especialidades y se aplicó a las demás encuestas.

Ejemplo:

ESPECIALIDAD	CF	COCIENTE	%
Cardiología	670.32	670.32 / 670.32	100.00
Cirugía General	742.92	742.92 / 670.32	110.98
:	:	:	:

Una vez que se obtuvieron los datos, se define el CF minimizando la varianza de los CF's.

Ejemplo:

ESPECIALIDAD	MÉXICO	MONTERREY	GUADALAJARA	MIN. VAR.
Cardiología	100.00 %	100.00 %	100.00 %	100.00 %
Cirugía General	133.66 %	109.20 %	74.45 %	110.83 %
Cirugía Reconstructiva	107.81 %	120.45 %	50.93 %	168.26 %
:	:	:	:	:

De esta forma, se obtiene una misma relación entre los CF's por especialidad para todas las encuestas y se garantiza que la diferencia entre catálogos será la misma proporción para todos los procedimientos.

Enseguida, se modifican las UVR's "mexicanas" de acuerdo a la relación que existe entre cada uno de los CF's ya definidos.

Ejemplo:

CPT	UVR "mexicana"	PRODUCTO	UVR ESTANDARIZADA
Cardiología			
33575	22.90	22.90 * 100 %	22.90
34201	14.19	14.90 * 100 %	14.19
37730	12.14	12.14 * 100 %	12.14
Cirugía General			
11307	4.17	4.17 * 1.1083	4.62
11404	4.32	4.32 * 1.1083	4.79
11441	3.26	3.26 * 1.1083	3.61
:	:	:	:

Al realizar dicha operación se obtiene un mismo CF para todas las especialidades de una misma encuesta y bajo una misma base de UVR's por consiguiente la comparación entre los CF's, permite observar la diferencia que existe entre catálogos de acuerdo a la zona, como se muestra a continuación:

ESPECIALIDAD	MÉXICO	GUADALAJARA	MONTERREY
Cardiología	670.32	311.50	700.79
Cirugía General	670.32	311.50	700.79
Cirugía Pediátrica	670.32	311.50	700.79
:	:	:	:

Tomando como base las UVR's y los CF's estandarizados, se efectuaron los cálculos correspondientes del honorario quirúrgico para cada una de las encuestas, y se realizaron los comparativos contra el costo de mercado y el GURA que actualmente se paga. A continuación mostramos la información correspondiente a los procedimientos de las encuestas por división.

CPT	ESPECIALIDAD	UVR FINAL	CATALOGOS GURA					
			MÉXICO	MONTERREY	TIJUANA	GUADALAJARA	CD. JUÁREZ	
33575	CARDIOLOGIA	22 561	15, 350	15, 150	15, 150		9, 950	9, 800
34201	CARDIOLOGIA	14 19	9 600	9 500	9 500		4 750	6, 050
37730	CARDIOLOGIA	12 14	8 100	8 100	8 100		4 550	5, 150
12013	CIRUGIA GENERAL	3 44	2 300	2 300	2 300		1 400	1 450
49505	CIRUGIA GENERAL	12 09	8 100	8 100	8 100		3 300	5 150
60200	CIRUGIA GENERAL	15 55	11 050	11 050	11 050		4 000	7 050
54640	CIRUGIA PEDIATRICA	14 48	9 700	9 700	9 700		3 650	6 200
43800	CIRUGIA PEDIATRICA	18 58	12 450	12 450	12 450		3 850	7 950
49000	CIRUGIA PEDIATRICA	16 17	10 800	10 800	10 800		3 850	6 900
15734	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	38 08	25 600	25 500	25 500		8 000	16 300
15100	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	9 62	6 450	6 450	6 450		2 650	4 100
15788	CIRUGIA RECONSTRUCTIVA	40 32	27 000	27 000	27 000		5 150	17 300
21550	CIRUGIA DE TORAX	7 68	5 100	5 100	5 100		1 500	3 250
21555	CIRUGIA DE TORAX	25 33	16 950	16 950	16 950		5 200	10 850
39220	CIRUGIA DE TORAX	31 89	21 350	21 350	21 350		9 700	13 650
43234	GASTROENTEROLOGIA	2 37	1 500	1 500	1 500		1 000	950
44050	GASTROENTEROLOGIA	10 45	7 000	7 000	7 000		3 600	4 450
56340	GASTROENTEROLOGIA	16 82	11 250	11 250	11 250		5 750	7 200
19200	GINECOLOGIA / CIR GRAL	28 69	19 200	19 200	19 200		7 650	12 300
57511	GINECOLOGIA / CIR GRAL	2 53	1 650	1 650	1 650		950	1 050
58200	GINECOLOGIA / CIR GRAL	27 33	18 300	18 300	18 300		6 950	11 700
61510	NEUROLOGIA	37 54	25 150	25 150	25 150		11 450	16 100
62256	NEUROLOGIA	17 09	11 850	11 850	11 850		1 900	7 550
63030	NEUROLOGIA	26 82	17 950	17 950	17 950		8 150	11 500
65400	OFTALMOLOGIA	5 31	3 650	3 550	3 550		2 800	2 250
67101	OFTALMOLOGIA	9 34	6 250	6 250	6 250		4 950	4 000
67228	OFTALMOLOGIA	9 22	6 150	6 150	6 150		4 900	3 900
30520	OTORRINOLARINGNOLOGIA	6 87	4 600	4 600	4 600		3 200	2 900
30965	OTORRINOLARINGNOLOGIA	2 41	1 600	1 600	1 600		1 050	1 000
42820	OTORRINOLARINGNOLOGIA	6 01	4 000	4 000	4 000		3 150	2 550
45000	PROCTOLOGIA	3 39	2 250	2 250	2 250		850	1 400
45130	PROCTOLOGIA	22 69	15 200	15 200	15 200		8 600	9 700
46255	PROCTOLOGIA	5 00	4 000	4 000	4 000		2 100	2 550
27130	TRAUMATOLOGIA	27 70	18 550	18 550	18 550		8 750	11 850
29305	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	3 28	2 200	2 200	2 200		1 650	1 400
29889	TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA	18 84	12 600	12 600	12 600		6 950	8 050
50610	UROLOGIA	10 91	7 300	7 300	7 300		5 450	4 650
55330	UROLOGIA	5 47	4 300	4 300	4 300		2 600	2 750
55821	UROLOGIA	12 82	8 550	8 550	8 550		6 450	5 450

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- f) Obtención de los catálogos por zona. Se obtuvieron los GURAS por división de los procedimientos quirúrgicos.

Con base a lo anterior se determinó el catálogo base que se aplicaría en México, y para las otras divisiones.

ZONA	FACTOR APLICADO AL CATÁLOGO
México	1.07
Monterrey	1.07
Guadalajara	0.66

Se calcularon los honorarios quirúrgicos bajo la fórmula ya descrita, y una vez obtenido el catálogo de los 1,750 procedimientos para México, se generaron los correspondientes a las divisiones bajo las características ya mencionadas. Anexo 3.

En el capítulo tres se llevarán a cabo las siguientes etapas del proceso y la evaluación correspondiente.

Conclusiones.

Actualmente la mayoría de las aseguradoras se encuentran fusionadas con compañías extranjeras, los efectos de la globalización se hacen presentes ya. La forma en que se conducen y organizan estas empresas, tiene que ver mucho con la cultura extranjera. Los líderes trabajan en los cambios que conducen a una planeación interactiva, donde se fomenta el desarrollo de las personas. Los resultados no se visualizan a corto plazo, pues es una etapa de transición en la que se avanza poco a poco, sin embargo, ésta es una de las principales razones por la que se propone la planeación interactiva como medio para lograr los fines establecidos en el ramo de GMM.

Cada uno de los componentes de la planeación, aporta información importante que ayuda a delimitar y encontrar la solución a un problema. En el subtema 2.2 de este capítulo, se han establecido estos elementos con los cuales se han identificado los eventos contingentes controlables e incontrolables que se pueden presentar durante el proceso de obtención del catálogo GURA.

El desarrollar cada uno de los pasos establecidos por la planeación interactiva, ha permitido conseguir el objetivo de este capítulo, en el apartado 2.3. se enumeran las fases del proceso que conducen al cumplimiento de éste. Los resultados obtenidos conforman el instrumento que podrá convertirse en una función esencial y prioritaria del ramo, cuyo beneficio principal será lograr los fines establecidos.

El catálogo GURA aporta mucho, no sólo por su contenido y funcionalidad, sino también por todo el proceso que implica para su obtención. El costo que representa la elaboración de este catálogo no es significativo. Este es un modelo ideal a seguir para cada uno de los problemas que se presentan en el ramo. A través de dicho proceso se han podido identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas del seguro de GMM:

Fortalezas.

- La experiencia de muchos años, del seguro de GMM en México.
- La calidad del servicio y la gama de planes que ofrecen las aseguradoras.
- La figura de los coordinadores médicos es fundamental para el control de los costos y difusión de los productos.
- La planeación.

Debilidades.

- La información estadística insuficiente, y en la mayoría de los casos no fidedigna.
- Dependiendo del tamaño de cada empresa, la infraestructura puede considerarse como escasa para ofrecer servicio al asegurado.
- Los departamentos de ventas tienen una mala prospección de clientes, olvidan las políticas de selección y suscripción, presionan muy fuerte para tratar de colocar negocios que se presume no son rentables para la aseguradora.

- El costo del seguro de GMM es considerado como alto, está dirigido sólo a un sector de la población, aquel que cuenta con los recursos suficientes para adquirirlo.

Oportunidades.

- Las expectativas del mercado asegurador en nuestro país son buenas, de acuerdo a lo ya expuesto en el capítulo uno.
- Existe solvencia, es decir, la capacidad propia de pago a todo tipo de proveedores médicos y asegurados. El respaldo de capital extranjero y la participación de los reaseguradores contribuyen de manera significativa.
- La deficiencia en los servicios médicos públicos.
- Actualmente el 50% de la población mexicana no cuenta con un seguro.
- La liberación de normas fiscales, tales como: la deducibilidad de los planes de GMM individuales se traduce en competencia.
- Los avances de la tecnología médica contribuyen a la mejora en la salud, y a la vez, a reducir tiempos de estancia hospitalaria, lo que se traduce en disminución de costos de servicios médicos, los cuales no son tan accesibles para el asegurado, y las aseguradoras pueden ser los medios para lograrlo.

Amenazas.

- Las redes médicas para el servicio, en ocasiones no operan como deberían, afectan mucho la imagen de la aseguradora.
- Sí las reformas y programas de salud no se implementan en este gobierno, pueden generarse carencias de los estímulos fiscales.
- La opinión de los médicos no es muy alentadora hacia las aseguradoras, pues su percepción es:
 - Las aseguradoras pretenden convertir al médico en un empleado mal pagado y sin incentivos.
 - Interfieren en la relación médico-paciente, presionando mucho su desempeño.
 - Los tabuladores son elaborados unilateralmente.
- Los hospitales están visualizando la idea de trabajar de forma independiente en el ofrecimiento de los servicios médicos, ofreciendo paquetes de servicios médicos a los clientes, similares a los productos de GMM. Hasta el momento tienen como principal limitante: la carencia de solvencia y el respaldo financiero.
- Las fusiones de empresas aseguradoras, pueden crear un estancamiento en el desarrollo y crecimiento del mercado.

En cuanto al proceso de planeación se han podido vislumbrar algunas de las variables que son importantes en la planeación del ramo, se han señalado una serie de eventos que pueden afectar el resultado de lo que se está planeando; dependiendo del grado de impacto, se podrá considerar una variable como relevante. La correlación que existe entre ellas: cuando éstas tienden a cambiar juntas, en la misma dirección o direcciones opuestas, puede utilizarse para predecir el valor de la otra.

Uno de los objetivos principales de la toma de decisiones es la selección de medios que producen los resultados deseados.

El tomar decisiones implica seleccionar de toda esta gama de variables las más representativas de acuerdo al valor cuantitativo y en algunos casos cualitativo que posea cada una. En el siguiente capítulo se apreciarán las variables más significativas que deben considerarse en la planeación del ramo, en la medida en que se logren controlar o bien influenciar, se podrán ir desarrollando medios más creativos que conduzcan a la obtención de los fines.

Fuentes de información.

Bibliografía.

1. Harriett E. Jones, Dani L. Long, **Principios del Seguro de Vida, Salud y Rentas Vitalicias**, E.U.A., LOMA Información que funciona, 1998.
2. Churchman C. West, **El enfoque de sistemas**, 18ª. Impresión, Editorial Diana, México, Abril de 1995.
3. L. Ackoff Russell, **Un concepto de planeación de empresas**, 19ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 1998.
4. L. Ackoff Russell, **Planificación de la empresa del futuro**, 15ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 2000.
5. L. Ackoff Russell, **El arte de resolver problemas**, 17ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 2000.
6. Robbins, Stephen, **Administración: Teoría y Práctica**, Prenticehall Hispanoamericana, S.A., México, 1987.
7. R.E. Walpole, R.H. Myers, **Probabilidad y estadística**, 3ª. Edición, McGraw'-Hill, México, 1989.
8. Colunga Carlos, **Modelos de Administración**, Editorial Panamericana.

FALTA

PÁGINA

75|

CAPÍTULO TRES

Aplicación y alcance del procedimiento.

OBJETIVO: *Evaluar los resultados del procedimiento propuesto y analizar los alcances de este proyecto a través de escenarios.*

Contenido:

- 3.1 Evaluación de resultados.
- 3.2 Ventajas y limitaciones para el asegurado y el asegurador.
- 3.3 El seguro de Gastos Médicos Mayores en las décadas futuras.
 - 3.3.1 Determinación de variables.
 - 3.3.2 Creación de los escenarios.

Conclusiones.

CAPÍTULO TRES: Aplicación y alcances del procedimiento.

Los resultados obtenidos ahora deben pasar por un procedimiento de prueba, que permitirá determinar si éstos son funcionales o bien, de acuerdo al proceso ya señalado en el capítulo anterior proponer los cambios necesarios, para lograr los fines establecidos.

En esta etapa se apreciarán los alcances del proyecto, no solamente durante el período ya establecido como el óptimo para su desarrollo, sino también los posibles escenarios que podemos presenciar en un futuro.

3.1 Evaluación de resultados.

El proceso de prueba, tendrá como finalidad evaluar los resultados ya obtenidos. Este constará de una serie de etapas que conducirán a la implementación del catálogo GURA.

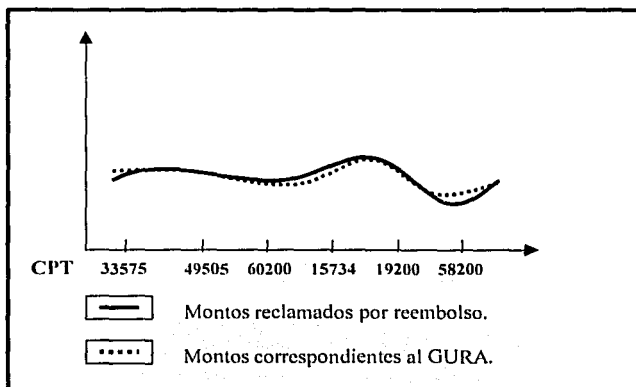
Etapas del proceso de prueba:

1. Capacitación del personal, cuya función es dictaminar el pago del siniestro que se está reclamando. En esta fase se dará a conocer el procedimiento desarrollado para obtener el catálogo GURA y el trabajo que se realizó.
2. Actividades que se deberán realizar para monitorear los resultados obtenidos:
 - A) Se proporcionará a cada analista de siniestros¹ un control para el pago de siniestros por reembolso, éste deberá ser llenado por un período de una semana.
 - B) Al final de esta semana, el analista de siniestros, reportará al actuario todos aquellos casos donde el monto reclamado sea superior al GURA por un margen de un 10%.
3. Se analizará la información generada en la fase anterior, se buscarán las posibles causas que generan el resultado incorrecto. Estas pueden ser propias del modelo, o bien externas; por ejemplo, la información errónea que se transmitió durante el proceso. Se deberán analizar nuevamente las UVR's establecidas y el factor de conversión a fin de realizar las modificaciones pertinentes al modelo para regenerar la información.
4. Nuevamente se repetirá el monitoreo con la finalidad de corroborar que el catálogo GURA esté listo para ser implementado de manera definitiva.

El proceso señalado se deberá realizar en cada una de las oficinas regionales, descentralizadas en el pago de siniestros.

¹ Son los empleados encargados de dar trámite a cada una de las reclamaciones por siniestro solicitadas.

En lo referente a los resultados obtenidos en el capítulo dos, se ha considerado la misma encuesta para ejemplificar la evaluación realizada a lo largo de un mes. En la siguiente gráfica se puede apreciar la desviación que tienen los datos del catálogo GURA, contra los montos reclamados por siniestralidad.



Como se puede apreciar la desviación de los datos, en un mes de prueba, se encuentra dentro de un margen muy aceptable, y en este periodo no se presentaron problemas de inconformidad por parte del cliente. Se solicitaron algunas aclaraciones en aquellos casos donde las diferencias fueron mayores, y al momento de presentarse un documento donde se justifica el monto establecido del GURA, el cliente quedó satisfecho.

3.2 Ventajas y limitaciones para el asegurado y el asegurador.

Los alcances de la herramienta que se ha diseñado, se deben medir primeramente para el asegurado:

Ventajas:

1. La principal y fundamental, es el buen servicio que recibirá el asegurado; con el catálogo GURA, se podrá dar una respuesta inmediata a las indemnizaciones por reembolso solicitadas, la asesoría de los médicos en cuanto a la atención de un evento puede ser más convincente, orientando

- de manera correcta al asegurado de acuerdo a los problemas de salud que presenta y a su capacidad económica.
2. Los asegurados con cierta antigüedad y buena siniestralidad, pueden verse beneficiados ante cambios en las normas y políticas de los planes.
 3. Los asegurados que radican en zonas geográficas donde no se tiene una infraestructura adecuada para la atención de enfermedades graves, pueden ser bien orientados por los médicos y tener acceso a los medios necesarios en otras localidades.
 4. Con esta herramienta, el departamento técnico, podrá crear productos más específicos a las necesidades que el cliente solicita, por ejemplo, planes con convenios especiales con hospitales de buen prestigio, planes con cuotas accesibles, planes con descuentos especiales dependiendo de la antigüedad y siniestralidad de la póliza, etcétera.
 5. El aspecto fiscal seguirá siendo una gran ventaja, tanto para empresas como personas que desean beneficios de deducibilidad. En la medida que los seguros de GMM, sean más atractivos para el cliente, mayores oportunidades habrá en el crecimiento de este ramo.

Las limitaciones que repercuten en los intereses del asegurado, pueden ser:

1. Con este instrumento se logrará un mejor control en el pago de los honorarios médicos al establecer los topes máximos por reembolso. En ocasiones éstos seguirán siendo insuficientes, la diferencia ahora será que por parte de la aseguradora existen buenos fundamentos para su aplicación, por lo que difícilmente se podrá ceder al reclamo del asegurado, quien en ocasiones suele tener acuerdos especiales con los médicos en cuanto al pago de dichos honorarios.
2. El asegurado a la renovación de su póliza puede perder ciertos beneficios en cuanto a coberturas, a primas, o bien normas o políticas de las cuales gozaba, por ejemplo, muchas personas con ciertas características, adquieren el seguro de GMM, únicamente para recibir y hacer uso de manera inmediata de la cobertura por maternidad (cesárea), y en muchas ocasiones no se da la renovación de la póliza. Las aseguradoras para efectos de conservación de cartera y rentabilidad del producto, pueden establecer períodos de espera que garanticen la permanencia de estos asegurados.

Para el asegurador, las ventajas de implementar el procedimiento son:

1. Con la implementación de este instrumento se podrán lograr los fines establecidos (en el capítulo dos), siendo ésta un factor de cambio estratégico, clave en la dinámica fundamental del negocio.
2. Resulta ser un procedimiento objetivo y justo para el pago de honorarios médicos.

3. Se logra la ampliación del catálogo de intervenciones quirúrgicas, siendo éste hasta el momento, el más completo que se tiene en México.
4. Se universalizan y unifican conceptos, nombres de intervenciones y procedimientos quirúrgicos actuales lo cual facilita su identificación para los médicos que asesoran y dan trámite directo a las indemnizaciones.
5. Con la codificación internacional es posible la comparación con otros países y compañías, además se logran elaborar estadísticas más confiables y precisas.
6. La clasificación con base a aparatos y sistemas, en lugar de especialidades, que el catálogo GURA ofrece, no duplica intervenciones y se establecen diferencias en costos.
7. El honorario médico no es fijo, existe flexibilidad para adaptarlo a la experiencia propia del sector y al producto ante cambios significativos.
8. En forma "rápida" y eficiente se puede llevar a cabo el análisis del incremento en la prima de tarifa de los productos de GMM, por zona, por tipo de hospital para cada plan, etcétera. Se logrará una mejor constitución de la reserva basada en los costos reales de los servicios médicos.
9. Se puede lograr una regionalización de los productos de GMM, lo que originaría una mayor competencia en el mercado asegurador, logrando un incremento en ventas.
10. Es posible modificar las condiciones generales, normas y políticas de operación de los planes de GMM, con fundamento al análisis de siniestralidad que se realiza.
11. Se genera información suficiente para llevar a cabo una auditoría en el departamento de siniestros. En ésta se pueden detectar todos aquellos siniestros improcedentes que han sido pagados, y detectar el origen de éstos, así como las alternativas de solución. Los fraudes que en ocasiones son realizados por los asegurados, agentes o brokers, por los proveedores de servicios y por los propios médicos, son un ejemplo.
12. Se puede propiciar la descentralización del departamento de siniestros.
13. Los recursos pueden obtenerse a un bajo costo.
14. El desarrollo e implementación del procedimiento puede ser en un plazo muy corto, lo cual es primordial en la elaboración de estadísticas anuales, el desarrollo de nuevos productos y los cierres anuales.
15. La administración del ramo de GMM se podrá mejorar, con el uso de este instrumento. Existen funciones que son primordiales en el ramo, con el procedimiento propuesto, se evitará una duplicidad de éstas, la rotación del personal médico en el área de siniestros puede reducirse, etcétera.
16. Ante la globalización que actualmente involucra al mercado asegurador, el procedimiento del GURA puede ser un medio a través del cual se alcance mayor competitividad el ramo de GMM.

La limitación que se puede tener con este proyecto es:

1. El procedimiento que se ha diseñado, depende en gran medida de un volumen de información muy considerable, por lo que la conformación de una base de datos puede ser un tanto complicada, y los recursos necesarios deberán ser mayores tanto en calidad como en cantidad.

Se puede observar que la aseguradora es la que mayores ventajas tiene al implementar el procedimiento diseñado, en la medida en que obtenga cada uno de los beneficios señalados, el asegurado obtendrá los correspondientes.

Existen una serie de acontecimientos que pueden repercutir en el mercado asegurador, lo interesante ahora, es analizar los alcances a futuro del ramo de GMM y del proyecto.

3.3 El seguro de Gastos Médicos Mayores en las décadas futuras.

Existen una serie de acontecimientos que pueden direccionar el mercado asegurador hacia escenarios muy distintos los cuales permiten analizar la capacidad del ramo asegurador para adaptarse a los cambios que pueden suscitarse en las siguientes dos décadas.

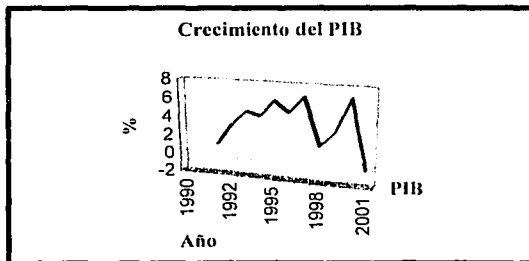
En los capítulos anteriores se ha dado una visión general de la problemática que actualmente enfrenta el gran sistema (el sector salud), y el ramo asegurador, antes de analizar cada uno de los escenarios diseñados es necesario señalar las variables principales y secundarias a utilizar, no se deberá perder de vista que las conexiones que existen entre éstas fueron ya expuestas a lo largo del capítulo uno.

3.3.1 Determinación de variables.

Se ha recopilado una serie de datos históricos que son útiles para tener una visión retrospectiva y asegurar una continuación de las tendencias actuales que se observarán en la visión prospectiva de los escenarios. Dichos datos son presentados de manera gráfica, de tal forma que se pueda apreciar de forma más clara el comportamiento de cada una de las variables.

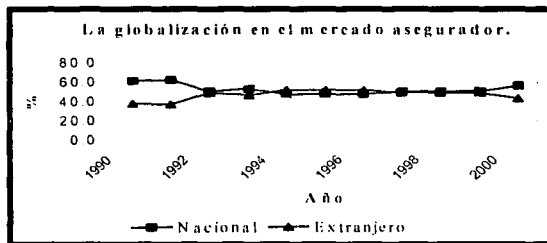
Las variables principales que se han establecido para la creación de los escenarios son:

1. El *crecimiento económico* del país. El indicador que se utiliza es el PIB.



Fuente de información: El Economista, suplemento especial de seguros. Obstáculos de la industria aseguradora para crecer. México, D.F., 24 de mayo de 2000.

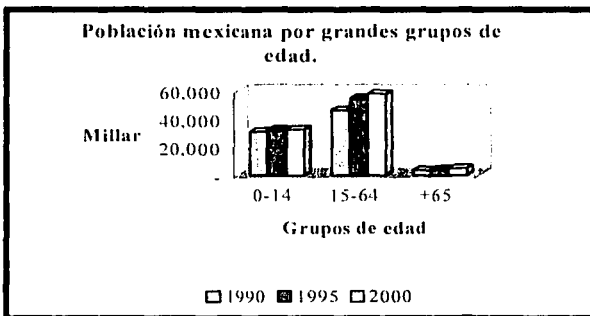
2. La *globalización en el mercado asegurador*. El indicador en esta variable será el porcentaje de participación de primas directas de las aseguradoras nacionales, contra el de las aseguradoras que se han ido fusionando con inversión extranjera.



Fuente de información: Estadísticas de primas, Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, México, 1990 a 2000.

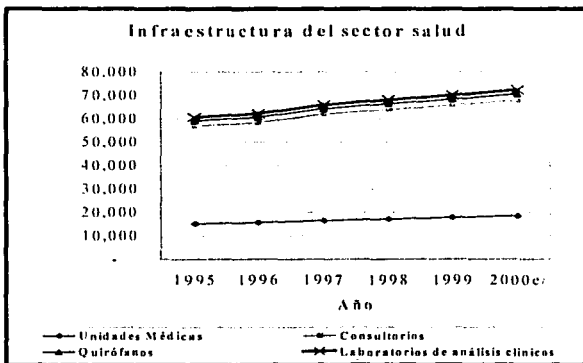
Las siguientes variables han sido elegidas como secundarias y son interdependientes no sólo de las principales, sino de aspectos internos y externos que influyen en el comportamiento del mercado asegurador:

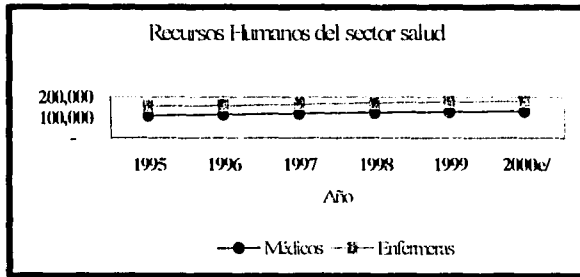
1. El **crecimiento de la población** mexicana. El índice de crecimiento será el factor a utilizar para proyectar el crecimiento en los próximos 20 años.



Fuente de información: Agenda estadística de los Estados Unidos Mexicanos, Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), México, edición 2000

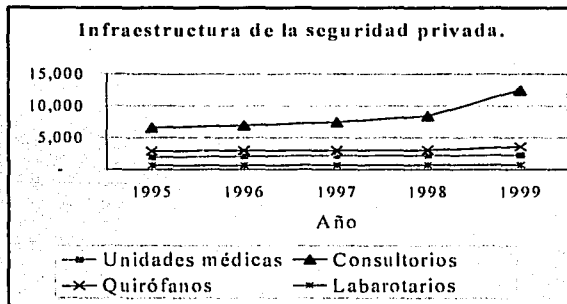
2. **Recursos de la seguridad social.** En esta variable se manejarán los datos correspondientes a la infraestructura, personal médico y los servicios otorgados.

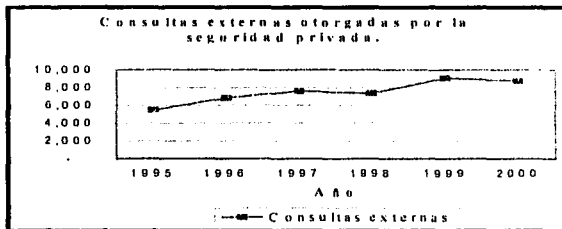
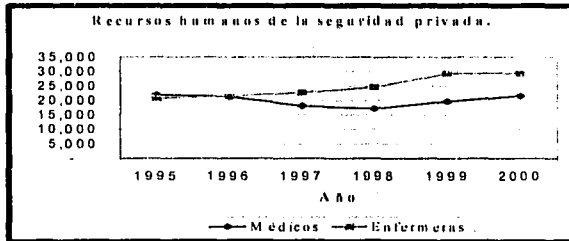




Fuente de información: Anexo estadístico del sexto informe de gobierno, México, publicado en la página de internet: www.ssa.gob.mx.

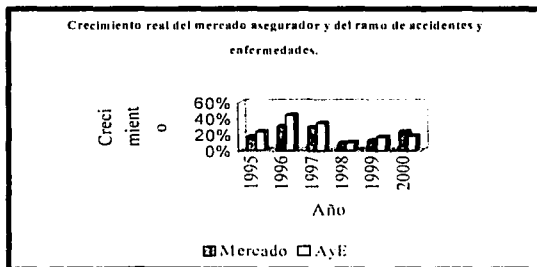
3. *Recursos de la seguridad privada.* En esta variable se aplicarán los mismos parámetros del punto anterior.

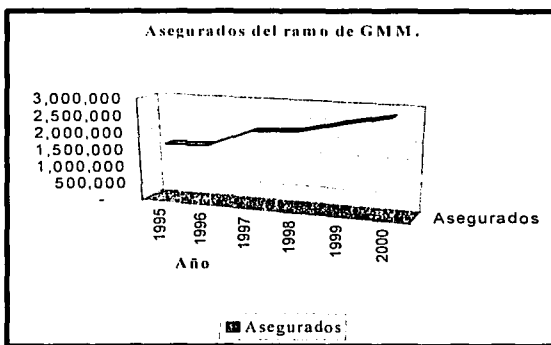
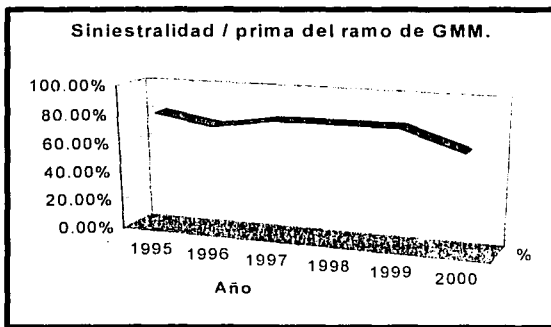




Fuente de información: Anexo estadístico del sexto informe de gobierno, México, publicado en la página de internet: www.ssa.gob.mx.

4. **Crecimiento del ramo de Gastos Médicos Mayores.** Aquí se utilizarán los datos correspondientes a prima directa del ramo contra la prima total de accidentes y enfermedades, el comportamiento de la siniestralidad del ramo y el número de asegurados del ramo de GMM.





Fuente de información: Indicadores de accidentes y enfermedades a septiembre del 2000, Asociación mexicana de instituciones de seguros, (AMIS), México.

3.3.2 Creación de los escenarios.

A continuación se presentan los cuadros correspondientes a los distintos escenarios que pudiesen presentarse en los próximos 20 años, la información se maneja por períodos de 5 años.

“El mercado asegurador ideal”.

En este escenario se supondrá lo siguiente:

1. El crecimiento económico del país es muy alentador, por lo que la recuperación económica se da de manera acelerada.
2. Los efectos de la globalización del mercado asegurador, se estancan durante las dos siguientes décadas. En este punto es importante mencionar que actualmente sólo Aseguradora Hidalgo y GNP son empresas totalmente nacionales, su participación en el ramo asegurador es muy importante. Bajo la hipótesis establecida, ambas compañías mantendrán su liderazgo e incrementarán su participación en el mercado.

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Crecimiento económico.	PIB ha decrecido en un 0.3%, el país se encuentra en recesión y el crecimiento depende en gran medida de la recuperación de los Estados Unidos a quien se envía un 85% de las exportaciones.	El PIB se recuperará de forma acelerada alcanzando un crecimiento anual del 4.2%, esto como consecuencia de la rápida recuperación del país del norte.	El crecimiento económico mantendrá la misma tendencia, 5.2% anual. La tasa de desempleo disminuirá ante la reactivación de empresas y nuevos inversionistas nacionales.	El país logrará mejoras en la educación, tecnología y en la organización de las empresas, lo cual se reflejará en un crecimiento anual del 4.3%	El desarrollo humano aumentará, con lo cual el crecimiento económico será sostenible en un 5.4%.
Globalización en el mercado asegurador.	Se ha anunciado la venta de Aseguradora Hidalgo. Un 46% del total de primas directas provienen de las aseguradoras nacionales.	Se mantendrán las dos aseguradoras nacionales como las más representativas del mercado asegurador, incrementando el porcentaje de participación a un 60%.	Participación de un 64%. Se regulará la operación de las aseguradoras con capital extranjero, de tal forma que GNP logre la captación del nuevo mercado empresarial y ante la disminución del desempleo Aseguradora Hidalgo logrará su conservación.	La competitividad será un fenómeno muy importante, las aseguradoras con capital extranjero, se habrán consolidado, representando un 50% del mercado asegurador, podrán contribuir al ahorro interno del país.	La participación de las empresas extranjeras, hará de las aseguradoras instituciones más grandes, que ofrecerán tecnología avanzada, capacitación, etc., de tal suerte que logren una participación del 65% aproximadamente.
Población.	97,483,412	103,986,736	112,023,248	118,907,904	124,973,402

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Recursos de la seguridad social.	El presupuesto asignado no se vio disminuido en el año 2002. Se han actualizado muchos de los proyectos y reformas del sector salud iniciados en el régimen anterior. El crecimiento de los recursos ha sido paulatino.	El crecimiento que tendrá la infraestructura será alrededor del 3% en recursos humanos del 1% y en servicio será de un 4%. Cifras muy similares a las actuales. Esto es equivalente a un estancamiento, el actual régimen tiene como prioridad la recuperación económica del país.	Los índices de crecimiento probablemente serán menores, ante una reducción en el desempleo, ante un crecimiento económico, etc. La infraestructura crecería en un 2%, los recursos humanos se mantendrían y los servicios en un 3.5%.	Con el avance en la tecnología, la esperanza de vida de las personas aumenta, los índices de morbilidad decrecen, y por lo tanto los servicios que se ofrecerían reportarían incrementos del 1.5% anual, la infraestructura y los recursos humanos se mantendrían.	En la medida que el desarrollo humano, sea impulsado, la calidad de los servicios médicos debe ser mejor. Es posible la consolidación de la reversión de cuotas del IMSS, por lo que la infraestructura no crecería, y en consecuencia los recursos humanos y el servicio tampoco.
Recursos de la seguridad privada.	El crecimiento ha sido muy significativo, como consecuencia de la deficiente seguridad social con que se cuenta.	Ante un estancamiento en la seguridad social, la seguridad privada se beneficiará. Su infraestructura posiblemente crezca en un 20% aproximadamente, los recursos humanos en un 10% y los servicios en un 5%.	Ante los efectos de la reforma fiscal, que posiblemente la medicina privada reporte reducción en el crecimiento de infraestructura, a un 15%, en recursos humanos a un 8% y en servicios se mantega.	Los avances en la tecnología médica harán presencia, por lo que el sector privado deberá actualizarse, las cifras reportarán efectos contrarios, pues la nueva tecnología tiende a requerir menor infraestructura y recursos humanos (crecimiento del 10% y del 5%). Los servicios posiblemente se incrementen en un 10%.	La infraestructura crecerá en un 6%, los recursos humanos en un 4% y el servicio se mantendrá, esto como consecuencia del comportamiento demográfico que se presentará.
Crecimiento del ramo de GMM.	Ante el ambiente económico y político internacional que se ha vivido, el ramo de GMM reportó un crecimiento real del 18%.	Es probable que el crecimiento del ramo en este año sea del 20%, ésto como consecuencia de la lenta recuperación económica del país.	El crecimiento del ramo podría ser de hasta 5 veces más. Con esta reforma se obliga a la contratación del seguro para efectos de deducibilidad.	La tecnología avanzada sólo se encuentra a disposición de un sector muy pequeño de la población. El ramo de GMM, ofrecerá planes atractivos que le permitan una captación de 10% anual.	Los índices de crecimiento del ramo serán muy pequeños, de aproximadamente un 3% anual, lo importante aquí será el buen servicio que permita la conservación de la cartera.

"El mercado asegurador como una realidad aún lejana".

En este escenario se supondrá lo siguiente:

1. El crecimiento económico del país crece con cifras alentadoras pero no tan rápido.
2. Los efectos de la globalización del mercado asegurador siguen avanzando.

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Crecimiento económico.	PIB ha decrecido en un 0.3%, el país se encuentra en recesión y el crecimiento depende en gran medida de la recuperación de los Estados Unidos a quién se envía un 85% de las exportaciones.	El PIB se recuperará de forma acelerada alcanzando un crecimiento anual del 3.6%, esto como consecuencia de la recuperación no tan rápida del país del norte.	El crecimiento económico será de un 4.4% anual, impulsado por los acuerdos de inversión extranjera que se logren. La tasa de desempleo seguirá disminuyendo ante las fusiones y participación de nuevas empresas.	Las mejoras en la educación, tecnología y en la organización de las empresas, mantendrán una tendencia de crecimiento anual del 3.7%, los cambios en las empresas por las fusiones, generaran esta situación.	El desarrollo humano se verá rezagado, con un crecimiento económico del 3.8% anual, esto como consecuencia de los cambios normativos y organizacionales en las empresas.
Globalización en el mercado asegurador.	Se ha anunciado la venta de Aseguradora Hidalgo. Un 46% del total de primas directas provienen de las aseguradoras nacionales.	La venta de Aseguradora Hidalgo se realiza. GNP Se mantiene como la única aseguradora nacional y como la más representativa del mercado asegurador, incrementando el porcentaje de participación a un 40%. La competitividad es muy fuerte en este sector.	El sector farmacéutico se ve afectado, no existirán provisiones y regulaciones que aseguren un margen de seguridad aceptable. La participación de GNP decrecerá a un 34%. La captación del nuevo mercado empresarial será más difícil, se deberá pensar en cambios importantes en los planes de seguros para que resulten atractivos.	La fusión o venta de GNP será un hecho, no existirán aseguradoras nacionales, la participación de capital extranjero será más representativa en aquellos organismos fusionados. Con el avance en tecnología se requerirá de mayor preparación profesional y menor mano de obra. El número de desempleados de este sector aumentará.	El capital extranjero, podría representar un 90% del total. Como se trata de instituciones financieras, este sector contribuirá de manera muy importante en el ahorro interno del país. Los intereses de los inversionistas extranjeros difícilmente tomarán un rumbo diferente ante la situación económica que prevalecerá en el país.
Población.	97,483,412	107,629,564	117,786,869	123,489,062	129,788,245

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Recursos de la seguridad social.	El presupuesto asignado no se vio disminuido en el año 2002. Se han actualizado muchos de los proyectos y reformas del sector salud iniciados en el régimen anterior. El crecimiento de los recursos ha sido paulatino. Un 3% en la infraestructura, 1% en recursos humanos y un 4% en los servicios.	El crecimiento de los recursos disminuirá, la infraestructura crecerá en un 2%, en recursos humanos se tendrá un 0.5% y en servicio será de un 3%. Esto dejará ver los intereses encaminados a la apertura de un comercio cada vez más libre y menos regulado.	El desempleo será más evidente, lo que propiciara la migración y marginación de la población, los índices de crecimiento en infraestructura y recursos humanos probablemente serán menores (crecimiento del 1% y 0.2% respectivamente). Los servicios por el contrario: su demanda indicará un crecimiento del 5%, la calidad en la atención será cada vez menor.	Efectos de polarización se vivirán, sólo un sector de la población podrá tener acceso a la atención médica digna. El gobierno tendrá que reestructurar proyectos y reformas impulsando un crecimiento en infraestructura del 4.5% y un 1.5% más de personal. El servicio seguirá incrementado su demanda en un 3%, pero probablemente a través de programas como el de IMSS-solidaridad.	El crecimiento de la infraestructura será de un 2%, los recursos humanos el 1% y la demanda del servicio en un 3.5%. La participación de instituciones de seguros especializadas (ISES), será impulsada como una alternativa a la gran demanda de los servicios de salud. Estas son reguladas por el sector salud, sin embargo, el impulso en la infraestructura será para la seguridad privada.
Recursos de la seguridad privada.	El crecimiento ha sido muy significativo, como consecuencia de la deficiente seguridad social con que se cuenta.	Ante un estancamiento en la seguridad social, la seguridad privada se beneficiará. Su infraestructura posiblemente crezca en un 25% aproximadamente, los recursos humanos en un 12% y los servicios en un 8%.	Con la aplicación de la reforma fiscal, la medicina privada reducirá el crecimiento en infraestructura, a un 18%, en recursos humanos a un 5%, y en servicios un incremento del 9.5%. La población se vería afectada al no cumplir con el perfil de las aseguradoras, entre ellas las de la tercera edad.	Las ISES impulsarán a los empresarios mexicanos a participar en este sector, sin embargo, con la globalización éste sería muy atractivo para el inversionista extranjero. Incrementos en infraestructura del 20%, en recursos humanos del 6% y la demanda de los servicios en un 11%.	Con la apertura de la reversión de cuotas del IMSS, la demanda en servicios y de personal crecerá en un 20% y 16% respectivamente la infraestructura no crecerá de igual forma (11%), pues la inversión más fuerte ya se realizó.
Crecimiento del ramo de GMM.	Ante el ambiente económico y político internacional que se ha vivido, el ramo de GMM reportó un crecimiento real del 18%.	Es probable que el crecimiento del ramo en este año sea del 28%, esto como consecuencia de la demanda en los servicios médicos.	El crecimiento del ramo podría ser de hasta 5 veces más. Con esta reforma se obliga a la contratación del seguro para efectos de deducibilidad.	Con la operación de las ISES, el ramo podría ser afectado si no participa en la inversión de los recursos necesarios, su crecimiento sería de tan sólo un 5% anual.	Los índices de crecimiento del ramo, se incrementarán nuevamente en un 35%, siempre y cuando se ofrezcan planes accesibles y competitivos.

"La realidad del mercado asegurador en el siglo XXI".

En este escenario se supondrá lo siguiente:

3. El crecimiento económico del país no es muy alentador.
4. Los efectos de la globalización del mercado asegurador se estancan durante las siguientes décadas.

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Crecimiento económico.	PIB ha decrecido en un 0.3%. el país se encuentra en recesión y el crecimiento depende en gran medida de la recuperación de los Estados Unidos a quien se envía un 85% de las exportaciones.	El PIB se recuperará de forma paulatina alcanzando un crecimiento anual del 3.15%. ésto como consecuencia de la recuperación económica de Estados Unidos.	El crecimiento económico mantendrá la misma tendencia, 3.8% anual. La tasa de desempleo no se recuperará, la frontera norte seguirá siendo una de las más afectadas, debido a la menor demanda de productos mexicanos en el mercado estadounidense.	El país continuará en un estancamiento total, reflejado sobre todo en la educación, tecnología y en la organización de las empresas donde será más evidente el desempleo. el crecimiento anual de la economía será de un 3.2%.	El desarrollo humano se encontrará completamente rezagado, la creación de dos mundos cada vez más polarizados, marcado por la pobreza, el crecimiento económico será de un 3.3%.
Globalización en el mercado asegurador.	Se ha anunciado la venta de Aseguradora Hidalgo. Un 46% del total de primas directas provienen de las aseguradoras nacionales.	Aseguradora Hidalgo, puede mantenerse con una representación minoritaria en el mercado (11%). GNP tendrá problemas en la captación de negocios, su participación en el mercado será de un 33%, dejando el liderazgo posiblemente a ING Comercial América.	La venta de aseguradora Hidalgo se consolidará. Es posible que con el apoyo de la AMIS, a través de una buena regulación a las demás aseguradoras. GNP pueda seguir manteniéndose con buena representación en el mercado asegurador (35%), siempre y cuando trabaje en la creación de planes de seguros muy atractivos.	El crecimiento de las aseguradoras con participación de capital extranjero será evidente, alcanzando una representación del 44% en el mercado asegurador. Se deberá vigilar y regular bien en cuanto al funcionamiento de estas como instituciones financieras, ante el riesgo que correrá el ahorro interno.	El capital extranjero podría representar un 85% del total. Los intereses de los inversionistas extranjeros difícilmente generarán incertidumbre debido a la situación económica del país.
Población.	97,483,412	102,964,259	108,216,471	113,455,351	119,242,714

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Recursos de la social.	El presupuesto asignado no se vio disminuido en el año 2002. Se han actualizado muchos de los proyectos y reformas del sector salud iniciados en el régimen anterior. El crecimiento de los recursos ha sido paulatino. Un 3% en la infraestructura. 1% en recursos humanos y un 4% en los servicios.	El crecimiento de los recursos disminuirá la infraestructura crecerá en un 2.4%, en recursos humanos se tendrá un 0.5% y en servicio será de un 3%. Esto como consecuencia de los problemas económicos y el déficit fiscal que prevalece en el país.	El desempeño de las ISES se podría utilizar como medio para fomentar la inversión de empresarios mexicanos. con ello se impulsará la infraestructura que podría crecer en un 1.8%, los recursos humanos en un 0.8% y la demanda de los servicios se incrementará en un 6%, derivada de la difícil situación de desempleo.	El estancamiento que vivirá el país se verá reflejado también en este sector. la infraestructura crecerá un 1%, los recursos humanos un 0.3% y la demanda de servicios en un 5%. Es posible que el gobierno autorice la aplicación de reversión de cuotas. como alternativa a los problemas de la calidad en la atención médica.	El crecimiento de la infraestructura será de un 0.8%, los recursos humanos el 0.5% y la demanda del servicio decrecerá a un 1.5%. El sector salud y el IMSS, vigilarán la operación de las aseguradoras y las ISES, su presupuesto se verá reducido y por consiguiente también sus recursos.
Recursos de la seguridad privada.	El crecimiento ha sido muy significativo, como consecuencia de la deficiente seguridad social con que se cuenta.	Ante un estancamiento en la seguridad social, la seguridad privada se beneficiará. Sin embargo, la situación económica encarecerá los productos, por lo que su crecimiento será de un 16% aproximadamente, los recursos humanos en un 8% y los servicios en un 3.6%.	Con la aplicación de la reforma fiscal, el desempleo y la situación económica, generarán en la medicina privada una reducción en el crecimiento de la infraestructura, a un 12%, en recursos humanos a un 3% y los servicios se incrementarán en un 5%.	Con la reversión de cuotas este sector se verá impulsado, posiblemente no se encarezca tanto, pues podrá captar clientes y su crecimiento podría mantenerse en un 15% para la infraestructura, 7%, en recursos humanos y un 20% en la demanda de los servicios.	Presencia de grandes grupos de seguridad privada, algo fundamental ante todos estos cambios, será la fusión de hospitales y consultorios, a fin de organizarse y planear estrategias para competir con el sector asegurador. La participación de nuevos inversionistas permitirán un crecimiento de la infraestructura en un 17%, en los recursos humanos de un 8% y la demanda de los servicios en un 22%.
Crecimiento del ramo de GMM.	Ante el ambiente económico y político internacional que se ha vivido, el ramo de GMM reportó un crecimiento real del 18%.	Es probable que el crecimiento del ramo se vea afectado por la situación económica, se esperaría un crecimiento real del 13%.	El crecimiento del ramo podría verse afectado (6%), si no se toman medidas pertinentes ante la operación de las ISES.	Con la reversión de cuotas, el sector se podría recuperar, reportando los incrementos más altos en la historia (38% anual).	Los índices de crecimiento del ramo, se podrán mantener con un crecimiento del 25%, siempre y cuando se diseñen planes competitivos y accesibles.

"La caída del mercado asegurador en el siglo XXI".

En este escenario se supondrá lo siguiente:

5. El crecimiento económico del país no es nada alentador, la recuperación económica será demasiado lenta.
6. Los efectos de la globalización del mercado asegurador avanzan.

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Crecimiento económico.	PIB ha decrecido en un 0.3%, el país se encuentra en recesión y el crecimiento depende en gran medida de la recuperación de los Estados Unidos a quién se envía un 85% de las exportaciones.	La recesión económica continuo por un año más. el PIB comienza a recuperarse alcanzando un crecimiento anual del 2.85%, ésto como consecuencia de la dependencia económica con los Estados Unidos.	El crecimiento será de un 3.4% anual. La tasa de desempleo crecerá, haciéndose aún más difíciles los problemas de inseguridad, de pobreza, de alimentación y de salud.	El país podría entrar en una crisis económica, con un incremento en el PIB anual del 2.9%. nuevamente posibles devaluaciones de la moneda y del precio del petróleo. la ayuda del país del norte será necesaria. El mercado para los inversionistas extranjero no será tan atractivo.	El poco avance que se había logrado en cuanto a desarrollo humano será difícil de mantener. el país se tardaría un siglo o más en alcanzar un desarrollo humano alto. El crecimiento económico sería de un 3%.
Globalización en el mercado asegurador.	Se ha anunciado la venta de Aseguradora Hidalgo. Un 46% del total de primas directas provienen de las aseguradoras nacionales.	No existirán más aseguradoras con capital nacional. la competitividad se reflejará entre las restantes aseguradoras, con la tendencia a darse nuevamente fusiones, pues el mercado asegurador no será muy atractivo para los clientes.	Los cambios en las compañías fusionadas se reflejarán en el creciente desempleo, la adquisición de recursos materiales (nueva tecnología), con los que se buscará simplificar las funciones.	El desarrollo y crecimiento de los miembros de estas organizaciones se verá acelerado. La globalización se caracteriza por una dependencia extrema de Estados Unidos.	Comienzan a surgir movimientos políticos y sociales para obstaculizar el avance de la globalización, lo que a su vez repercute en la economía del país. en el desarrollo humano de la población.
Población.	97,483,412	102,456,046	108,752,726	114,017,567	119,241,547

Variable	2002	2005	2010	2015	2020
Recursos de la seguridad social.	El presupuesto asignado no se vio disminuido en el año 2002. Se han actualizado muchos de los proyectos y reformas del sector salud iniciados en el régimen anterior. El crecimiento de los recursos ha sido paulatino. Un 3% en la infraestructura, 1% en recursos humanos y un 4% en los servicios.	El crecimiento de los recursos disminuirá la infraestructura crecerá en un 1.2%, en recursos humanos se tendrá un 0.2% y en servicio será de un 5%. Lo más importante será el trabajo realizado para atraer capital extranjero.	La seguridad social será más deficiente su crecimiento se mantendrá estancado, con un 0.8% en y un 0.2% en los recursos humanos, la demanda de los servicios se incrementará en un 10%, derivada de la difícil situación económica y del incremento en el índice de morbilidad.	Es posible que el gobierno tenga que crear programas emergentes para la atención médica de la salud, ante una progresiva urbanización que se tendrá como consecuencia de la globalización, la infraestructura podría crecer en un 2.3%, los recursos humanos en un 0.6% y la demanda de servicios en un 5.4%.	La infraestructura será muy deficiente, su crecimiento (3.1%) no será en la misma proporción, de igual forma los recursos humanos (0.4%). En cuanto a la demanda del servicio seguirá creciendo aún más (11%). La aplicación de la reversión de cuotas del IMSS y la operación de las ISES, difícilmente se observará, pues los problemas políticos y sociales los ensombrecerán.
Recursos de la seguridad privada.	El crecimiento ha sido muy significativo, como consecuencia de la deficiente seguridad social con que se cuenta.	Ante un deterioro en la seguridad social y la mala economía del país, la seguridad privada se beneficiará, sin dificultades podrá mantener su infraestructura y recursos humanos, pues la demanda de los servicios crecerá en sólo un 1.8% anual.	Con la aplicación de la reforma fiscal, el desempleo y la situación económica, generarán en la medicina privada una reducción en el crecimiento de la infraestructura, a un 8%, en recursos humanos a un 1.4% y los servicios se incrementarán en un 2.2%.	Los avances en la medicina y su tecnología se harán presentes, el sector privado conformará organizaciones grandes, con capacidad para renovar su infraestructura y hacerla crecer en un 7.5%, los recursos humanos difícilmente crecerán (1.2%), la demanda en servicio seguirá incrementándose pero de manera lenta (3.5%).	La seguridad privada, será ofrecida a través de paquetes económicos que puedan estar al alcance de cierto sector de la población, el trabajo por especialización de los médicos podrá ser una buena alternativa que logre un crecimiento de la infraestructura en un 5%, en recursos humanos del 2% y (1.2%), la demanda del servicio en un 6%. Es probable que el gobierno ofrezca incentivos a este sector.
Crecimiento del ramo de GMM.	Ante el ambiente económico y político internacional que se ha vivido, el ramo de GMM reportó un crecimiento real del 18%.	El sector asegurador estaría en un estancamiento, su crecimiento real, es probable que sea del 8%.	El crecimiento del ramo podría repuntar ligeramente a un 10%, siempre y cuando se ofrezcan productos muy competitivos.	El mercado asegurador dejará de ser atractivo para los inversionistas, posiblemente se vea el cierre de pequeñas aseguradoras, ante un crecimiento del 4.5%.	El mercado asegurador conveniará con médicos y hospitales para tratar de mantener su cartera, con un crecimiento del 3.5%

Conclusiones.

El catálogo GURA no sólo resulta un instrumento importante para las aseguradoras. Desde el momento en que considera una codificación internacional (CPT), es posible utilizarlo como base de estadísticas que permitirán medir el nivel de seguridad social que posee México. El enfoque de sistemas planteado en el capítulo uno, arroja mucha información acerca de la seguridad social a nivel mundial. A través de la planeación los distintos escenarios pueden ser más asertivos en cuanto a la situación que prevalecerá en México sobre la salud. Actualmente, México está considerado como uno de los países cuya seguridad social posee en un número muy reducido, tecnología de vanguardia. La transformación de la seguridad social en otros países sirve como modelo que arroja información para predecir los posibles cambios que se pueden dar en México.

Durante el procedimiento de prueba del catálogo GURA, se podrá intuir la existencia de algún error en cuanto a los recursos informáticos, es decir, si los datos mostrados en la gráfica del apartado 3.1 se dispersan considerablemente, es muy probable que la información de las encuestas (página 61), no se realizó correctamente. y, por lo tanto, una alternativa será aplicarla nuevamente.

En cuanto a los costos de los servicios médicos privados, a través de la evaluación de los resultados, se podrá apreciar una de las principales características de éstos, como es el nivel de inflación, el cual constituye la base para proponer nuevos convenios con los mismos o bien diferentes hospitales privados, siendo primordial el cubrir las necesidades que el asegurado demande.

Los distintos escenarios muestran el futuro que se podría presenciar en los próximos 20 años, es difícil pensar que los escenarios: "El mercado asegurador ideal" y "El mercado asegurador como una realidad aún lejana" (subtema 3.3), se cumplan, la situación geográfica, la riqueza del país, son sólo algunos factores que los inversionistas extranjeros no pasan inadvertidos.

El crecimiento económico de un país no es sostenible sin desarrollo humano, y es imposible que este crecimiento se de al mismo ritmo que el crecimiento de la población. Esto se debe tener muy en cuenta, se necesita alcanzar una tasa mínima de crecimiento económico anual per cápita del 3% en México, y en la medida en que el país se adentre en el siglo XXI, requerirá mayor crecimiento económico.

La globalización obliga al mercado asegurador a competir y ofrecer mejores servicios, que le permitirán seguir siendo un negocio atractivo. La población, por su parte, se beneficia en este sentido, contará con instituciones más grandes y con participación internacional, que ofrecerán una mayor y mejor variedad de productos, a un precio accesible.

Desde otro punto de vista, el gobierno y los organismos internacionales deberán intervenir en la redistribución de los beneficios de la globalización, con el fin de compensar a los perjudicados. En algunas localidades, abre nuevas perspectivas y las enriquece, y otras las margina.

La tasa de crecimiento demográfico ha disminuido, su crecimiento ha sido más lento, las predicciones hechas años atrás, acerca de la transformación de México como una gigantesca aglomeración han cambiado, como consecuencia de: la alta tasa de desempleo que en décadas pasadas se reportó, de la crisis económica de 1994-1995, del aumento en la esperanza de vida, de la gran difusión que se tiene acerca de la fecundidad y de los efectos de la globalización.

Entre los rasgos importantes que están caracterizando a la población mexicana, se tiene: los problemas del medio ambiente, el aumento de los conflictos sociales y la situación económica.

El crecimiento de las nuevas aseguradoras que operen el ramo de salud, dependerá del ofrecimiento de buenos productos, a precios accesibles y que respondan a las necesidades de este tipo de servicios en México.

El sector gubernamental, la medicina privada y el mercado asegurador deberán tener muy presente los cambios que se puedan suscitar ante tres aspectos importantes:

1. La aplicación de la reforma fiscal propuesta en este régimen gubernamental.
2. La operación de las instituciones de seguros especializadas en salud (ISES).
3. La reversión de cuotas del IMSS, que hoy se limita a los bancos y algunas empresas grandes.

Lo anterior podría dar la pauta, para un crecimiento significativo del mercado asegurador y podría pensarse en un descenso de la misma magnitud en la seguridad social, en México, creándose un sistema similar al de algún país latinoamericano cuyos antecedentes son similares.

Este siglo se considera como un período de cambio rápido, la población del mundo se triplica y envejece notablemente. Es un período crítico que no ha sucedido en la historia, siempre se había seguido un patrón de crecimiento estable y continuo. Las expectativas de vida han aumentado de 46 a 62 años.

Actualmente, los conocimientos biológicos se duplican cada 3 años, se estima que para el año 2005 la duplicidad se logrará en 90 días.

Un sistema con graves y crecientes restricciones en los recursos, debe estimular la eficiencia en la calidad de los servicios, controlar los costos y el proceso de regulación efectiva para incorporar tecnología.

No basta con tener gran disponibilidad de tecnología, ésto en realidad no soluciona los problemas, ni facilita las actividades médicas, sino al contrario, se convierte en obstáculo. Cuanto más complejas y costosas se hacen las tecnologías médico-sanitarias y cuanto más refinada resulta la aplicación de las existentes y de las nuevas tecnologías, las decisiones correctas sobre la asignación de los a menudo escasos recursos resulta cada vez más difícil.

En cuanto a los avances tecnológicos y la facilidad de acceso a la información permitirán que países como México desarrollen medios de producción más eficaces utilizando los recursos materiales menos costosos. Los conocimientos científicos y tecnológicos están avanzando en todos los campos a una velocidad sin precedentes históricos. Además, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación, la informática e Internet, son avances extraordinarios que están dirigidos precisamente al tratamiento, acumulación y transmisión de informaciones, por lo que se facilita aún más el aumento y difusión del conocimiento humano.

El proceso que se ha diseñado, deberá modificarse, de acuerdo a las necesidades de la aseguradora, ante el reto que tenga en el mercado asegurador. A lo largo de las próximas décadas este proceso sufrirá importantes transformaciones, pero podrá consolidarse como un gran instrumento que será uno de los medios para lograr los fines establecidos por estos organismos.

Fuentes de información.

Bibliografía:

1. Churchman C. West, El enfoque de sistemas, 18ª. Impresión, Editorial Diana, México, Abril de 1995.
2. L. Ackoff Russell, Un concepto de planeación de empresas, 19ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 1998.
3. L. Ackoff Russell, Planificación de la empresa del futuro, 15ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 2000.
4. Kees Van Der Heijden, Escenarios, el arte de prevenir el futuro, 1ª edición, Editorial Panorama, México, 1998.
5. Faul William R., América Latina: Evolución de la economía y los seguros, 1995.

Revistas:

6. Fondo Mexicano para la Salud, Economía y Salud.
7. FUNSALUD 1994; La Tecnología en salud: Riesgos y oportunidades en el contexto de la globalización.
8. Reflejos, Especial salud julio/septiembre 1998.
9. Asociación mexicana de institutos de seguros (AMIS), Estadísticas de primas 1990 a 1999, México.
10. Asociación mexicana de institutos de seguros (AMIS), Estadística 4º trimestre 2000, México.
11. Asociación mexicana de institutos de seguros (AMIS), Indicadores Accidentes y Enfermedades a junio del 2001, México.
12. Instituto Nacional de estadísticas, INEGI, Agenda estadística 1995, 1997, 1999 y EUM, edición 2000, México.

Periódicos:

13. El financiero, El Economista, suplemento especial de seguros. Obstáculos de la industria aseguradora para crecer, México, D.F., 24 de mayo de 2000.

Fuentes de consulta:

14. www.intermedik.com.mx.
15. www.mexicohoy.com.mx.
16. www.entornomedico.org.
17. www.dirmedico.org
18. www.compac.com.mx
19. www.notimex.com
20. www.ssa.gob.mx
21. www.INEGI.com

CONCLUSIONES GENERALES.

En el ramo de Gastos Médicos Mayores se aplica el principio básico en el que las superaciones de los costos no deben ser superadas por los gastos reales incurridos.

En todo momento, debe preservarse un sano equilibrio entre los siniestros reales y los siniestros esperados, entre las primas cobradas y las prestaciones pagadas, de lo contrario se estaría considerando la existencia de pérdidas.

En este trabajo de investigación, se ha logrado el principal objetivo, proponer un procedimiento para la obtención del catálogo de honorarios quirúrgicos GURA para el ramo de Gastos Médicos Mayores (GMM).

El procedimiento diseñado es uno de los resultados más importantes, puede consolidarse como un instrumento esencial en la planeación del ramo, que ayuda a resolver uno de los problemas más significativos en la administración del seguro de GMM: el pago por reembolso. Actualmente los siniestros reclamados bajo este concepto representan aproximadamente un 30% del total de siniestros anuales, sin embargo, son estos los que generan el mayor número de conflictos e inconformidades.

Se ha comprobado, que en la previsión de gastos, las aseguradoras deben tener en cuenta dos aspectos muy importantes: la experiencia siniestral y los costos de los servicios médicos. En este contexto, la tarea de las aseguradoras no es fácil, pues tienen que analizar lo más rápidamente posible las prestaciones pagadas y, al mismo tiempo, pronosticar el probable aumento en sus gastos causados por el incremento de los costos médicos. Si no hacen ésto, no podrán constituir un nivel de reservas adecuado, ni adaptar convenientemente sus tarifas en función de los gastos que deberán soportar.

El análisis "a posteriori" de la siniestralidad no es suficiente. No basta con interpretar, tan sólo, los gastos pasados, también hay que prever prudentemente los que vendrán. Con base a una buena previsión de gastos, las aseguradoras deben tomar, en el momento oportuno y sin vacilar, las decisiones que correspondan.

La realidad enseña que los atrasos en la adaptación de primas son a la larga contraproducentes. Tarde o temprano se llegará a una situación insostenible que obliga a efectuar un ajuste sustancial. Los grandes aumentos de prima no hacen más que alejar a los riesgos interesantes (generalmente son las personas jóvenes de buena salud), quedando solamente personas cuyo deficiente estado de salud no les permite cambiar de asegurador, cancelar su póliza o reducir la cobertura asegurada para economizar en primas.

El análisis de las ventajas y limitaciones tanto para el asegurado como el asegurador planteado en el capítulo tres, muestra que si se aplica este procedimiento en la administración del ramo de GMM, la problemática expuesta puede reducirse y del 30% de los siniestros que generan fuertes problemas tan sólo un 5% requerirá atención especial y evitar lo ya mencionado. Del procedimiento propuestos es posible generar las tarifas más

acordes a cada plan de seguro y a distintas zonas geográficas donde opera dicho seguro, ésto constituye una de las principales ventajas de la propuesta.

La transición que experimenta México en materia de salud, se caracteriza por el aumento de ciertas enfermedades no transmisibles como es el cáncer y las enfermedades cardiovasculares; los procedimientos quirúrgicos más comunes de acuerdo a la encuesta diseñada (basada en el estudio de siniestralidad del capítulo dos), corroboran ésto.

El panorama de México, en cuanto a salud se refiere, deja mucho que desear. Uno de los rasgos distintivos de las condiciones de salud es la desigualdad económica. En la primera parte de la investigación, se ha podido apreciar que los daños a la salud en las regiones y grupos de mayores ingresos del país tienen un perfil similar al de algunos países europeos; en las regiones y grupos sociales empobrecidos el cuadro es el de un país de escaso desarrollo.

En 1998, los recursos destinados a la salud en México representaron un 5.6% del PIB. Comparando con países de ingresos medios de la región latinoamericana, el porcentaje destinado del gasto público total a la salud, es muy bajo.

La actual organización financiera del sistema de salud es ineficiente y genera insatisfacción, ya que obliga a un alto porcentaje de los hogares a pagar hasta tres veces por la atención de su salud.

El análisis de los costos de los servicios médicos privados, realizado en el capítulo dos, evidencia que los problemas de calidad no son privativos del sector público. De las diferencias entre los costos promedios obtenidos de los distintos hospitales privados se puede entrever lo expuesto. Por otro lado, actualmente de las cerca de 3 mil unidades hospitalarias con las que cuenta el sector privado, sólo 60 han solicitado su certificación, y en los procesos de evaluación han obtenido calificaciones promedio de 75 puntos, para ubicarse en un nivel similar al de los hospitales de la secretaria de salud.

Este tema no ha sido considerado como un punto importante en el ramo de GMM, la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, considera este asunto como un proyecto de investigación; la gran aportación y beneficios que se obtendrían al considerarse como algo verdaderamente importante, aún no han sido detectados por las aseguradoras. Este proyecto de investigación, aporta elementos suficientes para que se despierte el interés de los administradores del ramo.

La investigación no solamente cumple el objetivo establecido. Bajo el enfoque de sistemas se han determinado elementos importantes del sistema del sector salud y factores que intervienen en el funcionamiento del seguro de GMM. El ritmo de los cambios en los sistemas involucrados aumenta considerablemente y en la misma medida surgen los problemas; las soluciones a éstos en ocasiones no resultan efectivas, a veces cuando son halladas, los problemas ya no existen, la planeación en este caso ha resultado de gran ayuda para determinar si efectivamente esta propuesta puede ser considerada como una solución alternativa al problema planteado.

La generación de escenarios del mercado asegurador para las futuras décadas, plasmados en la última parte del trabajo, han sido construidos también bajo el enfoque de sistemas. El análisis de cada una de las variables seleccionadas permiten visualizar el entorno demográfico y económico del país, que al relacionarse con el tema de la salud es posible inferir que a través de la propuesta de planes de seguro de GMM competitivos, la población mexicana podrá tener acceso a un seguro de salud, independientemente de su capacidad de pago, su nivel de riesgo o su afiliación laboral.

Los acontecimientos suscitados en septiembre del 2001 en Estados Unidos afectan considerablemente la economía de México, y en consecuencia al ramo asegurador; en la medida en que se de la recuperación económica en México, el ramo asegurador crecerá o bien se mantendrá. La experiencia internacional en el plano económico, demuestra que la atención de la salud de los ciudadanos fortalece la cohesión y el desarrollo social.

Dos aspectos importantes como la reforma fiscal propuesta por el actual gobierno y la reversión de cuotas del IMSS, pueden cambiar la tendencia del mercado asegurador, ya que al igual que en casi todos los países desarrollados, es posible que se habrá una oferta plural de prestadores de servicios de salud, y el usuario, en el primer nivel de atención, tendrá el derecho de elegir al prestador de su preferencia. Estos temas se han planteado en los escenarios titulados: "El mercado asegurador como una realidad aún lejana" y "La realidad del mercado asegurador en el siglo XXI", y desde un punto de vista muy particular, son los que probablemente se vivan en los siguientes años; si se asigna un peso a cada escenario, la probabilidad de que estos dos se cumplan es de un 35% para cada uno.

En cuanto a los efectos que se generarían de estos escenarios, uno de los más importantes es la reducción de los gastos catastróficos en salud. Se podría esperar que en los próximos 5 años, los gastos de este tipo se habrán reducido en un 75% sobre todo en los hogares no asegurados de bajos ingresos. Al reducir significativamente los pagos de bolsillo y sustituirlos gradualmente por prepagos de salud, las familias podrían liberar recursos para atender otras necesidades básicas.

A través del proceso de planeación se ha podido comprobar la hipótesis establecida, se observan las funciones y la importancia del procedimiento diseñado. El buen funcionamiento del ramo de GMM depende de cómo éste sea afectado tanto por las personas que forman parte de la organización como por los sistemas de los que forma parte. De aquí que una de las principales propuestas es, la imprescindible participación de médicos en la elaboración del catálogo GURA.

La aplicación del proceso para la obtención del catálogo, en el medio asegurador nacional, puede alcanzar mejoras proporcionales a las obtenidas en Estados Unidos, siendo las principales:

- A) La capacidad para proveer honorarios médicos justos y equitativos.
- B) La facilidad para proyectar los costos médicos.

A fenómenos importantes como la competitividad que caracteriza al mercado asegurador y la globalización, se les puede hacer frente de forma muy eficiente a través de los resultados ya obtenidos.

La problemática expuesta es una de las más significativas en el ramo de GMM. La forma en que ha sido abordada, debe ser aplicada para cada uno de los problemas que se presentan en la administración de este ramo, a fin de lograr una organización con una planeación adecuada. Esta propuesta es generalizable a todas las aseguradoras nacionales, independientemente de la clasificación que guarden en el mercado asegurador; los recursos materiales, humanos e informáticos son mínimos; el costo de implementación no resulta ser inalcanzable o elevado (como se dijo en el capítulo dos) y, lo más importante, los resultados finales se logran en un plazo máximo de siete meses, lo cual resulta ser óptimo para el buen funcionamiento del ramo.

De acuerdo al objetivo del proyecto, la importancia de las estadísticas, radica en el control de gastos. Es imprescindible contar con un banco de datos suficientemente actualizado, un banco de datos de calidad que permita elaborar estadísticas serias y confiables, las cuales son básicas para el cálculo de las tarifas. En el seguro de GMM, las estadísticas deben procesar de manera combinada: la información siniestral y los datos sobre la exposición al riesgo; es ésta precisamente la limitante más importante del proceso diseñado.

En el medio asegurador, las bases técnicas actuariales, la aplicación de estadísticas y mucha de la formación académica que se adquiere durante la carrera profesional de actuaria, son sumamente importantes. La experiencia laboral y la preparación constante, permiten desarrollar este tipo de trabajos de investigación que de alguna manera aportan algo diferente y útil.

Finalmente se debe tener presente que "El estado ideal no será aquél en el que se tuviera todo, sino aquél en el que siempre hubiera algo más que incitara el deseo, y en el cual uno tuviera la capacidad y el deseo de obtenerlo"¹.

¹ Russell L. Ackoff.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Libros:

1. Harriett E. Jones, Dani L. Long, Principios del Seguro de Vida, Salud y Rentas Vitalicias, E.U.A., LOMA Información que funciona, 1998.
2. Churchman C. West, El enfoque de sistemas, 18ª. Impresión, Editorial Diana, México, Abril de 1995.
3. L. Ackoff Russell, Un concepto de planeación de empresas, 19ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 1998.
4. Walpole R. E., Myers, R.H., Probabilidad y estadística para ingenieros, 3ª. Edición, Editorial McGraw-Hill, México, 1989
5. Garza Tomas, Técnicas Modernas para el Actuario, 1ª. Edición, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1998.
6. Cochran, William Gemmell, Técnicas de muestreo, Editorial CECSA, México, 1980.
7. Faul William R., América Latina: Evolución de la economía y los seguros, 1995.
8. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, Tabla de Valores Médico-Quirúrgicos, Septiembre de 1995.
9. L. Ackoff Russell, Planificación de la empresa del futuro, 15ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 2000.
10. L. Ackoff Russell, El arte de resolver problemas, 17ª Impresión, Editorial Limusa, S.A. de C.V., México, 2000.
11. Robbins, Stephen, Administración: Teoría y Práctica, Prenticehall Hispanoamericana, S.A., México, 1987.
12. Colunga Carlos, Modelos de Administración, Editorial Panamericana
13. Kees Van Der Heijden, Escenarios, el arte de prevenir el futuro, 1ª edición, Editorial Panorama, México, 1998.

Revistas:

14. Fondo Mexicano para la Salud, Economía y Salud.
15. FUNSALUD 1994: La Tecnología en salud: Riesgos y oportunidades en el contexto de la globalización.
16. El Seguro se fortalece 1996: Folleto sobre la nueva Ley del Seguro Social.
17. Reflejos, Especial salud, julio/septiembre 1998.
18. Winterhur, Social Security Survey, 1997.
19. Wiener Institut für Internationale Wirtschaftsvergleiche (Instituto Vienés de Comparaciones Económicas Internacionales), publicaciones, 1997.
20. Fondo Monetario Internacional, Grupo WIEFA y Banco Mundial, publicaciones 1997, 1998 y 1999.
21. AMIS, Estadistic 4º trimestre 2000.
22. AMIS, Indicadores Accidentes y Enfermedades a junio del 2001.
23. INEGI, Agenda estadística EUM, edición 2000.

Periódicos:

24. El financiero, 2 de diciembre de 2000, páginas 25-31.
25. El Economista, suplemento especial de seguros. Obstáculos de la industria aseguradora para crecer, México, D.F., 24 de mayo de 2000.

Fuentes de Información:

26. www.intermedik.com.mx.
27. www.mexicohoy.com.mx.
28. www.entornomedico.org.
29. www.dirmedico.org
30. www.compac.com.mx
31. www.ehealthla.com
32. www.caradediputados.gob.mx
33. www.INEGI.com
34. www.geocities.com
35. zedilloworld.presidencia.gob.mx/informes/6toInforme
36. www.notimex.com
37. www.ssa.gob.mx

GLOSARIO

Asegurado: Persona física, a quien corresponde la obligación de pagar los gastos ocasionados por la atención médica de sus dependientes y de su propia persona, en cuya previsión y cobertura se expide la presente póliza.

Asegurador: Nombre que se da a la entidad de seguro, la cual tiene una relación contractual directa con el asegurado.

Beneficiario: Personas o parte que el contratante de la póliza ha designado para recibir el beneficio de la misma.

Cláusula: Acuerdo establecido en un convenio. Generalmente, en los contratos de seguros, las cláusulas vienen a modificar, aclarar o dejar sin efecto parte del contenido de sus condiciones generales.

Coaseguro: Es un porcentaje de participación del riesgo que debe cubrir el asegurado en caso de un siniestro.

Cobertura de gastos médicos: Proporciona beneficios para pagar el tratamiento de las enfermedades y lesiones de un asegurado.

Contratante: Persona física o moral cuya solicitud sirve de base para la expedición de esta póliza, y a quien corresponde la obligación de pagar las primas estipuladas en la misma.

Deducible: Es habitualmente un monto fijo de gasto en que el asegurado debe incurrir antes de que el asegurador comience a efectuar pagos de beneficios en virtud de la póliza.

Dependientes: Cónyuge e hijos del asegurado, así como cualquier persona que dependa económicamente del mismo, siempre que hayan sido aceptados por la institución y así conste por escrito en la póliza.

Endoso: Es un documento que va adjunto a la póliza y que forma parte del contrato por medio del cual se efectúa el cambio de beneficiario.

Exclusiones: Describen las circunstancias bajo las cuales el asegurador no pagará el producto de la póliza después de la muerte del asegurado.

Póliza: Documento escrito que contiene los términos del contrato entre la compañía de seguros y el contratante de la póliza.

Prima: Monto específico de dinero que recibe una compañía de seguros a cambio de su promesa de ofrecer el beneficio de la póliza cuando una pérdida específica ocurre.

Rechazo: Negación de adquirir un riesgo demasiado alto para ser cubierto por el asegurador.

Riesgo: La palabra, como tal designa un posible peligro que se mide con base a la probabilidad de ocurrencia de un siniestro y de la magnitud o el alcance del mismo. En el medio asegurador se designa como riesgo a los objetos, peligros o intereses asegurados.

Riesgo normal: Los asegurados propuestos que tienen una probabilidad de pérdida que no es significativamente superior al promedio.

Riesgo preferente: Categoría en la cual los aseguradores presentan una probabilidad de pérdida significativamente inferior al promedio.

Riesgo subnormal: Los asegurados propuestos que tienen una probabilidad de pérdida significativamente superior al promedio.

Seguros de Gastos Médicos Mayores: Han sido diseñados para cubrir las necesidades de servicios médicos y hospitalarios, requeridos como consecuencia de una situación inesperada que altera el estado de salud del asegurado. Los Gastos Médicos amparados, son los originados por:

- A) La prestación de servicios, hospitalarios, de laboratorio, de imagenología y de ambulancias.
- B) Los honorarios profesionales de médicos, anesthesiólogos, teraputas y enfermeras.
- C) La adquisición de medicamentos, material quirúrgico y de cualquier otro bien estrictamente necesario para el diagnóstico y tratamiento de un evento.

ANEXO 1

Cuadro 1: Cronología de las reformas implementadas en el sector salud.

AÑO	REFORMA	OBJETIVO	RESULTADOS
1994	Tratado de Libre Comercio de América del Norte (entre Canadá, Estados Unidos de América y México).	Apertura a nuevos mercados para las exportaciones, atracción de inversiones extranjeras, particularmente a la frontera norte del país, convertida en zona de expansión económica.	Liberación arancelaria para el intercambio de productos médicos alimenticios; cambios en las normas sanitarias y en las regulaciones para la protección del medio ambiente; incremento en la movilidad de personas, productos y servicios.
1995 a 2000	Plan Nacional de Desarrollo.	1. En el campo social: combatir la inequidad entre personas, géneros, sectores productivos y regiones geográficas para lograr un progreso económico que se traduce en mejoras sociales para toda la población. 2. Reorganizar el sistema para ampliar la cobertura y prestar servicios eficientes y de calidad a la población, a los problemas epidemiológicos y demográficos actuales.	1. En 1995, se pone en marcha el programa de reforma del sector salud. 2. En 1997, la secretaria de salud definió las funciones prioritarias en relación con la prevención y control de enfermedades a cargo de los servicios estatales de salud.
1995 a 2000	Reforma del Sistema de Salud.	Uno de los principales propósitos, es mejorar la calidad de servicios de salud.	Un instrumento esencial para lograrlo es el estímulo económico a la superación profesional del personal médico de las instituciones.
1995 a 2000	Programa del Sector Salud.	1. Libre elección por los derechohabientes de la Seguridad Social del médico que los atenderá en los servicios de salud. 2. Ampliación de la cobertura por medio de un paquete básico para personas sin acceso a los servicios de salud. 3. Mayor transparencia del sistema de seguros de salud.	1. Creación de un seguro social familiar en el IMSS para la afiliación voluntaria de personas con capacidad de pago. 2. Incremento de la participación municipal en la salud mediante el Programa de Municipios Saludables. 3. La Secretaría de Salud ejerce el papel de rector y normativo, el IMSS separa funciones de financiamiento y de provisión de servicios para introducir la competencia entre prestadores de servicios.
1995 a 2000	Programa de Construcción y Equipamiento.	Creación de centros de salud en distintas regiones del país, que apoyen la descentralización del Sector Salud.	Creación de 110 Centros de Salud nuevos, que significan un beneficio para 385 mil habitantes.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

AÑO	REFORMA	OBJETIVO	RESULTADOS
1996	Acuerdo Nacional de descentralización de los servicios de salud: Nuevo Federalismo.	Transferir a los estados: plazas, bienes inmuebles y dinero. Establecer normas de salubridad que regulen los servicios y el control sanitario de productos. Generación de estadísticas nacionales.	Representación internacional del sector. Adquisición de responsabilidades compartidas en cuanto a la organización, operación y vigilancia de los servicios de salud públicos y privados. Promoción, fomento y orientación para la salud.
1996	Programa de Ampliación de Cobertura (PAC).	Ofrecer servicios de salud a la población con acceso nulo o limitado en las zonas rurales.	La Secretaría de Salud elaboró un paquete básico de servicios de salud (PABSS).
1996	Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED).	Impulsar la desregulación del sector. Creación de un órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas por irregularidades en la prestación o por no haber recibido la atención médica requerida.	Integración de patronatos en hospitales, institutos y jurisdicciones sanitarias. Integración del Consejo Nacional de Salud y la CONAMED.
1996	Proyecto "de corazón a corazón".	Realizar una campaña de comunicación social para la reducción del tabaquismo, el sedentarismo y la promoción de hábitos nutricionales saludables.	Promoción de la salud a través de las escuelas. Participación organizada de la sociedad.
1996	Modernización del Fomento Sanitario y del control de los alimentos.	Obtener mayor eficiencia en la garantía total e integral de los alimentos en la cadena de producción, distribución y consumo.	Protección y control de los alimentos y programas de ayuda alimentaria.
1996	Sistema de Vigilancia Epidemiológica.	Generar información: nuevas y principales causas de enfermedades, morbilidad, informes por grupos de edad e institución.	Creación del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE).
1996	Cooperación internacional de salud.	Enviar expertos mexicanos a otros países a través de becas y programas sanitarios en la frontera.	Actualidad en el ámbito de la medicina.
1996	Reforma del Programa de Seguridad Social.	Eximir del pago de cuotas a la Seguridad Social, al menos parcialmente, a los empresarios que suscriban seguros de enfermedades privados para sus empleados. Libre elección en la atención de enfermedades.	Dado que el IMSS conservará la función recaudadora, se están elaborando convenios substitutivos y una legislación particular, lo cual aún está pendiente.
1997	Seguro Familiar de Salud.	Afiliar a personas de forma voluntaria al IMSS mediante el pago de una cuota.	Ofrecimiento de las mismas prestaciones.

AÑO	REFORMA	OBJETIVO	RESULTADOS
1997	Programas de prevención y control de enfermedades.	Llevar a cabo 10 programas sustantivos de prevención y control de ciertas enfermedades.	La descentralización institucional. Incremento en la promoción e investigación en los servicios de salud.
1997	PROGRESA	Proporcionar a familias pobres ayuda alimentaria. Proveer suplemento nutricional a embarazadas y mujeres lactantes, apoyo monetario a las madres para el mejoramiento de la alimentación y el bienestar del hogar, capacitación para la higiene y el cuidado de la salud familiar.	Creación de paquetes de servicios de salud. Ayuda a grupos étnicos.
1999	Programa de mejoramiento de la calidad del aire.	Abatimiento gradual y permanente de los niveles de contaminación atmosférica.	Se pretende obtener una mayor protección a la salud.
1999	Control del proceso y uso de plaguicidas, fertilizantes y sustancias tóxicas. (CICLOPLAFEST)	Coordinar las actividades de regulación y control, incluidos los aspectos de comercialización, ambiente y salud.	Protección del medio ambiente y la salud.
1999	Programa Nacional de Agua Limpia.	Conocer la calidad del agua de consumo humano, mediante la vigilancia de contaminantes y de los niveles de cloro residual.	Avances en las soluciones al problema de la contaminación.
2000	Nuevo PROGRESA.	Incrementar el número de familias, (en un 24%), a las cuales se les brinde apoyo bajo este esquema.	Se destinan 28% más de recursos a este plan. Apertura de 1,345 tiendas DICONSA. Identificación de 250 microregiones en extrema pobreza, que se les está dando una atención especial.
2000	Tema de Seguridad Nacional: cuidado del medio ambiente.	Proteger y restaurar el agua y el bosque.	Este asunto no se ha encomendado a una sola Secretaría, sino a todas y al propio gobierno.
2001	Planes Integrales de Salud.	Cambio en el esquema mexicano de venta de seguros de salud, por medio de Instituciones de Seguros especializadas en servicios de salud (ISES), con el fin de controlar la venta de éstos.	Se pretende un esquema similar al de Chile. Podría formar parte del esquema de salud pública, lo cual sería ideal para las personas que no cuentan con IMSS o ISSSTE. GNP, en septiembre del 2001, se desprende de la infraestructura de clínicas destinadas a este proyecto. Cinco unidades en el D.F. se pusieron en marcha bajo esta concepción que no funcionó e incluso en Estados Unidos va de salida.

Fuente de información: 6º Informe de Gobierno del presidente Ernesto Zedillo, publicado en la página de internet <http://zedilloworld.presidencia.gob.mx/Informes>.
1er Informe de Gobierno del presidente Vicente Fox, publicado en la página de internet <http://www.camaradediputados.gob.mx/informesgob>.

ANEXO 2

Cuadro 2: Sinopsis de los sistemas de sanidad de Asia.

PAÍS	TIPO DE SISTEMA	COBERTURA	FINANCIACIÓN (en % del salario bruto)
China	Seguro de enfermedad estatal obligatorio para empleados del Estado.	Asistencia médico - sanitaria completa.	Estado.
	Seguro de enfermedad estatal obligatorio para empleados de empresas estatales.	Gastos médicos, hospitales y medicamentos.	Empresario: 14% Trabajador: 3% aprox.
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa o seguro complementario.	Individual.
Corea del Sur	Seguro de enfermedad estatal obligatorio (Medical Insurance).	Parte de los gastos sanitarios ambulatorios y de hospitalización.	Empresario: 1.5 - 4% Trabajador: 1.5 - 4%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa o seguro complementario.	Individual.
Filipinas	Seguridad social estatal obligatoria (Medicare).	Asistencia médico - sanitaria, maternidad, pérdida de ingresos salariales.	Empresario: 5.07% Trabajador: 3.33%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa o seguro complementario.	Individual.
Hong Kong	Hospitales públicos (88% de las camas).	Asistencia médico - sanitaria hospitalaria.	Estado.
	Seguro de enfermedad privado	Asistencia médico - sanitaria completa.	Individual.
Indonesia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Asistencia médico - sanitaria completa.	Empresario: 3% para trabajadores solteros, 6% para casados.
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa o seguro complementario.	Individual.
Malasia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Gastos sanitarios, invalidez, muerte.	Empresario: 1.25%
	Seguro de invalidez optativo.	Accidente, invalidez, muerte.	Empresario: 0.5% Trabajador: 0.5%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa, o seguro complementario.	Individual.
Singapur	Seguridad social estatal obligatoria. (Central Provident Fund)	Asistencia médico - sanitaria completa, maternidad.	Empresario: 20% Trabajador: 20%
	Seguro de enfermedad privado.	Seguro completo.	Individual.
Tailandia	Seguridad social estatal obligatoria.	Gastos sanitarios, maternidad, pérdida de ingresos salariales.	Empresario: 1.5% Trabajador: 1.5% Estado: 1.5%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa o seguro complementario.	Individual.
Taiwán	Seguridad social estatal obligatoria.	Gastos sanitarios, maternidad.	Empresario: 2.55% Trabajador: 1.275% Estado: 0.425%
	Seguro complementario optativo para familiares.	Parte de los gastos sanitarios, maternidad.	Empresario: 2.4225% Trabajador: 1.275% por cada miembro de familia.
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa o seguro complementario.	Individual.

Cuadro 3: Sinopsis de los sistemas de sanidad de América Latina.

PAÍS	TIPO DE SISTEMA	COBERTURA	FINANCIACIÓN (en % del salario bruto)
Argentina	Seguro de enfermedad obligatorio (obras sociales propias de cada sector económico).	Asistencia médico - sanitaria completa.	Empresario: 6% Trabajador: 3%
	Seguro de enfermedad privado a través de -organizaciones sanitarias (Medicina prepaga) -aseguradoras privadas.	Asistencia médico - sanitaria completa, seguros complementarios a los seguros de vida.	Individual.
Brasil	Seguro social estatal. -obligatorio -método contributivo	Vejez, invalidez, muerte, maternidad, prestaciones del seguro de enfermedades: asistencia médico - sanitaria completa.	Empresario: 20 - 22.5 % Trabajador: 8 - 10%
	Seguro de enfermedad privado voluntario a través de: -diversas organizaciones sanitarias -aseguradoras privadas	Asistencia médico - sanitaria completa.	Individual.
Colombia	Seguridad social de enfermedad obligatorio, a elegir entre entidades de sanidad estatales y privadas (EPS)	Asistencia básica médico - sanitaria completa.	Empresario: 8% Trabajador: 4%
	Seguro complementario voluntario a través de: -entidades de sanidad -aseguradoras privadas	Seguros complementarios, nivel de prestaciones más elevado, franquicias en el seguro obligatorio.	Individual.
Chile	Seguro social de enfermedad obligatorio, a elegir entre sistema estatal (FONASA) y entidades de sanidad privadas (ISAPRE).	Asistencia médico - sanitaria básica, nivel de prestaciones individual según la caja de enfermedad.	Trabajador: 7%
	Seguros complementarios voluntarios a través de: -entidades de sanidad -aseguradoras privadas	Seguros complementarios, nivel de prestaciones más elevado, franquicias en el seguro obligatorio.	Sobre todo empresario para seguro colectivo.
Ecuador	Seguridad social estatal obligatoria.	Asistencia médico - sanitaria, indemnizaciones diarias por enfermedad.	Empresario: 4.71%
	Seguro de enfermedad privado.	Asistencia médico - sanitaria completa.	Individual.
México	Seguridad social estatal obligatoria.	Asistencia médico - hospitalaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad.	Empresario: 8% Trabajador: 3.125% Estado: 0.625%
	Seguro de enfermedad privado voluntario.	Gastos hospitalarios.	Individual.
Perú	Seguridad social estatal obligatoria (excepción: los empresarios que aseguren privadamente a sus trabajadores).	Asistencia médico - hospitalaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad.	Empresario: 6% Trabajador: 3%
	Seguro de enfermedad privado voluntario -alternativa a la seguridad social -seguro complementario	Asistencia médico - sanitaria completa, seguro complementario.	Individual.
Uruguay	Seguridad social obligatoria, ofertantes privados.	Asistencia médico - sanitaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad.	Empresario: 5% Trabajador: 3%
	Seguros de enfermedad privados.	Seguros complementarios.	Individual.
Venezuela	Seguridad social estatal obligatoria.	Asistencia médico - sanitaria completa, indemnizaciones diarias por enfermedad.	Empresario: 4.25 - 6.25% Trabajador: 4% Estado: resto
	Seguro de enfermedad privado voluntario a través de: -organizaciones sanitarias -aseguradoras privadas	Asistencia médico - sanitaria completa o seguro complementario.	Individual.

1 En esta sinopsis no se incluyen los hospitales públicos, financiados con fondos procedentes de los impuestos generales, y que proporcionan acceso a la sanidad a aquellos segmentos de la población no integrados en el sistema de la seguridad social.

FALTA

PÁGINA

111|

Cuadro 4: Sinopsis de los sistemas de sanidad en Europa oriental.

PAIS	TIPO DE SISTEMA	COBERTURA/ PRESTACIÓN 1	FINANCIACIÓN 2 (en % del salario bruto)
Bulgaria	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Asistencia médico - sanitaria completa.	Presupuestos generales del Estado.
	Seguro complementario privado voluntario.	Medicamentos, contribuciones a los gastos de tratamiento hospitalario interno.	Financiación individual.
Croacia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio	Asistencia médico - sanitaria completa. Excepción: franquicia en todas las prestaciones.	Empresario: 7% Trabajador: 7%
	Seguro de enfermedad privado voluntario.	Asistencia médico - sanitaria completa, incluido nivel superior de prestaciones.	Individual
	Seguro complementario privado voluntario.	Nivel superior de prestaciones, cobertura de la franquicia del seguro de enfermedad obligatorio.	Individual.
Eslovaquia	Aseguradoras de enfermedades públicas y no lucrativas, obligatorias.	Asistencia médico - sanitaria completa. Excepciones: ciertos medicamentos, productos odontológicos, prótesis, etc.	Empresario: 10% Trabajador: 3.7%
	Seguro complementario privado voluntario -aseguradoras de enfermedades no lucrativas. -aseguradoras privadas	Seguro de viajes, nivel elevado de prestaciones en caso de hospitalización, indemnización diaria.	Individual.
Eslovenia	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Asistencia médico - sanitaria básica, en parte indemnización diaria, gastos funerarios, etc. Excepto: franquicia	Empresario: 6.46% Trabajador: 6.46%
	Seguro complementario privado voluntario.	Nivel superior de prestaciones, cobertura de la franquicia del seguro de enfermedad obligatorio.	Individual
Hungria	Seguro de enfermedad estatal obligatorio.	Asistencia médico - sanitaria básica, maternidad, indemnización diaria. Excepciones: franquicia para medicamentos, etc.	Empresario: 15% Trabajador: 4%
	Seguro complementario privado voluntario.	Nivel elevado de prestaciones.	Individual.
Polonia	Seguridad social estatal obligatoria.	Vejez, invalidez, muerte, enfermedad, suplementos familiares, etc. Prestaciones del seguro de enfermedades, asistencia médico - sanitaria, básica.	Empresario: 45%
República Checa	Aseguradoras de enfermedad públicas y no lucrativas, obligatorias.	Asistencia médico - sanitaria completa. Excepciones: franquicia para medicamentos, odontólogo, operaciones de cirugía estética, etc.	Empresario: 9% Trabajador: 4.5%
	Seguro complementario privado voluntario.	Sobre todo, seguro de viajes, indemnización diaria.	Individual.
Rumanía	Fondo federal, así como fondos territoriales y regionales de seguros de enfermedad, obligatorios.	Asistencia médico - sanitaria completa. Excepción: franquicia del 25-50% para medicamentos en tratamiento ambulatorio.	Empresario: 7%
Rusia	Seguro complementario privado voluntario.	Nivel superior de prestaciones.	Individual.
	Fondo federal, así como fondos territoriales y regionales de seguros de enfermedad, obligatorios.	Asistencia médico - sanitaria completa.	Empresario: 3.6%
	Seguro complementario privado voluntario.	Nivel elevado de prestaciones en caso de hospitalización, mejor asistencia tras el alta hospitalaria.	Empresario.

1 En la práctica, no en todos los Estados de Europa oriental se cumplen perfectamente y sin demora las prestaciones legalmente establecidas del seguro de enfermedad obligatorio.

2 No se indican aquí las contribuciones de los autónomos ni los pagos del Estado.

ANEXO 3

G U R A (GASTO USUAL, REAL Y ACOSTUMBRADO)

MÉXICO	MONTERREY	TIJUANA	GUADALAJARA	CD. JUAREZ
--------	-----------	---------	-------------	------------

CPT

CARDIOLOGIA

33010	Sistema cardíaco-vascular, corazón y pericardio. Percutaneocintecia inicial	1,750	1,750	1,750	1,050	1,100
33011	- subcutánea	1,750	1,750	1,750	1,050	1,100
33020	Percutaneotomía para remoción de coágulos o cuerpo extraño	12,050	12,050	12,050	7,350	7,700
33031	Percutaneotomía con bypass	17,900	17,900	17,900	10,900	11,450
33050	Excisión de tumor o quiste pericardiaco	14,750	14,750	14,750	9,000	9,450
33100	Percutaneotomía	19,750	19,750	19,750	12,050	12,650
33200	Colocación o reemplazo de marcapaso permanente con electrodo(s) epicárdicos por torcotomía	11,950	11,950	11,950	7,300	7,650
33207	- ventricular	7,650	7,650	7,650	4,650	4,900
33208	- atrial y ventricular	7,900	7,900	7,900	4,800	5,050
33210	Colocación o reemplazo de electrodo o marcapaso temporal en una sola cámara; vía transi-venosa	4,350	4,350	4,350	2,650	2,750
33211	- en dos cámaras	4,750	4,750	4,750	2,900	3,000
33233	Retiro de marcapaso permanente.	2,600	2,600	2,600	1,600	1,650
33250	Cirugía para Wolff-Parkinson-White; sin bypass	16,150	16,150	16,150	9,850	10,350
33251	- con bypass	19,650	19,650	19,650	12,000	12,550
33305	- con bypass	20,250	20,250	20,250	12,350	12,950
33310	Cardiotomía exploradora (incluye extracción de cuerpo extraño), sin bypass	14,900	14,900	14,900	9,100	9,550
33315	- con bypass	24,750	24,750	24,750	15,100	15,850
33320	Sutura de aorta o grandes vasos; sin bypass	22,050	22,050	22,050	13,450	14,100
33322	- con bypass	27,450	27,450	27,450	16,750	17,550
33330	Colocación de injerto, en aorta o grandes vasos sin bypass	28,200	28,200	28,200	17,200	18,050
33335	- con bypass	35,250	35,250	35,250	21,500	22,550
33400	Válvula aórtica. Valvuloplastia abierta de válvula aórtica, con bypass cardiopulmonar	25,150	25,150	25,150	15,350	16,100
33405	Reemplazo de válvula aórtica con bypass, con prótesis válvula (excepto homioinjerto)	26,200	26,200	26,200	16,000	16,750
33406	- con homioinjerto valvular	28,250	28,250	28,250	17,250	18,100
33416	Ventriculotomía	25,650	25,650	25,650	15,650	16,400
33420	Válvula aórtica. Valvulotomía de válvula mitral e corazón cerrado	20,050	20,050	20,050	12,250	12,850
33422	- e corazón abierto, con bypass	25,500	25,500	25,500	15,600	16,300
33425	Valvuloplastia, de válvula mitral, con bypass	27,300	27,300	27,300	16,650	17,500

G U R A (GASTO USUAL, REAL Y ACOSTUMBRADO)

	MÉXICO	MONTERREY	TIJUANA	GUADALAJARA	CD. JUAREZ
36145 Colocación de catéter arteriovenoso para diálisis	350	350	350	200	200
36420 Venodisección en menores de un año	800	800	800	450	500
36425 - en mayores de un año	650	650	650	400	400
36450 Exsangüinotransfusión.	5,550	5,550	5,550	3,400	3,550
36488 Colocación de catéter en vena central (subclavia, yugular u otra vena) para presión venosa central, hiperfundación, hemodilúsis o quimioterapia	1,050	1,050	1,050	650	650
36489 - percutánea, en pacientes mayores de 2 años	1,150	1,150	1,150	700	700
36490 - venodisección, en pacientes de 2 años o menos.	1,750	1,750	1,750	1,050	1,100
36491 - venodisección en mayores de 2 años	1,850	1,850	1,850	1,150	1,150
36510 Onfalocelisis	800	800	800	500	500
36800 Colocación de cánula para hemodilúsis, u otro procedimiento de vena a vena.	2,350	2,350	2,350	1,400	1,500
36810 Hemodilúsis (Fístula arteriovenosa externa)	6,900	6,900	6,900	4,200	4,400
37140 Anastomosis portocava	23,700	23,700	23,700	14,450	15,150
37605 Ligadura de arterias carótidas	6,000	6,000	6,000	3,650	3,800
37620 Interrupción, parcial o completa, de vena cava inferior, con sutura, ligadura o clip.	11,500	11,500	11,500	7,000	7,350
37730 Safenectomía	8,100	8,100	8,100	4,950	5,150
37735 - con extirpación radical de úlcera e injerto de piel y/o interrupción de venas comunicantes, con excisión de fascia	13,300	13,300	13,300	8,100	8,500
37760 Ligadura subfacial o radical de venas perforantes, con o sin injerto de piel.	15,250	15,250	15,250	9,300	9,750

CPT

CIRUGIA GENERAL

10040 Sistema tegumentario. Cirugía para acné (ej. marplatización, remoción de comedones, quistes y pústulas)	500	500	500	200	300
10060 Incisión y drenaje de abscesos y hidradenitis supurativa, abscesos cutáneos o subcutáneos (simple).	850	850	850	300	500
10120 Incisión y remoción de cuerpo extraño en tejido subcutáneo; simple	1,050	1,050	1,050	400	650
10121 - complicado	2,450	2,450	2,450	900	1,550
10140 Incisión y drenaje de hematoma, seroma u colección líquida	850	850	850	300	500
11000 Debridación de piel infectada y excretatoria; más del 10% de superficie corporal	850	850	850	300	500
11001 - cada 10% de superficie corporal adicional	400	400	400	150	250
11040 Debridación de piel parcialmente hipertrofica	1,050	1,050	1,050	400	650
11100 Biopsia de piel	1,050	1,050	1,050	400	650
11200 Remoción de cicatrices múltiples en piel en cualquier área hasta 15 lesiones	750	750	750	250	450
11201 - por cada 10 lesiones adicionales	400	400	400	150	250

G U R A (GASTO USUAL, REAL Y ACOSTUMBRADO)

	MÉXICO	MONTERREY	TIJUANA	GUADALAJARA	CD. JUAREZ
60220 Lobectomía total unilateral.	14,750	14,750	14,750	5,600	9,450
60225 - con lobectomía subtotal contralateral incluyendo ítemo.	16,600	16,600	16,600	6,300	10,600
60240 Tiroidectomía total	17,000	17,000	17,000	6,100	10,850
60245 Tiroidectomía subtotal	12,950	12,950	12,950	4,650	8,300
60246 - con remoción de glándula tiroides, subesternal y vía cervical	20,350	20,350	20,350	7,750	13,000
60252 Tiroidectomía total o subtotal por malignidad con disección parcial de cuello	21,250	21,250	21,250	8,100	13,600
60254 - con disección radical de cuello	23,800	23,800	23,800	9,050	15,250
60270 Tiroidectomía por vía transitorica.	18,900	18,900	18,900	7,200	12,100
60280 Extirpación de quiste de conducto o seno tiroideo	12,250	12,250	12,250	4,650	7,850
60500 Paratiroides. Paratiroidectomía, o exploración de paratiroides	15,000	15,000	15,000	5,700	9,600
60520 Timectomía, parcial o total	20,050	20,050	20,050	7,600	12,850
60540 Adrenalectomía parcial o completa, o exploración de glándula adrenal con o sin biopsia, transabdominal, lumbor o dorsal.	16,150	16,150	16,150	6,150	10,350
60545 - con excisión de tumor retroperitoneal adyacente. (Para excisión de metástasis de feocromocitoma ver 49200)	18,700	18,700	18,700	7,100	11,950
60600 Extirpación de tumor de cuerpo carotideo, sin excisión de arteria carotídea	20,850	20,850	20,850	7,900	13,350
60605 - con exploración mediastinal, vía transitorica.	23,800	23,800	23,800	9,050	15,250
60605 - con excisión de arteria carotídea	25,350	25,350	25,350	9,650	16,250

CATÁLOGO BASE	CATÁLOGO BASE	CATÁLOGO BASE	CATÁLOGO BASE	CATÁLOGO BASE
------------------	------------------	------------------	------------------	------------------

CPT

CIRUGIA RECONSTRUCTIVA

15050 INJERTOS DE PIEL					
15050 Injerto unico o múltiple para úlceras pequeñas, puntas de dedos u otra área mínima (excepto cara) de 2.0 cm de diámetro	4,150	4,150	4,150	1,150	2,650
15100 Injerto en tronco, cuello, cabelludo, piernas, manos y/o pies (excepto digitales) de 10 cm cuadrados de superficie corporal o menos	6,450	6,450	6,450	2,650	4,100
15240 Injerto de tejido profundo incluye obtención del injerto en frente, mejillas, barbilla, boca, nariz, genitales, manos y/o pies de 20cm cuadrados de sup. corporal o menos.	11,050	11,050	11,050	3,150	7,050
15260 - de nariz, pabellones auriculares, párpados y/o labios de 20cm cuadrados de sup. corporal o menos.	14,150	14,150	14,150	4,050	9,050
15570 Piel y tejido profundo. Formación directa o tubular de colgajo con o sin transferencia en tronco	10,500	10,500	10,500	3,000	6,700
15572 - en cuello, cabelludo, brazos o piernas	13,850	13,850	13,850	3,950	8,850
15732 Colgajo muscular, mucocutáneo o fasciocutáneo en cabeza y cuello	23,350	23,350	23,350	6,650	14,950
15734 - tronco	25,500	25,500	25,500	8,000	16,300
15736 - extremidad superior	21,650	21,650	21,650	6,200	13,850
15738 - extremidad inferior	20,850	20,850	20,850	5,950	13,350
15780 Procedimientos mixtos. Demarcación en cara (ej. cicatrices secundarias a acné, keratosis generalizada etc.)	12,300	12,300	12,300	3,500	7,850

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**