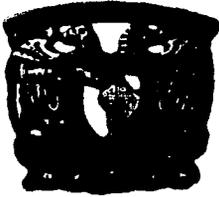


00321

50



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS

TESIS CON
FALLA LE ORIGEN

ANÁLISIS Y PERSPECTIVAS DEL SEGURO DEL
SALUD EN EL INICIO DE SU OPERACIÓN EN
MÉXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ACTUARIA

P R E S E N T A :

PAULA REBECA LÓPEZ BARRAZA



DIRECTOR DE TESIS:

ACT. FERNANDO LEAZAR VANEGAS CHÁVEZ



FACULTAD DE CIENCIAS
SECCION ESCOLAR



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVÁNAMA DE
MÉXICO

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:

"Análisis y perspectivas del Seguro de Salud en el inicio de su operación en México".

realizado por Paula Rebeca López Barraza.

con número de cuenta 9520266-6 , quién cubrió los créditos de la carrera de Actuaría.

Dicho trabajo cuenta con nuestro voto aprobatorio.

Atentamente

Director de Tesis
Propietario

Act. Fernando Eleazar Vanegas Chávez.

Propietario

Act. Edgar Arturo Tarango Mendez.

Propietario

Act. Ricardo Humberto Sevilla Aguilar.

Suplente

Act. Alfredo Arceo Franco.

Suplente

Act. Miguel Angel Torres Ramírez.

Consejo Departamental de Matemáticas.

M. en C. José Antonio Torres Díaz.

FACULTAD DE CIENCIAS
CONSEJO DEPARTAMENTAL
DE
MATEMÁTICAS

A mi hermano, por
nuestra maravillosa
infancia.

A mis mejores amigas,
Marlene y Jessica, por
los muy buenos
momentos de mi vida y
su ayuda.

Russel, eres la mitad
de mi ser; gracias
por darme tu amor.

A mi padre, por
apoyarme y enseñarme a
amar la escuela.

A mi mamá, por su
amor y no dejarme
claudicar.

A mis maestros, por
formarme y dejar algo
en mí.

Análisis y perspectivas del Seguro de Salud
en el inicio de su operación en México.

Paula Rebeca López Barraza.

Director de Tesis:
Fernando Eleazar Vanegas Chávez

Índice.

Siglas.....	5
Introducción.....	7
1. Características principales del Seguro de Salud.....	9
1.1. Definición del Seguro de Salud.....	9
1.1.1. Aspectos del Seguro de Salud.....	9
1.1.2. Niveles de atención médica.....	10
1.2. Antecedentes del Seguro de Salud en otros países.....	12
1.2.1. Historia del Seguro de Salud en Chile.....	12
1.2.2. Historia del Seguro de Salud en Estados Unidos.....	13
1.3. Diferencias entre el Seguro de Salud y el Seguro de Gastos Médicos Mayores.....	15
1.3.1. Copago.....	16
1.3.2. Reembolso.....	16
1.4. Fundamentos legales del Seguro de Salud.....	16
1.4.1. Reglas para la Operación del Seguro de Salud.....	18
1.4.2. Subrogación de servicios.....	21
1.5. Función de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).....	21
1.5.1. Vigilancia de las ISES.....	22
1.5.2. Inversión de las ISES.....	23
1.6. Perspectivas del Seguro de Salud.....	23
2. Coberturas del Seguro de Salud.....	25
2.1. Cláusulas generales.....	25
2.1.1. Contrato.....	25
2.1.2. Modificaciones y notificaciones.....	25
2.1.3. Cambio de contratante.....	26
2.1.4. Movimiento de los asegurados.....	26
2.1.5. Rehabilitación.....	26

2.1.6. Terminación anticipada.....	26
2.1.7. Prescripción.....	27
2.1.8. Moneda.....	27
2.1.9. Forma de pago.....	27
2.1.10. Interés moratorio.....	28
2.1.11. Edad.....	28
2.1.12. Ocupación.....	28
2.1.13. Residencia.....	29
2.1.14. Omisiones o inexactas declaraciones.....	29
2.1.15. Suma asegurada.....	29
2.1.16. Pago de reclamaciones.....	29
2.1.17. Período de beneficio.....	30
2.1.18. Otros seguros.....	30
2.1.19. Competencia.....	30
2.2. Coberturas comunes del mercado para el Seguro de Salud.....	31
2.2.1. Prevención y Cuidado de la Salud.....	31
2.2.2. Gastos Médicos Mayores.....	32
2.2.3. Maternidad.....	32
2.2.4. Servicios Odontológicos.....	33
2.2.5. Servicios Auxiliares de Diagnóstico.....	33
2.2.6. Medicamentos de Consulta Externa.....	33
2.3. Coberturas no comunes del mercado para el Seguro de Salud.....	34
2.3.1. Beneficios Adicionales.....	34
2.3.2. Coberturas Opcionales.....	34
2.4. Enfermedades cubiertas con periodo de espera.....	34
2.5. Exclusiones.....	35
3. Necesidad de estandarización.....	37
3.1. Análisis de los índices de coberturas comunes del Seguro de Salud.....	37
3.1.1. Consulta general.....	37
3.1.2. Consulta de especialista.....	38
3.1.3. Estudios de laboratorio.....	38

3.14. Medicamentos.....	38
3.15. Cirugía ambulatoria.....	39
3.16. Cirugía no ambulatoria.....	39
3.17. Partos.....	39
3.18. Hospitalización quirúrgica.....	40
3.19. Hospitalización no quirúrgica.....	40
3.110. Urgencias.....	40
3.111. Días cama.....	41
3.2. Información estadística sobre indicadores de salud.....	41
4. Cálculo de la Prima para el Seguro de Salud.....	46
4.1. Teorema de Límite Central.....	46
4.2. Regiones de Siniestralidad.....	47
4.3. Prima de Riesgo.....	47
♣ Cálculo de la Prima de Riesgo de Salud con copago fijo.....	50
♣ Cálculo de la Prima de Riesgo de Salud con copago variable.....	51
4.4. Prima de Tarifa.....	52
♣ Gastos de Administración.....	52
♣ Gastos de Adquisición.....	53
♣ Margen de Utilidad.....	53
Conclusiones.....	55
Glosario.....	57
Anexos.....	63
Anexo 1. Reglas de Operación para el Ramo de Salud.....	63
Anexo 2. Consultas por tipo e Institución de Salud.....	85
Anexo 3. Principales Servicios de Hospitalización por Institución de Salud.....	86
Anexo 4. Número de Prestaciones totales en el sistema Isapre.....	87
Anexo 5. Prom. de días amparados por incapacidad en consulta de medicina fam.....	88

Anexo 6. Indicadores de auxiliares diagnósticos (Laboratorio clínico).....	89
Anexo 7. Indicadores de auxiliares diagnósticos (Estudios de radiodiagnóstico).....	90
Anexo 8. Consultas de especialidad por cada 1000 derechohabientes usuarios.....	91
Anexo 9. Total de intervenciones quirúrgicas por cada 1000 derechohabientes.....	92
Anexo 10. Promedio días estancia.....	93
Anexo 11. Indicadores de auxiliares de diagnósticos (Anatomía Patológica).....	94
Bibliografía.....	95

Siglas.

CNSF	Comisión Nacional de Seguros y Fianzas
DOF	Diario Oficial de la Federación
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GMM	Gastos Médicos Mayores
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional
ISES	Instituciones de Seguros Especializadas en Salud
ISSSTE	Instituto del Seguro Social y Servicios para los Trabajadores del Estado
LGISMS	Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
LSCS	Ley Sobre el Contrato del Seguro
MCP	Médico de Cuidados Primarios
OCP	Odontólogo de Cuidados Primarios
OMS	Organización Mundial de Salud
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SSA	Secretaría de Salud
UDI	Unidad de Inversión.

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO LIBRARY
 540 EAST 57TH STREET
 CHICAGO, ILLINOIS 60637
 TEL: 773-936-3200
 FAX: 773-936-3200
 WWW: WWW.CHICAGO.LIBRARY.EDU
 1998

Introducción.

El ser humano ha tratado de protegerse y de eliminar de su entorno, ciertos factores que no puede controlar; uno de esos factores son los riesgos a que está expuesto, los cuales no pueden ser eliminados pero que si pueden ser reducidos; el seguro busca minimizar las consecuencias económicas que puede traer consigo el acontecimiento de un siniestro. El seguro de salud cubre los gastos hospitalarios, atención médica, intervenciones quirúrgicas, medicamentos, análisis clínicos, etc. originados por enfermedad, no solamente en caso de accidente.

En teoría cada uno de los ciudadanos mexicanos cuenta con los servicios médicos de salud, sin embargo en la realidad se advierte que un importante número de la población carece de éstos (43.9 millones); el Gobierno Federal destina 11 centavos y medio de cada peso al sector salud, sin embargo el 45% se destina a gastos corrientes de operación como la construcción de hospitales, para comprar medicinas, ambulancias y aparatos, etc.; tal es el motivo de que el IMSS no otorgue un servicio de calidad en la actualidad y conforme a los planes de crecimiento del empleo, dentro de seis años, el número de usuarios del IMSS crecerá en un 50%. Esta insuficiencia del IMSS ha llevado a que las personas que tienen acceso a los seguros de salud privados opten por ellos. Como las dependencias gubernamentales que otorgan servicios de salud se encuentran altamente saturadas y no cuentan con los recursos suficientes para ampliar su infraestructura, razón por la cual es necesario impulsar la operación de las ISES, con el objetivo de brindar servicios de salud y de que las personas puedan optar entre contratar un Seguro de Salud o seguir recibiendo atención médica en las dependencias gubernamentales.

En el primer capítulo se señalan las particularidades del Seguro de Salud, además se muestran diferencias básicas entre éste y el Seguro de Gastos Médicos Mayores. Vale la pena destacar las características más sobresalientes de la privatización de la seguridad social en otros países, por lo que en el desarrollo del apartado 1.2 veremos los ejemplos de Chile (primer país latinoamericano en privatizar el sistema de salud) y los Estados Unidos de Norteamérica (principal partícipe comercial de la economía mexicana). La sección 1.5 enfoca nuestra atención a los aspectos legales sobre la constitución de las ISES y sus obligaciones.

Se verán en el segundo capítulo las especificaciones del Seguro de Salud tales como, las cláusulas generales que deberán cumplir los prospectos a contratar el seguro y los asegurados, las enfermedades que cubre, las exclusiones, etc. La sección 2.2 muestra las coberturas más comunes que otorgarán las ISES, las coberturas especiales (sección 2.3) tendrán un gran peso, pues significarán la diferencia entre la contratación de un plan de Seguro de Salud u otro.

La necesidad de la estandarización de indicadores de los servicios otorgados por las ISSES, se manifiesta en el capítulo tres. También aparecen tablas en las que se observan los indicadores expuestos en diversas formas sin tener un modelo al que deban sujetarse. En los anexos se encuentran estadísticas sobre varios indicadores separados por estado. Los fundamentos estadísticos serán de utilidad para reunir, organizar y analizar los datos numéricos de que se dispongan.

La estadística es una herramienta muy útil para describir con gran acierto los modelos datos económicos, políticos, sociales, etc. es por ello que la aplicación del Teorema de Límite Central (sección 4.1) es fundamental para la inferencia de la frecuencia de siniestros y el monto de ellos. La forma en que en el presente trabajo, se sugiere para realizar el cálculo de la prima de riesgo del Seguro de Salud se expresa en el capítulo 4, así como las consideraciones necesarias para precisar lo que será la prima de tarifa.

1. Características principales del Seguro de Salud

1.1. Definición del Seguro de Salud

Existen diversas situaciones donde eventos aleatorios pueden causar pérdidas monetarias, un ejemplo de ello es una enfermedad prolongada, la cual puede afectar la economía familiar. Estas pérdidas pueden deberse a gastos en los que se incurre para el cuidado de la salud, aunado a un nivel reducido de ingresos.

El Seguro de Salud protege a las personas contra catástrofes financieras y gastos por servicios médicos proveyendo de un sistema de cuidado de salud a la persona y a su familia. Este seguro cubre desde una consulta familiar hasta estudios especializados. El Seguro de Salud incluye tratamientos dentales, medicamentos, terapias de rehabilitación, análisis de laboratorio y gabinete, etc.; cubre desde aquellos gastos de bajo costo pero alta frecuencia, como una consulta médica, dental, hasta los gastos de mayor costo como cirugías.

Las condiciones de entorno (medio ambiente) reflejan su efecto en nuestra salud sólo en un 12 por ciento, mientras que el 18 por ciento es por lo que pueda ocurrir dentro de nuestro cuerpo, pero el 60 por ciento lo determina que estilo de vida llevamos; por esta razón las aseguradoras confían en que implementando acciones preventivas, la población será menos vulnerable a las enfermedades. El enfoque de la medicina en México tiene un carácter curativo y no preventivo, lo que conduce a la hospitalización y por lo tanto a mayores gastos.

1.1.1. Aspectos del Seguro de Salud

El Seguro de Salud comprende varios aspectos básicos en los que lo podemos dividir, ellos son:

- ❖ **Prevención y mantenimiento de la salud:** este aspecto cubre lo referente a atención médica, aplicación de vacunas.
- ❖ **Gastos Médicos Mayores:** cubre los gastos a consecuencia de accidente o enfermedad que requiera internamiento hospitalario.
- ❖ **Maternidad:** cubre gastos por parto, cesárea, consulta prenatal, padecimientos congénitos del recién nacido, etc.
- ❖ **Servicios odontológicos:** cubre gastos por profilaxis (limpieza), examen oral, extracciones, curación de amalgamas, etc.

- ❖ Servicios auxiliares de diagnóstico: gastos por análisis de laboratorio, electrocardiogramas, rayos X, etc.
- ❖ Medicamentos en consulta externa

La persona que cuente con un Seguro de Salud tendrá un Médico de Cuidados Primarios, que es el médico encargado de la salud general del afiliado y de coordinar los aspectos de su atención médica, así como de referencias a especialistas, exámenes de laboratorio, medicinas, etc.; también contará con el Odontólogo de Cuidados Primarios, el cual se encargará de mantener la salud dental del afiliado.

El acceso de los afiliados a la atención médica solo podrá darse al presentar una tarjeta de identificación en la que constan, su nombre, no. de póliza, plan al que esta suscrito, médico de cuidados primarios, etc.

Uno de los inconvenientes por parte de los interesados en un Seguro de Salud que quieren acceder a servicios de pediatría y ginecología, es la renuencia a tratarse con un médico de la red en vez de su médico de cabecera. Por otro lado las ventajas de la medicina prepagada ofrecen la cobertura preventiva de servicios de consultas médicas y dentales con un copago, que es muchas veces menor que el costo de un médico de cabecera.

Para aclarar el campo del Seguro de Salud diremos que entendemos por prevención, las acciones para fomentar la salud, con objeto de llevar una vida más sana, disminuir o eliminar los riesgos de contraer alguna enfermedad, dar seguimiento al estado clínico de una persona; prevenir el surgimiento posterior de enfermedades o complicaciones de las mismas, o para detectarlas tempranamente. Las acciones terapéuticas y de rehabilitación que son necesarias para la recuperación de la salud, es lo que entendemos por restauración de la salud. Los gastos médicos a causa de accidentes también son cubiertos por el Seguro de Salud.

1.1.2. Niveles de atención médica.

El primer nivel de atención se enfoca a preservar la salud de la población mediante acciones de promoción, diagnósticos tempranos, protección, etc. El segundo nivel comprende las acciones para restaurar la salud y cuyos daños sean de mediana dificultad (este nivel comprende las especialidades básicas: ginecología, cirugía general, medicina general y medicina interna); mientras que el tercer nivel comprende también la restauración y rehabilitación de padecimientos complejos o de difícil tratamiento.

La ausencia de mecanismos para la prevención de enfermedades conduce a un elevado costo en la medicina de tercer nivel o alta especialización, la cual solo es posible mediante una

mayor inversión en infraestructura, equipo, medicamentos, etc. Sólo el 15% de los siniestros por gastos de enfermedades cubiertos por las aseguradoras absorben el 65% de los recursos, lo que nos indica que si hubiera una mayor previsión los recursos podrían conducirse a la inversión en creación de nuevas tecnologías.

Niveles de atención	Porcentaje de casos presentados	Costo de atención
Primer nivel	85%	35%
Segundo nivel	12%	65%
Tercer nivel	3%	

Muchas personas afiliadas al Sistema de Seguridad Social Mexicano optan por servicios médicos privados: el 16% de los derechohabientes de la seguridad social y el 20% de la población no asegurada hacen uso de prestadores de servicios médicos privados (según la Encuesta Nacional de la Salud 2000), y el 65% de las personas que cuentan con un seguro de gastos médicos mayores son derechohabientes del IMSS. El IMSS no puede dar atención a tan gran número de usuarios (el número de usuarios asciende a 50 millones; la Secretaría de Salud atiende a 26 millones y el IMSS Solidaridad 10 millones, mientras que 10 millones de personas no tienen acceso a la atención médica).

Los mexicanos gastamos alrededor de 30 mil millones de dólares¹ anuales en el sector salud (equivalente al 5.7% del PIB); el gasto per cápita en salud es de 300 dólares al año¹, de los cuales 46% son del sector público, 2% de los sistemas privados de prepago y el restante 52% proviene de los bolsillos de cada mexicano. Según la OMS, México ocupa el lugar 144 en materia de salud, aunque si en los primeros años de esta década se puede reducir el gasto en salud podría pasar al lugar 26; pero uno de los mayores problemas del gasto de los mexicanos en salud se debe a los elevados costos de las medicinas, pues se estima que la población mexicana gasta alrededor de 170 mil millones de pesos en medicamentos. El incremento de los medicamentos en la última década (alrededor del 600%), costos de los servicios de hospitales (aproximadamente 900%) y el reducido crecimiento de los salarios (250%) indica un encarecimiento desmedido en los insumos de servicios de salud, lo cual es un problema que tendrían las ISES de continuar esta tendencia.

¹ Velázquez, Carlos, La privatización silenciosa del sector de la salud, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 12 de junio del 2001, p. 18

1.2. Antecedentes del Seguro de Salud en otros países.

1.2.1. Historia del Seguro de Salud en Chile

Chile se ha caracterizado por ser un país innovador en materia de seguridad social, razón por la cual México ha seguido sus pasos en cuanto se refiere a pensiones y salud.

La Seguridad Social en Chile tiene sus comienzos en 1924, año en que se crea la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, su objetivo era brindar cobertura a los riesgos de invalidez, vejez y muerte así como beneficios de salud a obreros, artesanos, campesinos y empleados de servicios domésticos. Los empleados públicos y privados fueron asegurados por el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) a partir de 1942. No fue hasta 1952 cuando se creó el Servicio Nacional de Salud (SNS) que toda la población fue protegida. Desde 1980, Chile cuenta con un sistema mixto o dual de protección a la salud formado por dos ejes paralelos, uno perteneciente al sector público y otro al sector privado, tanto para el aseguramiento como para la provisión.

En la actualidad el sistema de salud chileno está formado por dos entidades: el FONASA (Fondo Nacional de Salud) y las ISAPRES (Administradoras de Salud Previsional), estas últimas reguladas después de 10 años de su creación por la Superintendencia de ISAPRES. El gobierno otorgó subsidios a las instituciones de seguros de salud privados para garantizar su continuidad y de esta manera el FONASA se enfocaría a las personas de más bajos recursos.

En 1999 se reformó el sistema de salud con el fin de reorganizar el sistema público y la obligatoriedad de los prestadores de salud a otorgar un Plan Obligatorio de Salud.

El sistema de Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE, fue creado en 1981 en virtud de una ley dictada del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 del Ministerio de Salud. Este sistema ha permitido la expansión de la actividad médica privada y el auge de la inversión en clínicas, centros médicos y laboratorios.

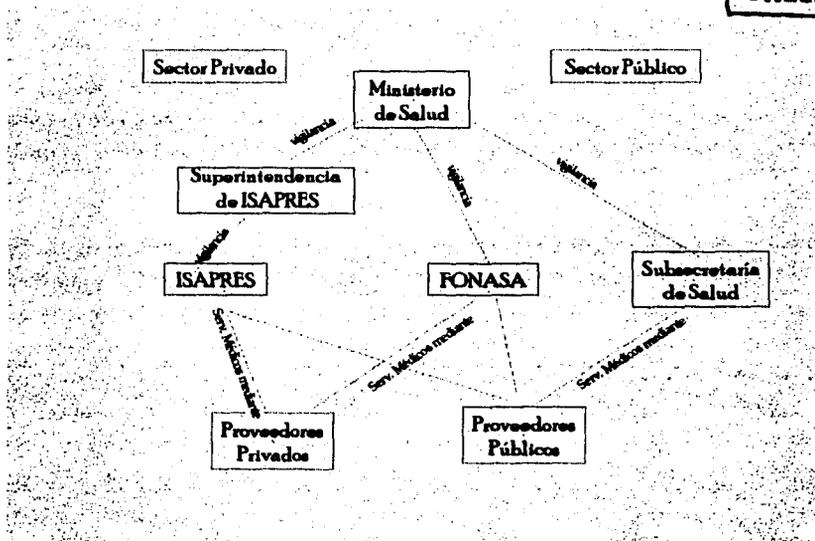
Las ISAPRE son instituciones de carácter privado en las que cotizan obligatoriamente los trabajadores chilenos que libremente optaron por ellas, aportando el 7 % de su salario. Cuando los trabajadores optan por las ISAPRE dejan de cotizar en el sistema público y sus aportaciones van directamente a la ISAPRE que escogieron. El afiliado tiene derecho a beneficios de salud para él y su familia dependiendo del monto de sus aportaciones.

Las ISAPRE otorgan servicios de salud al 25% de la población chilena, es decir a 3.4 millones de personas,² contando entre ellos a más de 140 mil personas con más de 60 años de edad y con ingresos de 400 dólares³ en promedio.

La creación del sistema ISAPRE ayudó a eliminar el subdesarrollo en administración de servicios de salud en Chile, de esta manera el gobierno se enfocaría a las personas de más bajos recursos.

De acuerdo con el FONASA los beneficiarios del SNS en 1997 fueron de alrededor de 8.7 millones de personas. En 1997 el número de personas beneficiadas por las 30 ISAPRE existentes en el mercado chileno fueron 3.7 millones de personas.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



1.2.2. Historia del Seguro de Salud en Estados Unidos.

A principios de la década de los 80's los planes de indemnización de gastos médicos tradicionales eran los principales seguros que en materia de salud existían como opción para las personas. No obstante, se empezaron a introducir en el mercado empresas de seguros que manejaban

² Fuente: Superintendencia de Isapres, 1999

³ En junio 1999, 1 dólar equivalía a 502 pesos chilenos.

los sistemas conocidos como medicina prepagada (servicios que empezaron a ser otorgados por las HMO, Health Maintenance Organization). Como en esta misma década los costos de cuidados

médicos subieron, la atención de la población interesada en los servicios de salud se enfocó en los nuevos sistemas.

Las HMO ofrecen sus servicios mediante una red propia de clínicas o una red de proveedores, lo que usualmente se conoce como Individual Practice Associations (IPA). Dentro de las HMO se proporcionan todos los servicios de salud, pero es necesario acudir con un médico de la red, de lo contrario el afiliado afrontará los gastos en que haya incurrido.

Las HMO otorgan una lista de la cual se escogerá a un Médico de Cuidados Primarios encargado de coordinar la salud, lo que significa que será él quien lo referencie para asistir con un especialista.

Algunas HMO ofrecen a sus asegurados planes parecidos a los de gastos médicos, un Point-of-Service (POS) en el cual los que cuenten con este plan pueden acudir fuera de la red siempre y cuando el Médico de Cuidados Primarios lo haya dispuesto, de otra manera tendrá que pagar un coaseguro.

Un plan de una PPO (Preferred Provider Organization) es un plan de medicina prepagada muy parecido a un plan de indemnización de gastos médicos. Una PPO tiene contratos con doctores, hospitales y otros proveedores del cuidado de la salud, quienes han aceptado proporcionar tarifas más bajas por los servicios que les sean solicitados. Todo esto resulta en un menor costo que si se acude a los mismos servicios fuera de la red de médicos contratada. Si un afiliado acude con médico de la red tendrá que pagar un copago, pero al ir con un doctor que no pertenece a la red tendrá que reconocer la existencia de un deducible y un coaseguro basado en costos mucho más altos, además tendrá que pagar esa diferencia entre los incurridos y los gastos del proveedor de servicios de la compañía.

En los Estados Unidos las Health Maintenance Organization (HMO) no han funcionado de la manera esperada, tampoco como una alternativa; se sacrificó la calidad en pro de los costos. Los hospitales son especialmente dependientes en el reembolso de terceros, es por ello que empezaron a pasar por alto las decisiones de tratamientos basados en las necesidades médicas, ello porque los mayores problemas a los que se enfrentan los sistemas de salud son los altos costos de los servicios médicos. A pesar de los inconvenientes en 1991, entre 50 y 60 millones de personas estaban adscritas a las HMO o PPO.

1.3. Diferencias entre el Seguro de Salud y el Seguro de Gastos Médicos Mayores.

Existen diferencias sustanciales entre los Seguros de Salud y los seguros de gastos médicos mayores, por solo mencionar las más importantes se tiene que...

Las características del Seguro de Salud son las siguientes:

- a) " Su origen no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito 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 contratado 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." ⁴

Los seguros de gastos médicos cubren los gastos hospitalarios, atención médica, intervenciones quirúrgicas, alimentos, medicamentos, análisis clínicos, etc. originados por un accidente o enfermedad. Mientras los seguros de gastos médicos solo se enfocan en otorgar servicios de segundo y tercer nivel de atención, lo seguros de salud se enfocan en la prevención, conservación, restauración y rehabilitación de la salud.

Compete al Seguro de Salud el cuidar el aspecto preventivo, es por ello que solo las ISES serán quienes podrán comercializar un seguro de esta naturaleza.

Algunas de las similitudes entre el Seguro de Salud y el Seguro de Gastos Médicos Mayores son: ambos se otorgan a través de pólizas en forma individual, colectiva o de grupo; el pago para

⁴Reglas de Operación del Ramo de Salud, Diario Oficial de la Federación 4 de mayo de 2000

obtener los seguros de salud privados será similar al de los gastos médicos mayores, es decir, será adelantado y mediante el pago de una póliza; y, ninguno de ellos cubre gastos por cirugías de tipo estético o plásticas y reducción de peso, estudios de diagnóstico, control por esterilidad y tratamientos psicológicos.

1.3.1. Copago.

La medicina prepagada ofrece la cobertura preventiva proveyendo de servicios de consultas médicas y dentales con un copago, que es muchas veces menor que el costo de un médico de cabecera.

El copago es una cantidad establecida previamente, que el afiliado deberá pagar por la utilización de un servicio, se establece con la finalidad de que el afiliado valore el servicio y racionalice su uso. El pago de esta cantidad se hará en el momento de que sea requerido dicho servicio. El copago no se aplica en consultas de tipo preventivo (consultas de control, vacunas, checkup, exámenes de detección de cáncer, etc.) para no desalentar que el afiliado acuda a estas consultas durante el año.

En los seguros de gastos médicos mayores no existe el copago, de la misma forma en el Seguro de Salud no aplican deducible y coseguro.

1.3.2. Reembolso.

El Seguro de Salud no trabajará mediante indemnización o reembolso, sino que los proveedores de servicios médicos prestarán sus servicios. De esta manera se tiene una relación contractual entre el asegurado y las ISES. La prestación de servicios será "contratada" por las ISES efectuando un pago directo, el cual solo se reembolsará por indisponibilidad o falta de atención médica a los usuarios.

1.4. Fundamentos legales del Seguro de Salud.

Debido a un rezago en los sistemas de salud de los países, ha sido necesario crear formas alternas de otorgar los servicios médicos a la población; es por ello que México ha empezado a reformar las leyes para que exista una mayor provisión de los servicios médicos. Con ello se espera tener un mayor acceso a la atención y una creciente calidad del servicio. La reforma a los sistemas de

salud promueve la concepción de que ésta es un asunto de índole privado y responsabilidad de cada individuo.

El Gobierno Federal expresó en el Plan de Desarrollo, su preocupación por brindar protección a las personas y a sus bienes ante los riesgos que están expuestos y consideró la importancia de que se desarrolle aun más la actividad aseguradora dentro de la sociedad mexicana, y así promover el ahorro interno. El gobierno solo participará como regulador de las políticas mediante las cuales se regirán los organismos necesarios para que el nuevo esquema de salud funcione.

El Congreso de la Unión ha aprobado grandes reformas en los últimos tres años a la LGISMS con el objetivo de dividir la operación de accidentes y enfermedades en accidentes personales, gastos médicos y salud. Estas reformas fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación el 3 de enero de 1997 y 31 de diciembre de 1999. En el DOF fueron publicadas, por parte de la CNSF, tres circulares donde se observan los compromisos de entrega de información precisa y oportuna por parte de las ISES.

Uno de los principales objetivos del Sistema Nacional de Salud es garantizar la prestación de servicios médicos a través de las ISES, lo anterior consiste en fomentar, prevenir, diagnosticar, otorgar un tratamiento y rehabilitación de la salud de las personas.

El mercado de "medicina prepagada" o "administración de salud" no estaba regulado, pues no había compromiso de otorgar los servicios médicos a los beneficiarios de este tipo de empresas, fue por ello que la LGISMS se modificó para que solo las ISES fueran quienes pudieran operar en el ramo de salud. Con la aparición del ramo de salud las sociedades de administración de medicina prepagada se transforman en las ISES. La entrega de información por parte de las ISES permitirá la elaboración de bases estadísticas y actuariales que sustentarán las primas de riesgo de los seguros de salud.

La LGISMS en el artículo 8 fracción V define como el ramo de salud "los contratos de seguro que tengan como objeto la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud, a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado"⁵.

Como instituciones de seguros, el funcionamiento y operación de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, se regirá por lo previsto en la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros y en la Ley sobre el Contrato de Seguro, así como por las Reglas para la Operación del Ramo de Salud, la Ley General de Salud y a las Normas Oficiales Mexicanas en Salud.

⁵LGISMS artículo 8 fracción V

Existirá una rígida supervisión de la CNSF en lo referente a su situación financiera, más no regulará el precio de la póliza para un Seguro de Salud.

El artículo 141 de la LGISMS establece las sanciones a las que se harán acreedoras las instituciones que realicen operaciones activas de seguros sin disponer de la autorización necesaria. A los directores de las empresas administradoras de salud que no tramiten su solicitud de constitución como ISES y ofrezcan la prestación de servicios de salud se les sancionará hasta con 15 años de cárcel.

1.4.1. Reglas para la Operación del Seguro de Salud.

A continuación se presenta un resumen de las Reglas para la Operación del Seguro de Salud, pero en el ANEXO I se muestra lo emitido referente a éstas en el Diario Oficial de la Federación. Es entonces, que en las reglas se menciona que:

El ramo de salud es descrito como "la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado"⁶ y se precisa que la provisión de esta actividad sólo puede autorizarse a instituciones de seguros. La prestación de servicios de salud sólo puede considerarse como operación activa de seguros si esos servicios se comercializan a futuro y el cumplimiento de la obligación de prestarlos depende de un acontecimiento futuro e incierto. Las empresas u organizaciones de medicina prepagada que por su actividad se ubican en el concepto de operación activa de seguros, deberán constituirse en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud.

La vigilancia de las instituciones de seguros autorizadas en el ramo de salud está a cargo de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas y a la Secretaría de Salud. La Secretaría de Salud está facultada para llevar a cabo las funciones de inspección y vigilancia sobre los servicios y productos de salud; igualmente emitirá los dictámenes (provisional, definitivo y anual) en los cuales se hará constar que la institución de seguros cuenta con los elementos necesarios para ofrecer los servicios de salud. La CNSF juzgará que cuente con los sistemas e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios de su objeto social.

Las Reglas señalan la documentación y el plan de actividades que se deben presentar, junto con la solicitud de autorización ante la SHCP, para organizar y constituir una Institución de Seguros Especializada en Salud, entre estos documentos se encuentran:

- a) Relación de accionistas mayoritarios.

⁶ Reglas de Operación del Ramo de Salud, Diario Oficial de la Federación 4 de mayo de 2000

- b) Plan de actividades, recursos de apoyo durante los tres primeros años, presupuesto financiero
- c) Políticas de retención de riesgos y reaseguro.
- d) Programa de organización, administración y control
- e) Modo en que suministrará los servicios ofrecidos en los seguros que comercialice.

Las ISES deberán contar con un capital mínimo pagado de 1,704,243 UDIS. El importe de los gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmuebles propiedad de las instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), podrán computarse en forma conjunta hasta el 60% del capital mínimo pagado.

En las reglas se menciona que los pacientes tendrán:

- a) Un acceso ágil a los servicios;

El acceso oportuno a los servicios se garantiza 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 los contratos de seguros. Las ISES estarán obligadas a informar a los asegurados por escrito de los cambios que tuviera la red de infraestructura hospitalaria y brindar un trato respetuoso en los servicios;

- b) decisión para aceptar o no las propuestas terapéuticas,

- c) podrá seleccionar el médico y al hospital que desee (los cuales pertenezcan a la red contratada);

A fin de facilitar la elección del asegurado, las ISES están obligadas a 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.

Si 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.

- d) seguridad en cuanto a su persona y sus bienes;

- e) a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de salud que lo atienden y el responsable del equipo;

A los médicos se les exige que cuenten con cédula profesional a fin de acreditar sus conocimientos, y en caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener

la otorgada por los mismos. Los hospitales deberán contar, con la certificación del Consejo de Salubridad General en reconocimiento a su calidad.

- f) a ser informado sobre su padecimiento, los métodos de diagnóstico y sus riesgos, beneficios y alternativas.

Por otra parte, en las pólizas se establecerá si existe o no la renovación obligatoria y la edad máxima de renovación. 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 la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Para iniciar sus actividades las ISES tendrán que contar con un Contralor Médico, quién tendrá que ser aprobado por la SSA. 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. Los requisitos impuestos en la Reglas de Operación del Ramo de Salud 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 previos a su celebración. De no llevar a cabo sus funciones apropiadamente el Contralor Médico puede ser sujeto a remoción o suspensión por parte de las autoridades.

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

Con la finalidad de que las ISES 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; estas reservas incluyen la de riesgos en curso de pago para hacer frente a los eventuales riesgos de las pólizas en vigor y la de obligaciones pendientes de cumplir para cubrir los siniestros ocurridos pendientes de liquidación.

La CNSF formulará el método para llevar a cabo la contabilidad y establecer la base de datos, así como el sistema estadístico respectivo, de las ISES; 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; conjuntamente, 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 de las instituciones, se deberá expresar en forma clara y precisa y se sujetará a las disposiciones administrativas que dicte la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Se revocará la autorización si una institución de seguros autorizada en el ramo de salud, no presenta ante la SHCP el dictamen definitivo, o si no presenta a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas el dictamen anual; o si en cualquier momento la SHCP o la CNSF tienen conocimiento de que la institución no mantiene los elementos necesarios para prestar los servicios de los contratos de seguros correspondientes.

1.4.2. Subrogación de servicios.

Los cambios en la legislación del IMSS no incluyeron cambios en el artículo que contiene lo referente a la subrogación de servicios, siendo desde 1943 hasta la fecha los únicos beneficiados los trabajadores de la banca.

Mediante la subrogación de servicios, el IMSS se queda con el 30% de la cuota obrero-patronal y con la aportación gubernamental respectiva, y es con ese 30% que garantiza servicios a sectores de la población de más bajos recursos. Se espera que mediante la creación de las instituciones con las que se contraten los servicios de salud se reduzca la demanda de tales servicios en el IMSS, ISSSTE y SSA.

15. Función de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

La creación de las ISES fue necesaria para regular un mercado que no lo estaba, pues existían instituciones que brindaban servicios de atención de salud bajo esquemas conocidos como de prepago; hubo empresas que no cumplieron con los compromisos contraídos, dejando desprotegidos a muchos usuarios, por esta razón se hicieron las reformas necesarias para la creación del ramo de salud. Las sociedades u organizaciones interesadas en otorgar servicios de prevención de la salud se transformaron en ISES.

Las ISES se enfocarán a la medicina preventiva con los propósitos de mejorar la condición física del individuo y administrar los gastos de una manera más eficiente. Las ISES tendrán que otorgar sus servicios de la misma forma en que lo hace el IMSS, es decir, ofrecerán consultas de medicina general, hasta consultas del tercer nivel (de especialidades), darán atención de urgencias, realizarán pruebas de laboratorio y tendrán que proporcionar medicamentos que hayan sido prescritos, entre otros.

Las Reglas de Operación del Ramo de Salud establecen que las instituciones deben garantizar la suficiencia de recursos materiales y humanos para cumplir con las obligaciones contraídas y deben de ser capaces de comunicar con prontitud el cambio de su red de servicios médicos.

Las empresas que presten servicios de salud (con el objetivo de prevenirla y restaurarla) debieron presentar la solicitud de constitución como ISES a más tardar el 29 de diciembre de 2000, las empresas que no lo hicieron se harán acreedoras a sanciones administrativas. Las ISES entraron en funcionamiento el 15 de julio del año 2001; en México, por ahora serán 6 las compañías que se transformarán de administradoras de salud en ISES.

1.5.1. Vigilancia de las ISES

En lo que respecta a la vigilancia de las ISES, debemos decir que estarán "doblemente" vigiladas por la SHCP, a través de la CNSF, y por la SSA, según como lo establece la LGISMS. La primera supervisara técnica y financieramente a las ISES, mientras que la segunda se avocará a supervisar que sea adecuada la calidad de los servicios médicos brindados por estas instituciones. La CNSF será responsable de cuidar la solvencia financiera y todos los aspectos técnicos de estas empresas, mientras que la SSA vigilará los servicios y productos de salud que presten las ISES.

La SSA esta facultada para llevar a cabo funciones de inspección y vigilancia sobre los servicios y productos de salud que se presten por parte de las instituciones de seguros autorizadas para operar en el ramo de salud. También estará facultada para emitir dictámenes (provisional, definitivo y anual) con los cuales se certificará que la institución de seguros cuenta con una buena calidad en cuanto a servicios de salud se refiere.

Las ISES deberán entregar a través de sus intermediarios, un folleto explicativo a los asegurados el cual contendrá una descripción del plan, coberturas, limitaciones, exclusiones, períodos de espera, etc., así como la red de médicos a los que los asegurados pueden acudir.

El nuevo esquema de las ISES no pretende la privatización de la seguridad social, solo espera crear un ambiente competitivo en la prestación de servicios de salud para la población, y este

desarrollo de instituciones más competentes será más favorable si existe la reversión de cuotas (reembolso de las cuotas obrero patronales).

1.5.2. Inversión de las ISES

Sería muy costoso que cada ISES tuviera una clínica propia, por tal motivo se pretende administrar redes de servicios médicos contratadas con proveedores, para ello se espera que las ISES fomenten el crecimiento de la infraestructura hospitalaria del país, pues actualmente la infraestructura de la iniciativa privada cuenta con casi 3 mil unidades de salud, 63 mil médicos y 31 mil camas, cantidades mucho menores a la infraestructura pública, que cuenta con cerca de 18 mil unidades, 135 mil médicos y 80 mil camas hospitalarias.

Se prevé que las ISES invertirán cerca de 5 mil millones de dólares durante los 5 primeros años, con lo cual la construcción de hospitales y clínicas de primer nivel será impulsada por tales empresas. En lo que se refiere a la actividad económica del país, se espera que para el año 2004 las ISES alcancen el 0.5% del PIB. Esta es una cantidad bastante buena, ya que actualmente la participación total de los seguros alcanza el 1.8% del PIB. Debemos mencionar que las ISES podrían captar el 16% del gasto privado para el cuidado de la salud en el mismo año.

Se cree que dentro de un ambiente propicio para el Seguro de Salud, las ISES atenderían al 20 por ciento de los usuarios del IMSS, habiendo pasado un período de 10 años más o menos. Sin embargo un inconveniente para el Seguro de Salud son los altos costos de medicinas en clínicas privadas, pues ningún hospital privado en México basa sus costos de acuerdo a un porcentaje de ganancia, fijan estos últimos basándose en el máximo que la gente está dispuesta a pagar. Los costos hospitalarios son información confidencial. La Norma Oficial Mexicana (NOM) pretende acabar con los abusos y precios excesivos de los servicios hospitalarios, esto ayudaría a que el costo de los Seguros de Salud disminuya.

1.6 Perspectivas del Seguro de Salud.

El número de personas que cuentan con un seguro de gastos médicos mayores asciende a tres millones actualmente. A pesar del incremento de los precios de los seguros de gastos médicos la demanda de este tipo de servicios va en aumento y aunque el Seguro de Salud es más caro que el seguro de gastos médicos, será a largo plazo más benéfico para asegurado y asegurador, pues los usuarios serán revisados por su médico con el propósito de prevenir cualquier riesgo de enfermedad. Este médico estará obligado a dar seguimiento a cada uno de sus pacientes, lo cual desembocará en un menor número de enfermedades y por ello en la reducción de costo del Seguro de Salud.

En algunos países se complementa la prestación de servicios de salud del Estado con los seguros médicos privados. La reforma de la seguridad social en México marca un hito importante en el desarrollo de la salud privada. Se espera que la creación de las ISES permita la expansión de la actividad médica privada y el auge de la inversión en clínicas, centros médicos, laboratorios, entre otros.

El IMSS ha padecido problemas derivados de una extrema concentración de los recursos médicos, esto por el rol preponderante del Estado en cuanto a la administración y entrega de servicios. Las ISES son instituciones privadas que otorgan Seguros de Salud, la expectativa sobre estas empresas es que contribuyan al desarrollo global del sector salud en México, descongestionando al sector público y permitiéndole a éste, por tanto, centrar sus esfuerzos en las personas de más bajos recursos. Con la responsabilidad de otorgar atención a la población mexicana y apoyados en la competencia libre de mercado las ISES tendrán que lograr perfeccionar sus servicios, y otorgar más y mejores prestaciones de salud. En este contexto, habrán de desarrollar productos de bajo costo como planes colectivos, enfermedades catastróficas y tercera edad.

Las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, por tanto, sujetas a las reglas de libertad de mercado y a la libre iniciativa en salud, intentarán entregar el máximo de beneficios para ofrecer la mejor alternativa de servicios de salud a la población. El Estado, en cambio debe centrar su acción en coordinar las tareas de promover, proteger y permitir el acceso a la salud de las personas más necesitadas, así como velar porque estas acciones se desarrollen de acuerdo al nivel de eficiencia conforme a los avances científicos y tecnológicos disponibles. La libre iniciativa en salud contribuye, sin duda al desarrollo de nuevas inversiones y a mejorar los servicios para satisfacer la demanda creciente en cantidad y calidad de las prestaciones médicas. Desde esta perspectiva, las ISES cumplen un rol social muy importante, el que se irá perfeccionando con el esfuerzo e iniciativa empresarial y la motivación que genere la sana competencia.

2. Coberturas del Seguro de Salud

2.1. Cláusulas generales

Las cláusulas generales son aquellas condiciones que contienen los seguros, sin embargo dependiendo del tipo de seguro cambian en algunas especificaciones. El fundamento legal de las condiciones generales se expresa en la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

2.1.1. Contrato

El contrato es el documento legal, por medio del cual las ISES se comprometen a brindar los servicios médicos necesarios para la buena salud del asegurado; éste a su vez se compromete a pagar una cantidad llamada prima.

Las condiciones generales de la póliza, la solicitud, el cuestionario médico, las cláusulas, los endosos que se agreguen, así como las declaraciones, proporcionadas por el contratante o asegurado, son pruebas del contrato de seguro celebrado entre el contratante y la aseguradora. La relación de asegurados que se encuentren en la póliza, quedan amparados por este contrato.

La aseguradora se reserva el derecho de expedir endosos⁷ para excluir y/o rectificar las coberturas de determinados padecimientos o actividades que, por su naturaleza, influyan en la agravación del riesgo. Los endosos se expedirán junto con la póliza o cuando haya un cambio de ocupación del o los asegurados.

Para poder tener acceso a los servicios contratados, el asegurado debe cumplir con ciertas condiciones, de lo contrario le serán negados los servicios o se cancelará el contrato.

2.1.2. Modificaciones y notificaciones

Las condiciones generales de la póliza, las cláusulas y los endosos sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y la aseguradora. Estas modificaciones deberán constar por escrito (mediante un endoso, artículo 19 de la LSCS) y estar debidamente registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Por lo anterior, los agentes o cualquier otra persona que no esté expresamente autorizada por la aseguradora, no pueden hacer modificaciones ni concesiones.

2.1.3. Cambio de contratante

Si hay cambio de contratante, la aseguradora podrá rescindir el contrato en los siguientes 30 días contados a partir de la fecha de notificación, y sus obligaciones terminarán precisamente al cumplirse los 30 días después de la fecha de notificación. La aseguradora devolverá al contratante la parte proporcional de prima que corresponda al tiempo no transcurrido de la vigencia inicialmente contratada.

2.1.4. Movimiento de los asegurados

El contratante se obliga a reportar a la aseguradora los movimientos de altas de asegurados dentro de los 30 días siguientes en que se hayan realizado. El incumplimiento de esta obligación por parte del contratante, traerá como consecuencia que la aseguradora, en caso de siniestro, sólo cubra a los asegurados de los que aparecen en la póliza y de los que se le hubiese informado oportunamente.

Cuando un asegurado sea dado de baja, el contratante deberá dar aviso por escrito de este hecho. La responsabilidad de la aseguradora cesará desde el momento en que haya sido notificada de dicho movimiento. En caso de que el contratante no haya dado aviso de inmediato, el seguro continuará en vigor para ese asegurado y el contratante cubrirá la prima correspondiente.

2.1.5. Rehabilitación

Si el contratante paga la prima pactada en la póliza después de vencido el período de gracia (30 días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza), la póliza quedará rehabilitada. La aseguradora le devolverá la fracción de prima por el período al descubierto transcurrido.

2.1.6. Terminación anticipada

La aseguradora (por omisión o inexacta declaración) o el contratante podrán dar por terminado anticipadamente el contrato, notificándolo por escrito, con 15 días naturales de anticipación.

La aseguradora o el contratante tendrá 15 días naturales después de recibida la notificación, para realizar cualquier aclaración. Transcurrido este plazo, se considera aceptada la terminación del contrato.

En caso de que la aseguradora decida dar por terminado el contrato, devolverá al contratante el 100% de la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza.

2.1.7. Prescripción

Todas las acciones derivadas del contrato de Seguro de Salud prescriben a los dos años contados desde la fecha del acontecimiento que les dió origen.

2.1.8. Moneda

Todos los pagos derivados de este contrato, tanto del asegurado como de la aseguradora, serán en Moneda Nacional.

Los gastos que se originen en el extranjero y que procedan conforme a las condiciones de la póliza, se reembolsarán de acuerdo con el tipo de cambio a la venta, estipulado por el Banco de México, vigente para la moneda y la fecha en que se eroguen dichos gastos.

2.1.9. Forma de pago

El contratante podrá optar por el pago fraccionado de la prima, semestral, trimestral o mensual. A estos pagos parciales se les aplicará una tasa de financiamiento previamente pactada, entre la compañía y el asegurado en la fecha de celebración del contrato.

El contratante gozará de un período de gracia de 30 días naturales posteriores al vencimiento del período pactado, para pagar la prima total o la parcialidad que corresponda. Si el contratante no ha pagado el total de la prima o fracción a las doce horas del último día del período de gracia, cesarán automáticamente los efectos del contrato.

2.1.10. Interés moratorio

En caso de que la compañía, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización, capital o renta en los términos del Art. 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, en vez del interés legal, quedará convencionalmente obligada a pagar al asegurado, beneficiario o tercero dañado, un interés moratorio anual equivalente a la tasa de interés que resulte más alta de los documentos en que mantenga invertida sus reservas técnicas durante el lapso de mora.

2.1.11. Edad

Los límites de edad de aceptación en el Seguro de Salud son desde el nacimiento, hasta los 64 años. En caso de que se trate de renovación de la póliza, el asegurado podrá contar con protección vitalicia, es decir, una persona de 65 años o más puede estar cubierta por un Seguro de Salud, siempre y cuando lo haya contratado antes de cumplir 65 años y renovándolo cada año. El contratante podrá renovar la póliza avisando a la aseguradora 30 días antes del vencimiento de ésta. El pago de la prima correspondiente, autorizado y expedido por la aseguradora, será la prueba de renovación de la póliza y aceptación del riesgo.

Si el asegurado hubiese pagado una prima inferior a la de su edad real, la aseguradora solamente estará obligada a pagar los gastos cubiertos en la proporción existente entre la prima pagada y la prima de tarifa que corresponda a su edad real. Para este cálculo se tomarán las tarifas vigentes en la fecha de celebración del contrato.

2.1.12. Ocupación

El asegurado está obligado a declarar en la solicitud del seguro, los hechos importantes y relevantes para la apreciación del riesgo de su actividad u ocupación. Si el asegurado cambia a una ocupación más peligrosa, deberá avisar por escrito a la aseguradora. La aseguradora se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación. Si la aseguradora acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, o bien excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo.

Si el asegurado no da aviso por escrito a la aseguradora, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

2.1.13 Residencia

La aseguradora solo otorga las coberturas de un Seguro de Salud a las personas que residen permanentemente dentro de la Republica Mexicana, de otra forma se elevarían los costos por siniestros ocurridos en el extranjero. Los asegurados tienen la obligación de notificar a la aseguradora el lugar de residencia de sus dependientes económicos cuando éstos no vivan en el mismo domicilio del titular.

2.1.13. Omisiones o inexactas declaraciones

Contratante y asegurados tienen obligación de declarar por escrito a la aseguradora, en la solicitud y cuestionarios médicos respectivos, los hechos importantes que conozcan o deban conocer al momento de celebrar el contrato, que permitan a la aseguradora apreciar el riesgo a cubrir.

En caso de cualquier omisión o inexacta declaración de un hecho importante por parte del contratante y/o asegurado no mencionado en la solicitud y cuestionarios médico o no médico, la aseguradora podrá rescindir de pleno derecho el contrato, aún cuando el hecho ocultado o mal informado no haya influido en la realización del siniestro.

2.1.14. Suma Asegurada

La aseguradora tendrá la obligación de responder hasta por el monto de suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza por padecimiento, evento o reclamación (siempre y cuando la póliza se encuentre pagada), cabe aclarar que dentro del Seguro de Salud existen planes que no tienen un límite de Suma Asegurada, debido a que instituciones como el IMSS o ISSSTE no tienen registrado un cantidad límite donde ya no cubran los gastos por servicios médicos. Establecer o no un límite de Suma Asegurada depende de la forma en cada compañía quiera manejar sus planes.

2.1.15. Pago de reclamaciones

En el Seguro de Salud aplica el pago directo, es decir la aseguradora paga al prestador de servicios, a menos que ocurra una emergencia que ponga en peligro la vida del asegurado aplicará el reembolso de gastos. Después de recibir todos los documentos, datos e informes que le permitan dictaminar si procede o no el pago de la reclamación, y en caso de que ésta proceda, la aseguradora

pagará al contratante o a la persona designada por éste, en un plazo no mayor a 30 días naturales contados a partir de la fecha de recepción de documentos.

2.1.16. Período de beneficio

Si la póliza es renovada en su aniversario sin interrupción alguna, la se continuarán pagando los gastos por cada padecimiento, sin que se aplique un período máximo de cobertura para estos pagos, ajustándolos al plan vigente en el momento de inicio de la reclamación.

Para poder gozar este beneficio la póliza deberá ser renovada en el mismo plan o en un plan superior al contratado originalmente.

Si la póliza es cancelada o no se hace la renovación anual, no se cubrirán los gastos efectuados después de la fecha de fin de vigencia o cancelación de la póliza, aún cuando la reclamación haya iniciado dentro del período de vigencia.

Si el asegurado está recibiendo algún tipo de atención médica al momento de finalizar su vigencia o cancelar la póliza, se le pagarán los gastos de esa atención médica hasta su terminación, o por 30 días a partir de la fecha de terminación de vigencia o cancelación, lo que ocurra primero.

2.1.17. Otros seguros

Si al momento de la reclamación las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras, el asegurado no podrá recibir más del 100% de los gastos reales ocurridos, ya sea por uno o por la suma de varios seguros. Es obligación del asegurado presentar a las aseguradoras fotocopias de pagos, comprobantes y finiquito que le hayan expedido otras con relación al padecimiento reclamado.

2.1.18. Competencia.

En caso de controversia, el asegurado podrá presentarse ante la Comisión Nacional de Protección y Defensa de los Usuarios de los Servicios Financieros.

2.2. Coberturas comunes del mercado para el Seguro de Salud

El número de personas con pólizas de Gastos Médicos Mayores asciende a 3 millones; no obstante, con la ampliación de prestación de servicios médicos mediante un Seguro de Salud, se tenía contemplado que 2 millones de personas⁸ comprarían un seguro de Salud, pero hasta sólo existen alrededor de 300,000 asegurados.⁹ Motivo por el cual el mercado de seguros en México, es aún un mercado lleno de oportunidades para las compañías aseguradoras, y es por ello que cada una de ellas busca darles a sus asegurados beneficios adicionales para que sea con ellas con quien contraten los servicios médicos.

En el capítulo 1 referente al seguro de salud, vimos que lo podemos considerar en varios aspectos básicos, los cuales nos servirán para enumerar las coberturas comunes.

2.2.1. Prevención y Cuidado de la Salud.

- ❖ Consultas generales y/o de especialidad. Generalmente se especifica el número máximo de consultas por año.
- ❖ Atención ambulatoria. Se especifica el número al que tiene derecho el asegurado en este tipo de servicio.
- ❖ Inmunizaciones básicas para infantes: BCG (Tuberculosis), Polio, Pentamune (Difteria, Tosferina, Tétanos, Hepatitis B y Heamófilus Influenzae), Triple Viral MMR (Sarampión, Rubéola y Paperas). Refuerzo de Tetános y Difteria a partir de los doce años. Vacunas especiales: Antihaeinóphilus Influenzae Tipo B (Antigripal), Vacuna Antinuemócocica y Antibepatitis A y B.
- ❖ Laboratorio. Análisis clínico y de anatomía patológica para pacientes hospitalizados y consulta externa. Comprende: Examen de orina, química sanguínea, biometría hemática, estudios coproparasitarios.
- ❖ Imagenología. Rayos X, tomografía computarizada, ultrasonido, resonancia magnética, densitometría ósea, etc.
- ❖ Auxiliares de diagnostico. Electrocardiogramas, electroencefalografías, holter, etc.
- ❖ Educación y planificación familiar: dispositivo intrauterino, anticonceptivos orales, salpingoclasia y vasectomía.
- ❖ Atención en consultorio del Médico Especialista
- ❖ Atención quirúrgica: En todas las especialidades, salvo las exclusiones.

⁸ Se esperaba que las clases media alta y alta que contaban con un seguro de Gastos Médicos Mayores contrataran un Seguro de Salud debido a los beneficios.

⁹ Son 307,365 asegurados. Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas 2002, CNSF, México, p.346

2.2.2. Gastos Médicos Mayores.

- ❖ Gastos de Hospital por el internamiento del afiliado por intervención quirúrgica y no quirúrgica.
- ❖ Cirugía ambulatoria y menor.
- ❖ Honorarios por consultas médicas durante la hospitalización.
- ❖ Honorarios de cirujanos, ayudantes e instrumentistas.
- ❖ Honorarios del anestesiólogo y equipo de anestesia.
- ❖ Medicamentos y material de curación de uso intrahospitalario.
- ❖ Medicina Física y de Rehabilitación.
- ❖ Sala de operaciones terapia intensiva y recuperación.
- ❖ Consumo de oxígeno.
- ❖ Transfusiones de sangre, plasma, sueros, etc.
- ❖ Aparatos especiales excepto las reposiciones de aparatos ortopédicos a la fecha del accidente.
- ❖ Tratamiento médico con terapia radioactiva, quimioterapia e inhaloterapia.
- ❖ Ambulancia de traslado terrestre.
- ❖ Urgencias las 24 horas.
- ❖ Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter reconstructivo, no estético, que resulten indispensables a consecuencia de un siniestro.
- ❖ Por accidente o enfermedad, gastos de prótesis ortopédicas, mamarias, oculares, etc, para titulares.
- ❖ Enfermera.
- ❖ Cuarto privado estándar.
- ❖ Alimentos.
- ❖ Análisis de laboratorio.

2.2.3. Maternidad

Los eventos de maternidad serán cubiertos, con 10 meses de espera.

- ❖ Cuidados de maternidad (parto o cesárea).
- ❖ Consultas prenatales.
- ❖ Servicios auxiliares de diagnóstico relacionados.
- ❖ Servicios de ginec obstetricia.
- ❖ Cuidados del recién nacido.
- ❖ Padecimientos congénitos.
- ❖ Complicaciones del embarazo y del parto.

2.2.4. Servicios Odontológicos.

- ❖ Atención odontológica: consulta y diagnóstico.
- ❖ Aplicación tópica de flúor (para menores de 12 años).
- ❖ Examen oral de diagnóstico y plan de tratamiento.
- ❖ Profilaxis (limpieza).
- ❖ Selladores de fosetas y fisuras.
- ❖ Obturaciones con resinas y/o amalgamas.
- ❖ Instrucciones de higiene bucal.
- ❖ Drenaje de absceso.
- ❖ Extracciones simples.
- ❖ Tratamientos dentales indispensables a consecuencia de un accidente.
- ❖ Radiografías intraorales.

2.2.5. Servicios Auxiliares de Diagnóstico.

Estos servicios sirven como apoyo para la determinación del diagnóstico de enfermedades del asegurado. Estos estudios deben estar programados por el MCP

- ❖ Análisis de laboratorio.
- ❖ Electrocardiogramas.
- ❖ Ecografía y econometría de ojo.
- ❖ Encefalogramas.
- ❖ Endoscopia.
- ❖ Estudios de rayos X e imagenología.
- ❖ Histopatología.
- ❖ Estudios audiológicos.
- ❖ Isótopos radioactivos.
- ❖ Mastografía.
- ❖ Tomografía axial.
- ❖ Resonancia magnética.

2.2.6. Medicamentos de Consulta Externa

Únicamente se surtirán los medicamentos que indique el médico para el tratamiento del padecimiento del asegurado. Los medicamentos otorgados a cada beneficiario tienen un límite anual, que depende de cada ISES, que es alrededor de los 2,500 pesos.

- ❖ Medicamentos prescritos por el MCP, por especialista y por el OCP.

2.3. Coberturas no comunes del mercado para el Seguro de Salud

Las coberturas no comunes son los beneficios adicionales que cada una de las ISES otorgará a las personas que contraten los Seguros de Salud con ellas. Estas coberturas varían de una a otra aseguradora.

2.3.1. Beneficios Adicionales.

- ❖ Línea telefónica de atención a afiliados.
- ❖ Libre elección del médico u odontólogo de cuidados primarios.
- ❖ Segunda opinión médica.
- ❖ Descuentos especiales a nuestros afiliados por parte de los proveedores de la salud.
- ❖ Reconocimiento de la antigüedad en otros programas y coberturas similares.
- ❖ Renovación vitalicia.

2.3.2. Coberturas Opcionales.

- ❖ Asistencia Internacional en Viajes
- ❖ Emergencia en el Extranjero
- ❖ Seguro Familiar de Accidentes Personales

2.4. Enfermedades cubiertas con período de espera.

- ❖ Las complicaciones del embarazo, parto o puerperio: embarazo extrauterino, enfermedad hipertensiva, mola hidatiforma (embarazo molar), fiebre puerperal, placenta previa, placenta acreta. Estas complicaciones también serán cubiertas con 10 meses de espera.
- ❖ Padecimientos congénitos de los hijos nacidos después de los 10 meses de inicio de vigencia de la póliza.
- ❖ Los gastos por tratamiento médicos o quirúrgicos derivados del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), serán cubiertos después de 4 años (plazo mínimo en el mercado), aunque algunas aseguradoras contemplan hasta 5 o 6 años.

En los Seguros de Salud, así como en los de Gastos Médicos Mayores también se reconoce la antigüedad de otras ISES.

2.5. Exclusiones.

Las exclusiones son las situaciones que no serán indemnizadas, ya que son consideradas fuera del concepto de eventualidad o porque su costo es demastado alto. Existen exclusiones que son absolutas (las que en ningún caso serán indemnizadas) y las exclusiones relativas (las que mediante el pago de una extraprima son cubiertas).

- ❖ Cualquier gasto por servicio médico no autorizado por el MCP.
- ❖ Tratamientos no necesarios para el cuidado y mantenimiento de la salud.
- ❖ Gastos realizados por el afiliado y/o acompañantes que no tengan relación con el motivo de su internamiento.
- ❖ Padecimientos Preexistentes, según se define en la póliza así como la reposición de aparatos ortopédicos y prótesis existentes al inicio de vigencia de la Póliza, cualquiera que sea la naturaleza y causa de la reposición.
- ❖ Abortos y legrados por aborto que no sean autorizados el MCP.
- ❖ Gastos por maternidad de las hijas dependientes.
- ❖ Tratamientos correctivos de trastornos de sueño, aprendizaje y conducta, tratamientos, psicológicos y psíquicos.
- ❖ Tratamiento médico o quirúrgico contra la calvicie, esterilidad, infertilidad; así como los de carácter estético o plástico.
- ❖ Tratamiento médico a base de hipnotismo y quelaciones.
- ❖ Tratamiento médico o quirúrgico de enfermedades congénitas, a excepción de los Afiliados nacidos durante la vigencia de la póliza
- ❖ Tratamientos médicos experimentales o de investigación.
- ❖ Padecimientos a consecuencia de alcoholismo o toxicomanía.
- ❖ Tratamiento médico para corregir astigmatismo, miopía, estrabismo, etc.
- ❖ Anteojos, lentes de contacto y aparatos auditivos.
- ❖ Lesiones que el Afiliado sufra a consecuencia de la práctica profesional de cualquier deporte si no existe el endoso que los incluya.
- ❖ Lesiones sufridas por el Afiliado cuando realice o viaje como ocupante de cualquier vehículo en carreras, pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad.
- ❖ Lesiones que el Afiliado sufra a consecuencia de la práctica de deportes como alpinismo, box, lucha libre o grecorromana, montañismo, espeleología, rapel, tauromaquia o cualquier tipo de deporte aéreo.
- ❖ Lesiones que el Afiliado sufra cuando viaje como piloto, pasajero, mecánico o miembro de la tripulación de aeronaves que no pertenezcan a una línea aérea comercial.

- ❖ **Cualquier intento de suicidio o mutilación voluntaria.**
- ❖ **Lesiones sufridas por el Afiliado en servicio militar de cualquier clase, en actos de guerra, insurrección, rebelión, etc.**
- ❖ **Cualquier complicación derivada o que pueda surgir durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos excluidos en la póliza.**
- ❖ **Exámenes para extensión de certificados de salud.**
- ❖ **Ambulancia Aérea. La ambulancia aérea está excluida para la mayoría de los planes del mercado, sin embargo existe algunos planes que la contemplan.**

3. Necesidad de estandarización

La estandarización de los índices de cobertura de los seguros de salud es necesaria para la comparación del desempeño de cada una de las ISES y para tener una idea de su buen o mal funcionamiento. Es necesario contar con esta clase de índices para que una instancia determinada por las autoridades competentes en materia de salud y seguros pueda exigir que no haya una sobreutilización o subutilización de los recursos del sector salud.

3.1. Análisis de los índices de coberturas comunes del Seguro de Salud.

El tener estadísticas sobre morbilidad sirve para conocer las enfermedades de la población, de tal manera que el gobierno pueda realizar las acciones convenientes para erradicarlas o disminuirlas. El conocer las características sobre morbilidad de cada región, permitirá a las ISES concentrarse en desarrollar programas para la demanda de los servicios médicos que tendrán que prestar.

El índice de consultas por año de una persona de un país desarrollado llega a 10, mientras que en nuestro país apenas alcanza tres consultas por año; se considera que los pacientes deben acudir a consultar a un médico al menos 5 veces al año. Si alguna de las ISES reporta que sus pacientes acuden tres o menos veces a visitar a su médico de cabecera, no es muy probable que ésta pueda llevar un registro de la condición médica del paciente y por tal motivo no se está cumpliendo el objetivo primordial de las ISES, prevenir las enfermedades. Por el otro lado es ilógico pensar que si una persona acude 20 veces por año con su médico, esto pueda ser más benéfico que una persona que lo hace 10 veces, ya que el ir tan seguido al médico solo nos sugiere mayor carga de trabajo para el personal.

Para ir teniendo una base sobre la cual se pueda examinar el avance de las ISES y de los servicios médicos en México podemos recabar índices importantes tales como:

3.1.1. Consulta general.

Es la atención proporcionada por un médico de medicina general, con la finalidad de detectar oportunamente cualquier alteración de la salud.

$$\text{Indice de Consultas Generales} = \frac{\text{No. Consultas Generales}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto promedio de Consultas Generales} = \frac{\text{Gasto Total de Consultas Generales}}{\text{No. de Consultas Generales}}$$

3.1.2. Consulta de especialista.

Se considera como consulta de especialidad, a la consulta por parte de un asegurado a un médico especialista. El médico de cabecera será quién canalice al asegurado a un especialista.

$$\text{Indice de Consultas a Especialistas} = \frac{\text{No. Consultas de especialidad}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto promedio de Consultas a Especialistas} = \frac{\text{Gasto Total de Consultas a Especialistas}}{\text{No. de Consultas a Especialistas}}$$

3.1.3. Estudios de laboratorio y gabinete.

Son los estudios que sirven como apoyo para la determinación del diagnóstico de los asegurados o beneficiarios.

$$\text{Indice de Estudios de Laboratorio y Gabinete} = \frac{\text{No. de Estudios de Laboratorio y Gabinete}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto prom. por Est. de Lab. y Gabinete} = \frac{\text{Gasto Total de Est. de Lab. y Gabinete}}{\text{No. de Estudios de Laboratorio y Gabinete}}$$

3.1.4. Medicamentos

El número de medicamentos por paciente no es muy importante, de hecho lo que nos puede servir de algo será el costo de ellos, y sería mejor obtener este gasto por especialidad. Debemos considerar un precio para cada uno de los medicamentos, aunque existirán diferentes precios, dependiendo de cada una de las ISES.

$$\text{Gasto promedio de medicamentos por esp.} = \frac{\text{Gasto Total en Medicamentos por esp.}}{\text{No. de Medicamentos por esp.}}$$

3.1.5. Cirugía ambulatoria.

Se entiende como cirugía ambulatoria a la intervención quirúrgica que no requiere una hospitalización del paciente mayor a 12 horas.

$$\text{Índice de Cirugías Ambulatorias} = \frac{\text{No. de Cirugías Ambulatorias}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto promedio por Cirugías Ambulatorias} = \frac{\text{Gasto Total por Cirugías Ambulatorias}}{\text{No. de Cirugías Ambulatorias}}$$

3.1.6. Cirugía no ambulatoria.

La cirugía no ambulatoria es la intervención quirúrgica que requiere una hospitalización del paciente mayor a 12 horas. También se conoce como cirugía hospitalaria.

$$\text{Índice de Cirugías No Ambulatorias} = \frac{\text{No. de Cirugías No Ambulatorias}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto promedio por Cirugías No Ambulatorias} = \frac{\text{Gasto Total de Cirugías No Ambulatorias}}{\text{No. de Cirugías No Ambulatorias}}$$

3.1.7. Partos.

Dentro de este rubro tendremos la asistencia obstétrica que requieran las aseguradas, así como la atención a los recién nacidos.

$$\text{Gasto promedio por partos} = \frac{\text{Gasto Total por partos}}{\text{No. de partos}}$$

Un índice de partos sólo nos servirá como comparación entre los partos atendidos por cada ISES.

$$\text{Índice de partos} = \frac{\text{No. de partos normales} + \text{No. de cesáreas}}{\text{No. de mujeres en edad fértil (15 - 44 años)}}$$

3.1.8. Hospitalización quirúrgica.

La hospitalización quirúrgica tiene lugar cuando se realiza una cirugía

$$\text{Índice de Hospitalizaciones Quirúrgicas} = \frac{\text{No. de Hospitalizaciones Quirúrgicas}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto prom. por Hospitalizaciones Quirúrgicas} = \frac{\text{Gasto Total de Hosp. Quirúrgicas}}{\text{No. de Hospitalizaciones Quirúrgicas}}$$

3.1.9. Hospitalización no quirúrgica.

Existen diferentes padecimientos en los que una cirugía no es necesaria, sin embargo es conveniente estar al tanto del estado del paciente, éste tipo de hospitalización es la hospitalización no quirúrgica o hospitalización sin cirugía.

$$\text{Índice de Hospitalizaciones No Quirúrgicas} = \frac{\text{No. de Hospitalizaciones No Quirúrgicas}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto prom. por Hospitalizaciones No Quirúrgicas} = \frac{\text{Gasto Total de Hosp. No Quirúrgicas}}{\text{No. de Hospitalizaciones No Quirúrgicas}}$$

3.1.10. Urgencias.

Este servicio se otorgará al presentarse alguna emergencia, algún caso que ponga en riesgo la vida de los asegurados o de alguno de sus órganos.

$$\text{Índice de Urgencias} = \frac{\text{No. de Urgencias}}{\text{No. total de asegurados}}$$

$$\text{Gasto promedio de Urgencias} = \frac{\text{Gasto Total de Urgencias}}{\text{No. de Urgencias}}$$

3.1.11. Días cama.

Es el número de días que un paciente egresado permaneció hospitalizado. Cuando el paciente ingresa y egresa el mismo día, produce un día cama, o lo que es lo mismo, un día de estancia.

Sería óptimo obtener el número de días cama por edades, pues un paciente de 30 años no pasa el mismo número de días cama anuales que una persona de 60

$$\text{Indice de Días Cama por paciente al año} = \frac{\text{No. de días cama al año}}{\text{No. total de asegurados}}$$

Conocer el gasto promedio por cada día de estancia de un paciente implica conocer cada uno de los gastos que genera por: enfermera, comida, cuarto, etc.

$$\text{Gasto prom. por días cama} = \frac{\text{Gasto Total por Días Cama}}{\text{No. de Días Cama}}$$

3.2 Información estadística sobre indicadores de salud.

En México, el recavar información de cualquier tipo es un tanto difícil y si se encuentra es poco confiable. Es necesario crear una base de información confiable a la que puedan recurrir empresas mexicanas de seguros

En la información estadística mexicana sobre morbilidad nos podemos ver algunas veces impedidos de realizar un trabajo actuarial, pues como más adelante veremos en el capítulo 4 referente a la frecuencia de siniestralidad, se necesita que la información sea desagregada por sexo y por edades. Sin embargo como se percibe en el siguiente cuadro, la información esta desagregada por sexo, pero divide las edades en grupos muy grandes.

**CAUSAS DE HOSPITALIZACIÓN SELECCIONADAS, POR SEXO,
SEGÚN EDAD, 1988¹⁰**

Edad	Accidentes y violencia (%)		Enfermedades agudas (%)		Enfermedades crónicas (%)	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
0-1	0,4	1,0	3,5	4,8	0,2	0,6
2-4	10,7	4,8	17,1	21,7	1,5	2,9
5-14	19,6	17,1	25,8	29,7	5,1	8,6
15-24	16,7	24,5	17,1	15,0	6,9	7,8
25-34	13,4	21,3	11,6	8,9	8,9	7,9
35-44	9,4	11,4	8,4	6,7	13,6	10,7
45-54	9,6	8,1	7,9	6,2	22,8	19,8
55-64	7,7	6,7	4,6	3,6	19,0	18,5
65 y más	12,5	4,5	3,9	3,2	21,2	22,6
No especificada	0,0	0,6	0,1	0,2	0,8	0,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Hombres/Total	-	69,63	-	47,38	-	37,93
Mujeres/Total	30,37	-	52,62	-	62,07	-

En otras ocasiones se localizan los datos dispuestos en forma de indicadores, pero clasificados por regiones (generalmente muy amplias), o en tiempo (de una a otra fecha, regularmente muy distanciadas), etc. Lo anterior se observa claramente en el siguiente cuadro, donde los indicadores son referidos a la institución donde se prestan los servicios médicos.

**Estadísticas del Sistema Nacional de Salud
Servicios Otorgados según tipo de establecimiento (1999)¹¹**

Concepto	Total	Clinica	Sanatorio	Hospital	Centro Médico
Consulta Externa	9,080,405	4,413,854	1,133,815	1,461,215	2,071,521
General	3,596,720	2,274,090	494,435	447,715	380,480
Especializada	4,137,900	1,772,205	490,632	720,775	1,154,288
Cirugía	335,876	149,477	50,385	59,092	76,922
C...	1,031,387	636,607	134,350	106,030	135,976

¹⁰ SSA, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, Encuesta Nacional de Salud, México, 1988.

¹¹ Fuente: SSA/Encuesta de unidades médicas privadas con servicio de hospitalización, 1999. Clínica, cuenta con menos de 14 camas; Sanatorio, de 15 a 24 camas; Hospital, de 25 a 49 camas; y Centro Médico, 50 o más camas.

Medicina Interna	464,362	190,376	64,100	123,792	86,094
Pediatría	1020,302	498,112	142,487	179,638	200,065
Otras Especialidades	1,285,973	297,713	99,308	233,021	655,931
Odontológica	304,286	122,693	52,566	66,789	62,238
Urgencias	1,041,499	244,866	96,182	225,936	474,515
Hospitalización					
Egresos	1,225,707	459,291	182,599	223,411	360,406
Cirugía	329,021	100,282	52,042	60,994	115,703
Ginecobstetricia	341,510	158,236	52,942	57,016	73,316
Medicina Interna	178,207	59,600	28,911	26,473	63,223
Pediatría	140,588	62,127	20,546	22,673	35,242
Otros	236,381	79,046	28,158	56,255	72,922
Días Estancia	2,920,260	881,832	354,943	509,936	1,173,549
Intervenciones Quirúrgicas	484,180	143,575	70,092	84,439	186,074
Defunciones	13,404	4,480	1,874	2,131	4,919
Nacimientos Atendidos	312,575	155,898	43,432	56,496	56,749
Cesáreas	165,117	70,769	24,022	34,407	35,919
Nacidos Vivos	295,389	149,827	41,579	47,177	56,806
Abortos	31,251	16,470	5,220	4,346	5,215
Aplicación de Biológicos	187,708	53,980	20,382	69,963	43,383
Sabin	74,268	20,320	8,082	25,782	20,084
DPT O DPT Hib	25,018	10,607	3,000	8,115	3,296
BCG	38,521	9,051	3,778	20,334	5,358
Antisarampión o SRP	8,767	3,481	1,208	2,732	1,346
Antitifoídica	969	459	316	39	155
Otros Biológicos	40,165	10,062	3,998	12,961	13,144
Servicios de Diagnóstico y tratamiento					
Patología Clínica Estudios	3,326,671	214,124	172,079	504,951	2,435,517
Personas	1,060,205	107,552	56,854	196,310	699,489
Imagenología Estudios	1,318,171	153,282	110,209	310,352	744,328
Personas	915,878	119,157	76,968	192,132	527,621
Anatomopatología Estudios	140,721	19,402	8,060	17,407	95,852
Personas	134,272	16,125	7,836	15,239	95,072
Electrodiagnóstico Estudios	116,470	25,624	15,004	17,361	58,481
Personas	92,554	17,849	14,294	10,005	50,406
Ultrasonido Estudios	479,890	223,487	50,555	65,042	140,806
Personas	372,225	174,932	43,002	49,141	103,150

Aunque la información no está desagregada por sexo, el siguiente cuadro puede ser de mucha utilidad, pues considera los índices por persona. Se debe poner especial atención, que si bien las poblaciones de México y Chile no son iguales, debe existir una similitud en los indicadores.

Prestaciones por beneficiario en el sistema Isapre ¹²

Prestaciones	DIC. 95	DIC. 96	DIC. 97	DIC. 98	DIC. 99
Consultas Médicas	3.23	3.34	3.42	3.62	3.96
Exámenes de Diagnóstico	3.50	3.74	3.84	4.01	4.68
Exámenes de Laboratorio	2.74	2.96	3.04	3.18	3.72
Imagenología	0.62	0.66	0.68	0.71	0.81
Anatomía Patológica	0.14	0.12	0.12	0.12	0.15
Procedimientos de Apoyo Clínico	1.77	1.87	1.86	1.97	2.44
Partos Vaginales	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01
Otros Procedimientos	1.76	1.86	1.85	1.96	2.43
Intervenciones Quirúrgicas	0.08	0.09	0.09	0.09	0.10
Parto Cesáreas	0.01	0.02	0.02	0.02	0.01
Otras Intervenciones	0.07	0.07	0.07	0.07	0.09
Otras prestaciones	1.27	1.26	1.36	1.47	1.41
Días Cama	0.27	0.29	0.30	0.31	0.42
Otras prestaciones	1.00	0.97	1.06	1.15	0.99
Egresos hospitalarios	0.09	0.10	0.10	0.11	0.12
Total Prestaciones	9.85	10.30	10.56	11.16	12.58

Toda la información anterior proporciona sugerencias, que podrían resultar de provecho, sobre el rango de las tendencias en general de la población mexicana.

El siguiente cuadro está dividido por estados, solo faltaría tenerlo desagregado por sexo; sin embargo, ejemplifica de una manera muy clara la información que nos puede ser de utilidad para el cálculo de frecuencia de utilización del servicio de consulta familiar.

Indicadores de Medicina Familiar
Consultas Médicas X 1000 derechohabientes usuarios
1996 - 2000 ¹³

REGIONES	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL (Promedio)	2,719.51	2,699.56	2,663.22	2,531.30	2,381.47
Regional Siglo XXI	2,580.75	2,606.04	2,600.97	2,403.12	2,272.95
Chiapas	2,983.74	2,977.94	2,865.45	2,533.42	2,455.41
Guerrero	2,702.77	2,918.08	2,791.76	2,332.57	2,202.74
Morelos	2,585.29	2,625.79	2,612.70	2,479.10	2,441.86
Querétaro	2,289.24	2,275.14	2,197.12	1,938.50	1,777.95
Suroeste 3	2,550.73	2,555.99	2,626.65	2,530.63	2,451.65
Sureste 4	2,568.49	2,574.04	2,620.93	2,504.66	2,306.34
Regional La Raza	2,582.15	2,663.21	2,701.30	2,594.74	2,396.35

¹² Superintendencia de ISAPRES

¹³ Sistema Único de Información. Cuadro XIV.1

Hidalgo	2,549.00	2,572.58	2,499.36	2,372.48	2,411.38
México Zona Oriente (I)	2,488.64	2,611.72	2,663.95	2,554.34	2,361.32
México Zona Poniente (I)	2,365.77	2,364.75	2,437.11	2,372.13	2,200.13
Noroeste 1	2,818.34	2,870.95	3,017.58	2,831.73	2,528.10
Noreste 2	2,849.87	2,881.03	3,008.19	2,956.85	2,674.86
Regional Norte	2,644.78	2,606.61	2,582.07	2,454.77	2,291.58
Coahuila	2,564.60	2,677.48	2,605.21	2,466.29	2,267.85
Chihuahua	2,487.24	2,443.53	2,354.83	2,246.47	2,130.52
Durango	3,100.31	2,978.09	2,927.22	2,740.89	2,662.97
Nuevo León	2,672.47	2,558.96	2,599.99	2,506.09	2,250.10
San Luis Potosí	2,399.39	2,449.46	2,331.73	2,276.23	2,249.09
Tamaulipas	2,845.69	2,721.01	2,773.65	2,523.23	2,348.79
Zacatecas	2,688.54	2,764.93	2,760.08	2,777.22	2,840.80
Regional Occidente	2,702.88	2,653.47	2,598.03	2,459.89	2,326.63
Aguascalientes	2,686.62	2,510.69	2,456.96	2,239.66	2,167.35
Colima	2,873.16	2,736.72	2,495.59	2,549.75	2,403.80
Guanajuato	2,509.87	2,610.05	2,511.60	2,327.22	2,253.96
Jalisco	2,644.81	2,591.34	2,558.07	2,422.88	2,260.90
Michoacán	2,994.26	2,817.85	2,760.70	2,709.98	2,569.36
Nayarit	3,335.63	3,175.63	3,279.25	3,093.11	2,857.34
Regional Noroeste	2,967.87	2,846.34	2,726.01	2,640.29	2,552.31
Baja California	2,394.06	2,236.94	2,038.78	1,993.31	1,948.35
Baja California Sur	2,977.24	3,024.42	2,825.93	2,608.78	2,497.01
Sinaloa	3,379.68	3,314.50	3,340.18	3,228.58	3,088.54
Sonora	3,088.23	2,935.07	2,803.67	2,763.76	2,689.87
Regional del Sur	2,933.43	2,887.25	2,803.35	2,658.43	2,535.88
Oaxaca	3,046.01	3,013.79	2,895.40	2,713.59	2,526.03
Puebla	2,526.79	2,512.48	2,375.95	2,311.99	2,266.66
Tabasco	3,045.45	2,989.70	3,039.98	2,896.93	2,606.72
Plaxcala	2,937.34	2,792.35	2,596.84	2,397.16	2,372.11
Veracruz Norte	3,273.93	3,145.72	3,148.23	2,989.69	2,806.80
Veracruz Sur	2,976.10	3,023.01	2,944.81	2,738.17	2,643.45
Regional Oriente	3,160.24	3,088.72	2,949.01	2,841.07	2,628.80
Campeche	2,785.39	2,714.06	2,693.22	2,647.04	2,679.74
Quintana Roo	2,474.47	2,425.12	2,258.33	2,253.85	2,133.98
Yucatán	3,584.80	3,508.41	3,356.37	3,188.52	2,865.94

(I) La Delegación Estado de México se divide en Zona Oriente y Poniente a partir de enero de 1998;

4. Cálculo de la Prima para el Seguro de Salud.

El principal objetivo de una aseguradora que maneje el seguro de salud es la obtención de indicadores recientes de la tendencia actual de la siniestralidad. El trabajo del actuario consiste en utilizar la información existente y establecer un método estadístico para el cálculo de esta siniestralidad. Primeramente, se debe considerar un método para obtener la estimación de la frecuencia de riesgo de que una persona enferme, y que utilice un servicio otorgado por su seguro, para ello nos serviremos del teorema de limite central.

4.1. Teorema de Límite Central.¹⁴

Si X_1, X_2, \dots, X_n son variables aleatorias (discretas o continuas) independientes, con idéntico modelo de probabilidad, con media μ y varianza σ^2 , entonces la distribución de la variable

$$Z = \frac{(X_1 + X_2 + \dots + X_n) - n\mu}{\sigma\sqrt{n}} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i - n\mu}{\sigma\sqrt{n}} \quad (1)$$

se aproxima a la de una variable normal estándar $N(0,1)$, mejorándose la calidad de la aproximación a medida que n aumenta.

Este resultado prueba que el estimador de la media muestral

$$\bar{X} = \frac{X_1 + X_2 + \dots + X_n}{n} = \sum_{i=1}^n \frac{X_i}{n} \quad (2)$$

se distribuye aproximadamente como una variable $N(\mu, \frac{\sigma}{\sqrt{n}})$ o de manera equivalente, que

$\frac{X - \mu}{\sigma/\sqrt{n}}$ se distribuye como una variable $N(0,1)$

¹⁴ Canavos, George. Probabilidad y estadística. Aplicaciones y métodos. McGraw Hill, México, 1991, p. 230, 231

Se admite una aproximación aceptable al modelo normal siempre que n sea mayor o igual que 30.

La aplicación del Teorema de Límite Central será de utilidad para conocer el promedio de siniestros que ocurrirán en cada grupo de edad, siempre y cuando se tenga (como fue especificado) al menos 30 datos. Los datos pueden ser obtenidos de hospitales de una misma región y con sus pacientes ordenados en grupos de edades. Debemos tener en cuenta que la información estadística disponible en México sobre morbilidad es reducida, aún más si se desea que se encuentre desagregada por sexo.

4.2. Regiones de siniestralidad

Otro aspecto importante a considerar es la diferencia en siniestralidad y los costos de los gastos que se realizan por servicios médicos en las ciudades de la República Mexicana. Por ello las primas variarán según el lugar en el que se emita la póliza, para lo cual deberán existir tarifas por zonas. La división de estas zonas o regiones quedará de la siguiente manera:

- Región Centro: Celaya, Morelia, León, San Luis Potosí, Aguascalientes, Zacatecas, Querétaro, Irapuato, Uruapan y Zamora
- Región Metropolitana: Comprende la Cd. de México, Cuernavaca y Toluca
- Región Noreste: Cd. Victoria, Durango, Monterrey, Monclova, Nuevo Laredo, Reynosa, Torreón y Saltillo.
- Región Noroeste: Casas Grandes, Cd. Cuauthemoc, Cd. Juárez, Cd. Obregón, Chihuahua, Delicias, Guamuchil, Guaymas, Hermosillo, Mexicali, Nogales y Tijuana.
- Región Occidente: Colima, Culiacán, Guadalajara, Los Mochis, Mazatlán, La Paz, Puerto Vallarta, Tepatitlán y Tepic.
- Región Oriente: Acapulco, Córdoba, Iguala, Jalapa, Oaxaca, Poza Rica, Puebla, Tampico, Tuxpan y Veracruz.
- Región Sureste: Campeche, Cancún, Cd. del Carmen, Chetumal, Coatzacoalcos, Mérida, Tapachula, Tuxtla Gutiérrez y Villahermosa.

4.3. Prima de Riesgo

De una manera burda el cálculo de la prima de riesgo de un seguro de salud es el monto promedio de los siniestros por la frecuencia de éstos, de tal forma que para calcular la prima de riesgo del Seguro de Salud es necesario considerar los aspectos que afectan de manera importante el riesgo de enfermedad; entre ellos se mencionan:

❖ *Frecuencia de utilización de servicios hospitalarios*

La siguiente fórmula es para la obtención de la frecuencia de utilización del serv. médico (i) en cada hospital

$${}_{k,j}F_i = \frac{{}_{k,j}NU_i}{{}_{k,j}NA_i}$$

$${}_jFrec. \text{ de utilización del serv. médico (i)} = \frac{{}_j\text{No. de veces que se utilizó el serv. médico (i)}}{{}_j\text{No. total de asegurados del serv. médico (i)}}$$

serv. med. (i) es cada uno de los serv. que se ofrecen en el Seguro de Salud, tales como consulta general, obtención de medicamentos, estudios de detección de cáncer, etc.

j = es el índice correspondiente a cada hospital

k = es una de las 7 regiones

Ahora bien, aplicando la fórmula (2), resultado del Teorema de Límite Central tenemos que si:

$X_i = {}_{k,j}F_i$ es la frecuencia de utilización del servicio (i) en el hospital (j) perteneciente a la región (k)

$n = m_k$ el número total de hospitales de la región (k)

entonces:

$X = {}_{k,j}F_i$ es la frecuencia de utilización del servicio médico (i) en la región (k)

$${}_{k,j}F_i = \frac{{}_{k,j}F_i^1 + {}_{k,j}F_i^2 + {}_{k,j}F_i^3 + \dots + {}_{k,j}F_i^{m_k}}{m_k} = \sum_{j=1}^n \frac{{}_{k,j}F_i}{m_k}$$

❖ *Monto promedio por servicio*

$${}_j\text{Monto prom. por el servicio (i)} = \frac{{}_j\text{Monto total del Gasto Médico por el serv. (i)}}{{}_j\text{No. total de serv. médicos (i) proporcionados}}$$

En cuanto al cálculo del monto promedio utilizado en el servicio médico (i) de cada región, lo calcularemos de la forma en que se hizo con la frecuencia de utilización de los serv. médicos.

$X_i = {}^k M_i^j$ es el monto promedio utilizado en el servicio médico (i) en el hospital (j) perteneciente a la región (k)

$n = m_k$ el número total de hospitales de la región (k)

entonces:

$X = {}^k \bar{M}_i$ es el monto promedio utilizado en el serv. médico (i) en la región (k)

$${}^k \bar{M}_i = \frac{{}^k M_i^1 + {}^k M_i^2 + {}^k M_i^3 + \dots + {}^k M_i^{m_k}}{m_k} = \sum_{j=1}^{m_k} \frac{{}^k M_i^j}{m_k}$$

❖ *Copago* (si existe en el servicio)

Pero la frecuencia de utilización de servicios hospitalarios o tasa de morbilidad depende de factores tales como:

- ∞ *Edad* Debido a que en el seguro de salud no existen diferencias sustanciales de la tasa de morbilidad de una edad a otra, la morbilidad se considera igual para grupos de edad, generalmente quinquenales (0-1, 2-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, ..., x-x+4).

En el seguro de salud se consideran grupos quinquenales de edad, puesto que la probabilidad de que una persona de 30 años se enferme es relativamente igual a la de una persona que cuenta con 32. El único grupo que no se divide en quinquenios son los pacientes de 0 a 5 años, ya que los infantes de 0 a 1 año no requieren la misma atención que la de niños de 2 a 4 años. En el seguro de Gastos Médicos Mayores existe un grupo de 0 a 19 años, porque la probabilidad de que una persona de este rango sea atendida por un accidente o enfermedad es casi la misma.

- ∞ *Sexo* Señalaremos que la frecuencia de enfermedades de las mujeres en edad reproductiva es mayor que para los hombres, lo que no significa que los montos por siniestralidad también lo sean.

La cantidad de hospitalizaciones de mujeres es ligeramente superior a la de los hombres (debido a la cobertura hospitalaria del parto), pero esta diferencia no es muy grande pues el peso de las hospitalizaciones por accidentes y violencia en los hombres es considerable.

Las mujeres generan el 30 % de las hospitalizaciones por accidentes y violencia, pero representan el 62 % de las hospitalizaciones por enfermedades crónicas.¹⁵

Teniendo en cuenta que los factores de edad y sexo son diferentes por grupos de edades y por sexo, los grupos de edades están dispuestos de esta manera: 0-1, 2-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, ≥ 80 . Solo en los grupos de edad 0-1, 2-4, 70-74, 75-79 y ≥ 80 no se hacen distinciones de sexo, pues en estos grupos de edades la morbilidad es casi la misma.

4.3 Cálculo de la Prima de Riesgo del Seguro de Salud con copago fijo

En nuestra economía existe un constante aumento de precios por lo cual dentro del cálculo de la prima de riesgo debemos contemplar la inflación, no la inflación general, sino la del sector salud, ya que ésta es mayor; el no tomarla en cuenta repercutiría en una insuficiencia en la prima de riesgo para pagar los siniestros que en el transcurso de la vigencia de la póliza sobrevengan.

Año	Inflación General	Inflación Médica
1997	15.71 %	17.56 %
1998	18.61 %	20.18 %
1999	12.32 %	19.14 %
2000	8.96 %	9.03 %
2001	4.40 %	5.97 %

Fuente: Índice de Precios del Banco de México.

Una vez tomada la consideración sobre la inflación de los servicios médicos, la prima de riesgo para el seguro de salud queda expresada de la siguiente manera, si el copago lo tomamos como una cantidad fija.

¹⁵ SSA, Sistema Nacional de Encuestas de Salud, Encuesta Nacional de Salud, México, 1988. LA tabla se presenta en el apartado 3.2

$${}_{s,x}^k PR_{CF} = \sum_{i=1}^n {}_{s,x}^k F_i \cdot \left[{}^k \bar{M}_i (1 + \frac{\text{inflación médica}}{2}) - {}_F C_i \right]$$

donde:

${}_{CF} PR$	Prima de riesgo por concepto de servicios con copago fijo
${}_{s,x}^k F_i$	Frecuencia de utilización del servicio (i) por una persona del grupo de edad (x, x+4) y sexo s.
${}^k \bar{M}_i$	Costo o monto promedio del servicio (i)
${}_F C_i$	Monto del copago por la utilización del servicio (i) expresado como una cantidad fija

❖ Cálculo de la Prima de Riesgo de Salud con copago variable

$${}_{s,x}^k PR_{CP} = \sum_{i=1}^m {}_{s,x}^k F_i \cdot {}^k \bar{M}_i (1 - {}_P C_i) (1 + \frac{\text{inflación médica}}{2})$$

${}_{CP} PR$	Prima de riesgo por concepto de servicios con copago variable
${}_{s,x}^k F_i$	Frecuencia de utilización del servicio (i) por una persona del grupo de edad (x, x+4) y sexo s.
${}^k \bar{M}_i$	Costo o monto promedio del servicio (i)
${}_P C_i$	Porcentaje del copago por la utilización del servicio (i)

Por lo tanto, tenemos que la prima de riesgo para un seguro de salud se compone de la prima de riesgo con el copago como una cantidad fija mas la prima de riesgo con el copago variable.

$${}_{s,x}^k PR = {}_{s,x}^k PR_{CF} + {}_{s,x}^k PR_{CP}$$

Siempre y cuando, el plan que contrate el asegurado contenga coberturas con copago fijo mas coberturas con copago variable.

En el apartado 1.1.1 consideramos los aspectos básicos del seguro de salud¹⁶; éstos aspectos básicos son de gran utilidad, pues el cálculo de la prima de riesgo de un Seguro de Salud se simplifica, de esta manera lo podemos considerar como:

$$PR = {}_{GMM}PR + {}_{CF}^{\bullet}PR + {}_{CP}PR$$

donde:

PR	Prima de riesgo del Seguro de Salud.
${}_{GMM}PR$	Prima de riesgo del Seguro de GMM
${}_{CF}^{\bullet}PR$	Prima de riesgo sin considerar los servicios por GMM
${}_{CP}PR$	Prima de riesgo por servicios con copago variable.

La Prima de Riesgo de Gastos Médicos Mayores, estará calculada sin considerar las coberturas de maternidad en el caso de las mujeres. Tampoco se le deberán aplicar los factores por deducible y coseguro.

Así que una aseguradora que maneje un Seguro de Gastos Médicos Mayores, enfocará su atención a calcular la frecuencia de utilización de los servicios por conceptos de prevención y mantenimiento de la salud, maternidad, servicios odontológicos y servicios auxiliares de diagnóstico.

4.4. Prima de Tarifa

La prima de tarifa incluye los costos que originarán los riesgos cubiertos por el Seguro de Salud, contenidos en la póliza, además de los gastos que se produzcan en la gestión del mismo.

Gastos de Administración.

Dentro de éstos se incluyen las cantidades por concepto de sueldos, papelería, reporte de siniestros, luz, teléfono, gastos de conservación y reparación de mobiliario y equipo, etc. Los gastos de administración pueden ser calculados mediante el promedio de gastos que hemos tenido en otros

¹⁶ Apartado 1.1.1 p.8 El Seguro de Salud comprende varios aspectos básicos: Prevención y mantenimiento de la salud, Gastos Médicos Mayores, Maternidad, Servicios odontológicos y Servicios auxiliares de diagnóstico.

años, o los gastos esperados. Sin importar si estos gastos son de años pasados o esperados el gasto de administración está calculado como sigue:

Concepto	Cantidad
Gastos de Administración	Ω
Otros gastos	ξ
Monto de la Prima de Tarifa	PT

$$\text{Gastos de administración en porcentaje de la prima} = (\Omega + \xi) / PT = \beta$$

❏ Gastos de Adquisición.

Los Gastos de Adquisición son los atribuibles a promotores, agentes, publicidad, gastos de inspección de riesgos, exámenes médicos, etc. y generalmente son descritos como porcentajes de la prima de riesgo.

Concepto	Porcentaje
Agente	δ
Promotor	λ
Otros gastos de adquisición	θ

De acuerdo a esto tenemos que los gastos de adquisición son:

$$\delta + \lambda + \theta = \alpha$$

Generalmente el porcentaje de los gastos de adquisición con respecto a la prima oscila entre un 15% y un 30 %

❏ Margen de Utilidad.

El margen de utilidad lo marca cada una de las empresas en base a lo que quiere ganar y lo que espera que la gente pague.

$$\mu = (\text{utilidad}) \%$$

Por lo tanto la prima de tarifa se calculará con la siguiente fórmula:

$$\Pi = \frac{PR}{1 - \alpha - \beta - \mu}$$

donde:

- α son los gastos de adquisición (incluida la comisión).
- β son los gastos de administración.
- μ representa el porcentaje de utilidad.

Conclusiones.

Para la gran mayoría de los países de América Latina la provisión de la asistencia médica se da mediante hospitales de gobierno y centros de salud financiados por los impuestos. Por lo general el sistema y sus instalaciones carecen de la financiación necesaria, atienden un excesivo número de enfermos y no cuentan con personal suficiente. Un reducido número de la población cuenta con una buena cobertura de servicios médicos. Los países desarrollados gastan 8% de su Producto Interno Bruto en servicios de salud, mientras que los países en vías de desarrollo tan sólo dedican el 1 % a este rubro.

El objetivo del seguro de salud es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas de deterioro antes de que una enfermedad ocurra o sea irreversible. La transición demográfica por la que atraviesa el país, exige la consolidación de cambios para modernizar el actual sistema de salud y con ello proporcionar servicios de calidad, mediante lo cual se puede lograr una mayor cobertura de los servicios de salud de la población y fortalecer el nivel primario de atención a la salud. Es cierto que el Seguro de Salud es mucho más caro que cualquier Seguro de Gastos Médicos Mayores, y ello se traduce en un futuro no muy favorable para el Seguro de Salud, pero debemos considerar que la población mexicana que cuenta con un Seguro de Gastos Médicos Mayores es apenas un 3%, es por ello que las aseguradoras tienen grandes oportunidades con las nuevas reformas la seguridad social. El crecimiento de las nuevas compañías de seguros de salud dependerá de que ofrezcan buenos productos a precios accesibles y que respondan a las necesidades propias de la población mexicana y deberán concentrarse en no perder la confianza del público para prevenir el deterioro de su propia imagen.

Dicho lo anterior no se supone la eliminación de la administración de los servicios de salud por parte del gobierno, es necesaria la existencia de la Seguridad Social en el país, para seguir otorgando servicios de salud a los más necesitados e incapaces de cubrir el costo de un Seguro de Salud. Sin embargo es necesario también que exista un mecanismo de reversión de cuotas, sin que sea la devolución del 100% una exigencia. Para esto deben de plantearse las condiciones que deberán de cumplir las empresas para tal reversión.

Por otro lado se tiene que los particulares con ingresos elevados seguirán disponiendo de un seguro de gastos médicos mayores, pues desearán ser atendidos en los mejores hospitales de México y el mundo en el momento de que les ocurra alguna emergencia. En México las reformas de la seguridad social conllevarán al desarrollo de más hospitales y clínicas.

Dentro de todas las disposiciones para regular a las ISES, no se indica la forma del manejo de información para los usuarios. En los Estados Unidos las administradoras de medicina prepagada tienen que reportar la totalidad de sus tarifas y resultados, las cuales están a disposición del público. En estas cuestiones la CONDUSEF tendrá que mostrar dicha información para que los usuarios puedan hacer análisis comparativos entre instituciones de seguros de salud.

Glosario.

Se debe especificar cada uno de los términos utilizados tanto en las condiciones generales como en la publicidad, para que no exista duda alguna de los afiliados y personas interesadas en adquirir un seguro de salud. Si bien en cierto que se pueden escapar algunas cosas, es necesario tomar en cuenta que de esas "lagunas" se valen tanto usuarios como aseguradoras para sus propios beneficios. Por ese motivo se enlistan las definiciones de los términos más utilizados.

Accidente: su acepción vulgar se aplica a lo que sucede por casualidad o fortuitamente, nosotros entendemos por accidente a la lesión corporal que deriva de una causa súbita, violenta, fortuita y externa, ajena a la intencionalidad del asegurado.

Agente de seguros: Se designa por este nombre a la persona que está vinculada a una compañía de seguros mediante un contrato de agencia y cuya labor es la colocación de seguros. Entre sus obligaciones principales destacan: asesorar en caso de siniestro, informar al asegurado de las condiciones de las pólizas, etc.

Aleatorio: Se considera aleatorio al evento cuya ocurrencia no es predecible. El Seguro en general es un contrato basado en este tipo de eventos.

Asegurado: Es la persona sobre la que recae la cobertura del riesgo.

Asegurador: Se conoce de esta manera a la empresa de seguros o entidad dedicada a la cobertura del riesgo.

Beneficiario: Es la persona física o moral designada por el asegurado para recibir los beneficios derivados de la póliza de seguros en caso de que se presente la pérdida o daño.

Buena fe: Los contratos de seguros son hechos bajo el principio de buena fe, es decir, la compañía aseguradora acepta que la información proporcionada por el asegurado es verídica.

Cirugía ambulatoria: Se entiende por ello toda intervención quirúrgica que no requiere hospitalización mayor a 12 horas.

Cirugía no ambulatoria. También se llama cirugía hospitalaria. Se entiende como tal toda intervención quirúrgica que necesite de una hospitalización mayor a 12 horas.

Comisión: Porcentaje de la prima que es entregada al agente de seguros como parte de la retribución por la contratación de un seguro.

Condiciones generales: Son las condiciones comunes del contrato, que expresan las disposiciones de la ley de seguros y cláusulas específicas sobre riesgo cubierto, riesgos excluidos, etc.

Condiciones particulares: Son condiciones impresas en anexos (endosos) que tratan sobre las características del riesgo y datos del asegurado o bien sobre coberturas adicionales surgidas de las tarifas vigentes. Prevalecen sobre las condiciones generales.

Consulta externa: Se considera la suma de las consultas generales, de especialidad, de medicina preventiva, odontológica y de urgencias, otorgadas a pacientes no hospitalizados.

Contratante: Persona moral responsable del pago de la prima de seguro a la aseguradora.

Dependientes económicos: El cónyuge del asegurado Principal y sus hijos. Si el asegurado Principal es soltero, sus padres serán considerados dependientes económicos siempre y cuando cumplan con los requisitos de aceptación.

Días estancia: Es el número de días que un paciente egresado permaneció hospitalizado. Cuando el paciente ingresa y egresa el mismo día, produce un día de estancia.

Dolo: Artificio o simulación de que se sirve una persona para la ejecución intencionada de un acto en perjuicio de otro, también es llamado mala fe.

Edad límite: Edad mínima o máxima preestablecida, por debajo o por encima de la cual, la entidad aseguradora no acepta nuevas pólizas ni la renovación de las ya existentes. En el caso de seguros de gastos médicos las edades límites inferior y superior son 30 días y 64 años respectivamente.

Emergencia médica: Cualquier evento que ponga en peligro la vida del asegurado y/o la viabilidad de cualquiera de sus órganos, siempre que éste sea imprevisto y que se requiera de atención médica inmediata.

Endoso: Documento que forma parte del contrato, modificando y/o adicionando sus condiciones.

Enfermedad: Cualquier alteración de la salud del asegurado, provocada por causas anormales, internas o externas, que amerite Tratamiento Médico y/o Quirúrgico.

Exclusión de riesgo: Decisión que generalmente corresponde a la entidad aseguradora, en virtud de la cual no quedan incluidas en las garantías de la póliza determinados riesgos o, quedando incluidos

éstos, las garantías del contrato no surtirán efecto cuando concurren respecto a ellos determinadas circunstancias o condiciones preestablecidas.

Exclusiones: Son aquellas situaciones que no serán indemnizadas, ya que son consideradas fuera del concepto de eventualidad o porque su costo es demasiado alto.

Exclusiones absolutas: Son aquellas que no se aceptan en ningún caso. Este tipo de exclusiones son descartadas porque pueden poner a una compañía en grave situación financiera por la naturaleza del riesgo.

Exclusiones relativas: Son aquellas que por costumbre están excluidas en las pólizas pero que pueden ser negociadas mediante convenio expreso con la aseguradora, mediante el pago de una extraprima.

Extraprima: Pago adicional del asegurado o tomador para acceder a coberturas más amplias.

Fraccionamiento de prima: Forma de pago de la prima consistente en abonarla en varios plazos. Es una facultad que conceden las aseguradoras para facilitar el abono de las primas. Normalmente, implica un pequeño aumento. Dentro de las especificaciones de la CNSF se presentan las diferentes tasas a las que estarán sujetos los pagos del asegurado.

Gastos de adquisición: Importe que gasta el asegurador al adquirir el negocio, es decir son recargos por concepto de publicidad, honorarios médicos de examinación, comisiones, etc.

Gastos de administración: Dentro de éstos se incluyen las cantidades por concepto de papelería, reporte de siniestros, etc.

Hospitalización: Es la estancia continua en una clínica, hospital o sanatorio. El tiempo de estancia corre a partir del momento en que el asegurado ingresa como paciente interno a la institución.

Índice de frecuencia: Es el promedio del número de siniestros que registra una póliza durante un año de seguro o el promedio anual de siniestros por año de una cartera de seguros.

Índice de intensidad: Es el costo promedio de los siniestros registrados en una póliza o con relación a una cartera de pólizas.

Índice de siniestralidad: Es la expresión numérica y porcentual de la relación existente entre el costo de los siniestros habidos en una póliza o conjunto de pólizas, y las primas que dichos contratos de seguro suponían.

Inicio de cobertura: La fecha en que el asegurado es dado de alta en una póliza. A partir de esta fecha se determina la antigüedad de cada uno de los asegurados, siempre y cuando renueven la póliza inicial con vigencias sucesivas ininterrumpidas.

Interés asegurable: Es la relación económica que tenga el asegurado con los bienes o personas que se están amparando en la póliza.

Intermediario de Seguros: Es el agente de seguros que normalmente realiza las labores de promoción de los productos de las aseguradoras entre sus clientes. Asume también la responsabilidad de asesorarlos en la contratación de las coberturas, ponerlo al tanto de las alternativas del mercado, aclararle las limitaciones, exclusiones y costos del seguro, realizar los trámites para la contratación de la póliza, etc.

La ley de los grandes números y de probabilidades: Esta ley es la base para el desarrollo de la actividad aseguradora. Establece que en la medida que el número de casos expuestos a un riesgo es mayor, es menor la posible desviación del resultado de la probabilidad de que ocurra.

Límite de responsabilidad de la aseguradora: Es la cantidad máxima que pagará en caso de presentarse un siniestro.

Límite máximo de indemnización: Importe pactado en póliza que supone la indemnización por todos los conceptos a que se puede ver obligado al asegurador.

Médico de cabecera. Dentro del Seguro de Salud cada uno de los asegurados contará con un médico de cabecera, el cual será el responsable de llevar un registro de la salud del beneficiario. Las mujeres en edad fértil (14 a 45 años) serán las únicas que podrán contar con un médico de cabecera y con un gineco-obstetra, debido a que el ejercicio de cada uno de los médicos es necesario.

Negligencia: Culpa con descuido, omisión y falta de aplicación. Falta de adopción de las precauciones debidas.

Obligaciones de la aseguradora: Se refiere principalmente a la obligación de indemnizar al asegurado después de la ocurrencia de un siniestro.

Padecimiento: Es una alteración en la salud del asegurado, provocada por una causa anormal o externa, que amerite tratamiento médico o quirúrgico y señale un diagnóstico médico definitivo.

Padecimientos preexistentes: Aquellos cuyos síntomas o signos se manifestaron antes del inicio de cobertura para cada asegurado, se encuentren o no declarados en el cuestionario médico, o aquellos por los que se hayan efectuado gastos o realizado un diagnóstico que señale que dichos síntomas o

signos tuvieron inicio en fecha anterior a la contratación del seguro para cada asegurado, cualquiera que sea su causa y/o complicación.

Pago de la prima: Importe al que se ve obligado a pagar el asegurado.

Pago directo: Es el pago que realiza directamente la aseguradora al prestador de servicios por la atención médica de enfermedades o accidentes cubiertos por este contrato.

Período al descubierto: Tiempo durante el cual la póliza no está pagada. Empieza al día siguiente de haberse terminado el Período de Gracia y termina al momento de recibir el pago completo de la prima, o la fracción previamente pactada.

No se pagarán las reclamaciones por enfermedades o accidentes cuyos síntomas o signos hayan iniciado durante este período, ni los gastos erogados en dicho período.

Período de espera: Tiempo necesario que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de cobertura de la póliza para cada asegurado, a fin de que los padecimientos indicados expresamente puedan ser cubiertos por el seguro.

Período de gracia: lapso de 30 días naturales contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza o recibo. Es el plazo máximo que tiene el asegurado para pagar la totalidad de la prima, o bien la fracción previamente pactada.

Póliza: Es el documento en el que se contienen las condiciones generales y particulares que regulan las relaciones contractuales entre el asegurador y el asegurado.

Prima: Es el precio pactado por el seguro contratado. Es la cantidad que recibe la aseguradora para hacerle frente a los riesgos que está amparando en la póliza.

Prima anual: Es el pago que se realiza de una vez para la cobertura de doce mes.

Prima comercial: También denominada prima bruta o prima tarifa. Es la resultante de tener en cuenta una serie de factores como son la prima pura (prima de riesgo), los recargos para gastos de administración, gastos de adquisición, gastos para el cobro de las primas, gastos de liquidación de siniestros y el coeficiente de seguridad y beneficio industrial.

Prima fraccionada: Es la forma de pago de la prima consistente en abonarla en varios plazos. Es una facultad que conceden las aseguradoras para facilitar el abono de las primas. Normalmente, implica una pequeña tasa de financiamiento.

Prima de riesgo: Es el costo que originaran los riesgos cubiertos contenidos en la póliza, sin tener en cuenta los gastos que se produzcan en la gestión del mismo.

Reembolso: Pago de gastos erogados previamente por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza. La aseguradora reintegrará la suma que corresponda al propio asegurado o a la persona que éste designe.

Renovación de seguro: Ampliación de la vigencia de la póliza por un nuevo período de tiempo idéntico y condiciones similares a la anterior, salvo pacto expreso en contrario.

Seguro: Instrumento de previsión personal, mediante la transferencia de las consecuencias económicas que sean susceptibles de producirse con ocasión del acaecimiento de un evento que, de suceder, puede originar un daño en las personas o en las cosas.

Siniestralidad: Conjunto de siniestros producidos durante un periodo de tiempo determinado en una póliza o grupo de ellas.

Suma Asegurada: Es el valor asignado en la póliza como la responsabilidad máxima que debe pagar la Compañía de seguros en caso de pérdida o daño a los beneficiarios de la misma.

Vigencia: Término durante el cual la póliza cubre el riesgo especificado en la póliza.

ANEXO 1

Reglas para la Operación del Ramo de Salud.

TÍTULO PRIMERO

Disposiciones Generales, Requisitos de Autorización, Capital Mínimo Pagado, Dictamen, Contralor Médico, Expedientes Clínicos, Utilización de los Servicios Médicos y Mejora Continua en la Prestación del Servicio

CAPITULO PRIMERO Disposiciones Generales

PRIMERA.- Para efectos de las presentes Reglas, se entenderá por:

1. Secretaría, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
2. Comisión, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.
3. LGISMS, la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.
4. ISES (Instituciones de Seguros Especializadas en Salud), la o las instituciones autorizadas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público para practicar en seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud.

SEGUNDA.- Las ISES estarán facultadas para operar seguros 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 realicen en su beneficio. Para los efectos de estas Reglas, se entenderá:

1. Por prevenir, la realización de acciones para fomentar la salud, que se lleven a cabo con objeto de promover medidas de vida más sanas, disminuir o eliminar riesgos a la salud, dar seguimiento a la salud de los asegurados, prevenir el surgimiento posterior de enfermedades o complicaciones de las mismas, o para realizar acciones de detección temprana de las mismas con base a factores de riesgo epidemiológico, así como la prestación de servicios a través de un profesional de la salud que coordine las acciones de salud en beneficio del asegurado.
2. Por restaurar, la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de rehabilitación necesarias para la recuperación de la salud del asegurado.

Los seguros que tengan por objeto lo previsto en los incisos 1 y 2 anteriores, mediante la prestación de servicios, directamente o a través de terceros, sólo podrán ser practicados por las ISES.

Asimismo, a las ISES únicamente se les podrá autorizar, de manera adicional, el ramo de gastos médicos, con el objeto de cubrir los gastos médicos, hospitalarios y demás que sean necesarios para la

recuperación de la salud o vigor vital del asegurado, cuando se hayan afectado por causa de un accidente o enfermedad.

TERCERA.- La Secretaría será el órgano competente para interpretar, aplicar y resolver para efectos administrativos, todo lo relacionado con las presentes Reglas, y para tales efectos, podrá solicitar la opinión de la Comisión y de la Secretaría de Salud.

CUARTA.- Las ISES se registrarán por lo previsto en la LGISMS, Ley Sobre el Contrato de Seguro, otras leyes que tengan relación con los seguros de salud y de gastos médicos, así como por lo dispuesto, cuando sean aplicables, en las Reglas para el Establecimiento de Filiales de Entidades Financieras del Exterior, e igualmente deberán apegarse a las reglas emitidas por la Secretaría, y a los criterios y disposiciones generales que dicten la Secretaría de Salud, o la Comisión en materia de estos seguros, en concordancia con la LGISMS y estas Reglas.

QUINTA.- La Comisión y la Secretaría de Salud, en ejercicio de las facultades de inspección y vigilancia que les otorga la LGISMS, podrán establecer la forma y términos en que las ISES deberán informarles y comprobarles todo lo concerniente a la práctica de los seguros del ramo de salud.

SEXTA.- La Secretaría, oyendo la opinión de la Comisión y, en lo conducente, de la Secretaría de Salud, podrá modificar la forma y periodicidad en que las ISES deberán evaluar y presentar todos los aspectos a que se refieren las presentes Reglas.

SÉPTIMA.- La Secretaría de Salud y la Comisión podrán establecer mecanismos de consulta con los diferentes participantes del mercado, con el propósito de recibir información relativa a este tipo de seguros que coadyuve a procurar un desarrollo equilibrado del ramo de salud.

CAPITULO SEGUNDO De los Requisitos de Autorización

OCTAVA.- La organización y constitución de las ISES se sujetará a lo previsto en la LGISMS, así como a las disposiciones contenidas en las presentes Reglas. La solicitud de autorización para la práctica del ramo de salud y, en su caso, del ramo de gastos médicos, deberá presentarse ante la Dirección General de Seguros y Valores de la Secretaría, acompañada además de la siguiente documentación:

1. Relación de accionistas que, en su caso, integren el grupo de control y de los accionistas que detenten más del 5% de las acciones de la institución de que se trate.
2. Plan de actividades que contemple, como mínimo, lo siguiente:
 - 2.1. El capital inicial con que contará la institución, así como los recursos con los que se apoyará su operación durante los primeros tres años, señalando el origen de los mismos.
 - 2.2. Los conceptos técnicos de los seguros de salud, modelo de contrato y demás documentación técnica y jurídica relacionada, en los términos de los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-C de la LGISMS y de las presentes Reglas.

2.3. Presupuesto financiero, incluyendo constitución e incremento de las reservas técnicas y de capital, gastos de administración y adquisición, proyección del balance, del estado de resultados, capital de trabajo y capital mínimo de garantía, con una proyección a tres años, considerando supuestos macroeconómicos respecto a la evolución del producto interno bruto, inflación, tasas de interés, tipo de cambio, entre otros, que publiquen, en su caso, la Secretaría o el Banco de México. Las proyecciones a que se refiere este inciso deberán realizarse con base en los parámetros técnicos que establece la LGISMS y en las disposiciones que de ella emanen.

2.4. Políticas de retención de riesgos y reaseguro que prevea emplear en su operación.

2.5. Programa de organización, administración y control interno, que incluya:

2.5.1. Organigrama y estructura administrativa.

2.5.2. Relación de los directivos, hasta los dos primeros niveles, y miembros del consejo de administración de la institución, acompañando sus currícula vitarum.

2.5.3. Programas de capacitación a empleados y agentes.

2.5.4. Estructura para el otorgamiento del servicio a los asegurados, así como políticas para satisfacer adecuadamente las necesidades de servicio.

2.5.5. Mecanismos de atención de quejas y pago de reclamaciones.

2.5.6. Sistemas que empleará para el registro, control y reporte de la estadística relativa a estos seguros.

2.5.7. Sistemas que utilizará para el registro, control y reporte de sus operaciones contables.

2.5.8. Sistemas que empleará para efectuar la valuación de las reservas técnicas.

2.6. Forma y términos en la que la institución prevé prestar los servicios relacionados con los contratos de seguros que celebre, especificando los recursos propios que empleará y, en su caso, los contratos de prestación de servicios que celebrará con terceros para ese efecto, o la utilización de ambos.

2.7. Mecanismo o modalidad conforme a la legislación vigente que la institución empleará para respaldar la responsabilidad civil que, en su caso, pudiera llegar a incurrir en el desempeño de sus actividades.

NOVENA.- Con la solicitud de autorización para operar el ramo de salud, el solicitante deberá presentar, además de la información a la que se refiere la Regla Octava anterior, el dictamen provisional expedido por la Secretaría de Salud, de conformidad con lo previsto por el artículo 16 de la LGISMS y en los términos del Capítulo Cuarto del Título Primero de las presentes Reglas.

DÉCIMA.- Una vez obtenida la autorización por parte de la Secretaría, las ISES no podrán dar inicio a sus operaciones, hasta en tanto cuenten con el dictamen favorable que, en su caso, les extienda la

Comisión como resultado de la inspección que les realice para evaluar que cuentan con los sistemas e infraestructura administrativa necesarios para brindar los servicios propios de su objeto social, así como con la ratificación del Contralor Médico por parte de la Secretaría de Salud, en los términos previstos en el Capítulo Quinto del presente Título.

CAPITULO TERCERO Del Capital Mínimo Pagado

DÉCIMA PRIMERA.- De conformidad con lo previsto en el artículo 29 fracción I de la LGISMS, las ISES deberán, en el ejercicio de su actividad, contar con un capital mínimo pagado para los seguros de salud. Dicho monto será dado a conocer durante el primer trimestre de cada año por la Secretaría en el Acuerdo por el que se establece el capital mínimo pagado que las instituciones de seguros deben afectar para cada operación o ramo, y deberá estar totalmente suscrito y pagado a más tardar el 30 de junio de cada año.

El importe de los gastos de establecimiento y organización, mobiliario, equipo e inmuebles propiedad de las ISES, con excepción de aquellos a los que se refiere el artículo 67 de la LGISMS, podrán computarse en forma conjunta hasta el 60% del capital mínimo pagado.

DÉCIMA SEGUNDA.- Sin perjuicio de lo establecido en la Regla anterior, el capital mínimo pagado deberá estar totalmente suscrito y pagado en la fecha en que la Secretaría autorice la constitución de la ISES. Si el capital social excede del capital mínimo pagado a que se refiere la Regla anterior, deberá estar pagado, cuando menos, en un 50%, siempre que la aplicación de este porcentaje no resulte menor al mínimo establecido.

DÉCIMA TERCERA.- El capital contable de las ISES, en ningún momento, podrá ser inferior al monto del capital mínimo pagado que les corresponda mantener en los términos de la Décima Primera y Décima Segunda de las presentes Reglas.

Cuando la Comisión advierta que no se cumple con lo señalado en el párrafo anterior lo hará del conocimiento de la Secretaría, la cual concederá a la ISES un plazo de quince días naturales a partir de la fecha de notificación para que exponga lo que a su derecho convenga. Si la propia Secretaría juzga que ha quedado comprobado que el capital contable es inferior al capital mínimo pagado con el que debe contar la ISES, le fijará un plazo que no será menor de sesenta ni mayor de ciento veinte días naturales, para incrementar su capital pagado en la cantidad necesaria a efecto de que el capital contable alcance, cuando menos, el monto del capital mínimo pagado que le corresponda mantener.

Si la ISES no incrementa su capital pagado en el plazo que al efecto se le fije, la Secretaría procederá según lo señalado en los párrafos tercero y cuarto del artículo 74 de la LGISMS.

DÉCIMA CUARTA.- Cuando la Secretaría modifique el monto del capital mínimo pagado conforme a lo previsto en el presente Capítulo, se otorga con carácter general, aprobación para modificar los estatutos sociales de las ISES, siempre y cuando dicho cambio se haga de acuerdo a las disposiciones aplicables y tenga exclusivamente por objeto protocolizar variaciones en el capital a fin de contar con el capital mínimo pagado requerido, quedando únicamente obligadas las ISES a presentar a la misma Secretaría y a la Comisión, copia certificada del testimonio notarial donde

consten los datos de su inscripción en el Registro Público de la Propiedad y de Comercio y la propia Secretaría proceda, en su caso, a modificar la autorización al amparo de la cual funcionan.

CAPITULO CUARTO De los Dictámenes Provisional, Definitivo y Anual

DÉCIMA QUINTA.- De conformidad con lo previsto en los artículos 16 y 105 de la LGISMS, las ISES deberán presentar los dictámenes respectivos emitidos por la Secretaría de Salud para efectos de su autorización, así como para verificar anualmente que mantienen los elementos necesarios para prestar directamente, a través de contratos con terceros, o con una combinación de ambos, los servicios de salud materia de los contratos de los seguros respectivos.

Para la obtención de los dictámenes provisional, definitivo y anual las ISES deberán remitir la documentación necesaria de acuerdo a los requisitos específicos que serán establecidos por la propia Secretaría de Salud mediante disposiciones administrativas de carácter general, apegándose a los criterios generales que se prevén en la Décima Sexta de las presentes Reglas.

DÉCIMA SEXTA.- Para obtener los dictámenes a los que se refiere la Regla Décima Quinta anterior, el solicitante o la ISES, según sea el caso, deberá cumplir satisfactoriamente con los siguientes elementos:

1. Que los recursos materiales y humanos, propios, contratados con terceros o la combinación de ambos -considerando una proyección a tres años-, sean suficientes para cumplir con los planes ofrecidos a la población que pretende asegurar.
2. Que, en su caso, los contratos o convenios realizados con terceros para la prestación de servicios objeto de los contratos de seguros respectivos, garanticen una oferta adecuada en cuanto a su calidad, suficiencia, nivel de resolución y cobertura geográfica para el debido cumplimiento frente a sus asegurados.
3. Que cuente y cumpla en forma adecuada con su programa de control de la utilización de los servicios médicos, el cual deberá apegarse a lo previsto en el Capítulo Séptimo del Título Primero de las presentes Reglas. Para ello, deberá contar con los manuales de organización y procedimientos respectivos.
4. Que cuente con los mecanismos necesarios para comunicar a sus asegurados de los cambios que sufra la infraestructura con la que la institución cuente para prestar los servicios objeto de los contratos de seguros, tales como instalaciones propias, instalaciones contratadas con terceros y red de prestadores, entre otros.
5. Que las ISES garanticen, cuando la prestación de los servicios ofrecidos en los contratos de seguros se realice con recursos propios, el cumplimiento de los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia. Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, las ISES deberán establecer en éstos la obligación de los prestadores de cumplir con los requisitos establecidos en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y demás disposiciones aplicables en la materia.

6. Que los profesionales de la salud, contratados por la institución, que prestarán los servicios a los contratantes o tomadores de seguros o sus beneficiarios, cuenten con cédula profesional que acredite sus conocimientos técnico-médicos, debiendo, en el caso de que existan consejos de certificación de especialidad, mantener la certificación vigente otorgada por los mismos y, preferentemente, pertenecer a alguno de los colegios de profesionales.

Con la finalidad de apoyar a las ISES en la conformación de las redes de prestadores de servicios, la Secretaría de Salud pondrá a su disposición la información relativa que reciba de las academias, colegios y consejos de profesionales de la medicina.

7. Que la infraestructura hospitalaria, propia o contratada por la institución para la prestación de los servicios a los contratantes o tomadores de seguros o sus beneficiarios, cuente con la certificación del Consejo de Salubridad General.

8. Que en los planes de salud que comercialice la ISES, prevalezca en todo momento el juicio clínico del médico directamente responsable de la atención del paciente, siempre y cuando éste se aplique con fundamento en la práctica médica basada en evidencias, los avances científicos y en la ética médica.

9. Que la ISES cuente con planes que contemplen e incentiven servicios de promoción a la salud y atención preventiva de sus asegurados, atendiendo a lo previsto en la Ley General de Salud, las Normas Oficiales Mexicanas y las demás disposiciones aplicables en la materia.

10. Que la ISES cuente con mecanismos de información a sus asegurados, que precisen sus derechos y obligaciones, a fin de que los consumidores preserven su libertad de elección, de acuerdo a lo que pacten en los contratos de seguros respectivos.

11. Que la ISES cuenten con un mecanismo interno ágil y oportuno para llevar a cabo la recepción, seguimiento y resolución de consultas y reclamaciones de sus asegurados.

12. Que la ISES cuente con un programa para la mejora continua en la prestación de los servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención.

13. Que cuente con los manuales de organización y procedimiento respecto de las prestaciones de servicios de salud que ofrezca.

14. Que la ISES, en la prestación directa de los servicios médicos derivados de sus contratos de seguros, cuente con los mecanismos para preservar los derechos de los pacientes en los términos siguientes:

14.1 Acceso: los asegurados tendrán la misma oportunidad de acceso expedito a los servicios.

14.2 Respeto y dignidad: el trato al paciente deberá proporcionarse en todo momento en forma respetuosa.

14.3 Privacidad y confidencialidad: los servicios proporcionados deberán cuidar siempre un profundo respeto a la privacidad. Asimismo, la información relativa deberá preservar la confidencialidad.

14.4 Seguridad personal: el individuo tendrá derecho a que durante su atención se le brinden tanto a él como a sus acompañantes y pertenencias medidas de seguridad.

14.5 Identidad: el paciente tendrá derecho a conocer la identidad y grado de preparación de los servidores de la salud que lo atienden, y la persona responsable del equipo.

14.6 Información: el usuario tendrá derecho a ser informado sobre su padecimiento, los métodos diagnósticos y sus riesgos, beneficios y alternativas, lo mismo que los que las medidas terapéuticas ocasionen y sobre el pronóstico de su padecimiento.

14.7 Comunicación: el enfermo tendrá derecho a mantenerse en todo momento en comunicación con su familia y a ser informado en forma comprensible para él.

14.8 Consentimiento: el paciente no deberá ser sometido a ningún procedimiento diagnóstico o terapéutico sin ser informado precisamente de sus riesgos, beneficios y alternativas. Tendrá derecho a participar en las decisiones relacionadas con su tratamiento y el diagnóstico de su padecimiento.

14.9 Consultas: el paciente tendrá derecho a solicitar otras opiniones sobre su padecimiento, conforme a lo estipulado en el contrato de seguros respectivo.

14.10 Negativa al tratamiento: el paciente tendrá derecho a no aceptar las propuestas terapéuticas.

14.11 Selección de médico y hospital: el paciente tiene derecho de seleccionar el médico y hospital para su atención y cambiar cuando lo considere pertinente, conforme a lo estipulado en el contrato de seguros respectivo.

Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, las ISES deberán establecer en éstos la obligación de los prestadores de contar con los mecanismos para preservar los derechos de los pacientes en los términos anteriores.

DÉCIMA SÉPTIMA.- El dictamen provisional a que se refiere el artículo 16 de la LGISMS y el dictamen anual a que se refiere el artículo 105 de la propia Ley no deberán tener más de sesenta días naturales de haber sido expedidos por la Secretaría de Salud al momento de su presentación ante la Secretaría y la Comisión.

La ISES de que se trate deberá presentar a la Secretaría, dentro del término de tres meses contado a partir del otorgamiento de la autorización respectiva, el dictamen definitivo expedido por la Secretaría de Salud a que se refiere el artículo 16 de la LGISMS, en el entendido que de no hacerlo se procederá a iniciar el procedimiento de revocación de la autorización de conformidad con lo previsto en el inciso a) fracción II Bis del artículo 75 de la LGISMS.

Si la ISES de que se trate no presenta a la Comisión el dictamen expedido por la Secretaría de Salud a que se refiere el artículo 105 de la LGISMS, en la forma y términos previstos en estas Reglas, se procederá a iniciar el procedimiento de revocación de la autorización, de conformidad con lo establecido en el inciso b) de la fracción II Bis del artículo 75 de la LGISMS, debiéndose además escuchar la opinión de la Secretaría de Salud.

Si en cualquier momento la Secretaría o la Comisión tienen conocimiento de que la ISES de que se trate no mantiene los elementos necesarios para la prestación de los servicios materia de los contratos de seguros a que se refiere el artículo 8o. fracción V de la LGISMS, procederá, previa opinión de la Secretaría de Salud, a iniciar el procedimiento de revocación de la autorización respectiva, de acuerdo con lo que dispone el artículo 75 fracción II Bis, inciso c), de la LGISMS.

CAPITULO QUINTO Del Contralor Médico

DÉCIMA OCTAVA.- Con independencia del responsable del área médica de la ISES, ésta deberá contar con un Contralor Médico, el cual será el encargado de vigilar que los funcionarios y empleados de la misma cumplan con la normatividad externa e interna en materia de prestación de servicios médicos que sea aplicable. La ISES deberá facilitar al Contralor Médico los recursos que requiera para el buen desempeño de las funciones a su cargo.

DÉCIMA NOVENA.- El Contralor Médico deberá ser nombrado por el consejo de administración de la ISES y ratificado por la Secretaría de Salud, a través de un comité interno conformado para tal efecto. El propio consejo de administración podrá suspenderlo, removerlo o revocar su nombramiento. Tanto el nombramiento, como, en su caso, la suspensión, remoción o revocación del mismo, deberán ser notificados por la ISES a la Secretaría de Salud y a la Comisión dentro de los diez días hábiles siguientes. En el supuesto de suspensión, remoción o revocación del nombramiento, en dicha comunicación deberá exponer las razones por las cuales el consejo de administración adoptó esa decisión, sin ser esto motivo de que se cuestione la decisión del consejo.

El Contralor Médico de la ISES será independiente del área médica y dependerá únicamente del consejo de administración y, en su caso, de la asamblea de accionistas, no pudiendo estar subordinado a ningún otro órgano social ni funcionario de la institución de seguros. Adicionalmente, en términos de la Vigésima, numeral 13, y de la Vigésima Cuarta de las presentes Reglas, el Contralor Médico deberá informar a la Secretaría de Salud y a la Comisión del cumplimiento de las obligaciones a su cargo. Por la naturaleza de sus funciones, el Contralor Médico deberá tener el nivel de director o gerente dentro de la estructura organizacional de la ISES.

VIGÉSIMA.- El Contralor Médico realizará las siguientes funciones:

1. Vigilar que la integración de la red de prestadores de atención médica cumpla con los requisitos establecidos en estas Reglas y en las disposiciones jurídicas aplicables.
2. Vigilar el funcionamiento correcto de la red de servicios médicos de la ISES, a fin de que su cobertura sea apropiada y oportuna.
3. Validar los aspectos médicos de los contratos con los prestadores de servicios de la ISES.

4. Vigilar el cumplimiento del programa de control de la utilización de los servicios médicos de las ISES, de las guías clínicas o protocolos médicos (de la prestación de los servicios médicos objeto de los contratos de seguros respectivos).
5. Vigilar la adecuada aplicación de las políticas y procedimientos que defina la ISES para garantizar el cumplimiento apropiado de los servicios ofrecidos en los diferentes planes a sus asegurados.
6. Vigilar que la capacidad de los prestadores y la infraestructura propia de la ISES sea suficiente para dar el servicio contratado por los asegurados.
7. Vigilar la instrumentación del programa de mejoramiento continuo en la prestación de servicios, que contemple la elevación en la calidad de la atención y que será definido por la propia ISES.
8. Conocer los informes del comisario, los dictámenes de los auditores externos y los dictámenes de la Secretaría de Salud.
9. Vigilar el cumplimiento por parte de la ISES de todo lo concerniente a estas Reglas en materia de salud.
10. Formular recomendaciones a la administración de la ISES para la autocorrección de desviaciones en materia de la prestación de los servicios de salud, debiendo especificar en estos casos el plazo para su corrección.
11. Vigilar la adecuada recepción, seguimiento y resolución, por parte de la ISES, de las controversias de carácter médico presentadas.
12. Vigilar que en la ISES el juicio clínico del médico se salvaguarde en todo momento durante su práctica, siempre y cuando se base en los avances científicos, en la medicina basada en evidencias y en la ética médica.
13. Informar cuatrimestralmente a la Comisión y a la Secretaría de Salud, en la forma y términos que esta última establezca mediante disposiciones administrativas de carácter general, del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.

VIGÉSIMA PRIMERA.- El Contralor Médico deberá asistir a las sesiones del consejo de administración de la ISES de que se trate, participando, en todo caso, con voz pero sin voto. Las funciones del Contralor Médico se ejercerán sin perjuicio de las que correspondan al comisario y auditores externos de las ISES de que se trate, de conformidad con las disposiciones aplicables.

VIGÉSIMA SEGUNDA.- Con el propósito de evitar posibles conflictos de interés, los contratos que celebren las ISES con cualquier empresa con la que tengan nexos patrimoniales, para la prestación de los servicios objeto de los contratos de seguros respectivos, deberán hacerse del conocimiento del Contralor Médico previo a su celebración.

Para efecto de la presentes Reglas, se entenderá por nexo patrimonial el que existe entre una ISES y las personas morales siguientes:

1. las personas que participen en su capital social;
2. en su caso, las demás entidades que formen parte del grupo comercial, industrial o de servicios al que pertenezca la ISES de que se trate;
3. en su caso, las entidades que tengan un nexo patrimonial de los señalados en los incisos 1 y 2 anteriores con entidades que formen parte del grupo comercial, industrial o de servicios al que pertenezca la propia ISES, y
4. en su caso, las entidades que, directa o indirectamente, tengan nexos patrimoniales de los señalados en los incisos 1, 2 y 3 anteriores, con la entidad que participe en el capital social de la ISES de que se trate.

VIGÉSIMA TERCERA.- Para ser Contralor Médico se deberá cumplir, cuando menos, con los siguientes requisitos:

1. Ser médico que cuente con cédula profesional, reconocido prestigio en materia médica y con experiencia profesional en la materia.
2. Acreditar solvencia moral, así como especialidad clínica con certificación vigente o demostrada capacidad técnica y administrativa en servicios de salud mediante los estudios correspondientes y, en ambos casos, experiencia profesional con un mínimo de cinco años.
3. No haber sido condenado por delito que merezca pena corporal o por delitos patrimoniales, intencionales o relacionados con su actividad médica.
4. No haber sido condenado en laudo emitido por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
5. No ser cónyuge o tener relación de parentesco por afinidad, civil o consanguíneo dentro del segundo grado o algún vínculo de relación laboral o profesional con:
 - 5.1 los accionistas de control de la ISES;
 - 5.2 el director general de la ISES o los funcionarios que ocupen los dos niveles inmediatos inferiores a éste;
 - 5.3 los accionistas de control de los prestadores de la ISES;
 - 5.4 los funcionarios de los tres primeros niveles de la administración de los prestadores de la ISES cuando éstos cubran más del 5% de los recursos materiales y humanos para cumplir con los planes ofrecidos a la población asegurada.
6. No tener algún nexo patrimonial con las ISES autorizadas, ni vínculo laboral con la ISES de que se trate.

7. No ser prestador de la propia ISES o tener algún nexo patrimonial con prestadores de la ISES de que se trate.

8. No encontrarse en alguno de los supuestos a que se refieren los incisos b), c), d), e), f), g) y h) de la fracción VII bis, del artículo 29 de la LGISMS.

9. Residir en territorio nacional.

10. Contar con la ratificación de la Secretaría de Salud, a través del comité interno constituido para tal efecto.

VIGÉSIMA CUARTA.- El Contralor Médico deberá cerciorarse que las decisiones que se tomen en las sesiones del consejo de administración y comités en que participe se apeguen a la normatividad externa e interna en materia médica, así como a las sanas prácticas en materia de salud. Cuando el Contralor Médico tenga conocimiento de irregularidades que sean contrarias a las disposiciones legales aplicables o a la normatividad interna aplicable, o situaciones que no se hayan corregido en términos de la Regla Vigésima, numeral 10, deberá presentar en un plazo que no podrá exceder de diez días hábiles al presidente del consejo de administración, al auditor interno, a la Comisión y a la Secretaría de Salud, un informe detallado sobre la situación observada.

VIGÉSIMA QUINTA.- El Contralor Médico que no lleve a cabo sus funciones de vigilancia de conformidad con lo previsto en las presentes Reglas, podrá ser sujeto a remoción o suspensión por parte de la Comisión, en los términos del artículo 31 de la LGISMS.

CAPITULO SEXTO De los Expedientes Clínicos

VIGÉSIMA SEXTA.- Cuando las ISES presten los servicios con recursos propios deberán cumplir los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana sobre el expediente clínico. Cuando la prestación de los servicios se realice a través de contratos celebrados con terceros, las ISES deberán establecer en éstos la obligación de los prestadores de cumplir con los requisitos establecidos en la Norma Oficial Mexicana respectiva.

Cuando el asegurado así lo solicite la ISES deberá cerciorarse de que sus prestadores transfieran un resumen clínico a la institución o prestador que el usuario indique, guardando la confidencialidad del caso.

CAPITULO SÉPTIMO Del Control de la Utilización de los Servicios Médicos

VIGÉSIMA SÉPTIMA.- Las ISES deberán contar con un programa para el control de la utilización de los servicios médicos a su cargo, cuya vigilancia será responsabilidad del contralor médico. Dicho programa deberá apegarse a las disposiciones de carácter general que al efecto emita la Secretaría de Salud. El programa deberá incluir los mecanismos para detectar y corregir problemas de acceso, idoneidad y eficiencia de los servicios prestados, así como la subutilización, sobreutilización y mal uso de los mismos.

VIGÉSIMA OCTAVA.- La Secretaría de Salud evaluará periódicamente el cumplimiento del programa para el control de la utilización de los servicios médicos, emitiendo las recomendaciones

que estime pertinentes, como parte de los elementos que considerará para efectos de la expedición de los dictámenes a los que se refieren los artículos 16 y 105 de la LGISMS. Para tal efecto, la ISES deberá contar con minutas, informes del Contralor Médico y otros documentos que comprueben la puesta en marcha del programa y den seguimiento a las acciones para el cumplimiento del mismo.

VIGÉSIMA NOVENA.- Los contratos que las ISES celebren con prestadores de servicios de salud no deberán incluir cláusulas que pudieran incentivar tanto la subutilización como la sobreutilización de recursos.

CAPITULO OCTAVO De la Mejora Continua en la Prestación del Servicio

TRIGÉSIMA.- Las ISES deberán elaborar e instrumentar un programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención y fomente la enseñanza y la investigación médica. El programa contemplará el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de la ISES. Los indicadores serán congruentes con la base de datos del sistema estadístico a que se refiere el Título Octavo de las presentes Reglas. Este programa deberá ajustarse a las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Salud. Para tal efecto, las ISES deberán contar con minutas y otros documentos que comprueben la puesta en marcha del programa y den seguimiento a las acciones para el cumplimiento del mismo.

CAPITULO OCTAVO De la Mejora Continua en la Prestación del Servicio

TRIGÉSIMA.- Las ISES deberán elaborar e instrumentar un programa de mejora continua en la prestación de los servicios que contemple la elevación en la calidad de la atención y fomente la enseñanza y la investigación médica. El programa contemplará el desarrollo gradual de indicadores que permitan evaluar su avance, así como el desempeño en la prestación de los servicios de la ISES. Los indicadores serán congruentes con la base de datos del sistema estadístico a que se refiere el Título Octavo de las presentes Reglas. Este programa deberá ajustarse a las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría de Salud. Para tal efecto, las ISES deberán contar con minutas y otros documentos que comprueben la puesta en marcha del programa y den seguimiento a las acciones para el cumplimiento del mismo.

TITULO SEGUNDO De las Reservas Técnicas

CAPITULO PRIMERO Disposiciones Generales

TRIGÉSIMA PRIMERA.- Las ISES deberán constituir e incrementar las reservas técnicas correspondientes a los seguros de salud, conforme a lo dispuesto en la LGISMS y en las disposiciones que de ella emanen.

TRIGÉSIMA SEGUNDA.- La valuación de las reservas técnicas deberá contener el nombre y firma del actuario responsable de la certificación de las mismas, así como el número de su cédula profesional que lo acredite como actuario, o equivalente en caso de profesionistas que sin ostentar el título de actuario cuenten con especialidades o grados otorgados por instituciones de educación

superior reconocidas oficialmente en el país o en el extranjero, que lo acrediten para poder ejercer en materia de actuaría.

TRIGÉSIMA TERCERA.- La Comisión, mediante disposiciones administrativas, dará a conocer la forma, términos, contenido y formatos para realizar la valuación de las reservas técnicas, así para como su presentación ante la propia Comisión.

TRIGÉSIMA CUARTA.- La entrega de información relativa a la valuación de reservas técnicas deberá hacerse trimestralmente, a más tardar en los primeros veinte días naturales siguientes al cierre del trimestre en cuestión, salvo la correspondiente al cierre del ejercicio, en cuyo caso deberán presentar los resultados de su valuación dentro de los treinta días naturales siguientes al cierre del ejercicio de que se trate. En el caso de que el último día del plazo fijado no sea un día hábil, el límite se extenderá hasta el día hábil inmediato siguiente.

En los casos en los que la Comisión detecte situaciones que requieran de un seguimiento especial de la evolución de la ISES de que se trate, podrá establecer una periodicidad diferente para la entrega de esta información.

CAPITULO SEGUNDO De la Constitución e Incremento de la Reserva de Riesgos en Curso

TRIGÉSIMA QUINTA.- Las ISES deberán constituir e incrementar la reserva de riesgo en curso de acuerdo a lo previsto en los artículos 46 fracción I, y 47 fracción III de la LGISMS, y de las disposiciones administrativas que de ella emanen.

TRIGÉSIMA SEXTA.- Tratándose de pólizas que amparen contratos de seguros con vigencia superior a un año, la reserva de riesgos en curso podrá determinarse, según sea el caso, conforme a los procedimientos que al efecto establezca la Comisión mediante disposiciones administrativas de carácter general. Cuando por la naturaleza del plan así se justifique, las instituciones podrán plantear otros procedimientos de constitución e incremento de la reserva de riesgos en curso. En este caso, deberán enviar a la Comisión, para efectos de autorización y registro, el procedimiento en cuestión, con la nota técnica del plan correspondiente.

TRIGÉSIMA SÉPTIMA.- Las ISES deberán mantener en archivo magnético el resguardo del detalle de cálculo de las valuaciones de las reservas de cuando menos los últimos cuatro trimestres anteriores a la fecha de valuación, las cuales podrán ser requeridas por la Comisión cuando a su juicio sea necesario.

CAPITULO TERCERO De la Constitución e Incremento de la Reserva de Previsión

TRIGÉSIMA OCTAVA.- Las ISES deberán realizar la constitución e incremento de la reserva de previsión, de acuerdo a lo previsto en el artículo 46 fracción III y 51 de la LGISMS y de las disposiciones que de ella emanen.

TRIGÉSIMA NOVENA.- La constitución e incremento de la reserva de previsión deberá calcularse y registrarse mensualmente por las ISES, para la elaboración de sus estados financieros al 31 de diciembre de cada año.

CAPITULO CUARTO De la Reserva para Obligaciones Pendientes de Cumplir

CUADRAGÉSIMA.- Las ISES deberán constituir una reserva para obligaciones pendientes de cumplir conforme a lo dispuesto en los artículos 46 fracción II y 50 de la LGISMS y de las disposiciones que de ella emanen.

CUADRAGÉSIMA PRIMERA.- La reserva por siniestros ocurridos y no reportados, así como la reserva por gastos de ajuste asignados al siniestro, que deberán constituir e incrementar las ISES, se apegará a lo establecido en el artículo 50 fracción II de la LGISMS y de las disposiciones que de ella emanen.

TITULO TERCERO Del Registro de Bases Técnicas y Documentación Contractual

CAPITULO PRIMERO Del Registro de Bases Técnicas

CUADRAGÉSIMA SEGUNDA.- Las ISES deberán presentar ante la Comisión, en la forma y términos que ésta establezca mediante disposiciones administrativas de carácter general, las notas técnicas en que se sustenten cada una de sus coberturas, planes y primas netas de riesgo, de conformidad con lo establecido por el artículo 36-A de la LGISMS.

La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Cuarto del Título Primero de las presentes Reglas.

CUADRAGÉSIMA TERCERA.- Las ISES deberán presentar conjuntamente a las notas técnicas que registren ante la Comisión, en la forma y términos que ésta lo determine, los contratos que realicen con otras entidades para la prestación de los servicios relacionados con las coberturas amparadas en los contratos de seguros respectivos con sus asegurados.

CAPITULO SEGUNDO Del Registro de Documentación Contractual

CUADRAGÉSIMA CUARTA.- Las ISES deberán registrar ante la Comisión, en la forma y términos que ésta determine mediante disposiciones administrativas de carácter general, los contratos de adhesión mediante los cuales se formalicen las operaciones de seguros que ofrezcan al público en general y en los que se establezcan los términos y condiciones aplicables a la contratación de los seguros de salud, así como los modelos de las cláusulas elaborados para ser incorporados mediante endosos adicionales a esos contratos, de conformidad con el artículo 36-B de la LGISMS. Las instituciones de seguros deberán manifestar expresamente a qué nota técnica estará relacionada la documentación contractual de que se trate.

La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Cuarto del Título Primero de las presentes Reglas.

CUADRAGÉSIMA QUINTA.- Las ISES deberán entregar al contratante un folleto explicativo junto con la póliza de seguros. Dicho folleto deberá describir de forma clara y precisa tanto el plan de seguros que se haya contratado como los planes a que se refiere la Sexagésima Sexta de las

presentes Reglas; así como la forma para acceder a los servicios médicos y demás beneficios contratados; las características relevantes de la póliza, tales como: coberturas, limitaciones, excepciones, exclusiones, períodos de espera, prescripciones, entre otros.

Asimismo, el folleto deberá detallar la política y mecanismo interno de recepción y seguimiento de consultas y reclamaciones de los asegurados, en términos del artículo 50 Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

El folleto deberá contar con un suplemento que incluya todas las clínicas y hospitales empleadas por la ISES para la atención de sus asegurados, señalando si cuentan con la certificación del Consejo de Salubridad General; así como los nombres, direcciones y teléfonos de los médicos autorizados para la cobertura geográfica de relevancia para el asegurado, y otros prestadores que podrán ser utilizados por éste, así como de la unidad especializada en atención de consultas y reclamaciones. Adicionalmente, el suplemento deberá establecer el mecanismo para obtener información actualizada al respecto.

Este folleto deberá presentarse ante la Comisión al momento de registrar la documentación contractual. La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Cuarto del Título Primero de las presentes Reglas.

TITULO CUARTO Del Reaseguro

CAPITULO ÚNICO Disposiciones Generales

CUADRAGÉSIMA SEXTA.- Las actividades de reaseguro que realicen las ISES, se harán de conformidad con lo establecido en la LGISMS y de las disposiciones que de ella emanen.

TITULO QUINTO Del Capital Mínimo de Garantía

CAPITULO ÚNICO Disposiciones Generales

CUADRAGÉSIMA SÉPTIMA.- Las ISES deberán determinar, mantener e invertir, en todo momento, el capital mínimo de garantía de los seguros de salud en apego a lo previsto por los artículos 60 y 61 de la LGISMS y de las disposiciones que de ella emanen.

CUADRAGÉSIMA OCTAVA.- Las ISES deberán presentar, informar y comprobar a la Comisión, el cálculo y cobertura de su capital mínimo de garantía, así como su margen de solvencia, conforme a las Reglas y disposiciones aplicables.

CUADRAGÉSIMA NOVENA.- Cuando la Comisión advierta que una institución presenta faltante en la cobertura del capital mínimo de garantía, en los términos previstos en las Reglas aplicables, se procederá conforme a lo dispuesto en el artículo 60 de la LGISMS.

TITULO SEXTO Del Régimen de Inversión de las Reservas Técnicas

CAPITULO PRIMERO Disposiciones Generales

QUINCUAGÉSIMA.- En lo relativo a la inversión de los recursos afectos a la cobertura de las reservas técnicas a que se refieren las presentes Reglas, las ISES deberán sujetarse a lo establecido en la LGISMS y de las disposiciones que de ella emanen.

CAPITULO SEGUNDO Del Comité de Inversiones

QUINCUAGÉSIMA PRIMERA.- Las ISES deberán contar con un comité de inversiones de acuerdo a lo establecido en las Reglas para la Inversión de las Reservas Técnicas de las Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, el cual será responsable de seleccionar los valores que serán adquiridos por la institución de conformidad con el régimen de inversión previsto en el Capítulo anterior.

Corresponderá al consejo de administración de las ISES, hacer la designación y remoción de los integrantes del comité de inversiones y éste deberá informar, a través de su presidente, al propio consejo de las decisiones tomadas por el comité. El consejo podrá modificar o revocar las resoluciones del comité.

QUINCUAGÉSIMA SEGUNDA.- El comité de inversiones de las ISES deberá sesionar por lo menos una vez al mes, a efecto de dar cumplimiento a estas Reglas y cerciorarse de que los valores afectos a la cobertura de sus reservas técnicas observen adecuados niveles de riesgo. El comité de inversiones deberá dejar constancia de la metodología aplicada para evaluar el riesgo.

El presidente del comité de inversiones será responsable de informar al director general de la ISES de las decisiones tomadas por el comité, a fin de que aquél lo notifique a las áreas operativas de la institución y se apliquen oportunamente. A este efecto, el presidente del comité deberá enviarle al director general copia autógrafa del acta en que consten dichas decisiones.

CAPITULO TERCERO De la Calificación de Valores

QUINCUAGÉSIMA TERCERA.- Los valores emitidos por empresas privadas, deberán estar calificados por una institución calificadora de valores autorizada por la Comisión Nacional Bancaria y de Valores.

QUINCUAGÉSIMA CUARTA.- Los instrumentos de deuda de corto y largo plazos emitidos, avalados o aceptados por instituciones de crédito serán calificados cuando así lo determine la Comisión Nacional Bancaria y de Valores, mediante disposiciones administrativas.

QUINCUAGÉSIMA QUINTA.- Las ISES sólo podrán adquirir valores calificados por instituciones calificadoras de valores autorizadas que den a conocer a la Comisión los criterios de calificación que empleen al realizar la calificación respectiva, así como sus modificaciones.

QUINCUAGÉSIMA SEXTA.- Cuando la Comisión, en ejercicio de sus facultades, considere que la calificación otorgada por una institución calificadora de valores autorizada a ciertos valores que integren las inversiones de la ISES, no incorpora la información divulgada en el mercado, o bien no se encuentra actualizada, representando con ello un incremento en los riesgos de las inversiones de la ISES afectada, podrá ordenar su substitución por otras inversiones que se ajusten al régimen

establecido en las presentes Reglas, salvo que la propia emisora del valor de que se trate solicite a otra institución calificadora de valores la valuación y calificación respectiva.

TITULO SÉPTIMO De la Contabilidad

CAPITULO ÚNICO Disposiciones Generales

QUINCUAGÉSIMA SÉPTIMA.- Con independencia de que las ISES deban llevar su contabilidad de conformidad con lo que dispone la LGISMS, éstas deberán ajustar sus procedimientos de contabilidad a los lineamientos establecidos en las presentes Reglas, así como a las disposiciones administrativas que al efecto emita la Comisión.

TITULO OCTAVO De los Sistemas Estadísticos

CAPITULO ÚNICO Del Sistema Estadístico

QUINCUAGÉSIMA OCTAVA.- Las ISES deberán contar con una base de datos estadísticos y presentar ante la Comisión, en la forma y términos que ésta establezca, la información estadística necesaria para la elaboración de las bases estadísticas y actuariales que sustenten las primas de riesgo del ramo de salud, la realización de estudios e investigaciones en materia de salud, así como para el desarrollo del propio sector, la evaluación de aspectos médicos, así como para el análisis de su evolución, de conformidad con lo que se establece en las presentes Reglas y en las disposiciones generales que al efecto emita la propia Comisión.

La Comisión hará del conocimiento de la Secretaría de Salud la información presentada, con el propósito de que le sirva como elemento de evaluación para la expedición de los dictámenes a que se refiere el Capítulo Cuarto del Título Primero de las presentes Reglas.

QUINCUAGÉSIMA NOVENA.- Para dar cumplimiento con lo previsto en la Regla anterior, la ISES deberá contar con un sistema estadístico propio que le permita procesar y disponer de la información estadística mínima que determine la Comisión, oyendo a la Secretaría de Salud, mediante disposiciones de carácter general, en donde se establecerá la forma y términos en que las ISES deberán entregar dicha información a la Comisión.

En este sentido, cuando la información estadística se origine en la prestación de los servicios y ésta se realice a través de contratos celebrados con terceros, la ISES deberá establecer en éstos la obligación de los prestadores de procesar, disponer y presentar la información estadística que permita dar cumplimiento a la ISES con lo previsto en este capítulo.

SEXAGÉSIMA.- La base de datos estadísticos que concentre la información estará a cargo de la Comisión, quien se encargará de recibir, administrar y procesar la información que proporcionen las ISES. La Comisión y la Secretaría de Salud darán a conocer información e indicadores relativos a la operación del ramo de salud que orienten al público y contribuyan a la sana competencia y transparencia del sistema.

TITULO NOVENO De la Operación y Comercialización de los Seguros de Salud

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

CAPITULO ÚNICO De la Operación y Comercialización

SEXAGÉSIMA PRIMERA.- Las ISES estarán obligadas a suscribir contratos de seguros, de acuerdo a lo que establecen la LGISMS, la Ley Sobre el Contrato de Seguro, las presentes Reglas, y las disposiciones administrativas que al efecto emita la Comisión.

Las ISES podrán realizar la comercialización de sus productos de manera directa o a través de agentes de seguros debidamente autorizados por la Comisión.

SEXAGÉSIMA SEGUNDA.- En la elaboración de sus planes de seguros, las ISES procurarán incorporar criterios de integralidad que contemplen acciones de fomento, prevención, terapéuticas y de rehabilitación, para las coberturas ofrecidas en los planes. En todo caso deberán cumplir con lo establecido en el artículo 59 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

La Secretaría de Salud, como parte de las acciones que lleve a cabo para el otorgamiento de los dictámenes a los que se refiere el Capítulo Cuarto del Título Primero de las presentes Reglas, podrá hacer recomendaciones a las ISES a fin de que se cumpla con lo establecido en el párrafo anterior.

SEXAGÉSIMA TERCERA.- Las ISES deberán contar con una red de servicios propia, contratada o una combinación de ambas, que sea congruente en cuanto a su distribución territorial, con los lugares donde se comercializa y suscriben los mencionados contratos.

SEXAGÉSIMA CUARTA.- Las ISES deberán incluir en sus contratos una cláusula que las obligue al reembolso del costo de los servicios médicos que haya necesitado el asegurado en los casos de urgencia médica, en los términos del artículo 72 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los que la propia red de servicios de la ISES no le haya brindado la atención necesaria sobre los derechos previstos en el contrato, por causas en que se acredite saturación, falta de disponibilidad del servicio o error de diagnóstico.

En los términos del párrafo anterior, se entenderá por error de diagnóstico el caso en el que el asegurado haya asistido previamente a la propia red de servicios de la ISES y por falta de un diagnóstico acertado haya requerido la atención de los servicios médicos de que se trate, en una institución fuera de la red de prestadores de la ISES, por la misma urgencia médica.

SEXAGÉSIMA QUINTA.- Las ISES deberán informar a los asegurados por escrito dentro de los quince días hábiles siguientes en que suceda de los cambios en la red de infraestructura hospitalaria.

SEXAGÉSIMA SEXTA.- Las ISES deberán ofrecer planes donde el beneficiario pueda elegir médicos distintos a la red de la institución, mediante el pago de la cantidad diferencial que resulte entre el tabulador respectivo de la institución y el costo del servicio que le preste el médico, conforme a lo pactado.

SEXAGÉSIMA SÉPTIMA.- Las ISES deberán establecer en sus pólizas si existe o no la renovación obligatoria de los planes contratados por los asegurados y, en su caso, la edad máxima de renovación. En el caso de existir la renovación obligatoria de planes previamente contratados, las ISES deberán utilizar criterios establecidos en la nota técnica correspondiente con el objeto de evitar la discriminación selectiva en la renovación de planes.

SEXAGÉSIMA OCTAVA.- Las ISES estarán obligadas 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 de seguro respectivo dentro de la vigencia del mismo.

En los contratos de seguro se establecerá que dicha obligación terminará al presentarse alguna de las situaciones siguientes:

1. al certificarse la curación del padecimiento de que se trate, a través del alta médica, o
2. al agotarse el límite máximo de responsabilidad convenido por las partes, o
3. 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 termine la vigencia del contrato.

En el caso de contratos de no adhesión podrá pactarse condiciones distintas a las previstas en el párrafo anterior, previa autorización de la Comisión.

SEXAGÉSIMA NOVENA.- En los contratos de seguro de salud, se considerará que un padecimiento es preexistente cuando el evento que lo define como tal haya surgido antes del inicio del conjunto de vigencias sucesivamente ininterrumpidas de este seguro y de los precedentes de los que constituya renovación, conocido y no declarado, en los términos del artículo 8o. de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

Para efectos de preexistencia no se considerará que la vigencia se ha interrumpido si opera la rehabilitación de la póliza.

SEPTUAGÉSIMA.- Las ISES podrán ofrecer planes bajo la denominación de "plan mínimo" o "plan integral". En este caso, dichos planes deberán incluir todos los componentes del plan mínimo de salud que, para estos efectos, defina la Secretaría de Salud.

SEPTUAGÉSIMA PRIMERA.- De conformidad con lo que establece el artículo 71 de la LGISMS, la publicidad de las ISES se sujetará a las disposiciones administrativas de carácter general que dicte la Comisión. Dichas disposiciones deberán propiciar que la propaganda o publicidad se exprese en forma clara y precisa, a efecto de que no se induzca al público a engaño, error o confusión sobre la prestación de los servicios de las ISES. En términos del propio artículo 71 de la LGISMS, la Comisión podrá ordenar, previa audiencia de la parte interesada, la modificación o suspensión de la propaganda o publicidad, cuando considere que no se sujeta a lo previsto en la LGISMS y a las presentes Reglas.

SEPTUAGÉSIMA SEGUNDA.- En las consultas y reclamaciones derivadas de un contrato de seguro de salud, las ISES deberán sujetarse a lo dispuesto en la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y, en lo conducente, al Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 3 de junio de 1996.

TÍTULO DÉCIMO De las Sanciones

CAPITULO ÚNICO De las Sanciones

SEPTUAGÉSIMA TERCERA- Las infracciones a lo previsto en las presentes Reglas se sancionará en los términos de las disposiciones aplicables de la LGISMS.

TRANSITORIAS

PRIMERA- Las presentes Reglas entrarán en vigor a partir del día hábil siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDA- Las instituciones de seguros que a la entrada en vigor de las presentes Reglas tengan autorizada por parte de la Secretaría el ramo de salud junto con otras operaciones y ramos de seguros, y que se encuentren dentro del período de transición a que se refiere el Artículo Segundo Transitorio del Decreto por el que se reforma la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999, y con independencia de que conforme lo prevé dicho Transitorio procedan antes del 30 de junio de 2001 a escindirse, constituir una nueva sociedad o efectuar algún procedimiento de traspaso de cartera, deberán efectuar las siguientes acciones a fin de apejarse a los lineamientos operativos del ramo de salud previstos en las presentes Reglas:

1. Deberán llevar a cabo los ajustes necesarios a fin de que el registro contable de sus operaciones en el ramo de salud se efectúe en cuentas contables separadas de las demás operaciones y ramos de seguros que se les haya facultado a practicar.

Los ajustes en la contabilidad a que refiere el párrafo anterior, deberá igualmente permitir que las cuentas y registros contables comprendan la información financiera necesaria que permita la elaboración de estados financieros específicos del manejo de los seguros del ramo de salud y, a su vez, la consolidación de estos seguros con las demás operaciones que tenga autorizadas la institución de seguros de que se trate.

Dichos ajustes deberán permitir contar con la separación contable respectiva a partir del 1 de octubre de 2000.

2. A partir del 1 de octubre de 2000, las reservas técnicas, el capital mínimo de garantía, el capital mínimo legal pagado, las inversiones que garantizan a estas obligaciones, así como el capital y reservas de capital y, en general, los activos, pasivos y resultados de las operaciones relativas a los seguros del ramo de salud, deberán contabilizarse y manejarse en forma independiente a las demás operaciones y ramos de seguros que tenga autorizados para practicar la institución de seguros.

3. A partir del 1 de octubre de 2000, las inversiones que las instituciones de seguros realicen con los recursos de sus reservas técnicas se registrarán contablemente en cuentas separadas y los contratos de inversión que se celebren deberán ser independientes a las demás inversiones de las otras reservas técnicas que la institución de seguros debe constituir conforme a la LGISMS, debiendo obligarse los depositarios a presentar estados de cuenta

separados cuando estén bajo su custodia inversiones que garanticen los seguros del ramo de salud y de otros ramos y operaciones de seguros que practique la aseguradora.

En ningún caso las instituciones podrán compensar o transferir inversiones del seguro del ramo de salud a otras operaciones o viceversa. Lo anterior significa que una vez que una inversión ha sido afectada a la cobertura de reservas de los seguros del ramo de salud, dicha afectación no podrá cambiarse hacia la cobertura de otras reservas técnicas de la institución.

4. Las instituciones deberán diseñar e implantar el sistema estadístico a que se refieren la Quincuagésima Octava, Quincuagésima Novena y Sexagésima de las presentes Reglas, en un plazo que no podrá exceder del 30 de septiembre de 2000.

5. Las instituciones deberán tramitar ante la Comisión el ajuste de los registros de nota técnica y documentación contractual relativa a los productos de seguro de salud que ofrezcan, atendiendo a lo previsto en la Cuadragésima Segunda, Cuadragésima Tercera, Cuadragésima Cuarta y Cuadragésima Quinta de las presentes Reglas, en un plazo que no podrá exceder el 30 de septiembre de 2000.

6. Las instituciones deberán solicitar a la Secretaría de Salud la ratificación de su Contralor Médico, atendiendo a lo previsto en la Décima Octava, Décima Novena, Vigésima, Vigésima Primera, Vigésima Segunda, Vigésima Tercera, Vigésima Cuarta y Vigésima Quinta de las presentes Reglas, antes del 30 de septiembre de 2000.

7. Las instituciones deberán tramitar ante la Secretaría de Salud la obtención del Dictamen Anual al que se refiere el artículo 105 de la LGISMS y presentarlo, por primera vez ante la Comisión junto con su información financiera relativa al cierre del ejercicio correspondiente al año de 2000.

TERCERA.- Con relación a la obligación a la que se refiere el numeral 6 de la Décima Sexta de las presentes reglas, en el sentido de que los profesionales de la salud contratados por la ISES cuenten con la certificación vigente expedida por los consejos de la especialidad respectivos, para el caso de poblaciones en las que no exista el correspondiente, la Secretaría de Salud mediante solicitud expresa podrá otorgar un período de regularización de entre seis meses y dos años, para que el médico contratado obtenga la certificación vigente del consejo respectivo, sin que dicho período de regularización exceda el 30 de junio de 2002.

CUARTA.- Con relación a la obligación a la que se refiere el numeral 7 de la Décima Sexta de las presentes reglas, en el sentido de que la infraestructura hospitalaria propia o contratada por la ISES cuente con la certificación del Consejo de Salubridad General, la Secretaría de Salud mediante solicitud expresa podrá otorgar un período de regularización de entre seis meses y dos años, para que el hospital obtenga la certificación correspondiente, sin que dicho período de regularización exceda el 30 de junio de 2002.

QUINTA.- Las instituciones de seguros que tengan celebrados contratos de seguro de gastos médicos en los términos a que hace referencia el Artículo Sexto Transitorio del Decreto por el que se

reforma la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1999, podrán proponer a los tomadores del seguro de gastos médicos la celebración de convenios que tenga como único objeto, modificar dichos contratos a contratos de seguro de salud o sustituirlos por contratos de seguro de salud. De conformidad con lo que dispone dicho Transitorio, deberán observar los siguientes requisitos:

1. Los convenios mencionados en el párrafo anterior deberán celebrarse a más tardar el 30 de junio del año 2001 o dentro de los treinta días hábiles siguientes al término de la vigencia de gastos médicos respectivo, si esto ocurre con posterioridad a esa fecha.
2. Se informará por escrito a los tomadores del seguro de gastos médicos la propuesta de modificación o sustitución cuando menos con 30 días hábiles de anticipación a la fecha de término de la vigencia del seguro de gastos médicos, debiendo en este caso especificar la continuación de los derechos adquiridos, incluyendo los relativos a la antigüedad y preexistencia.
3. En la información a que se refiere el punto anterior se especificará, en su caso, si se adicionan beneficios y el impacto que éstos representen sobre las tarifas.
4. El tomador de seguro deberá aceptar la modificación o sustitución mediante la firma del convenio respectivo.

ANEXO 2

Consultas por tipo e Institución de Salud

1999

Institución	Consulta Externa				
	Total	General	Especializadas	Urgencias	Odontológica
Total	231,743,585	161,160,366	35,198,861	23,248,400	12,135,958
Población Abierta	86,513,154	67,057,940	9,001,574	5,349,470	5,104,170
SSA 1/	70,582,164	53,161,778	8,157,117	4,594,591	4,668,678
IMSS-Sol.	15,188,559	13,743,404	399,368	627,589	418,198
Universitarios	585,873	52,654	415,903	101,758	15,558
Cruz Roja	156,558	100,104	29,186	25,532	1,736
Población Derechohabiente	145,230,431	94,102,426	26,197,287	17,898,930	7,031,788
IMSS	106,789,885	70,812,684	15,804,249	15,720,532	4,452,420
ISSSTE	24,219,645	16,128,309	5,841,277	873,648	1,376,411
PEMEX	5,054,048	2,300,204	1,841,753	638,884	273,207
SDN	2,937,361	1,299,049	911,772	138,706	587,834
SM	1,019,623	411,596	353,273	98,368	156,386
Estatad 2/	5,209,869	3,150,584	1,444,963	428,792	185,530

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud.

2/ Incluye información del Sistema de Transporte Colectivo (Metro).

Fuente: DGEI, Boletín de Información Estadística No. 19, Vol. I, 1999.

ANEXO 3

Principales Servicios de Hospitalización por Institución de Salud 1999

Institución	Egresos	Interv. Quirúrgicas	Días Estancia	Nacimientos atendidos			Usuarías Activas
				Total	Parto 3/	Cesárea	
Total	4,297,324	2,742,948	18,298,180	1,442,082	989,870	452,212	9,302,543
Población Abierta	1,814,047	975,267	7,068,330	715,782	542,766	173,016	3,705,235
SSA1/	1,527,689	833,857	6,050,792	584,361	436,983	147,378	2,623,024
IMSS-Sol.	235,947	117,324	768,855	120,258	99,182	21,076	1,045,762
Universitarios	43,300	20,575	214,552	9,563	5,331	4,232	36,078
Cruz Roja	7,111	3,511	34,131	1,600	1,270	330	371
Población Derechohabiente	2,483,277	1,767,681	11,229,850	726,300	447,104	279,196	5,597,308
IMSS	1,863,126	1,389,566	8,839,502	635,663	399,543	236,120	4,408,534
ISSSTE	350,814	258,076	1,471,657	55,064	27,157	27,907	953,833
PEMEX	66,118	30,498	270,968	5,322	2,820	2,502	75,792
SDN	88,816	29,959	363,536	10,173	7,321	2,852	52,903
SM	24,352	9,338	85,225	3,512	1,989	1,523	8,959
Estatal 2/	90,051	50,244	198,962	16,566	8,274	8,292	97,287

1/ Incluye información del ISSDF, de la SSA y de los Institutos Nacionales de Salud.

3/ Incluye partos eutócicos y distócicos vaginales.

Fuente: DGEI, Boletín de Información Estadística No. 19, Vol. I y III, 1999.

ANEXO 4

Número de Prestaciones totales en el sistema Isapre

Prestaciones	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Consultas Médicas	12,132,296	11,982,465	12,646,167	13,199,695	13,828,222	13,689,612
Exámenes de Diagnóstico	11,967,781	12,978,324	14,141,129	14,804,199	15,290,448	16,175,238
Exámenes de Laboratorio	9,459,746	10,173,514	11,178,863	11,732,117	12,128,906	12,861,561
Imagenología	2,110,214	2,288,328	2,511,288	2,608,069	2,706,632	2,804,966
Anatomía Patológica	397,821	516,482	450,978	467,013	454,910	508,711
Procedimientos de Apoyo Clínico	6,011,710	6,561,761	7,081,353	7,173,025	7,529,188	8,435,334
Partos Vaginales	34,159	33,358	35,863	37,171	38,313	33,895
Otros Procedimientos	5,977,551	6,528,403	7,045,490	7,135,854	7,490,875	8,401,439
Intervenciones Quirúrgicas	306,825	298,420	333,276	348,764	347,635	344,720
Parto Cesáreas	49,164	49,270	58,562	62,506	66,415	50,828
Otras Intervenciones	257,661	249,150	274,714	286,258	281,220	293,892
Otras prestaciones	4,393,323	4,697,471	4,760,896	5,241,892	5,604,737	4,870,066
Días Cama	918,108	998,475	1,093,309	1,142,837	1,198,890	1,457,116
Otras prestaciones	3,475,215	3,698,996	3,667,587	4,099,055	4,405,847	3,412,950
Egresos hospitalarios	277,280	330,247	366,224	387,114	402,920	424,537
Total Prestaciones	35,089,215	36,848,688	39,329,045	41,154,689	43,003,150	43,939,507

ANEXO 5

PROMEDIO DE LAS AMPARADOS X INCAPACIDAD EN CONSULTA DE MEDICINA FAMILIAR

1993 - 2000

REGIONES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	562	528	492	482	487	485	49	492
Regional Sglo XXI	576	516	471	456	464	463	471	469
Chiapas	585	505	462	442	441	438	436	428
Guerrero	525	467	405	392	375	358	35	349
Morales	52	486	436	425	418	418	432	433
Quetzaro	6	509	458	438	441	447	448	432
Sureste 3	615	528	475	452	469	472	482	485
Sureste 4	568	532	499	489	498	497	507	506
Regional La Raza	531	507	486	478	482	481	488	482
Hidalgo	541	514	502	507	498	486	482	48
México Zona Oriente	529	518	497	481	489	491	502	497
México Zona Fronterizo	505	484	455	459	459	491	5	49
Noreste 1	537	491	471	472	479	462	464	461
Noreste 2	556	494	475	472	468	464	465	455
Regional Norte	597	576	534	52	523	509	515	519
Coahuila	561	543	501	497	508	504	517	516
Chihuahua	576	571	536	509	505	509	509	525
Durango	657	684	602	544	539	519	514	501
Nuevo León	75	645	592	585	579	557	552	564
San Luis Potosí	535	531	495	515	53	511	515	5
Tamaulipas	492	515	488	452	455	455	451	459
Zacatecas	521	521	498	502	522	488	501	502
Regional Occidente	586	553	504	496	506	507	514	522
Aguascalientes	658	576	497	489	487	486	5	498
Colima	508	522	464	45	472	415	454	459
Guanajuato	621	601	584	57	585	586	598	602
Jalisco	585	55	475	471	478	491	494	505
Michoacán	542	551	496	489	505	488	491	484
Nayarit	529	576	526	537	531	509	506	525
Regional Noreste	569	552	519	514	535	548	549	569
Baja California	548	544	524	512	525	54	529	555
Baja California Sur	506	477	454	46	448	452	44	456
Sinaloa	586	595	57	568	606	601	619	644
Sonora	581	531	469	476	502	522	53	54
Regional del Sur	497	45	42	412	409	399	4	401
Oaxaca	416	402	386	376	361	365	367	374
Puebla	461	431	421	425	425	429	414	41
Tabasco	507	422	408	374	375	358	368	376
Tlaxcala	541	491	455	444	425	395	39	394
Veracruz Norte	528	464	435	415	416	399	399	405
Veracruz Sur	52	477	416	422	42	394	42	411
Regional Oriente	46	379	367	344	334	321	322	325
Campeche	451	385	37	368	352	345	362	356
Quintana Roo	56	467	459	389	357	358	358	361
Yucatán	421	342	327	311	316	306	308	308

Fuente: DCEI, Boletín de Informáticas Estadísticas No. 19, Vol. I y III, 1999

ANEXO 6

INDICADORES DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (LABORATORIO CLÍNICO)
ESTUDIOS PRACTICADOS X 1000 DERECHOHABIENTES USUARIOS. (1993-2000)

REGIONES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	3,257.12	3,472.97	3,510.03	3,546.97	3,379.91	3,416.31	3,359.51	3,197.83
Regional Siglo XXI	4,134.94	4,541.76	4,794.16	4,795.29	4,590.61	4,638.11	4,310.03	3,801.67
Chiapas	2,666.67	3,079.89	3,031.39	2,718.03	2,694.10	2,678.66	2,543.54	2,644.60
Guerrero	3,099.50	3,073.21	3,020.41	2,860.46	2,700.74	2,400.51	1,950.71	1,811.82
Morelos	2,918.65	3,294.77	3,320.48	3,183.14	3,001.92	2,940.88	2,859.05	2,661.65
Querétaro	2,212.44	2,429.15	2,324.31	1,922.22	1,850.71	1,910.93	1,881.54	1,816.69
Suroeste 3	6,844.43	7,719.83	8,277.93	9,491.42	9,326.04	9,818.50	9,411.64	7,873.53
Sureste 4	3,419.35	3,579.49	4,257.62	4,231.04	3,937.06	4,003.65	3,656.54	3,331.28
Regional La Raza	3,218.43	3,596.59	3,773.10	4,069.78	3,671.37	3,859.36	3,817.40	3,372.07
Hidalgo	2,775.89	3,068.89	3,183.24	3,080.52	2,961.94	2,884.27	2,847.86	2,861.31
México Zona Oriente	1,824.36	2,074.41	1,953.94	2,246.57	2,264.59	2,435.74	2,536.08	2,338.05
México Zona Poniente	1,760.86	2,011.46	1,876.67	1,927.40	1,812.93	2,508.34	2,498.25	2,522.22
Noroeste 1	2,891.28	3,251.24	4,092.55	4,140.22	3,937.27	4,069.91	4,019.85	3,329.87
Noreste 2	8,915.54	9,736.26	12,764.92	12,938.56	10,354.27	10,744.95	10,494.63	8,350.41
Regional Norte	3,131.77	3,158.83	3,099.14	3,219.47	3,259.21	3,280.34	3,207.49	3,157.16
Coahuila	3,333.63	3,401.04	3,447.05	3,358.05	3,603.27	3,545.86	3,674.19	3,714.00
Chihuahua	3,372.28	2,991.23	2,543.60	2,524.34	2,526.91	2,599.27	2,502.25	2,528.42
Durango	2,340.07	2,528.51	2,949.49	3,163.80	2,986.81	3,126.37	3,110.67	3,298.15
Nuevo León	3,333.30	3,510.22	3,488.17	3,882.75	3,880.00	3,950.07	3,691.69	3,462.05
San Luis Potosí	2,418.95	2,518.45	2,611.86	2,636.05	2,830.88	2,549.82	2,543.36	2,499.52
Tamaulipas	3,066.84	3,179.14	3,095.14	3,216.73	3,170.14	3,248.60	3,207.14	3,140.55
Zacatecas	2,583.77	2,577.30	2,663.27	2,664.25	2,487.56	2,532.93	2,660.83	2,657.75
Regional Occidente	2,843.76	3,014.52	3,019.15	2,853.15	2,648.84	2,748.75	2,782.05	2,669.66
Aguascalientes	2,965.37	3,168.05	3,815.03	3,901.04	3,262.57	3,083.58	2,931.60	2,507.26
Colima	2,667.44	3,040.52	3,050.24	2,769.05	2,618.46	2,375.32	2,576.48	2,591.25
Guangajuato	2,369.40	2,628.68	2,500.60	2,449.69	2,435.27	2,459.85	2,316.54	2,446.25
Jalisco	3,151.87	3,254.58	3,136.18	2,882.83	2,611.62	2,819.84	2,938.83	2,759.52
Michoacán	2,305.76	2,729.80	2,932.67	2,721.10	2,574.23	2,648.35	2,842.76	2,688.50
Nayarit	3,248.30	3,207.69	3,532.59	3,435.92	3,286.70	3,575.20	3,402.80	3,232.53
Regional Noroeste	3,228.31	3,483.85	3,491.87	3,395.61	2,858.01	3,147.59	3,073.94	3,201.78
Baja California	3,002.17	3,197.99	3,174.62	3,232.17	3,522.15	2,796.68	2,801.26	2,796.45
Baja California Sur	3,885.45	3,752.67	4,141.78	3,728.56	3,323.30	3,599.63	3,588.75	3,748.20
Sinaloa	3,197.34	3,453.43	3,303.15	3,294.19	3,181.89	3,440.13	3,569.02	3,655.90
Sonora	3,359.65	3,756.68	3,937.08	3,634.02	3,145.51	3,129.65	2,720.95	3,052.88
Regional del Sur	3,162.54	3,287.35	3,242.87	3,252.01	3,144.49	2,970.20	2,985.38	3,046.45
Oaxaca	3,081.54	3,342.02	3,119.14	2,982.26	2,775.28	2,604.34	2,732.04	2,696.57
Puebla	3,236.55	3,293.86	3,047.97	2,920.33	3,012.52	2,708.30	2,691.69	2,849.26
Tabasco	3,061.33	3,684.45	3,579.49	3,611.73	3,391.76	3,353.31	3,421.04	3,324.12
Tlaxcala	3,131.35	3,184.97	2,777.12	3,059.06	2,924.71	2,875.56	2,695.29	2,856.46
Veracruz Norte	3,408.64	3,303.29	3,406.09	3,664.51	3,541.92	3,390.36	3,406.53	3,427.78
Veracruz Sur	2,867.25	3,129.20	3,370.82	3,266.95	3,021.35	2,916.67	2,955.91	3,012.22
Regional Oriente	3,311.56	3,551.67	3,548.35	3,606.10	3,647.35	3,535.92	3,627.96	3,490.76
Campeche	2,859.35	3,122.28	3,032.90	2,896.75	2,890.35	2,987.53	3,125.93	3,084.91
Quintana Roo	2,561.12	2,952.79	2,977.44	3,122.68	2,962.44	2,864.07	3,299.88	3,156.69
Yucatán	3,745.60	3,921.99	3,934.42	4,040.14	4,187.77	4,016.65	3,936.00	3,778.63

Fuente: DGEI, Boletín de Informática Estadística No. 19, Vol. I y III, 1999

INDICADORES DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (ESTUDIOS DE RADIODIAGNÓSTICO)
ESTUDIOS PRACTICADOS X 1000 DERECHOHABIENTES USUARIOS (1993-2000)

REGIONES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	370.58	385	385.96	395.15	382.67	382.13	368.07	351.15
Regional Siglo XXI	420.38	445.14	473.2	485.01	457.38	456.17	409.32	382.86
Chiapas	292.43	330.68	342.05	342.44	292.27	291.01	264.06	229.17
Guerrero	508.14	525.98	507.89	497.96	393.31	368.32	312.7	288.49
Morelos	314.61	333.38	330.36	328.08	332.32	360.66	326.79	313.72
Queretaro	420.06	429.38	422.41	345.64	328.64	306.67	251.91	253.37
Suroeste 3	510.74	529.18	574.64	679.59	667.8	674.54	628.72	604.77
Suroeste 4	376.18	411.25	478.34	488.16	469.34	478.58	439.73	397.8
Regional La Raza	361.9	385.99	405.61	448.21	430.4	461.57	446.93	427.6
Hidalgo	354.77	368.86	375.5	373.76	368.2	415.5	353.23	375.96
México Zona Oriente	262.75	282.99	279.27	328.11	323.93	304.68	294.31	293.29
México Zona Ponente	184.76	220	231.85	227.07	219.51	381.35	399.16	403.55
Noroeste 1	535.58	561.11	691.39	707.68	655	761.61	715.76	632.88
Noreste 2	592.11	620.34	770.85	818	771.53	799.18	791.86	704.2
Regional Norte	384.55	387.09	370.82	378.88	380.67	363.23	366.09	345.66
Coahuila	433.23	443.73	403.66	415.97	437.97	442.36	436.14	404.72
Chihuahua	385.64	362.96	322.44	318.71	313.73	292.29	308.04	293.39
Durango	300.81	311.69	364.37	404.39	411.68	409.36	393.71	378.02
Nuevo León	444.35	463.3	457.69	472.39	464.36	430.15	440.79	413.34
San Luis Potosí	266.72	268.24	280.51	274.75	282.39	262.82	278.37	276.68
Tamaulipas	319.7	314.51	295.34	300.04	282.02	267.94	274.39	261.68
Zacatecas	333.09	334.46	327.62	322.26	291.57	282.68	290.81	255.37
Regional Occidente	339.07	351.82	348.93	349.51	332.06	333.75	317.89	306.04
Aguascalientes	408.92	463.21	405.12	417.25	373.64	334.23	330.87	345.77
Colima	332.89	367.09	383.48	337.36	323.96	303.67	331.14	338.92
Guanajuato	298.69	346.01	330.69	348.02	315.93	315.28	302.06	297.34
Jalisco	361.1	355.73	349.99	358.51	333.63	361.42	328.84	308.38
Michoacán	327.74	319.9	322.3	298.76	280.95	285.82	299.97	289.94
Nayarit	279.85	278.03	297.91	299.25	285.21	291.99	264.09	260.78
Regional Noroeste	368.14	376.86	372.37	337.32	348.36	333.85	314.92	310.93
Baja California	332.68	345.11	348.38	316.2	298.32	273.34	266.36	233.74
Baja California Sur	424.89	392.9	379.12	375.84	412.49	390.61	384.24	366.29
Sinaloa	345.82	339.11	340.21	327.28	320.1	323.84	317.6	328.14
Sonora	397.69	426.32	436.26	435.99	426.49	413.22	337.25	349.97
Regional del Sur	346.11	338.73	332.15	334.35	344.74	339.57	326.83	320.26
Oaxaca	330.35	338.87	327.46	344.96	329.48	317.84	314.21	297.08
Puebla	342.09	368.17	366.24	366.44	370.9	336.73	324.78	305.73
Tabasco	373.12	444.63	462.77	383.89	341.44	334.29	332.34	311.65
Tlaxcala	215.14	216.18	215.4	202.31	199.84	204.36	203.64	216.01
Veracruz Norte	407.6	396.36	390.7	410.69	394.9	388.37	373.33	377.13
Veracruz Sur	308.62	313.35	302.08	314.6	307.96	317.99	320.84	326.7
Regional Oriente	384.23	404.11	392.13	382.74	366.43	367.12	376.17	324.06
Campeche	403.2	447.68	412.88	387.96	404.44	340.18	384.29	330.3
Quintana Roo	299.77	338.82	314.17	329.04	316.44	332.16	308.37	295.32
Yucatán	412.09	418.09	418.66	405.32	378.86	366.32	407.36	331.03

Fuente: DGEI, Boletín de Informática Estadística No. 19, Vol. I y III, 1999

ANEXO 8

CONSULTAS DE ESPECIALIDADES X 1000 DERECHAHABIENTES USUARIOS.
1993 - 2000

REGIONES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	546.33	571.46	593.78	607.11	584.11	582.53	564.94	533.44
Regional Siglo XXI	656.11	720.82	794.86	824.88	784.65	788.79	733.31	675.02
Chiapas	540.87	569.1	584.4	587.85	551.11	502.15	423.03	384.57
Guerrero	628.44	682.2	707.41	718.86	718.03	693.05	592.19	532.72
Morelos	430.53	470.11	518.26	511.9	524.75	521.8	529.02	526.36
Querétaro	575.57	617.8	594.44	581.54	464.86	441.51	406.76	377.67
Suroeste 3	859.02	935.56	1,085.43	1,324.86	1,308.51	1,368.63	1,282.11	1,195.74
Suroeste 4	609.61	692.62	804.28	758.75	709.41	730.53	710.84	641.53
Regional La Raza	422.32	459.17	502.63	548.12	527.09	548.95	542.7	510.84
Hidalgo	609.17	613.8	605.42	582.16	577.51	560.6	530.75	531.84
México Zona Oriente	208.03	245.57	248.22	293.8	288.56	304.69	315.5	293.17
México Zona Poniente	350.27	429.51	428.51	411.9	406.04	391.83	404.88	374.66
Noroeste 1	560.79	574.35	727.88	732.34	702.78	734.6	677.34	627.86
Noreste 2	956.07	995.7	1,374.21	1,417.29	1,314.51	1,367.64	1,377.79	1,291.01
Regional Norte	560.53	554.69	545.63	545.73	539.43	538.11	516.77	487.93
Coahuila	638.49	598.2	562.76	542.38	561.72	554.39	527.23	501.72
Chihuahua	560.29	550.71	501.28	480.08	446.16	439.88	408.48	392.53
Durango	491.78	453.45	518.39	577.96	572.5	595.7	568.69	541.48
Nuevo León	535.16	539.1	573.69	591.73	588.93	598.99	589.89	545.02
San Luis Potosí	467.69	458.24	482.33	495.65	502.71	481.47	463.49	437.84
Tamaulipas	615.44	607.21	578.07	578.24	552.47	546.37	514.88	479.11
Zacatecas	504.78	518.69	536.64	496.05	520.19	513.97	528.37	498.06
Regional Occidente	547.25	574.54	595.75	598.56	565.67	562.95	552.2	526.8
Aguascalientes	500.04	531.32	596.47	588.95	546.24	538.14	546.94	490.6
Colima	670.74	644.34	673.3	696.05	606.53	607.34	694.37	686.41
Guanajuato	532.29	562.22	590.24	592.47	585.96	573.6	549.99	520.36
Jalisco	570.89	593.49	600.81	602.17	564.89	573.57	555.74	532.07
Michoacán	506.33	534.12	557.49	555.82	509.98	497.67	499.69	493.64
Nayarit	484.76	553.57	616.93	632.64	633.19	600.63	574.78	539.47
Regional Noroeste	601.22	604.3	599.1	581.48	546.65	519.53	512.06	477.19
Baja California	567.93	541.1	498.91	481.32	450.3	415.96	386.88	373.67
Baja California Sur	653.83	634.03	655.57	669.22	665.24	606.8	664.79	581.67
Sinaloa	561.55	569.03	541.37	529.79	511.04	517.15	526.22	466.66
Sonora	666.48	699.9	764.99	737.01	675.34	628.2	618.35	595.82
Regional del Sur	553.39	574.13	595.16	615.76	601.71	586.79	574.18	563.27
Oaxaca	502.08	511.8	529.82	562.76	545.6	542.19	536.92	536.75
Puebla	620.08	643.17	657.53	660.85	640.85	618.82	585.37	591.54
Tabasco	517.32	532.02	470.68	558.37	519.79	510.51	544.99	539.06
Tlaxcala	397.12	422.74	439.86	424.62	412.53	372.36	350.87	371.09
Veracruz Norte	614.4	604.51	660.21	685.05	691.82	682.1	636.31	628.94
Veracruz Sur	479.14	537.29	562.13	583.58	566.52	557.5	561.82	527.66
Regional Oriente	693.73	705.15	707.91	687.26	639.64	618.08	600.02	538.08
Campeche	638.9	671.77	648.08	625.06	566.51	545.98	549.13	476.58
Quintana Roo	494.95	547.51	563.36	540.71	504.13	493.79	505.77	466.84
Yucatán	789.19	779.37	785.35	772.56	724.36	698.74	661.5	628.18

TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS X 1000 DERECHOHABIENTES USUARIOS.
1993 - 2000

REGIONES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	49.59	51.56	53.37	55	52.98	52.49	49.67	46.83
Regional Siglo XXI	48.33	52.16	58.66	62.17	58.83	58.94	55.25	50.01
Chiapas	57.11	60.19	58.59	56.81	51.91	48.67	42.19	37.74
Guerrero	62.7	63.34	65.08	64.57	65.53	62.77	55.43	51.57
Morelos	47.72	50.03	51.91	52.82	61.6	62.09	59.37	46.36
Querétaro	49.71	53.63	50.74	49.22	43.93	43.6	40.97	36.47
Suroeste 3	46.8	48.48	58.95	77.27	75.15	78.83	76.58	71.26
Sureste 4	42.89	50.1	62.35	60.07	50.55	50.36	48.44	45.42
Regional La Raza	36.38	40.12	43.09	46.26	44.52	46.23	43.96	41.11
Hidalgo	47.81	50.17	48.81	48.11	45.08	41.36	38.59	39.87
México Zona Oriente	28.22	32.03	30.61	33.41	33.14	31.67	29.47	27.45
México Zona Poniente	39.64	44.7	45.45	43.48	42.45	48.63	49.62	46.85
Noroeste 1	42.4	45.59	59.4	63.91	58.2	59.74	54.58	49.04
Noreste 2	51.88	55.5	76.6	78.73	75.03	77.49	74.39	67.87
Regional Norte	51.76	51.35	51.56	52.38	52.1	51.44	48.09	45.81
Coahuila	54.95	52.45	51.54	49.2	60.03	55.22	49.27	46.44
Chihuahua	53.18	51.09	48.49	47.9	44.98	43.33	41.07	38.47
Durango	50.15	45.95	49.39	53.19	50.88	52.67	52.63	49.82
Nuevo León	56.28	59.28	61.74	63.57	62.3	62.93	59.21	55.97
San Luis Potosí	42.67	40.5	42.5	43.18	43.15	42.83	41.43	42.85
Tamaulipas	45.22	45.64	45.14	45.04	40.31	39.67	38.27	36.95
Zacatecas	43.95	44.2	40.99	42.67	43.92	43.21	42.62	39.43
Regional Occidente	51.78	53.96	54.97	56.21	53.32	52.81	49.67	46.69
Aguascalientes	46.58	47.91	51.41	53.53	48.41	47.52	46.48	40.23
Colima	74.17	71.14	68.43	64.08	61.56	56.7	61	56.22
Guanajuato	48.38	48.57	51.54	54.23	53.91	52.96	50.97	48.76
Jalisco	51.87	55.87	55.25	57.32	54.48	55.11	49.06	46.88
Michoacán	50.29	54.68	56.51	54.13	48.37	46.29	48.18	42.81
Nayarit	61.5	55.47	59.53	58.94	54.77	54.64	49.62	48.8
Regional Noroeste	61.55	62.79	59.57	58.61	55.61	53.79	51.69	49.2
Baja California	61.16	63.93	58.25	56.45	53.11	49.86	46.42	44.4
Baja California Sur	67.78	65.05	63.74	64.45	58.26	56.43	53.15	50.84
Sinaloa	62.45	62.75	57.77	56.79	56.39	55.25	53.16	48.82
Sonora	59.9	61.3	62.38	62.07	56.96	56.24	56.21	53.31
Regional del Sur	58.45	58.59	60.81	61.55	58.47	55.32	53.64	53.23
Oaxaca	54.08	53.94	52.84	53.25	52.6	52.75	51.71	49.14
Puebla	55.95	58.49	61.38	63.25	58.73	51	43.36	43.68
Tabasco	58.41	58.46	55.82	60.77	55.14	53.81	53.82	52.55
Tlaxcala	53.94	49.81	43.04	46.28	42.86	39.59	39.23	40.43
Veracruz Norte	63.65	61.18	67.8	66.4	63.67	64.29	63.06	63.77
Veracruz Sur	58.92	60.32	62.08	62.74	61.3	58.43	60.57	58.73
Regional Oriente	59.31	58.01	57.84	57.92	55.74	54.14	51.2	46.33
Campeche	56.56	56.97	54.37	52.48	50	52.46	51.13	43.44
Quintana Roo	55.22	54.05	54.97	60.75	55.83	50.46	51.2	48.87
Yucatán	61.77	59.94	60.03	58.28	57.35	56.39	51.22	45.3

Fuente: DGEI, Boletín de Informática Estadística No. 19, Vol. I y III, 1999

ANEXO 10

PROMEDIO DE DÍAS ESTANCIA.
1993 - 2000

REGIONES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	4.64	4.71	4.67	4.79	4.74	4.75	4.74	4.67
Regional Siglo XXI	4.96	4.81	4.8	5	5.18	5.26	5.15	5.09
Chiapas	4.16	4.48	4.48	4.45	4.57	4.55	4.19	4.16
Guerrero	5.91	5.7	5.75	5.72	4.41	4.5	4.25	4.52
Morelos	4.12	4.08	4.01	4.27	4.25	4.24	4.38	4.27
Querétaro	4.54	5.81	5.96	4.05	4.01	4.07	4.27	4.24
Suroeste 3	6.2	6.1	5.96	6.12	6.36	6.65	6.51	6.5
Suroeste 4	4.54	4.4	4.4	4.77	4.77	4.85	4.78	4.65
Regional La Raza	5.7	5.78	5.66	5.85	5.75	5.94	5.99	5.77
Hidalgo	3.4	3.57	3.4	3.46	3.52	3.48	3.44	3.45
México Zona Oriente	4.47	4.48	4.49	4.78	4.9	4.28	4.54	4.41
México Zona Poniente	4.96	4.71	4.72	4.66	4.4	5.79	5.58	5.54
Noroeste 1	6.75	6.77	6.44	6.64	6.54	6.95	6.79	6.79
Noreste 2	7.5	7.67	7.41	7.57	7.55	7.74	8.16	7.55
Regional Norte	4.55	4.59	4.46	4.57	4.59	4.59	4.62	4.56
Coahuila	4.07	4.05	4.25	4.52	4.59	4.57	4.48	4.45
Chihuahua	5.78	4.55	4.25	4.5	4.52	4.27	4.51	4.59
Durango	5.94	4.06	4.05	5.99	4.01	4.55	4.55	5.95
Nuevo León	5.21	5.06	4.97	5.11	5.12	5.05	5.24	5.25
San Luis Potosí	4.17	4.27	4.27	4.22	4.51	4.28	4.51	4.17
Tamaulipas	4.08	5.91	4.51	4.46	4.41	4.45	4.54	4.22
Zacatecas	5.45	5.84	5.75	5.88	5.69	5.67	5.79	5.68
Regional Occidente	4.27	4.46	4.59	4.5	4.25	4.2	4.18	4.22
Aguascalientes	4.94	5.11	4.98	4.62	4.17	4.41	5.92	4.22
Colima	5.26	5.27	5.15	5	5.06	5.15	5.24	5.1
Guanajuato	5.96	4.19	4.19	4.24	4.15	4.19	4.01	5.89
Jalisco	4.55	4.7	4.65	4.97	4.61	4.4	4.51	4.6
Michoacán	4.55	4.58	4.09	5.8	5.74	5.92	5.9	4.11
Nayarit	5.2	5.8	5.71	5.94	5.56	5.59	5.54	5.55
Regional Noroeste	5.99	4.21	4.4	4.48	4.15	4.44	4.55	4.27
Baja California	4.22	5.84	4.52	4.55	5.54	4.5	4.28	4.55
Baja California Sur	5.16	5.51	5.6	5.77	4.45	5.45	5.5	5.29
Sinaloa	5.61	4.12	4.24	4.51	5.05	4.25	4.25	4.2
Sonora	4.45	4.87	4.61	4.71	4.47	5.05	4.7	4.48
Regional del Sur	4.79	4.87	4.45	4.46	4.42	4.57	4.51	4.2
Oaxaca	4.04	4.06	4	4.08	4.05	4.04	4.04	5.77
Puebla	5.45	5.27	4.98	4.7	4.57	4.7	4.78	4.49
Tabasco	5.88	5.88	4.07	4.04	4.06	4.07	5.96	5.92
Tlaxcala	5.2	2.89	5.11	5.24	5.49	5.24	5.22	5.26
Veracruz Norte	5.1	5.46	4.42	4.51	4.45	4.41	4.22	4.24
Veracruz Sur	4.44	4.66	4.25	4.65	4.67	4.58	4.51	4.29
Regional Oriente	4.75	4.6	4.56	4.65	4.58	4.64	4.9	4.78
Campeche	4.57	4.64	4.18	4.4	4.25	4.49	4.57	4.01
Quintana Roo	5.44	5.44	5.5	5.25	5.28	5.35	5.59	5.46
Yucatán	5.22	4.95	5.05	5.19	5.16	5.18	5.59	5.56

ANEXO II

INDICADORES DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO (ANATOMÍA PATOLÓGICA)
ESTUDIOS PRACTICADOS X 1000 DERECHOHABIENTES USUARIOS. 1993 - 2000

REGIONES	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
TOTAL	65.83	67.52	72	77.22	74.26	82.37	82.75	73.57
Regional Siglo XXI	96.2	109	120.21	127.15	120.09	131.6	131.75	121.75
Chiapas	107.3	100.91	101.86	106.13	96.35	93.66	98.52	111.32
Guerrero	137.93	144.19	156.47	144.89	143.95	143.15	126.55	103.3
Morelos	35.42	60.31	41.9	31.25	33.39	43.22	46.16	47.06
Queretaro	110.49	102.03	99.89	100.49	95.87	105.48	91.75	74.93
Suroeste 3	115.68	155.84	177.82	234.37	219.26	252.42	269.74	240.3
Sureste 4	77.64	73.81	94.9	88.31	84.3	90.75	88.23	92.38
Regional La Raza	63.48	54.6	61.84	63.18	64.46	83.1	92.25	76.12
Hidalgo	62.71	49.39	75.54	58.19	61.73	90.36	83.65	74.22
México Zona Oriente	46.96	28.74	26.59	39.93	36.83	57.53	76.26	62.88
México Zona Poniente	68.73	80.11	76.02	78.23	72.74	64.05	74.02	66.73
Noroeste 1	47.92	38.42	59.34	7.04	7.59	7.32	8.27	3.77
Noreste 2	131.29	145.68	204.55	220.36	226.31	267.01	268.81	209.44
Regional Norte	77.38	80.31	84.17	93.44	89.86	95.2	93.07	89.19
Coahuila	30.87	39.65	31.3	59.29	37.31	53.13	5.06	36.42
Chihuahua	54.07	53.58	47.55	39.47	29.43	29.05	25.16	27.26
Durango	46.79	48.37	51.89	50.85	48.94	57.27	71.38	68.99
Nuevo León	143.44	151.68	165.83	194.59	189.78	205.95	203.23	190.04
San Luis Potosí	95.58	82.66	77.11	84.49	80.16	72.79	89.89	90.43
Tamaulipas	30.54	32.6	33.73	46.05	45.05	48.71	39.53	30.84
Zacatecas	93.02	105.01	96.82	76.34	68.56	111.59	88.05	72.11
Regional Occidente	28.88	32.8	31.96	32.88	33.64	39.83	39.59	32.66
Aguascalientes	61.81	63.63	76.58	48.61	38.82	38.44	39.08	34.41
Colima	18.94	17.94	16.59	17.82	16.08	14.2	15.73	16.44
Guanajuato	22.63	26.22	26.28	27.45	37.32	34.64	28.84	21.42
Jalisco	23.34	25.31	25.07	29.24	27.38	27.07	28.72	27.01
Michoacán	49.34	63.55	51.41	52.76	49.92	99.9	107.73	79.99
Nayarit	25.02	14.96	23.24	27.97	33.24	38.88	29.03	23.74
Regional Noroeste	63.12	63.13	66.27	63.56	57.85	67.63	57.53	48.76
Baja California	119.29	88.98	76.03	77.6	63.91	69.65	63.03	62.46
Baja California Sur	88.77	96.89	92.91	114.76	123.38	152.99	121.5	100.86
Sinaloa	40.27	44.33	44.14	40.19	39.84	40.33	50.28	41.39
Sonora	40.13	6.02	78.07	67.02	59.47	79.82	45.26	28.63
Regional del Sur	72.1	77.05	83.58	94.79	88.75	88.76	87.91	70.93
Oaxaca	28.21	34.91	32.34	31.81	26.14	24.28	27.42	26.63
Puebla	45.57	64.37	50.96	57.38	48.58	40.02	37.39	39.04
Tabasco	17.7	16.46	16.11	18.33	17.11	16.43	18.02	17.84
Tlaxcala	105.9	92.51	97.89	113.74	121.21	130.86	92.89	87.32
Veracruz Norte	70.98	87.31	126.11	136.4	129.32	141.97	136.33	107.04
Veracruz Sur	134.28	116.23	118.5	148.31	143.59	142.61	160.22	113.54
Regional Oriente	54.24	50.29	53.38	64.78	63.77	60.74	66.48	64.75
Campeche	24.36	22.67	18.02	17.46	14.19	13.33	22.32	24.98
Quintana Roo	64.5	59.17	67.39	63.51	60.52	86.32	96.63	70.61
Yucatán	59.14	54.73	57.7	79.68	83.16	61.7	64.31	73.3

Fuente: DGEI, Boletín de Informática Estadística No. 19, Vol. I y III, 1999

Bibliografía.

- ❖ Anuario Estadístico de Seguros y Fianzas 2001, CNSF, México, 2002, p.221, 338, 346
- ❖ Black, Keneth Jr. Skipper, Harold, Life and Health Insurance, Prentice Hall, 13 ed., Londres, 2000, p. 29, 275, 803
- ❖ Canavos, George Probabilidad y Estadística. Aplicaciones y Métodos, McGraw Hill, México, 1991, p.230, 231, 247-249.
- ❖ Ley Sobre el Contrato del Seguro
- ❖ Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros
- ❖ Reglas de Operación del Ramo de Salud, Diario Oficial de la Federación 4 de mayo de 2000
- ❖ Aguilar, Alberto, Los seguros de gastos médicos, Reforma, Dir. Gral. Alejandro Junco de la Vega, 16 de noviembre del 2001, p.3a
- ❖ Brito, Julio, Llega fecha límite a ISES, Excélsior p.2F
- ❖ Cacho, Yalin, México, un país sin cultura del seguro, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 23 de febrero de 2001, p.38
- ❖ Céspedes, Rebeca, Ya hay subrogados, Reforma, Dir. Gral. Alejandro Junco de la Vega, p. 29A
- ❖ Cruz, Angeles, Compañías aseguradoras absorberían la demanda mediante reversión de cuotas al IMSS, La jornada, Dir. Gral. Carmen Lira Saade, 17 de abril del 2001,
- ❖ De la Torre, Hugo, Hospitales en México, Reforma, Dir. Gral. Alejandro Junco de la Vega, 2 de mayo del 2000, p.8ª
- ❖ Fuente Mejía, José de la, Reglas del ramo de salud e ISES, Laboral. Presidente Hugo Gasca Bretón Número 96, Septiembre 2000 p. 43-56
- ❖ Galán, Verónica, Piden a las aseguradoras y prestadoras de servicios constituirse como empresas, Reforma, Dir. Gral. Alejandro Junco de la Vega, p.4 A
- ❖ Galán, Verónica, ISES en enero, Reforma, Dir. Gral. Alejandro Junco de la Vega, 27 de diciembre del 2000, p. 29-A
- ❖ García García, Benjamín, Perspectivas Sobre la Nueva Generación de Seguros de Salud e ISES El asegurador, 15 de mayo del 2001, p.20
- ❖ Gómez Meda, Carolina, Los seguros de servicios de salud, La jornada, Dir. Gral. Carmen Lira Saade, 25 de junio del 2001, p. 13
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Altos costos de atención ponen en riesgo viabilidad de seguros de salud, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, p. 17
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Otorgan amplias facultades a la CNSF para supervisar ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 25 de mayo del 2000, p. 18.
- ❖ Izquierdo, María Teresa, La atención especializada absorbe 65% de los recursos de aseguradoras, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 18 de junio del 2001, p.21
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Listos los requerimientos del dictamen de Salud para las ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 25 de julio del 2000, p.21
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Definen normas para las ISES en reservas, estadísticas y publicidad, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 5 de octubre del 2001, p.15

- ❖ Izquierdo, María Teresa, ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 22 de enero del 2001, p.20
- ❖ Izquierdo, María Teresa, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 16 de mayo del 2000 (*Págs. 28;*)
- ❖ Izquierdo, María Teresa, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 17 de febrero del 2000,
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Buscarán mayor acceso de la IP en la presentación de servicios en salud El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 5 de julio del 2001, p.14
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Determina la Secretaría de Salud requisitos para autorizar ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 20 de diciembre del 2000, p.21
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Graves sanciones a empresas que operen como ISES sin autorización, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 8 de diciembre del 2000, p.25
- ❖ Izquierdo, María Teresa, Incrementarán mexicanos el uso de servicios privados de salud: CNSF, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 22 de noviembre del 2000, p.19
- ❖ Martínez Ramírez, Manuel, Oportunidades de Inversión. Se acerca la hora de que operen las ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, p. 4
- ❖ Meade, Angulo, El costo de instituciones de servicios especializados es muy alto, La jornada, Dir. Gral. Carmen Lira Saade, 17 de febrero del 2001, p.15
- ❖ Minzoni Consorti , Antonio, Seguro de salud: transparencia operativa, El Universal, Dir. Gral. Juan Francisco Ealy Ortiz, p.D4
- ❖ Recaredo Arias Jimenez, Revista de Seguros, fianzas y finanzas p. 70
- ❖ Román Pineda, Romina, ISES?, El Universal, Dir. Gral. Juan Francisco Ealy Ortiz, 19 de marzo del 2001, p.D6
- ❖ Román Pineda, Romina, Invertirán mil mdd en salud, El Universal, Dir. Gral. Juan Francisco Ealy Ortiz, 24 de noviembre del 2000, p.D3
- ❖ Román Pineda, Romina, AMIS: garantiza seguro de salud atención médica, El Universal, Dir. Gral. Juan Francisco Ealy Ortiz, 30 de octubre del 2000, p.D11
- ❖ Soto, Orquidea, Desigualdad en los servicios médicos, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 3 de julio del 2001, p.4
- ❖ Valdez, Socorro, El seguro médico privado no es elitista, dicen autoridades, El Heraldo de México, 28 de junio del 2001, p.14-A
- ❖ Varela, Rogelio, Avanzan cambios en el mercado asegurador, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 7 de diciembre del 2000, p.30
- ❖ Vega, Margarita, Carecen de protección 60% de jóvenes, Reforma, Dir. Gral. Alejandro Junco de la Vega, 13 de diciembre del 2000, p.19 A
- ❖ Velázquez, Carlos, La privatización silenciosa del sector de la salud, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 12 de junio del 2001, p.18
- ❖ Velázquez, Carlos, El explosivo potencial de crecimiento de las ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 5 de abril del 2001, p.18
- ❖ Velázquez, Carlos, OMS / ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 15 de junio del 2001, p.18

- ❖ Velázquez, Carlos, Anticipa AMIS mayor presencia de empresarios, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 6 de diciembre del 2000, p.42
- ❖ Velázquez, Carlos, Los "palos de ciego" de los usuarios de servicios financieros, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 1 de septiembre de 2001, p.18
- ❖ Velázquez, Carlos, Está confirmada la creación de las ocho primeras aseguradoras de salud, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 5 de octubre del 2001, p.20
- ❖ Velázquez, Carlos, Deberán mostrar paciencia los empresarios de las ISES, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 25 de enero del 2001, p.20
- ❖ Villegas Cárdenas, Claudia, Las ISES y el nuevo modelo de salud de Frenk, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, p.28
- ❖ Villegas, Claudia, Pendiente certificación de hospitales, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 7 de agosto del 2001, p.28
- ❖ Villegas Cárdenas, Claudia, Ampliaría Secretaría de Salud certificación a ISES y laboratorios, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 20 de marzo del 2001, p.32
- ❖ Villegas, Claudia, Usuarios al margen de la NOM para cobro en hospitales, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 12 de febrero del 2001, p.38
- ❖ Villegas, Claudia, A revisión programa para certificar hospitales, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 23 de enero del 2001, p.20
- ❖ Deducir gasto en salud, sólo si se cuenta con seguro Crónica, 5 de abril de 2001, p.46 .
- ❖ AMIS anuncia sanciones para empresas de seguros médicos, El Heraldo de México, 20 de diciembre del 2000, p.1F
- ❖ Llega fecha límite a ISES Excélsior, 7 de diciembre del 2000 p.2F
- ❖ Buscan poner orden en la prestación de seguros médicos, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 11 de diciembre del 2000, p.45
- ❖ Sólo ISES, autorizadas a otorgar seguros de salud, El Financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 13 de diciembre del 2000, p.12
- ❖ Las ISES no son la única opción, El economista, Dir. Gral Luis Enrique Mercado Sánchez, 10 de enero del 2001, p.30
- ❖ Concluyó el 29 de Diciembre el Plazo para la Constitución de ISES, El Asegurador, 5 de enero del 2001, p. 6
- ❖ ISES, aún pendiente operación para 2001, El financiero, Dir. Gral. Rogelio Cárdenas, 31 de octubre del 2000, p.36

Páginas visitadas.

- ❖ www.starnet.mx/cirugia/ises.html
- ❖ www.starnet.net.mx/cirugia/ises.html
- ❖ www.isapre.cl/index.htm
- ❖ www.conduusef.gob.mx/revista/proteja/art_seguros/seguros_especiales_salud.html

-
- ❖ www.condusef.gob.mx/informacion_financiera/informacion_sobre_seguros/aseguradoras.htm#SEGURO_DE_GASTOS_MEDICOS
 - ❖ www.hiaa.org/cons/choosing.html
 - ❖ www.mundomed.net/colmedico/publicac/polsalud/financia.html
 - ❖ www.companies.ehealtha.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=253&ReturnCatID=2
 - ❖ www.arthurandersen.com/website.nsf/content/LatinAmericaCaribbeanMexicoIndustriesHealthcareSPANISH!OpenDocument
 - ❖ www.lgcafu.com/notables/realidad_costos/