



00669
3

Universidad Nacional Autónoma de México

Programa de Posgrado en Ciencias de la Administración

Facultad de Contaduría y Administración

Facultad de Química

Instituto de Investigaciones Sociales

Instituto de Investigaciones Jurídicas

Tesis

“Impacto del Costo de un Plan de Salud
en el Gasto de Bolsillo de las Familias Mexicanas”

Que para obtener el grado de:

**Maestro en Administración
(Sistemas de Salud)**

Presenta:

Adriana González Guevara

Tutor:

Dr. Jorge Ruiz de Esparza García

Asesor de apoyo:

Dr. Luis A. Berruecos Villalobos

México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003

1



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.

Agradezco a Dios por haber puesto en mi camino a quienes me enseñaron lo que ahora soy, Memo y Tete; a Sonia, Adrian y Dahalan, quienes me apoyan incondicionalmente; a Saul, quien me enseñó que existía un camino diferente y a todos los que me han acompañado en este viaje haciéndolo más placentero.

Porque el aprendizaje más valioso es el que imperceptiblemente vamos adquiriendo en el trato y conservación de quienes son intelectual y moralmente superiores.

Adriana

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1-A

INDICE

INDICE	2
INTRODUCCIÓN	4
1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO	7
1.1 DESARROLLO ESTRUCTURAL DE LA SALUD EN MÉXICO	7
1.2 SITUACIÓN ACTUAL	12
1.3 LAS ISES UNA REALIDAD EN MÉXICO	13
1.4 UNA VISTA MUNDIAL	17
1.4.1 PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA	18
1.4.2 PERSPECTIVA	24
1.4.3 DISTINTOS MERCADOS – DISTINTOS PRODUCTOS	24
1.5 PANORAMA GENERAL	29
2 ISES, UNA OPCIÓN EN SALUD	33
2.1 PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	34
2.2 CRITERIOS DE ACCESIBILIDAD	38
2.3 FINANCIAMIENTO	42
2.3.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO	43
2.3.2 FONDOS DE FINANCIAMIENTO	44
2.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	47
2.4.1 HACIA UNA CUOTA FIJA EN EL IMSS	49
3. CONDICIONES GENERALES DE UN PLAN DE SALUD EN MÉXICO	55
3.1 DIFERENCIA ENTRE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SALUD	55
3.2 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS	57
3.2.1 DETALLE DE SERVICIOS INCLUIDOS	59
3.3 RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS	62
3.4 COLECTIVIDAD ASEGURABLE	63
3.5 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA	65
3.6 COSTO DEL SEGURO DE SALUD: PRIMA	68

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2

4. ANÁLISIS DEL COSTO DE UN PLAN INTEGRAL DE SALUD	74
4.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE	74
4.2 INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE REGRESIÓN	76
4.3 APLICACIÓN DEL MÉTODO MCO	78
4.3.1 VALIDACIÓN DE LOS MODELOS	81
4.4 DETERMINACIÓN DEL COSTO	82
4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS	89
CONCLUSIONES	94
BIBLIOGRAFÍA	99

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud representa junto con la educación, uno de los instrumentos más eficaces en el combate a la pobreza y en la construcción de una sociedad justa, es un mirador desde el cual se pueden observar muchos de los procesos sociales, económicos y políticos de nuestros tiempos, es un bien económico con amplias repercusiones sobre variables críticas para el resto de la economía, como la productividad, la inflación, el empleo y la competitividad. Constituye por lo tanto un índice del éxito alcanzado por una sociedad.

El sistema de salud mexicano, ha presentado claros avances en esta materia, sin embargo, al igual que el resto del mundo, también algunas inconsistencias en cuanto a su configuración, como es el caso de la segregación de la población en subsistemas separados: Asegurados y No Asegurados, éstos últimos divididos de acuerdo a su capacidad de pago, dando lugar a la duplicidad y desperdicio de recursos. Una proporción muy elevada de derechohabientes de la seguridad social, utiliza servicios del sector privado. El problema es que el peso de tal decisión, recae sobre el derechohabiente, quien se ve obligado a pagar por la atención que recibe, cubrir la prima de seguridad social y en ocasiones la prima de un seguro privado que lo proteja de un gasto médico mayor. Lo que conduce a una de las iniquidades más severas del sistema: **La cotización múltiple** generando así un **"gasto de bolsillo"**.

Como solución estratégica se propuso, entre otros, el desarrollo de "Organizaciones para la Protección de la Salud", dando lugar a las reformas de 1997 a la LGISSM, en donde se especifica la creación del ramo de salud que constituye la base para que las sociedades u organizaciones conocidas como entidades administradoras de medicina prepagada, se transformen en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES), estableciendo las reglas para la operación de este tipo de esquemas, así como el marco jurídico que las rige.

Con base en lo anterior expuesto, el objetivo principal del presente estudio es definir el costo de un plan integral de salud ofrecido por una ISES, para determinar el impacto que tendrá en la disminución del gasto de bolsillo, así como la accesibilidad de la población mexicana para adquirir este tipo de productos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para visualizar el progreso que se ha operado en materia de salud, en el primer capítulo se describe brevemente el desarrollo que a través de los años se ha dado en el sistema mexicano. Se explicará el entorno actual en el que se da apertura a las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Así mismo se explicarán las innovaciones que surgen en otros países y que es necesario conocer a fin de transferir experiencias positivas, de entre todas las naciones que han mostrado claros avances en esta materia, se escogieron Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Chile, ya que son las que más interesan a México debido a la cercanía geográfica y a los lazos e influencias políticas, económicas y sociales que dichos países tienen sobre nuestro país.

En el capítulo II, se plantea la problemática actual que enfrenta la población mexicana para acceder a un servicio de salud, a saber el "**Gasto de Bolsillo**", no sin antes mencionar el desempeño de tres funciones básicas: la prestación de los servicios, los criterios de accesibilidad y el financiamiento de los mismos, considerando tanto las fuentes como los fondos de financiamiento. Se mencionará la importancia de las ISES como generadoras de recursos y la necesidad de plantear las bases técnicas y actuariales bajo las que debe estar sustentado el costo de los servicios médicos totales, objetivo principal del presente estudio.

El objetivo de las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud es proporcionar un seguro que cubra al menos los mismos servicios que ofrece el seguro social de forma integral, motivo por el cual en el capítulo III se detallan las coberturas que un plan integral de salud debe ofrecer para contar con servicios médicos de calidad y a costos adecuados que sean accesibles para toda la población ya que éste constituye un factor fundamental para elevar el nivel de vida de las familias mexicanas.

Finalmente, en el capítulo IV se analiza la información con la que cuenta el sector asegurador en el ramo de salud para así proponer a través de modelos estadísticos, un costo promedio por derechohabiente. Para hacer los cálculos actuariales necesarios, se dará una introducción al análisis de regresión y se explicaran sus principales características, una vez definido el método a utilizar se aplicarán los modelos y se mostrarán los datos obtenidos, haciendo un análisis de los mismos para determinar el impacto que tendrán los planes integrales de salud ofrecidos por las ISES, en el Gasto de Bolsillo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO I
ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

- 1.1 DESARROLLO ESTRUCTURAL DE LA SALUD EN MÉXICO
- 1.2 SITUACIÓN ACTUAL
- 1.3 LAS ISES, UNA REALIDAD EN MÉXICO
- 1.4 UNA VISTA MUNDIAL
 - 1.4.1 PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA
 - 1.4.2 PERSPECTIVA
 - 1.4.3 DISTINTOS MERCADOS – DISTINTOS PRODUCTOS
- 1.5 PANORAMA GENERAL

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1 ANTECEDENTES DEL SISTEMA DE SALUD MEXICANO

En las últimas dos décadas, el área del conocimiento relacionado con la investigación de sistemas de salud, en especial lo relativo a políticas sanitarias, ha adquirido un vigor creciente a nivel mundial. Todo intento por definir un proyecto social en materia de salud debe partir de un balance objetivo que permita analizar de dónde venimos y hacia dónde vamos. Para visualizar el progreso que se ha operado en este sector, a continuación se describe brevemente el desarrollo que a través de los años se ha dado en el sistema de salud mexicano.

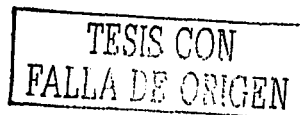
1.1 DESARROLLO ESTRUCTURAL DE LA SALUD EN MÉXICO

En México se experimentó una transformación importante en materia de salud desde la promulgación de la Constitución Política de 1917¹, que plasmó grandes requerimientos sociales entre los que fue incluido el cuidado de la salud, creando así el Departamento de Salubridad "Art. 16", cuyo cometido fundamental se orientó a acciones de salud pública y se establecieron los fundamentos para que ésta fuera una obligación emanada de una relación laboral "Art. 123".

En 1937, se dio otro paso fundamental al crearse la Secretaría de Asistencia Pública a cuyo cargo se adjudicaron los establecimientos públicos de atención médica. A principios de los años cuarenta, México entro en una etapa de crecimiento económico que habría de sentar las bases de la industrialización del país. La etapa moderna del cuidado de la salud se inició de hecho en 1943 cuando se fusionó la Secretaría de Asistencia Pública con el Departamento de Salubridad para constituir la Secretaría de Salubridad y Asistencia (ASS) y se creó el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que, entre otras prestaciones, ofreció el cuidado de la salud a los trabajadores de empresas privadas, así como a sus familiares. Esta acción se completo en 1959, cuando se fundó el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de Trabajadores del Estado (ISSSTE), dedicado a la protección de los trabajadores del Gobierno Federal.

De acuerdo con los indicadores sociodemográficos de México (1930 – 2001) publicados por el INEGI, en la década de los cuarenta México era un país con una esperanza de vida al nacer de 40 años, aunque había estados en donde no superaba los 30 años. La mitad de los mayores de 15 años no sabía leer ni escribir. Cada mujer tenía un promedio de 6.5 hijos, de los cuales al menos uno moría antes de cumplir el año de edad.

¹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (Op. cit)



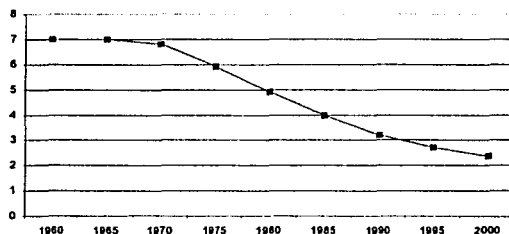
El acceso a los servicios de salud era privilegio de unos cuantos. En 1943, el país entero contaba con apenas 4,300 médicos, 383 hospitales de asistencia pública y 52 hospitales privados. Casi todos estaban concentrados en las incipientes áreas urbanas, donde vivía menos de la cuarta parte de la población.

Los tiempos que siguieron a 1943, fueron de expansión y consolidación de la infraestructura de salud y de algunos esfuerzos de coordinación entre las diferentes instituciones involucradas. En los años sesenta, las mujeres mexicanas seguían dando a luz a un número muy grande de hijos, siete en promedio, pero para entonces la probabilidad de morir antes de cumplir un año de edad se había reducido a menos del 10%.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia contaba con una planta creciente de hospitales y centros de salud, que ya cubría parte del área rural y el número de médicos mexicanos ascendió a 26,000. El IMSS protegía a 6.5 millones de personas, alrededor del 15% de la población y tenía más de 11,000 camas de hospital. Para 1964 se había inaugurado el Centro Médico La Raza, que venía a sumarse al Centro Médico Nacional del IMSS.

En 1993 a 50 años de los servicios de salud, México es un país donde; la mortalidad en menores de cinco años ha disminuido 13 veces en relación a 1943; el promedio de hijos por mujer fértil se ha reducido a menos de tres (ver gráfica 1.1); los primeros lugares en las causas de enfermedad y muerte han sido tomados por los padecimientos no transmisibles (ver gráfica 1.2); la esperanza de vida ha aumentado a 70 años (ver gráfica 1.3), la inversión en salud absorbe alrededor del 5.5% de la riqueza nacional: existen más de 1000 hospitales y la oferta de médicos ha pasado de insuficiente a excesiva, con cerca de 174,000 médicos titulados.

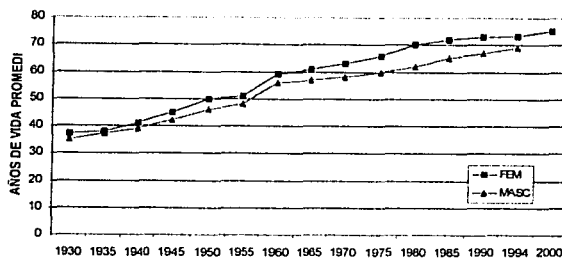
GRÁFICA 1.1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD



Fuente: Consejo Nacional de Población. Tasa Global de Fecundidad, 1980-2000. México: CONAPO, 2000

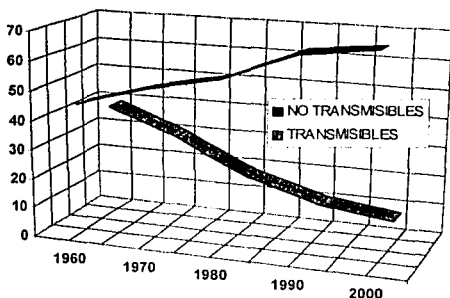
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 1.2
ESPERANZA DE VIDA AL NACER



Fuente: Consejo Nacional de Población. Esperanzas de vida al nacer, 1980-2000. México: CONAPO, 1992

GRÁFICA 1.3
CAMBIOS OBSERVADOS EN LAS ENFERMEDADES



Las Enfermedades Transmisibles son las ocasionadas por la infestación de un microorganismo que llega a través de un contacto físico: VIH, etc.

Las Enfermedades No Transmisibles tienen origen en el desequilibrio de los procesos químico-biológicos que se presentan en el organismo: Diabetes, hipertensión, infarto agudo, etc.

Fuente: Secretaría de Salud. Compendio histórico de estadísticas vitales. México: SSA, 1993.

En el sexenio de 1982-1988, se dio origen a un proyecto en el que se introdujeron algunas modificaciones al que se le llamo "Cambio Estructural en la Salud", se basó en varias iniciativas para introducir una nueva legislación en el campo de la salud y en un conjunto de estrategias administrativas, unas a nivel macro y otras a nivel micro.

El sustento jurídico del cambio estructural comprendió todo un esfuerzo legislativo para modernizar la normatividad de los servicios de salud. Implicó así un conjunto de modificaciones a la legislación sanitaria vigente; entre las más importantes están las siguientes²:

² FCE, SG, PR; Salud y Seguridad Social; Cuadernos de Renovación Nacional; México 1988; No.2: 126-143

- Una enmienda constitucional para introducir en nuestra Carta Magna, la garantía social del derecho a la protección de la salud de todos los mexicanos.
- La promulgación de la Ley General de Salud reglamentaria del derecho a la Salud, y que reemplazo al anterior código Sanitario.
- La formulación de seis reglamentos de la Ley, en materia de atención médica; disposiciones de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; sanidad internacional; control sanitario de la publicidad; control sanitario de actividades, locales y establecimientos, productos y servicios e investigación en salud.
- Se ha estructurado un Sistema Nacional de Salud con instancias específicas de coordinación entre las instituciones.

Respecto a las estrategias macro que el cambio estructural planteó, cinco son orientadas a consolidar el Sistema Nacional de Salud, a saber: Sectorización, Descentralización de los servicios de salud, Modernización de la SSA, Coordinación intersectorial y la Participación comunitaria.

En 14 estados de la República se ha logrado la descentralización de los servicios de salud para la población no asegurada. A través del Gabinete de Bienestar Social, del Consejo de Salubridad General y de otras instancias, se ha avanzado en la vinculación con los otros sectores e instituciones que influyen de manera fundamental sobre la salud de la población. La calidad sobre la información estadística ha mejorado notablemente; en otros avances durante los últimos 8 años se han realizado más de 12 encuestas nacionales de salud.

Las estrategias administrativas a nivel micro se implantaron una vez que habían progresado las de nivel macro y fueron las siguientes: el desarrollo de recursos humanos para la salud, la homologación salarial, el impulso a la investigación en salud y el financiamiento de los servicios, dichas estrategias abarcaron sobre todo a las instituciones que atienden a la población abierta, pues ahí es donde el rezago en recursos y capacidades es más acusado.

La productividad y la calidad de la investigación en salud han mejorado gracias, entre otras medidas, al fortalecimiento de los Institutos Nacionales de Salud, el reconocimiento de la carrera de investigador en el sector, la modernización del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, el establecimiento del sistema nacional de Investigadores y la mayor vinculación de las Instituciones de salud con las universidades. Existe una mayor coordinación entre las instituciones de salud y las de educación superior para el desarrollo equilibrado de los recursos humanos.



El Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000. indica la transferencia a los gobiernos estatales de los servicios de la Secretaría de Salud y del IMSS - Solidaridad con los recursos y apoyos técnicos, operativos y organizativos necesarios para la integración de los sistemas estatales de salud.

De esta forma los estados contaron con un mayor margen de acción y autodeterminación que les permitió cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales y determinar el destino de los recursos incluyendo los excedentes. Esto permitió a su vez que la Secretaría de Salud se concentrara de manera más puntual y eficaz en las funciones que le corresponden que son la de normar y coordinar al Sector Salud.

El 20 de enero de 1995, el presidente de la república expidió el acuerdo que establece al Consejo Nacional de Salud como una instancia permanente de coordinación de las autoridades de salud de la federación y las entidades federativas para la planeación, programación y evaluación de los servicios de salud en toda la República. Este Consejo quedo integrado por el titular de la Secretaría de Salud, quien lo preside y los titulares de los Servicios de Salud de las Entidades Federativas.

Así se integro la plataforma que permitió que el 20 de Agosto de 1996, el Ejecutivo Federal, los Gobernadores de los Estados y el Secretario General del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, firmaron el Acuerdo Nacional para la Descentralización de los Servicios de Salud, del cual se derivó la firma con cada uno de los estados de un Acuerdo de Coordinación para la Descentralización Integral de los Servicios de Salud.

En estos documentos se asumen los compromisos que en la materia se determinaron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000 y en el Programa de Reforma del Sector, con el doble propósito de la descentralización³:

- Fortalecer el federalismo reintegrando a la esfera local las facultades que le eran propias al suscribir el pacto federal.
- Acercar a la población, servicios fundamentales que al ser prestados por los estados aseguran a los usuarios mayor eficiencia y oportunidad.

³ Soberón Acevedo Guillermo, Martínez Narvaéz Gregorio, " La Descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta"; Salud Pública de México, Vol.38 No. 5:371-378; México 1996.

En los acuerdos de coordinación cada una de las Entidades Federativas, se comprometieron a crear un Organismo Público Descentralizado (OPD), con personalidad jurídica y patrimonio propio. En diciembre de 1996 ya se habían instalado 22 OPD y para diciembre de 1997 las 32 Entidades Federativas habían cumplido el compromiso de la creación de dichos organismos. En relación al compromiso del Gobierno Federal a transferir a las 32 entidades federativas, el avance correspondiente es prácticamente del 100% respecto a las 121 mil plazas.

El cumplimiento ordenado del proceso de descentralización en el mediano plazo repercutió en una más ágil y eficiente operación de los servicios con un carácter homogéneo en todas las entidades federativas.

La descentralización es una condición necesaria para mejorar el acceso, la adecuación de la respuesta social, la participación, la calidad, la sustentabilidad y la equidad que tendrán que llegar hasta el nivel municipal.

1.2 SITUACIÓN ACTUAL

El reconocimiento del progreso no debe impedir la identificación de los problemas que aún quedan por superar. Así como se acaban de describir los avances, se debe considerar un modelo de atención que ha acumulado rezagos. Si bien el sistema que surgió hace 50 años respondió a las exigencias de su tiempo, la transformación económica y social del país ha ido dejando atrás a muchas de las instituciones creadas entonces. ***“El traje de la Salud ya le queda chico a la economía y el bienestar de la Nación”⁴***.

El sistema de salud se enfrenta hoy a fuertes presiones las cuales aumentarán en el futuro próximo. Además de la mayor complejidad epidemiológica, a México se le han juntado una serie de cambios que apuntan hacia un incremento muy importante en la demanda por servicios de salud durante las próximas décadas⁵:

En lo demográfico, México esta experimentando dos procesos de enorme trascendencia social: primero, el rápido envejecimiento de la población, antes mencionado; el segundo, una acelerada y en ocasiones desordenada urbanización que genera riesgos para la salud al tiempo que acerca a la población hacia los principales núcleos donde se concentran los recursos médicos.

⁴ Julio Frenk; La Ciencia Para Todos; FCE, SEP, CONACyT, 2ª Ed. México 2000

⁵ FUNSALUD, Bases Docirinarlas de la Reforma en Salud, México, 1994.

En lo educativo, el notable incremento de la escolaridad genera mayores conocimientos y mejores prácticas sobre la salud, así como una capacidad mas refinada para demandar servicios y para interactuar con los prestadores de los mismos.

En lo tecnológico, los avances recientes en campos como la biotecnología, la informática y las telecomunicaciones prometen ampliar la capacidad de los servicios para identificar y resolver problemas de salud.

En lo cultural, la diseminación de las explicaciones racionales y la constatación del poder de la tecnología producen mayores expectativas sobre la calidad de vida y mayor aceptación de las intervenciones científicas sobre la enfermedad.

En lo político, la ampliación de los espacios de participación social se expresa en el reclamo de la atención a la salud como un derecho social en la exigencia por servicios de alta calidad incluyendo una mayor libertad para elegir al prestador.

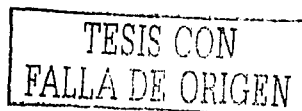
En lo económico, la profunda transformación estructural ha sentado las bases para una mejoría del ingreso que generará aún mayor demanda de atención médica.

A partir de 1990, en México, estos fenómenos conllevaron a la necesidad de realizar adecuaciones al marco regulatorio de la actividad aseguradora para hacerlo compatible a ese nuevo entorno económico y financiero nacional e internacional. Las modificaciones a la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS) en los últimos diez años, si bien se han orientado a desregular la actividad de las aseguradoras, a liberarlas con fines de autogestión también han tenido como propósito fundamental el mantener adecuadas regulaciones que protejan los intereses de los usuarios y una supervisión que cuide el cumplimiento de las normas técnicas y del régimen de solvencia que deben mantener las aseguradoras.

1.3 LAS ISES UNA REALIDAD EN MÉXICO

El Gobierno Federal a través del Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006, se ha planteado como uno de sus objetivos lograr la promoción de la actividad aseguradora con el fin de ampliar sus funciones de protección a las personas y a sus bienes ante los riesgos a los que se encuentran expuestos, así como promover su contribución a la generación del ahorro interno.

En ese sentido, el H. Congreso de la Unión aprobó importantes reformas a la LGISMS como han sido las contenidas en los decretos publicados en el Diario Oficial de la Federación del 3 de enero de 1997 y 31 de diciembre de 1999.



En el primero de ellos se reconoce la importancia que tiene para el país el hecho de que un mayor número de mexicanos cuente con seguros privados para cubrir los riesgos de accidentes y enfermedades a los que están expuestos, por lo cual la operación de seguros de accidentes y enfermedades se dividió en los ramos de accidentes personales, gastos médicos y salud. El ramo de salud constituye la base para que las sociedades u organizaciones conocidas como entidades administradoras de medicina prepagada, se transformen en Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES).

En el segundo de los Decretos se describe al ramo de salud como la prestación de servicios dirigidos a prevenir o restaurar la salud a través de acciones que se realicen en beneficio del asegurado y se precisa que aun cuando esta actividad se lleve a cabo con recursos e instalaciones propios será considerada como una operación activa de seguros, por lo que su práctica sólo puede autorizarse a instituciones de seguros, a las que adicionalmente se les puede facultar el manejo de gastos médicos. Es conveniente resaltar que 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, previsto por las partes, ya sea que dicha prestación de servicios se satisfaga con recursos e instalaciones propias o no propias del obligado.

Los esquemas de prepago privado operan a partir de redes de médicos y hospitales. Los prestadores celebran convenios con estas empresas aceptando las condiciones que les ofrecen a cambio de la promesa de tener mayor volumen de pacientes potenciales. Estos esquemas operan en México desde que el sector financiero y algunas otras empresas obtuvieron la autorización del IMSS para ofrecer servicios médicos a sus empleados a través de terceros prestadores.

A partir de los años 80, "Se multiplico el número de empresas privadas que ofrecían planes de atención médica prepagada como cobertura complementaria de salud. Estos planes a diferencia de los GMM (las diferencias se explican en el capítulo III), ofrecían cobertura de atención preventiva, consultas, hospitalización e incluso medicamentos, apareciendo como una alternativa atractiva para quienes buscaban un plan integral. Sin embargo, la falta de un marco jurídico para la supervisión financiera que garantizará la adecuada administración de los recursos y la falta de supervisión médica que procurará un nivel de calidad mínimo, propicio que en sus inicios, la incursión de estos esquemas presentará deficiencias estructurales como las siguientes"⁶:

⁶ Revista Mexicana de Seguros Fianzas y Finanzas, "La Salud en México y sus Nuevas Perspectivas", ISSN, Tomo 53, Num. 620: 46-51; México Nov. 2001

- Insuficientes reservas financieras y deficiente cálculo de primas, lo que ocasionó quiebras inesperadas derivadas de planes financieramente inviables.
- Atención médica deficiente, negación de servicios a afiliados, incumplimiento de lo pactado con los usuarios, retraso y omisiones de pagos a hospitales, clínicas y personal médico.

Como resultado de lo anterior, se evidenció la inmadurez del mercado a través de la repetida ocurrencia de casos de quiebra. Consecuentemente, un número importante de afiliados quedaron sin atención médica por la que habían pagado y muchos prestadores de servicios resultaron sin el pago por concepto de atención médica otorgada. Así a pesar de ofrecer beneficios potenciales importantes dado el énfasis en la atención preventiva, este esquema de atención no pudo consolidarse en el país.

La existencia de un mercado creciente y la ausencia de un marco jurídico adecuado, obligaron al gobierno federal a definir las condiciones para garantizar la viabilidad financiera y la calidad médica de las ISES, a través de los esfuerzos regulatorios, la SSA se comprometió a proteger a médicos y hospitales contra abusos de las empresas y por otro lado a garantizar a los asegurados niveles satisfactorios de calidad en la atención. Así a partir de un marco jurídico establecido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, la Comisión de Seguros y Fianzas y la Secretaría de Salud, se plantearon los siguientes requerimientos⁷:

1. Obtener la autorización por parte de la S.H.C.P. y la C.N.S.F. para operar como ISES, la cual contempla los puntos que a continuación se describen.

- Cumplir con solvencia financiera para hacer frente a sus obligaciones (Reservas Técnicas, capital inicial, margen de solvencia, etc)
- Cumplir con los requisitos Técnicos Actuariales de los productos que ofrezca al mercado.
- Contar con la infraestructura técnica, administrativa y medica para dar servicio a los asegurados.
- Contar con sistemas de información y estadística que permitan conocer el comportamiento del ramo.
- Constante entrega de resultados y estadísticas del ramo para la supervisión.

⁷ SHCP, Reglas para la Operación del Ramo de Salud, México, 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2. Obtener el dictamen definitivo que otorga la Secretaría de Salud para operar como ISES.

- Contar con una red de prestadores de servicios médicos suficiente para otorgar el servicio a los asegurados afiliados (certificación de prestadores).
- Contar con programas para el control de utilización de los servicios médicos.
- Cumplir con la incorporación de programas de promoción a la salud y prevención a la población afiliada.
- Contar con sistemas de información para conocer tendencias epidemiológicas, así como sistema para la atención a quejas de los usuarios.
- Cumplir con indicadores de calidad en la atención a la salud y con programas de los derechos del paciente.

Resulta complicado predecir en que medida la privatización de la seguridad social en México estimulará el mercado de planes privados de salud, seguros de salud y coberturas de reaseguro, debido a que el número de asegurados en los seguros privados de gastos médicos mayores representa menos del 3% de la población total de México, la privatización de la seguridad social podría ofrecer enormes oportunidades a las industrias involucradas en el área de salud, sin embargo, para los próximos años se pueden esperar las siguientes actividades en esta materia:

- ◆ La introducción en el corto plazo de la articulación de servicios de salud dentro del marco normativo de la SSA para así poder supervisar la operación de todos los planes integrales de salud, independientemente de que las empresas que los ofrezcan incurran en riesgo financiero (como lo hacen las ISES) o únicamente se dediquen a la articulación de servicios. De esta manera se ordenara el mercado de prepago privado, garantizando a los usuarios un nivel de calidad mínimo en la administración de servicios de salud.
- ◆ El fortalecimiento del papel regulatorio de la SSA en la supervisión de las ISES para que la administración de la salud no sea vista sólo como un negocio financiero, sino también como un vehículo para garantizar mejores servicios de salud, cada vez más accesibles en precio y con una oferta acorde con el perfil epidemiológico de los mexicanos.
- ◆ Fomento de los esquemas de prepago privado mediante la deducibilidad de los seguros de salud. El objetivo es promover la cultura de aseguramiento y, en particular, la adquisición de seguros de salud que ofrecen servicios integrales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En conclusión, México ha seguido un proceso de transformación importante en materia de salud y el gobierno ha empezado a tomar las medidas necesarias para que el sector privado se involucre de lleno en el Sector Salud del país y pueda conjuntamente con el Estado dar abasto a la demanda de servicios médicos que hoy en día necesita la población.

1.4 UNA VISTA MUNDIAL

La importancia que el cuidado de la salud de la población tiene para los distintos gobiernos implica entre otras cosas, la solidaridad internacional, el intercambio de experiencias y la definición de políticas comunes en la materia. Movidos por este espíritu un importante número de países crearon en 1902 la Oficina Sanitaria Panamericana, antecedente de la Organización Panamericana de la Salud. La OPS es una Oficina Regional para América de la Organización Mundial de la Salud y al mismo tiempo es un organismo especializado de la Organización de los Estados Americanos (OEA)⁸.

La Constitución de la OPS señala como su principal objetivo el promover y coordinar los esfuerzos de los países del Hemisferio Occidental para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes.

Esta Organización está integrada por 35 países de América. Para nuestro país, la OPS ha sido un foro que le ha permitido orientar acciones regionales para el combate de enfermedades y definir estrategias comunes con los países de la región, para atacar problemas epidémicos como el SIDA, la salud ambiental o desastres por fenómenos naturales.

Es importante, revisar en forma continua las modalidades en la prestación de los servicios de salud y los programas en curso, pues además de la creciente importancia que los gobiernos asignan al cuidado de la salud de la población, surgen innovaciones en otros países que es necesario conocer a fin de transferir experiencias positivas, con las adecuaciones necesarias, a contextos propios; al mismo tiempo es necesario ser cauto frente a tropiezos potenciales o complicaciones que surgen de su aplicación. Considerando que no solo México, sino la mayoría de los países de América Latina, han venido reformando sus sistemas de Seguridad Social como por ejemplo: Chile, Colombia, Brasil, Argentina y Perú, entre otros, a continuación se hará un breve análisis de su sistema.

⁸ OPS: (<http://www.hope.org>), Enero 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4.1 PRIVATIZACIÓN DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA

La privatización de los sistemas de seguridad social es una experiencia estimulante para la industria del seguro de cualquier país. Por lo general, no solo conduce a un aumento significativo en el potencial de crecimiento de la industria sino que cambia los aspectos legales, las necesidades de los clientes y el ambiente general del mercado. Este apartado intenta mostrar la diversidad de resultados que trae consigo la privatización parcial de los sistemas de salud de la seguridad social en cuatro mercados aseguradores destacados de América Latina.

A) Chile

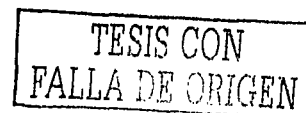
Cuenta con un sistema mixto de salud. El sector estatal se consolidó a partir de 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) que llegó a administrar 33.000 camas (90%) del total del país y proporcionaba la mayoría de las consultas médicas y exámenes de apoyo diagnóstico a nivel nacional. El SNS tuvo una importancia histórica en el desarrollo de la salud en Chile, siendo pionero en América Latina, pero con el tiempo comenzó a padecer los problemas derivados de una extrema concentración de los recursos, en donde el Estado tenía un rol preponderante en cuanto a la administración y entrega de servicios⁹.

Las instituciones de Salud Previsional ISAPRE nacieron en 1981 en virtud de la dictación del D.F.L. N° 3 del Ministerio de Salud, dando origen a una de las más trascendentales reformas del sector. Ello permitió la administración privada de la cotización obligatoria de salud de los trabajadores, al mismo tiempo que se reconoció la libertad y capacidad de las personas para optar al Sistema de salud de su preferencia.

Las ISAPRES otorgan servicios de salud a un 23% de la población en Chile. Los servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad se prestan con cargo a las cotizaciones. Las prestaciones de salud se entregan directamente o a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de servicios médicos financiados por las ISAPRES.

Los 20 años del sistema de Instituciones de Salud Previsional, ISAPRE, marcan un hito importante en el desarrollo de la salud privada en Chile. Sin duda el sistema ha permitido la expansión de la actividad médica privada y el auge de la inversión en clínicas, centros médicos, laboratorios, entre otros.

⁹ Superintendencia de las ISAPRE, (<http://www.sisp.cl>), Marzo 2002.



El Sistema ISAPRE ha contribuido al desarrollo global del sector salud en Chile, 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 casi cuatro millones de beneficiarios y apoyados en la competencia libre de mercado las ISAPRES han logrado perfeccionar sus servicios y otorgar más y mejores prestaciones de salud. En este contexto, han desarrollado productos de bajo costo como planes colectivos, enfermedades catastróficas y tercera edad. La reforma de 1981, que creó el sistema ISAPRE permitió, los siguientes beneficios para los trabajadores¹⁰:

- Aumento de las libertades individuales.
- Opción por el Sistema FONASA, (estatal) o por instituciones privadas, ISAPRES.
- El trabajador no efectúa dobles cotizaciones. Con el 7% de sus remuneraciones debe elegir libremente entre un sistema u otro.

Para la elección del sistema, los trabajadores individualmente pueden suscribir un contrato de salud con la ISAPRE que elijan. Al optar por una ISAPRE, los afiliados dejan de cotizar en el sistema público, para aportar sus cotizaciones a la ISAPRE elegida. El afiliado así, tiene derecho a obtener beneficios de salud para él y su familia, de acuerdo al monto de los aportes que realice.

En la actualidad, se cuenta con 30 ISAPRE que otorgan sus servicios de salud a un 23% de la población chilena lo cual representa un decremento del 4% comparado con la situación que se vivía hace un par de años. Esto se debe en gran medida a la crisis económica tan grave que ha vivido Chile en los últimos años y que se ha traducido en una tasa de desempleo de dos dígitos y en una caída considerable del ingreso de la población. No obstante, el sector de salud privado acaba de recibir un fuerte golpe en mayo del 2001 cuando se dio a conocer la nueva Reforma al sector Salud y que se resume en los siguientes puntos¹¹:

- La creación de un fondo común alimentado con una proporción de la cotización individual de salud de la población (entre un 43% y un 100% de la cotización), más un aporte fiscal.
- La creación de un plan básico general para dar cobertura a las enfermedades catastróficas y para otorgar programas de salud preventiva.
- La intención de mejorar la administración del sistema de salud público, perfeccionar el sistema ISAPRES, y el incremento del control de la evasión del pago de la cotización de salud por parte de los trabajadores independientes

¹⁰ ISAPRE (<http://www.isapre.cl>), Marzo 2002.

¹¹ Peppers Susana; El Sistema de Salud en Chile: Propuesta para una Reforma en Salud; RMS Revista Médica de Santiago; Vol. 4 No. 18; 2001.



Los análisis preliminares muestran que con el diseño planteado, en el mejor escenario, el resultado de la reforma sería un importante traspaso de recursos por parte de cotizantes con ingresos entre \$200.000 y \$800.000, actualmente en el sector privado, para su uso por parte del sector público, sin recibir una real contraprestación o servicio adicional a lo existente en la actualidad, por dichos pagos. En la práctica, esto se convierte en un nuevo impuesto para la clase media.

Por otra parte, al utilizar la cotización de salud como fuente de recursos impositivos para el presupuesto de la nación, se cambiaría el propósito con el cual se creó la cotización obligatoria. En efecto, la cotización obligatoria para previsión tiene como fin que la sociedad se asegure de que cada individuo está efectuando el esfuerzo que debe realizar, para resolver su futura necesidad de jubilación y su presente y futura necesidad de salud. Utilizar la cotización o parte de ella con fines redistributivos, puede abrir la posibilidad de que se sustituya su propósito, poniendo en riesgo un aspecto fundamental de todo el sistema previsional del país.

Asimismo, para que estas personas puedan mantener sus actuales beneficios, deberán pagar adicionalmente una cantidad similar a la pagada al Estado producto de la reforma. Lo anterior, dado que la reforma no implica que el plan vigente modifique su precio, y por lo tanto cada persona debe adicionalmente pagar la diferencia del impuesto pagado al estado a su entidad previsional, si desea mantener la cobertura actual.

Lo anteriormente descrito, evidentemente provoca una pérdida de bienestar para los cotizantes obligados a pagar estos importantes montos, pero no se asegura una aumento de bienestar al resto de la población.

Concluyendo, es demandante que el Estado enfoque 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; en lugar de querer acaparar todo el sector salud sin contar con la infraestructura necesaria para hacerlo. Por ende, se requiere de una labor conjunta del Estado y del sector privado para que el sistema de salud vuelva a crecer y a mejorar su cobertura y servicio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

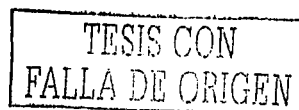
B) Colombia

La decisión de reformar el sistema de seguridad social de Colombia (que era compatible al de México) fue impulsada por un creciente descontento debido a que la mayor parte de la población no estaba realmente cubierta. En 1993, se llevo a cabo una reestructuración profunda de la seguridad social, con el propósito de ofrecer una cobertura adecuada para toda la población. La esencia del nuevo sistema de salud de Colombia se establece en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y prevé una cobertura integral y eficiente utilizando no necesariamente tecnología de vanguardia. Se utilizan protocolos para los tratamientos, grupos de diagnóstico relacionados (GRD'S), medicamentos genéricos, se da énfasis a la medicina preventiva y se excluyen los tratamientos experimentales y cosméticos¹².

La adhesión al nuevo sistema se lleva a cabo por medio del régimen contributivo o subsidiario. Si sus ingresos son suficientes, los empleados, pensionados y trabajadores independientes están obligados a unirse al sistema contributivo. La contribución es igual al 12% del salario (con un límite máximo), del cual el 8% va a cargo del patrón. Se incluye, sin costo adicional a todos los miembros de la familia (dependientes económicos). Para aquellos que no cuentan con los medios suficientes para realizar contribuciones, el sistema proporciona subsidios financiados mediante un punto porcentual del ingreso del sistema contributivo a través del fondo de solidaridad y mediante transferencias realizadas directamente por el estado. Este financiamiento externo del régimen subsidiario tenía por objeto poder garantizar en el año 2001 una cobertura integral para toda la población.

Dos elementos fundamentales en la organización y el mantenimiento de la salud son las EPS (Entidades Promotoras de Salud) y las IPS (Instituciones prestadoras de Servicios). Mientras que estas últimas incluyen proveedores (que pueden tener vínculos con las EPS siempre y cuando mantengan su autonomía técnica y financiera) las EPS representan la columna vertebral real de la organización del sistema ya que garantizan a sus miembros la prestación de los servicios de salud a cambio de un pago per cápita conocido como UPC (Unidad de pago por capitación). La UPC que incluye un margen del 15% para la administración de las EPS, correspondió aproximadamente en 1999, a US\$130 anuales por persona, tiene por objeto cubrir el costo promedio del POS. Si bien los proveedores de las EPS recaudan las contribuciones arriba mencionadas, son financiadas por las UPC's de acuerdo a sus afiliaciones: Si las contribuciones que recolectan son mayores a éste monto, el exceso debe transferirse al fondo de solidaridad. En caso de que las contribuciones resultasen insuficientes, es decir, menores al UPC, recibirían la diferencia de este fondo.

¹² La información para los puntos B) y C), se obtuvo de: , Hierro D. Wrede P. , Privatisation Of Health Care Systems In Latin América, México, 1999.



Esta evidencia de subsidio cruzado muestra un paradigma del sistema: Libertad de eleccion de los usuarios (entre EPS asi como entre los proveedores de las IPS que tienen convenios con las EPS's), que intenta promover la calidad a través de la competencia. Como es de esperar en el contexto de la seguridad social, no se permite a las EPS rechazar prospectos, cancelar afiliaciones unilateralmente, aplicar recargos, ni otro tipo de medidas discriminatorias a las personas. Existen, sin embargo, diversos copagos como medios de control de costos y financiamientos adicionales que dependen del salario de la persona. Con el fin de evitar crisis financieras en el aún joven sistema de las EPS, también se prevén periodos de espera para algunos tratamientos. Otra medida para salvaguardar la estabilidad de las EPS es la obligacion de reasegurar el costo del tratamiento correspondiente a un conjunto definido de enfermedades graves como el cáncer, la cirugía cardiaca, la neurocirugía, los traumatismos importantes, las enfermedades congénitas, la insuficiencia renal crónica, entre otros. En consecuencia, se ha creado un amplio mercado de seguros de exceso de pérdidas y como los aseguradores locales tienden a retener poco o ningún riesgo de reaseguro.

Además proporcionar la cobertura integral del POS, las EPS son responsables de permisos de maternidad, de invalidez temporal, de atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y de la promoción de la salud. Existen ciertas áreas de salud no cubiertas por las EPS, por ejemplo la vacunación, la prevención en el abuso de drogas, distintos tipos de accidentes de tráfico y catástrofes. Por otra parte cuentan con la plena libertad de vender seguros complementarios para cubrir servicios hospitalarios de mejor estándar, tecnología diagnóstica de punta, tratamientos en el extranjero, etc. Y que pueden adquirir únicamente aquellos que están afiliados con una EPS.

Debido a su diferente contexto histórico (por ejemplo la responsabilidad de las pensiones de sus empleados), los antiguos hospitales públicos de la seguridad social se encuentran hoy en una situación particular. Como estos hospitales se espera deben competir con otras IPS en la prestación del servicio, medio de una autonomía técnica y financiera, todo el sector público hospitalario está emprendiendo cambios destinados a mejorar su competitividad y contribuir a la cobertura de todo el territorio nacional, se observa aquí también cierta presencia de subsidios.

En 1995, comenzó la afiliación a las EPS. Desde entonces se han afiliado al sistema el 47% de una población total de 38 millones de personas, de los cuales el 66% de la población asegurada está incluido en el sistema contributivo. Esto muestra que la privatización del sistema de salud en Colombia, un proyecto muy ambicioso y único, se encuentra aún en un proceso de transición hacia una implementación completa. A pesar de ello, ha producido un cambio radical que involucra no solamente al antiguo sistema de seguridad social y a los proveedores de servicios de salud sino también a la industria del seguro.

C) Brasil

A pesar de que no se puede hablar realmente de una privatización como tal, vale la pena mencionar los cambios sufridos por el sistema de salud de Brasil. No se ha estipulado que las personas cubiertas por el sistema de seguridad social puedan optar por darse de baja de éste, pero recientemente se observan esfuerzos de índole política orientados a aliviar a la seguridad social, asegurando que los 40 millones de personas que cuentan con seguro de salud privado (adicional) reciban una cobertura realmente integral. Una de las motivaciones para ello es la situación crítica de los fondos del sistema de salud público SUS (Sistema Único de Saude), que no ha mejorado claramente, a pesar de las medidas tomadas para ello. Tales como el impuesto a las transacciones financieras que se introdujo hace varios años con objeto de obtener ingresos adicionales para el SUS.

La esencia del reciente paquete de reformas se encuentra en la adecuada supervisión de los proveedores (no aseguradores) de las coberturas de salud y en la obligación de otorgar una verdadera protección integral. Por razones históricas, las asociaciones proveedoras de servicios y otras compañías que ofrecen productos comparables a las pólizas de seguros, no han estado sujetas al mismo grado de supervisión. En la actualidad se aplicarán reglas de solvencia de constitución de reservas y de auditoría similares a las que aplican para compañías de seguros. El aumento de cobertura incluye el eliminar los límites superiores de ésta que se utilizaban en la duración de la hospitalización o de las estancias en unidades de cuidados intensivos, entre otras, así como la aceptación obligatoria de cualquier solicitante. Originalmente, todos los proveedores de coberturas de salud estaban obligados a ofrecer la alternativa entre una cláusula de exclusión de condiciones preexistentes durante dos años y la aplicación de un recargo.

Esta es una medida que ejemplifica el razonamiento político, que no siempre coincidió con el punto de vista de la industria aseguradora. De hecho, como no se utilizaban normalmente recargos en los seguros de salud de Brasil las compañías usualmente desconocían qué tipo de recargos aplicar, algunos aseguradores establecieron recargos exagerados sólo para evitar que los clientes contratasen esta opción. Consecuentemente, la medida ha sido aplazada. Otro ejemplo del impacto del razonamiento político es el requerimiento de que las primas deben ser niveladas para edades de más de 60 años, es decir pueden aumentar por inflación no por edad) y que las primas para este rango de edad más caro no pueden ser mayores de 6 veces la prima de grupo de costo menor. Ambas reglas han levantado críticas de los Actuarios de la industria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El raciocinio de estas medidas puede ser interpretado como una manera de liberar al sistema de seguridad social motivando a aquellos con coberturas privadas a no utilizar el SUS a pesar de seguir contribuyendo al sistema público y para inducir a que más personas confíen en el ahora bien supervisado sistema privado. Obviamente, la imposición de coberturas más amplias ha conducido a un aumento en las primas (incremento también sujeto a reglas específicas). Este aumento no parece haber originado la cancelación de coberturas privadas, aunque ha limitado de manera importante el crecimiento del nuevo negocio. En cierta medida, los proveedores deben absorber el aumento de costos a través de una reducción en sus márgenes y mediante la implementación de medidas más sofisticadas de control de costos. Generalmente, la reforma ha tenido menor impacto en las compañías de seguros puesto que ya estaban sujetas a reglas de supervisión de reservas, de solvencia, cálculo de primas y que generalmente ya ofrecían coberturas bastante integrales. Los grandes aseguradores también tenían mejor acceso a las técnicas de contención de costos managed care. En el caso de las compañías pequeñas y medianas, la reforma condujo a una mayor necesidad de transferencia de riesgos y asistencia, que puede ser cubierto por las aseguradoras y los reaseguradores profesionales capacitados.

1.4.2 PERSPECTIVA

Los cambios que se observan en algunos mercados como los que se han mencionado, confirman que la privatización de la seguridad social tiende a ser específica de cada país. Sin embargo, vale la pena analizar las experiencias externas al diseñar el sistema de un país, como lo demuestra la influencia colombiana en Perú. Aún aquellos países que no consideran la privatización, continúan reformando sus sistemas de salud porque la prestación de servicios de salud adecuados para todos los ciudadanos es un reto fundamental de todo gobierno. En consecuencia, la experiencia internacional resulta muy valiosa ya sea al participar en el diseño o reforma del sistema de salud de un país o al anticipar consecuencias de cualquier cambio previsto al sistema para la industria aseguradora¹³.

1.4.3 DISTINTOS MERCADOS – DISTINTOS PRODUCTOS

A nivel mundial, la variedad de productos del seguro de salud es enorme, debido principalmente a las diferencias que existen en la atención pública de la salud y a las actitudes de la población. Este grado de variación puede apreciarse al examinar diferentes mercados de salud: Estados Unidos, Canadá, Reino Unido y Alemania.

¹³ Titelman Daniel, Uthoff Andras, Jiménez Luis Felipe; Hacia una Nueva Seguridad Social en el Siglo XXI; Rev. Panam Salud Pública / Pan. Am. J Public Health, 2000, Vol. 8, No. 1-2:112-117.

A) Estados Unidos

Una de las innovaciones más recientes y controvertidas de Estados Unidos, ha sido la llamada atención administrada en el contexto de una reforma de la atención a la salud. Uno de los problemas básicos de EUA es que gran proporción de la atención a la salud disponible no es accesible a todos los ciudadanos. De hecho, hay marcadas diferencias en la expectativa de vida entre los diversos componentes de la población¹⁴.

El gobierno federal participa a través de diversas agencias, incluyendo el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Servicio de Salud Pública, el Centro para el Control de Enfermedades, la Oficina para la Prevención de Enfermedades y la Promoción de la Salud, así como otros departamentos federales.

Como nación federalizada el gobierno de Estados Unidos de Norteamérica ejerce sus funciones de una manera altamente descentralizada. No existe una Secretaría de Salud que desempeñe un papel central en el financiamiento y operación de los servicios. En su lugar hay agencias estatales, municipales o comunitarias, además del sector privado que ofrecen los servicios de salud. Muchas ramas del gobierno están involucradas en la provisión de servicios de salud a nivel federal, estatal o municipal. Sin embargo, la mayor parte de la atención médica en EUA es proporcionada por el sector privado, es decir empresas lucrativas y no lucrativas y opera un sistema de salud de manera permisiva tipo *laissez-faire*¹⁵.

EUA es el país que gasta más en servicios de salud. El porcentaje del producto interno bruto que destina a estos servicios es superior al de otros países industrializados, pero cabe señalar que el rubro de salud en el gasto público es menor que en los demás países.

Uno de los principales problemas a los que se enfrenta EUA es que gran parte de su población está amenazada por una interrupción en la cobertura del seguro de salud en caso de desempleo o cambio de empleo. Otro inconveniente es la hiperinflación que se presenta en estos servicios.

¹⁴ Daniel Titleman y Andras Uthoff, Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia, J. FCE, CEPAL, 2000

¹⁵ *Laissez – faire*: Término francés que significa "Dejarlos hacer" y que se utiliza en el ámbito político para denominar una política liberal con pocas regulaciones y restricciones.

Entre las innovaciones que se han dado en EUA recientemente en materia de salud está la llamada **atención administrada**, entendiéndose como tal un medio para proveer servicios de atención a la salud dentro de una red definida de prestadores de servicios a los que se otorga la responsabilidad de administrar y proporcionar atención médica de calidad y costo efectiva para una población designada. Una de las principales características de las organizaciones de atención administrada es la presencia de una red definida de proveedores. A éstos se les ofrecen incentivos para reducir los costos y para mejorar la calidad de los servicios. Entre las medidas implementadas para la contención de costos está el pago llamado **capitación**, en donde se remunera a los médicos con base en una cantidad fija por persona por mes. Se han logrado algunos avances en cuanto al control del gasto en servicios hospitalarios mediante la puesta en práctica de medidas tales como la segunda opinión quirúrgica y las revisiones de pacientes hospitalizados. No se ha prestado suficiente atención a los servicios ambulatorios, habiendo ahí un área de oportunidad para aplicar nuevas estrategias de control de costo y utilización. Las organizaciones de atención administrada no han hecho mucho por mejorar la calidad de la atención. Ha habido poco interés en el desarrollo de parámetros de calidad objetivos y cuantificables que permitan medir adecuadamente los resultados de la atención y el grado de satisfacción de los usuarios.

Los productos de la "atención administrada" operan dentro del sistema de seguros y por tanto compiten con los planes tradicionales de seguros. Los productos de seguros regulares han sido desplazados gradual pero consistentemente por las organizaciones de atención administrada. Las reformas realizadas en materia de salud en este país en los últimos años se centran casi exclusivamente en las Organizaciones de Conservación de la Salud (OCS o HMO por sus siglas en inglés), ya que la demanda de este tipo de atención se ha incrementado en forma considerable

Organizaciones de Conservación de la Salud (OCS) Estas organizaciones son responsables del financiamiento y la prestación de servicios de salud a una población definida y voluntariamente inscrita en el plan. Las OCS funcionan como aseguradora y prestador de servicios a la vez. Existen cinco modelos de OCS llamados de equipo, de práctica de grupo, de práctica individual, de contrato directo y de red, cuyas diferencias radican en el tipo de contrato existente entre los prestadores y la organización.

También podemos diferenciar a las OCS de acuerdo a la variedad de servicios que ofrecen, siendo las más comunes las que prestan servicios de manera integral aunque las de servicios únicos como podrían ser las especializadas en atención dental o salud mental, han tomado gran auge en los últimos años.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Organizaciones de Proveedores Preferidos (OPP) Este tipo de organización no ofrece un producto de seguro, se trata más bien de un acuerdo entre un grupo de médicos, hospitales y demás prestadores con el portador de un seguro o una empresa autoadministrada. Cada uno de los prestadores establece un contrato con la OPP mediante el cual acuerda regirse por ciertas reglas y procedimientos, además de aceptar formas específicas de reembolso. A los usuarios del servicio médico se les ofrecen incentivos como la reducción de deducibles y copagos para acudir con proveedores pertenecientes a esta organización. La ventaja de las OPP sobre las HMO es que los pacientes pueden elegir prestadores que no pertenezcan a la organización. Las OPP son contratadas por compañías de seguros, grandes empleadores, un tercero administrador o las propias OCS.

Las organizaciones de atención administrada (OAA) tienen el potencial de ofrecer servicios de la más alta calidad por primas menores que las compañías de seguros tradicionales. Esto ha impulsado a la mayoría de las aseguradoras a vender productos que combinen los servicios tradicionales con la atención administrada. Las OCS cubren al 15% de la población de EUA y los productos de atención administrada en su conjunto abarcan al 35% de la población. Entre los logros de las OAA se cuentan el que los empleadores paguen menos por empleado y que la tasa de utilización de servicios hospitalarios de sus usuarios sea menor que la del resto de la población. El crecimiento de las organizaciones de atención administrada no ha logrado contener el incremento del gasto nacional en salud.

B) Canadá

El sistema de atención a la salud de Canadá es materia de interés internacional. El estado de salud de los canadienses se encuentra entre los mejores del mundo. El sistema Medicare – universal, amplio, administrado públicamente y de aplicación general- ha logrado remover importantes barreras económicas para conseguir igualdad en el acceso a la atención. Este objetivo se ha alcanzado a un costo administrativo reducido, con restricciones mínimas sobre el público y los proveedores¹⁶.

Los cinco principios del Acta de Salud de Canadá son la base del sistema de salud en ese país. El acta decreta que todos los residentes de Canadá tienen acceso a servicios médicos y hospitalarios con base en la necesidad y no en la solvencia de pago definiendo las condiciones que las provincias y territorios deben satisfacer para recibir fondos del gobierno federal.

¹⁶ Solórzano Francisco Javier; El Sistema de Salud del Canadá y su Financiamiento; Rev. Panam Salud Pública / Pan. Am. J Public Health, 1977, Vol. 1, No. 3:180-185.

Los cinco criterios del Acta de Salud de Canadá son:

1. **Administración pública:** la administración del plan de seguro de salud de una provincia o territorio debe ser desarrollada de forma no lucrativa por una autoridad pública.
2. **Cobertura:** todos los servicios médicos necesarios provistos por hospitales o doctores deben estar asegurados.
3. **Universalidad:** Todas las personas aseguradas en el seguro de salud público de una provincia o territorio deberán estar cubiertas bajo los mismos términos y condiciones.
4. **Portabilidad:** la cobertura de los servicios asegurados debe mantenerse cuando el asegurado cambie de lugar de residencia y viaje dentro de Canadá o cuando viaje fuera del país.
5. **Accesibilidad:** el acceso razonable de los asegurados a servicios médicos necesarios no debe ser impedido por barreras financieras o de otro tipo.

El Acta de Salud de Canadá también contiene cláusulas que prohíben cargos extra o cargos al usuario. Los practicantes médicos o dentistas no harán cargos extra por servicios de salud asegurados bajo los términos del plan público de salud de la provincia o territorio. Los hospitales y demás prestadores no harán cargos extras al usuario por servicios de salud a asegurados siempre y cuando estén bajo los términos del plan público de salud de la provincia o territorio.

C) Reino Unido

En el reino Unido existe un sistema estatal de seguros de salud en el que está cubierta toda la población. Los médicos tienen status de empleados y el estado opera sus propios hospitales. El número de médicos y de hospitales es limitado. Dentro del sistema estatal de salud, las consultas de especialidades están controladas por médicos generales (GPs) empleados por el estado. Las enfermedades agudas son generalmente tratadas en hospitales estatales o por GPs, pero los tratamientos de enfermedades que no ponen en peligro la vida pueden verse postpuestos por meses. Por esta razón, resultan atractivas las coberturas privadas de salud porque permiten consultas privadas inmediatas con especialistas y un tratamiento oportuno en hospitales privados.

Algunos patrones contratan pólizas privadas de seguro de salud de grupo como prestación para sus empleados; la atención dental puede estar incluida dentro de los beneficios¹⁷.

¹⁷ La información contenida en los incisos C) Y D), se obtuvieron de: Fundación Mexicana para la Salud; "Innovaciones de los Sistemas de Salud: Una perspectiva Internacional"; Primera Edición, Ed. Médica Panamericana; México; 1995.

D) Alemania

En Alemania, el sistema público de salud proporciona cobertura obligatoria a los empleados que ganan menos de DM 6,375 mensuales. Para aquellos que están cubiertos bajo el sistema público, las compañías de seguros de salud ofrecen un número limitado de distintas coberturas complementarias para tratamientos hospitalarios o ambulatorios. Las personas con ingresos superiores a DM 6,375 mensuales así como los empleados independientes y los servidores públicos, pueden optar por salirse del sistema mediante la adquisición de pólizas individuales estándar que proveen beneficios generosos.

1.5 PANORAMA GENERAL

De entre todas las naciones que han mostrado claros avances en esta materia, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y Chile son las que más interesan a México debido a la cercanía geográfica y a los lazos e influencias políticas, económicas y sociales que dichos países tienen entre si.

Haciendo una comparación entre EUA y Canadá, el primero ha elegido el enfoque de la demanda de servicios mientras que el segundo (además de Japón, Alemania y el Reino Unido) tiene como eje de su sistema un concepto de oferta para dar acceso a los prestadores. Ambos difieren en dos áreas críticas.

La primera radica en la elección del proveedor por parte del paciente. Bajo el enfoque de la demanda de servicios, los pacientes tienen la posibilidad de elegir libremente médicos, hospitales y farmacias mientras que la oferta restringe las opciones. La segunda es la concepción del acceso universal e igualitario a la atención a la salud como parte integral de la formación de una nación solidaria. Los sistemas de salud en el enfoque de la demanda están diseñados para alcanzar la meta social a diferencia del concepto de la oferta que no puede producir un seguro universal de salud para su población.

Las experiencias internacionales enseñan que ni el estricto enfoque de la demanda de servicios ni el modelo de oferta generan los mejores resultados. El sistema de Canadá produce igualdad social y atención a la salud a bajo costo, pero padece de rigidez, centralización y respuestas inadecuadas a las demandas de los pacientes. Por otra parte, el sistema de EUA estimula las innovaciones y los servicios de alta calidad para aquellos que los pueden pagar, pero padece de costos elevados e inequidad. Debe existir un punto medio donde se pueda combinar lo

mejor de los enfoques de la demanda y oferta de servicios. El Reino Unido lo está intentando con el mercado interno. Probablemente EUA no se queda atrás en la adopción de políticas generales de oferta de servicios para reducir el sistema de salud y aún así conservar la libertad de elección y algo de competencia.

De acuerdo al comunicado de prensa N° 114 de la presidencia de México, publicado el 16 de agosto de 2001, México y Chile, firmaron una Carta de Intención con el propósito de iniciar negociaciones que lleven al establecimiento de un acuerdo de cooperación en la materia. La Carta de Intención suscrita hoy en esta ciudad se basa en la importancia que para las dos naciones tiene abordar los problemas y asuntos de salud pública de interés mutuo, como la cooperación bilateral para la prevención y el control de enfermedades, así como acciones de promoción de la salud.

El compromiso establecido es mejorar el estado de la salud de sus respectivos habitantes, con la consideración de que ello representa un componente esencial para el bienestar y el desarrollo de cada nación. En la firma de esta Carta de Intención se consideró el deseo de promover una mayor comprensión y mejores relaciones futuras en materia de salud pública.

El contenido de este documento indica que las partes establecerán conjuntamente los ámbitos de cooperación en el campo de la salud pública sobre bases de igualdad y beneficio mutuo. Del mismo modo, definirán de común acuerdo las materias específicas de cooperación tomando en cuenta las experiencias que científicos y especialistas mexicanos y chilenos han logrado en materia de salud pública y particularmente en lo referente a protección financiera.

Concluyendo, Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, Chile y México presentan situaciones distintas en cuanto al Sector Salud se refiere. Mientras que en Estados Unidos de Norteamérica el Sistema de Salud es muy abierto y permite la libre competencia entre el sector privado y el público, en Canadá, el Estado es el encargado de proporcionar y administrar los servicios médicos a toda su población y ha mostrado ser muy eficiente en dicha tarea.

Por otro lado, Chile, con la introducción de las ISAPRE en 1981, experimentó una gran mejoría en cuanto a bienestar social se refiere y pudo ver como la interacción entre el Estado y el sector privado ayudaba a dar frente a la demanda de servicios médicos; no obstante, en la actualidad esta nación está sufriendo un retroceso debido a la mala intervención del gobierno y a la crisis económica por la que atraviesa.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En lo concerniente a México, éste se encuentra en un proceso de transición en el que se busca encontrar una solución para cumplir con la demanda de servicios médicos a través de la participación del sector privado de manera conjunta y equilibrada con el sector público, ofreciendo un plan de servicios integrales administrado por las ISES, así en el siguiente capítulo se explicará la problemática actual que enfrenta la población mexicana en esta materia .

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO II
ISES, UNA OPCIÓN EN SALUD

2.1 PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

2.2 CRITERIOS DE ACCESIBILIDAD

2.3 FINANCIAMIENTO

2.3.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO

2.3.2 FONDOS DE FINANCIAMIENTO

2.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.4.1 HACIA UNA CUOTA FIJA EN EL IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2 ISES, UNA OPCIÓN EN SALUD

El principal problema del sistema de salud, según los usuarios de los servicios, lo representa los altos costos. Como resultado de ello, es frecuente observar que los pacientes opten por postergar la atención médica e incluso, en situaciones extremas, deciden renunciar a la misma. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud¹⁸, El 16% de la población posterga la atención médica a causa de los costos. De éstos, quienes postergan más frecuentemente la atención médica son los discapacitados (36%) y los mayores de 65 años (35%). Por otra parte, la misma encuesta revela que el 3% renuncia por la misma razón.

El problema de la postergación o renuncia por altos costos se grava cuando se trata de atención médica de especialidad. El 21% de la población encuestada señala haber tenido problemas para pagar los servicios del médico y los gastos derivados de la estancia hospitalaria y uno de cada tres (31%), haber tenido que efectuar recortes en el gasto familiar para poder cubrir los costos de atención médica. Conforme a lo esperado quien restringe más los gastos por causa de la atención médica es la población de menores ingresos (35%), los que viven en zonas rurales (44%), las personas cuyo estado de salud es malo (42%) y los hospitalizados (43%).

Así, el gobierno mexicano, consciente de que un sistema de salud moderno debe garantizar que los esquemas de financiamiento sean justos y protejan a toda la población contra gastos excesivos, a través del Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, se planteó los siguientes lineamientos en materia de protección financiera:

- Promover en todos los segmentos de la población, la cultura del pago anticipado para cubrir los costos de la atención en salud.
- Ofrecer acceso a todas las familias mexicanas, sin importar su nivel de ingreso, a algún esquema de protección financiera que les garantice atención médica oportuna y de calidad.
- Constituir el Seguro Popular de Salud como nuevo seguro público que ofrezca protección financiera a la población sin acceso a servicios de salud de la seguridad social.
- Reducir el número de familias que enfrentan dificultades financieras al momento de pagar por la atención a su salud.

¹⁸ FUNSALUD, 2000

Los esquemas de prepago privado, objeto principal del presente estudio, ofrecidos por las ya mencionadas ISES, son resultado de una oportunidad de negocio percibida por empresas que ofrecen planes que privilegian la atención preventiva sobre la curativa. Esta alternativa de aseguramiento supone que es rentable ofrecer atención básica a toda la población asegurada en lugar de ofrecer atención curativa a algunos.

Por el lado de la demanda, los seguros de salud surgen como resultado del interés de las familias por adquirir planes integrales que no solo cubran los gastos médicos mayores sino amplíen los servicios a prevención, consultas, estudios clínicos y pruebas de laboratorio e incluso medicamentos.

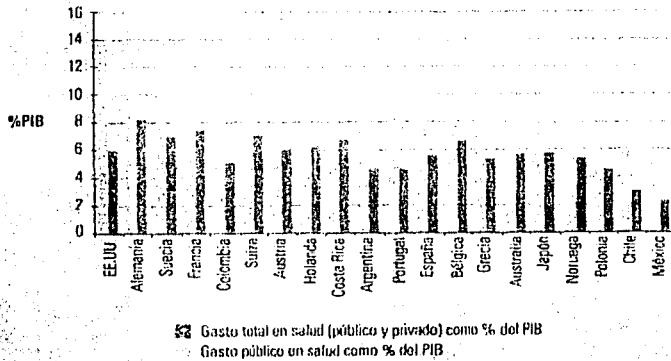
Antes de analizar el costo real de un plan integral de salud y determinar el tipo de población que tendrá acceso a los mismos, es importante definir: como se da la prestación de los servicios de salud en México, los principales criterios de accesibilidad y el financiamiento de los mismos.

2.1 PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS

Actualmente en México, la prestación de los servicios de salud se divide en dos sectores, a saber, el sector público y el sector privado.

GRÁFICA 2.1

Gasto en salud como porcentaje del PIB



Fuente: Programa Nacional de Salud 2001-2006.

El **sector público**, al que México destina el 3.1% del 5.6% que corresponde al gasto en salud sobre el Producto Interno Bruto (PIB), como se muestra en la gráfica 2.1, está conformado por las instituciones que prestan servicios de atención Médica y salud pública como la Secretaría de Salud, las agencias de seguridad social y los servicios de salud de las entidades federativas y de asistencia social, está conformado por una serie de instituciones que proveen servicios a diferentes tipos de población:

A) Las llamadas instituciones de servicios a población abierta proveen atención médica y asistencia social a aquella población que no está involucrada en relaciones formales de trabajo; y por lo tanto, no tiene acceso a instituciones de Seguridad social. Su principal fuente de financiamiento son los presupuestos federal y estatal. La secretaria de Salud (SSA), es el órgano rector de todo el sector salud y es la principal encargada de proveer servicios de salud a la población abierta. Los institutos nacionales de salud y el programa IMSS – SOLIDARIDAD son también instancias que prestan servicios de salud a esta misma población. Este último organismo presta servicios a 16 estados de la república, es financiado con fondos federales y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Los servicios de salud de los estados, financiados con fondos del presupuesto estatal, son también dirigidos a la población abierta. Los Servicios de salud del Departamento del Distrito Federal son los servicios más importantes dentro de estos últimos, dada la cantidad de recursos y de demandas que atiende¹⁹.

Las Instituciones de asistencia social son el Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia(DIF), el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) y los centros de integración juvenil.

B) El otro grupo de instituciones del sector público lo conforman las instituciones de seguridad social, que prestan servicios a la población que tiene una relación laboral formal con alguna empresa productora de bienes y servicios. Su financiamiento puede ser bi o tripartita. Dentro de ellas, destacan el IMSS(la más importante de ellas por la cantidad de asegurados, el número de empleados y los recursos físicos, materiales y financieros) y El ISSSTE, se cuenta también con las instituciones de seguridad social para los trabajadores de 13 estados de la república, el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México ISSFAM, los servicios de Salud de la Marina Nacional (SSMARINA) y los Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos SSPEMEX. Estos últimos se encuentran ya en proceso de privatización.

El Instituto Mexicano del Seguro Social²⁰ (IMSS), considerado como uno de los más importantes por representar la base de la seguridad social en México, tiene como finalidades garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar social y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento con los requisitos legales, será garantizada por el Estado. A efecto de cumplir con tal propósito el Seguro Social comprende el régimen obligatorio y el régimen voluntario. El régimen obligatorio cuenta con cinco ramos de seguro que se financian con contribuciones provenientes de los patrones, el Estado y los propios trabajadores.

¹⁹ Miranda Ocampo Raúl, Salvatierra Izaba Benito, Vivanco Cedeño Bertha, et al.; Inequidad de los Servicios de Salud a Población Abierta en México; Salud Pública de México 1993; Vol. 35, No. 6:576-584

²⁰ Marco Jurídico, www.imss.gob.mx Mayo, 2002.

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

El seguro de **Enfermedades y Maternidad** brinda la atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria necesaria al trabajador y su familia. Además, otorga prestaciones en especie y en dinero que incluyen, por ejemplo: ayuda para lactancia y subsidios por incapacidades temporales.

El seguro de **Riesgos de Trabajo** protege al trabajador contra los accidentes y enfermedades a los que está expuesto en ejercicio o con motivo del trabajo, brindándole tanto la atención médica necesaria, como protección mediante el pago de una pensión mientras esté inhabilitado para el trabajo, o a sus beneficiarios en caso de fallecimiento del asegurado.

El seguro de **Invalidez y Vida** protege contra los riesgos de invalidez y muerte del asegurado o del pensionado por invalidez cuando éstos no se presentan por causa de un riesgo de trabajo mediante el otorgamiento de una pensión a él o sus beneficiarios.

El de **Retiro, Cesantía en Edad Avanzada y Vejez** es el seguro mediante el cual el trabajador cotizante ahorra para su vejez, y por tanto, los riesgos que cubre son el retiro, la cesantía en edad avanzada, la vejez del asegurado, así como la muerte de los pensionados por este seguro. Con la contratación de este seguro, el trabajador tendrá derecho a una pensión, asistencia médica, y las asignaciones familiares y ayuda asistencial que correspondan al cubrir los requisitos que marca la Ley.

Finalmente, el **seguro de Guarderías y prestaciones sociales** otorga al asegurado y sus beneficiarios los servicios de guarderías para sus hijos en los términos que marca la Ley, y proporciona a los derechohabientes del Instituto y la comunidad en general prestaciones sociales que tienen por finalidad fomentar la salud, prevenir enfermedades y accidentes y contribuir a la elevación general de los niveles de vida de la población mediante diversos programas y servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otra de las Instituciones de gran importancia es el Instituto de Seguridad de Servicios Sociales de Trabajadores del Estado²¹ (ISSSTE), fundado en 1959, cuya misión es contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los siguientes servicios:

Médico. Medicina preventiva; seguro de enfermedades y maternidad y seguro de rehabilitación física y mental.

Prestaciones económicas, sociales y culturales. Seguros de riesgo de trabajo, de jubilación, de retiro por edad y tiempo de servicio, de invalidez, de muerte, de cesantía en edad avanzada; préstamos, sistema de ahorro para el retiro, servicio de atención para el bienestar y desarrollo infantil, servicios integrales de retiro a jubilados y pensionados, actividades culturales, deportivas y recreativas y servicios funerarios.

Vivienda. Préstamo hipotecario y financiamiento en general para vivienda.

Servicios turísticos. Servicios turísticos con promociones y precios especiales, a fin de fomentar el esparcimiento, la recreación, la cultura, la convivencia, la integración familiar y el mejor aprovechamiento del tiempo libre.

Ahora bien, el **sector privado** al cual puede acudir cualquier persona con capacidad de pago, de acuerdo a la gráfica 2.1, capta tan solo un 2.3% del 5.6% que corresponde al gasto en salud sobre el Producto Interno Bruto (PIB), esta formado por una gran diversidad de prestadores de servicios que trabajan, en su mayoría, sobre una base lucrativa, en consultorios, clínicas ambulatorias, hospitales y unidades de medicina tradicional.

El diario oficial de la Federación define al **sector privado** como el conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en salud con bienes de propiedad particular. En él se incluyen tanto a las instituciones como a los individuos que realizan actividades con un carácter lucrativo, como a las instituciones e individuos que desarrollan actividades no lucrativas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

²¹ Normas y Leves, www.issste.gob.mx, Mayo, 2002

Aquí se incluye pues un grupo heterogéneo de personas físicas y morales que trabajan dentro de la medicina tradicional, las terapias alternativas, la atención ambulatoria, las clínicas, los hospitales y las compañías aseguradoras.

Resumiendo, se puede decir que el sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada – alrededor del 40 por ciento del total de la población - en su mayoría pobres del campo y la ciudad. Las agencias más importantes de este componente son la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad.

El segundo componente es la seguridad social, que se encarga de prestar atención a más de 50% de la población: el Instituto Mexicano del Seguro Social tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de economía; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto mismo ocurre con los trabajadores de Petróleos Mexicanos.

El tercer componente es el sector privado, el cual debería de atender al 10 por ciento de la población. Sin embargo, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21 por ciento de los derechohabientes de la Seguridad Social y alrededor de 28 por ciento de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado.

2.2 CRITERIOS DE ACCESIBILIDAD

Toda sociedad debe elegir el modelo de sistema de salud al que aspira. En el fondo de esta decisión se ubica un asunto de fundamental importancia política y ética, los criterios que determinan el acceso de la población a la atención, los cuales se derivan directamente de los valores que guían al sistema de salud. Existen cuatro criterios centrales²²: poder de compra, pobreza, prioridad socialmente percibida y ciudadanía. Las características de cada uno de ellos se resumen en la figura 2.1 Dado que los recursos siempre son escasos en comparación con las necesidades, la decisión de qué criterio seguir tendrá gran influencia sobre la distribución de los beneficios de la atención. Esta es una de las cuestiones más importantes en la formulación de las políticas de salud.

²² FUNSALUD, Bases Doctrinarias de la Reforma en Salud, México, 1994

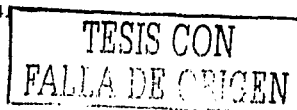


FIGURA 2.1: BASES PARA DEFINIR EL ACCESO DE LA POBLACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD

criterio	Expresión Institucional	Mecanismo de racionamiento
Poder de Compra	Mercado no regulado	Precio
Pobreza	Asistencia Pública	Barreras burocráticas
Prioridad Socialmente Restringida	Seguro Social Restringido	Exclusión social
Ciudadanía	Sistema Universal de salud	Costo y Efectividad

Fuente: Bases Doctrinarias de la Reforma en Salud, FUNSALUD, México, 1994

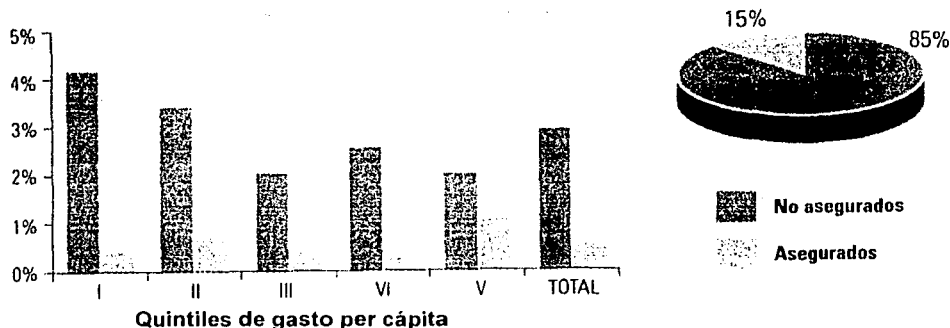
Poder de compra: El primer criterio es el poder de compra, el cual determina el acceso a los servicios en el mercado privado cuando la regulación y el financiamiento públicos son débiles. Su base ética es que los servicios de salud no son diferentes a otros satisfactores que forman parte del sistema general de recompensas, al cual se accede por medio del ingreso monetario. En este caso, el mecanismo para racionar los servicios es el precio.

Este criterio se enfrenta a múltiples imperfecciones de los mercados privados de servicios y seguros de salud. Tales imperfecciones han conducido, en casi todos los países del mundo, a la mediación del estado. Más aún dado que los beneficios de la atención a la salud son sociales, se justifica diseñar mecanismos para que los costos también se distribuyan entre los miembros de la sociedad. Por su complejidad y su valor político, estos mecanismos casi siempre involucran la participación del Estado y son la base de los restantes tres criterios de acceso a los servicios de salud.

Pobreza: Considerada como un factor de riesgo sumamente importante ya que, por sí misma, contribuye al deterioro de la salud de la población. Como se aprecia en la gráfica 2.2, los gastos de bolsillo (descritos posteriormente), tienden a ser mayores, como porcentaje del ingreso total, en los hogares más pobres, que por supuesto son aquellos que los realizan por necesidad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingreso – Gasto de los Hogares 2000, el 85% de las familias que incurren en gastos catastróficos en salud no están aseguradas por alguna institución de seguridad social.

TECIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRÁFICA 2.2



Fuente: Estimación FUNSALUD, con base en el ENIGH 2000

Según este criterio, la atención a la salud se distribuye a quienes demuestran indigencia o necesidad financiera. En México, como en la mayor parte de América Latina, este criterio ha tomado cuerpo en el concepto, hoy obsoleto, de la asistencia pública, cuyas instituciones típicas han sido ministerios de salud convencionales. Lejos de establecer una obligación pública el fundamento del criterio de pobreza es el interés político y la responsabilidad moral del Estado por ayudar a los grupos más vulnerables de la sociedad y de esta manera proteger también a los demás. Como mecanismo de racionamiento este criterio suele generar barreras burocráticas, incluyendo los procedimientos para establecer la necesidad financiera, las colas en espera del servicio, los horarios restringidos y el mal trato de los usuarios.

Prioridad Socialmente Restringida: La asignación de servicios de salud según el criterio de prioridad socialmente percibida ha dado lugar al desarrollo de las instituciones de seguridad social en México y en otros países. El nombre de éste criterio deriva del hecho de que beneficia únicamente a ciertos grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios, sea porque tienen algún mérito especial o porque ocupan una posición estratégica (por ejemplo, los trabajadores de las empresas privadas, los servidores públicos o los miembros del ejército). Una vez reconocida la prioridad de tales grupos, el Estado establece una contribución financiera obligatoria a sus integrantes, a los empleadores y aun al propio estado. Esta contribución especial no solo asegura el financiamiento de los servicios sino que además define un derecho a la atención de la salud, si bien únicamente para grupos limitados de la población. Así pues el mecanismo de racionamiento es la exclusión de otros grupos sociales.

Hasta ahora, el sistema de salud mexicano se ha caracterizado por la aplicación simultánea de los tres criterios descritos, es decir, poder de compra, pobreza y prioridad social. Cada uno ha dado lugar a un sector institucional diferente, a saber: el sector privado, la asistencia pública y la seguridad social, respectivamente. A su vez, cada uno de estos sectores se ha ocupado con notoria desigualdad de recursos, de algún subgrupo de la población, a pesar de lo cual ha persistido un segmento importante de habitantes que no es protegido por ninguno de los subsistemas.

El Principio de Ciudadanía: Las inequidades a que han dado lugar los criterios anteriores han hecho necesario el desarrollo de una nueva forma de distribuir la atención a la salud, con la finalidad de cerrar la brecha entre sus beneficios potenciales y el acceso real de la población a ellos. Este nuevo principio es el de ciudadanía. Representa un salto cualitativo respecto a los anteriores, pues es el único que por definición no se restringe a algún grupo en particular, sino que tiene vigencia universal al incluir a todos los residentes de un país. Ello no significa que este principio carezca de un mecanismo de racionamiento.

La diferencia es que ahora dicho mecanismo deriva de la evidencia sobre el costo y la efectividad de los servicios, de conformidad con el principio de universalidad modificada. Si realmente se considera a la protección de la salud como un derecho, la efectividad y los costos se convierten en los únicos criterios éticamente válidos y socialmente aceptables de distribuir los servicios para lograr el máximo bien común.

Para aminorar la incertidumbre inherente a la pérdida de la salud, compensar algunas imperfecciones del mercado y garantizar el acceso universal a servicios costo-efectivos, el criterio de ciudadanía echa mano del principio de solidaridad, que también se discutió antes. En efecto, la incertidumbre ante la pérdida de la salud se puede abordar agregando los riesgos individuales por medio de los seguros médicos.

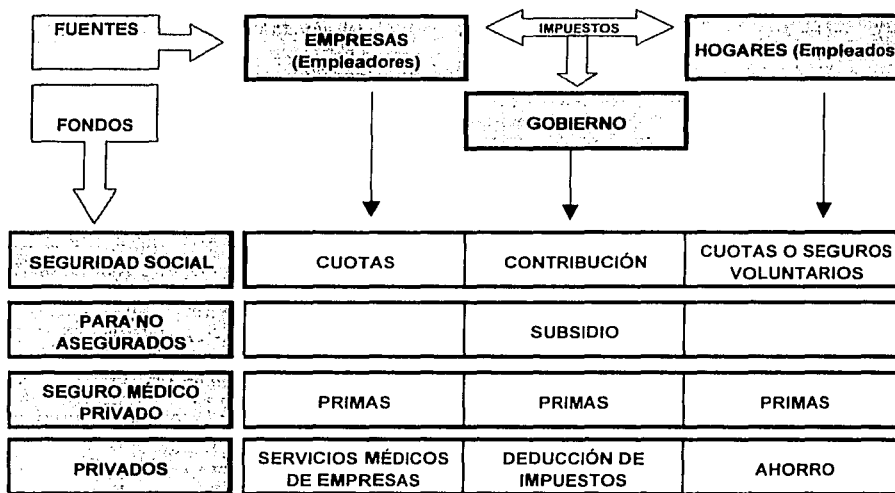
Esta agregación de riesgos los vuelve predecibles, mediante cálculos actuariales, para la colectividad de asegurados, con lo cual se puede administrar la incertidumbre al lograr la solidaridad de los sanos para con los enfermos. A fin de alcanzar una masa crítica de asegurados y de evitar la selección adversa que acompaña a los seguros voluntarios el Estado suele imponer un grado de obligatoriedad al aseguramiento. Su expresión más acabada son los seguros sociales con cobertura universal, donde toda la población queda cubierta. La obligatoriedad también sirve para contrarrestar la tendencia de muchos individuales a subestimar sus propios riesgos. Se elimina así la probabilidad de que una persona tenga que enfrentar gastos catastróficos para atender a su salud o la de sus familiares.

Este nivel de obligatoriedad es perfectamente compatible con el tercer principio rector que se propuso anteriormente: la libertad de elegir al prestador primario de servicios. La combinación de un sistema universal donde todos están protegidos al tiempo que pueden elegir al prestados parece sintetizar las aspiraciones de muchas sociedades modernas en la búsqueda de la salud

2.3 FINANCIAMIENTO

Una vez definido el acceso a los servicios de salud y las opciones que la población mexicana tiene para acceder a ellos, se explicará a continuación cuales son las instancias que proveen los recursos financieros para las distintas actividades de la atención de la salud y que se conocen como fuentes de financiamiento, así mismo se definirán los receptáculos que concentran los recursos financieros y organizan la distribución a las Instituciones prestadoras de servicios: que son las unidades operativas que ejercen el gasto, manejan los servicios de atención y están directamente en contacto con la población, a los que se les denominan como Fondos de Financiamiento. Para esquematizar este flujo se muestra la figura 2.2

FIGURA 2.2: DINÁMICA DE LOS RECURSOS DE FUENTES A FONDOS DE FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD MEXICANO



Fuente: Modificación de "El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México", FUNSALUD, 1997.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

2.3.1 FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Las aportaciones de las fuentes conforman la totalidad del gasto en salud, que muestra la disponibilidad y la capacidad social para financiar los servicios. Atendiendo a su definición, las fuentes de financiamiento son unidades económicas que se agrupan en empresas - lucrativas y no lucrativas- hogares y gobierno²³.

Como se observa claramente en la figura 2.2, desde su origen, existe una mezcla de financiamiento público y privado para los servicios de salud, que se expresa en una fuente pública (gubernamental) y dos fuentes privadas (empresas y hogares).

Gobierno: Los ingresos del gobierno provienen principalmente de los impuestos, de sus recursos propios y de los recursos del exterior, de ahí que exista una clasificación, según la procedencia de los recursos, en fuentes internas y externas. Las fuentes internas canalizan recursos del país, si los recursos proceden del extranjero son denominadas externas. Se observa que a medida que un país se desarrolla pesa más como forma de financiamiento el apoyo gubernamental interno que la ayuda externa.

En el esquema de análisis anterior se señalan cinco flujos financieros que permiten medir el monto de las fuentes gubernamentales. El primer flujo está determinado por las contribuciones del gobierno a los fondos de seguridad social. El segundo corresponde al subsidio del gobierno a los fondos para la gestión en salud de las personas no aseguradas. el tercero muestra las aportaciones gubernamentales como pago de primas de aseguramiento en el sector privado y el cuarto y quinto representan la aportación expost que el gobierno hace a las empresas y hogares al permitir la deducción de gastos médicos sobre el pago de impuestos Todos estos montos deben ser registrados en el SCNS

La política pública en salud se expresa entre otras cosas en el monto del financiamiento gubernamental que se canaliza hacia el sector. Estas erogaciones forman parte de la inversión en capital humano.

Empresa: En el análisis se incluyen tres flujos financieros que muestran la magnitud de las aportaciones de las empresas como fuente de financiamiento; El primero se expresa en las cuotas patronales a los sistemas de seguridad social, el segundo corresponde a los gastos directos de los servicios médicos de las empresas y el tercero a las erogaciones efectuadas por las empresas para sufragar los gastos de aseguramiento privado de su planta laboral.

²³ FUNSALUD, *Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios*, México, 1994.

En México el financiamiento de los servicios de salud para los trabajadores por parte de las empresas es anterior al inicio de la operación de la seguridad social. Sin embargo es a partir de la creación del IMSS que se generaliza la contribución patronal a estos servicios.

Hogares: Se han considerado cuatro flujos financieros que permiten estimar la importancia del hogar como agente financiero el primero de ellos está constituido por lo que se ha denominado ahorros que forman parte del ingreso neto del hogar o fondo de consumo y que se destinan a los gastos de atención a la salud, pueden constituir valores negativos o desahorros cuando el gasto es superior a los ingresos, el segundo y tercer flujos lo conforman las aportaciones a los sistemas de seguridad social, que podrán ser resultado de las contribuciones obligatorias de los trabajadores a los sistemas de aseguramiento o las erogaciones incorporadas a formas de seguro voluntario en las instituciones de seguridad social. El cuarto flujo se expresa en los gastos que realizan los hogares para financiar sistemas privados de aseguramiento.

2.3.2 FONDOS DE FINANCIAMIENTO

Los recursos aportados por las fuentes se concentran en los fondos financieros, entidades cuya función es, como se expresó anteriormente, integrar y acumular los recursos para lograr economías de escala y luego asignarlos a las instituciones prestadoras de servicios para su operación. Entre el momento en que se recibe el financiamiento y aquel en que se asigna, puede transcurrir un lapso importante, durante el cual el valor adquisitivo de los recursos se afecta; por ello es importante que los fondos financieros pongan en práctica medidas especiales de inversión a fin de conservar la capacidad de compra de los recursos que se concentran y si es posible incrementarlos proporcionalmente²⁴.

En los países que no cuentan con un sistema nacional de servicios de salud y en los que existen instituciones que agregan e integran recursos para el financiamiento de los servicios de salud de asegurados, no asegurados y del sector privado, como es el caso de México, se detectan cuatro tipos de fondos que pueden funcionar con distintas formas de administración:

- a) Los fondos de la seguridad social, que captan y distribuyen sus recursos entre las ramas de aseguramiento y otorgan prestaciones específicas en dinero o especie a la población derechohabiente.
- b) Los fondos orientados al financiamiento de la atención de la población no asegurada, que en algunos países se denomina población abierta, categoría en la que se ubica a la población no afiliada a la seguridad social o indigente.

²⁴ FUNSALUD, El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México, México, 1997.

- c) Los fondos privados propios del seguro voluntario y del prepago que integran las primas y los recursos captados por estas instancias.
- d) Los fondos privados para gastos de bolsillo que incluyen recursos dispersos, atomizados en los hogares, en empresas lucrativas, en la asistencia privada y en empresas no lucrativas. En los gastos de los hogares si bien existen como recursos para solventar demandas no previstas, más bien constituyen fondos virtuales ligados al consumo y que generalmente presentan por su origen individual una capacidad muy limitada para erigirse como un pilar sólido para el financiamiento de la salud de la población de un país.

La combinación entre las fuentes de financiamiento ya sean públicas o privadas, trae como resultado una gran variedad de opciones para la prestación de los servicios (ver figura 2.3). Así la población derechohabiente, de manera individual, podrá seleccionar la que prefiera de acuerdo a su capacidad de pago. A nivel macro, como empresa, también se muestran oportunidades de crecimiento y fortalecimiento del sistema de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

FIGURA 2.3: COMBINACIONES PÚBLICO – PRIVADAS EN EL FINANCIAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS

		PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
		PÚBLICA	PRIVADA
COMBINACIONES PÚBLICO – PRIVADAS EN EL FINANCIAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES DE SALUD			
FINANCIAMIENTO PÚBLICO	<p>Financiamento Público y prestación de servicios Públicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nuevas formas de incorporación de la seguridad social. • Canalización de los fondos públicos específicos para determinadas acciones. • Fondos de Solidaridad. • Cobro a nivel socioeconómico alto para los pacientes no referidos por un nivel inferior, excepto urgencias. • Cobro diferencial según: <ol style="list-style-type: none"> a) Nivel Socioeconómico b) Tipo de unidad médica c) Tipo de localidad d) Tipo de servicio 	<p>Financiamento Público y prestación de servicios Privados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subrogación al sector privado. • Privatización de áreas o funciones. • Subrogación a medicina tradicional. • Subrogación del parto a parteras empíricas. • Subsidios a instituciones de beneficencia. • Comodato. 	
FINANCIAMIENTO PRIVADO	<p>Financiamento Privados y prestación de servicios Públicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención de demandas del sector privado a precios de mercado sin subsidio en instalaciones del sector público. • Cobro a precios de mercado sin subsidio por lujos a derechohabientes y personas atendidas en instituciones de Salud públicas. • Apoyo con hospitalización en instituciones públicas a la microempresa médica privada de primer nivel de atención. • Subrogación al sector público de demandas de atención privadas. • Renta a particulares de instalaciones públicas. 	<p>Financiamento Privados y prestación de servicios Privados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguro médico privado. • Desarrollo de alternativas de financiamiento como el prepago. • Desarrollo de la medicina tradicional. • Desarrollo de las cooperativas médicas y la microempresa médica. • Desarrollo de las Instituciones de beneficencia. 	
COMBINACIONES PÚBLICO – PRIVADAS EN EL FINANCIAMIENTO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO PERSONALES DE SALUD			
FINANCIAMIENTO PÚBLICO	<p>Financiamento Público y prestación de servicios Públicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de sistemas de información de rutina y encuestas. • Desarrollo de investigaciones. • Formación de recursos humanos. • Impuestos específicos para determinadas acciones: <ol style="list-style-type: none"> e) Contaminación ambiental f) Promoción de la salud g) Regulación sanitaria h) Desarrollo comunitario 	<p>Financiamento Público y prestación de servicios Privados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Subrogación de monitoreo de sistemas de información al sector privado. • Apoyo de investigaciones en el sector privado con fondos públicos. • Becas para la formación de recursos humanos. • Incentivos al sector privado para promover acciones de salud. • Apoyo de instituciones públicas a sociedades civiles privadas para el fomento a la salud en actividades no personales. 	
FINANCIAMIENTO PRIVADO	<p>Financiamento Privados y prestación de servicios Públicos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo del sector privado para el desarrollo de investigaciones en instituciones del sector público. • Apoyo del sector privado para el desarrollo de sistemas de información y encuestas en el sector público. • Becas del sector privado para la formación de recursos humanos en instituciones públicas. • Donaciones contra acciones específicas como contaminación, promoción de la salud o desarrollo comunitario. 	<p>Financiamento Privados y prestación de servicios Privados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de la industria ecológica. • Investigación privada sobre contaminación ambiental, promoción a la salud, regulación sanitaria, etc. • Formación de Recursos Humanos en el sector privado. • Acciones de la sociedad civil contra la contaminación. 	

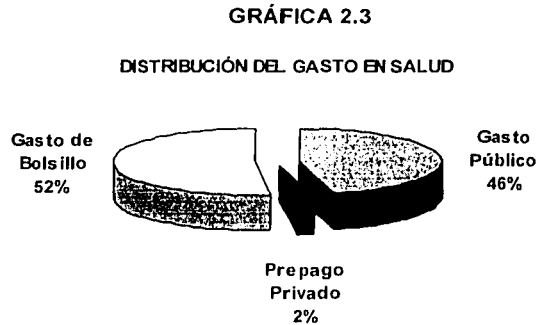
Adaptado de Bennetts. *The mystique of markets: public and private health care in developing countries*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, y Frenk J. La integración de la prestación de los servicios de salud. *Salud Pública de México*. 1992;34(Supl):85-104.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente en México la población que trabaja en el Sector Privado está afiliada al Seguro Social, pagando una cuota mensual por el mismo, sin embargo algunos no hacen uso de los servicios médicos, entre otros, por la mala calidad de los mismos, esto la obliga a protegerse con coberturas alternativas como son los Seguros de Gastos Médicos Mayores, adicionalmente, la población absorbe todos aquellos gastos por servicios médicos que no rebasan los límites establecidos en los seguros para ser susceptibles al reembolso, lo que significa que se están pagando tres veces el mismo servicio, a continuación se analizará la situación real de uno de los principales problemas²⁵, a saber *“El gasto de bolsillo”*.

Actualmente, más del 50% del gasto total en salud es gasto privado y más del 90% del mismo se realiza a partir de pagos directos, conocidos comúnmente como "gasto de bolsillo". En primer lugar, este gasto implica que la familia tiene que enfrentar individualmente el gasto, sin la existencia de un esquema solidario entre ricos y pobres o sanos y enfermos.



Fuente: SSA, Protección Financiera Salud, Méx, 2002

Al no pagar de manera anticipada, la familia no tiene control del gasto que pueden representar las complicaciones de algún padecimiento. Adicionalmente, el gasto de bolsillo aparece en momentos en donde no es posible buscar mejores alternativas de precio en virtud de la condición de salud del paciente y por último, la persona que requiere atención médica deja de recibir ingresos por su estado de salud, lo cual puede empeorar la condición financiera de la familia, llegando incluso a sacrificar su patrimonio.

²⁵ SSA, Programa de Acción: Protección Financiera en Salud, México, 2002.

Como consecuencia del alto porcentaje que representa el gasto de bolsillo dentro del gasto total en salud, se estima que cada año entre 2 y 3 millones de familias enfrentan gastos catastróficos²⁶ en salud y 1.2 millones cruzan la barrera de la pobreza por esta misma causa²⁷.

Un sistema de salud que base su financiamiento preferentemente en el fondo destinado a gastos de bolsillo no podrá financiar gastos médicos mayores ni tener un carácter previsional y mantendrá a grandes sectores de la población en condiciones de alto riesgo y bancarota, resultante de gastos en salud catastróficos. Esta situación expresa una baja inversión social en capital humano. Más aún como la población esta en riesgo permanente de enfermarse, para solventar sus demandas de atención a la salud debe hacer uso de recursos destinados al consumo de otros bienes y servicios básicos. Por lo tanto en la práctica sustituye sus patrones de consumo cotidianos y se ve en la disyuntiva de comer o atenderse. El esquema que se basa en este fondo de aseguramiento, es preponderantemente curativo, inoportuno y muchas veces ineficaz para solucionar los problemas que se agudizan entre las personas que disponen de menor capacidad de consumo.

El gasto de bolsillo lo realizan familias con y sin acceso a servicios de salud de la seguridad social. A pesar de ser derechohabientes, muchas familias pagan de su ingreso y de manera adicional por atención médica y por si fuera poco, también cuentan con seguros de gastos médicos mayores. Las razones son diversas y van desde la compra de medicamentos en farmacias privadas debido al desabasto institucional, hasta el pago por atención en hospitales privados que ofrecen comodidades que por su naturaleza, no existen en los hospitales públicos, así los pagos de bolsillo son en ocasiones por elección y otras por necesidad.

Los gastos de bolsillo que realiza la población con capacidad de pago limitada, son por demás preocupantes. Dado su nivel de ingreso, estas familias no deberían incurrir en gastos de bolsillo que vulneran aún más su condición económica. Las familias que no tienen acceso a la atención de la seguridad social, realizan gastos por las siguientes razones:

- No existe un esquema mediante el cual la población no asegurada pueda realizar un pago de acuerdo con su ingreso para recibir un paquete explícito de servicios.

²⁶ Según la SSA, se considera un gasto catastrófico en salud, cuando la familia se ve obligada a utilizar más del 30% de su ingreso disponible (ingreso – gasto de alimentación) para cubrir los costos de la atención en salud.

²⁷ Según el Banco Mundial, Se considera que una familia cruza la barrera de la pobreza cuando su nivel de consumo promedio diario es menor a 2 dólares por individuo.

- Las cuotas de recuperación que cobran los servicios estatales de salud, a pesar de responder a las condiciones socioeconómicas de la familia, pueden llegar a representar una barrera financiera para la atención médica.
- Existe una oferta limitada de establecimientos públicos.
- Los horarios de atención, en ocasiones son inconvenientes para la población.
- No existe un abasto regular y suficiente de medicamentos.
- En algunas regiones se percibe baja calidad técnica del personal médico y paramédico.

La población no asegurada recibe atención médica en las unidades de los servicios estatales de salud pagando una cuota de recuperación determinada mediante un estudio socioeconómico, lo que representa otra forma de "pago de bolsillo". De esta manera, en principio, las familias pagan por la atención recibida de acuerdo con su ingreso. Sin embargo, pueden llegar a constituir gastos excesivos, toda vez que la familia debe cubrirlas cuando uno de sus miembros lo requiera. En este sentido, los gastos catastróficos en salud, podrían ser resultado de la frecuencia con que se requiera la atención médica. Adicionalmente se debe sumar el gasto que realizan para comprar medicamentos el cual para muchas familias, es causa de gasto excesivo, aún cuando el paciente no tenga que ser hospitalizado.

2.4.1 HACIA UNA CUOTA FIJA EN EL IMSS

Aunque todavía una gran parte de la población no se encuentra cubierta por los servicios públicos o privados de salud, existe una tendencia positiva respecto al número de personas protegidas por las instituciones públicas de salud. "Estas últimas han aumentado la cobertura de la población con derecho a usar servicios médicos de 30.8 millones de personas en 1980 a 49.2 millones en 1997. Actualmente el 52% de la población total es derechohabiente de dichas instituciones"²⁸, sin embargo, como ya se mencionó, también se cuenta con población derechohabiente con capacidad de pago, que no hace uso del servicio, esta población representa un área de oportunidad tanto para las ISES como para el IMSS (encargado de la seguridad social en México), ya que en el primer caso podrían dirigir sus productos a este mercado y para el segundo se reduciría la demanda de sus servicios, otorgando así mayor oferta a población abierta.

²⁸ Estadísticas Demográficas, www.imss.gob.mx ; Mayo, 2002

Dado lo anterior, en México tanto la Secretaría de Salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social han iniciado importantes modificaciones con el propósito señalado. Cabe mencionar la organización del sistema por funciones y no por grupos sociales; la conclusión de la descentralización de los servicios a población abierta; la definición de un paquete de servicios básicos con base en doce intervenciones costo efectivas para aplicarse en las zonas rurales; la separación de las pensiones de los otros elementos de la seguridad social; la incorporación al IMSS de la población con capacidad de pago y sin relación laboral estable; y el establecimiento de la libre selección, por parte del usuario del prestador de servicios.

En cuanto al seguro de enfermedades y maternidad que proporciona el IMSS, "En promedio, durante los últimos 30 años representó el 60% de todos los gastos del Instituto y tan solo el 52% de sus ingresos. Desde su inicio en 1943 a la fecha, este ramo de aseguramiento recibió subsidios cruzados de los otros ramos, principalmente del seguro de invalidez, vejez y cesantía en edad avanzada y muerte IVCM. Si bien la Ley anterior del Seguro Social preveía la posibilidad de que el IVCM financiara a los otros ramos, estos recursos deberían tener un rendimiento y naturalmente poder hacerse líquidos cuando el IVCM los requiriera para hacer frente al pago de pensiones de los trabajadores retirados. En general estas condiciones no se cumplieron y los financiamientos en realidad se convirtieron en subsidios. El sector de la salud en México se encuentra en un momento que requiere de decisiones rápidas y profundas. La transición demográfica que está viviendo el país implica que habrá en el futuro cercano, una mayor demanda de los servicios médicos, es decir, la estructura poblacional de México presenta edades promedio mayores y como es sabido, la mayor demanda por servicios médicos ocurre en la edad avanzada o madura. Adicionalmente en el aspecto institucional el envejecimiento relativo de la población implica que los seguros públicos de pensiones dejen de presentar flujos superavitarios que, como ocurrió en algunas ocasiones en el pasado, se pueden utilizar para financiar la provisión de servicios médicos. De hecho, como se comenta más adelante, el nuevo sistema de pensiones impide por ley que pueden generarse estos financiamientos directos y mucho menos subsidios cruzados"²⁹.

Otro aspecto a considerar es el papel que juega el sector privado ya que ha incrementado su importancia en la prestación de los servicios médicos. En 1994 una tercera parte de las camas censables del país correspondían ya al sector privado. Al mismo tiempo que el consumo de servicios privados ha tenido una mayor participación en el total, los precios de la medicina privada han aumentado en forma significativa.

²⁹ Reyes Frausto Sandra, Envejecimiento de la población en el IMSS, Implicaciones Económicas y Políticas en Salud; IMSS, FUNSALUD, México 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mayor demanda por servicios médicos implica un reto y una oportunidad. El reto es lograr que la población tenga acceso a dichos servicios en cantidades y calidad adecuadas. La oportunidad es que el sector salud puede atraer montos significativos de inversión privada (nacional y extranjera) y convertirse en un generador importante de empleos y de ingreso para la economía. En buena medida, esto dependerá de que se realice una reforma profunda y oportuna que establezca una regulación adecuada en el sector.

La Ley del Seguro Social, aprobada por el Congreso de la Unión en Diciembre de 1995, introdujo cambios importantes en los cuatro ramos de aseguramiento. "En el seguro de enfermedades y maternidad (E y M), tuvo dos cambios principales, se modificó la estructura de las aportaciones y su composición. En cuanto a la estructura, la ley anterior establecía que el financiamiento de E y M se realizará mediante una contribución equivalente al 12.5% del salario de cotización con un límite superior de 25 salarios mínimos. Esta contribución la pagaba 75% el patrón, 25% el trabajador y 5% el gobierno. Con la reforma se buscó reducir la proporcionalidad en los pagos de tal manera que la cantidad que cada trabajador contribuyera no dependiera en forma significativa de su nivel de ingreso. El objetivo es llegar a una cuota fija por trabajador que no varíe conforme a su nivel salarial. De esta forma la nueva estructura de las aportaciones es la siguiente"³⁰:

1. El patrón contribuye una cantidad fija por trabajador, equivalente al 13.9% del salario mínimo vigente en la ciudad de México, Esta cantidad se incrementará en la misma proporción en que aumente el salario mínimo.
2. El gobierno contribuye otra cantidad fija por trabajador, equivalente también al 13.9% del salario mínimo vigente en la ciudad de México. Esta cantidad se incrementará en la misma proporción que el índice nacional de precios al consumidor.
3. Para aquellos trabajadores que obtengan ingresos superiores a tres salarios mínimos, adicionalmente a las contribuciones de los puntos 1 y 2, el patrón debe contribuir el 6% de la cantidad que resulte de restar al salario del trabajador el equivalente de tres salarios mínimos. Para esos casos , los trabajadores deberán realizar una contribución del 2% sobre la misma base de la contribución del 6% de los patrones. En ambos casos, se mantuvo el límite máximo de 25 salarios mínimos como base de cotización.
4. Adicionalmente, para el pago de prestaciones en dinero, se deberá realizar una contribución del 1% del salario base de cotización. Esta se realiza bajo los siguientes porcentajes: 70% patrón, 25% trabajado y 5% gobierno.

³⁰ FUNSALUD; Salud, Presente y Futuro: Oportunidades y Retos del Binomio Empresa / Salud; Primera Edición; México Noviembre de 1997; pag. 39 - 42

La estructura de contribuciones se modificará en el tiempo para acercarse más hacia una cuota fija. En el caso del patrón, el 13.9% de aportación sobre el salario base aumentará en .65 puntos porcentuales por año hasta llegar a 20.4% en el año 2007; por su parte, el 6% de contribución variable disminuirá .49 puntos porcentuales por año para quedar en 1.1% en 2007. La aportación variable de los trabajadores (2%) se reducirá en .16 puntos porcentuales cada año hasta 2007 cuando tendrá un nivel de .4%.

Como puede observarse la nueva estructura de aportaciones implica cuotas menos proporcionales al ingreso de los trabajadores. Dado que los servicios médicos que los trabajadores reciben del IMSS son los mismos independientemente de su nivel de ingreso, lo conveniente es que el cobro sea también el mismo para todos los trabajadores.

El pago fijo facilitaría el establecimiento en el futuro de un sistema de reversión de cuotas, en donde el IMSS devuelve al patrón la cuota correspondiente. Sin embargo, dicho sistema también podría establecerse en el caso de cuotas progresivas en el que la reversión representará un determinado porcentaje de la cuota total. La nueva cuota fija eleva significativamente la aportación del patrón para los trabajadores de menores ingresos. En el caso de trabajadores que obtienen un salario mínimo, la cuota para el patrón se incrementó en aproximadamente 30%. De esta forma se estableció un desincentivo a la contratación de los trabajadores de menores ingresos que normalmente también son los que cuenta con menor capacitación.

Retomando el análisis de la problemática, se puede afirmar que el desarrollo y la diseminación de los sistemas combinados de seguro y prestación, han tenido un efecto sustancial sobre el mercado de seguros de salud. Las ISES tienen el potencial de proveer servicios de salud integrales de más alta calidad por primas más bajas que las compañías de seguros tradicionales. No hay duda de que existe verdadera diferenciación de productos y un amplio proceso de experimentación en el mercado de seguros de salud comerciales. La mayoría de las aseguradoras ya no están solo vendiendo servicios tradicionales sino que empiezan a experimentar con varias formas de incorporación al campo de la atención administrada. Simultáneamente la comunidad empresarial está demandando una verdadera contención de costos y está dispuesta a cambiar de planes de seguros para obtenerla. La mayor parte de la demanda de la comunidad empresarial por atención administrada, ha sido producto de la renuencia de los proveedores a intentar administrar de manera eficiente los servicios de atención a la salud.

Así, las ISES ofrecen planes dirigidos a empresas que hoy en día cubren de manera integral los servicios médicos de sus empleados y familiares derechohabientes, a través de contratos de Subrogación de derechos con reversión de cuotas por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, tal es el caso del sector bancario que cuenta con este tipo de convenios desde 1957.

Este sector tiene más de 150,000 empleados y aproximadamente 210,000 dependientes económicos, es decir, un total de 360,000 derechohabientes potenciales. Los bancos otorgan servicios médicos a sus empleados y dependientes similares a los del Seguro Social a través de convenios realizados con los prestadores de los servicios médicos. Para la mayoría de los bancos, el costo de los servicios de salud es el segundo en importancia de sus gastos de operación, por lo que se ven en la necesidad de contratar el servicio.

Cabe señalar que dentro del mercado potencial se encuentran también las instituciones gubernamentales con planes autoadministrados de salud, que suman aproximadamente 100,000 derechohabientes, así mismo las empresas del sector privado que cuenten con coberturas de Gastos Médicos Mayores y que deseen ofrecer planes de salud con coberturas más amplias y completas, considerando además, la intención del gobierno actual de ofrecer incentivos fiscales a la clase media para fomentar la adquisición de seguros privados de salud.

Dado el entorno económico y social en salud, ya descrito, los planes integrales ofrecidos por las ISES, pueden ser considerados como una alternativa para disminuir el gasto de bolsillo, también pueden representar una opción para aquel derechohabiente con acceso a la seguridad social que quiera sustituir ésta por un seguro integral, siempre y cuando el gobierno apoye dicha decisión mediante el contrato de subrogación, en ambos casos se habla de población con determinada capacidad de pago, además de atender la demanda empresarial. Habría entonces que definir las condiciones generales de estos esquemas (capítulo III), así como su costo para determinar la viabilidad de estas aseveraciones y el porcentaje de población al que se estaría cubriendo (capítulo IV).

CAPÍTULO III
CONDICIONES GENERALES DE UN PLAN DE SALUD EN MÉXICO

3.1 DIFERENCIA ENTRE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SALUD

3.2 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

3.2.1 DETALLE DE SERVICIOS INCLUIDOS

3.3 RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS

3.4 COLECTIVIDAD ASEGURABLE

3.5 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

3.6 COSTO DEL SEGURO DE SALUD: PRIMA

3. CONDICIONES GENERALES DE UN PLAN DE SALUD EN MÉXICO

Como se explicó en el capítulo II, uno de los retos más importantes que México enfrenta es la reforma del sector salud. La organización y la prestación de los servicios de salud tienen un impacto significativo en el crecimiento económico y en el bienestar de la población. En el aspecto económico, el costo total, la forma de financiamiento y la organización en la prestación de los servicios del sector salud, generan un efecto sustancial sobre el ahorro nacional, las finanzas públicas, los costos de las empresas y el funcionamiento del mercado laboral. Contar con servicios médicos de calidad y a costos adecuados que sean accesibles para toda la población, constituye un factor fundamental para elevar el nivel de vida de las familias mexicanas, por ello en México surgen las administradoras de salud en 1995, y en 1997 se reconocen y se regulan bajo el nombre de Instituciones de Seguros Especializadas en Salud, su objetivo es proporcionar un seguro que cubra al menos los mismos servicios que ofrece el seguro social de forma integral bajo ciertos lineamientos generales que se detallan a continuación.

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 de los asegurados, particularmente en el caso de enfermedades crónicas, donde su control oportuno permita evitar el surgimiento de complicaciones posteriores; finalmente, y con objeto de facilitar la prestación de los servicios necesarios, podrá encargarse a un profesional de la salud dar continuidad y coordinar las acciones conjuntamente con otros prestadores que se requieren, siempre en beneficio del asegurado.

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

3.1 DIFERENCIA ENTRE GASTOS MÉDICOS MAYORES Y SALUD

La finalidad de un seguro de gastos médicos mayores es proteger al asegurado contra eventualidad económica a consecuencia de un accidente o enfermedad hasta cierto monto, que se toma como límite para curar o rehabilitar a los pacientes, mientras que el origen de un Seguro de Salud no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito o de un accidente o enfermedad que afecte la salud del asegurado sino que parte del objetivo de prevenir, conservar, restaurar y rehabilitar la salud. Entendiéndose por salud el completo estado de bienestar bio-sico-social y no solo la ausencia de enfermedad, mediante acciones tanto de

prevención como de restauración, a continuación se muestran las principales diferencias entre un seguro de Gastos Médicos Mayores y un plan integral de salud.

GASTOS MÉDICOS MAYORES

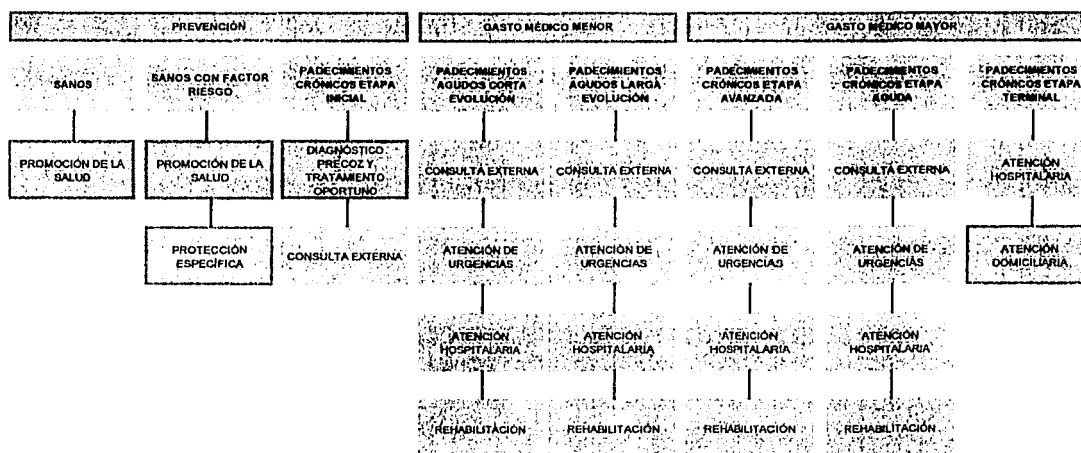
- Curativo
- 11% de la población lo usa
- Frecuencia baja, severidad alta
- Contacto post padecimiento
- Orientado a indemnizar
- Tecnología actuarial
- Pago por servicio

PLAN INTEGRAL DE SALUD

- Preventivo y Curativo
- 95% de la población lo usa
- Frecuencia alta severidad baja
- Contacto prepadecimiento
- Asegura la salud
- Tecnología de información
- Esquemas flexibles de pago (capitación, iguales, etc)

Tradicionalmente, los seguros de salud privados han operado en México a través de los Seguros de Gastos Médicos Mayores (SGMM). La naturaleza de este esquema de aseguramiento es fundamentalmente financiera. Por ello, la supervisión del gobierno, a través de la CNSF se ha centrado únicamente en este componente. La supervisión médica a las compañías de seguros inicia con la creación de la figura de aseguramiento integral (ISES), reconociendo que la naturaleza de esta actividad es de servicio, por lo cual es necesario garantizar un nivel mínimo de calidad en la atención y administración de los servicios.

FIGURA 3.1: OPERACIÓN DE LAS ISES



FUENTE: SSA, Protección financiera en salud, México, 2002

Los servicios que ofrecen ambos esquemas se presentan en la figura 3.1, mientras que los planes que ofrecen las ISES abarcan todos los servicios, los de GMM únicamente se limitan a ofrecer aquellos que aparecen sombreados y que corresponden a los aspectos de curación y rehabilitación.

La distinción entre SGMM y los seguros de salud es importante como antecedente de las líneas de acción de protección financiera. Con la creación de las ISES la SSA participa por primera vez en la supervisión del componente médico de esta actividad. El principal objetivo de esta supervisión es proteger a los prestadores de servicios de salud, evitando abusos y garantizando calidad en la atención de los usuarios.

3.2 GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS

La filosofía de los productos de Salud es elevar el nivel de salud de la población con esquemas flexibles que permitan acceso a atención médica de calidad y costo efectiva. Hoy en día, existe una mayor regulación por parte del Estado hacia el sector privado de servicios de salud, buscando dar certidumbre y garantías a los usuarios que cuenten con este tipo de seguros³¹.

Aparecen las ISES con el fin de brindar una mejor atención a la salud, mediante planes integrales de salud que se adquieren a través de un contrato de seguro, en el cual se incluye: el registro de los derechohabientes afiliados, la póliza de seguro y todos los endosos que se agregan al mismo, los cuales constituyen testimonio de dicho contrato de seguro, siempre y cuando el contenido de la póliza o sus modificaciones concuerden con la oferta. En éste tipo de planes, el contrato generalmente está vigente durante el período de un año, a partir de la fecha pactada que aparecerá en la carátula de la póliza, en donde también se debe establecer el período de renovación, generalmente se considerará renovado por períodos de un año, a menos que alguna de las partes de aviso a la otra parte por escrito de su voluntad de no renovarla.

Las condiciones generales de la póliza sólo podrán modificarse previo acuerdo entre el contratante y la compañía, lo cual deberá constar por escrito, mediante endosos o cláusulas adicionales registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

Las ISES están obligadas a cubrir los gastos médicos que a continuación se detallan:

³¹ Las características de las coberturas ofrecidas, se tomaron de las condiciones generales registradas ante la CNSF por las tres compañías de seguros con mayor derechohabencia en el ramo de salud, a saber Grupo Nacional Provincial, ING Comercial América y Banamex, Reporte Cuatrimestral, AMIS, enero de 2002.

Programas de Medicina Preventiva encaminados a elevar el nivel de salud de la población, 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, realizar acciones de detección temprana de las mismas con base en factores de riesgo epidemiológico mediante la aplicación de las actividades que están relacionadas con los programas prioritarios de salud del Gobierno Federal expresados en las normas oficiales mexicanas correspondientes.

En caso de enfermedad profesional o no profesional, y accidente, ya sea de trabajo o no, quedarán cubiertos todos los gastos en que incurra el derechohabiente por la asistencia médico-quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria que sea necesaria, desde el comienzo de la enfermedad o la ocurrencia del accidente.

La Rehabilitación abarca la prestación de servicios dirigidos a la realización de acciones terapéuticas y de restauración necesarias para la recuperación de la salud del derechohabiente.

Como en todos los planes de Seguro, el Plan de Salud contempla algunas exclusiones, y que generalmente se basan en aquellas que maneja el IMSS³², es decir que no se cubrirán los gastos que se originen a consecuencia de:

1. Embarazo de hijas y madres de los empleados.
2. Tratamientos de fertilidad ó esterilidad.
3. Complementos alimenticios.
4. Vacunas aplicadas fuera del Esquema Nacional de Vacunación y que no se encuentren cubiertas por este plan, de acuerdo a lo estipulado para este efecto en la póliza.
5. Gastos hospitalarios por concepto de: Llamadas telefónicas locales y de larga distancia, cama extra y alimentos para el acompañante, pañales, artículos personales tales como: toallas femeninas, rastrillos, shampoo, pasta de dientes, cepillo dental, cremas, jabones, etc. así como fotografías y videocassettes, estacionamiento, habitaciones diferentes a las indicadas en la póliza.
6. No se cubren los gastos en caso de que el internamiento hospitalario sea ordenado por un médico no adscrito a la red de servicios médicos de la ISES, salvo en casos de urgencia real.

³² IMSS, Ley del Seguro Social, México 1995.

7. Artículos de curación, fuera del hospital tales como: Gasas, adhesivos, alcohol, soluciones antisépticas, vendas, jeringas, anorexigénicos, tiras reactivas, medicamentos en fase de investigación, productos de tocador, medias elásticas, protectores solares, artículos dentales (pastas, cepillos, enjuagues y geles orales), cosméticos antialérgicos, multivitamínicos, estimulantes del apetito, cremas reductivas y dermatológicas, medicamentos para disfunción eréctil.
8. Los gastos médicos erogados por prestadores fuera de la Red que la ISES, salvo el caso de urgencia médica comprobada.
9. Tratamientos o padecimientos que resulten del alcoholismo o toxicomanías.
10. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético o plástico.
11. Tratamiento de calvicie, obesidad o reducción de peso.
12. Tratamientos o intervenciones quirúrgicas con el fin de corregir el astigmatismo, presbiopía, hipermetropía, miopía y estrabismo.
13. Tratamientos médicos o quirúrgicos por medio de hipnotismo y quelaciones.
14. Honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado por acupunturistas, naturistas y vegetarianos.
15. Gastos médicos erogados en el extranjero.
16. Las enunciadas para cada cobertura, en los endosos de la póliza.

3.2.1 DETALLE DE SERVICIOS INCLUIDOS

Cada uno de los servicios que se enuncian a continuación serán cubiertos de acuerdo a lo establecido en la carátula o endosos de la póliza.

- 1) **Consulta Externa.** Se refiere al servicio de consultas médicas por tipo de especialidad como sigue:
 - a) **Medicina de primer contacto:** Integrada generalmente por medicina general, pediatría y gineco-obstetricia, y opcionalmente medicina interna, odontología u oftalmología.
 - b) **Medicina de segundo contacto:** Contempla todas las demás especialidades de la medicina que no están integradas en el primer nivel de atención.
- 2) **Hospitalización.**
 - a) **Cuarto de hospital.** Se cubrirá el costo de la habitación considerada como cuarto privado estándar.

b) **Suministros en hospital.** Medicamentos, material médico, equipos anestésicos y sala de operaciones.

c) **Renta de equipo tipo hospital.** Que por prescripción médica sea necesario para la convalecencia domiciliaria.

3) **Médicos y/o cirujanos.** Honorarios por intervención quirúrgica, incluyendo honorarios de ayudantes y anestesista, así como las consultas postoperatorias y visitas y/o consultas.

Se consideran cubiertos los honorarios de médicos quiroprácticos siempre y cuando sean recomendados por el médico tratante.

4) **Enfermera.** Honorarios profesionales. En caso de contratarse fuera del hospital, se pagará un máximo de 30 días por cada accidente o enfermedad cubierta.

5) **Servicio de diagnóstico.** Exámenes de laboratorio y gabinete, radiografías, etc., que sean necesarios para el diagnóstico de accidente o enfermedad cubiertos.

6) **Medicamentos** adquiridos fuera del hospital y que estén relacionados con el padecimiento y acompañados de su receta.

7) **Maternidad y ayuda para lactancia.** En casos de embarazo, se cubren todas las consultas de control de embarazo, el parto o cesárea, la atención del recién nacido y su lactancia por seis meses.

8) **Aparatos ortopédicos y prótesis.** Los necesarios para el tratamiento integral del padecimiento. Quedará excluida la reposición de aparatos de prótesis ya existentes a la fecha del accidente o enfermedad.

9) **Servicios de terapia.** Física, radioactiva, fisioterapia, etc.

10) **Óptica.** Cubre la adquisición de anteojos y lentes de contacto.

11) **Servicio local de ambulancia terrestre.** En la localidad hacia o desde el hospital.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 12) **Medicina Preventiva.** Se llevan a cabo acciones para fomentar la salud, promover medidas de vida más sana, disminuir o eliminar riesgos a la salud, dar seguimiento a la salud de los derechohabientes, prevenir tanto el surgimiento de enfermedades como complicaciones de éstas, es decir, realizar acciones de detección temprana de las mismas.
- 13) **Tratamiento Ambulatorio.** Procedimientos cuya estancia hospitalaria es menor a 24 horas. Las condiciones bajo las cuales se otorgará este servicio quedan estipuladas en el endoso correspondiente de la póliza.
- 14) **Reembolsos por Urgencia Real.** La ISES reembolsará al empleado titular los gastos médicos erogados exclusivamente por urgencia real comprobada del mismo o de sus dependientes cubiertos por la póliza presentando los comprobantes de gasto correspondientes.

Los derechohabientes podrán recibir todos los servicios indicados en la carátula de la póliza en todos sus incisos sin realizar un desembolso, ya que la compañía aseguradora liquidará en forma directa los gastos incurridos al hospital, médico tratante y demás prestadores de servicio que forman parte de la Red.

En caso de **Urgencia Médica Real**, el derechohabiente podrá ser atendido con prestadores de servicio fuera de la Red, para lo cual el reclamante cubrirá el importe de los gastos y presentará posteriormente los comprobantes, tales como: facturas, notas y recetas en original que cumplan con los requerimientos fiscales necesarios. En este caso la compañía cubrirá los gastos presentados por el derechohabiente en su totalidad, de acuerdo a los límites establecidos en el Detalle de Servicios Incluidos mencionado anteriormente.

La compañía tendrá derecho, siempre que lo juzgue conveniente, a comprobar cualquier hecho o situación de los cuales deriven para ella una obligación. La obstaculización por parte del contratante y/o asegurado para que se lleve a cabo esa comprobación, liberará a la compañía de cualquier obligación.

El monto de los gastos cubiertos por honorarios médicos, (Honorarios de cirujano y ayudantes), hospitalización y demás servicios requeridos para la atención médica con un prestador de servicios fuera de la Red, se sujetará a los límites del gasto usual y acostumbrado que para este plan haya definido la ISES.

La compañía no reembolsará pagos que se hubieren realizado en establecimientos de caridad, beneficencia o asistencia social o cualesquiera semejantes en donde no se exige remuneración o fuera del territorio estipulado en la carátula.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3.3 RED DE PRESTADORES DE SERVICIOS

Detrás de cada producto de atención administrada hay un conjunto de proveedores (médicos, Hospitales, y otros). La organización de estos proveedores constituye la red o sistema de atención administrada su estructura influye de manera importante en la capacidad de la administradora para administrar la atención. Al plantear los diversos modelos de sistema de prestación de atención a la salud, es importante reconocer que existen muchas variaciones en los modelos básicos descritos más adelante. La tendencia es hacia la mezcla de los modelos, como sucede con los productos, esta mezcla permite capturar una amplia población mediante un sistema de prestación más diversificado³³.

Hay cinco sistemas de prestación básicos:

- Un modelo STAFF
- Un modelo de práctica de grupo
- Un modelo de red
- Un modelo de asociación de práctica independiente
- Un modelo de contrato directo

Los modelos se definen básicamente por la relación que los médicos guardan con la organización de atención administrada. Además, el modelo híbrido o plenamente integrado se esta convirtiendo rápidamente en la norma de la industria de atención administrada.

El modelo **STAFF** es único en el sentido de que los médicos son contratados directamente por la organización de atención administrada.

La **práctica de grupo**, se construye alrededor de una entidad separada, un grupo de médicos que establece un contrato con la administradora.

El **modelo de red**, es similar al modelo de práctica de grupo excepto por el hecho de que en lugar de un grupo único, el modelo funciona a través de una red de grupos de práctica que contratan con una misma organización de atención administrada. Esta red de prácticas de grupo podrían ser proveedores exclusivos de la administradora o una red de grupos de pago por servicio que también proporciona servicios a mas de una organización.

³³ Fundación Mexicana para la Salud; Innovaciones de los Sistemas de Salud: Una perspectiva Internacional; Primera Edición, Editorial Médica Panamericana; México; 1995

La **asociación de práctica independiente** en ocasiones denominadas simplemente API, constituyen un tipo de modelo de OAA que permite a los médicos individualmente participar en una OCS u otro producto de atención administrada. El modelo API opera alrededor de una organización de médicos denominada API que puede establecer un contrato con la OAA para la prestación de servicios médicos. Debido a que el término API se utiliza para referirse a un tipo específico de OAA, así como a una organización subcontratista de médicos la terminología en ocasiones se vuelve confusa.

Existe una variación de los modelos API, El **modelo de contrato directo** en el que se establecen contratos directamente entre la OCS y el médico. Conforme se vuelve más competitivo .

Además de las organizaciones de atención administrada integrales descritas con anterioridad, en Estados Unidos, existe una gran variedad de OAA de servicios únicos que se han desarrollado en los últimos 10 años incluyendo las organizaciones de atención que se especializan en cuidado dental, los servicios de salud mental, los oftalmológicos, etc.

El costo de un sistema integral de salud puede variar dependiendo de la red de prestadores a los que se desee tener acceso, si los servicios se proporcionarán a nivel nacional o solo por zona, así como del alcance de las coberturas y los beneficios adicionales que se desee adquirir.

Cada esquema corresponde a un tipo de plan o línea diferente y las ISES tendrán la libertad de distinguir su producto de acuerdo a las necesidades técnicas y publicitarias que así convenga a sus intereses, tal es el caso de: Plan Directores, Plan Empleados, Plan Plus, Plan Tradicional, etc.. lo cual debe especificarse en la carátula de la póliza.

3.4 COLECTIVIDAD ASEGURABLE

Como se explico en el capítulo II, el seguro de salud se dirige principalmente a grupo, todavía el producto ofrecido no tiene el peso suficiente como para considerar una experiencia significativa a nivel individual, aún cuando el mercado a considerar sea este, por lo tanto, se consideran como Derechohabientes elegibles aquellos que cumplen con las siguientes características, tomando en cuenta que el contratante es una empresa que cuenta con más de 100 empleados o derechohabientes, así:

I. El empleado al servicio del contratante.

II. El pensionado por motivo de:

- a) Incapacidad permanente.
- b) Por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada; y
- c) Viudez, orfandad o ascendencia.

III. La esposa o concubina del empleado o pensionado, cuando dependan económicamente de él y no tengan derechos propios a prestaciones de organismos de seguridad social, pública o privada.

Los derechos a favor de la concubina de un empleado o un pensionado, están sujetos a que el concubinato tenga cinco años como mínimo, o que se hayan procreado hijos, siempre que ambos permanezcan libres de matrimonio. En caso de existir dos o más concubinas ninguna tendrá derecho al servicio médico.

Del mismo derecho gozará el esposo de la empleada o, a falta de éste el concubinario si reúne los requisitos del párrafo anterior.

IV. La esposa del pensionado en los términos de los incisos a) y b) de la fracción II, a falta de esposa, la concubina si se reúnen los requisitos de la fracción III;

Del mismo derecho gozará el esposo de la pensionada o, a falta de éste el concubinario si reúne los requisitos de la fracción III.

V. Los hijos menores de dieciséis años del empleado o de los pensionados en los términos consignados en los incisos a) y b) de la fracción II; o bien, hasta la edad que se estipule en la carátula de esta póliza.

VI. Los hijos del empleado mayores de 16 años hasta la edad de veinticinco años, cuando realicen estudios en planteles del Sistema Educativo Nacional, y si no pueden mantenerse por su propio trabajo debido a una enfermedad crónica, defecto físico, psíquico, hasta en tanto no desaparezca la incapacidad que padece y mientras esta póliza permanezca vigente.

VII. Los hijos mayores de dieciséis años de los pensionados por invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada, que se encuentren disfrutando de asignaciones familiares, así como los de los pensionados por incapacidad permanente.

VIII. El padre y la madre del empleado que viven en el hogar de éste; y

IX. El padre y la madre del pensionado en los términos de los incisos a) y b) de la fracción II, si reúnen el requisito de convivencia señalado en la fracción VIII.

Las personas comprendidas de la fracción III a la IX inclusive, tendrán derecho a las prestaciones del plan sólo si dependen económicamente del empleado o pensionado que preste o haya prestado sus servicios al contratante.

Cualquier persona que cumpla con los requisitos establecidos por el contratante podrá ser incluida en la cobertura, conforme a las políticas establecidas por el mismo. Esta inclusión deberá ser reportada a la compañía a partir de la fecha en que la persona se hizo elegible al plan.

Lo anterior es aplicable para el caso de matrimonio o nacimiento, considerando como fecha de elegibilidad la del matrimonio civil o nacimiento respectivamente.

Causarán baja de la póliza las personas que hayan dejado de pertenecer a la colectividad asegurada, así como sus dependientes. Los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir de la novena semana de su separación, siempre y cuando haya reunido 8 cotizaciones semanales ininterrumpidas, tal como se menciona en la cláusula de extensión de servicio.

Se excluirán de la cobertura de esta póliza, a partir de la siguiente renovación, los hijos del asegurado principal que:

- a) Dejen de depender económicamente de él.
- b) Cumplan 25 años de edad.
- c) Cumplan 16 años de edad y no estudien en planteles del Sistema Educativo Nacional.

3.5 INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

La información estadística siempre es importante para la evaluación y seguimiento de las acciones tanto de protección financiera como de la calidad en el servicio, por tal motivo tanto las ISES de manera interna, como los órganos reguladores, requieren de la misma para medir el comportamiento de las metas e indicadores establecidos, así, las Instituciones de Seguros autorizadas para operar el ramo de salud deberán entregar a la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas la información que esta misma solicite para este ramo en los periodos que establece.

Durante el ejercicio 2001, de acuerdo al Oficio Circular S-86/00 publicado en el Diario Oficial de la Federación el 4 de enero de 1999, las aseguradoras que estuvieran operando el ramo de salud, aún cuando todavía no hubieran obtenido la autorización para operar como ISES, entregaron de manera cuatrimestral 3 reportes, los cuales contienen en general la siguiente información :

Número total de integrantes del grupo familiar	Monto y casos de Salud bucal
Monto y casos de Consultas externas	Monto y casos de Laboratorio
Monto y casos de Eventos hospitalarios.	Monto y casos de Gabinete
Diagnósticos de mayor frecuencia	

Con el propósito de contar con 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 y análisis de su evolución, de acuerdo al Oficio Circular S-24.2, publicada en el Diario Oficial del 4 de enero de 1999, las ISES deberán entregar anualmente una base estadística completa en donde se reportará la información de cada integrante de todas aquellas pólizas que hayan estado en vigor del 1° de enero al 31 de diciembre del año que corresponda, a partir del año 2002.

El proceso de administración de recursos que se lleva a cabo dentro de las compañías aseguradoras que contemplan el ramo de salud, se sucede típicamente a través de lo que se ha dado en llamar "administración de la utilización". En la tabla se ilustran algunas de las medidas comunes de administración utilizadas para controlar los costos dentro de las organizaciones de conservación a la salud (OCS, HMO) y que forman parte de las estadísticas que requieren las ISES para uso interno de la misma.

MEDIDAS APLICADAS	% UTILIZACIÓN
Revisión de pacientes hospitalizados	99.3
Revisión actual de la estancia hospitalaria	97.1
Referencia autorizada para proveedores	96.9
Manejo de casos catastróficos	92.5
Certificación previa a la admisión	91.0
Revisión retrospectiva de las admisiones	90.1
Revisión de pacientes externos	87.9
Planificación de altas	93.6
Retroalimentación sobre costos/utilización a los médicos	83.6
Segunda opinión quirúrgica	88.0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es importante resaltar que todas estas medidas se centran estrictamente en el componente hospitalario del sistema. Esto representa uno de los mayores avances de la atención a la salud hasta la fecha por el hecho de que el principal problema en términos de contención de costos, ha sido el administrar el componente no hospitalario. Este componente de atención ambulatoria de las organizaciones de atención administrada ha recibido muy poca atención y es obvio que deberá convertirse en el centro del desarrollo de los sistemas de atención administrada en el futuro. Será necesario que estas organizaciones administren todos sus servicios de atención a la salud si es que quieren contribuir de manera sustancial a la reforma de los servicios personales de salud. En la tabla se presenta el uso de otras medidas de control por parte de las ISES y que también requieren de información estadística.

<u>MEDIDAS APLICADAS</u>	<u>% UTILIZACIÓN</u>
Programas de atención en el hogar	99.3
Negociaciones con proveedores preferentes	97.1
Programas de salud preventivos	96.9
Distribución equitativa de riesgos financieros	92.5
Programas de educación de autocuidado	91.0
Formularios obligatorios de medicamentos	90.1

Las organizaciones de atención administrada, históricamente han hecho muy poco en el área de administración de la calidad de los servicios proporcionados. En la tabla se muestran algunas medidas de control de la calidad introducidas por las OCS, que posiblemente sobre enfatiza el papel que históricamente ha desempeñado la calidad. A la fecha, ha habido muy poco interés en el desarrollo de las medidas clínicas objetivas y cuantificables relacionadas a la calidad, aunque la medición de resultados ajustados se ha convertido en un proceso cada vez más complejo. Una buena parte de esta actividad de medición de los resultados está ubicada casi exclusivamente en el contexto hospitalario. Esta tecnología de la administración necesita expandirse al ambiente no hospitalario.

En ambas áreas de la administración de la utilización y la calidad, los procesos son básicamente retrospectivos y por lo general no tienen efecto en la atención que se proporciona en el momento del encuentro médico-paciente. Esta constituye la principal distinción entre garantía y administración de la calidad y entre revisión y administración de la utilización. En un caso se trata del análisis retrospectivo de lo que ya sucedió (garantía y revisión) mientras que en el otro se trata de medir el efecto real sobre el comportamiento y el proceso de toma de decisiones por parte del proveedor en el momento del encuentro con el paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por lo menos tomará otros 10 o 20 años para que estos sistemas de información y de tecnología de capacitación del proveedor se desarrollen plenamente. Sin embargo, algunos expertos piensan que independientemente de la tecnología que se desarrolle , es necesario implementarla de inmediato.

<u>MEDIDAS APLICADAS</u>	<u>% UTILIZACIÓN</u>
Medición de la satisfacción	88.0
Retroalimentación al proveedor sobre satisfacción y resultados	79.7
Revisión retrospectiva	78.0
Revisión informal por pases	72.9
Lineamientos de práctica clínica	62.2
Mejora continua de la calidad	51.1
Medición de resultados críticos	50.5
Revisión formal de pares	47.2

3.6 COSTO DEL SEGURO DE SALUD: PRIMA

Una vez definidas las condiciones generales bajo las cuales opera un seguro de gastos médicos totales, así como sus principales características, es importante aclarar que estas fueron una recopilación de lo que se esta ofreciendo actualmente en el mercado asegurador en el ramo de salud, sin embargo, una de las principales características del producto, es que es muy flexible en la medida que se diseña en base a las necesidades específicas de cada cliente, esto es, en cuanto a los tipos de servicios que requiere y ubicaciones geográficas en donde se encuentren los individuos afiliados; es decir, el cambio no puede ser muy radical entre una y otra ya que todas están obligadas, como se menciona en la primera parte del presente capítulo, a otorgar los servicios de prevención.

El Precio del producto podrá variar dependiendo de:

- La distribución de edades y sexo de la población afiliada
- Giro de la empresa y tipo de riesgos a que están sujetos los afiliados
- La experiencia o gasto que tenga la empresa en servicios médicos privados
- El volumen de empresas o afiliados en determinada zona donde se requiera el servicio
- Ubicación geográfica de la empresa
- Número de empleados que se pretenda afiliar al servicio

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El costo de la prima es determinado por la ISES dependiendo de las características contratadas, así la prima total de la póliza es la suma de las primas de cada uno de los derechohabientes correspondientes a las coberturas y vence de acuerdo a la periodicidad estipulada en la carátula de la póliza puede ser mensual, bimestral, trimestral, semestral o anual, dependiendo del manejo administrativo que la ISES quiera tener o pueda ofrecer.

En cada renovación la prima a pagar por derechohabiente será calculada con base en la experiencia y procedimientos técnicos que para tal efecto se registren ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En caso de altas o bajas de derechohabientes, la compañía cobrará o devolverá al contratante la prima calculada proporcionalmente desde la fecha del movimiento, hasta el vencimiento del período mensual correspondiente y en su caso, emitirá el recibo correspondiente contando con el plazo de espera ya descrito.

¿Pero cómo determinar un precio justo que resulte adecuado tanto para los afiliados como para la ISES?, la respuesta a esta pregunta se plantea en el siguiente capítulo en donde se explicarán los criterios a considerar en el cálculo de la prima a cobrar para así determinar el segmento de población que puede pagar por dicho servicio, dando las condiciones necesarias para llevar a cabo el análisis de la viabilidad de los productos de salud y su entorno económico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones operacionales fueron utilizadas en esta investigación³⁴:

Contratante. Es el representante ante la aseguradora, de todos los participantes derechohabientes del contrato de seguro.

Derechohabiente. Será la persona que tendrá derecho a las coberturas del plan de acuerdo a las políticas establecidas por el contratante.

Folleto Explicativo. Es el documento entregado de forma inmediata al alta del derechohabiente y que contiene la información completa sobre los alcances de la póliza, descripción del plan de seguros, beneficios contratados, coberturas, limitaciones, excepciones y exclusiones, entre otros. Así mismo contiene la forma para acceder a los servicios médicos incluyendo todas las clínicas, hospitales, y médicos empleados por la institución detallando la información relevante de cada uno de ellos.

La Red. Es el conjunto de prestadores de servicios compuesto por médicos de todas las especialidades, hospitales, laboratorios, gabinetes, farmacias, ambulancias, centros de rehabilitación y proveedores de aparatos y prótesis, etc. con los que la compañía ha establecido convenio y pone a disposición del contratante para la prestación del Plan de Salud.

Tarjeta de Afiliación. Es el documento que se entrega al derechohabiente como comprobante de inclusión al Plan de Salud contratado. La tarjeta deberá presentarla el derechohabiente cada vez que haga uso de cualquier servicio.

Accidente Cubierto. Es aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, violenta o fortuita que produce lesiones corporales o la muerte en la persona del derechohabiente. No se considerarán accidentes las lesiones corporales o la muerte provocadas intencionalmente por el derechohabiente, de acuerdo a lo estipulado en las exclusiones de estas condiciones generales.

Enfermedad Cubierta. Toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo con relación al organismo que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁴ Las definiciones de los conceptos incluidos en este capítulo, se tomaron de: ING Comercial América, Sistema de Salud para los empleados de Banobras, "Políticas y Procedimientos para acceder al servicio médico de su póliza de salud", México Enero 2002.

Para efectos de este seguro, se tendrá como fecha de iniciación de la enfermedad, aquélla en la que el médico tratante certifique el padecimiento.

No existe ningún período de espera para que los derechohabientes reciban la asistencia médica que requieran, así como tampoco existe restricción en la atención que se dé por enfermedades o accidentes que tengan los derechohabientes anteriores a la inclusión en el plan.

Urgencia Médica. Se considerarán casos de urgencia aquellas situaciones que ponen en peligro la vida o que causan trastornos en las diferentes partes del cuerpo, si no reciben atención inmediata.

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

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

Enfermedad de Trabajo. Es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo, o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

Suma asegurada. La suma asegurada de este plan será sin límite, esto es, quedarán cubiertos todos los gastos en que incurra el derechohabiente como consecuencia de la asistencia médica, hospitalaria, farmacéutica, etc., que sea necesaria para el tratamiento de su enfermedad o accidente cubiertos.

Periodo Máximo de Reembolso. En caso de cancelación de la presente póliza, se reembolsarán los gastos erogados a consecuencia de los servicios cubiertos ocurridos antes de la fecha de vencimiento.

Extensión del Servicio. El asegurado que quede privado de trabajo remunerado, y sus familiares derechohabientes, pero que haya cubierto un mínimo de 8 cotizaciones semanales ininterrumpidas, conservarán durante las 8 semanas (56 días) posteriores a la desocupación, el derecho a recibir asistencia médica, obstétrica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria.

Límite territorial. Los gastos en que incurra el derechohabiente como consecuencia de asistencia médica por enfermedad o accidente cubiertos, serán cubiertos exclusivamente si se generan dentro del territorio nacional. Únicamente se cubrirán los gastos en el extranjero si se determina en la carátula de esta póliza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS DEL COSTO DE UN PLAN INTEGRAL DE SALUD

- 4.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE
- 4.2 INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE REGRESIÓN
- 4.3 APLICACIÓN DEL MÉTODO MCO
 - 4.3.1 VALIDACIÓN DE LOS MODELOS
- 4.4 DETERMINACIÓN DEL COSTO
- 4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. ANÁLISIS DEL COSTO DE UN PLAN INTEGRAL DE SALUD

4.1 INFORMACIÓN DISPONIBLE

Uno de los principales problemas que enfrenta el sector asegurador con respecto al ramo de salud, es la falta de información para determinar costos y así realizar un cálculo certero de la prima por derechohabiente, sin embargo, uno de los datos más comunes es la frecuencia de utilización de servicios la cual varía de acuerdo al grupo de edad y sexo de la población, es decir, el número de veces que un niño entre 0 y 2 años de edad utiliza el servicio de consulta en un año, no es igual al número de veces que una mujer entre 19 y 25 años lo utilizará, por lo tanto la frecuencia de utilización se determina a partir del número de servicios proporcionados en un año para una distribución de población N dividida por grupo de edad y sexo. Sin embargo, esto es tan solo una hipótesis que puede ser sustentada mediante un análisis estadístico que proporcione estimaciones numéricas que permitan explicar la relación entre la frecuencia de utilización y el grupo de edad y sexo. De esta forma se podrá especificar si ambas variables tienen una relación significativa o determinar si la primera no depende de la segunda.

La frecuencia, también depende del servicio proporcionado, la utilización del servicio de consulta no es igual al número de veces que se utiliza el servicio de laboratorio o gabinete, por lo tanto también se considerará la variable "servicio" para calcular el costo por derechohabiente.

Para dar inicio al modelo estadístico, se hará el planteamiento de un paquete básico de servicios ofrecidos por las ISES, basándose en la prestación de servicios del IMSS y a las coberturas definidas en el capítulo anterior se tomarán los siguientes:

- | | |
|---------------------------------|------------------------------------|
| - Consultas de Primer Contacto | - Gabinete |
| - Consultas de Segundo Contacto | - Hospitalizaciones larga estancia |
| - Farmacia | - Urgencias |
| - Laboratorio | - Otros servicios |

Dentro de Otros Servicios se encuentran los que se ofrecen adicionalmente dentro de las coberturas y cuyo alcance depende de las políticas descritas en la carátula de cada póliza, tales como ambulancia, consultas dentales, óptica, reembolsos, oxígeno, procedimientos en consultorio, etc y cuya frecuencia anual de utilización es mínima según se muestra en la siguiente tabla:

TABLA 4.1: FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN EN SERVICIOS ADICIONALES

Servicio	Frec. de Utilización
Dental (Clásico)	.902
Dental (Plus)	.902
Óptica (Ambos planes)	.057
Ortopédicos (Ambos planes)	.062
Rehabilitación (Ambos planes)	.114
Reembolsos (Ambos planes)	.051
Servicios auxiliares y de apoyo (Oxígeno, Enfermera, Ambulancia, etc.) (Ambos planes)	.322
Total General	1.51

Fuente: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., Reportes SALUD, 3er Cuatrimestre a Dic. 2001; México 2002

Dada la frecuencia de utilización anual por grupo de edad, sexo y servicio (Tabla 4.2), proporcionada por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), se aplicará un método estadístico que determine la relación entre las variables: "frecuencia de utilización", "grupo de edad" y "servicio". Si el modelo aplicado muestra una relación significativa para todos los servicios y para ambos sexos, se podrá aplicar la frecuencia de utilización a una distribución de población N y obtener así una prima por derechohabiente mensual a partir de costos conocidos pactados con los prestadores de servicios de acuerdo a la experiencia del sector asegurador en México. Para ello, es necesario saber lo que es el análisis de regresión así como la naturaleza de las variables incluidas en el modelo.

TABLA 4.2: FRECUENCIA DE UTILIZACIÓN ANUAL POR SERVICIO

GPO EDAD	FRECUENCIAS OBSERVADAS POR SERVICIO															
	PRIMER CONTACTO		SEGUNDO CONTACTO		FARMACIA		LABORATORIO		GABINETE		HOSPITAL		URGENCIAS		OTROS SERVICIOS	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
00 - 01	13.38	13.00	0.72	0.61	9.21	7.76	0.43	0.41	0.33	0.34	0.14	0.09	0.78	0.57	0.65	0.52
02 - 04	9.66	9.80	1.79	1.99	9.33	9.37	0.56	0.66	0.37	0.37	0.07	0.07	0.76	0.67	1.61	1.59
05 - 09	6.48	6.64	1.78	1.92	6.34	6.89	0.38	0.57	0.30	0.36	0.05	0.05	0.50	0.39	2.31	2.09
10 - 14	4.44	4.60	1.54	1.38	4.63	4.57	0.27	0.31	0.29	0.27	0.03	0.03	0.29	0.28	1.73	1.67
15 - 19	2.54	3.43	1.39	1.92	3.58	4.45	0.20	0.45	0.23	0.35	0.04	0.06	0.25	0.25	1.13	1.47
20 - 24	2.77	5.72	1.46	1.81	3.48	5.79	0.25	0.84	0.21	0.48	0.06	0.12	0.27	0.39	1.32	1.49
25 - 29	3.32	7.37	1.91	2.31	4.51	7.41	0.33	1.24	0.28	0.63	0.06	0.20	0.31	0.42	1.30	1.55
30 - 34	4.28	8.15	2.29	2.62	5.98	8.32	0.47	1.45	0.34	0.72	0.08	0.24	0.33	0.38	1.81	1.76
35 - 39	4.88	7.40	2.58	2.98	6.77	8.53	0.54	1.33	0.33	0.64	0.09	0.18	0.43	0.32	1.68	1.90
40 - 44	5.78	7.30	3.27	3.87	8.02	9.34	0.74	1.28	0.45	0.75	0.14	0.14	0.33	0.31	2.13	1.77
45 - 49	5.36	7.72	3.08	4.83	7.79	10.83	0.87	1.72	0.45	0.83	0.11	0.19	0.25	0.30	1.87	1.67
50 - 54	6.08	8.89	4.63	7.41	9.65	14.39	1.24	1.97	0.47	1.14	0.13	0.18	0.37	0.40	1.99	1.76
55 - 59	6.49	6.85	6.65	7.27	11.87	12.76	1.82	1.72	0.67	0.93	0.19	0.20	0.36	0.31	1.98	1.82
60 - 64	5.37	7.15	7.85	8.56	12.32	14.60	1.97	2.04	0.78	0.92	0.18	0.23	0.27	0.42	2.41	1.46
65 - 69	5.51	5.43	8.64	9.13	12.99	13.25	1.86	1.72	0.85	0.79	0.38	0.23	0.37	0.31	1.40	1.31
70 - 74	5.17	6.00	11.10	9.82	15.56	15.90	2.13	2.07	0.81	0.90	0.41	0.31	0.34	0.51	2.94	1.40
75 - 79	4.91	5.37	10.08	8.53	14.83	13.41	2.01	1.41	0.82	0.86	0.31	0.41	0.39	0.48	2.46	2.03
80 - 84	6.92	5.39	12.11	10.95	19.05	15.95	1.83	1.49	0.70	0.83	0.45	0.40	0.50	0.45	4.82	2.18
85 y +	3.53	4.21	7.39	4.35	12.89	10.50	1.31	0.84	0.67	0.33	0.47	0.15	0.50	0.40	1.86	1.58
TOTAL	7.21	5.29	2.38	3.00	6.53	8.13	0.53	1.09	0.35	0.58	0.09	0.15	0.40	0.39	1.64	1.63
TOTAL	6.3500		2.7231		7.4173		0.8393		0.4756		0.1249		0.3953		1.6358	

Fuente: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., Reportes Cuatrimestrales SALUD; Tercer Cuatrimestre a Diciembre de 2001; México 2002

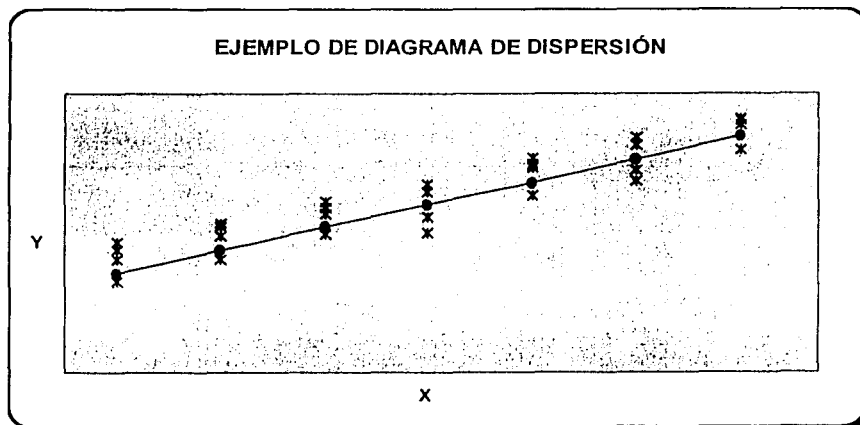
4.2 INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS DE REGRESIÓN

El análisis de regresión³⁵, está relacionado con el estudio de la dependencia de una variable, la variable dependiente; de una o más variables adicionales, las variables explicativas con la perspectiva de estimar y/o predecir el valor (proporcional) medio o promedio de la primera en términos de valores conocidos o fijos (en muestreos repetidos) de las segundas.

El estudio de la dependencia de una variable en una sola variable explicativa, tal como la dependencia existente entre la frecuencia de utilización y el grupo de edad, se conoce como análisis de regresión simple o en dos variables. Sin embargo, si se estudia la dependencia de una variable en más de una variable explicativa, se está refiriendo al análisis de regresión múltiple. En otras palabras, en el análisis de regresión simple existe sólo una variable explicativa, mientras que en el análisis de regresión múltiple se trabaja con más de una variable explicativa.

Para un análisis de regresión, se tienen valores conocidos de la variable Y (que representa la variable dependiente) en términos de las variables X_i , (que representan las variables explicativas o independientes), graficando esos valores se puede obtener un diagrama de dispersión. Por ejemplo, supóngase que se tiene el siguiente diagrama:

GRÁFICA 4.1



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁵ La teoría aplicada a este punto, se obtuvo de: Koutsoyiannis; *Theory of econometrics*; Ed. Millan Press; Segunda Edición; Hong Kong, 1977.

Éste muestra la distribución condicional de Y (marcada con una línea en la gráfica 4.1) correspondiente a varios valores de X. A pesar de que ocurren variaciones alrededor de la distribución (marcadas con una x), la gráfica muestra claramente que los valores (condicionales) promedios de Y aumentan cuando X se incrementa. La anterior afirmación puede apreciarse mucho mejor si se concentra la atención en los puntos más gruesos de la gráfica 4.1 los cuales representan diferentes valores condicionales medios de Y. El diagrama muestra la forma como estos puntos aparecen exactamente sobre una línea recta con pendiente positiva.

-Debe mantenerse presente la naturaleza hipotética del ejemplo. No se está sugiriendo que las medias condicionales deban siempre estar sobre una línea recta; ellas pueden perfectamente estar sobre una curva-

Esta línea se denomina línea de regresión poblacional o, más genéricamente, curva de regresión poblacional o, más específicamente, curva de regresión poblacional de Y en X.

Desde el punto de vista geométrico, una curva de regresión poblacional es simplemente el trazado o unión de las medias condicionales o esperanzas de la variable dependiente para los valores fijos de la(s) variable(s) explicativa(s).

La ecuación se conoce como la función de regresión poblacional, **FRP**, y denota que la media poblacional de la distribución de Y dado X_i está funcionalmente relacionada con X_i . En otras palabras, muestra cómo el valor promedio poblacional de Y varía con las X.

Como una primera hipótesis se puede suponer que la **FRP** es una función lineal de X_i , y la función $f(X_i)$ es, por ejemplo, del siguiente tipo:

$$Y_i = \beta_1 + \beta_2 X_i$$

En la cual β_1 y β_2 son parámetros desconocidos pero fijos que se denominan coeficientes de regresión, también llamados de intersección y coeficiente de la pendiente, respectivamente. La ecuación se conoce como la función de regresión poblacional lineal o modelo de regresión lineal poblacional.

El interés del análisis de regresión consiste en estimar una **FRP** como la de la ecuación anterior, esto es, estimar los valores de las incógnitas β_1 y β_2 con base en las observaciones de Y y X.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Es de esencial importancia entender el significado del término "lineal" ya que éste puede ser interpretado de dos maneras diferentes:

Linealidad en las variables. Linealidad en los parámetros. El segundo sentido de linealidad es que la esperanza condicional de Y es una función lineal de los parámetros y puede ser o no lineal en la variable X.

De las dos interpretaciones, la linealidad en los parámetros constituye el concepto relevante en la teoría de regresión. Por tanto, la expresión regresión lineal significará siempre una regresión lineal en los parámetros pudiendo o no ser lineal en las variables explicativas.

Observando la gráfica 4.1 se aprecia que para un valor cualquiera de X los valores de Y se concentran alrededor del valor promedio,

Cabe mencionar que además de la variable X pueden existir más variables que afecten el resultado o el comportamiento de la variable Y las cuales no se pueden explicar en su totalidad por las variables incluidas en el modelo.

La FRP es, desde luego, una construcción idealizada o teórica, puesto que en la práctica todo lo que se tiene es una muestra de la población total y por lo tanto se toma en cuenta la función de regresión muestral (FRM), de tal forma que los valores calculados de β_1 y β_2 estén tan "cerca" de los verdaderos β_1 y β_2 como sea posible, aunque no se conozcan estos últimos.

Existen en la actualidad varios métodos para construir la FRM, pero en lo concerniente al análisis de regresión el más usado es el método de mínimos cuadrados ordinarios (MCO) el cual se basa en la estimación de los parámetros bajo ciertos supuestos y que se pueden calcular en la computadora con la ayuda del software estadístico existente.

4.3 APLICACIÓN DEL MÉTODO MCO

Analizando la información disponible, se considera como variable dependiente Y_i a la frecuencia de utilización proporcionada por AMIS descrita en la tabla 4.2, donde i varía de 1 a 10 dependiendo del rango de edad al que corresponda la frecuencia y por tanto la variable independiente "X" representa los rangos de edad, que por tratarse de una variable no numérica se asignan valores conocidos como se muestra en la siguiente tabla:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4.3: ASIGNACIÓN DE VALOR A LA VARIABLE "X"

RANGO	0 - 01	02 - 04	05 - 10	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39
VAR "X"	1	2	3	4	5	6	7	8	9

RANGO	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 y +
VAR "X"	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

► Los datos marcados en recuadro, son los considerados en los ejemplos mencionados dentro del capítulo.

Se considera necesario la aplicación de 12 modelos de regresión con la finalidad de ajustar las frecuencias de utilización por servicio y para cada sexo, suavizando así las variables y quitar aquellos datos que desvien los resultados, a continuación se describen cada uno de los modelos a aplicar:

- M₁ Consulta de Primer Contacto sexo Masculino
- M₂ Consulta de Primer Contacto sexo Femenino
- M₃ Consulta de Especialidad sexo Masculino
- M₄ Consulta de Especialidad sexo Femenino
- M₅ Farmacia sexo Masculino
- M₆ Farmacia sexo Femenino
- M₇ Laboratorio sexo Masculino
- M₈ Laboratorio sexo Femenino
- M₉ Gabinete sexo Masculino
- M₁₀ Gabinete sexo Femenino
- M₁₁ Hospital sexo Masculino
- M₁₂ Hospital sexo Femenino
- M₁₃ Urgencias sexo Masculino
- M₁₄ Urgencias sexo Femenino
- M₁₅ Otros Servicios sexo Masculino
- M₁₆ Otros Servicios sexo Femenino

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aplicando el método de MCO a cada modelo (M_i, donde i=1,2,...,16) se obtienen las ecuaciones que mejor ajustan la información de cada modelo a una función conocida; Así para los modelos M₁ al M₁₂, la ecuación que mejor explica la relación existente entre frecuencia y grupo de edad es la siguiente:

ESTADÍSTICA
UNIVERSIDAD NACIONAL

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * \chi + \beta_2 * \chi^2 + \beta_3 * \chi^3 + \beta_4 * \chi^4$$

Ahora bien, para Urgencia y Tratamiento ambulatorio, los cuales se agruparon en un solo servicio, descrito en los modelos M₁₃ y M₁₄ se consideró la siguiente ecuación:

$$\exp(\beta_0 + \beta_1 * \chi + \beta_2 * \chi^2 + \beta_3 * \chi^3 + \beta_4 * \chi^4 + \beta_5 * \chi^5 + \beta_6 * \chi^6)$$

Para los modelos M₁₅ y M₁₆ se consideró la siguiente ecuación:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * \chi + \beta_2 * \chi^2 + \beta_3 * \chi^3 + \beta_4 * \chi^4 + \beta_5 * \chi^5 + \beta_6 * \chi^6$$

Donde el valor de los parámetros obtenidos para cada modelo, así como las R² o bondad de ajuste (la cual se explicará más adelante), se muestran a continuación:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4.4: VALOR DE LOS PARÁMETROS CALCULADOS POR MODELO

SEXO	M	F	M	F	M	F
SERVICIO	PRIMER CONTACTO		SEGUNDO CONTACTO		FARMACIA	
β_0	21.2533936	20.2193860	-0.2485537	0.5403598	15.3952196	12.8745656
β_1	-8.51990396	-8.24353811	1.4500252	0.7436332	-4.75442543	-3.49824096
β_2	1.37560796	1.49590837	-0.3590830	-0.1965308	0.67928809	0.54234723
β_3	-0.08775187	-0.10305470	0.0336228	0.0229173	-0.03434647	-0.02344448
β_4	0.00194862	0.00238338	-0.0008939	-0.0007045	0.00067951	0.00026642
R^2	0.96424135	0.87395846	0.98399254	0.96767337	0.96414649	0.90473878
SERVICIO	LABORATORIO		GABINETE		HOSPITAL	
β_0	0.4496334	0.74050147	0.3482970	0.54851129	0.2620778	0.15438766
β_1	0.1081868	-0.25398072	0.0282592	-0.20283260	-0.11244682	-0.076657
β_2	-0.0630066	0.06741243	-0.0203401	0.04920747	0.019762	0.02033519
β_3	0.0082895	-0.00374846	0.0026800	-0.00329497	-0.00130759	-0.000173053
β_4	-0.0002709	0.00005063	-0.0000876	0.00006836	0.00003233	0.00004905
R^2	0.98381184	0.90142569	0.97560919	0.89775869	0.89029393	0.89673862
SERVICIO	OTROS		URGENCIAS			
β_0	-2.62982711	-2.87366307	-0.53834081	-0.7051667		
β_1	4.51363425	4.78216726	0.62194296	0.42714946		
β_2	-1.60158803	-1.78734162	-0.47823868	-0.37183862		
β_3	0.2514412	0.3075827	0.10499534	0.09116113		
β_4	-0.0191906	-0.0264831	-0.01025799	-0.00979021		
β_5	0.0006909	0.0011073	0.00046649	0.00048279		
β_6	-0.0000092	-0.0000178	-0.00000803	-0.00000892		
R^2	0.8389241	0.87222103	0.84261349	0.64999148		

► Los datos marcados en recuadro, son los considerados en los ejemplos mencionados dentro del capítulo.

4.3.1 VALIDACIÓN DE LOS MODELOS

La validación de un modelo consiste en averiguar mediante pruebas estadísticas la confiabilidad de los resultados obtenidos. Considerando la llamada bondad de ajuste de la línea de regresión ajustada a un conjunto de datos se busca encontrar en que medida ajusta la línea de regresión muestral a los datos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si todas las observaciones coincidieran con la línea de regresión, obtendríamos un ajuste perfecto lo que raras veces ocurre. Generalmente tienden a presentarse errores o diferencias positivas o negativas, con la esperanza de que los residuos localizados alrededor de la línea de regresión sean lo más pequeños posible. En este sentido el coeficiente de determinación R^2 es una medida resumen que nos dice que tan bien, la línea de regresión muestral se ajusta a los datos.

El coeficiente de determinación R^2 ajustado mide la bondad global del ajuste del modelo de regresión y se puede decir que el modelo es satisfactorio si el valor de R^2 es razonablemente alto (>0.8). Los R^2 estimados en los modelos de "frecuencia de utilización – grupo de edad", son bastante altos (ver tabla 4.4), al rededor de 0.90. por lo tanto se puede concluir que los modelos aplicados son satisfactorios.

Así mismo se puede afirmar que la frecuencia de utilización de los servicios seleccionados para el presente estudio, está directamente relacionada con la distribución por grupo de edad y sexo de la población.

Una vez validados los modelos, el paso a seguir es la sustitución de los valores de los parámetros de las β 's obtenidas en la ecuación correspondiente, para obtener así las frecuencias de utilización ajustadas o estimadas por edad sexo y servicio.

4.4 DETERMINACIÓN DEL COSTO

Para determinar el costo promedio anual por derechohabiente, es necesario calcular las frecuencias de utilización por servicio a partir de la información obtenida en los modelos aplicados en la sección anterior.

Sustituyendo en la ecuación correspondiente dependiendo del servicio que se trate, las β 's obtenidas en la tabla 4.4 se va construyendo la tabla de las frecuencias estimadas. Por ejemplo, para el servicio de primer contacto sexo masculino, se tiene la siguiente ecuación:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * \chi + \beta_2 * \chi^2 + \beta_3 * \chi^3 + \beta_4 * \chi^4$$

Sustituyendo los valores correspondientes, según la tabla 4.4, a los parámetros β , se tiene que:

$$Y = (.00194) + (-.08775 * \chi) + (1.3756 * \chi^2) + (-8.5199 * \chi^3) + (21.2533 * \chi^4)$$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El valor asignado a la variable χ de acuerdo a la tabla para el rango de edad de 0 a 1 años es 1, así se llega al siguiente valor:

$$Y = (.00194) + (-.08775 * 1) + (1.3756 * 1^2) + (-8.5199 * 1^3) + (21.2533 * 1^4) = 14.02$$

Para el servicio de "Otros" sexo femenino, se tiene la siguiente ecuación:

$$Y = \beta_0 + \beta_1 * \chi + \beta_2 * \chi^2 + \beta_3 * \chi^3 + \beta_4 * \chi^4 + \beta_5 * \chi^5 + \beta_6 * \chi^6$$

Sustituyendo los valores correspondientes, según la tabla 4.4, a los parámetros β , se tiene que:

$$Y = (-2.8736) + (4.7821 * \chi) + (-1.7873 * \chi^2) + (.3075 * \chi^3) + (-.0264 * \chi^4) + (.0011 * \chi^5) + (-.000017 * \chi^6)$$

El valor asignado a la variable χ de acuerdo a la tabla para el rango de edad de 2 a 4 años es 2, así se llega al siguiente valor:

$$Y = (-2.8736) + (4.7821 * 2) + (-1.7873 * 2^2) + (.3075 * 2^3) + (-.0264 * 2^4) + (.0011 * 2^5) + (-.000017 * 2^6) = 1.61$$

Así, se obtienen todos los valores correspondientes a la frecuencia de utilización estimada, presentados en la siguiente tabla³⁶:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

³⁶ Cabe señalar que para todos los cálculos se consideraron más de 6 decimales, para la tabla 4.5 por razones de presentación solo se muestran hasta 4.

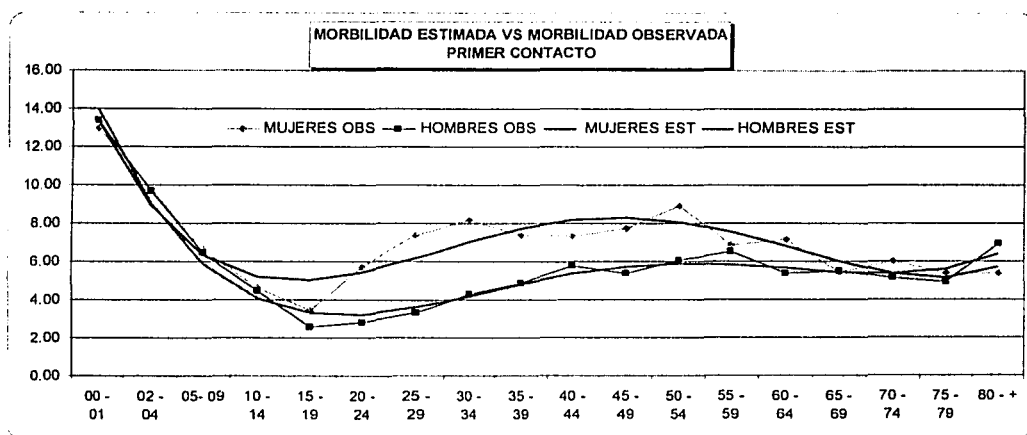
TABLA 4.5: FRECUENCIAS DE UTILIZACIÓN ANUAL AJUSTADAS POR SERVICIO

SERVICIO GPO EDAD	1ER CONTACTO		2DO CONTACTO		FARMACIA		LABORATORIO		GABINETE		HOSPITAL		URGENCIAS		OTROS	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
00 - 01	14.0233	13.3711	0.8751	1.1097	11.2864	9.8955	0.5028	0.5502	0.3588	0.3917	0.1681	0.0964	0.7412	0.5667	0.5152	0.4034
02 - 04	9.0452	8.9296	1.4698	1.4136	8.3396	7.8642	0.4760	0.4730	0.3435	0.3144	0.1063	0.0694	0.5962	0.4720	1.7171	1.6125
05 - 09	5.8627	6.3625	1.7052	1.5642	6.3732	6.6495	0.4090	0.4882	0.3153	0.2995	0.0699	0.0647	0.4210	0.3712	1.8924	1.8025
10 - 14	4.0662	5.1944	1.7292	1.6568	5.2219	6.1269	0.3355	0.5762	0.2850	0.3311	0.0531	0.0749	0.3123	0.3134	1.6485	1.6241
15 - 19	3.2930	5.0072	1.6687	1.7696	4.7367	6.1780	0.2823	0.7190	0.2613	0.3954	0.0507	0.0938	0.2621	0.2953	1.3500	1.4317
20 - 24	3.2269	5.4399	1.6286	1.9642	4.7848	6.6909	0.2700	0.8994	0.2510	0.4799	0.0583	0.1163	0.2501	0.3049	1.1783	1.3707
25 - 29	3.5986	6.1889	1.6929	2.2849	5.2500	7.5601	0.3125	1.1017	0.2584	0.5738	0.0724	0.1384	0.2621	0.3301	1.1851	1.4530
30 - 34	4.1857	7.0075	1.9238	2.7595	6.0321	8.6865	0.4173	1.3112	0.2860	0.6681	0.0902	0.1575	0.2870	0.3570	1.3385	1.6192
35 - 39	4.8123	7.7066	2.3621	3.3986	7.0474	9.9775	0.5855	1.5146	0.3341	0.7553	0.1097	0.1719	0.3132	0.3719	1.5631	1.7866
40 - 44	5.3495	8.1539	3.0272	4.1959	8.2284	11.3466	0.8113	1.6998	0.4009	0.8296	0.1295	0.1813	0.3301	0.3681	1.7729	1.8955
45 - 49	5.7150	8.2746	3.9170	5.1284	9.5240	12.7140	1.0830	1.8557	0.4825	0.8867	0.1493	0.1865	0.3331	0.3498	1.8984	1.9133
50 - 54	5.8734	8.0510	5.0081	6.1561	10.8992	14.0061	1.3818	1.9726	0.5730	0.9242	0.1693	0.1895	0.3266	0.3299	1.9062	1.8657
55 - 59	5.8361	7.5224	6.2554	7.2220	12.3357	15.1558	1.6828	2.0421	0.6642	0.9411	0.1906	0.1934	0.3218	0.3234	1.8123	1.8247
60 - 64	5.6610	6.7857	7.5924	8.2522	13.8311	16.1024	1.9544	2.0568	0.7459	0.9382	0.2151	0.2026	0.3321	0.3439	1.6892	1.8967
65 - 69	5.4530	5.9947	8.9314	9.1560	15.3995	16.7915	2.1587	2.0107	0.8059	0.9179	0.2454	0.2226	0.3715	0.4034	1.6657	2.1945
70 - 74	5.3637	5.3605	10.1630	9.8258	17.0714	17.1751	2.2510	1.8988	0.8297	0.8841	0.2849	0.2600	0.4521	0.5029	1.9206	2.7976
75 - 79	5.5915	5.1513	11.1563	10.1369	18.8934	17.2118	2.1804	1.7175	0.8008	0.8426	0.3377	0.3227	0.5670	0.5869	2.6691	3.6992
80 - 84	6.3815	5.6927	11.7591	9.9479	20.9285	16.8662	1.8892	1.4644	0.7005	0.8006	0.4089	0.4198	0.6337	0.4956	4.1438	4.7401
85 y +	8.0257	7.3674	11.7978	9.1004	23.2561	16.1098	1.3135	1.1382	0.5084	0.7671	0.5042	0.5614	0.4785	0.1955	6.5676	5.5306
TOTAL	5.3141	6.9440	2.3975	3.0169	7.2201	8.9655	0.5630	1.1262	0.3415	0.5808	0.1023	0.1384	0.3563	0.3631	1.4465	1.5973
TOTAL		6.2161		2.7404		8.1860		0.8747		0.4739		0.1223		0.2720		1.5299

► Los datos marcados en recuadro, son los considerados en los ejemplos mencionados dentro del capítulo.

Mediante un análisis gráfico, se puede complementar la determinación de la bondad del ajuste, haciendo la comparación entre las frecuencias observadas vs. Las frecuencias ajustadas obtenidas a partir de los modelos aplicados M_i (donde $i = 1, 2, \dots, 16$). Por ejemplo, graficando el modelo M1 correspondiente a la morbilidad presentada en el servicio de Primer Contacto para ambos sexos (Gráfica 4.2), se puede observar que la tendencia de la morbilidad estimada se ajusta muy bien a la tendencia de la morbilidad observada o real ya que las variaciones alrededor de ambas no son significativas. Prácticamente de 0 a 19 años el ajuste es perfecto ya que no hay diferencias, tan solo en el sexo femenino, se muestran 3 saltos en el rango de edad de 0 a 19 años, en el de 30 a 34 y en el de 50 a 54 y aún así la diferencia no es representativa.

GRÁFICA 4.2



Por lo tanto considerando el cálculo de la bondad de ajuste antes presentada y el análisis gráfico de todos los modelos se concluye que las frecuencias estimadas son válidas para el cálculo del costo promedio por derechohabiente.

El costo promedio por derechohabiente se obtiene multiplicando la frecuencia de utilización estimada por grupo de edad y sexo por el costo promedio por servicio, este último, dependerá de los convenios que la ISES tenga con los prestadores de servicios, considerando la experiencia del sector asegurador según el reporte de AMIS, se tiene que el costo promedio por servicio que paga una ISES, a precios del 1° de enero del 2001 es de (ver tabla 4.6):

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4.6: COSTO PROMEDIO POR SERVICIO

SERVICIO	COSTO PROMEDIO
Consulta de Primer Contacto	\$60.00
Consulta de Segundo Contacto	\$80.00
Farmacia	\$309.32
Laboratorio	\$294.47
Gabinete	\$671.23
Hospital	\$26,337.09
Urgencias	\$1,169.33
Otros Servicios	\$542.07

Fuente: Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., Reportes Cuatrimestrales SALUD; Tercer Cuatrimestre a Diciembre de 2001; México 2002

Una vez calculado el costo promedio por servicio para cada grupo de edad y sexo, se podrá hacer la suma de los mismos para llegar a un costo promedio total que considere el plan integral de salud y así llegar a un costo promedio general para cualquier población.

Siguiendo con el ejemplo de los factores de frecuencia obtenidos en el punto anterior, la utilización del servicio de primer contacto para un menor de sexo masculino será de 14.023 veces en el año, si se considera que cada consulta se paga en \$60.00 pesos, multiplicando ambas cantidades, el costo anual de este servicio para esa edad será de \$841.40 pesos. Así mismo, la utilización de "otros servicios" para un menor entre 2 y 4 años de sexo femenino es de 1.61 veces al año, si se considera el pago promedio por cada servicio en \$542.07 pesos, multiplicando ambas cantidades, el costo anual de éste para esa edad será de \$874.08 pesos.

Llevando a cabo el mismo procedimiento se construye la tabla 4.7, la cual muestra el costo que en promedio anual representará el dar un determinado servicio a cada derechohabiente de acuerdo a su edad y sexo, considerando que lo utilizara varias veces en el año.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 4.7: COSTO PROMEDIO ANUAL POR DERECHOHABIENTE POR SERVICIO

SERVICIO	PRIMER CONTACTO		SEGUNDO CONTACTO		FARMACIA		LABORATORIO		GABINETE		HOSPITAL		URGENCIA		OTROS	
CTO X SERV	\$ 60,00		\$ 80,00		\$ 309,32		\$ 294,47		\$ 671,23		\$ 26.337,09		\$ 1.169,33		\$ 542,07	
GPO EDAD	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
00 - 01	\$ 841,40	\$ 802,27	\$ 70,01	\$ 88,77	\$ 3 491,11	\$ 3 060,87	\$ 148,07	\$ 162,03	\$ 240,84	\$ 262,89	\$ 4 427,73	\$ 2 538,48	\$ 866,75	\$ 662,60	\$ 279,25	\$ 218,64
02 - 04	\$ 542,71	\$ 535,78	\$ 117,59	\$ 113,09	\$ 2 679,61	\$ 2 432,55	\$ 140,16	\$ 139,29	\$ 230,56	\$ 211,04	\$ 2 799,34	\$ 1 826,61	\$ 697,17	\$ 551,97	\$ 930,78	\$ 874,10
05 - 09	\$ 351,76	\$ 381,75	\$ 136,41	\$ 125,13	\$ 1 971,36	\$ 2 056,84	\$ 120,44	\$ 143,75	\$ 211,62	\$ 201,00	\$ 1 841,20	\$ 1 703,54	\$ 492,26	\$ 434,02	\$ 1 025,83	\$ 977,06
10 - 14	\$ 243,97	\$ 311,66	\$ 138,34	\$ 132,54	\$ 1 615,24	\$ 1 895,18	\$ 98,78	\$ 169,68	\$ 191,29	\$ 222,26	\$ 1 397,79	\$ 1 973,32	\$ 365,13	\$ 366,52	\$ 893,63	\$ 880,39
15 - 19	\$ 197,58	\$ 300,43	\$ 133,49	\$ 141,57	\$ 1 465,15	\$ 1 910,98	\$ 83,12	\$ 211,72	\$ 175,42	\$ 265,40	\$ 1 334,01	\$ 2 471,01	\$ 306,46	\$ 345,30	\$ 731,78	\$ 776,09
20 - 24	\$ 193,61	\$ 326,39	\$ 130,29	\$ 157,13	\$ 1 480,05	\$ 2 069,63	\$ 79,50	\$ 254,85	\$ 168,45	\$ 322,10	\$ 1 535,17	\$ 3 062,66	\$ 292,46	\$ 356,53	\$ 638,72	\$ 743,01
25 - 29	\$ 215,92	\$ 371,33	\$ 135,43	\$ 182,79	\$ 1 623,94	\$ 2 338,49	\$ 92,02	\$ 324,41	\$ 173,42	\$ 385,16	\$ 1 907,04	\$ 3 645,32	\$ 306,52	\$ 385,97	\$ 642,40	\$ 787,60
30 - 34	\$ 251,14	\$ 420,45	\$ 153,90	\$ 220,76	\$ 1 865,86	\$ 2 686,92	\$ 122,89	\$ 386,12	\$ 191,94	\$ 448,45	\$ 2 375,84	\$ 4 147,07	\$ 335,60	\$ 417,41	\$ 725,56	\$ 877,73
35 - 39	\$ 288,74	\$ 462,40	\$ 188,97	\$ 271,88	\$ 2 179,91	\$ 3 086,23	\$ 172,40	\$ 446,02	\$ 224,23	\$ 506,98	\$ 2 888,19	\$ 4 526,97	\$ 366,22	\$ 434,91	\$ 847,29	\$ 969,57
40 - 44	\$ 320,97	\$ 489,24	\$ 242,18	\$ 335,67	\$ 2 545,21	\$ 3 509,73	\$ 238,92	\$ 500,53	\$ 269,08	\$ 556,83	\$ 3 411,17	\$ 4 775,09	\$ 386,00	\$ 430,39	\$ 961,04	\$ 1 027,52
45 - 49	\$ 342,90	\$ 496,48	\$ 313,36	\$ 410,28	\$ 2 945,95	\$ 3 932,69	\$ 318,90	\$ 546,45	\$ 323,68	\$ 595,19	\$ 3 932,29	\$ 4 912,51	\$ 389,53	\$ 408,98	\$ 1 029,08	\$ 1 037,16
50 - 54	\$ 352,41	\$ 483,06	\$ 400,65	\$ 492,49	\$ 3 371,35	\$ 4 332,37	\$ 406,90	\$ 580,89	\$ 384,61	\$ 620,35	\$ 4 459,48	\$ 4 991,30	\$ 381,93	\$ 385,80	\$ 1 033,29	\$ 1 011,31
55 - 59	\$ 350,16	\$ 451,35	\$ 500,43	\$ 577,76	\$ 3 815,67	\$ 4 688,00	\$ 495,53	\$ 601,35	\$ 445,84	\$ 631,72	\$ 5 021,14	\$ 5 094,55	\$ 376,26	\$ 378,21	\$ 982,41	\$ 989,11
60 - 64	\$ 339,66	\$ 407,14	\$ 607,39	\$ 660,17	\$ 4 278,23	\$ 4 980,79	\$ 575,53	\$ 605,68	\$ 500,70	\$ 629,77	\$ 5 666,07	\$ 5 336,35	\$ 388,34	\$ 402,13	\$ 915,68	\$ 1 028,12
65 - 69	\$ 327,18	\$ 359,68	\$ 714,51	\$ 732,48	\$ 4 763,38	\$ 5 193,94	\$ 635,67	\$ 592,08	\$ 540,95	\$ 616,12	\$ 6 463,53	\$ 5 861,79	\$ 434,39	\$ 471,67	\$ 902,95	\$ 1 189,56
70 - 74	\$ 321,82	\$ 321,63	\$ 813,04	\$ 786,06	\$ 5 280,52	\$ 5 312,61	\$ 662,95	\$ 559,14	\$ 556,92	\$ 593,47	\$ 7 503,20	\$ 6 846,96	\$ 528,63	\$ 588,01	\$ 1 041,07	\$ 1 516,50
75 - 79	\$ 335,49	\$ 309,08	\$ 892,50	\$ 810,95	\$ 5 844,10	\$ 5 323,94	\$ 665,01	\$ 559,91	\$ 557,37	\$ 594,05	\$ 8 895,20	\$ 8 498,97	\$ 663,04	\$ 686,32	\$ 1 446,84	\$ 2 005,22
80 - 84	\$ 382,89	\$ 341,56	\$ 940,73	\$ 845,57	\$ 6 473,61	\$ 5 397,19	\$ 666,90	\$ 559,40	\$ 657,70	\$ 595,68	\$ 10 770,09	\$ 11 055,92	\$ 740,98	\$ 579,47	\$ 2 246,22	\$ 2 569,48
85 y +	\$ 481,54	\$ 442,04	\$ 943,82	\$ 864,64	\$ 7 193,58	\$ 6 477,32	\$ 664,64	\$ 660,00	\$ 556,24	\$ 594,53	\$ 13 279,85	\$ 14 786,91	\$ 559,54	\$ 228,59	\$ 3 560,12	\$ 2 997,97
TOTAL	\$ 318,85	\$ 416,64	\$ 191,80	\$ 241,36	\$ 2.233,33	\$ 2.773,20	\$ 165,79	\$ 331,62	\$ 229,25	\$ 389,82	\$ 2.695,12	\$ 3.645,37	\$ 416,58	\$ 424,54	\$ 784,09	\$ 865,84
TOTAL	\$ 372,97	\$ 219,23	\$ 2.532,10	\$ 257,56	\$ 318,11	\$ 3.221,00	\$ 318,11	\$ 3.221,00	\$ 318,11	\$ 3.221,00	\$ 318,11	\$ 3.221,00	\$ 318,11	\$ 3.221,00	\$ 318,11	\$ 829,33

- ▶ Los datos marcados en recuadro, son los considerados en los ejemplos mencionados dentro del capítulo.
- ▶ Para obtener los datos que se encuentran sombreados, se consideró la tendencia de la ecuación y no la sustitución de los valores, ya que se presentó una desviación en cuanto a la misma.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Haciendo un resumen, finalmente se obtiene el costo de un plan integral de salud por grupo de edad y sexo e incluso un costo promedio general por el plan completo, el cual se integra a partir de la suma del costo de todos los servicios en cada rubro, mostrado en la tabla 4.8:

TABLA 4.8: COSTO PROMEDIO ANUAL POR DERECHOHABIENTE PARA UN PLAN INTEGRAL DE SALUD

COSTO PROMEDIO ANUAL		
GPO EDAD	M	F
00 - 01	\$ 10.365,16	\$ 7.796,57
02 - 04	\$ 8.037,92	\$ 6.684,42
05 - 09	\$ 6.150,90	\$ 6.023,09
10 - 14	\$ 4.944,17	\$ 5.951,56
15 - 19	\$ 4.427,01	\$ 6.422,49
20 - 24	\$ 4.518,24	\$ 7.302,30
25 - 29	\$ 5.096,69	\$ 8.421,09
30 - 34	\$ 6.022,73	\$ 9.604,92
35 - 39	\$ 7.155,93	\$ 10.704,96
40 - 44	\$ 8.374,57	\$ 11.625,00
45 - 49	\$ 9.595,90	\$ 12.339,73
50 - 54	\$ 10.790,62	\$ 12.897,56
55 - 59	\$ 11.987,43	\$ 13.412,04
60 - 64	\$ 13.271,60	\$ 14.050,16
65 - 69	\$ 14.782,56	\$ 15.017,33
70 - 74	\$ 16.708,06	\$ 16.524,38
75 - 79	\$ 19.299,55	\$ 18.788,44
80 - 84	\$ 22.779,12	\$ 21.944,27
85 y +	\$ 27.238,35	\$ 25.951,90
TOTAL	\$ 7.034,81	\$ 9.088,39
TOTAL	\$ 8.068,41	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Así se determina que el costo promedio por derechohabiente anual será de \$8,068.41 considerando los gastos de administración más la utilidad esperada por la ISES se puede considerar un incremento en el costo directo del 14% tomando como base el análisis de información que en este sentido reporta la AMIS en su resumen anual. Por lo tanto para el análisis subsecuente se considerará un costo promedio por derechohabiente anual de:

\$8,875

(Ocho mil ochocientos setenta y cinco pesos)

4.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS

Considerando los indicadores sobre hogares y familias proporcionados por el INEGI³⁷, se tienen 19'845,000 hogares en México, con un tamaño promedio por hogar de 4 integrantes, de los cuales dos son adultos y dos menores, la edad de los adultos oscila entre los 40 y 45 años y la edad de los menores entre los 5 y 9 años, así se tiene que el costo de un plan integral de salud para una familia típica mexicana, en una ISES, se calcularía de la siguiente forma:

TABLA 4.9: COSTO DE UN PLAN INTEGRAL DE SALUD PARA UNA FAMILIA MEXICANA TIPO

INTEGRANTE	GRUPO DE EDAD	COSTO ANUAL ³⁸	COSTO TOTAL ANUAL
PADRES	40 - 45	Masculino \$8,374	\$19,999
		Femenino \$11,625	
HIJOS	05 - 09	Masculino \$6,151	\$12,175
		Femenino \$6,024	
COSTO PROMEDIO ANTES DE ADMINISTRACIÓN E I.V.A.			\$32,174
COSTO PROMEDIO TOTAL ANUAL POR FAMILIA			\$42,180

Una familia mexicana tendría que considerar un costo anual de \$42,180, por un seguro de gastos médicos totales, que cubriría todos los servicios requeridos por cualquier integrante de la familia, considerando los servicios de consulta, farmacia, laboratorio, gabinete y/o incluso, de ser necesario, hospitalización. Sin desembolsar un solo peso por los servicios recibidos.

³⁷ Estadísticas sociodemográficas, Indicadores Sobre Hogares y Familias, México 1995, www.inegi.gob.mx, Abril 2002.

³⁸ El costo anual se obtiene del cuadro 4.8. Para gastos médicos totales o seguro de salud.

Para hacer un comparativo, el seguro de gastos médicos mayores que más se acerca al de gastos médicos totales, considerando el mismo tipo de red, es aquel que permite el acceso a una red hospitalaria de nivel medio, la cobertura de algunos procedimientos de prevención, así como la utilización de los servicios de consulta, el costo sería:

TABLA 4.10: COSTO DE UN PLAN DE GMM PARA UNA FAMILIA MEXICANA TIPO

INTEGRANTE	GRUPO DE EDAD	COSTO ANUAL ³⁹	COSTO TOTAL ANUAL
PADRES	40 - 45	Masculino \$9,091	\$21,563
		Femenino \$12,472	
HIJOS	05 - 09	Masculino \$3,786	\$7,550
		Femenino \$3,764	
COSTO PROMEDIO ANTES DE ADMINISTRACIÓN			\$29,113
COSTO PROMEDIO TOTAL ANUAL POR FAMILIA			\$29,113

Sin embargo, considera un deducible de \$2,500, un coaseguro del 10% y por cada servicio de consulta el derechohabiente desembolsa de \$70 a \$100 pesos según sea el caso y no incluye el servicio de farmacia para gasto médico menor. En ambos casos la suma asegurada es sin límite.

Aún cuando la diferencia entre un seguro de GMM y un seguro GMT es del 45%, por las coberturas y condiciones de cada plan, resulta más conveniente adquirir la segunda opción. Pero, ¿Cuanta gente tendrá acceso a la compra de este tipo de planes?, Si en éste momento tan solo el 2% de la población tiene acceso a los planes de seguros, en primera instancia se podría suponer que sería el mismo 2% quienes estarían dispuestos a pagar por un plan de GMT, ahora bien, considerando las ventajas del mismo, este porcentaje podría aumentar hasta un 4%, tomando en cuenta que la población que gana más de 7 salarios mínimos⁴⁰ estaría dispuesta a destinar el 17% de sus recursos a la prevención de su salud.

Considerando un caso hipotético, una familia de cuatro integrantes, con una póliza de gastos médicos mayores, en donde el padre esta afiliado al IMSS y suponiendo que cada participante se enfermará una vez durante el año, el gasto ejercido por esta familia en salud sería:

³⁹ El costo anual se obtiene de: ING Seguros Comercial América, Condiciones Generales para Gastos Médicos Mayores Línea Integral, México 2001.

⁴⁰ Estadísticas sociodemográficas, Indicadores Sobre Hogares y Familias, México 1995, www.inegi.gob.mx , Abril 2002

TABLA 4.11: GASTO EJERCIDO POR UNA FAMILIA MEXICANA TIPO

CONCEPTO	CANT	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Cuota del IMSS		\$1,000	\$1,000
Póliza de GMM Familiar	1	\$29,113	\$29,113
Consulta (3 por persona)	12	\$250	\$3,000
Farmacia (Una receta por integrante)	4	\$600	\$2,400
Laboratorio y/o Gabinete	2	\$1,000	\$2,000
TOTAL GASTADO			\$37,513

Haciendo un análisis, el costo del plan integral de salud resultaría un 12% más caro de lo que se gastaría dicha familia, considerando el riesgo que corren de un caso catastrófico en salud, el costo de adquirir una póliza de gastos médicos totales resulta poco significativo ya que no tendrán que desembolsar un solo peso por la atención en caso de incurrir en alguna urgencia, además podrán tener acceso a todas las consultas de prevención que sean necesarias para mantener un estado saludable y que tendrían un costo adicional para su bolsillo (hasta \$5,000 pesos) si no se cuenta con dicha póliza.

Así se puede afirmar que el impacto que tiene un plan integral de salud en el gasto de bolsillo es muy alto para aquellas familias que decidan adquirirlo, ya que podrían reducir éste a \$0.0 pesos, sin embargo, el alcance que tiene la población mexicana para adquirirlo no es significativo ya que tan solo el 4% de la población percibe un salario suficiente para destinar el 17% de sus ingresos a un seguro de salud "Total".

También es necesario considerar que el costo por la administración de un plan integral de salud para una ISES es mucho mayor que el costo de administración por un seguro tradicional de gasto médico, la razón es la sobregulación que existe dentro del marco jurídico de las ISES, y que impactan directamente en el costo de dichos planes, como lo es el contar con⁴¹:

Sistema de registro para altas y bajas de asegurados con causas de las mismas.

Base de datos de Prestadores, acorde a los planes ofrecidos.

Información estadística a reportar a la CNSF, SHCP y la SSA.

Contralor Médico.

Guías y protocolos de los procedimientos médicos más comunes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴¹ Cédula de Supervisión a ISES, SSA, México 2002

Dichos requisitos, implican gastos en la instalación de recursos sistémicos, humanos y físicos que permitan mantener la operación de una ISES.

Adicionalmente existen otras entidades llamadas administradoras de salud, organismos autorizados para proporcionar los mismos servicios que las ISES, con la salvedad de que no pueden administrar riesgo financiero, es decir no pueden ofrecer el plan a través del cobro de una prima de riesgo, lo ofrecen cobrando al cliente el monto total generado por los servicios ocurridos más un gasto de administración por conseguir precios preferenciales. Las administradoras, no reportan ningún tipo de información a la CNSF ni a la SSA, no son reguladas por ninguno de estos organismos por lo tanto, el costo de la administración es mínimo (entre un 4% y un 7% sobre el costo por derechohabiente), en comparación con el de una ISES que oscila entre un 10 y 15%, lo que genera una competencia desleal.

Uno de los objetivos de la SSA al crear las ISES, fue promover una instancia que ofreciera no solo la medicina curativa sino también los servicios de prevención con una infraestructura suficiente, lo que mediría a través de la información estadística solicitada, sin embargo, las administradoras no tienen ninguna obligación de proporcionar estos servicios ni la seguridad de una empresa sólida, así el costo de un plan integral de salud ofrecido por una ISES, de primera instancia, resulta poco atractivo ante el ofrecimiento de una administradora, aún cuando la seguridad y el respaldo económico de la ISES sea mayor.

Con la creación de las ISES se ha dado un giro de gran importancia a la administración de los servicios de salud y sobre todo una gran apertura ante nuevos esquemas que de acuerdo al análisis anterior, podría tener un gran impacto en la economía de los mexicanos considerando que el gasto de bolsillo en salud dejaría de existir, sin embargo, no es suficiente con la creación de una instancia que ofrezca este tipo de servicios, ahora el papel del gobierno será el de crear los mecanismos necesarios para que todas las familias mexicanas cuenten con algún esquema de protección financiera que garantice el acceso a los servicios de salud y elimine así la posibilidad de que al requerir atención médica, enfrenten dificultades financieras como resultado de los altos costos.

El plan de salud se basa en el pago anticipado de colectividades que, a través del principio de solidaridad cubren el costo de la atención de quienes lo requieran. En la mayoría de los casos el costo de los servicios médicos para una familia que requiere atención es superior al pago anticipado de la prima, pero es posible cubrirla al canalizar el pago de las familias que no utilizaron los servicios de salud en un periodo determinado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para que esto se dé es necesario contar con la subrogación de derechos por parte del IMSS, que permita a las empresas transferir los servicios de salud a una ISES con la participación tripartita, como hasta ahora, de Gobierno -Trabajador- Patrón, e incluso dejar la decisión al trabajador de participar con un mayor porcentaje para obtener mejores coberturas dentro de las pólizas de salud que ofrezca la ISES. Esta forma de financiar los servicios de salud, crea incentivos para privilegiar la atención preventiva sobre la curativa y en consecuencia mejorar las condiciones de salud de la población.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

A través de los cuatro capítulos expuestos en el presente documento, se plantea la importancia que tiene el sector salud como un bien económico y social para toda la población. Dentro de este sector, se encuentran los seguros de salud y los seguros de gastos médicos mayores a los que se hace referencia como solución a un problema que hoy día recae sobre la población derechohabiente, a saber el "**gasto de bolsillo**", ya definido. Así, después de hacer un análisis del problema y el entorno que lo rodea, a continuación se enmarcan las principales conclusiones a las que se llegó:

- ▶ A partir de la falta de un marco jurídico que regulara a las empresas que ofrecían coberturas de atención médica preventiva, consultas médicas, hospitalización y servicios auxiliares en un paquete integral, el gobierno federal definió las condiciones que garantizan la viabilidad financiera y la calidad médica de los servicios de las mismas, creando así las ISES el 3 de enero de 1997, a través de las Reglas de Operación. El cumplimiento del marco jurídico que regula a las ISES, está a cargo de 3 entidades:
 - Secretaría de Hacienda y Crédito Público
 - Secretaría de Salud
 - Comisión Nacional de Seguros y Fianzas

- ▶ A partir de 1997 la administración de los servicios médicos puede hacerse a través de tres medios bajo los siguientes lineamientos:

Aseguradoras Tradicionales, quienes además de operar otros ramos, podrán ofrecer los seguros de gastos médicos mayores, siempre y cuando no contengan ningún componente de salud (principalmente medicina preventiva), a través de un prepago o mediante un fondo en administración.

ISES, quienes podrán operar los planes integrales de salud con componentes principalmente preventivos así como el seguro tradicional de gastos médicos mayores, a través de un prepago o mediante un fondo en administración.

Administradoras de Salud, únicamente podrán ofrecer la administración de los servicios médicos de las empresas que así lo deseen, siempre y cuando no represente un riesgo financiero para la empresa, es decir cuando no este de por medio un prepago por los servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ▶ Un plan integral de salud incluye de manera general, los siguientes servicios :

Consultas Médicas: Primer y Segundo Contacto

Surtido de medicamentos	Atención dental
Estudios de laboratorio	Hospitalización
Estudios de Gabinete	Maternidad y Lactancia
Honorarios médicos Quirúrgicos	Suministro de lentes
Aparatos de ortopedia y prótesis	Ambulancia
Terapias de rehabilitación	Esquemas de Prevención

- ▶ La finalidad de un seguro de gastos médicos mayores es proteger al asegurado contra eventualidad económica a consecuencia de un accidente o enfermedad hasta cierto monto, que se toma como límite para curar o rehabilitar a los pacientes, mientras que el origen de un Seguro de Salud no se deriva exclusivamente de un acontecimiento externo, violento, súbito y fortuito o de un accidente o enfermedad que afecte la salud del asegurado sino que parte del objetivo de prevenir, conservar, restaurar y rehabilitar la salud. Entendiéndose por salud el completo estado de bienestar bio-sico-social y no solo la ausencia de enfermedad, mediante acciones tanto de prevención como de restauración
- ▶ El sistema mexicano de salud tiene tres grupos de prestadores de servicios. El primero incluye a las instituciones que prestan servicios a la población no asegurada – alrededor del 40 % del total de la población. Las agencias más importantes de este componente son la Secretaría de Salud y el Programa IMSS-Solidaridad.

El segundo componente es la seguridad social, que se encarga de prestar atención a más de 50% de la población: El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene a su cargo a los trabajadores del sector formal de economía; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atiende a los empleados públicos; las fuerzas armadas tienen su propia institución de seguridad social, y esto mismo ocurre con los trabajadores de Petróleos Mexicanos.

El tercer componente es el sector privado, el cual debería de atender al 10% de la población. Sin embargo, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Salud 2000, 21% de los derechohabientes de la seguridad social y alrededor de 28% de la población no asegurada reportan como su última fuente de atención ambulatoria a un prestador privado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ▶ Actualmente en México la población que trabaja en el Sector Privado está afiliada al Seguro Social, pagando una cuota mensual por el mismo, sin embargo algunos no hacen uso de los servicios médicos, entre otros, por la mala calidad de los mismos, esto la obliga a protegerse con coberturas alternativas como son los Seguros de Gastos Médicos Mayores, adicionalmente, la población absorbe todos aquellos gastos por servicios médicos que no rebasan los límites establecidos en los seguros para ser susceptibles al reembolso, lo que significa que se están pagando tres veces el mismo servicio, dando origen a *"El gasto de bolsillo"*.
- ▶ Se considera que las ISES pueden ser una opción para la disminución del gasto de bolsillo. Para demostrar lo anterior, en el presente estudio se propone un modelo estadístico que determine la relación entre las variables: "frecuencia de utilización", "grupo de edad" y "servicio". para calcular el costo promedio por derechohabiente de un plan integral de salud bajo las siguientes características:

Se aplico un modelo para cada servicio, encontrando que la bondad del ajuste obtenida en todos los modelos fue suficiente para asegurar que la frecuencia de utilización de los servicios esta directamente ligada a la edad y sexo del derechohabiente lo cual permite obtener un costo promedio del plan integral a partir de estas variables con un 98% de confiabilidad.

El costo promedio por derechohabiente anual calculado a partir de los modelos estadísticos propuestos se puede considerar en \$8,068.41 pesos, considerando los gastos de administración más la utilidad esperada por la ISES se puede esperar un incremento en el costo directo del 14% quedando un costo de: 8,875.00 + I.V.A.⁴²

- ▶ Haciendo un comparativo con el costo de un seguro de Gastos Médicos Mayores para una familia típica y el seguro de salud, se puede afirmar que el seguro de gastos médicos totales es un 45% más caro. Considerando que las familias que estarían dispuestas a comprar un plan integral cuentan con un seguro de gastos médicos mayores, están afiliados al IMSS y pagan sus servicios médicos en forma particular, esta diferencia se reduciría a un 12%, aún así se considera conveniente adquirirlo debido a que el costo de oportunidad de no enfrentar un caso catastrófico en la familia, lo vale.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴² El costo promedio por derechohabiente propuesto en este estudio, se considera vigente hasta el 1° de Enero de 2003, para actualizarlo es necesario considerar la inflación que reporte el Banco de México para el sector salud a la fecha.

- ▶ De acuerdo al análisis de los indicadores y por el costo del plan se puede esperar que tan solo el 4% de la población adquiera este tipo de esquemas por lo que se concluye que:

El impacto que tendrán las ISES en el gasto de bolsillo no es significativo para quienes no cuentan con un seguro de gasto médico mayor, es decir, por el costo de este tipo de planes, solo se puede esperar un aumento del 2% en la población que compra este tipo de esquemas abarcando tan solo el 4% del mercado.

El impacto que tendrán las ISES en el gasto de bolsillo es significativo para aquellas familias que cuenten con los recursos económicos suficientes para adquirir estos esquemas ya que reducirán el gasto de bolsillo a cero.

- ▶ Por lo anterior, se puede afirmar que, de continuar con el entorno social que actualmente se vive en México respecto al sector salud, la creación de las ISES tan solo beneficiará a población económicamente privilegiada. Para vislumbrar grandes beneficios entre el resto de la población será necesario abrir el mercado mediante la intervención del gobierno, permitiendo otorgar la subrogación de derechos por parte del IMSS a empresas que así lo deseen. Para no crear un desequilibrio económico en el IMSS se propone otorgar los derechos de salud a las empresas, por sectores mediante un plan a largo plazo, este sería un caso para otro estudio.
- ▶ Existe una competencia desleal entre las ISES y las Administradoras de Salud, ya que estas últimas pueden ofrecer los mismos servicios que las primeras (siempre y cuando no represente un riesgo financiero), a un menor costo ya que no existe un marco jurídico que las regule y por lo tanto no enfrentan los mismos gastos administrativos que las ISES. A este respecto se propone que:
 - La Secretaría de Salud exija a estas empresas las mismas garantías de servicio y calidad que a las ISES.
 - Que el IMSS otorgue la subrogación de derechos siempre y cuando el servicio sea administrado por una ISES ya que, de acuerdo a la ley, estas son las únicas que pueden garantizar una prestación al menos igual que las que se otorgan actualmente en esta institución, en el caso de las administradoras no existe garantía alguna de que otorguen al menos la misma prestación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- ▶ Considerando el entorno en el que surgieron las ISES, estas ofrecían el plan de gasto médico total con Suma Asegurada sin límite, sin copagos, deducibles ni coaseguros, ya que se administraba el servicio a las empresas que otorgaban la prestación del IMSS bajo una red particular, sin embargo, actualmente para que el impacto en el gasto de bolsillo sea representativo, las ISES tendrán que ofrecer estos planes bajo esquemas innovadores que ofrezcan a la población una alternativa atractiva para su economía, de tal forma que aún cuando el gasto de bolsillo no se reduzca a cero (por pagar algún deducible y/o coaseguro), represente un ahorro en sus gastos de salud y principalmente se reduzca el riesgo de enfrentar un caso catastrófico (por contar con una póliza de salud, aún cuando la suma asegurada este limitada).

Las ISES son, al día de hoy, una realidad en México y representan una oportunidad para todos los mexicanos, su creación no fue fácil, se ha llevado más de cinco años ya que fue necesaria la participación tanto del gobierno como la del sector privado a través de diversas instancias (CNSF, SSA, SHCP, AMIS, etc.) para conformar un entorno que cubriera las necesidades y requerimientos de cada sector, principalmente buscando el beneficio del derechohabiente, La participación del sector privado inicio con 20 empresas interesadas en la creación de una ISES, debido a la sobre regulación por parte de las autoridades hacia este mercado, a la competencia desleal que existe entre administradoras e ISES y a la inestabilidad del sector por un mercado sumamente cerrado, hoy solo se cuenta con 5 ISES ya constituidas como tal, aún así, la plataforma ya esta construida y gran parte del sector privado esta a la expectativa de un cambio generado por el gobierno que asegure una oportunidad de negocio para las empresas y un beneficio económico para el derechohabiente que a su vez recibirá el beneficio de contar con un servicio de calidad que mantenga la salud de la población y evite gastos catastrófico en las familias mexicanas.

Este análisis, no es un estudio cerrado y queda abierto a investigaciones complementarias.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFÍA

Academia Nacional de Medicina. El Tratado de Libre Comercio y los servicios médicos: elementos para el análisis y la negociación. México: ANM, 1993.

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., Reportes SALUD; 3er Cuatrimestre a Dic. 2001; México 2002

Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C., Reporte Cuatrimestral, Enero de 2002, México 2002.

Asociación de Distribuidores de Medicamentos, El sector Privado en la procuración de la salud en México hacia el año 2000. México, 1991.

Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1993. Invertir en Salud, Washington: Oxford University Press, 1993.

Bennetts. London School of Hygiene and Tropical Medicine. y Frenk J Méx. The mystique of markets: public and private health care in developing countries, 1992:34(Supl):85-104.

Canada Royal Commission Health Services. 2 Vols. Ottawa:Queen's Printer, 1964 and 1965

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

CONAPO, Consejo Nacional de Población, 1980-2000. México, 2000

Daniel Titelman y Andras Uthoff; Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos - Canadá - Argentina - Chile - Colombia, I; FCE, CEPAL, 2000.

FCE, SG, PR; Salud y Seguridad Social; Cuadernos de Renovación Nacional; México 1988; No.2: 126-143

Fundación Mexicana para la Salud, Bases Doctrinarias de la Reforma en Salud, México, 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fundación Mexicana para la Salud, Economía y Salud, "Propuestas para el avance del sistema de salud en México", México, 1994

Fundación Mexicana para la Salud, Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios, México, 1994

Fundación Mexicana para la Salud; "Innovaciones de los Sistemas de Salud: Una perspectiva Internacional"; Primera Edición, Ed. Médica Panamericana; México; 1995.

Fundación Mexicana para la Salud, El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México, México, 1997.

Fundación Mexicana para la Salud; Salud, Presente y Futuro: Oportunidades y Retos del Binomio Empresa / Salud; Primera Edición; México Noviembre de 1997; pag. 39 - 42

Fundación Mexicana para la Salud, Encuesta Nacional de Satisfacción de los Servicios de Salud, México 2000.

Hierro D. Wrede P. , Privatisation Of Health Care Systems In Latin América, México, 1999.

IMSS, Ley del Seguro Social, México 1995

ING Seguros Comercial América, Condiciones Generales para Gastos Médicos Mayores Línea Integral, México 2001

ING Comercial América, Sistema de Salud para los empleados de Banobras, "Políticas y Procedimientos para acceder al servicio médico de su póliza de salud", México Enero 2002

INSP, Instituto Nacional de Salud Pública 1922-1993. Cuernavaca, México, 1993.

Julio Frenk; La Ciencia Para Todos; FCE, SEP, CONACyT, 2ª Ed. México 2000

Frenk J., Sal. Púb. La integración de la prestación de los servicios de salud, 34(Supl):85-104. México, 1992

Koutsoyiannis; Theory of econometrics; Ed. Millan Press; Segunda Edición; Hong Kong, 1977.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Kumate Jesús, Soberon Guillermo. Salud para todos: ¿Utopía o Realidad?. México: El Colegio Nacional, 1989.

Milton I. R. National Health Systems of the World. Vol. 1. The Countries. New York: Oxford University Press, 1991.

Miranda Ocampo Raúl, Salvatierra Izaba Benito, Vivanco Cedeño Bertha, et al; "Inequidad de los Servicios de Salud a Población Abierta en México"; Salud Pública de México 1993; Vol. 35, No. 6:576-584

Peppers Susana; "El Sistema de Salud en Chile: Propuesta para una Reforma en Salud"; RMS Revista Médica de Santiago; Vol. 4 No. 18; 2001.

Reyes Frausto Sandra, Envejecimiento de la población en el IMSS, Implicaciones Económicas y Políticas en Salud; IMSS, FUNSALUD, México 1996

SHCP, Reglas para la Operación del Ramo de Salud, México, 2000.

Soberón Acevedo Guillermo, Martínez Narváez Gregorio, " La Descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta", Salud Pública de México; Vol.38 No. 5:371-378; México 1996.

Solórzano Francisco Javier; "El Sistema de Salud del Canadá y su Financiamiento"; Rev. Panam. Salud Pública / Pan. Am. J Public Health, 1977, Vol. 1, No. 3:180-185.

SSA, Cédula de Supervisión a ISES, México 2002

SSA, Compendio histórico de estadísticas vitales, México, 1993

SSA, Programa de Acción: Protección Financiera en Salud, México, 2002

Titelman Daniel, Uthoff Andras, Jiménez Luis Felipe; "Hacia una Nueva Seguridad Social en el Siglo XXI"; Rev. Panam Salud Pública / Pan. Am. J Public Health, 2000, Vol. 8, No. 1-2:112-117.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SITIOS DE INTERNET

Superintendencia de las ISAPRE, (<http://ww.sisp.cl>), Marzo 2002.

ISAPRE (<http://www.isapre.cl>), Marzo 2002.

Indicadores Sobre Hogares y Familias 1995, (<http://www.inegi.gob.mx>) , Abril 2002.

Marco Jurídico, www.imss.gob.mx Mayo, 2002.

Normas y Leyes, www.issste.gob.mx, Mayo, 2002.

OPS; (<http://www.hope.org>), Enero 2002.

PUBLICACIONES

Revista Mexicana de Seguros Fianzas y Finanzas, "La Salud en México y sus Nuevas Perspectivas", ISSN, Tomo 53, Num. 620 México Nov. 2001

Revista Nosotros, "ISES Especialistas en Salud", ING Comercial América, Num. 44, año 9, México Enero 2002

Sistema de Salud para los empleados de Banobras, "Políticas y Procedimientos para acceder al servicio médico de su póliza de salud", ING Comercial América, México Enero 2002

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

**Programa de Posgrado en Ciencias de la
Administración**

Oficio: PPCA/EG/2003

Asunto: Envío oficio de nombramiento de jurado de Maestría.

Coordinación

Ing. Leopoldo Silva Gutiérrez
Director General de Administración Escolar
De esta Universidad
P r e s e n t e.

At'n.: Biol. Francisco Javier Incera Ugalde
Jefe de la Unidad de Administración del Posgrado

Me permito hacer de su conocimiento, que la alumna **Adriana González Guevara** presentará Examen de Grado dentro del Plan de Maestría en Administración (Sistemas de Salud), toda vez que ha concluido el Plan de Estudios respectivo y su tesis, por lo que el Subcomité de Nombramiento de Jurado del Programa, tuvo a bien designar el siguiente jurado:

E. en N. Jorge Ruíz de Esparza García	Presidente
M.A. H. Carlos Martínez Gutiérrez	Vocal
Dr. Luis Berruecos Villalobos	Secretario
M.A.S.S. Carlos Real Venegas	Suplente
M.A.S. María Gilma Arroyave Loaiza	Suplente

Por su atención le doy las gracias y aprovecho la oportunidad para enviarle un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e

"Por mi raza hablará el espíritu"

Ciudad. Universitaria, D.F., 30 de octubre del 2003.

El Coordinador del Programa

Dr. Ricardo Alfredo Varela Juárez

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

103

103