

00324
66

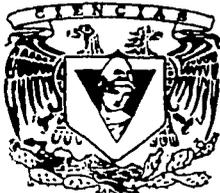


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

"DISEÑO DE UN PROGRAMA PRIVADO DE SALUD".

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
A C T U A R I A
P R E S E N T A :
JESSICA ORTEGA PACHECO



FACULTAD DE CIENCIAS UNAM

DIRECTOR DE TESIS: ACT. JULIO GERARDO VERDUZCO RODRIGUEZ

DIVISION DE TESIS
2003
FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PAGINACION DISCONTINUA



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico el contenido de mi trabajo respectivo

NOMBRE: Jessica Ortega Pacheco

FECHA: 8 de mayo de 2003

FIRMA: Jessica Ortega P.

DRA. MARÍA DE LOURDES ESTEVA PERALTA
Jefa de la División de Estudios Profesionales de la
Facultad de Ciencias
Presente

Comunicamos a usted que hemos revisado el trabajo escrito:

DISEÑO DE UN PROGRAMA PRIVADO DE SALUD

realizado por JESSICA ORTEGA PACHECO

con número de cuenta 8939241-4, quien cubrió los créditos de la carrera de ACTUARIA

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

ACT. JULIO GERARDO VERDUZCO RODRIGUEZ

Propietario

ACT. HUMBERTO RAMOS SANCHEZ

Propietario

ACT. EDGAR TARANGO MENDEZ

Suplente

ACT. MARIA ADRIANA PEREZ RODRIGUEZ

Suplente

ACT. CARLOS RODOLFO MARTINEZ PINEDA

Consejo Departamental de Ciencias

M. EN C. JOSE ANTONIO FLORES DIAZ
FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
ACTUARIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

OBJETIVO GENERAL	1
INTRODUCCION	2
CAPITULO I. ANTECEDENTES	
I.I SEGURIDAD SOCIAL	4
I.II SEGUROS PRIVADOS	12
I.III MEDICINA PREPAGADA.....	16
CAPITULO II. ACTUALIDAD	
II.I SISTEMA NACIONAL DE SALUD	22
CAPITULO III. SEGUROS DE SALUD	
III.I ANTECEDENTES DE LA REGULACIÓN	26
III.II MARCO LEGAL.....	28
CAPITULO IV. DISEÑO DEL SEGURO DE SALUD	
IV.I. OBJETO DE LA COBERTURA	43
IV.II. DEFINICIONES	43
IV.III DESCRIPCION	47
IV.IV MODELO DE COSTO FRECUENCIA.....	51
IV.V. CÁLCULO DE LA PRIMA NETA	56
IV.VI. CÁLCULO DE LA PRIMA DE TARIFA	57
IV.VII. RESERVA MATEMATICA.....	58
IV.VIII.CANALES DE DISTRIBUCIÓN.....	58

CAPITULO V. DISEÑO DEL PROGRAMA

V.I. APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE SALUD ADMINISTRADA	59
V.II. PROGRAMA DE ACCESIBILIDAD	69
V.III. PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE COSTOS	72
V.IV. PROGRAMA DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN	75
V.V. PROGRAMA DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD	80
V.VI. PROGRAMA DE ATENCION Y RESOLUCIÓN DE QUEJAS	83
V.VII. PROGRAMA PARA PRESERVAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE.	85
CONCLUSIONES	90
BIBLIOGRAFÍA	92

OBJETIVO GENERAL

Con el propósito de satisfacer las necesidades de atención de la salud de una población que requiere diferentes sistemas integrales de cobertura, se propone un seguro de salud para ser operado por las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

El objetivo general es que este seguro de salud ofrezca en forma integral coberturas y que cuente con mecanismos de control del costo-beneficio, en donde la calidad de los servicios tenga un papel determinante, para lo cual, se sugiere un conjunto de acciones y procesos médicos-técnicos-administrativos que sistematizado se realice con recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros.

El Seguro de salud propuesto, se basa en un modelo costo-frecuencia considerando costos promedio del sector médico privado y frecuencias del Sector Privado y Público de Salud en México.

INTRODUCCIÓN

En México como en otras estructuras económico-sociales se han generado diferentes organizaciones públicas y privadas cuyo fin es proporcionar servicios de salud que enfrenten, las necesidades de salud de una población determinada.

En la actualidad la práctica privada en materia de salud, se ha definido como un régimen de libre empresa, en el que la atención para la salud se convierte en una mercancía alcanzable mediante un intercambio comercial, donde uno de los ejes del servicio es la ganancia.

La práctica de los seguros médicos privados ha estado centrada en la atención curativa y a la rehabilitación, y antes de la formalización de las Instituciones de seguros especializadas en salud, había estado escasamente prestando servicios preventivos e integrados.

Por otra parte, la práctica pública en materia de salud vive una crisis derivada del desfinanciamiento del ramo de Enfermedades y Maternidad y un deterioro en el servicio de primer nivel de atención.

Esta situación en el sector de salud tanto público como privado había llevado a la población a recibir una atención médica deficiente y fragmentada que no siempre cubría sus necesidades en Salud.

Como respuesta a la necesidad de un segmento de la población de recibir una atención médica integral o modular, han surgido organismos privados que ofrecen coberturas equivalentes o complementarias a los seguros y a la Seguridad Social, como hospitales privados, Redes Médicas, Compañías de Seguros, Administradoras de Servicios Médicos y grupos de diferentes prestadores privados de salud.

Estos organismos se desarrollaron en México en forma gradual, careciendo de un marco legal que protegiera los intereses de los contratantes y en ocasiones de los mismos prestadores de la atención médica.

Es hasta 1999 que se inicia la regulación de esta operación, modificando la Ley General de Instituciones Mutualistas y de Seguros en su Artículo 3º., donde se define a los seguros de salud, para dar origen al marco legal de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

CAPITULO I. ANTECEDENTES

I.1. SEGURIDAD SOCIAL

Desde el principio de los tiempos, los seres humanos han tratado de protegerse a sí mismos y a quienes de ellos dependen, y han buscado mejor y más seguro entorno en donde vivir. Aunque el término "Seguridad Social" puede significar cosas diferentes para personas diferentes, hay una tendencia común al deseo natural de las personas de disfrutar de una mayor protección frente a los problemas de la vida y frente a la incertidumbre, la enfermedad y la vejez.

La historia moderna de la Seguridad social se remonta a los años cuarenta del siglo XX. Cuando aún no concluía la II Guerra Mundial, los gobiernos consideraron que un mundo basado en la justicia y la igualdad tendría que estar sustentado en organizaciones sociales más humanas y justas, con el propósito de que todos los hombres pudieran tener trabajo, progreso económico y seguridad social.

En la posguerra, el artículo 25 de la declaración de los derechos humanos de la recién creada Organización de las Naciones Unidas, se redactó de la siguiente manera "...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure a ella misma y a su familia la salud, el bienestar, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios..."

Así el término seguridad social cobró importancia en el mundo y las Naciones Unidas lo consideraron uno de sus objetivos básicos. Ya desde el primer año de la II Guerra Mundial se desarrolló un importante movimiento internacional a favor de la promulgación de legislaciones referentes a la seguridad social. Un ejemplo de ello es la creación en 1943 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Secretaría de Salud

La Secretaría de Gobernación y el Consejo Superior de Salubridad tuvieron amplias facultades en materia de salubridad hasta 1917, cuando fue creado de acuerdo al Artículo 73 de la Constitución el Departamento de Salubridad Pública.

Veinte años después, en 1937, quedó establecido el Departamento Autónomo de Asistencia Infantil, y el 31 de diciembre de ese mismo año este Departamento y la Beneficencia Pública fueron fusionados para crear la Secretaría de Asistencia Pública.

Por Decreto del 18 de octubre de 1943, finalmente, fue establecida la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que asumió las funciones tanto del Departamento de Salubridad Pública como de la Secretaría de Asistencia Pública.

En los términos de la Ley, es materia de salubridad general:

- I. La organización, control y vigilancia de la prestación de servicios y de establecimientos de salud a los que se refiere el artículo 34, fracciones I, III y IV, de la Ley;
- II. La atención médica, preferentemente en beneficio de grupos vulnerables;
- III. La coordinación, evaluación y seguimiento de los servicios de salud a los que se refiere el artículo 34, fracción II;
- IV. La atención materno - infantil;
- V. La planificación familiar;
- VI. La salud mental;
- VII. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;
- VIII. La promoción de la formación de recursos humanos para la salud;

-
- IX. La coordinación de la investigación para la salud y el control de ésta en los seres humanos;
 - X. La información relativa a las condiciones, recursos y servicios de salud en el país;
 - XI. La educación para la salud;
 - XII. La orientación y vigilancia en materia de nutrición;
 - XIII. La prevención y el control de los efectos nocivos de los factores ambientales en la salud del hombre;
 - XIV. La salud ocupacional y el saneamiento básico;
 - XV. La prevención y el control de enfermedades transmisibles;
 - XVI. La prevención y el control de enfermedades no transmisibles y accidentes;
 - XVII. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;
 - XVIII. La asistencia social;
 - XIX. El programa contra el alcoholismo;
 - XX. El programa contra el tabaquismo;
 - XXI. El programa contra la fármaco-dependencia;
 - XXII. El control sanitario de productos y servicios y de su importación y exportación;
 - XXIII. El control sanitario del proceso, uso, mantenimiento, importación, exportación y disposición final de equipos médicos, prótesis, órtesis, ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos, de curación y productos higiénicos;

-
- XXIV. El control sanitario de los establecimientos dedicados al proceso de los productos incluidos en la fracción XXII y XXIII;
 - XXV. El control sanitario de la publicidad de las actividades, productos y servicios a que se refiere esta Ley;
 - XXVI. El control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y sus componentes, células y cadáveres de seres humanos;
 - XXVII. La sanidad internacional, y
 - XXVIII. Las demás materias, que establezca esta Ley y otros ordenamientos legales, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

La Misión del Instituto Mexicano del Seguro Social es otorgar a los trabajadores mexicanos y a sus familias la protección suficiente y oportuna ante contingencias tales como la enfermedad, la invalidez, la vejez o la muerte".

El principal instrumento de la Seguridad Social es el Seguro Social, cuya organización y administración se encarga precisamente a la Institución llamada IMSS.

La protección se extiende no sólo a la salud, sino también a los medios de subsistencia, cuando la enfermedad impide que el trabajador continúe ejerciendo su actividad productiva, ya sea de forma temporal o permanente.

El propósito de los servicios sociales de beneficio colectivo y de las prestaciones fundamentales se orientan a incrementar el ingreso familiar, aprender formas de mejorar los niveles de bienestar, cultivar aficiones artísticas y culturales y hasta propiciar una mejor utilización del tiempo libre.

La Ley del Seguro Social expresa así todo lo anterior: "la Seguridad Social tiene por finalidad, garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo".

Los ramos del Seguro en el IMSS

El Instituto Mexicano del Seguro Social nace en 1943 en respuesta a las aspiraciones de la clase trabajadora. Actualmente, la Ley señala que la seguridad social tiene como finalidades el garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores. Estos son: Enfermedades y Maternidad, Riesgos de Trabajo; Invalidez y Vida, Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez, y Guarderías y Prestaciones sociales.

Son sujetos de aseguramiento del régimen obligatorio: los trabajadores, los miembros de sociedades cooperativas de producción y las personas que determine el Ejecutivo Federal a través del decreto respectivo.

Voluntariamente, mediante convenio con el Instituto, podrán ser sujetos de aseguramiento los trabajadores en industrias familiares y los independientes como profesionales, comerciantes en pequeño, artesanos y demás trabajadores no asalariados, los trabajadores domésticos, los ejidatarios, comuneros, colonos y pequeños propietarios; los patrones personas físicas con trabajadores asegurados a su servicio y los trabajadores al servicio de las administraciones públicas de la

Federación, entidades federativas y municipios que estén excluidas o no comprendidas en otras leyes o decretos como sujetos de seguridad social.

Cada uno de estos ramos de aseguramiento es distinto porque protegen al trabajador y sus beneficiarios contra situaciones diferentes, mediante prestaciones en especie y en dinero. Tenemos así que:

- El seguro de Enfermedades y Maternidad brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.
- El seguro de Riesgos de Trabajo protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.
- El seguro de Invalidez y Vida protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.
- El de Retiro, Cesantía en edad avanzada y vejez es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

Instituto de Seguridad Social al Servicio de los trabajadores del Estado (ISSSTE)

En el año de 1959, el presidente Adolfo López Mateos presentó al Congreso de la Unión la iniciativa de ley para la creación del ISSSTE. Su aprobación fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de diciembre de 1959. Por lo que en enero de 1960 la nueva institución comenzó sus actividades.

El ISSSTE, de acuerdo a su ley, amplió las áreas de sus servicios cubriendo tanto las prestaciones relativas a la salud, como prestaciones sociales, culturales y económicas, y extendiendo estos beneficios a familiares de los trabajadores y pensionistas. Las personas protegidas por el Instituto comprenden a trabajadores al servicio de la Federación y del Departamento del Distrito Federal, trabajadores de Organismos Públicos que por Ley o por acuerdo del Ejecutivo Federal sean incorporados al régimen, así como a los pensionistas de dichos organismos.

La ampliación de la atención a la salud, marcó un acelerado proceso de construcción, adquisición y adaptación de centros hospitalarios privados. De esta manera, el Instituto tomaba las medidas necesarias para atender al casi millón de personas que entonces estaban bajo su protección.

En la actualidad el ISSSTE protege alrededor de ocho y medio millones de habitantes del país, lo que significa que uno de cada diez mexicanos es atendido por la Institución.

La seguridad social de los trabajadores comprende el régimen obligatorio y el voluntario, y se establecen los siguientes seguros, prestaciones y servicios:

- Medicina Preventiva; proporciona servicios tendientes a preservar y mantener la salud de los trabajadores, pensionistas y sus familiares derechohabientes.

-
- Seguro de enfermedades y maternidad; en caso de enfermedad el trabajador y el pensionista tendrán derecho a prestaciones en dinero y especie, así como los familiares derechohabientes de éstos a servicios por enfermedad.
 - Seguro de riesgos de trabajo; a favor de los trabajadores a consecuencia de accidentes o enfermedades a que están expuestos los trabajadores en el ejercicio o con motivo del trabajo.
 - Seguro de jubilación, retiro por edad y tiempo de servicios, invalidez, muerte, cesantía en edad avanzada e indemnización global.

Existen otros organismos públicos como son el de las Fuerzas Armadas Mexicanas, PEMEX, entre otros.

I.II. SEGUROS PRIVADOS

Origen y cronología

La institución del Seguro es casi tan antigua como la civilización misma; se encuentran antecedentes en las culturas griega y romana, y entre los aztecas; quienes concedían a los ancianos notables algo semejante a una pensión. Su origen y cronología se presenta a continuación:

- 1347** Surge el primer contrato de Seguro en Génova Italia.
- 1385** Surge la primera póliza en Pisa.
- 1492** Surgen nuevas rutas comerciales, pero los riesgos y las pérdidas de las grandes empresas marítimas se multiplican en la misma proporción.
- 1629** En Holanda, surge la Compañía de las Indias Orientales, primera gran compañía moderna que asegura el transporte marítimo. Este tipo de institución se multiplicó por todo el Continente Europeo.
- 1710** Se incendian cerca de 13,200 casas, 89 Iglesias y la Catedral de Saint Paul, en la ciudad de Londres. Los Ingleses fundan el 'Fire Office' para el auxilio a las víctimas. Sólo en ese momento el hombre ha ponderado la posibilidad de disminuir las pérdidas a un nivel financiero. Surge, así, el más antiguo Seguro contra Incendios del mundo.
- 1750** La Revolución Industrial que popularizaría en nuestros días la prestación de servicios.

Siglo XIX y cronología.

El Seguro crece en Inglaterra en el siglo XIX, amparando manufacturas emergentes de incendios, garantizando condiciones básicas, permitiéndoles expandir sus servicios y el número de protegidos por el seguro.

Siglo XIX y cronología

El Seguro crece en Inglaterra en el siglo XIX, amparando manufacturas emergentes de incendios, garantizando condiciones básicas, permitiéndoles expandir sus servicios y el número de protegidos por el seguro.

-
- 1808** La apertura de los puertos al Comercio Internacional, por D. João VI, origina en el Brasil la primera sociedad aseguradora: Cía. de Seguros Boa Fé.
- 1870** En la historia reciente de México, los antecedentes formales del Seguro se remontan a 1870, cuando en el Código Civil se regula el Contrato del Seguro.
- 1892** Se promulga la primera ley que rige a las compañías de seguros, mexicanas y extranjeras existentes en esos años.
- 1969** Surge la Companhia Real Brasileira de Seguros, empresa del Grupo Real, que actualmente, y desde 1973, extiende su "know how" por muchos países de Hispanoamérica.

La actualidad(1990-2000)

- 1990** Reformas a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
- 1991** Emisión del Nuevo Reglamento de Inversiones, Establecimiento del Capital Mínimo de Pagos.
- 1992** Implantación del Sistema de Margen de Solvencia y Creación de la Comisión Nacional de Seguros, separándose de la Comisión Nacional Bancaria y de Valores.
- 1993** Concertación para la Creación del Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR) y Venta de ASEMEX al Sector Privado
- 1994** Desarrollo de Estudios para Reformas a la ley del Contrato de Seguros y Participación a través del COECE en las negociaciones del TLC en Estados Unidos y Canadá.
- 1996** Reformas a La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para incorporar al Sector Asegurador, al nuevo régimen de Seguridad Social.
- 1997** Introducción de cambios al Marco Jurídico para fortalecer el esquema de supervisión y el Marco de Operación de la Empresa. Nuevo marco para la operación de Reaseguro, que ofrecerá cobertura a los ramos de Accidentes y Enfermedades y la posibilidad de incluir el ramo de salud.

Actualización del Margen de Solvencia, contemplando nuevos factores para requerimientos de capital.

1998 Establecimiento de bases legales, acordes al nuevo esquema de supervisión que operará la C.N.S.F.

1999 Autorización, para operar el mercado del Seguro de Salud.

2000 Expedición por la SHCP, de las Reglas de Operación ISES.

El Seguro de Gastos Médicos Mayores

En la actualidad, padecer una enfermedad o sufrir un accidente puede resultar muy costoso para el patrimonio familiar. Al adquirir un seguro de gastos médicos mayores, cuenta con una herramienta eficaz para afrontar este tipo de eventualidades, sin tener que enfrentar grandes gastos.

El seguro de Gastos Médicos Mayores es un tipo de seguro diseñado para cubrir los gastos médicos extraordinarios en caso de accidente y/o enfermedad.

Ha sido diseñado pensando en la tranquilidad del jefe de familia ante cualquier emergencia médica, diagnosticada durante la vigencia de la póliza o en caso de accidente para prevenir un fuerte desembolso.

Este seguro cubre únicamente aquellos gastos considerados "mayores", es decir, los gastos incurridos por arriba del monto del deducible, bajo las condiciones y términos que se detallan en el Contrato de Seguro.

Tipos de Seguros de Gastos Médicos Mayores

Existen tres tipos:

- Individual.- En el que se asegura a una individuo o grupo familiar (padre, madre e hijos) en una póliza.
- Grupo.- Se compone de personas que tienen una relación laboral.

-
- **Colectivo.**-Se compone de personas unidas por un vínculo o interés común, previo o simultáneo a la contratación del seguro, que reúnan condiciones para poder ser aseguradas.

Coberturas

Los riesgos cubiertos por la póliza son los que necesitan atención médica a consecuencia de un accidente o enfermedad, teniendo como límite de indemnización el monto de la suma asegurada contratada, así como las coberturas especificadas en la póliza.

Los gastos generalmente amparados, siempre que rebasen el deducible contratado, incluyen consultas médicas, análisis de laboratorio, estudios de gabinete, enfermeras, medicamentos, traslado en ambulancia terrestre, hospitalización, cirugía y tratamiento postoperatorio.

Algunas compañías ofrecen las coberturas con una suma asegurada sin límites.

Coberturas adicionales

Existen coberturas adicionales que pueden contratarse a petición del asegurado; las cuales pueden variar de acuerdo a cada Compañía al igual que sus restricciones, por ejemplo, algunas coberturas adicionales pueden ser:

- Emergencia en el extranjero
- Cobertura Internacional
- Gastos Funerarios
- Asistencia en viaje
- Asistencia médica de emergencia en domicilio
- Maternidad
- Cobertura odontológica
- Etc.

I.III. MEDICINA PREPAGADA

La medicina prepaga surge como respuesta empresarial a la necesidad de un segmento de la población, que no se encontraba cubierto o satisfecho con las formas de financiamiento de la atención médica pública y privada, que veía preocupado el incremento de los costos de la atención médica.

La oferta para este segmento fue mantener el sistema de relación y trato de la práctica privada sin la angustia de un costo cada vez mayor, prácticamente inalcanzable.

En la década de los 40's surgieron productos de atención médica ofrecidos por hospitales privados, que presentaban una capacidad ociosa y dificultades para sobrevivir, produciendo una recuperación de la capacidad instalada.

Como es el caso de Clínica Londres que en 1940, ofrecía productos de atención médica hospitalaria.

Los planes en sus principios, cubrían principalmente internamiento (gran riesgo) pero el mercado no sólo exigió la ampliación de las coberturas, sino que como efecto de la competencia, más y mayores coberturas fueron incorporándose.

Sin caer en el error de que se podía brindar todo sin limitaciones o condicionante. Todo sistema, requirió de un conocimiento, sobre el programa de atención médica y el modelo prestador, es decir, con recursos definidos no se podían ofrecer costos infinitos.

Algunas empresas e instituciones que tenían subrogados servicios con la Seguridad Social pretendieron no sólo la cobertura del gran riesgo, internamiento, cirugía, maternidad, etc. sino también lo cotidiano, la consulta, los medicamentos y el estudio complementario, por ejemplo, el sector bancario que desde 1957 firmó un convenio de reversión de cuotas con el IMSS.

Así surgieron organizaciones que fueron desarrollando sus conocimientos y sus capacidades y necesitaron constituir redes de proveedores médicos para ser eficientes, para ampliar sus coberturas sin incidir en el precio de sus servicios, además de que el crecimiento de las poblaciones protegidas también lo permitió, pudiéndose ofrecer coberturas como tratamientos Odontológicos, Prótesis, Lentes y otros beneficios especificados en los contratos obrero-patronales de cada empresa. Así mismo, el sector asegurador que hasta entonces sólo otorgaba indemnizaciones para gastos médicos mayores también participó ofreciendo productos que incluyan gastos médicos menores.

En otras partes del mundo la medicina prepagada ha sido la tendencia dominante y no así los seguros tradicionales.

En América Latina los sistemas de Seguridad Social han evolucionado hacia distintos tipos de organizaciones que generaron y generan una activa participación del sector privado.

El cambio de la Seguridad Social en América Latina, ha provocado en México inevitablemente a pensar en una expansión importante de la capacidad instalada del sector privado y al mismo tiempo una exigencia por competitividad, de costo y eficiencia.

La importancia de la Economía de la Atención de la Salud radica en la dificultad para dar un valor económico al proceso de Salud-Enfermedad; en las barreras financieras que tan frecuentemente limitan el otorgamiento de los servicios de Salud y en la dificultad para evaluar los beneficios económicos de los servicios de Salud.

Dentro del marco de las privatizaciones que ha experimentado México, el área de prestaciones médicas no puede quedar exenta, ya que las personas a partir de cierto nivel socioeconómico, prefieren hacer uso de la medicina privada por encima de la Seguridad Social, esto como consecuencia de diversos factores, tales como, la búsqueda de confort, la mayor complejidad y exigencia de la

sociedad moderna, como así también un mercado altamente competitivo que ofrece una variada y accesible gama de servicios.

La problemática del crecimiento del costo de la utilización de los servicios de Salud es un tema de debate en todo el mundo, y por lo tanto no afecta a México en forma exclusiva, si bien en nuestro país se adicionan algunos elementos particulares.

La evolución de los costos, la falta de una cultura de prevención, la carencia de conocimientos en administración de servicios de salud y la ausencia de un marco regulatorio para organizaciones prestadoras de servicios de salud en forma privada llegó a dejar desprotegidos en ocasiones a los contratantes.

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 del aporte 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 de un mismo centro de trabajo que prefieran ser atendidos por otros prestadores, en la que el IMSS conserva la función recaudadora, sin embargo, en la actualidad no es claro que se otorguen este tipo de convenios.

En 1999 se modificó la Ley General de Instituciones de Sociedades Mutualistas y Seguros en su artículo 3º. con el propósito de regular la actividad de las organizaciones que ofrecían productos prepagados incluyendo a las administradoras de servicios integrales de salud, instituciones hospitalarias, redes de prestadores médicos e incluso algunas instituciones de seguros, dando origen a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

Modelos de atención de la salud

Las diversas experiencias mundiales han mostrado que la alternativa que ofrecen las Organizaciones de Mantenimiento de la Salud ha modificado sustancialmente los mecanismos de atención de la salud y cuidado de enfermedades de los

asegurados, dando prioridad a la medicina preventiva y al aprovechamiento eficiente de los recursos humanos, técnicos y financieros.

Características de las Organizaciones de Mantenimiento para la Salud

Por el desarrollo que se ha presentado en los Estados Unidos, a continuación se presentan las características de las principales organizaciones existentes en este país:

- Es una organización que combina el otorgamiento de Servicios de salud con su financiamiento.
- Cobra honorarios Prepagados por los diferentes servicios que proporciona, los individuos pagan un costo fijo por servicios de salud
- Su objetivo es reducir los gastos médicos, mediante el incremento del uso de los servicios preventivos de salud.

Los modelos de las Organizaciones de Mantenimiento para la Salud se clasifican de la siguiente forma:

- Modelo de Grupo.- Se crea alrededor de un grupo médico; el grupo es el primer proveedor de los servicios médicos, los servicios son proporcionados por el grupo a menos que se realice una referencia externa, normalmente el grupo médico es pagado en una Base de Capitación.
- Modelo Staff.- Algunos médicos son asalariados, los grandes modelos tienen empleados médicos en varias o todas las especialidades mientras que los chicos solo los del primer nivel de atención, también contrata médicos independientes en las especialidades no incluidas en el grupo.
- Modelo de Asociación Independiente de Médicos.- Es una organización formada por médicos independientes y proporcionan su servicio individualmente o en pequeños grupos por especialidad.
- Modelo Red.- Se contrata dos o más grupos de médicos independientes. Es una combinación de los anteriores y tiene la característica del modelo de grupo pero con muchos grupos distintos.

-
- Existen otro tipo de organizaciones que a su vez han sido importantes en el desarrollo de modelos de salud, tales como las que se mencionan a continuación:
 - Organizaciones de Proveedores Preferenciales.- Funcionan en base a programas de negociación de beneficios de Salud, donde su objetivo es el control de los costos de los beneficios y funcionan otorgando incentivos para utilizar a los proveedores preferenciales. Los incentivos generalmente son descuentos a cambio de utilización preferencial. No asumen riesgo, ni intermedian financieramente, estos riesgos los toma la empresa compradora de servicios.
 - Organizaciones de Punto de Servicio.- Creadas para tener los ahorros de una Organización de Mantenimiento de la Salud, conservando algo de libertad de elección de los planes de indemnización. Los individuos escogen un Médico de Primer Contacto y especialistas de una red y se obtienen beneficios y descuentos en la participación del usuario en el plan.

Tendencia de los Modelos de Atención de la Salud

Estos Modelos de Atención de la Salud son muy comunes y se han ido desarrollando sólo en América del Norte sino en toda Latinoamérica incluyendo México, donde se ha definido a la administración de la salud, como la aplicación de funciones técnicas, financieras, contables, comerciales, de seguridad e integradoras en la gestión de los cuidados para la salud, anteponiendo siempre los principios humanísticos que han distinguido a la ciencia médica en general, para lograr bienestar para todos, bajo los principios de calidad y productividad, a través de redes de prestadores de servicios de salud como grupos de médicos y proveedores de servicios de Salud vinculados por convenios que tienen por objeto proporcionar a los asegurados el servicio de atención médica de acuerdo a condiciones que se establecen en contratos.

Diseño de un Programa Privado de Salud

Estos modelos se encuentran organizados por niveles de atención, existe una gran tendencia a tomar los modelos que funcionan en Estados Unidos pero adaptados a las necesidades de salud y cultura de la población en México.

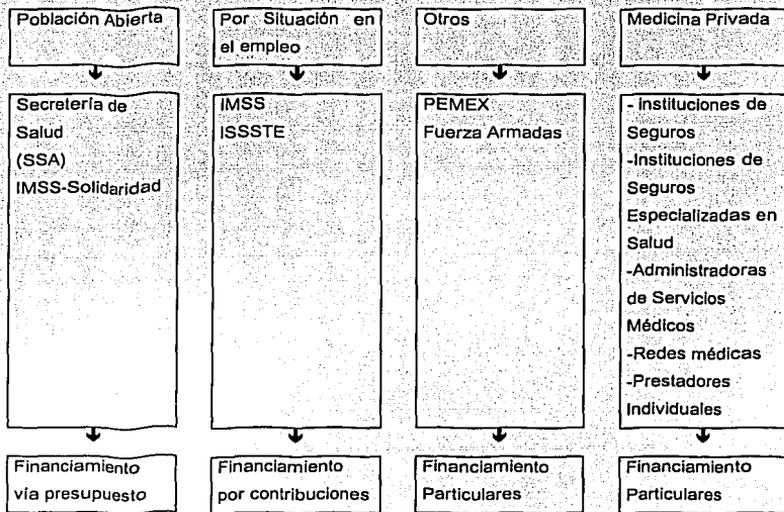
En cada país estos modelos están directamente relacionados al modelo Público de salud, como es el caso de países de América Latina, tales como Chile, Argentina, entre otros.

CAPITULO II. ACTUALIDAD

II.1 SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sector de salud en México está integrado por un conjunto de organismos, instituciones, y entidades que tienen como finalidad específica procurar la salud de la comunidad en aspectos de promoción, prevención, recuperación, curación o rehabilitación, con diferentes sistemas administrativos de dirección, ejecución y coordinación.

El sistema Nacional de Salud en México está organizado en 4 secciones importantes de acuerdo a su financiamiento, como se puede observar en el siguiente esquema.



En la forma de otorgamiento de servicios en el sector salud de México existen, como en otros países del mundo, traslapes entre los diferentes sectores para su

otorgamiento. El 50% lo otorgan los servicios públicos, el 30% la Seguridad Social y un 35% el Sector privado.

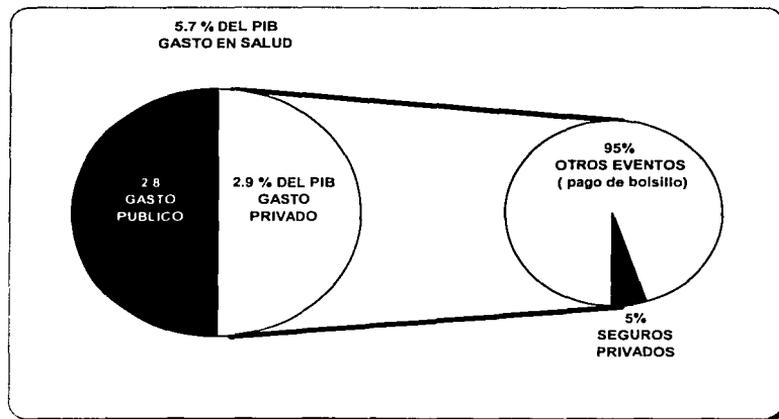
Se cuenta con una considerable infraestructura de recursos físicos y humanos destinados a la salud, pero en ciertos rubros como camas de hospital y enfermeras, México muestra cierta escasez, añadida a una mala distribución de los recursos.

En México se estima que un 70% de los médicos trabajan en ambos sectores tanto público como privado.

El salario de un médico en el sector público por una jornada de 6 horas, está alrededor de los 600 U.S. dls. mensuales.

El gasto en salud muestra un importante crecimiento en comparación con el gasto de los años 80,s, aunque en base en el gastos promedio de otros países similares a México todavía se encuentra por abajo.

Por otra parte, la distribución del gasto en salud vs. el producto interno bruto (PIB) en el sector público representa el 49%, mientras que el sector privado representa el 51%, del cual sólo el 5% es financiado por el sector asegurador y el resto es financiado con el pago de bolsillo de la población, como se muestra en el siguiente gráfico.



Diseño de un Programa Privado de Salud

En México de acuerdo al XII censo general de población y vivienda 2000 del INEGI hay 97.5 millones de habitantes, de los cuales el 46.3% de ellos cuentan con algún seguro público de Salud distribuido como se puede observar en la siguiente tabla:

<u>Institución</u>	<u>%</u>
Seguro social	32.3
ISSSTE	5.9
PEMEX, marina o defensa	1.1
No especificado	2.9
Otra institución	1.1
No derechohabientes:	53.7

Por otra parte, según cifras de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) a diciembre del 2001, 3.09 millones cuentan con un seguro de Gastos Médicos Mayores, como se señala en la siguiente tabla:

<u>Tipo de Seguro</u>	<u>%</u>
Individuales y/o familiares	23
Grupos	39
Colectividades	38

Nota: Por otra parte, las ISES reportaron 250,000 asegurados en seguros de salud.

Generalmente duplicando su cobertura con alguna institución de seguridad social ya que este mercado es un mercado de prestaciones adicionales en su gran mayoría, esto es, son personas que aún teniendo la cobertura de la Seguridad Social, prefieren utilizar la medicina privada y ellos o sus empresas pueden pagar por ello, aún a costa de la duplicidad.

El mercado privado de seguros trabaja bajo el esquema de pago por servicios; y al igual que en otros países, en la medida que se incrementa el ingreso de las personas, la demanda por seguros privados aumenta; así mismo, mientras la población tiene mejores ingresos y por lo tanto pertenece en mayor medida a la

Diseño de un Programa Privado de Salud

economía formal, su participación a los sistemas de cuotas, como lo son el Seguro Social y el sistema de seguros privados, tiende a aumentar.

Por otra parte, la economía informal y los sectores con menores ingresos son atendidos en forma subsidiada o mediante impuestos generales, ya se vía el sistema IMSS Solidaridad, la cual es una población de 7 millones de personas y que depende en su atención del Seguro Social sin aportar cuotas al sistema o haciéndolo mínimamente o vía los sistemas públicos de la Secretaría de Salud, existiendo aún sectores de población con un muy limitado acceso a servicios de salud, que en México representan cerca de 10 millones de personas.



ECONOMIA FORMAL		ECONOMIA INFORMAL		
Población Asegurada		Población no Asegurada		
Mercado Privado de Seguros	Seguridad Social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, otros)	SSA	IMSS Solidaridad	Acceso muy limitado
3	46	42	7	4

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

CAPITULO III. SEGUROS DE SALUD

III.1 ANTECEDENTES DE LA REGULACION

Hasta hace pocos años, el mercado de los seguros de salud en nuestro país era un mercado desregulado. Esta falta de certeza jurídica permitía que existiera una competencia desleal entre los participantes, lo que provocó un crecimiento anárquico, sin el adecuado soporte financiero. Lo anterior dio lugar a quiebras en perjuicio de los consumidores, los cuales carecían de garantías para hacer valer sus derechos.

Con el fin de cubrir este vacío jurídico, en enero de 1997, se realizaron modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), dentro de las cuales se incluyó dentro de la Operación de Accidentes y Enfermedades el ramo de salud.

Con estas modificaciones, se intentó que las empresas que ofrecían servicios de salud se convirtieran en compañías de seguros con la regulación respectiva.

Con ello algunas aseguradoras comenzaron a ofrecer productos de salud dentro de la operación de Accidentes y Enfermedades.

Sin embargo, esta regulación resultó incompleta pues permitía que otras empresas ofrecieran servicios de salud sin estar reguladas.

Con el fin de adecuar la regulación de los servicios de salud a las necesidades de los usuarios y permitir que la Secretaría de Salud tuviera una participación activa en la supervisión de la prestación de estos servicios, a finales de 1999, la Cámara de Senadores firmó junto con los titulares de las carteras de Hacienda y Crédito Público, Salud y la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, un Protocolo de Entendimiento.

Este Protocolo de Entendimiento, estableció los criterios generales de carácter médico, técnico y financiero que debe contener la reglamentación administrativa del ramo de salud. Entre estos criterios se estableció la obligación para las aseguradoras de contar con un contralor médico así como la presentación de dictámenes provisionales, definitivos y anuales emitidos por la Secretaría de Salud para mantener vigente la autorización de la Institución de Seguros Especializada en Salud.

Considerando el contenido de este Protocolo, el 31 de diciembre de 1999 se publicaron en el Diario Oficial las modificaciones a la LGISMS. En estas modificaciones se estableció que sólo las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) podrían operar el ramo de salud y en su caso gastos médicos mayores.

Por lo anterior, las aseguradoras que se encontraban autorizadas para operar este ramo podían optar por cualquiera de las siguientes opciones:

- escindirse;
- constituir una nueva institución de seguros a la que traspasen su cartera correspondiente al ramo de salud;
- traspasar su cartera correspondiente al ramo de salud a otra institución que cuente con la autorización para operar dicho ramo de manera exclusiva ; o
- solicitar autorización a la SHCP para el traspaso de la cartera correspondiente a las operaciones y ramos distintos del ramo de salud a otras instituciones de seguros.

El 24 de mayo de 2000 se publicaron en el Diario Oficial las Reglas de Operación del Ramo de Salud. En estas reglas se establecieron las disposiciones generales para operar el ramo.

III.II MARCO LEGAL

Operación activa de seguros de salud

Se considera operación activa de seguros cuando la prestación de servicios de salud predeterminados y ciertos se ofrezca de manera conjunta con la prestación de servicios de salud supeditados a la realización de acontecimientos futuros e inciertos.

Por otra parte, no se considera operación activa de seguros la comercialización de un servicio o conjunto de servicios de salud predeterminados y ciertos, cuyo costo total sea cubierto por el usuario en una o varias exhibiciones, antes, durante o después de prestado el servicio.

Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES)

Instituciones autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud, facultadas a la venta de seguros privados o voluntarios que tengan como objeto prestar servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud del asegurado en forma directa con recursos propios, mediante terceros, o la combinación de ambos, a través de acciones que se realicen en su beneficio.

Características del ramo de salud

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

a).- Su origen no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito o de un accidente o enfermedad que afecte la salud del asegurado sino que parte del objetivo de mantener la salud de éste, mediante acciones tanto de prevención como de restauración;

b).- El objeto de los seguros privados o voluntarios en el ramo de salud, es prestar servicios mediante la administración y articulación de recursos tanto propios o directos, como contratados con terceros prestadores, o una combinación de ambos, a diferencia de los otros ramos cuyo propósito es el cubrir o reembolsar los gastos necesarios en que incurre el asegurado, y

c).- El ramo de salud contempla los servicios dirigidos a prevenir la salud de los asegurados mediante las acciones de fomento, a través de la detección temprana de enfermedades, por medio de pruebas con base en factores de riesgo epidemiológico, así como el seguimiento a la salud de los asegurados, particularmente en el caso de enfermedades crónicas, donde su control oportuno permita evitar el surgimiento de complicaciones posteriores; finalmente, y con objeto de facilitar la prestación de los servicios en el ramo de salud podrá encargarse a un profesional de la salud dar continuidad y coordinar las acciones de salud conjuntamente con otros prestadores que se requieren, siempre en beneficio del asegurado.

Normatividad de las ISES

Como instituciones de seguros, el funcionamiento y operación de las ISES se rige fundamentalmente por lo previsto en:

- La Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS)
- La Ley sobre el Contrato de Seguro (LSCS)
- Reglas de Operación del Ramo de Salud
- Ley General de Salud (LGS)
- Normas Oficiales Mexicanas en Salud (NOM'S) (cuando presten sus servicios con recursos propios)
- Normas Oficiales Mexicanas (cuando presten sus servicios con contratos celebrados con terceros)

Artículo 7o. de la LGISMS

La fundamentación para la emisión de las Reglas de operación de los seguros de salud se encuentra en el artículo 7o. de la LGISMS, en donde se previene que la operación y desarrollo del ramo de salud se sujeta a las disposiciones de carácter general que emite la SHCP, con la previa opinión de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas (CNSF) y de la Secretaría de Salud (SS).

Vigilancia Integral de las ISES

Con el fin de lograr una vigilancia integral de las instituciones de seguros autorizadas en el ramo de salud, la LGISMS encomienda la supervisión de las mismas a la CNSF y a la SS.

Las Reglas disponen que la SHCP es el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos todo lo relacionado con las mismas, para lo cual puede solicitar la opinión de la CNSF y de la SS, las que en ejercicio de sus facultades, podrán determinar la forma y términos en que las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud deberán informarles y comprobarles todo lo concerniente a la práctica de estos seguros y se les faculta a establecer procedimientos de consulta con los diferentes participantes del mercado para contar con información que coadyuve a procurar un desarrollo equilibrado del sistema.

Dictamen de la CNSF

Para dar inicio a sus operaciones, las ISES deben contar con un dictamen favorable de la CNSF, como resultado de la visita de inspección que le practique para evaluar que cuenta con los sistemas e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, así como con la ratificación por parte de la SS del nombramiento del Contralor Médico.

Capital Mínimo Pagado

De conformidad con lo previsto en el artículo 29, fracción 1, de la LGISMS y a las Reglas, las ISES deben contar con un capital mínimo pagado, cuyo monto expresado en UDIS, lo dará a conocer la SHCP durante el primer trimestre de cada año. Por ejemplo, el 3 de abril del 2000 se publicó el Acuerdo sobre el capital mínimo pagado que las instituciones de seguros deben afectar para cada operación o ramo, fijándose para la operación de accidentes y enfermedades en alguno o algunos de sus ramos 1'704,243 UDIS.

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

Planes de Salud

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

Inspección y Vigilancia sobre los servicios y productos de salud

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

Diseño de un Programa Privado de Salud

Junto con el dictamen provisional emitido por la SS, se solicita a la SHCP la autorización para operar, como ISES, debiendo agregar los documentos necesarios que garanticen la viabilidad financiera.

Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

Se establece en las Reglas criterios generales de carácter:

- Médico
- Técnico
- Financiero

Y así se le ha dado congruencia con uno de los principios básicos del Sistema Nacional de Salud, consistente en garantizar, en este caso, a través de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), la prestación de servicios para:

- La promoción
- Fomento
- Prevención
- Diagnóstico
- Tratamiento y Rehabilitación de la salud de las personas.

Fijando una serie de requisitos de carácter médico con el fin de atender adecuadamente las demandas de los usuarios y se exige que:

- Los servicios médicos sean de alta calidad;
- A través de una adecuada integración en su infraestructura y equipamiento.

Supervisión en el aspecto médico

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

a).- La emisión de los dictámenes provisional, definitivo y anual para corroborar que las instituciones cumplen satisfactoriamente con los elementos necesarios para la prestación de los servicios de salud que se deriven de los contratos de seguros y que constituyen requisitos indispensables para recibir y mantener la autorización para operar.

La Secretaría emite el dictamen definitivo y posteriormente se presenta junto con estados financieros un dictamen anual expedido por la propia SS a fin de que se acredite que mantiene los elementos necesarios para otorgar los servicios de salud a sus asegurados.

Para la obtención de los mencionados dictámenes se debe cumplir satisfactoriamente, entre otros elementos: que los recursos materiales y humanos, propios, contratados con terceros o la combinación de ambos, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a los usuarios a asegurar; que los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios objeto de los contratos de seguros privados respectivos, garanticen una oferta adecuada en cuanto a:

- Calidad
- Suficiencia
- Nivel de resolución y,
- Cobertura geográfica

Así como que se cuente con:

- Los mecanismos necesarios para comunicar a los asegurados de los cambios en la infraestructura con la que la institución cuenta para prestar sus servicios
- Mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de los asegurados; etc.

b).- La facultad de supervisar a las instituciones autorizadas para la práctica del ramo de salud, exclusivamente sobre los servicios y productos de salud materia de los contratos de seguros privados que celebren, y

c).- Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), con independencia del responsable del área médica, que tenga a su cargo las políticas y mecanismos de carácter médico, deberá contar con un Contralor Médico, nombrado por el consejo de administración, a cuyas sesiones deberá asistir participando, en todo caso, con voz pero sin voto, quien requerirá ser ratificado por la SS a través de un Comité interno de la misma que analice su idoneidad.

Funciones del Contralor Médico

Entre otras funciones el Contralor Médico tendrá la responsabilidad de supervisar el funcionamiento de la red de servicios médicos de la institución a fin de que se cumpla adecuadamente con los requisitos de suficiencia, buen desempeño de los médicos y hospitales, calidad en la atención, utilización de los servicios, manejo de consultas y reclamaciones y el cumplimiento de las Normas Oficiales Mexicanas en Salud.

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

Reportes cuatrimestrales

El Contralor Médico permitirá a las instituciones prevenir y, en su caso, detectar y corregir oportunamente cualquier desviación que encuentre, mediante las recomendaciones que deberá formular a la administración de la institución y se le

Diseño de un Programa Privado de Salud

obliga a remitir a la SS y a la CNSF un reporte cuatrimestral relativo al cumplimiento de sus obligaciones y cuando detecte anomalías trascendentes, deberá emitir un reporte especial.

Derechos de los pacientes

En las Reglas se destacan como derechos de los pacientes, entre otros:

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

Requisitos de los médicos y Hospitales

A los médicos se les exige que cuenten con:

- cédula profesional a fin de acreditar sus conocimientos técnicos,
- y en caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener la otorgada por los mismos.

A su vez, los hospitales deberán contar:

- además de las autorizaciones y permisos necesarios,

-
- con la certificación del Consejo de Salubridad General en reconocimiento a su calidad. (cabe señalar que en la actualidad dicha certificación no se ha publicado en una NOM'S)

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

Instrumentación de Programas

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

- a) **El Programa de capacidad y suficiencia**, tiene como objetivo garantizar que la red de prestadores de servicios de salud sea suficiente en tipo y número, componentes mínimos.
- b) **El programa para el control de la utilización de los servicios médicos** en el cual se deberán incluir mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como adecuados niveles de utilización de los mismos, y
- c) **El programa de mejora continua** en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención, el fomento a la enseñanza y la investigación médica y el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de las instituciones.
- d) **Atención y Resolución de Quejas y Derechos del Paciente**
Mecanismo interno ágil y oportuno para la recepción, seguimiento y resolución de quejas y mecanismos para preservar los derechos del paciente.

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

Reservas Técnicas

Con la finalidad de que las instituciones autorizadas a la práctica del ramo de salud puedan hacer frente a las obligaciones futuras que surgirán, derivadas de los contratos de seguros de salud, deberán constituir, incrementar e invertir las reservas técnicas en los términos de la LGISMS, de las disposiciones generales que derivan de la misma y de las Reglas. Estas reservas incluyen la de riesgos en curso de pago para hacer frente a los eventuales riesgos de las pólizas en vigor; la de obligaciones pendientes de cumplir para cubrir los siniestros ocurridos pendientes de liquidación; y la de previsión para cubrir las posibles pérdidas por desviaciones estadísticas en su experiencia de siniestralidad.

Capital Mínimo de Garantía

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

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

Diseño de un Programa Privado de Salud

Comité de Inversiones

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

Por lo que hace a la entrega de información de las instituciones a las autoridades, las Reglas establecen, que la CNSF fungirá como ventanilla única para su recepción, con la responsabilidad de comunicarla a la SS para los efectos conducentes, particularmente como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a su cargo.

Contabilidad, Sistema Estadístico y Notas Técnicas

Para llevar a cabo su contabilidad y establecer la base de datos así como el sistema estadístico respectivo, las instituciones deberán sujetarse a lo dispuesto por las disposiciones administrativas que emita la CNSF, además, deberán presentar ante la propia Comisión las notas técnicas en que se sustenten cada una de sus coberturas, planes y primas así como los contratos que realicen con otras entidades para la prestación de los servicios.

Contratos de Adhesión

Adicionalmente, deberán registrar los contratos de adhesión que ofrezcan al público en general en que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de seguros privados de salud.

La Publicidad

La publicidad de las instituciones, se deberá expresar en forma clara y precisa a efecto de que no exista confusión entre el público usuario. Para ello, la publicidad

Diseño de un Programa Privado de Salud

se sujetará a las disposiciones administrativas que dicta la CNSF que, a su vez, tendrá las facultades para modificar o suspender la propaganda o publicidad.

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

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

Con base en lo anterior, en la elaboración de planes las instituciones deberán procurar incorporar criterios de integralidad para que las coberturas ofrecidas contemplen acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, los cuales serán evaluados por la SS, la que hace recomendaciones para que se cumpla el objetivo de atención integral del asegurado.

A fin de facilitar la libertad de elección del asegurado las Reglas disponen, la obligación de las instituciones de ofrecer, al menos, algunos planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos de la red que haya conformado, mediante el pago diferencial entre el tabulador de la institución y el costo del servicio que preste el médico. Estos planes serán, en todo momento, del conocimiento del público usuario ya que la institución deberá describirlos en el folleto explicativo de cualquier plan de seguros que se pretenda contratar.

Acceso oportuno a los servicios

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

Contratos de Seguros de Salud

En las Reglas se establece con claridad para efectos del alcance de los contratos de seguros de salud cuando se considerara que un padecimiento es preexistente. Igualmente se señalan los términos bajo los cuales las instituciones estarán obligadas a cumplir con la prestación de los servicios, una vez que se haya terminado la vigencia del contrato, siempre y cuando la eventualidad se haya suscitado dentro de la vigencia del mismo.

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

Por otra parte, en protección de los propios asegurados se indica en las Reglas que las instituciones deben establecer en las pólizas si existe o no la renovación

Diseño de un Programa Privado de Salud

obligatoria y la edad máxima de renovación. En estos casos no se podrán utilizar criterios arbitrarios para la renovación de los planes que permitan la discriminación selectiva de asegurados.

Para las consultas y reclamaciones, el público tendrá a su disposición los mecanismos y facultades que dispone la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Con objeto de facilitar al usuario la realización de consultas o, en su caso, reclamaciones, las instituciones deberán detallar en el folleto que entreguen al asegurado, junto con la póliza, la política y mecanismo interno de las propias instituciones, así como su manera de acceso.

Las infracciones a las presentes Reglas se sancionarán en los términos previstos por la LGISMS.

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

Las circulares que se han publicado para el ramo de salud son las siguientes:

No.	Título
S-24.1	<u>CIRCULAR S-24.1 Reglas para la operación del ramo de Salud.</u>
Reglas-Seg-23	<u>REGLAS para la Operación del Ramo de Salud.</u>

No.	Título
S-24.2	<u>CIRCULAR S-24.2 mediante la cual se comunica la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, y se da a conocer la forma y términos para su entrega a las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud.</u>
S-24.3	<u>CIRCULAR S-24.3 mediante la cual se dan a conocer los formatos de valuación de reservas técnicas. Se da a conocer a las instituciones de seguros especializadas en Salud, la forma y términos en que deberán presentar la valuación de sus reservas técnicas.</u>
OS-86/00	<u>OFICIO CIRCULAR S-86/00: SISTEMA ESTADÍSTICO PARA LOS SEGUROS DE SALUD. FORMATOS CUATRIMESTRALES.- Se dan a conocer la forma y términos para su entrega.</u>
S-24.2.1	<u>CIRCULAR S-24.2.1 por la que se comunica la modificación a la estructura del Sistema Estadístico para los Seguros de Salud, a las instituciones de seguros autorizadas para operar en el ramo de salud.</u>
S-24.1.1	<u>CIRCULAR S-24.1.1 Acuerdo por el que se adiciona con un numeral 8 la segunda transitoria, así como con una sexta transitoria a las reglas para la operación del ramo de salud, publicadas el 24 de mayo de 2000.</u>
S-24.4	<u>CIRCULAR S-24.4 por la que se dan a conocer los requisitos que deberán cumplir para su certificación las instituciones de seguros autorizadas para operar el ramo de salud.</u>

CAPITULO IV. DISEÑO DEL SEGURO

IV.I. OBJETO DE LA COBERTURA

El programa privado de Salud que se ha diseñado, reúne las características generales para otorgar servicios integrales de salud a grupos, atendiendo a las necesidades del mismo y a la práctica comercial.

Como característica distintiva del plan, éste ha sido estructurado para otorgar servicios de salud como son consultas, estudios de laboratorio y gabinete, medicamentos, honorarios médicos por atención quirúrgica y no quirúrgica, gastos hospitalarios y servicio de ambulancia terrestre, a fin de permitir una cobertura más amplia en términos de servicios cubiertos de acuerdo a las necesidades del contratante.

El servicio será proporcionado a través de una red cerrada de proveedores, en este diseño se busca que los planes Integrales de Salud tengan una mayor penetración en el mercado y que los beneficios que otorga se adecuen a las necesidades de cobertura de la población.

IV.II. DEFINICIONES

- **El Seguro de Salud** - tiene como finalidad otorgar servicios con especial énfasis en el primer nivel de atención y en el cuidado preventivo para el mantenimiento de la salud de la persona.
- **Las ISES** - son Instituciones de Seguros Especializadas en Salud autorizadas para operar el Ramo de Salud y/o Gastos Médicos Mayores.
- **Accidente** - Acción súbita, fortuita y violenta de una fuerza externa ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente y con

independencia de cualquier otra causa, lesiones corporales que ameriten tratamiento médico o quirúrgico.

- **Aceptación** - Aprobación por parte de la Aseguradora de la Propuesta de Seguro realizada por el Asegurado.
- **Agente de seguros** - Es la persona que es autorizada por una compañía de seguros para representar a esa compañía en sus negociaciones con personas que solicitan seguros.
- **Aniversario de la póliza** - Es el aniversario de la fecha en que se emite la póliza.
- **Asegurado** - Toda persona que conforme a la voluntad del Contratante y de acuerdo a los requisitos de la selección que se establezcan, tenga derecho a recibir los beneficios que establece el contrato, tal como lo indica la carátula de la póliza
- **Asegurado titular** – Persona que el Contratante directamente designa para recibir los beneficios de la póliza y firma la solicitud como asegurado principal.
- **Antigüedad** - Tiempo ininterrumpido durante el cual ha estado asegurada una persona.
- **Beneficiario** - Persona o parte el contratante de la póliza ha designado para recibir el beneficio de la misma.
- **Cancelación de la póliza** - La cancelación es el término de una póliza antes de la fecha de caducidad indicada en la misma o bien puede hacerse a petición del asegurado o la aseguradora por escrito. A falta de pago de primas se cancela al terminar el periodo de gracia.
- **Cirugía programada** - Es un servicio médico - administrativo, aplicable a todos los Asegurados, que tienen la necesidad de someterse a intervenciones quirúrgicas, estudios específicos superiores al deducible, los cuales se encuentran pendientes de efectuar o que son " Programables", y que no son de carácter urgente o de emergencia.

-
- **Cobertura** - Es el conjunto de garantías y beneficios ofrecidas por el asegurador.
 - **Contratante** - Es aquella persona física o moral responsable, que ha solicitado la celebración del contrato, quien además se compromete a realizar el pago de las primas.
 - **Contrato del seguro** - Es el documento que define las responsabilidades, coberturas, garantías e indemnizaciones de un seguro. Es sinónimo de póliza.
 - **Condiciones generales** - Son todas aquellas condiciones que vienen en un contrato de seguro y que regulan la relación que va a existir entre el asegurador y el asegurado.
 - **Costos de reclamaciones** - Los costos en que el asegurador anticipa incurrirán para proporcionar los beneficios de pólizas prometidos.
 - **Cotización** - Es el cálculo aproximado de la prima del seguro en función de las necesidades descritas por el asegurado.
 - **Edad cumplida** - La edad cumplida de un asegurado en el momento de la renovación de una póliza.
 - **Endoso** - Son las alteraciones efectuadas en una póliza tras su contratación.
 - **Gastos permitidos** - Corresponden a los gastos razonables y acostumbrados en que incurre el asegurado y que están cubiertos por al menos uno de los planes colectivos de gastos médicos con que cuenta el asegurado.
 - **Hospitalización** - Traslado e internación temporal del asegurado en un centro hospitalario en caso de siniestro.
 - **Indemnización** - Pago que realiza la compañía para cubrir los gastos originados por un accidente o enfermedad.
 - **Médico** - Persona que ejerce la medicina, titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de su profesión.

-
- **Médico de primer contacto** - Un médico general o un facultativo familiar que actúa como el médico personal del afiliado y le sirve como primer contacto con la organización.
 - **Pago de primas** - La prima puede pagarse en una sola exhibición en el momento de que se inicia la vigencia del contrato o de manera fraccionada, las cuales vencerán al inicio de cada periodo.
 - **Póliza** - Contrato de seguro que establece todos las garantías contratadas por el asegurado, así como los derechos y obligaciones de la aseguradora y del asegurado.
 - **Prescripción** - Límite de tiempo fijado por ley que una persona tiene para entablar una demanda legal por una reclamación.
 - **Prima** - Es la suma en dinero pagada por el asegurado al asegurador con el fin de que éste último asuma la responsabilidad por determinado riesgo.
 - **Reclamante** - Aquel que solicita una indemnización o revisión de un proceso de siniestro.
 - **Riesgo** - Es la posible eventualidad imprevisible que no depende de las partes contratantes y para el cual se contrata un seguro. El riesgo es la probabilidad de siniestro. Sin riesgo no puede haber contrato de seguro.
 - **Seguro** - Se denomina contrato de seguro aquel que establece que la aseguradora, a través del pago de la prima por parte del asegurado, la obligación de pagar a éste o a otra persona designada por él, un determinado valor en el caso de siniestro cubierto, previsto en el contrato.
 - **Siniestro** - Término que define la ocurrencia de la eventualidad prevista y cubierta en la póliza de seguro.
 - **Solicitud** - Es el documento por medio del cual, el solicitante da a conocer a la aseguradora sus necesidades de cobertura, el cual sirve para la emisión de la póliza, además de ser un documento que hace prueba de la celebración del contrato.
 - **Suma asegurada** - Es la cantidad máxima que la Aseguradora pagará al asegurado por concepto de los gastos que se deriven de la atención médica

a consecuencia de un accidente o enfermedad, de acuerdo a las condiciones contratadas en la póliza, siendo requisito fundamental que la póliza se encuentre vigente. La Suma Asegurada es determinada por el asegurado o contratante.

- **Urgencia médica** - Es toda enfermedad o accidente que resulte en forma súbita e inesperada y requiera atención médica inmediata para prevenir la muerte o un daño orgánico y/o funcional irreversible en la salud.
- **Vigencia del seguro** - Período durante el cual el seguro cubre los bienes asegurados. La vigencia varía y está determinada en la póliza.

IV.III. DESCRIPCION

El Plan proporciona cobertura por los gastos ocasionados por alguna Enfermedad o Accidente, así como los gastos ocasionados para prevenir o mantener la salud.

Gastos cubiertos

Consulta Médica

Mediante este programa tiene acceso a consultas, con médicos de primer nivel de atención medica, definiendo consultas de primer contacto como las consultas de:

- Medicina Interna y Medicina General
- Pediatría
- Gineco - Obstetricia

El médico de primer contacto realizará el diagnóstico clínico y en función del mismo, en caso de requerirse, lo remitirán al médico especialista.

Consultas de Especialidades

- Todas las especialidades

Consultas de urgencias

Exámenes de Laboratorio

Estudios de Gabinete

Gastos Hospitalarios

Honorarios Médicos

Medicamentos

Ambulancia Terrestre

Urgencias las 24 hrs. del Día los 365 Días del Año, en Hospitales

Medicina Preventiva

Tiene como objetivos:

1. Acercamiento integral para valorar los factores de riesgo de los asegurados
2. Confeccionar un programa pro-activo para administrar el estilo de vida
3. Información / Soporte para la toma de decisiones para el auto cuidado
4. Proporcionar medidas para la demanda de un programa administrado
5. Evaluar beneficios, tendencias e impactos
6. Identificar principales riesgos por grupos etáreos, por ejemplo:

Menores de un año	Niños	Adolescentes	Hombres de 25 a 44 años
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad Diarreica• Infecciones respiratorias• Causas Perinatales• Anemia• Avitaminosis• Accidentes y Lesiones• Meningitis• Tétanos	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad Diarreica• Infecciones Respiratorias• Anemia• Avitaminosis• Accidentes y Lesiones• Asma	<ul style="list-style-type: none">• Accidentes• Violencia• Suicidio• ETS/SIDA• Embarazo inesperado• Infección Respiratoria• Enteritis• Transtornos de menstruación• Epilepsia• Depresión• Anorexia y Bulimia	<ul style="list-style-type: none">• Accidentes• Violencia• Suicidio• Alcoholismo• Enfermedades cardíacas• Cáncer Pulmonar• Ulcera• Impotencia• Eyaculación Precoz• Infidelidad

Mujeres entre 25 y 44 años	Hombres de 45 a 64 años	Mujeres de 45 a 64 años	3a. Edad
<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Cáncer Cervicouterino • Cáncer mamario • Depresión • Embarazo • Vaginitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Infarto • Cirrosis • Infecciones respiratorias • Accidentes • Violencia • Suicidio • Accidentes vascular cerebral • Enteritis, Ulcera • Tuberculosis • Cálculo Renal 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Accidente Vascular Cerebral • Nefritis • Cálculo Vesícula • Neurosis 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Cardíaca • Accidente Vascular cerebral • Infecciones respiratorias • Accidentes • Anemia • Avitaminosis • Diabetes • Cirrosis • Enfermedad diarreica

7. Programa Menores de un año y hasta 12 años:

Control del niño sano:

- a. Vacunación
- b. Vigilancia del Crecimiento y Desarrollo
- c. Orientación del Crecimiento y Desarrollo Psicomotriz
- d. Detección temprana de alteraciones

Educación para la salud:

- a. Mensajes
- b. Conferencias
- c. Folletos

Exclusiones y límites

El Plan no cubre los siguientes gastos:

1. Prestaciones en dinero.
2. Atención Odontológica

-
3. Lentes.
 4. Aparatos y prótesis.
 5. Zapatos ortopédicos.
 6. Reposición de aparatos ortopédicos o prótesis existentes a la fecha de inicio de vigencia del contrato.
 7. Cama extra para mayores de 12 años de edad.
 8. Alimentos de acompañantes, llamadas telefónicas de larga distancia, estacionamientos, artículos de tocador y en general cualquier gasto no médico que se realice con motivo de una hospitalización o sea realizado por terceras personas.
 9. Tratamientos para corregir la esterilidad e infertilidad y sus complicaciones.
 10. Tratamientos para la calvicie.
 11. Tratamientos para la obesidad exógena.
 12. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas para corregir la miopía, hipermetropía y astigmatismo, así como sus complicaciones.
 13. Tratamientos de cirugía estética.
 14. Tratamientos de homeópatas, quiroprácticos, naturistas, acupunturistas y otros procedimientos de medicina no tradicional.
 15. Tratamientos experimentales y no científicamente comprobados.
 16. Tratamientos originados por trastornos de la conducta, el lenguaje y el aprendizaje, ni por trastornos de orden psicológico o psíquico.
 17. Curas de reposo.
 18. Paquete de admisión
 19. Pañuelos desechables
 20. Jabón, detergente, shampoo y demás accesorios de higiene personal.
 21. Gastos de teléfono realizados por el paciente (en caso de que el hospital no incluya este concepto dentro de los costos de habitación)
 22. Comidas extras no incluidas en la dieta del paciente hospitalizado.
 23. Películas y videos rentados por el paciente.
 24. Aguas embotelladas.

27. Medias, toallas protectoras (excepto bajo prescripción médica), rastrillos desechables.

28. Cepillos de dientes

29. Productos de belleza

30. Ningún otro producto similar, así como medicamentos o alimentos de venta libre.

El plan tiene los siguientes Límites

1. Autorización previa sobre internamientos, enfermeras especiales, cama extra para mayores de 12 años, exámenes de laboratorio y gabinete de alta complejidad..
2. En los casos de hospitalización el plan cubre habitación privada tipo estándar.

IV.IV. MODELO DE COSTO FRECUENCIA

Uno de los análisis fundamentales del presente estudio se basa en comparar un modelo de frecuencias y costos que tiene su origen en las bases de datos de más de 24,000 personas a nivel nacional sobre el consumo de servicios integrales de salud y de más de 103,000 personas en lo que a costos se refiere, con el objeto de determinar el comportamiento de un sistema de atención de salud.

Este modelo permite tomar a los indicadores de cada uno de los servicios que sea revisado periódicamente con el objeto de identificar anticipadamente desviaciones en frecuencias de los servicios que pongan en peligro la estabilidad de un programa otorgado a *Costo Fijo*.

El método para establecer un programa confiable de *Costo Fijo*, se puede dividir de la siguientes forma:

- Se establecen los servicios a otorgar, con base en la cobertura del plan.

- Se establecen las frecuencias de los servicios que se producirán o se comparan, ya sea de la población a estudiar o con base en una estadística suficientemente numerosa.
- Se establecen los costos de producción o compra de cada servicio cubierto, con base en la información del área geográfica en que se debe proporcionar el servicio.
- Se obtiene el rubro del costo médico esperado, al multiplicar cada frecuencia esperada por su costo y sumar todos los rubros.
- Sobre el costo médico esperado se establece un margen estadístico para desviaciones en función del volumen de la población. (puede ser una desviación estándar) y se aplica la inflación en salud esperada.
- Finalmente se calcula el precio del programa a *Costo Fijo* sobre el costo médico esperado más el margen para desviaciones los costos de administración, adquisición y la utilidad bruta esperada basada en la siguiente fórmula, que parte del principio de equidad:

$$\text{Precio} = \frac{(\text{Costo médico esperado} + \text{Margen de desviaciones}) * (1 + \text{Inflación en Salud Esperada})}{1 - (\text{Gastos Adquisición} - \text{Gastos de Administración} - \text{Margen de utilidad deseado})}$$

El establecimiento de un costo administrativo y de un margen de utilidad razonable depende de varios factores.

En la práctica de los mercados un gasto administrativo razonable se considera del 10%, sin embargo se puede establecer este concepto en el rango 6% y 16%.

Para poder cumplir con el presupuesto que establece el modelo de *Costo Fijo* propuesto se deben de tomar a los indicadores que el mismo modelo propone y darles seguimiento periódico como la base del establecimiento de políticas relacionadas a la racionalización en la prestación de los servicios.

Estimación de Frecuencias

Para el cálculo de las primas, se ha considerado como base estadística las frecuencias esperadas, estas estadísticas serán consideradas como "objetivos presupuestales de frecuencia y costo", esto es, estas cifras representan el modelo al que se apunta.

Para efectos del estudio se consideran los siguientes indicadores institucionales del sector público mexicano:

Concepto	Fórmula
1.- CONSULTA MEDICINA GENERAL	$\frac{\text{Usuarios} \times 5}{12}$
1.1. 1a. Vez	$\frac{\text{Consultas totales 1a. vez}}{5}$
1.2. Subsecuentes	1a. vez x 4
2.- CONSULTA DE ESPECIALIDAD MENSUAL	$\frac{\text{Cons. esp. mensuales}}{\text{consultas totales}} \times 100$
2.1. 1a. vez	$\frac{\text{Total de Cons. Espec.}}{4}$
2.2. Subsecuentes	Cons. 1a. vez X 3
3.- CONSULTAS TOTALES	Cons. Med. Gral + Cons. Esp.
4.- CONSULTAS DOMICILIARIAS	$\frac{\text{Cons. domic. mens.}}{\text{usuarios}} \times 100$
5.- URGENCIAS MENSUALES	$\frac{\text{Cons. Urgen. mens.}}{\text{usuarios}} \times 100$
6.- ODONTOLOGÍA MENSUAL	$\frac{\text{Cons. mens.}}{\text{usuarios}} \times 100$
7.- EGRESOS MENSUALES	$\frac{\text{Total de Cons.}}{\text{usuarios}} \times 100$
8.- DIAS-ESTANCIA	$\frac{\text{Días estancia de enfermos egresados}}{\text{Expediente}}$
9.- PROMEDIO DE DIAS-ESTANCIA	$\frac{\text{Días de estancia totales}}{\text{egresos}} \times 100$
10.- NACIMIENTOS	$\frac{\text{Nacimientos}}{\text{usuarios}} \times 100$
10.1. Partos	$\frac{\text{Partos}}{\text{Nacimientos}} \times 100$
10.2. Cesáreas	$\frac{\text{Cesáreas}}{\text{Nacimientos}} \times 100$
11.- LABORATORIO TOTALES	Hospital + Consulta ext.
11.1. Hospital	$\frac{\text{Exámenes}}{\text{ingresos}}$
11.2. Consulta externa	$\frac{\text{Exámenes}}{\text{Total de cons. ext.}} \times 100$
12.- RAYOS "X" TOTALES	Hospital + Cons. ext.

Concepto	Fórmula
12.1. Hospital	$\frac{\text{Exámenes ingresos}}{\text{Total de cons. ext.}} \times 100$
12.2. Consulta externa	$\frac{\text{Exámenes}}{\text{Total de cons. ext.}} \times 100$
13.- CIRUGÍA	C. mayor + media + menor
13.1. C. Mayor	$\frac{\text{Cirugías}}{\text{Usuarios}} \times 100$
13.2. C. Media	$\frac{\text{Cirugías}}{\text{Usuarios}} \times 100$
13.3. C. Menor	$\frac{\text{Cirugías}}{\text{Usuarios}} \times 100$
14.- DÍAS PACIENTE MENSUAL	1.3 x 1,000 usuarios x 30
15.- MEDICAMENTOS	25% del costo obtenido
16.- COSTO TOTAL	
17.- COSTO PERCAPITA	$\frac{\text{Gasto Total}}{\text{Usuarios}}$

Es necesario considerar que estos los indicadores institucionales se refieren a un sistema público de Seguridad Social y son generales, por lo que se considera la experiencia de una cartera bajo un programa privado de salud, de donde los indicadores por cada 1,000 asegurados que se proponen quedan de la siguiente manera:

Tipo de Servicio	Indicador	Frecuencia por Miliar
Número de Consultas de Medicina Familiar	3.4863	3,486
Número de Consultas de Especialidades	0.9922	992
Número de Consultas de Urgencia	0.7717	772
Total de Consultas	5.2502	5,250
Estudios de Radiodiagnóstico	0.3922	392
Estudios de Laboratorio Clínico	3.6358	3,636
Hospitalización	0.1000	100
Partos	0.0212	21
Recetas Médicas	4.7252	4,725
Ambulancias	0.0106	11

Diseño de un Programa Privado de Salud

Estimación de Costos

Hospitalización

Se tomó una muestra aleatoria representativa de los costos actuales de la cartera de dos administradoras de Salud, los costos promedio por una cirugía son de \$ 16,700, incluyendo honorarios, anestesista y ayudantes, visitas médicas, cuarto y alimentos, usos de salas, materiales y suministros.

De la misma muestra de la cartera se obtuvieron los costos mínimo y máximo para los diferentes servicios cubiertos.

Tipo de Servicio	Costo Promedio
Consultas de Medicina Familiar	\$150
Consultas de Especialidades	\$200
Consultas de Urgencia	\$350
Estudios de Radiodiagnóstico	\$200
Estudios de Laboratorio Clínico	\$250
Hospitalización	\$16,700
Recetas Médicas	\$250
Ambulancias	\$250

Morbilidad

De acuerdo a la información de dos administradoras de salud, se obtuvieron las siguientes morbilidades:

Rango de edad	Hombres	Mujeres
0-19	54%	54%
20-24	58%	97%
25-29	79%	156%
30-34	94%	153%
35-39	120%	164%
40-44	126%	167%
45-49	143%	208%
50-54	208%	210%
55-59	236%	237%
60-64	307%	303%
65-69	399%	394%

IV.V. CALCULO DE LA PRIMA NETA

Integrando la estimación de frecuencias con la de costos y suponiendo costos promedio obtenemos la siguiente matriz de costos y frecuencias unitarias:

Tipo de Servicio	Indicador	Frecuencia al millar	Costo Promedio	Percapita
Número de Consultas de Medicina Familiar	3.4863	3,486	150	523
Número de Consultas de Especialidades	0.9922	992	200	198
Número de Consultas de Urgencia	0.7717	772	350	270
Estudios de Radiodiagnóstico	0.3922	392	200	78
Estudios de Laboratorio Clínico	3.6358	3,636	250	909
Hospitalización	0.1000	100	16,700	1,670
Recetas Médicas	4.7252	4,725	250	1,181
Ambulancias	0.0106	11	250	3
TOTAL PERCAPITA POR PERSONA				4,833

De donde la prima neta PN_{ij} correspondiente al sexo i y el rango de edad j será:

$$PN_{ij} = MPP \cdot \mu_{ij}$$

donde μ_{ij} es la tasa de morbilidad para el sexo i y el rango de edad j .

Obtenemos así las siguientes primas netas anuales:

Rango de edad	Hombres	Mujeres
0-19	2,637	2,637
20-24	2,832	4,737
25-29	3,858	7,617
30-34	4,590	7,471
35-39	5,860	8,008
40-44	6,153	8,155
45-49	6,983	10,157
50-54	10,157	10,254
55-59	11,524	11,573
60-64	14,991	14,795
65-69	19,483	19,239

IV.VI. CALCULO DE LA PRIMA DE TARIFA

Sean

Concepto	%	Por Pers.
Costo Médico		\$4,833
Margen	10.00%	<u>\$483</u>
Costo Médico Total		\$5,316
Comisión	3.50%	\$228
Costo de Administración y Adquisición	10.00%	\$652
Margen	5.00%	<u>\$326</u>
Costo Total Anual		\$6,522

obteniendo las siguientes primas de tarifa

Rango de edad	Hombres	Mujeres
0-19	3,522	3,522
20-24	3,783	6,326
25-29	5,152	10,174
30-34	6,131	9,979
35-39	7,826	10,696
40-44	8,218	10,892
45-49	9,326	13,566
50-54	13,566	13,696
55-59	15,392	15,457
60-64	20,023	19,762
65-69	26,023	25,697

IV.VII. RESERVA MATEMÁTICA

La reserva matemática será el importe de la prima neta no devengada a la fecha de valuación, correspondiente a las pólizas en vigor.

IV.VIII. CANALES DE DISTRIBUCION

La distribución del plan se realizará principalmente por conducto de Agentes y Corredores.

V. DISEÑO DEL PROGRAMA

V.I. APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE SALUD ADMINISTRADA

Definición de Técnicas de Salud Administrada (Managed Care). Conjunto de técnicas de control de costos, que integran accesibilidad, costo y calidad al mismo tiempo.

Accesibilidad. Uno de los principales componentes del Managed Care es ofrecer a los asegurados accesibilidad a los servicios médicos. En un plan tradicional de Gastos Médicos Mayores (plan de indemnización tradicional) los asegurados tienen libertad de elegir a sus médicos y hospitales de acuerdo a sus necesidades de atención. En un plan basado en técnicas de managed care los asegurados son incentivados a utilizar médicos y hospitales referidos por la propia ISES, con los cuales tiene convenios previamente firmados y pertenecen a su red de proveedores. Para esto son asignados médicos de cabecera en las principales especialidades, como son: medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, siempre cuidando que su localización geográfica sea distribuida de acuerdo a las necesidades de los asegurados, los médicos de cabecera refieren a los asegurados a los demás servicios también integrados en la red.

Para hacer una buena distribución de los recursos con respecto al domicilio de los asegurados son utilizadas técnicas de cartografía.

El médico asignado será la entrada al sistema de atención del programa, aún cuando el plan tuviera libertad de elección de médicos, los asegurados serán incentivados a tener su primer contacto con el sistema y mantenerse en él.

No cuenta con la libertad de elegir proveedores fuera del sistema, pero si el plan así lo estableciera, sería con el incentivo de no hacerlo.

Por otra parte, la atención médica consta de tres componentes básicos: beneficiarios, recursos (humanos, materiales, tecnológicos y económicos) y administración, todos ellos estrechamente interrelacionados.

Niveles de Atención

Niveles de la Atención Médica es un procedimiento administrativo que enfoca las necesidades de Salud cuantitativas y cualitativas de la población, las acciones de la misma en favor de la Salud, y los recursos para la Salud específicos.

- Por lo que se requiere de análisis demográfico, epidemiológicos, y asignación de recursos. Es decir, que los niveles de Atención Médica son un instrumento de racionalización de servicios, los cuales se otorgan escalonadamente e identificando recursos, necesidades y aspiraciones dentro de una población.
- Conocer la frecuencia y complejidad de determinados problemas de Salud en una población, que constituyen la demanda de servicios, es lo que permite relacionar los niveles de atención con unidades y programas médicos.
- Los Niveles de Atención Médica son dinámicos y, por lo tanto, cambian con el tiempo, pudiendo expandirse o contraerse; logran resultados óptimos en los organismos de Salud de carácter nacional o regional, en que hay una coordinación de los establecimientos médicos del organismo.

Primer Nivel.- Debe ser contacto inicial y directo entre los integrantes de la población y el personal de Salud.

- Se promueve la Salud, se previene y se tratan y curan los problemas de Salud más frecuentes y se controlan ciertos padecimientos crónicos.
- Su enfoque es integrador.

-
- Los beneficiarios tienen acceso directo a este nivel. Es prácticamente sobre bases ambulatorias, en los consultorios y servicios de urgencia.

Segundo Nivel.- Normalmente el beneficiario llega a este nivel después de haber sido atendido en el primer nivel, cuando requiere de una atención especializada.

- Su enfoque no es integrador, es en función de individuos, órganos, aparatos o sistemas aislados.
- La atención que se proporciona es intermitente, y por lo tanto discontinua, que puede ser otorgada en hospitales generales y en consultas externas generales.

Tercer Nivel.- Se identifica con la atención médica especializada y con problemas de Salud que requieren solución quirúrgica o la participación de servicios altamente tecnificados.

- Se ocupa de la población enferma con padecimientos poco frecuentes.
- La atención que se proporciona es de tipo episódico y por lo tanto discontinua.
- Los pacientes no tienen acceso directo a este nivel y normalmente provienen del segundo nivel y solo en muy pocos casos del primer nivel.
- Los pacientes son atendidos en hospitales especializados.

Es importante mencionar que en un solo establecimiento se pueden otorgar los servicios de más de un nivel de Atención Médica.

Administración de Costos

El managed care involucra la administración de costos, a través de métodos de negociación con los proveedores de la red y fuera de la red, administración de la

utilización de los servicios, compartir riesgo-beneficio, todo enfocado a control el crecimiento de costos.

- **Negociación de Precios con Proveedores.** Se dice que los elementos del managed care están interrelacionados y que la accesibilidad está directamente relacionada con el costo, limitando el acceso a proveedores y consiguendo con estos bajos costos a cambio de volumen de servicios para un número de asegurados.
- **Administración de la utilización.** Es un mecanismo de control de costos que involucra la administración del uso servicios médicos con lo necesario y apropiado que el paciente debe recibir, lo que se traduce en alta calidad en el servicio y dicho de otra forma costo-efectividad.

Existen un gran número de técnicas enfocadas a la administración de la utilización, pero las más utilizadas son:

- **Revisión de la utilización.** Se realiza la administración de la utilización antes de requerir una atención, durante la atención y después de la atención, a través de solicitudes de atención, órdenes y certificados.
- **Administración de casos.** No es sólo una necesidad médica de cuidado como lo es la revisión de la utilización, pero también provee de tratamientos alternativos u otras soluciones médicas que las prescritas por el médico tratante. Esta técnica es utilizada principalmente con pacientes que presentan una enfermedad crónica o grave.
- **Compartir riesgo-beneficio con proveedores.** Los planes de managed care también adoptan control de costos compartiendo riesgo-beneficio con proveedores. El mecanismo es motivar a los médicos, refiriéndoles un grupo de asegurados específico para su cuidado, por lo que los asegurados asisten con mayor frecuencia y son inscritos en programas de prevención que se traducen en mayor nivel de bienestar para ellos y

en reducción de posibilidades de enfermarse, lo que produce una población en mantenimiento de la salud y en función de esto la empresa le bonifica al proveedor incentivos económicos.

- Existen diversos esquemas como son capitados, bonos adicionales, percapitas, esquemas de compensación a médicos, etc.

Calidad. Es necesario realizar la credencialización de médicos y acreditación de instalaciones de proveedores, con el objeto de garantizar la calidad de los servicios.

Cuidando que se cumplan las condiciones necesarias para el otorgamiento de los servicios, un médico que pasa por un proceso de credencialización tiene menos posibilidades de generar numerosos tratamientos a los pacientes por falta de capacitación.

La credencialización y acreditación de proveedores deberá estar basada en los estándares institucionales de calidad de servicios de salud.

Se establecen los integrantes de la Red General como:

- Médicos
- Hospitales
- Gabinetes
- Laboratorios
- Farmacia

Parte fundamental del área de calidad es establecer criterios de Credencialización, Contratación y Relación de proveedores tomando en cuenta siempre la participación indispensable del área médica.

Es también responsabilidad de esta área que la red de proveedores contribuya en el valor total de la administración de servicios de salud, formando una red de calidad y competencia en el mercado, incrementando el acceso a los servicios de salud, innovando servicios para reducir costos y aumentar la calidad y demostrando el valor de la red a través de canales de información.

Es responsabilidad de esta área identificar los tipos de proveedores requeridos para saber los beneficios del contrato, considerando las necesidades geográficas, el potencial de nuevos derechohabientes y conociendo la necesidad de ciertos hospitales.

Las ventajas en el área de redes al efectuar una contratación es que se crea un mecanismo para medir la calidad, se negocian las remuneraciones para formar una interrelación en la obtención de metas comunes y trabajo en unión para lograr la calidad, acceso y costo deseado.

Los contratos formalizan la relación entre empresa y proveedor, describen las expectativas económicas y administrativas, nos da un soporte crítico para el diseño del producto con sus beneficios y crecimiento y se utiliza con todos los tipos de proveedores.

En conjunción con el área médica y el área de redes es en parte también responsable de la credencialización de los proveedores al revisar sus antecedentes experiencia y entrenamiento.

Una de las responsabilidades del comité es la de recomendar o rechazar la contratación de un proveedor de acuerdo a las bases de credencialización estipuladas.

Por ultimo cabe mencionar que el área de redes trabaja continuamente en conjunción con las siguientes áreas:

- Comercial
- Médica
- Atención al asegurado
- Legal
- Financiera

Credencialización y Acreditación de Proveedores

a) Médicos

CONCEPTO	REQUISITOS
<i>Personales Mínimos</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Universidad de Origen • Especialidad • Sub-Especialidad • Experiencia • Curriculum 	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocida Oficialmente • Máximo 2 Especialidades • Máximo 2 Sub-Especialidades • Mínimo 3 años a Especialistas y 5 años a Médicos Generales • Documentación mínima : <ul style="list-style-type: none"> — Título — Cédula Profesional <ul style="list-style-type: none"> — Diploma y/o Certificado del Consejo o Instituto de la Especialidad
<i>Personales Otros</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Idioma • Computación 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingles Preferentemente • Conocimientos Básicos
<i>Instalaciones Físicas Mínimas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Consultorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Que cuente con áreas de: <ul style="list-style-type: none"> • Recepción • Entrevista • Exploración • Que sea propio
<ul style="list-style-type: none"> • Equipo e Instrumental Médico 	<ul style="list-style-type: none"> • Unidad y/o Mesa de Exploración • Instrumental básico de la especialidad
<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliario del Consultorio 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliario adecuado para recepción y espera • Area Secretarial (Secretaria) • Linea Telefónica
<i>Instalaciones Físicas Otras</i>	

Diseño de un Programa Privado de Salud

CONCEPTO	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> • Computadora • Radio Localizador ó Radio BIP • Fax 	<ul style="list-style-type: none"> • PC • Preferentemente • Preferentemente
<ul style="list-style-type: none"> • Observaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación • Antecedentes (prestigio) • Disponibilidad de tiempo

b) Clínicas y Hospitales

CONCEPTO	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> • Legal 	<p>Licencia de Funcionamiento (copia)</p> <p>Autorización de Servicios especiales: Rayos X.-autorización y Farmacia .- responsable (copia)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Físicos (llenar cuestionario para clasificación del nivel del hospital) 	<ul style="list-style-type: none"> • Especialidades básicas (con camas): Cirugía General, Gineco-Obstetricia, medicina interna y pediatría. • Servicios de urgencia (24 hrs. Todo el año) con médico de guardia permanente. • Servicios de consulta externa • Servicios de hospitalización • 1 quirófano por cada 50 camas • Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento básicos: Laboratorio y Gabinete
<ul style="list-style-type: none"> • Personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable por área, con título y/o diploma: • Responsable de estupefacientes y sustancias psicotrópicas • Responsable de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, asumiendo hasta 2 responsivas. • Médico de guardia permanente en el área de Urgencias
<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> • Rayos X • Ultrasonografía • Electrocardiografía • Carros rojos • Respiradores • Monitores

CONCEPTO	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad 	<u>Normas Técnicas básicas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de políticas (copia) <u>Normas Legales básicas</u> <ul style="list-style-type: none"> • Reglamento interior de trabajo (copia) • Condiciones generales de trabajo (copia)
<ul style="list-style-type: none"> • Insumos Básicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Dotación de medicamentos las 24 hrs. del día • Material de curación básico , equipo y material para consulta • Reactivos para laboratorio y gabinete

c) Laboratorios

CONCEPTO	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> • Legal 	<ul style="list-style-type: none"> • Licencia de Funcionamiento (sanitaria)
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Físicos Mínimos. (llenar cuestionario para clasificación del nivel del laboratorio) 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios de patología clínica, anatomía patológica, histopatología y citología exfoliativa • Sala de espera • Recepción y toma de muestras • Laboratorio • Administración • Instalaciones sanitarias
<ul style="list-style-type: none"> • Personal Mínimo 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsable por área, con título y/o diploma: • Responsable de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, asumiendo hasta 2 responsivas.
<ul style="list-style-type: none"> • Tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> • Centrífugas • Contadores de Hematocrito • Microscopios • Refrigeradores • Cronometro • Hornos
<ul style="list-style-type: none"> • Normatividad 	<ul style="list-style-type: none"> • Manual de políticas • Reglamento interior de trabajo y Condiciones generales de trabajo

d) Gabinete

CONCEPTO	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> Legal 	<ul style="list-style-type: none"> Licencia de Funcionamiento(sanitaria) Autorización de Servicios especiales Rayos X
<ul style="list-style-type: none"> Recursos Físicos Mínimos (llenar cuestionario para clasificación del nivel del laboratorio) 	<ul style="list-style-type: none"> Equipo de Rayos X Ultrasonido Area de espera Recepción y Salas Administración Instalaciones sanitarias
<ul style="list-style-type: none"> Personal Mínimo 	<ul style="list-style-type: none"> Responsable por área, con título y/o diploma: Responsable de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, asumiendo hasta 2 responsivas.
<ul style="list-style-type: none"> Tecnología 	<ul style="list-style-type: none"> Ultrasonido y equipo de placas
<ul style="list-style-type: none"> Normatividad 	<p><u>Normas Técnicas básicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Manual de políticas <p><u>Normas Legales básicas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Reglamento interior de trabajo Condiciones generales de trabajo

e) Farmacias

CONCEPTO	REQUISITOS
<ul style="list-style-type: none"> Legal 	Licencia de Funcionamiento (copia) Autorización del responsable
<ul style="list-style-type: none"> Recursos Físicos 	Area de Refrigeración Area de control de drogas Area administrativa Area de almacenamiento Area de despacho Area de preparación
<ul style="list-style-type: none"> Recursos Humanos 	Responsable (Químico)
<ul style="list-style-type: none"> Tecnología 	Equipo Básico

V.II. PROGRAMA DE ACCESIBILIDAD

Una forma de llevar a cabo algunas de las técnicas de Manager Care, es implementar un programa de Accesibilidad, donde la capacidad y suficiencia de la red de prestadores, es un elemento importante.

Objetivo

- Integrar una red de prestadores médicos de acuerdo a la población objetivo, a través de técnicas de cartografía.
- Incrementar la red conforme a las necesidades de la población objetivo.
- Otorgar el servicio en la Red de prestadores médicos cubriendo las principales ciudades y en las ciudades donde se localiza la población objetivo.
- Incentivar a utilizar médicos y hospitales referidos por la propia ISES aún cuando el plan sea de red cerrada.
- Asignar médicos de cabecera en las principales especialidades, como son: Medicina General, Interna, pediatría, ginecología y obstetricia.

Metas

- Promover que la infraestructura sea suficiente geográficamente y en otorgamiento de servicios para los usuarios.
- Realizar la credencialización de los prestadores de Servicios en las diferentes especialidades cubiertas por el plan.
- Distribuir la red de acuerdo a las necesidades de los asegurados.
- Lograr que el médico asignado sea la entrada al sistema de atención del programa

Procedimientos y Actividades

1. Análisis demográfico de los asegurados
2. Aplicar técnicas de cartografía para lograr la distribución óptima de la red de prestadores.
3. Asignación de recursos
4. Definir niveles de atención médica para enfocar las necesidades cuantitativas y cualitativas de la población.

-
5. Análisis de demanda de servicios para relacionar unidades y proveedores médicos requeridos.
 6. Revisión periódica (anual es recomendable) de los niveles de atención dado que estos son dinámicos y cambian con el tiempo.
 7. Definir las políticas de Integración de la Red de prestadores médicos
 - a) Criterios de credencialización y Selección
 - b) Tabulador de Honorarios Médicos
 - Se negociará con los prestadores médicos credencializados la forma de pago de honorarios médicos o lista de precios.
 - Los médicos credencializados deberán otorgar el servicio en las mismas condiciones que ofrecen a sus pacientes privados, deberán llevar a cabo los derechos del paciente.
 - c) Motivos de Rescisión de Contrato, es decir, será motivo de terminación del contrato:
 - Mala praxis profesional.
 - Incumplimiento de políticas establecidas
 - Mal trato al paciente
 - Falsedad de información
 - Detección de quejas
 - Incumplimiento del tabulador

Indicadores

La metodología para medir la accesibilidad, no necesariamente, puede generar indicadores de capacidad y suficiencia de la Red, derivado de que en ocasiones la población asegurada puede ser muy pequeña en algunas poblaciones y la red puede parecer que se encuentre sobrecalculada, pero si se trata de cumplir con ofrecer ubicación y todas las especialidades, un indicador en este caso debería, tener una especificación al respecto.

La forma de construir un indicador, aún considerando los comentarios anteriores es:

a) Para Médicos

1. Base de asegurados totales
2. Tiempo promedio de la consulta por persona
3. Horas paciente por médico por mes
4. Consultas esperadas por mes
5. Calcular el índice de atención por médico
 - No. de Usuarios Totales de un año
 - No. de médicos Totales
6. Capacidad Total Máxima Permitida
7. Pacientes anuales por médico

Porcentaje de Utilización Anual:

Índice de Atención por Médico

Capacidad Total Máxima Permitida

Recursos Humanos y Materiales

a) Recursos Materiales

- Mediante la credencialización de los proveedores se garantiza que los consultorios cumplan con los requerimientos en cuanto a equipamiento, instrumental, mobiliario y ubicación.
- El encargado de la credencialización llena el formato y verifica instalaciones.

b) Recursos Humanos

- De igual forma que los consultorios, los médicos son mediante la credencialización seleccionados para la Red, siempre que cumplan con los requisitos que evalúa el encargado de la credencialización.
- Cada contrato con los médicos seleccionados, cuenta con el expediente: contrato, forma de credencialización y currículum.

V.III. PROGRAMA DE ADMINISTRACION DE COSTOS

Programa que describa los métodos de negociación con los proveedores de la red, administración de la utilización de los servicios y compartir riesgo-beneficio, todo enfocado al control de crecimiento de costos.

Objetivos

- Negociar precios con proveedores
- Administrar la utilización
- Compartir riesgo beneficio con proveedores

Meta

- Limitar el acceso a proveedores
- Lograr costos bajos a cambio de volumen
- Mantener con el proveedor una relación de costo-beneficio
- Definición de programas junto con los médicos para tratar pacientes graves o crónicos con tratamientos alternativos.

Normas y Procedimientos

Desarrollar mecanismos para motivar a los médicos, refiriéndoles un grupo de asegurados.

Promover mayor asistencia de los asegurados con el médico

Implementar programas de prevención y mantenimiento

Definir indicadores que monitoreen la implementación de los programas.

Definir indicadores que midan el nivel de bienestar de la población asignada al médico.

Para efectos de ejemplo se define el siguiente esquema de compensación para médicos:

El **paquete de compensación** consta de dos elementos: una parte fija, en forma de honorarios mensuales, y una parte variable, en forma de un bono por desempeño.

Los honorarios mensuales son fijados con base en el número de asegurados que radican en las ciudades y localidades correspondientes a la coordinación médica asignada.

El pago de los honorarios estará sujeto al adecuado desempeño de las labores propias de la Coordinación Médica, y a que se logre mantener el costo médico presupuestado para la zona de coordinación.

En cuanto al monto del bono, éste irá en términos de la reducción que el coordinador logre en el costo médico en la zona de coordinación. A menor costo médico en la zona de coordinación, mayor será el bono asignado.

El bono consistirá en un 50% de la reducción lograda en el costo médico durante el periodo, en relación al costo médico presupuestado.

La reducción en el costo médico deberá ser lograda exclusivamente con base en el correcto control médico, en la atención adecuada y oportuna, y en la vigilancia sobre la aplicación de tabuladores y costos razonables. Bajo ningún concepto se aceptará que la reducción en el costo médico venga como resultado de una atención deficiente o de una disminución arbitraria en el pago a médicos y establecimientos.

En caso de cumplirse exactamente con el costo presupuestado, no se otorgará bono.

En caso de que el costo médico real fuera mayor al presupuestado, es decir, obteniéndose un bono negativo, éste se compensará contra el bono que, en su caso, se llegara a obtener en el siguiente periodo. En ningún caso se compensará un bono negativo contra los honorarios fijos.

No se aplicarán límites en cuanto al bono máximo alcanzable bajo este esquema. No obstante, y por motivos administrativos, se definirá un bono mínimo que se liquidará al final del periodo. En caso de que el bono alcanzado sea inferior, éste se aplicará al siguiente periodo.

El cálculo del bono tomará en consideración las entradas y salidas de asegurados durante el periodo, calculándose el costo presupuestado en términos del tiempo real de cobertura para cada asegurado.

Como una guía sobre la forma de reducir el costo médico, se puede adjuntar un listado de las frecuencias máximas mensuales que éste tolera para la zona de coordinación, considerando los costos que se tengan establecidos con los médicos y establecimientos de la Red. En cuanto a medicamentos y medicina preventiva, se presentan los montos máximos estimados a los que se deberá llegar para mantenerse dentro del costo médico presupuestado. La guía pretende ser de carácter general, pudiendo los excedentes en determinado tipo de atención verse compensados con la reducción en otros. Así mismo, se puede adjuntar un listado de las ciudades y localidades que se encuentran en la coordinación, así como el número de derechohabientes en cada una de ellas.

V.IV. PROGRAMA DE CONTROL DE LA UTILIZACIÓN

Este programa es un mecanismo de control de costos que involucra la administración del uso de servicios médicos con lo necesario y apropiado para el paciente, lo que debiera traducirse en costo efectividad y describe su estructura y organización, basándose en la evidencia médica documentada e integrada.

Objetivos

Integrar el Sistema de información para el Control y Revisión de Información de los Servicios médicos, que cumpla con:

- Detección de desviaciones con base a los indicadores.
- Establecimiento oportuno de mecanismos de medición de los servicios vs. indicadores.
- Oportunidad para la toma de decisiones para disminuir estas desviaciones.
- Definición de medidas preventivas.
- Definición de medidas correctivas
- Seguimiento de programas.

Meta

Mantener un Sistema de información de Control y revisión de la Información de la Utilización de los Servicios que contemple:

- Bases de datos interrelacionadas: asegurados-proveedores médicos-servicios demandados.
- Sistema estadístico que mida la utilización de los servicios.
- Medición y definición de indicadores de servicios otorgados.
- Reportes oportunos para la Toma de Decisiones y establecimiento de mecanismo de retroalimentación y seguimiento.

Alcances

Estándares de utilización en beneficio del usuario:

Red de Proveedores

-
- Codificación de tratamientos y diagnósticos para cuantificar frecuencia de utilización.
 - Promover, prevenir y mantener la salud de la población asegurada a mediano plazo, corto y largo plazo.

Normas y Procedimientos

Desarrollar Normas y Procedimientos de trabajo, con el objeto de lograr una óptima administración de los servicios que es un mecanismo para el manejo del seguro.

- Capacitación.- Se requiere que la red conozca las normas y procedimientos para lograr un buen funcionamiento. El paciente es la parte medular de la empresa, por lo que el médico debe cuidarle y brindarle el mejor trato y servicio, buscando su satisfacción total.
- Comunicación.- La comunicación con la red es fundamental, cualquier duda, queja, comentario o inconveniente deberá hacerse de manera directa al módulo de servicio, nunca con el paciente o la empresa donde éste labora.
- Quejas.- Si hubiera alguna mala actitud del paciente esta deberá reportarse por escrito.
- Responsabilidad.- El convenio realizado entre "El Médico" y la ISES se refiere a que los servicios que se le presten al paciente serán efectuados por el titular del consultorio como responsable absoluto de éstos.
- Altas.- En caso de enfermedad, vacaciones, viajes o mejoramiento del servicio entre otros, si "El Médico" deseara incluir a otros profesionistas, deberá notificarlo a la ISES quien los evaluará a través de su consejo médico.
- Red de Médicos.- Ningún paciente de la ISES podrá ser atendido por médicos que no estén en convenio.

-
- Responsabilidad.- El hecho de que varios médicos trabajen en el mismo consultorio no quita la absoluta responsabilidad del Titular respecto a todo el personal que labore en las instalaciones a su cargo.
 - Continuidad.- El paciente deberá ser atendido siempre por el mismo "El Médico", este deberá realizar el tratamiento de principio a fin, en caso de enfermedad u otra causa por la que no pudiera dar continuidad al diagnóstico, se deberá notificar al paciente y a la ISES por escrito.
 - Bajas y cambios de domicilio.- El Titular deberá informar oportunamente cualquier cambio que afecte o interese a la ISES, como cambio de número telefónico, cambio de domicilio, periodo vacacional o cualquier otra causa, que afecte el servicio en convenio.
 - Red actualizada.- la ISES proporcionará un directorio con los nombres, direcciones; teléfonos y especialidad de cada uno de los que participan en su directorio.
 - Tratamientos de especialidad.- Todo trabajo que no corresponda a la especialidad con la que el "El médico" fue inscrito en nuestro directorio no será pagado, a menos que haya una autorización previa por la ISES y el conocimiento y consentimiento del paciente.
 - Red de Médicos.- El paciente deberá acudir por primera vez con "El médico" internista o el medico de medicina general y éste hará las remisiones necesarias siempre con los especialistas del directorio de la ISES.
 - Pediatría.- El pediatra podrá ver pacientes de 14 años de edad máximo, después los deberá remitir con un "El médico" internista o general.

Sistema de Atención

- 1.- Se debe definir la forma en que el paciente solicitará la primera cita, por ejemplo un mecanismo es, telefónicamente, se le preguntara: Nombre del paciente, Nombre del titular, Nombre de la empresa donde trabaja, y un número telefónico donde localizarlo.
- 2.- Se podrá definir un procedimiento de autorización de cada atención, por ejemplo, una vez concertada la cita y antes de que el paciente llegue al consultorio, "El médico" deberá solicitar al módulo de servicio de la ISES un número de autorización, proporcionando los datos recopilados con anterioridad.
- 3.- Entiéndase como consulta fuera del horario habitual, toda aquella emergencia que sea atendida en horarios después de las 21:00 hrs. domingos y días festivos en los que normalmente este cerrado su consultorio.
- 5.- En caso de que el paciente acuda con una Emergencia, esta deberá atenderse de inmediato, cubriendo después los trámites administrativos, si el paciente no cumpliera con estos, se le cobrará directamente el costo usual y acostumbrado que "El médico" hace a los pacientes que no están en el plan la ISES.
- 6.- Es necesario estipular que el paciente cancela sus citas con 24 hrs. de anticipación o si invariablemente llega tarde y esto afecta su consulta, el paciente debe notificarlo y así poder tomar las medidas pertinentes.
- 7.- La identificación de los pacientes es necesario en un sistema de atención, por lo cual, al acudir el paciente a su primera consulta de revisión se le solicita su credencial de la ISES o de la empresa donde labora, si esta no lleva fotografía será necesario otra identificación.
- 8.- Se revisa al paciente y se procede a tomar una serie radiográfica, se hará un diagnóstico, un plan de tratamiento y un presupuesto.
- 9.- Se llena su ficha expediente, (se entregará un número suficiente de esta papelería por la ISES, se le dará atención preventiva.

10.- La subsecuentes citas también requieren autorización.

11.- Es indispensable que el médico conozca las coberturas que los diferentes planes tienen, la ISES busca el bienestar del paciente a través de los conocimientos, ética y honestidad del "médico" que brindará al paciente las mejores opciones, correspondiendo así a la confianza depositada .

12.- El Paciente no podrá determinar el tratamiento que necesite, es "El médico" quien será responsable del trabajo que se realice en ellos.

Supervisión de Acciones

- De acuerdo a la circular de Reportes del contralor médico para las ISES, se puede a través de los reportes cuatrimestrales o periódicos medir el porcentaje de consumo por empresa.
- Revisión por paciente de Código de primera consulta y fichado, así como vigilar que se apliquen en su totalidad las Normas de Trabajo.
- Revisión de autorizaciones que se otorguen.

Mecanismos de evaluación

- Reportes de utilización, tienen como objetivo llevar un control de utilización que arroje datos en cuanto a los servicios efectuados e importe de consumo por usuario, lo cual nos permite detectar el servicio más frecuente, así como el menos incidente (por código).
- Los formatos son esenciales para la medición de primera consulta con el que se efectúan las revisiones de Auditorías, con lo que se asegura no repetir tratamientos y realizar los que correspondan al diagnóstico por el médico.
- Reporte de Evaluación de Desempeño corresponde a la correlación de la utilización de los códigos y del médico. Con ello se mide la

frecuencia, consumo, eficiencia y disponibilidad en la Red, así como el cumplimiento de Normas de Trabajo.

V.V. PROGRAMA DE CONTROL Y MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

Objetivos

- Establecer un enlace de comunicación e información entre el prestador de servicios y la ISES para mejorar el servicio al usuario y apoyar el cumplimiento de las Normas de Trabajo.
- Contar con un programa de Evaluación Cuantitativa del Grado de Calidad ofrecida por los profesionistas que integran la Red.
- Instrumentar los programas de capacitación y difusión a las empresas, fuerza productora, personal de la Red y de la ISES.

Metas

- Obtener el 100% de calidad en los servicios que ofrecen los profesionistas de la Red para satisfacción de los usuarios.
- Informar a la totalidad del personal de las empresas sobre los cuidados y prevenciones que requiere la salud bucal.

Alcances

Obtener por parte del profesionista un expediente clínico electrónico por paciente que contenga:

- Nombre y teléfono del Prestador de Servicio
- Nombre, dirección y teléfono del Paciente
- Tipo de Plan Contratado
- Número de Afiliación
- Formatos
- Tratamiento (s)
- Remisión de Pacientes si procede

Con este documento se obtienen tiempos de respuesta óptimos en la autorización y/o en la derivación de pacientes a especialistas, eliminar mensajería y simplificar auditorías.

Optimizar la página web de LA ISES incluyendo el Boletín Informativo LA ISES que contenga:

- Nuevos Productos.
- Novedades Científicas.
- Bienvenida a nuevos prestadores de servicio.
- Actualización de cartera de la ISES
- Recordatorios para el cumplimiento de las Normas de Trabajo.
- Espacio de expresión abierta para invitar al odontólogo a escribir sobre artículos propios o de interés general, casos clínicos o trabajos de investigación clínica.

Con esta adecuación que se actualiza periódicamente se cumple con el objetivo de comunicar, informar e interactuar con los prestadores de servicio.

- Estimular y conservar los proveedores de servicio en los niveles de máxima calidad.
- Contar con un programa anual de pláticas a los asegurados para cumplir con la información al 100% sobre los cuidados y prevenciones que requieren la salud de la población.

Proyectos de calidad

- Sistema Integral de Control y Mejoramiento de la Calidad.
- La implementación de este sistema tiene como finalidad primordial evaluar cuantitativamente el grado de calidad en los servicios que ofrecen los prestadores de servicio a los usuarios.

Supervisión de acciones

Para llevar a cabo los objetivos antes mencionados, la Gerencia de Salud tiene las siguientes funciones:

- Coordinar la actualización cuatrimestral en Internet del Boletín de Información la ISES
- Aplicar las Encuestas de Satisfacción de Servicio
- Aplicar la Matriz de Evaluación del Programa de Control y Mejoramiento de la Calidad de la Satisfacción del Usuario en los Servicios
- Entregar al Director de Salud el reporte del análisis de las Encuestas de Satisfacción de Servicio conjuntamente con la Matriz de Evaluación para la toma de decisiones
- Coordinar y agendar los programas anuales de Capacitación y Difusión y de Encuestas de Satisfacción de Servicio.

Mecanismos de evaluación

- Expediente Clínico Electrónico, con el que se tiene la información completa para el dictamen de auditoría
- Encuesta de Satisfacción de Servicio, con la que se mide la atención, cordialidad, puntualidad y disposición del prestador de servicios.
- Matriz de Evaluación del Programa de Control y Mejoramiento de la Calidad de la Satisfacción del Usuario en los Servicios de Salud, que sirve para encausar, regular, mantener o bien eliminar a un prestador de servicio.
- Programas Anuales de Capacitación y Difusión, con los que se promueve la importancia de los cuidados de la salud.
- Se aprovecha el acercamiento que se tiene con las personas para hacer recomendaciones de salud.

-
- Revisiones en sitio de trabajo para incrementar el interés en la salud incluidas en el Programa Anual de Capacitación y Difusión.

V.VI. PROGRAMA DE ATENCIÓN Y RESOLUCIÓN DE QUEJAS

Objetivo

Atender las quejas, reclamaciones y/ o sugerencias de los usuarios y/ o de los prestadores de servicio, a efecto de generar acciones de mejora tanto en el prestador de servicios como en las responsabilidades directas de LA ISES hacia los usuarios.

Metas

- Instrumentar un Sistema de Información de Atención a Quejas y/ o Sugerencias integrado por dos subsistemas:
- Subsistema de Atención a Quejas y Sugerencias de los Usuarios.
- Subsistema de Atención a Quejas y Sugerencias de los Prestadores de Servicios.
- Diseñar, elaborar y difundir cuatrimestralmente el Reporte de Procedimientos Operativos para la Reducción de Quejas y Reclamaciones de los Usuarios.

Actividades

- Atención a la Satisfacción en el Servicio tanto del Usuario como del Prestador de Servicios.
- Evaluación de la Satisfacción en el Servicio tanto del Usuario como del Prestador de Servicios.
- Seguimiento de la Satisfacción en el Servicio tanto del Usuario como del Prestador de Servicios.
- Obtención de datos estadísticos para la elaboración del Reporte de Procedimientos Operativos para la Reducción de Quejas y Reclamaciones de los Usuarios.

Procedimientos

Políticas de este Programa.

- Subsistema de Atención de Quejas y/ o Sugerencias de los Usuarios.
- Incluir alternativas de servicio si el usuario no desea ser atendido por el mismo prestador de servicios.
- Dar solución a la queja y proporcionar por teléfono y por escrito una satisfacción al conducto.
- Elaborar por cada prestador de servicios un Expediente de Quejas en el que se archive el Reporte de Quejas y/ o Sugerencias y la solución al problema.
- Llevar el Control Mensual de Quejas por prestador de Servicios en el documento denominado Informe Gerencial de Quejas.
- Subsistema de Atención a Quejas y Sugerencias de los Prestadores de Servicio.
- Registrar toda Queja y/ o Reclamación en el sistema y dar solución de las mismas indicando fecha de salida.
- Llevar el Control Mensual de Quejas por prestador de Servicios en el documento denominado Informe Gerencial de Quejas.

Formulario o cédulas

Se anexan los formatos de Reporte de Quejas y/ o Sugerencias y el de Resolución.

Supervisión de acciones

- La Gerencia de Salud tiene a su cargo la supervisión de las siguientes funciones:
- Concentrar las llamadas, e-mail o documentos inherentes a quejas o sugerencias que dirija el conducto y/ o prestador de servicios.

-
- Efectuar el llenado del Reporte de Quejas o Sugerencias cuando el quejoso lo haya hecho por teléfono.
 - Informar de la resolución al conducto inicialmente vía telefónica y después por escrito.
 - Enviar al conducto la resolución del caso en cuestión, vía e-mail o fax y después en original por mensajería.
 - Registrar en el sistema la entrada y salida de la queja, reclamación o sugerencia.
 - Archivar el reporte resultante junto con la respuesta en el expediente previamente preparado para el prestador de servicios.
 - En el caso de que un usuario llame directamente, informar al Corredor, Aseguradora o a Recursos Humanos de la Empresa, según sea el conducto, sobre la queja indicando paralelamente el avance de la consulta.
 - La respuesta por escrito solo se hará del conocimiento del conducto y por teléfono al paciente.
 - Turnar al Director de Salud el análisis del Informe Gerencial de Quejas para la Toma de Decisiones.

Mecanismos de evaluación

El mecanismo de evaluación es el Sistema Estadístico de recolección, ordenación, análisis y elaboración de Indicadores para establecer grupos de inconformidad del asegurador y/ o del prestador de servicios, las cuales se detallan a continuación:

V.V. PROGRAMAS PARA PRESERVAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE

Objetivo

Preservar los derechos de los pacientes en los términos siguientes:

Acceso; Respeto y Dignidad; Privacidad y Confidencialidad; Seguridad Personal; Identidad; Información; Comunicación; Consentimiento; Consultas; Negativa al Tratamiento; Selección de Médico y Hospital.

Metas

- Establecer el sistema de vigilancia de los Derechos del Paciente.
- Optimizar los mecanismos para preservar los derechos del paciente.

Actividades

- Establecer compromisos con los prestadores de servicios en lo concerniente a los derechos del paciente.
- Evaluar los resultados de cada compromiso por prestador de servicio a través del Módulo y Encuestas de Satisfacción de Servicio.
- Dar seguimiento al proceso.

Políticas de este Programa.

- En los servicios médicos, el usuario debe coordinar su cita con anticipación, lo cual le da derecho a no hacer antesala.
- Medir el derecho de Respeto y Dignidad con la Encuesta de Satisfacción de Servicios.
- El prestador de servicios debe elaborar archivos personales por paciente que contengan la historia clínica y los tratamientos a realizar haciendo efectiva la ética correspondiente.
- El prestador de servicios debe utilizar un lenguaje claro y preciso para comunicar al paciente el procedimiento diagnóstico o terapéutico incluyendo sus riesgos, beneficios y alternativas.
- Exigir la firma del usuario en el formato, si el usuario acepta los servicios.
- En toda visita física al consultorio, al momento de la contratación del Prestador de Servicios, se debe registrar el tipo de servicios de seguridad personal que ofrece a sus paciente.
- Incluir en el material de difusión (Guía de Usuario) información respecto a los estándares de credencialización y acreditación que utiliza la ISES con todos sus Prestadores de Servicio.

-
- En todo servicio proporcionado, el Prestador de Servicios debe informar en forma clara y precisa la situación en que se encuentra su Salud y alternativas de tratamientos a aplicar.
 - Informar a los usuarios que pueden ir con otro Prestador de Servicios mostrando el diagnóstico del Prestador de Servicios Tratante.
 - Informar al usuario que tiene derecho a no aceptar instantáneamente el diagnóstico propuesto y notificar a la ISES.
 - A través de los listados de médicos, facilitar la elección del Prestador de Servicios.

Supervisión de acciones

La Gerencia de Salud tiene a su cargo la supervisión de las siguientes acciones:

1. Coordinar la emisión de credenciales de identificación en el mismo momento en que se entregue la póliza respectiva.
2. Revisar que los folletos relativos a la información de bases del plan, listado de prestadores de servicios y guía de usuarios sean anexados al envío de la póliza respectiva.
3. Vigilar, a través de las Encuestas de Satisfacción de Servicio que el comportamiento del prestador de servicios hacia el usuario sea cordial y respetuoso.
4. Coordinar, con periodicidad anual, el envío de la carta-recordatorio al prestador de servicios para reforzar la confidencialidad en los servicios que demande el usuario por medio de la elaboración de un archivo personal al cual solo tengan acceso el paciente, el prestador de servicios y la ISES.
5. Coordinar visitas anuales al lugar de trabajo del prestador de servicios para realizar una inspección sobre medidas de seguridad del propio establecimiento.
6. Coordinar con el conducto que se le informe al usuario sobre los documentos inherentes a la identidad y grado de preparación de los

prestadores de servicio, están a su disposición en las oficinas de LA ISES en un expediente propio en el momento que los requieran.

7. Vigilar que los prestadores de servicio se apoyen en los formatos para cumplir con los puntos referentes a:

- Información.
- Consentimiento.
- Negativa al Tratamiento.
- Coordinar alternativas de servicio para las segundas opiniones y cambios de prestadores que el paciente tiene derecho a solicitar, anotando en un reporte la causa y el nombre del prestador de servicios para datos estadísticos.

Mecanismos de evaluación

Para evaluar este proyecto y validar que se cumplan los derechos del paciente es importante utilizar los formatos que a continuación se indican incluyendo algunos conceptos inherentes a los derechos del paciente.

Los formatos que ayudarán a evaluar los Derechos del Paciente son:

- Formato de consulta y servicios derivados
- Encuesta de Satisfacción de de la atención del servicio
- Archivo Personal por paciente
- Visitas de Inspección
- Reporte de Segunda Opinión
- Solicitud de cambio de Prestador de Servicio

Normas Generales para Prestadores de Servicio

- El asegurado siempre tiene prioridad. Ante cualquier duda, el proveedor debe atender la emergencia y después consultar a la Compañía.
- El asegurado debe recibir un trato exactamente igual al que reciben los pacientes privados.

-
- Cuando, por motivos de fuerza mayor, el prestador no le sea posible atender a un asegurado, deberá informarlo de inmediato, a fin de poder canalizar los servicios en forma adecuada. No obstante, en una situación de emergencia, el prestador deberá proporcionar la atención requerida.
 - Los prestadores de la red deberán informarse periódicamente acerca de los demás miembros que componen el cuerpo de la red, así como de los especialistas con que se cuenta para la derivación de los asegurados.
 - Cualquier cambio de horario, domicilio, teléfono, etc. deberá ser comunicada con la mayor anticipación, a fin de implementar las medidas que se requieran según las circunstancias.

CONCLUSIONES

Como un lente de aumento, la Salud refleja y también magnifica, los cambios que México experimenta en todos los órdenes. El sistema de salud en México requiere una mayor participación del Sector Privado, por ejemplo, derivado del origen de las ISES, su participación ha sido muy escasa en el mercado, si bien sólo el 3% de los mexicanos cuentan con un seguro de indemnización tradicional, la formalización de los seguros de salud sólo ha generado que el 19% de la población haya adquirido un seguro de salud.

Es verdad que en ciertos niveles económicos y sociales ya esta sensibilizada la población, en la necesidad de contar con mecanismos que financien la atención de su salud, prevención y mantenimiento, pero es necesario que se definan mecanismos para que la población pueda acceder a servicios de salud integrados que cubran sus necesidades, sin que por ello tripliquen o cuadripliquen los recursos destinados a su salud.

Por otra parte, también derivado del pequeño mercado, la inversión en creación y desarrollo de las ISES ha sido muy escaso, aunado a una regulación excesiva a comparación de otros ramos de aseguramiento, ha llevado a las ISES ha no enfocar el desarrollo de programas de administración de la salud, como objetivo primordial, sino que han estado más enfocadas en invertir en sistemas de información que cumplan con los requerimientos de información que tienen por parte de la autoridad.

Sin duda, mucha de la información que las ISES en una primera etapa generarán no necesariamente arrojará indicadores reales que les permitan medir el funcionamiento real de la ISES, por lo que se vislumbra que se tendrá que revisar la información que se les está requiriendo, así como adecuar los sistemas de información con programas que tengan como objetivo administrar la salud de la

población asegurada, bajo la formalización de técnicas enfocadas a este tipo de administración.

Por otra parte, será necesario considerarlo para la capacitación de especialistas en la administración de servicios de salud privados, con un enfoque más integrador y formalizado.

A la luz de estas consideraciones se concluye que es necesario que las ISES sean consideradas como un sistema integrado de salud que incluye Hospitales, Médicos y proveedores los cuales se focalizan en una población definida previamente y que como resultado del esfuerzo de coordinar, racionalizar y canalizar el uso de los proveedores, sus productos y servicios, lograrán satisfacer: el acceso deseado, los servicios ofrecidos y los resultados en el control del costo y no ser vistos como esquemas de aseguramiento tradicional, para así aprovechar el pasado, innovar en el presente y anticiparse a las necesidades de salud que cada día van evolucionando y se vuelven más dinámicas.

BIBLIOGRAFIA

INNOVACIONES DE LOS SISTEMAS DE SALUD:

Una Perspectiva Internacional

Editorial Médica Panamericana, Edición 1995

Autor Fundación Mexicana para la Salud

LEY DEL SEGURO SOCIAL

Publicada en el diario oficial de la Federación el 21 de Diciembre de 1995

LEY DEL SEGURO SOCIAL COMENTADA

Editorial PAC, 6ª. Edición 1990

Francisco Ramírez Fonseca

DIAGNOSTICO DEL IMSS 1995

MEMORIA ESTADISTICA DEL IMSS 1995

MEMORIA INSTITUCIONAL DEL IMSS 1984

Instituto Mexicano del Seguro Social

PROYECTO DE REFORMA DEL IMSS 1998

MEMORIA REUNION INTERNACIONAL DE EXPERTOS EN SEGURIDAD SOCIAL 1995

CENTRO DE DESARROLLO ESTRATEGICO PARA LA SEGURIDAD SOCIAL, A.C.

INTRO TO MANAGED CARE

Editorial LOMA

1995

Jena K. Mullen

ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 1988

Sistema Nacional de Encuestas de Salud

LA SALUD DESIGUAL EN MEXICO

Editorial Siglo XXI

7ª. Edición 1987

Dirigida por Daniel López Acuña

10 PERSPECTIVAS EN SALUD PUBLICA

Garantía y Monitora de la Calidad de la Atención Médica

Editorial Instituto de Salud Pública

1990

Autor Avedis Donabedian

LA SALUD REPRODUCTIVA EN LA SEGURIDAD SOCIAL
Un enfoque integral ante la reforma del Sector Salud en México
Editorial Piensa 1997
Dr. José Braulio E. Otero Flores

MEMORIA LATIN AMERICAN HEALTH CARE 1997

CRONICA DE DOSCIENTOS AÑOS DEL SEGURO EN MEXICO
CNSF
1994
Antonio Minzoni Consorti

MEMORIA DE PONENCIAS DEL III CONGRESO INTERNACIONAL
HOSPITAL DEL FUTURO
Editado por Sociedad Mexicana de Arquitectos Especializados en Salud
1996

ATENCION MEDICA
Editorial Prensa Médica Mexicana
Primera Edición 1983
Guillermo Fajardo Ortíz

LA SALUD EN MEXICO
Situación Actual y perspectivas al año 2000
Editorial Coplamar
1996

OBSERVATORIO DE LA SALUD
Necesidades, Servicios y Políticas
Editorial Fundación Mexicana para la Salud
1997
Julio Frenk

TESIS
AN INTRODUCTION AND STUDY OF HOSPITAL MANAGEMENT
ORGANIZATION AND A MODEL FOR MEXICAN HEALTH SERVICES
Newport University
Alfonso Cardoso Botsios
1997

ECONOMIA Y SALUD
Propuestas para el avance del Sistema de Salud en México
Editorial Fundación Mexicana para la Salud
1994
Julio Frenk

Diseño de un Programa Privado de Salud

PRIVATIZACIÓN DE LOS SERVICIOS MÉDICOS (SUBROGACIÓN)

Editorial Sicco

1998

Norahenid Amezcua Ornelas